

Beschlussempfehlung und Bericht
des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
– Drucksache 17/13079 –

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

- b) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 17/13402 –

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

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/12069 –

Keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/10119 –

Privat Versicherte solidarisch versichern – Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen

- e) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/5524 –

Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen

A. Problem

Zu den Buchstaben a und b

Die Fraktionen der CDU/CSU und FDP weisen darauf hin, dass durch die Neuregelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 allen Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall ein Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung eröffnet worden sei. Aufgrund dieser Pflicht zur Versicherung sei es seither nicht mehr möglich, Versicherte, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkämen, aus der Krankenversicherung auszuschließen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sei bei Nichtzahlung der Beiträge ein höherer Säumniszuschlag in Höhe von 5 Prozent des rückständigen Beitrags erhoben worden, und zwar sowohl für freiwillig Versicherte in der GKV als auch für bisherige Nichtversicherte. Der erhöhte Säumniszuschlag sollte die Verpflichtung zur Beitragszahlung durchsetzen und damit dem Schutz der Solidargemeinschaft dienen. Es habe sich jedoch gezeigt, dass der erhöhte Säumniszuschlag das Problem der Beitragsrückstände nicht gelöst, sondern eher verschärft habe.

Für Versicherte in der privaten Krankenversicherung (PKV), die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkommen, gelte seit Einführung der Versicherungspflicht, dass ihr Vertrag ruhend gestellt werde, die Leistungen auf ein Notfallniveau herabgesetzt und sie nach Ablauf eines Jahres im Basistarif versichert würden. In der Praxis hätten diese Regelungen jedoch nicht den gewünschten Effekt, Beitragsschuldner vor weiterer Überschuldung zu schützen und eine finanzielle Belastung der Versichertengemeinschaft zu vermeiden.

Darüber hinaus bedürfe es einer rechtlichen Klarstellung, dass die sogenannten Halteeffekte nicht bei der Kalkulation von Wahlтарifen zu berücksichtigen seien.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller weisen darauf hin, dass Beitragsschuldner in der gesetzlichen Krankenversicherung hohe Strafzahlungen leisten müssten. Freiwillig Versicherte und bisher nicht Versicherte hätten einen erhöhten Säumniszuschlag in Höhe von 5 Prozent im Monat zu entrichten. Dies führe dazu, dass viele Betroffene bereits nach kurzer Zeit vor einem großen Schuldenberg stünden.

Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, für alle Beitragsschulden einen einheitlichen Säumniszuschlag in Höhe von monatlich 1 Prozent festzulegen. Für trotz gesetzlicher Versicherungspflicht Nichtversicherte solle die rückwirkende Beitragspflicht begrenzt werden. Bestehende Lücken in der Beitragspflicht seien zu schließen.

Zu Buchstabe d

Nach Auffassung der Antragsteller bleiben dem solidarischen Gesundheitssystem die Beiträge vieler Menschen vorenthalten, die die Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit erfüllten und sich privat versicherten. Andererseits bedürfe ein großer Teil der Mitglieder der privaten Krankenversicherung ebenso wie die gesetzlichen Versicherten des Schutzes der Solidargemeinschaft.

Daher wird die Bundesregierung aufgefordert, die private Krankenversicherung per Gesetz als Vollversicherung abzuschaffen und die Versicherten in die gesetzliche Krankenversicherung zu überführen. Die private Krankenversicherung soll auf das Geschäftsfeld der Zusatzversicherung für medizinisch nicht relevante Leistungen begrenzt werden.

Zu Buchstabe e

Nach Ansicht der Antragsteller führen die niedrig bemessenen Vergütungen für Leistungen an Versicherte im Basistarif der privaten Krankenversicherung dazu, dass es für Vertragsärzte wenig lukrativ sei, diese Versicherten zu behandeln. Die Folge sei, dass Ärzte oder Zahnärzte gelegentlich die Behandlung verweigerten. Somit sei die Versorgung der Versicherten im Basistarif nicht sichergestellt.

Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, Vertragsärzte und Vertragszahnärzte gesetzlich zu verpflichten, die privat Versicherten im Basistarif ebenso wie die gesetzlich Versicherten zu behandeln. Außerdem sollen die Leistungen in gleicher Höhe vergütet werden wie die entsprechenden Leistungen für gesetzlich Versicherte.

B. Lösung

Zu den Buchstaben a und b

Als Lösung sieht der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vor, den erhöhten Säumniszuschlag in der GKV in Höhe von 5 Prozent des rückständigen Beitrags für freiwillig Versicherte sowie für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) abzuschaffen. Auch für diese Versicherten gelte künftig der reguläre Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des rückständigen Betrags für jeden angefangenen Monat der Säumnis.

Zudem wird ein Notlagentarif in der PKV eingeführt. Versicherte, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkommen, würden nach Durchführung eines gesetzlich festgelegten Mahnverfahrens in diesen Notlagentarif überführt. Ihr bisheriger Versicherungsvertrag ruhe währenddessen.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/13079 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. und Erledigterklärung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/13402 mit den Stimmen aller Fraktionen.

Zu Buchstabe c

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/12069 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe d

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/10119 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD.

Zu Buchstabe e

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/5524 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD.

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/13079 und Annahme eines oder mehrerer der drei Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu den Buchstaben a und b

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen weder durch die Einführung des Notlagentarifs in der privaten Krankenversicherung noch durch die Abschaffung des erhöhten Säumniszuschlags in der gesetzlichen Krankenversicherung noch durch sonstige Regelungen Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand.

Die Abschaffung des erhöhten Säumniszuschlags für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989 führt zu geringfügigen Mindereinnahmen der Krankenkassen bei den Säumniszuschlägen. Dem können jedoch Mehreinnahmen gegenüberstehen, weil Beitragszahlungen verstetigt werden können, da es zu einer geringeren Überschuldung kommen dürfte.

Zu den Buchstaben c, d und e

Wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand**E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

Zu den Buchstaben a und b

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Zu den Buchstaben c, d und e

Wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu den Buchstaben a und b

Für die private Krankenversicherungswirtschaft entstehen durch die Einführung eines Notlagentarifs einmalige Belastungen in Höhe von rund 228 000 Euro. Insgesamt wird der anfallende Aufwand der Versicherungsunternehmen bei Nichtzahlern durch die Einführung des Notlagentarifs geringer ausfallen als gegenüber dem Status quo.

Zu den Buchstaben c, d und e

Wurde nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu den Buchstaben a und b

Für Bund, Länder und Gemeinden entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Im Hinblick auf die Neuregelung zu den Wahlтарifen ist davon auszugehen, dass nur für die – wenigen – Krankenkassen ein einmaliger geringfügiger Mehraufwand anfällt, die das versicherungsmathematische Gutachten früher vorlegen müssen, als es der bestehende Dreijahresrhythmus vorsieht.

Durch den Wegfall des erhöhten Säumniszuschlags entsteht für die Krankenkassen ein einmaliger, geringfügiger IT-Umstellungsaufwand.

Zu den Buchstaben c, d und e

Wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu den Buchstaben a und b

Die niedrigere Prämie des Notlagentarifs und die damit zu erwartende höhere Zahlungsmoral von bisher säumigen Beitragszahlern werden in der PKV zu derzeit in der Höhe nicht quantifizierbaren Entlastungen der Versicherungsgemeinschaft im Vergleich zum Status quo führen.

Zu den Buchstaben c, d und e

Wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13079 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13402 für erledigt zu erklären;
- c) den Antrag auf Drucksache 17/12069 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 17/10119 abzulehnen;
- e) den Antrag auf Drucksache 17/5524 abzulehnen.

Berlin, den 12. Juni 2013

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Carola Reimann
Vorsitzende

Heinz Lanfermann
Berichtersteller

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung
– Drucksache 17/13079 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

Vom ...

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 3 des Gesetzes vom 20. April 2013 (BGBl. I S. 868) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. Dem § 8 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.“

1. § 53 Absatz 9 wird wie folgt geändert:

1. unverändert

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen.“

b) Im neuen Satz 3 wird das Wort „darüber“ durch die Wörter „über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

2. In § 75 Absatz 3a Satz 1 werden nach den Wörtern „des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ die Wörter „und dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ eingefügt.

2. unverändert

2a. § 186 Absatz 11 Satz 4 wird aufgehoben.

2b. § 188 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5 genannten Versicherungsbe-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

rechtigten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung.“

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.“

2c. § 190 Absatz 3 wird aufgehoben.

2d. Nach § 256 wird folgender § 256a eingefügt:

„§ 256a

Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden
und Säumniszuschlägen

(1) Zeigt ein Versicherter das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 erst nach einem der in § 186 Absatz 11 Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkte an, soll die Krankenkasse die für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beiträge angemessen ermäßigen; darauf entfallende Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches sind vollständig zu erlassen.

(2) Erfolgt die Anzeige nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 2013, soll die Krankenkasse den für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beitrag und die darauf entfallenden Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches erlassen. Satz 1 gilt für bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 6] erfolgte Anzeigen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 für noch ausstehende Beiträge und Säumniszuschläge entsprechend.

(3) Die Krankenkasse hat für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 sowie für freiwillige Mitglieder noch nicht gezahlte Säumniszuschläge in Höhe der Differenz zwischen dem nach § 24 Absatz 1a des Vierten Buches in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 6] geltenden Fassung erhobenen Säumniszuschlag und dem sich bei Anwendung des in § 24 Absatz 1 des Vierten Buches ergebenden Säumniszuschlag zu erlassen.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zur Ermäßigung und zum Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen nach

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

den Absätzen 1 bis 3, insbesondere zu einem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen als Voraussetzung für die Ermäßigung oder den Erlass. Die Regelungen nach Satz 1 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und sind diesem spätestens bis zum 15. September 2013 vorzulegen.“

3. § 271 Absatz 2 Satz 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach den Wörtern „zum 1. Januar 2013 entstehen,“ werden die Wörter „sowie der Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 6] entstehen,“ eingefügt.
 - b) Die Wörter „1,78 Milliarden Euro“ werden durch die Wörter „2,34 Milliarden Euro“ ersetzt.

Artikel 2**Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**

§ 24 Absatz 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 2

unverändert

Artikel 2a**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

In § 60 Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 14 des Gesetzes vom 8. April 2013 (BGBl. I S. 730) geändert worden ist, werden die Wörter „§§ 253 bis 256 des Fünften Buches und § 50“ durch die Wörter „§§ 253 bis 256a des Fünften Buches und die §§ 50, 50a“ ersetzt.

Artikel 2b**Änderung des Zweiten Gesetzes
über die Krankenversicherung der Landwirte**

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. Dem § 22 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet und keine anderweitige Versicherungspflicht eintritt, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind.“

3. § 24 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 8 wird aufgehoben.
- b) Die Nummer 9 wird Nummer 8.

4. Nach § 50 wird folgender § 50a eingefügt:

„§ 50a

Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden
und Säumniszuschlägen

Für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 Versicherungspflichtigen gilt § 256a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“

Artikel 3

Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

§ 193 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 79 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3044) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 10 ersetzt:

„(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand

Artikel 3

Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

§ 193 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 24. April 2013 (BGBl. I S. 932) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 5 werden die Wörter „ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und“ gestrichen.

b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Wird der Vertragsabschluss bis zum 31. Dezember 2013 beantragt, ist kein Prämienzuschlag zu entrichten. Dies gilt für bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 6] abgeschlossene Verträge für noch ausstehende Prämienzuschläge nach Satz 1 entsprechend.“

1. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des Notlagentarifs nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

(8) Der Versicherer übersendet dem Versicherungsnehmer in Textform eine Mitteilung über die Fortsetzung des Vertrages im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes und über die zu zahlende Prämie. Dabei ist der Versicherungsnehmer in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung nach § 12h Absatz 2 Satz 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen. Angaben zur Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken.

(9) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

Entwurf

(10) Hat der Versicherungsnehmer die Krankenversicherung auf die Person eines anderen genommen, gelten die Absätze 6 bis 9 für die versicherte Person entsprechend.“

2. Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 11.

Artikel 4

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 610) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 12g folgende Angabe eingefügt:

„§ 12h
Notlagentarif“.

2. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1d Satz 1 werden die Wörter „§ 12 Abs. 1a dieses Gesetzes“ durch die Wörter „Absatz 1a und im Notlagentarif nach Maßgabe der Regelungen in § 12h“ ersetzt.
- b) In Absatz 4a Satz 2 werden nach dem Wort „enden,“ die Wörter „sowie für den Notlagentarif nach § 12h“ eingefügt.

3. Nach § 12g wird folgender § 12h eingefügt:

„§ 12h
Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsneh-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. unverändert

Artikel 4

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. April 2013 (BGBl. I S. 932) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. unverändert

2. unverändert

3. Nach § 12g wird folgender § 12h eingefügt:

„§ 12h
Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich **die Aufwenderstattung für** Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. **Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.**

- (2) unverändert

Entwurf

mer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.“

Artikel 5

**Änderung des Einführungsgesetzes zum
Versicherungsvertragsgesetz**

Dem Einführungsgesetz zum Versicherungsvertragsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 4 des Gesetzes vom 25. Juni 2009 (BGBl. I S. 1574) geändert worden ist, wird folgender Artikel 7 angefügt:

„Artikel 7

Krankenversicherung, Versicherungsverhältnisse
nach § 193 Absatz 6
des Versicherungsvertragsgesetzes

Versicherte, deren Verträge am ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 6 *dieses Gesetzes*] gemäß § 193 Absatz 6 des Versicherungsvertragsgesetzes *ruhend gestellt sind*, gelten ab diesem Zeitpunkt als im *Tarif* gemäß § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 5

**Änderung des Einführungsgesetzes zum
Versicherungsvertragsgesetz**

Dem Einführungsgesetz zum Versicherungsvertragsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 4 des Gesetzes vom 25. Juni 2009 (BGBl. I S. 1574) geändert worden ist, wird folgender Artikel 7 angefügt:

„Artikel 7

Krankenversicherung, Versicherungsverhältnisse
nach § 193 Absatz 6
des Versicherungsvertragsgesetzes

Versicherungsnehmer, für die am ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 6] **das Ruhen der Leistungen** gemäß § 193 Absatz 6 des Versicherungsvertragsgesetzes **festgestellt ist**, gelten ab diesem Zeitpunkt als im **Notlagentarif** gemäß § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. **Versicherungsnehmer gelten rückwirkend ab dem Zeitpunkt, zu dem die Leistungen aus dem Vertrag ruhend gestellt worden sind, als im Notlagentarif versichert, wenn die monatliche Prämie des Notlagentarifs niedriger ist als die in diesem Zeitpunkt geschuldete Prämie. Dies gilt unter der Maßgabe, dass die zum Zeitpunkt des Ruhendstellens aus dem Vertrag erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen erhalten bleiben und in Anspruch genommene Ruhensleistungen im Verhältnis zum Versicherungsnehmer als solche des Notlagentarifs gelten. Eine Anrechnung gebildeter Alterungsrückstellungen nach § 12h Absatz 2 Satz 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auf die zu zahlende Prämie findet rückwirkend nicht statt. Der Versicherungsnehmer kann der rückwirkenden Versicherung nach Satz 2 widersprechen. Die Versicherer haben auf die Versicherung im Notlagentarif innerhalb von drei Monaten nach dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 6] hinzuweisen und hierbei den Versicherungsnehmer über sein Widerspruchsrecht nach Satz 5 unter Hinweis auf die mit der rückwirkenden Versicherung verbundenen Folgen zu informieren; der Widerspruch muss innerhalb von sechs Monaten nach Zugang des Hinweises beim Versicherer eingehen.“**

Artikel 5a

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(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 benannt werden, in den Jahren 2013 bis 2016 finanziell gefördert

1. bei Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von

- a) Hygienefachkräften in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
- 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 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
- c) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curriculärer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
- d) hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,

2. bei Fort- und Weiterbildungen

- a) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 3 000 Euro,
- b) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 15 000 Euro,
- c) zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curriculärer Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro,
- d) zur Ärztin oder zum Arzt und zur Krankenhausapothekerin oder zum Krankenhausapotheker mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro,

- e) zur hygienebeauftragten Ärztin oder zum hygienebeauftragten Arzt durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro und
- f) zur Hygienefachkraft durch einen pauschalen Zuschuss von 10 000 Euro,

- 3. bei vertraglich vereinbarten externen Beratungsleistungen durch Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag;

Weiterbildungen nach Nummer 2 Buchstabe a und b und Satz 2 werden über das Jahr 2016 hinaus gefördert, wenn sie spätestens im Jahr 2016 beginnen, Beratungsleistungen nach Nummer 3 werden bis einschließlich zum Jahr 2020 gefördert. Kosten im Rahmen von Satz 1 werden auch gefördert, wenn diese ab dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens des Gesetzes] für erforderliche Neueinstellungen, Aufstockungen, Beratungen oder Fort- und Weiterbildungen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes entstehen, die nach dem 4. August 2011 vorgenommen wurden. Für Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 haben die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag als Prozentsatz des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Der dem Krankenhaus nach Satz 3 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert; der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Absatz 10 Satz 4 und 8 bis 13 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 gelten entsprechend, wobei der Nachweis über die Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung berufsbildspezifisch zu erbringen ist.“

- 2. § 6 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 4 erster Halbsatz wird nach dem Wort „entsprechend“ ein Komma und werden die Wörter „wobei anstelle der Veränderungsrate als maßgebliche Rate für den Anstieg der Erlössumme der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a oder Satz 2 gilt“ eingefügt.
- b) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Für das Jahr 2013 gilt § 18 Absatz 1 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend.“

- 3. § 7 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 4 werden die Wörter „§ 4 Absatz 2a, 7, 9 und 10“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 2a, 7, 9 und 11“ ersetzt.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- b) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- c) Folgende Nummer 8 wird angefügt:
 - „8. Versorgungszuschlag nach § 8 Absatz 10.“
- 4. Dem § 8 wird folgender Absatz 10 angefügt:
 - „(10) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 berechnet werden, ist für Aufnahmen ab dem 1. August 2013 ein Versorgungszuschlag in Höhe von 1 Prozent der entsprechenden Entgelte und für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2014 aufgenommen werden, ein Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent der entsprechenden Entgelte vorzunehmen und gesondert in der Rechnung auszuweisen. Der nach Satz 1 für 2013 zu berechnende Versorgungszuschlag ist nach Maßgabe von § 10 Absatz 5 Satz 6 zu erhöhen. Der Versorgungszuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“
- 5. Dem § 9 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
 - „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 bis zur vollständigen Höhe dieser Differenz zu erhöhen.“
- 6. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 werden nach der Angabe „Nummer 4“ die Wörter „mit Ausnahme der Zuschläge nach § 4 Absatz 11“ eingefügt.
 - b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „2012“ durch die Angabe „2014“ und die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 1“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „der Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 4“ durch die Wörter „dem Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2013“ und wird die Angabe „2012“ durch die Angabe „2013“ ersetzt.
 - cc) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt gefasst:
 - „Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Basisfallwerts 2014 ist der Basisfallwert 2013 von den Vertragsparteien um ein Drittel dieser Erhöhungsrates zu erhöhen; ein Ausgleich ist nicht durchzuführen. Für das Jahr 2013 ist die anteilige Erhöhungsrates nach Satz 5 ab einem von den Vertragsparteien zu vereinbarenden und zu veröffentlichen Zeitpunkt erhöhend beim Versorgungszuschlag nach § 8 Absatz 10 zu berücksichtigen.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

sichtigen; dabei ist die für das restliche Kalenderjahr anzuwendende Erhöhungrate infolge der verspäteten Berücksichtigung entsprechend zu erhöhen.“

dd) Die Sätze 7 und 8 werden aufgehoben.

c) In Absatz 6 Satz 5 werden die Wörter „entspricht der Orientierungswert dem Veränderungswert“ durch die Wörter „entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate“ ersetzt.

d) In Absatz 9 Satz 5 werden nach den Wörtern „Das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts ist“ die Wörter „im Jahr 2013 um die Rate nach Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen und ist“ eingefügt.

e) Absatz 12 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„In den ab dem 1. Januar 2017 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hygienefachkräften in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2016 nach § 4 Absatz 11 Satz 1 Nummer 1 abgerechneten Zuschläge einzurechnen.“

Artikel 5b

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „für das Jahr 2013 ist zusätzlich § 18 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden“ eingefügt.

2. Dem § 9 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 5 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 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen bis zur vollständigen Höhe dieser Differenz, mindestens jedoch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen.“

3. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird Absatz 1 und folgender Satz wird angefügt:

„Für das Jahr 2013 ist das von den Vertragsparteien vereinbarte Budget um 40 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Rate erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraumes ab-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

zurechnen ist; § 3 Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz ist zu beachten.“

b) Der bisherige Satz 2 wird Absatz 2.

Artikel 5c

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 17b wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Über die nach Absatz 1 Satz 16 vorzunehmende vertiefte Prüfung von Kostenausreißern hinausgehend beauftragen die Vertragsparteien nach Absatz 2 bis zum 31. Dezember 2013 das DRG-Institut mit der Festlegung von Kriterien zur Ermittlung von Kostenausreißern und einer auf dieser Grundlage erfolgenden systematischen Prüfung, in welchem Umfang Krankenhäuser mit Kostenausreißern belastet sind. Das DRG-Institut entwickelt ein Regelwerk für Fallprüfungen bei Krankenhäusern, die an der DRG-Kalkulation teilnehmen. Zur sachgerechten Beurteilung der Kostenausreißer hat das DRG-Institut von den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern über den Kalkulationsdatensatz hinausgehende detaillierte fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten zu erheben. Das DRG-Institut veröffentlicht die Prüfergebnisse jährlich im Rahmen eines Extremkostenberichts, erstmals bis zum 31. Dezember 2014. In dem Bericht sind auch die Gründe von Kostenausreißerfällen und Belastungsunterschieden zwischen Krankenhäusern darzulegen. Auf der Grundlage des Berichts sind geeignete Regelungen für eine sachgerechte Vergütung von Kostenausreißern im Rahmen des Entgeltsystems zu entwickeln und durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 zu vereinbaren.“

2. § 17c wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Schlichtungsausschuss“ angefügt.

b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

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

c) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(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 Absatz 1c Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. Dabei haben sie insbesondere

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; die §§ 275 bis 283 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Kommt eine Vereinbarung bis zum 31. März 2014 ganz oder teilweise nicht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene; das DRG-Institut und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sind Mitglieder ohne Stimmrecht. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung. Der Schlichtungsausschuss kann auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landeskrankhausgesellschaften angerufen werden; die Vertragsparteien nach Satz 1 können weitere Anrufungsrechte einräumen. Bei den Entscheidungen sind die Stellungnahmen des DRG-Instituts und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Absatz 4 Satz 4 zweiter Halbsatz sowie § 18a Absatz 6 Satz 2 bis 4, 7 und 8 sind entsprechend anzuwenden. Kommen die für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses erforderlichen Entscheidungen nicht bis zum 31. Dezember 2013 ganz oder teilweise zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Soweit eine Einigung auf die unparteiischen Mitglieder nicht zu Stande kommt, werden diese durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetz-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

buch können durch Anrufung des Schlichtungsausschusses überprüft werden.“

- bb) In Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; § 18a Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend“ eingefügt.
- cc) Satz 8 wird wie folgt gefasst:
- „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren mit der Landeskrankenhausesellschaft die näheren Einzelheiten zum Verfahren des Schlichtungsausschusses.“
- dd) Die Sätze 9 bis 11 werden aufgehoben.
- e) Nach Absatz 4 werden die folgenden Absätze 4a und 4b eingefügt:

„(4a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft entwickeln und erproben modellhaft bis zum 31. Dezember 2014 die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage von Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes. Bei der Abrechnung von Entgelten für die Behandlung von Patientinnen oder Patienten, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (sekundäre Fehlbelegung), soll hierdurch ein auf statistischen Auffälligkeiten beruhendes Verfahren entwickelt und modellhaft erprobt werden. Bis zum 31. März 2014 sind die näheren Einzelheiten für die Durchführung und Auswertung der modellhaften Erprobung von den Vertragsparteien nach Satz 1 zu vereinbaren, insbesondere die Kriterien für die Überprüfung auf Auffälligkeiten und die Auswahl einer hinreichenden Anzahl teilnehmender Krankenhäuser. Die Ergebnisse der modellhaften Erprobung sind von den Vertragsparteien nach Satz 1 in einem gemeinsamen Bericht bis zum 31. März 2015 zu veröffentlichen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen.

(4b) Gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle nach Absatz 2 Satz 3, Absatz 3 Satz 7 und Absatz 4a Satz 5 sowie des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach Absatz 3 und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4 ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Bei Klagen, mit denen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine streitig gebliebene Vergütung gefordert wird, ist vor der Klageerhebung das Schlichtungsverfahren nach Absatz 4 durchzuführen, wenn der Wert der Forderung 2 000 Euro nicht übersteigt.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 5d**Änderung des Transplantationsgesetzes**

Das Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 10 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 für die Organvermittlung erforderlichen Angaben sind von einem Arzt oder einer von diesem beauftragten Person zu erheben, zu dokumentieren und an die Vermittlungsstelle nach Maßgabe des § 13 Absatz 3 Satz 3 zu übermitteln. Den in Satz 1 genannten Personen ist es verboten,

1. für eine Meldung nach § 13 Absatz 3 Satz 3 den Gesundheitszustand eines Patienten unrichtig zu erheben oder unrichtig zu dokumentieren oder
2. bei der Meldung nach § 13 Absatz 3 Satz 3 einen unrichtigen Gesundheitszustand eines Patienten zu übermitteln,

um Patienten bei der Führung der einheitlichen Warteliste nach § 12 Absatz 3 Satz 2 zu bevorzugen.“

2. § 16 wird wie folgt geändert:**a) Nach Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:**

„Die Richtlinien nach Absatz 1 sind zu begründen; dabei ist insbesondere die Feststellung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft nachvollziehbar darzulegen.“

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Die Richtlinien nach Absatz 1 sowie deren Änderungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann von der Bundesärztekammer im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern.“

3. § 19 wird wie folgt geändert:**a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:**

„(2a) Mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer absichtlich entgegen § 10 Absatz 3 Satz 2 den Gesundheitszustand eines Patienten erhebt, dokumentiert oder übermittelt.“

b) In Absatz 4 werden die Wörter „Absätze 1 und 2“ durch die Wörter „Absätze 1, 2 und 2a“ ersetzt.**Artikel 6****Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats in Kraft.

Artikel 6**Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats in Kraft.

Bericht des Abgeordneten Heinz Lanfermann

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

- a) Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 17/13079** in seiner 234. Sitzung am 18. April 2013 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Finanzausschuss, den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung und in seiner 237. Sitzung am 25. April 2013 zusätzlich auch gemäß § 96 GO-BT an den Haushaltsausschuss überwiesen.
- b) Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 17/13402** in seiner 240. Sitzung am 16. Mai 2013 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss überwiesen.
- c) Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 17/12069** in seiner 234. Sitzung am 18. April 2013 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.
- d) Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 17/10119** in seiner 216. Sitzung am 16. Januar 2013 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Finanzausschuss sowie den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.
- e) Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 17/5524** in seiner 111. Sitzung am 26. Mai 2011 in erster Lesung beraten und zur Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu den Buchstaben a und b

Die Fraktionen der CDU/CSU und FDP weisen darauf hin, dass durch die Neuregelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 allen Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall ein Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung eröffnet worden sei. Aufgrund dieser Pflicht zur Versicherung sei es seither nicht mehr möglich, Versicherte, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkämen, aus der Krankenversicherung auszuschließen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sei bei Nichtzahlung der Beiträge ein höherer Säumniszuschlag in Höhe von fünf Prozent des rückständigen Beitrags erhoben worden, und zwar sowohl für freiwillig Versicherte in der

GKV als auch für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) (bisherige Nichtversicherte). Der erhöhte Säumniszuschlag sollte die Verpflichtung zur Beitragszahlung durchsetzen und damit dem Schutz der Solidargemeinschaft dienen. Es habe sich jedoch gezeigt, dass der erhöhte Säumniszuschlag das Problem der Beitragsrückstände nicht gelöst, sondern eher verschärft habe.

Für Versicherte in der privaten Krankenversicherung (PKV), die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkommen, gelte seit Einführung der Versicherungspflicht, dass ihr Vertrag ruhend gestellt werde, die Leistungen auf ein Notfallniveau herabgesetzt und sie nach Ablauf eines Jahres im Basistarif versichert würden. In der Praxis hätten diese Regelungen jedoch nicht den gewünschten Effekt, Beitragsschuldner vor weiterer Überschuldung zu schützen. Die Fortsetzung der Versicherung im Basistarif könne aufgrund der teils hohen Beitragsforderungen zu einer weiteren Überschuldung der Beitragsschuldner führen.

Als Lösung sieht der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vor, den erhöhten Säumniszuschlag in der GKV 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 abzuschaffen. Auch für diese Versicherten gelte künftig der reguläre Säumniszuschlag in Höhe von einem Prozent des rückständigen Beitrags für jeden angefangenen Monat der Säumnis.

Zudem wird ein Notlagentarif in der PKV eingeführt. Versicherte, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkämen, würden nach Durchführung eines gesetzlich festgelegten Mahnverfahrens in diesen Notlagentarif überführt. Ihr bisheriger Versicherungsvertrag ruhe währenddessen.

Der Bundesrat bittet in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13402 die Bundesregierung zu prüfen, wie die mit dem Wegfall des § 24 Absatz 1a SGB IV verbundenen Ungleichbehandlungen von Altschuldnern und Neuschuldnern beseitigt werden können. Es wird überdies vorgeschlagen, den GKV-Spitzenverband gesetzlich zu legitimieren, eine Lösung für den einheitlichen Umgang der Krankenkassen mit Säumniszuschlägen zu finden. Der Bundesrat bittet ferner im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob in den Gesetzentwurf eine Regelung aufgenommen werden kann, nach der Kinder und Jugendliche, die als im Notlagentarif versichert gelten, einen ihren Belangen entsprechenden angemessenen Schutz im Krankheitsfall behalten.

In ihrer Gegenäußerung sagt die Bundesregierung zu, im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, inwieweit das Problem bestehender Beitragsschulden in der Krankenversicherung gelöst werden kann. Im Zuge dieser Prüfung kommt die Bundesregierung auch der Prüfbitt des Bundesrats nach, ob und inwieweit das Nähere zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben für die gesetzliche Krankenversicherung dem Spitzenverband Bund der

Krankenkassen übertragen werden könnte. Die Bundesregierung stimmt insoweit mit dem Bundesrat überein, dass derartige Regelungen grundsätzlich ein einheitliches Vorgehen der Krankenkassen erfordern. Die Bundesregierung sagt zudem die Prüfung zu, ob es für den Notlagentarif in der PKV weiterer Regelungen bedarf, um den gesundheitlichen Belangen von in diesem Tarif abgesicherten Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen.

Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) hat gemäß § 6 Absatz 1 des NKR-Gesetzes zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung Stellung genommen. Bezüglich der Ausgestaltung des Notlagentarifs ist dem NKR keine kostengünstigere Alternative ersichtlich. Der NKR hat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller weisen darauf hin, dass Beitragsschuldner in der gesetzlichen Krankenversicherung hohe Stufzahlungen leisten müssten. Freiwillig Versicherte und bisher nicht Versicherte hätten einen erhöhten Säumniszuschlag in Höhe von fünf Prozent im Monat zu entrichten. Dies führe dazu, dass viele Betroffene bereits nach kurzer Zeit vor einem großen Schuldenberg stünden.

Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, für alle Beitragsschulden einen einheitlichen Säumniszuschlag in Höhe von monatlich ein Prozent festzulegen. Für trotz gesetzlicher Versicherungspflicht Nichtversicherte solle die rückwirkende Beitragspflicht begrenzt werden. Bestehende Lücken in der Beitragspflicht seien zu schließen.

Zu Buchstabe d

Nach Auffassung der Antragsteller bleiben dem solidarischen Gesundheitssystem die Beiträge vieler gesunder, junger, kinderloser und gutverdienender Menschen vorenthalten, die die Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit erfüllten und sich privat versicherten. Andererseits bedürfe ein großer Teil der Mitglieder der Privaten Krankenversicherung ebenso wie die gesetzlich Versicherten des Schutzes der Solidargemeinschaft.

Daher wird die Bundesregierung aufgefordert, die private Krankenversicherung per Gesetz als Vollversicherung abzuschaffen und die Versicherten in die gesetzliche Krankenversicherung zu überführen. Die private Krankenversicherung soll auf das Geschäftsfeld der Zusatzversicherung für medizinisch nicht relevante Leistungen begrenzt werden.

Zu Buchstabe e

Nach Ansicht der Antragsteller führen die niedrig bemessenen Vergütungen für Leistungen an Versicherte im Basistarif der privaten Krankenversicherung dazu, dass es für Vertragsärzte wenig lukrativ sei, diese Versicherten zu behandeln. Die Folge sei, dass Ärzte oder Zahnärzte gelegentlich die Behandlung verweigerten. Somit sei die Versorgung der Versicherten im Basistarif nicht sichergestellt.

Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, Vertragsärzte und Vertragszahnärzte gesetzlich zu verpflichten, die privat Versicherten im Basistarif ebenso wie die gesetzlich Ver-

sicherten zu behandeln. Außerdem sollen die Leistungen in gleicher Höhe vergütet werden wie die entsprechenden Leistungen für gesetzlich Versicherte.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Innenausschuss** hat in seiner 111. Sitzung am 12. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/10119 abzulehnen.

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 139. Sitzung am 12. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13079 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen. Ferner hat er einstimmig beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13402 für erledigt zu erklären. Ferner hat er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/12069 abzulehnen.

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 144. Sitzung am 12. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13079 anzunehmen. Ferner hat er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/10119 abzulehnen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 125. Sitzung am 15. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13079 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 96. Sitzung am 12. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13079 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen. Außerdem hat er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/12069 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 138. Sitzung am 12. Juni 2013 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13079 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen. Ferner hat er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/12069 abzulehnen. Ferner hat er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/10119 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat seine Beratungen über den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/12069 in seiner 104. Sitzung am 17. April 2013 aufgenommen und beschlossen, zu der Vorlage vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen. Ferner hat der Ausschuss seine Beratungen über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/10119 sowie über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/5524 in seiner 104. Sitzung am 17. April 2013 aufgenommen und beschlossen, zu der Vorlage eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen. In seiner 107. Sitzung am 24. April 2013 hat der Ausschuss seine Beratungen über den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/13079 aufgenommen und beschlossen, zu der Vorlage eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen.

Die Anhörung fand in der 110. Sitzung am 13. Mai 2013 statt. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AWO Bundesverband e. V., Bund der Versicherten e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e. V., Bundesärztekammer (BÄK), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Deutsche Aktuarvereinigung e. V. (DAV), Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e. V. (DGHM), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Beamtenbund – Tarifunion (dbb), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V., GKV-Spitzenverband, Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus InEK GmbH, Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e. V. (IVKK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Marburger Bund Bundesvorstand, MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V., Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., (VKD) Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Dr. Martin Braun, Dr. Christoph Straub und Günter Wältermann eingeladen.

Auf das entsprechende Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss hat seine Beratungen über den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/13079, über den Antrag der Fraktion der SPD auf

Drucksache 17/12069, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/10119 sowie den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/5524 in seiner 116. Sitzung am 12. Juni 2013 fortgesetzt und abgeschlossen. Außerdem hat der Ausschuss seine Beratungen über den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/13402 aufgenommen und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13079 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen. Weiterhin empfiehlt der Ausschuss für Gesundheit einstimmig, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13402 für erledigt zu erklären. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 17/12069 abzulehnen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD, den Antrag auf Drucksache 17/10119 abzulehnen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD, den Antrag auf Drucksache 17/5524 abzulehnen.

Der Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksache 17(14)442 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. angenommen. Die Änderungsanträge Nummer 1 bis 6 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksache 17(14)443 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. angenommen. Der Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 17(14)444 wurde einstimmig angenommen.

Der Ausschuss hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/13079 beschlossen. Diese haben im Wesentlichen folgenden Inhalt:

Zum einen hat der Ausschuss Änderungen für kurzfristig wirksame Maßnahmen zu finanziellen Hilfen für Krankenhäuser beschlossen. Hier werden insbesondere folgende Maßnahmen ergriffen:

- In den Jahren 2013 und 2014 werden alle somatischen Krankenhäuser durch einen Versorgungszuschlag entlastet, der als prozentualer Aufschlag auf die DRG-Fallpauschalen ausgestaltet ist. Er beläuft sich ab dem 1. August 2013 auf 1 Prozent und für das Jahr 2014 auf 0,8 Prozent.
- Bestimmte für das Jahr 2013 vereinbarte Tarifierhöhungen werden dauerhaft anteilig refinanziert; zur zeitnahen Abwicklung der anteiligen Tarifrefinanzierung wird der Versorgungszuschlag im Jahr 2013 um die zu finanzierende Rate erhöht.

- Um die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser in stärkerem Umfang als bisher bei den Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen berücksichtigen zu können, wird den Vertragsparteien auf Bundesebene – zunächst befristet auf die Jahre 2014 und 2015 – der Verhandlungskorridor bis zum vollen Orientierungswert eröffnet. Sofern der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, gilt zudem zukünftig die dann höhere Grundlohnrate.
- Zur Unterstützung der Krankenhäuser bei der erforderlichen zügigen Ausstattung mit ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal wird ein Hygiene-Förderprogramm aufgelegt, mit dem die Neueinstellung und Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen, externe Beratungsleistungen durch Hygienefachärzte sowie die Fort- und Weiterbildung zu qualifiziertem Hygienepersonal gefördert werden.
- Die Abrechnungsprüfung von Krankenhausleistungen wird mit der Zielsetzung weiterentwickelt, die vorhandene Ressourcenbindung zu vermindern.
- Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden mit der Vergabe eines Prüf- und Entwicklungsauftrags an das DRG-Institut beauftragt, um systematisch zu prüfen, ob und inwieweit einzelne Krankenhäuser in besonderem Ausmaß mit Fällen mit erheblicher Kostenunterdeckung belastet sind.
- Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser werden im Jahre 2014 vollständig aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt, so dass die zusätzlichen finanziellen Belastungen im Krankenhausbereich vollständig kompensiert werden und somit nicht zu Zusatzbeiträgen führen.

Des Weiteren wurden im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung weitere Änderungen beschlossen, um die Problematik bereits bestehender Beitragsschulden zu entschärfen.

Für nachrangig versicherungspflichtige Mitglieder, deren Mitgliedschaft bereits festgestellt worden ist bzw. die sich noch bis zum Stichtag (31. Dezember 2013) bei der Krankenkasse melden, werden die für den Zeitraum zwischen Eintritt der Versicherungspflicht und Meldung zur Feststellung der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse geltend gemachten Beiträge vollständig erlassen. Für Mitglieder, die sich erst nach dem Stichtag melden, werden die Beiträge, die sich für den Zeitraum zwischen Eintritt der Versicherungspflicht und der Meldung bei der Krankenkassen ergeben, ermäßigt. Die Ausgestaltung der konkreten Bedingungen für Beitragsrlass/-ermäßigung bzw. den Erlass von Säumniszuschlägen wird dem GKV-SV übertragen. Die Regelungen sind durch das BMG zu genehmigen und müssen bis zum 15. September 2013 vorliegen. Durch weitere, mitgliedschaftsrechtliche Regelungen sollen zukünftig Beitragsrückstände vermieden werden.

Für den Bereich der privaten Krankenversicherung werden die Rechte des Versicherungsnehmers, eine Stundungsvereinbarung mit dem Versicherer zu treffen, gestärkt. Um für bislang nicht versicherte Personen einmalig den Zugang zur privaten Krankenversicherung zu erleichtern, wird zudem vorgesehen, dass der Prämienzuschlag für Vertragsabschlüsse von Nichtversicherten, die bis zum 31. Dezember

2013 beantragt werden, nicht verlangt wird. Zudem wird für Kinder und Jugendliche im Notlagentarif ein erweiterter Erstattungsanspruch vorgesehen. Dies gilt insbesondere für Kindervorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen.

Säumige Versicherungsnehmer gelten nun auch rückwirkend von dem Zeitpunkt an als im Notlagentarif versichert, zu dem ihr Vertrag ruhend gestellt wurde. Wegen der niedrigeren Prämie des Notlagentarifs verringern sich die aufgebauten Beitragsschulden der Versicherungsnehmer i. d. R. damit deutlich und die Zahlungsfähigkeit des Einzelnen kann schneller wieder hergestellt werden.

Schließlich wurden Änderungen des Transplantationsgesetzes beschlossen. Hierbei sollen die unrichtige Erhebung und die unrichtige Dokumentation sowie die Übermittlung eines unrichtigen Gesundheitszustands der Patienten an Eurotransplant in der Absicht, den Patienten auf der Warteliste unberechtigt zu bevorzugen, verboten werden; der Verstoß gegen dieses Verbot soll mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bewehrt werden. Zudem sollen die Richtlinien der BÄK einer Begründungspflicht unterworfen und unter den Vorbehalt der Genehmigung durch das BMG gestellt werden.

Darüber hinaus lag dem Ausschuss ein weiterer Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 17(14)448 zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13079 vor, der mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt wurde:

Zu Artikel 1 (SGB V)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

Nach Nr. 0 wird folgende Nummer 0a eingefügt:

0a. § 46 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

„im Übrigen von dem Tag an, der auf den Tag der ersten ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt.“

Begründung

Personen ohne Beschäftigungsverhältnis verlieren aufgrund der langjährigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 46 Abs. 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) unter bestimmten Umständen ihren Anspruch auf Krankengeld. Dies ist der Fall, wenn eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit nicht spätestens am letzten bzw. – je nach Auslegung der BSG-Rechtsprechung – am vorletzten Tag der bisherigen Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Sie verlieren also auch dann den Krankengeldanspruch, wenn die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit keine Lücke aufweist und wenn die Feststellung derselben durch den Arzt/ die Ärztin nahtlos erfolgt.

Versicherte sind nicht in der Lage, die auf die BSG-Rechtsprechung zurückgehende, komplizierte Situation zu überblicken, weshalb eine relevante Zahl von Personen ihren Krankengeldanspruch auf die beschriebene Art und Weise verliert.

Betroffen vom oben beschriebenen Problem sind Personen, die zum Beispiel während der Arbeitsunfähigkeit arbeitslos werden oder die während der Arbeitslosigkeit arbeitsunfähig werden und bei denen ein fortgesetzter Krankenversicherungsschutz mit Krankengeldanspruch nur infolge des

Krankengeldbezuges besteht. Diese Personengruppen verlieren bei einer „verspätet“ festgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihren Status als Krankenversicherungsmitglied. Werden die Betroffenen im Anschluss als Familienversicherte geführt, verlieren sie damit automatisch ihren Anspruch auf Krankengeld. Besteht keine Möglichkeit zur Familienversicherung, können die Betroffenen für längstens vier Wochen einen rückwirkenden Anspruch auf Krankengeld erwerben – etwa wenn sie eine neue Beschäftigung finden oder Arbeitslosengeld beziehen. Diese Möglichkeit haben langfristig erkrankte Personen faktisch nicht.

Krankengeldbezieher/-innen in einem laufenden Beschäftigungsverhältnis haben im Unterschied zu Personen ohne Beschäftigung vier Wochen Zeit, um eine erneute ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Das Krankengeld wird bei ihnen nur für die Dauer ausgesetzt, für die sie keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorlegen können.

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 17/13079 lagen dem Ausschuss drei Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte.

Die Petenten sprachen sich im Wesentlichen aus

- gegen eine Versicherungspflicht für Selbständige mit geringfügigen Einnahmen,
- für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Beitragsnachforderung sowie
- gegen die Vollstreckung von Krankenkassenforderungen wegen Säumniszuschlägen auf rückständige Beiträge.

Den Anliegen der Petenten wurde teilweise entsprochen.

Die **Fraktion der CDU/CSU** hob hervor, dass mit dem Gesetzentwurf zum Thema Beitragsschulden und den Änderungsanträgen der Koalition die Entscheidung der Großen Koalition in der vergangenen Wahlperiode, Beitragsschulden mit einer Strafzahlung zu belegen, wodurch eine unbeabsichtigte Abschreckung ausgelöst worden sei, korrigiert werde. Ohne die vorgesehene Stichtagsregelung würde jedoch weiterhin ein Anreiz bestehen, auf die Versicherung zu verzichten, um die Beiträge zu sparen, beziehungsweise erst im Krankheitsfall einer Versicherung beizutreten. Dies würde jedoch dem Zweck der Versicherungspflicht und dem Prinzip der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechen. Die Änderungsanträge, die sich auf den Krankenhausbereich bezögen, stellten sicher, dass den Krankenhäusern finanzielle Hilfen insbesondere bei der Bewältigung der Personalkostensteigerungen gewährt würden. Im Hinblick auf die Änderungsanträge zum Transplantationsgesetz (TPG) danke die Fraktion der CDU/CSU den anderen Fraktionen für die konstruktive Zusammenarbeit bei der Ausarbeitung der Änderungsträge.

Die **Fraktion der FDP** vertrat die Auffassung, dass die für die Krankenhäuser vorgesehenen finanziellen Hilfen jetzt möglichst schnell umgesetzt werden müssten. Allerdings müsse auch darauf hingewiesen werden, dass die Länder in diesem Bereich seit vielen Jahren ihren Pflichten nicht ausreichend nachgekommen seien. Durch die Regelungen zu den Beitrags-schulden würden sowohl für die gesetzlich als auch für die privat Versicherten erhebliche Verbesserungen erzielt. Es sei jedoch kaum zu vermeiden, dass mancher Effekte der Regelungen zum Schuldenerlass subjektiv als un-

gerecht empfunden werde. Im Übrigen sei es erfreulich, dass es gelungen sei, Einvernehmen zwischen allen Fraktionen über die Änderung des Transplantationsgesetzes zu erzielen.

Die **Fraktion der SPD** merkte an, dass sie mit dem Ergebnis der Beratungen über den Gesetzentwurf nicht zufrieden sei, weil es in einer ganzen Reihe von Fragen nicht gelungen sei, Unklarheiten in den betreffenden Regelungen zu beseitigen. In Anbetracht der Notwendigkeit, in den verschiedenen Bereichen rasch zu Neuregelungen zu kommen, werde die SPD jedoch einigen der Änderungsanträge zustimmen. Bei der Abstimmung über das Gesamtpaket werde sich die SPD jedoch der Stimme enthalten.

Die **Fraktion DIE LINKE**. vertrat die Auffassung, dass die Neuregelung zu den Säumniszuschlägen im Falle von Beitragsrückständen einen Schritt in die richtige Richtung beinhalte. Die Bestimmungen zum sogenannten Notlagentarif seien hingegen abzulehnen. Auch die in den Änderungsanträgen zum Krankenhausbereich enthaltenen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung halte DIE LINKE. für nicht ausreichend. Hingegen seien die Änderungen zum Bereich Hygiene, zum Prüfverfahren und zum Schlichtungsausschuss positiv zu beurteilen. Den Änderungen des Transplantationsgesetzes werde DIE LINKE. zustimmen.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** begrüßte die nachträglich von der Koalition eingebrachten Verbesserungen zur Entschuldung der Betroffenen. Falsch sei es, für den Notlagentarif einen Teil der Altersrückstellungen aufzubrechen und die Halteeffekte bei den Wahlтарifen der gesetzlichen Kassen nicht mehr zu berücksichtigen. Die Krankenhaus-Regelungen seien kurzfristig notwendig, zumal die Koalition in dieser Wahlperiode die Strukturprobleme im Krankenhaussektor nicht angegangen sei. Mit den Änderungen am Transplantationsgesetz werde ein Schritt nach vorne getan, auch wenn diese bei den Strafvorschriften noch verbesserungswürdig seien. Der grüne Änderungsantrag soll Versicherungslücken bei längerer Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldbezug schließen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen sowie weitere Maßnahmen zur Vermeidung von Beitragsschulden)

Zu Nummer 0

Die Regelung flankiert die Maßnahmen zum Abbau und zur Vermeidung von Beitragsschulden von Personen, die der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V in der Krankenversicherung unterliegen.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht ist in bestimmten Fällen möglich, um einen außerhalb der GKV bestehenden Versicherungsschutz fortzusetzen bzw. zu begründen. Bislang hatten die Krankenkassen aber keine Möglichkeit, bei einer Befreiung von der Versicherungspflicht nachzuprüfen, ob für diese Person auch tatsächlich ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestand.

Durch die Neuregelung wird sichergestellt, dass Beitragsrückstände künftig nicht mehr entstehen können, wenn zuvor eine Befreiung von der Versicherungspflicht ausgesprochen wurde. Kann eine Person, die einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht stellt, eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nicht nachweisen, wird die Befreiung nicht wirksam, so dass der Versicherungsschutz in der GKV bestehen bleibt. Weist die Person hingegen beispielsweise eine bestehende Absicherung in der PKV nach, ist die Befreiung auszusprechen. Ein lückenloser Versicherungsschutz ist damit gewährleistet und Beitragsrückstände wegen einer verspätet festgestellten Versicherung entstehen nicht.

Zu Nummer 2a

Bei der Streichung des § 186 Absatz 11 Satz 4 SGB V handelt es sich um eine Folgeänderung zum neuen § 256a SGB V (siehe Nummer 2d).

Zu Nummer 2b

Bei den Vorschriften handelt es sich um Folgeänderungen zum neuen § 256a SGB V (siehe Nummer 2d). Durch die Anfügung eines § 188 Absatz 4 SGB V soll künftig der Entstehung von Beitragsschulden durch eine verspätete Anzeige der Voraussetzungen für die nachrangige Versicherungspflicht entgegen gewirkt werden. Außerdem soll durch eine Ergänzung des § 188 Absatz 2 verhindert werden, dass kurzfristige Lücken im Versicherungsverlauf entstehen.

Zu Buchstabe a

Die Regelung verhindert kurzzeitige Lücken im Versicherungsverlauf bei Aufnahme einer versicherungsfreien Beschäftigung.

Nach § 188 Absatz 1 SGB V beginnt die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter grundsätzlich mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse. Sofern Personen, die nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 oder 5 SGB V ein Beitrittsrecht haben (versicherungsfreie Berufsanfänger sowie Personen, die nach ihrer Beschäftigung bei einer internationalen Organisation wieder eine versicherungsfreie Beschäftigung in Deutschland aufnehmen), dieses Recht erst nach Beschäftigungsaufnahme ausüben, kann dadurch eine unerwünschte Lücke entstehen, die nicht durch eine Versicherung in der GKV geschlossen werden kann. Der Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ist für die nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfreien Personen ausgeschlossen (s. § 6 Absatz 3 Satz 1 SGB V). Die zwischen Beschäftigungsaufnahme und Eintritt liegende Lücke müsste – wegen des Eintritts der Versicherungspflicht in der PKV nach § 193 Absatz 3 VVG – durch eine – kurzzeitige – Versicherung in der PKV geschlossen werden. Die Beschäftigten bekunden darüber hinaus durch ihren Beitritt eindeutig ihren Willen zur Versicherung in der GKV. Aus diesem Grund erfolgt eine Klarstellung dahingehend, dass die Mitgliedschaft bereits mit der Aufnahme der Beschäftigung beginnt und nicht erst mit tatsächlicher Ausübung des Beitrittsrechts.

Zu Buchstabe b

Für Personen, die aus einer bei dieser Krankenkasse vorangegangenen Versicherungspflicht oder Familienversicherung ausscheiden, enthält der neue § 188 Absatz 4 SGB V eine Spezialregelung, die den Regelungen der Absätze 1 bis 3 vorgeht.

Wenn Personen kraft Gesetzes aus einer vorhergehenden Versicherungspflicht nach § 5 SGB V (z. B. als Arbeitnehmer) oder einer Familienversicherung nach § 10 SGB V ausgeschieden sind und sich nicht nahtlos erneut ein Tatbestand einer vorrangigen Versicherungspflicht angeschlossen hat, hatten die Krankenkassen bislang keine Möglichkeit, die nachrangige Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V durchzuführen, wenn diese Personen zwar keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, sie sich aber auch auf Aufforderung der Krankenkassen, den weiteren Versicherungsschutz zu klären, nicht bei dieser gemeldet haben. Da die Mitgliedschaft der (nachrangig) nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen bereits mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall beginnt, konnten auf diese Weise erhebliche Beitragsrückstände bis zu dem Zeitpunkt entstehen, an dem die Mitgliedschaft schließlich rückwirkend festgestellt wurde.

Die Neuregelung lehnt sich an die bisherige Regelung in § 190 Absatz 3 SGB V an. Danach ist bereits jetzt für Personen, deren Versicherungspflicht wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze zum Ablauf eines Kalenderjahres endet, vorgesehen, dass sich die Mitgliedschaft als freiwillige Versicherung fortsetzt, wenn nicht innerhalb von zwei Wochen nach einem Hinweis der Krankenkasse der Austritt erklärt wird.

Diese Regelung soll auf alle Personen, deren vorhergehende Versicherung bei einer Krankenkasse kraft Gesetzes endet, ohne dass sich unmittelbar ein weiterer, vorrangiger Versicherungspflichttatbestand anschließt, erweitert werden. Sie stärkt den Grundsatz des Vorrangs der freiwilligen Versicherung vor der nachrangigen Versicherungspflicht. Sie vermeidet zugleich, dass diese Personen durch eine verspätete Rückkehr zu ihrer letzten Krankenkasse hohe Beitragsschulden auf Grund der zwischenzeitlich eingetretenen nachrangigen Versicherungspflicht aufgebaut haben. Die Regelung gilt nur für diejenigen Personen, die grundsätzlich ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung haben (s. § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V). Auf das Erfordernis von Vorversicherungszeiten wird für diese Personengruppen hier allerdings verzichtet, da bei Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V (für Personen, die die Vorversicherungszeiten nicht erfüllen oder ihr Beitrittsrecht nicht ausgeübt haben) wegen der vorangegangenen Versicherung ohnehin eine Zuordnung zur letzten gesetzlichen Krankenkasse erfolgen würde.

Wie auch nach bislang geltendem Recht kann, da es sich um eine freiwillige Versicherung handelt, der Austritt aus der Mitgliedschaft bis zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit erklärt werden. Es wird allerdings klargestellt, dass ein Austritt – wie auch die Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft nach § 175 Absatz 4 Satz 4 SGB V – nur dann wirksam wird, wenn eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachge-

wiesen wird (s. dazu auch unter Nummer 0). Ist die Austrittsfrist abgelaufen, kann die freiwillige Mitgliedschaft unter den Voraussetzungen des § 175 Absatz 4 SGB V gekündigt werden.

Die Mitgliedschaft wird ab dem Zeitpunkt durchgeführt, an dem die vorangegangene Versicherung bzw. Mitgliedschaft geendet hat, ohne dass sich unmittelbar eine weitere, vorrangige Versicherungspflicht angeschlossen hat, um einen lückenlosen Versicherungsschutz zu gewährleisten. Liegen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung vor, hat diese allerdings Vorrang vor der freiwilligen Versicherung (insoweit gilt der in § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V genannte Vorrang der freiwilligen Versicherung nicht). Gleiches gilt – wie bereits im Rahmen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V (s. § 5 Absatz 8a Satz 4 SGB V) – für den nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 SGB V, allerdings nur, sofern im Anschluss daran eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen werden kann.

Zu Nummer 2c

Aufgrund der Einfügung eines neuen § 188 Absatz 4 SGB V (s. zu Nummer 2b Buchstabe b) ist die bisherige Regelung in § 190 Absatz 3 SGB V entbehrlich, da alle von der Altregelung betroffenen Personen von der Neuregelung erfasst werden.

Zu Nummer 2d

Mit der Regelung des neuen § 256a SGB V soll bei zukünftig festgestellten Mitgliedschaften nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V eine Ermäßigung der rückwirkend nachzuzahlenden Beiträge deutlich vereinfacht und gefördert werden. Darauf entfallende Säumniszuschläge werden vollständig erlassen. Für bereits festgestellte Mitgliedschaften sollen die Rückstände, die zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht und der Feststellung der Mitgliedschaft angefallen sind, erlassen werden. Zusätzlich werden sowohl für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 sowie für freiwillige Mitglieder noch nicht gezahlte, erhöhte Säumniszuschläge nach § 24 Absatz 1a SGB IV – alt – erlassen.

Zu Absatz 1

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), welches im Wesentlichen zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, wurde für alle Einwohner ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die dem System der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, eine (nachrangige) Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V eingeführt. Die Versicherungspflicht entsteht kraft Gesetzes und damit unabhängig davon, ob sich die Betroffenen zur Feststellung und Durchführung der Mitgliedschaft an die zuständige Krankenkasse wenden. Die Mitgliedschaft dieser Versicherungspflichtigen beginnt nach § 186 Absatz 11 Satz 1 und 3 SGB V mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland, frühestens ab dem 1. April 2007, und damit ggf. rückwirkend. Dies sollte nach der Begründung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes verhindern, dass die Betroffenen selbst

über den Beginn des Versicherungsschutzes entscheiden und ihn bis zu dem Zeitpunkt hinausschieben, in dem die anfallenden Krankheitskosten die zu entrichtenden Beiträge übersteigen. Beiträge sind für den gesamten Zeitraum der Mitgliedschaft zu zahlen, also u. U. ab dem 1. April 2007. Im Gegenzug übernimmt die Krankenkasse im Rahmen der GKV-Leistungspflicht die Kosten für die in der Zwischenzeit in Anspruch genommenen Leistungen.

Es hat sich gezeigt, dass nach wie vor viele Personen bislang darauf verzichten, sich bei der zuständigen Krankenkasse zwecks Durchführung der Versicherungspflicht zu melden. Dadurch sind bei diesen Personen erhebliche Beitragsrückstände aufgelaufen. Viele der Betroffenen sind offensichtlich nicht in der Lage, ihre Beitragsrückstände zu begleichen. Zwar enthält der bislang geltende § 186 Absatz 11 Satz 4 SGB V eine Regelung, die den Krankenkassen eine Rechtsgrundlage gibt, die nachträglich zu entrichtenden Beiträge zu ermäßigen, zu stunden oder ganz zu erlassen. Voraussetzung ist aber, dass die Versicherten das verspätete Anzeigen der Versicherungspflicht „nicht zu vertreten haben“. In der Praxis findet die Regelung des § 186 Absatz 11 Satz 4 SGB V daher eher selten Anwendung, weil kaum nachweisbar ist, dass das Mitglied das verspätete Anzeigen nicht zu verschulden hat. Deshalb wird die Regelung für eine deutliche Entlastung der Betroffenen umfassend angepasst und erhält im § 256a Absatz 1 SGB V einen neuen Regelungsort.

Mit dem Verzicht auf die Voraussetzung „nicht zu vertreten haben“ wird die Gewährung einer Beitragsermäßigung für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V deutlich vereinfacht und gefördert. Die Möglichkeit einer Stundung oder eines Erlasses von Beitragsschulden nach § 76 Absatz 2 SGB IV bleibt bestehen. Zudem wird die bisherige Kann-Regelung in eine Soll-Regelung überführt; damit wird sichergestellt, dass die Krankenkassen regelmäßig von diesem Instrument Gebrauch machen. Dies liegt nicht nur im Interesse der Versicherten, sondern auch der Krankenkassen, da die Beitreibung dieser Forderungen häufig mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden wäre bzw. diese Beitragsforderungen in vielen Fällen in der Praxis nicht realisiert werden können. Entsprechend sind die finanziellen Auswirkungen der Beitragsermäßigung auf die Solidargemeinschaft nur marginal.

Zu Absatz 2

Über die Neuregelung des Absatzes 1 hinaus sieht § 256a Absatz 2 SGB V einen vollständigen Beitragserlass einschließlich der angefallenen Säumniszuschläge für zurückliegende Zeiträume für alle Personen vor, die sich zur Feststellung und Durchführung der Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 2013 an die jeweils zuständige Krankenkasse wenden. Diese Stichtagsregelung setzt für bisher nicht gemeldete Personen einen deutlichen Anreiz, zeitnah bei der Krankenkasse ihre Mitgliedschaft nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V feststellen zu lassen, indem denjenigen, die bis zum 31. Dezember 2013 ihre Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse feststellen lassen, in der Regel ein vollständiger Schuldenerlass gewährt wird. Es ist davon auszugehen, dass die Stichtagsregelung viele Betroffene dazu bewegen wird, die Gelegenheit zu nutzen und sich bei ihrer Krankenkasse zu melden. Die Regelung dient damit der

Umsetzung des schon mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verfolgten gesamtgesellschaftlichen Zieles eines Versicherungsschutzes für alle Einwohner. Erfolgt die Anzeige nach diesem Stichtag, so findet wiederum Absatz 1 Anwendung.

Absatz 2 Satz 2 stellt zudem klar, dass dieser vollständige Erlass nach Satz 1 auch die noch ausstehenden Beiträge und Säumniszuschläge der bereits vor Inkrafttreten dieses Gesetzes eingetretenen Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V umfasst. Der Erlass bezieht sich dann auf die Beitragsschulden und Säumniszuschläge, die zwischen dem Eintritt und der Feststellung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V entstanden sind.

Der Erlass bezieht sich auf noch ausstehende Beiträge und Säumniszuschläge. Mit dem vollständigen Erlass dieser Schulden können die in der Vergangenheit aufgelaufenen Rückstände, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr eingezogen werden können, erheblich reduziert und so die Betroffenen umfassend entlastet werden. Nach Feststellung der Versicherungspflicht aufgelaufene Beitragsschulden und Säumniszuschläge nach § 24 Absatz 1 SGB IV bleiben von der Regelung unberührt. Bereits gezahlte Beiträge und Säumniszuschläge nach § 24 Absatz 1 SGB IV werden nicht erstattet. Für das Ziel der Reduzierung der erheblichen Rückstände und im Hinblick auf den Versicherungsschutz für alle Einwohner ist eine solche Erstattung weder geeignet noch erforderlich. Zudem wäre ein Erstattungsverfahren für bereits gezahlte Beiträge und Säumniszuschläge verwaltungstechnisch höchst aufwändig und für die gesetzliche Krankenversicherung über die dann zu erstattenden Beiträge und Säumniszuschläge hinaus mit erheblichen Verwaltungskosten verbunden. Zudem haben Mitglieder, die Beiträge gezahlt haben, für diesen Zeitraum auch Anspruch auf den vollen Versicherungsschutz. Denn auch für zurückliegende Zeiträume, für die die Mitgliedschaft erst zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt wurde, konnten Leistungen z. B. in Form von Kostenerstattungen in Anspruch genommen werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt den Erlass noch ausstehender Säumniszuschläge nach § 24 Absatz 1a SGB IV – alt –. Der erhöhte Säumniszuschlag hat das Problem der Beitragsrückstände für die betroffenen Mitglieder verschärft. Daher ist es konsequent, den erhöhten Säumniszuschlag nicht nur für die Zukunft abzuschaffen, sondern auch noch ausstehende erhöhte Säumniszuschläge zu erlassen. Damit wird eine Reduzierung der aufgelaufenen Rückstände und somit eine spürbare Entlastung für die Betroffenen erreicht. Vorteil dieser Entschuldung ist, dass sich durch diese Lösung keine beitragsrechtlich relevanten Auswirkungen ergeben. Die Regelung gilt sowohl für freiwillige Mitglieder als auch für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V.

Zu Absatz 4

Das Nähere zur Umsetzung des neuen § 256a SGB V regelt nach Absatz 4 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die entsprechenden Regelungen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Zu diesem Zweck sind sie diesem spätestens

bis zum 15. September 2013 vorzulegen. Systematisch erscheint es insoweit naheliegend, dass sich die Berechnung der Höhe der Beitragsermäßigung für vergangene Zeiträume, die bei zukünftig festgestellten Mitgliedschaften gewährt werden soll, dabei grundsätzlich an der Festlegung der Höhe des Beitrags im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung nach § 240 Absatz 4a SGB V orientieren könnte. Der Spitzenverband Bund hat dabei insbesondere auch die Voraussetzungen dafür zu regeln, nach denen ein Leistungsverzicht bzw. ein Verzicht auf die Einreichung von Rechnungen für den entsprechenden Zeitraum Bedingung für einen Erlass bzw. die Ermäßigung von Beiträgen ist. Eine entsprechende Regelung ist auch für den nach Absatz 2 vorgesehenen Beitragserlass für zurückliegende Zeiträume für die Personen zu treffen, die sich zur Feststellung und Durchführung der Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 2013 an die jeweils zuständige Krankenkasse wenden. Grundsätzlich ist jedoch die Möglichkeit, vom Beitragserlass keinen Gebrauch zu machen, sondern stattdessen den nachträglichen Versicherungsschutz, z. B. durch das Einreichen von Rechnungen in Anspruch zu nehmen, für alle Mitglieder sowohl vor als auch nach dem Stichtag zu sicherzustellen. Zudem könnte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beispielsweise eine großzügigere Beitragsermäßigung für den Fall vorsehen, dass das Mitglied die verbleibende Restbeitragsschuld sofort zahlt.

Darüber hinaus kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Definition des Nacherhebungszeitraums sowie eine mögliche Festlegung von Bagatellgrenzen für Erlasse bzw. Ermäßigungen vornehmen. Ebenso kann er auch einen möglichen Verzicht auf Säumniszuschläge für den Zeitraum der Nacherhebung von Beiträgen regeln.

Zu Nummer 3 (§ 271 SGB V)

Auf Basis der aktuellen Prognosen des GKV-Schätzerkreises zu den Finanzergebnissen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2012 und 2013 ist für das Jahr 2014 Spielraum für die Finanzierung der Mehrausgaben, die den Krankenkassen im Zusammenhang mit der Finanzierung von Krankenhausleistungen im Jahr 2014 entstehen, und eine entsprechende Erhöhung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen gegeben.

Mit der Änderung des § 271 Absatz 2 Satz 5 SGB V werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2014 insgesamt 2,34 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt. Zusätzlich zu den zur Kompensation der Mehrausgaben aus der Abschaffung der Praxisgebühr zuzuführenden Finanzmitteln in Höhe von 1,78 Mrd. Euro erfolgt durch diese Regelung eine weitere Zuführung in Höhe von 560 Mio. Euro zur Kompensation der geschätzten Mehrausgaben, die der GKV (ohne die Landwirtschaftliche Krankenversicherung) im Zusammenhang mit der Finanzierung von Krankenhausleistungen entstehen. Dieser Betrag ist abzüglich eines Betrages von rund 8 Mio. Euro ermittelt, der als Mehrausgabe bei der landwirtschaftlichen Krankenversicherung anfällt.

Für die Finanzierung der Mehrausgaben aus der Abschaffung der Praxisgebühr waren mit einer entsprechenden Regelung im Rahmen des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, das am 21. Dezember 2013 in Kraft getreten ist, bereits 1,78 Mrd. Euro für die Mehrausgaben

bereitgestellt worden, so dass sich nunmehr in Summe eine Zuführung von 2,34 Mrd. Euro ergibt.

Da die Liquiditätsreserve die in § 271 Absatz 2 Satz 2 SGB V vorgesehene Mindestgrenze von 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds auch nach der Bereitstellung dieses Betrages voraussichtlich noch deutlich überschreiten wird, ist diese Zuführung zu den Einnahmen möglich, ohne die Funktion der Liquiditätsreserve zu gefährden.

Aus redaktionellen Gründen wird die Umsetzung dieser Zuführung mit der bereits in der geltenden Fassung geregelten Kompensation der Mehrausgaben aus der Abschaffung der Praxisgebühr zusammengefasst.

Zu Artikel 2a (Folgeänderung in der Pflegeversicherung im Hinblick auf den neuen § 256a SGB V)

In der sozialen Pflegeversicherung gilt der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Dies gilt insbesondere für das Mitgliedschafts- und Beitragsrecht. Vor diesem Hintergrund handelt es sich hier um eine Folgeänderung zur Neuregelung des § 256a SGB V. Die bisherige Verweisung in § 60 Absatz 1 Satz 2 SGB XI auf die §§ 253 bis 256 SGB V sowie § 50 KVLG 1989 wird durch die Berücksichtigung des neuen § 256a SGB V sowie des neuen § 50a KVLG 1989 ergänzt.

Auf die Begründung zu § 256a SGB V wird verwiesen.

Zu Artikel 2b (Begleitregelungen in der Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1

Folgeänderung zur Änderung des § 8 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 2

Folgeänderung zu § 188 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 3

Folgeänderung zur Aufhebung des § 190 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 4

Folgeänderung zur Einfügung des § 256a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 3 (Stundung und Erlass des Prämienzuschlags)

Zu Nummer 0

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) wurde zum 1. Januar 2009 erstmals eine Pflicht zur Versicherung eingeführt, nach der grundsätzlich jede Person mit Wohnsitz in Deutschland zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung verpflichtet ist, sofern sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder anderweitig abgesichert ist.

Es liegt seither in der Verantwortung bislang nicht versicherter Personen, dieser Pflicht zur Versicherung nachzukommen. Das Gesetz sieht vor, dass ein Prämienzuschlag zu entrichten ist, wenn der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Versicherungspflicht beantragt wird. Dieser Prämienzuschlag kann insgesamt eine Höhe von 15 Monatsbeiträgen betragen.

Bis heute kommen nicht alle Personen ihrer Pflicht zur Versicherung nach. Hierbei ist nicht auszuschließen, dass zum Zeitpunkt der Einführung der Pflicht zur Versicherung und in den Folgemonaten die neue Rechtslage einschließlich ihrer Konsequenzen noch nicht vollumfänglich bekannt war. Mit wachsendem zeitlichen Abstand zum Eintritt der Versicherungspflicht ist bei den Personen, die ihrer Pflicht zur Versicherung nicht fristgerecht nachgekommen sind, der zu zahlende Prämienzuschlag deutlich angewachsen. Viele Betroffene sind offensichtlich nicht in der Lage, diesen Prämienzuschlag zu begleichen. Diese negative Folgewirkung insbesondere für jenen Personenkreis, der vor Einführung der Versicherungspflicht nicht krankenversichert war, wird nun korrigiert.

Zu Buchstabe a

Mit dem Verzicht auf die Voraussetzung, unter welchen Umständen ein Versicherungsnehmer die Stundung des Prämienzuschlages verlangen kann, wird das Recht des Versicherungsnehmers, eine Stundungsvereinbarung mit dem Versicherer zu treffen, gestärkt. Dadurch werden Personen, die künftig ihrer Pflicht zur Versicherung verspätet nachkommen, in Zukunft leichter in der Lage sein, den Prämienzuschlag zu begleichen. Durch den Wegfall der gesetzlichen Voraussetzung für eine Stundung sind künftig auch die Versicherer besser in der Lage, der jeweiligen finanziellen Situation des einzelnen Versicherungsnehmers Rechnung zu tragen. Dies liegt damit auch im Interesse der Versicherungsunternehmen.

Zudem entstehen durch eine Stundung des Prämienzuschlages keine finanziellen Belastungen für den Versicherer, da es sich hierbei in der privaten Krankenversicherung nicht um Beiträge handelt, die einen Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers für die Vergangenheit auslösen. Die Stundung eines Prämienzuschlages ist damit grundsätzlich mit den Interessen der Versicherer vereinbar.

Zu Buchstabe b

Um für bislang nicht versicherte Personen einmalig den Zugang zur privaten Krankenversicherung zu erleichtern, sieht die Regelung vor, dass der Prämienzuschlag für Vertragsabschlüsse, die bis zum 31. Dezember 2013 beantragt werden, nicht verlangt wird.

Diese Stichtagsregelung setzt für bisher nicht versicherte Personen einen deutlichen Anreiz, zeitnah einen Vertragsabschluss bei einem Versicherungsunternehmen zu beantragen. Es ist davon auszugehen, dass diese Regelung viele Betroffene dazu bewegen wird, die Gelegenheit zu nutzen und sich bei einem Versicherer zu melden. Dies gilt insbesondere für die Personen, die noch dem Personenkreis der vormals Nicht-Krankenversicherten vor Einführung der Pflicht zur Versicherung im Jahr 2009 zuzurechnen sind. Die Stichtagsregelung gewährt einen angemessenen Zeitraum, um

die Betroffenen über die Neuregelung und den möglichen Erlass des Prämienzuschlags bis zum Stichtag 31. Dezember 2013 zu informieren. Wegen des mittlerweile deutlich angestiegenen Prämienzuschlags fällt die finanzielle Anreizwirkung nunmehr erheblich stärker aus als bei der Einführung der Regelung. Die Regelung dient damit der Umsetzung des schon mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verfolgten gesamtgesellschaftlichen Ziels eines Versicherungsschutzes für alle Einwohner.

Hierdurch wird verhindert, dass die Betroffenen aufgrund des Prämienzuschlags nicht in der Lage sind, ihre laufenden Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen und so neu abgeschlossenen Verträge absehbar ruhend gestellt werden müssen. Dies liegt nicht nur im Interesse der Versicherten, sondern auch der Versicherer, da die Beitreibung dieser Forderungen mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden wäre bzw. diese Beitreibungsforderungen in vielen Fällen in der Praxis nicht realisiert werden können.

Durch die Zahlung des Prämienzuschlags in der privaten Krankenversicherung wird kein Leistungsanspruch für die Vergangenheit ausgelöst und insoweit entstehen keine Leistungsausgaben für die Versicherer. Da sich die künftig zu zahlende Prämienhöhe in der privaten Krankenversicherung am tatsächlichen Eintrittsalter und Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers orientiert, wird auch das Versichertenkollektiv dadurch insgesamt nicht belastet.

Der neue Satz 8 stellt klar, dass der Erlass des Prämienzuschlags nach Satz 7 auch die noch ausstehenden Prämienzuschläge der Verträge umfasst, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes abgeschlossen wurden. Der Erlass bezieht sich auf den noch ausstehenden Teil eines Prämienzuschlages. Mit dem vollständigen Erlass dieser Schulden können die in der Vergangenheit aufgelaufenen Forderungen reduziert und die Betroffenen insoweit entlastet werden. Bereits gezahlte Prämienzuschläge werden nicht erstattet. Für das Ziel der Reduzierung der erheblichen Prämienrückstände und im Hinblick auf den Versicherungsschutz für alle Einwohner ist eine solche Erstattung weder geeignet noch erforderlich. Sowohl aus Sicht der Versicherten als auch der Versicherer geht es im Kern um eine Entlastung derjenigen, die ihre Prämienrückstände tatsächlich nicht zahlen können beziehungsweise bei denen diese Forderungen von den Versicherern nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand realisiert werden können. Das ist bei bereits gezahlten Prämienzuschlägen gerade nicht der Fall.

Zudem wäre ein Erstattungsverfahren für bereits gezahlte Prämienzuschläge verwaltungstechnisch höchst aufwändig und für die private Krankenversicherung – über dann zu erstattende Prämienzuschläge hinaus – mit erheblichen Verwaltungskosten verbunden. Hinsichtlich bereits realisierter Forderungen und damit bereits bilanzierter Einnahmen werden so die Eigentumsrechte der Versicherer gewahrt.

Erfolgt der Antrag auf Vertragsabschluss nach dem Stichtag, so finden die Sätze 1 bis 6 wiederum Anwendung. Die damit verbundene grundsätzliche Aufrechterhaltung des Prämienzuschlags als Sanktionsmechanismus ist erforderlich, um Personen, die künftig der Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung unterliegen, für die Zukunft einen finanziellen Anreiz zu geben, dieser Pflicht ordnungsgemäß nachzukommen.

Zu Artikel 4 (Gesundheitliche Belange von im Notlagentarif versicherten Kindern und Jugendlichen)

Zu Nummer 3

Kinder und Jugendliche sind besonders schutzbedürftig. Deshalb muss für sie auch im Notlagentarif ein erweiterter Erstattungsanspruch bestehen. Gemäß § 12 Absatz 1d Satz 1 wird der Verband der privaten Krankenversicherung damit belien, Art, Umfang und Höhe der Leistungen des Notlagentarifs nach der Maßgabe der Regelungen in § 12h festzulegen. Durch die Regelung in Satz 3 wird nun erreicht, dass der PKV-Verband bei der Festlegung dieser Leistungen die gesundheitlichen Belange von Kindern und Jugendlichen besonders zu berücksichtigen hat. Dies gilt insbesondere für Kindervorsorgeuntersuchungen analog zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch im ärztlichen, zahnärztlichen, kieferorthopädischen und gynäkologischen Bereich sowie für Schutzimpfungen, die die ständige Impfkommission für Kinder und Jugendliche empfiehlt.

Zu Artikel 5 (Rückwirkende Versicherung im Notlagentarif)

Der Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung zielt darauf ab, durch die Einführung eines Notlagentarifs in der privaten Krankenversicherung säumige Versicherungsnehmer vor weiterer Überschuldung zu schützen. Bislang wird eine Begrenzung der Belastung von Beitragsschuldern für die Zukunft erreicht. Darüber hinaus bedarf es jedoch auch einer Lösung für die z. T. erheblichen Beitragsschulden, die säumige Versicherungsnehmer seit der Abschaffung der Kündigungsmöglichkeit wegen Zahlungsverzugs in der PKV aufgebaut haben.

Mit der vorliegenden Regelung wird deshalb vorgesehen, dass säumige Versicherungsnehmer rückwirkend von dem Zeitpunkt an als im Notlagentarif versichert gelten, zu dem ihr Vertrag ruhend gestellt wurde. Wegen der niedrigeren Prämie des Notlagentarifs verringern sich die aufgebauten Beitragsschulden der Versicherungsnehmer i. d. R. damit deutlich und die Zahlungsfähigkeit des Einzelnen kann schneller wieder hergestellt werden. Dies entlastet perspektivisch die Versichertengemeinschaft insgesamt, die bisher für die Finanzierung der Krankenversicherung dieser Personengruppe aufkommen musste.

Gleichzeitig reduziert sich der derzeitige Wertberichtigungsbedarf für die Versicherungsunternehmen, da an die Stelle der bisherigen, in vielen Fällen nicht mehr beitreibbaren Beitragssforderungen eine niedrigere Forderung tritt. Derzeit müssen die betroffenen Versicherungsunternehmen jährlich durch erhebliche Abschreibungen bestehender Beitragssforderungen entsprechende Wertberichtigungen vornehmen. Da die Prämie des Notlagentarifs kostendeckend kalkuliert werden muss, führt die rückwirkende Versicherung zudem zu keiner finanziellen Belastung des Versichertenkollektivs durch tatsächlich entstandene Leistungsausgaben. Die Regelung stellt damit für die betroffenen Versicherer und für das Versichertenkollektiv eine finanzielle Entlastung dar und ist damit insgesamt vorteilhaft für alle Betroffenen.

Gemäß § 12h Absatz 2 – neu – Versicherungsaufsichtsgesetz ist im Notlagentarif für alle Versicherungsnehmer eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, so dass keine Alterungsrückstellungen zu bilden sind. Durch die rückwirkende Versicherung im Notlagentarif werden damit die Versicherer für diesen Zeitraum von der Pflicht befreit, Alterungsrückstellungen ohne entsprechende Beitragszahlung des Versicherungsnehmers zu bilden. Hierdurch wird das Versichertenkollektiv rückwirkend zusätzlich von finanziellen Lasten befreit.

Um ein möglichst verwaltungsarmes Verfahren sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer zu gewährleisten und um möglichst alle Betroffenen zu erreichen, erfolgt die rückwirkende Versicherung im Notlagentarif unmittelbar qua Gesetz. Voraussetzung hierfür ist, dass die Prämie des Notlagentarifs niedriger ist als die bisher zu leistende Prämie des ursprünglichen Tarifs der versicherten Person. Insoweit wird sichergestellt, dass durch die rückwirkende Versicherung eine finanzielle Entlastung des Versicherungsnehmers erreicht wird. Um den Interessen des jeweiligen Beitragsschuldners zusätzlich Rechnung zu tragen, erhält dieser das Recht, der rückwirkenden Versicherung innerhalb von sechs Monaten zu widersprechen. Auf dieses Widerspruchsrecht ist er innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes durch den Versicherer hinzuweisen.

Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer zudem über die Folgen einer rückwirkenden Versicherung im Notlagentarif zu informieren, insbesondere über den Umstand, dass für diesen Zeitraum keine Alterungsrückstellungen gebildet werden. Der Versicherer hat darüber hinaus auf der Grundlage der Prämie des Notlagentarifs – sowie unter Berücksichtigung der zu erhebenden Säumniszuschläge und bereits entstandener Beitreibungskosten – die weiterhin ausstehenden Beitragsschulden des Versicherungsnehmers zu berechnen und ihn hierüber detailliert zu informieren. Etwaige zwischenzeitlich geleistete Zahlungen durch den Versicherungsnehmer sind von dieser Forderung abzuziehen. Eine Anrechnung von bereits gebildeten Alterungsrückstellungen auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie findet rückwirkend nicht statt; nur für die nach Inkrafttreten des Gesetzes zu leistende Prämie werden die Alterungsrückstellungen gemäß § 12h Absatz 2 Satz 5 Versicherungsaufsichtsgesetz verrechnet.

Leistungsrechtliche Nachteile für den Versicherten werden durch die Regelung explizit ausgeschlossen. So gelten die bisherigen Ruhensleistungen für den Zeitraum der rückwirkenden Versicherung als Leistungen des Notlagentarifs. Auch eine rückwirkende Gewährung von Leistungen, die über die bisherigen Ruhensleistungen hinausgehen, ist damit ausgeschlossen. Hierdurch werden zudem verwaltungstechnisch aufwändige Rückabwicklungen bereits erstatteter Leistungen im Interesse der Versicherten und der Versicherer vermieden und insoweit für alle Beteiligten Rechtssicherheit hergestellt.

Zu Artikel 5a (Krankenhausentgeltgesetz)

Zu Nummer 1 (§ 4 Absatz 11 – neu –)

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 Hygienepersonal in den Krankenhäusern nach Maßgabe des Infektionsschutzgesetzes gefördert wird. Zusätzlich werden Fördermittel für externe Beratungsleistungen bereit gestellt. Gefördert werden jedoch nur Maßnahmen, die in Bezug auf Qualifikation und Bedarf der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ bzw. der strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene entsprechen. Fortbildungen im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung müssen sich nach dem Modell des etablierten Fortbildungsprogramms „Antibiotic Stewardship (ABS)“ von der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie richten. Hierdurch wird ein wesentlicher Beitrag zur Umsetzung der mit dem Infektionsschutzgesetz verbindlich gemachten Hygienestandards geleistet.

Durch Satz 1 Nummer 1 werden in den Jahren 2013 bis 2016 die Kosten für die Neueinstellung von ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal, die die Anforderungen der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes erfüllen, umfassend von den Kostenträgern gefördert. Die Neueinstellung von qualifizierten Hygienefachkräften, wird mit einem Finanzierungsanteil von 90 Prozent gefördert. Die Neueinstellung von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, die umfassend mit Hygienemaßnahmen befasst sind, wird mit einem Finanzierungsanteil von 75 Prozent gefördert. Damit wird ein Schwerpunkt auf die Neueinstellung von Hygienefachkräften und in abgestufter Form auf die Neueinstellung von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie gelegt. Dabei ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der derzeitige Bedarf an entsprechend fachlich fundiert ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzten insbesondere im Bereich Hygiene nicht der tatsächlichen Verfügbarkeit entspricht. Infolgedessen soll der Anreiz für ein wechselseitiges Abwerben der verfügbaren Fachärztinnen und Fachärzte durch einen Eigenanteil von 25 Prozent abgeschwächt werden. Die Neueinstellung von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curriculärer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie wird mit einem Finanzierungsanteil von 50 Prozent gefördert. Durch diesen abgestuften Finanzierungsanteil wird zum Ausdruck gebracht, dass die Fähigkeiten, die im Rahmen der strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene und der Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung erworben werden, nicht gleichzusetzen sind mit den Fähigkeiten, die innerhalb der umfassenden Facharzt-Weiterbildungen im Bereich Hygiene und Umweltmedizin sowie Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie erworben werden. Gemäß der KRINKO-Empfehlung zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen soll bei der Besetzung der

Stellen daher der Einstufung des Infektionsrisikos in den jeweiligen medizinischen Einrichtungen in die Risikobereiche A – C Rechnung getragen werden. Basierend auf dieser Einstufung sollten Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung risikoadaptiert in Einrichtungen mit den Risikobereichen B und C eingesetzt werden. Die Neueinstellung von hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten, für die davon auszugehen ist, dass sie durchschnittlich nur zu 10 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Hygienemaßnahmen befasst sind, wird mit einem Finanzierungsanteil von 10 Prozent gefördert. Mit den jeweiligen Finanzierungsanteilen wird auch die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen gefördert.

Durch Satz 1 Nummer 2 werden für Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Fort- und Weiterbildung zu ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes gefördert wird. Durch die Förderung der Fort- und Weiterbildung wird über die Neuregelung der Nummer 1 hinaus der Situation Rechnung getragen, dass der nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes bis 2016 zu realisierende zusätzliche Bedarf an Hygienepersonal derzeit nur begrenzt am Arbeitsmarkt zur Verfügung steht. Aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen an die jeweiligen Fort- und Weiterbildungsprofile für Hygienepersonal werden Pauschalen in unterschiedlicher Höhe und über unterschiedliche Zeiträume bereit gestellt. Bei Weiterbildungen zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin und zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus gilt die Besonderheit, dass der Erwerb dieser Qualifikation für die Dauer der Weiterbildung auch dann gefördert wird, wenn er zwar noch im Jahr 2016 beginnt, aber erst danach abgeschlossen wird und insofern der für die anderen geförderten Personalmaßnahmen des Hygieneprogramms geltende Förderungszeitraum überschritten wird. Darüber hinaus wird im Vergleich zu Nummer 1 Buchstabe a mit Nummer 2 Buchstabe a der finanzielle Schwerpunkt der Weiterbildungsförderung bewusst auf die Fachärztin oder den Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin gelegt. Damit soll auch der Ausbau von qualifizierten Weiterbildungsstrukturen im Bereich der Hygiene gefördert werden. In abgestufter Form wird auch die Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus gefördert. Nach dem niederländischen Vorbild soll dadurch eine stärkere Integration von Fachärztinnen oder Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie im Bereich der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus erfolgen und diese als feste Ansprechpartner in der stationären Patientenversorgung etabliert werden. Darüber hinaus wird der Interessentenkreis, der sich zu einer Facharztausbildung entscheidet, durch die Einbeziehung der Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie erweitert.

Durch Satz 1 Nummer 3 werden für Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die vertraglich vereinbarte Beratung durch externe Krankenhaushygie-

nikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie pauschal gefördert wird. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der Bedarf an zusätzlichen Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit entsprechender Facharztweiterbildung kurzfristig nicht in erforderlichem Umfang am Arbeitsmarkt zur Verfügung steht. Entsprechend zu der bis zum Jahr 2020 reichenden Förderung der Weiterbildung der genannten Facharztgruppen, erfolgt die finanzielle Förderung der Beratungsleistungen bis einschließlich zum Jahr 2020. Durch den Wegfall der Förderung externer Beratungsleistungen nach dem Jahr 2020 besteht zugleich ein Anreiz, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen durchzuführen. Die Höhe der pauschalen Förderung je Beratungstag orientiert sich dabei an der anteiligen Förderung der Personalkosten bei Neueinstellung dieser Berufsgruppe.

Maßnahmen nach Satz 1 kommen gemäß Satz 2 auch dann in den Genuss einer finanziellen Förderung, wenn diese bereits nach dem Inkrafttreten der Änderung des Infektionsschutzgesetzes am 4. August 2011 von einem Krankenhaus ergriffen wurden. Gefördert werden dabei die ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Förderprogramms entstehenden Kosten, die im Rahmen von Satz 1 förderfähig sind.

Nach Satz 3 hat das Krankenhaus mit den Krankenkassen vor Ort für Neueinstellungen von ärztlichem oder pflegerischem Hygienepersonal und für Aufstockungen entsprechender Teilzeitstellen und für externe Beratungsleistungen sowie für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die die Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erfüllen, innerhalb der zeitlichen Vorgaben von Satz 1 und 2 einen prozentualen Aufschlag auf den Gesamtbetrag nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Sofern für ein Kalenderjahr bereits ein Betrag für Neueinstellungen oder Aufstockungen von vorhandenen Teilzeitstellen vereinbart wurde, ist dieser nach Satz 5 in Verbindung mit Absatz 10 Satz 4 um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ zu erhöhen, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen von Teilzeitstellen vereinbart werden.

Der zusätzliche Betrag wird nach Satz 4 durch einen Zuschlag auf die bundeseinheitlich bewerteten DRG-Fallpauschalen und die bundesweit kalkulierten Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a abgerechnet und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Zuschlagshöhe ergibt sich nach Satz 5 entsprechend der Regelung in Absatz 10 Satz 8 aus dem Verhältnis zwischen den finanzierbaren Maßnahmen und dem Gesamtbetrag nach Absatz 3 Satz 1. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet nach Satz 5 in Verbindung mit Absatz 10 Satz 9 die Schiedsstelle nach § 13 KHEntgG auf Antrag einer Vertragspartei.

Damit die Krankenhäuser die Mittel bereits kurzfristig im Jahr 2013 in Anspruch nehmen können, regelt Satz 5 durch Bezugnahme auf die entsprechenden Regelungen des Pflegestellen-Förderprogramms (§ 4 Absatz 10 Satz 10 KHEntgG), dass das einzelne Krankenhaus den Zuschlag im Jahr 2013 auch ohne Vereinbarung mit den anderen Vertragspartnern festsetzen und in Rechnung stellen kann. Soweit sich hierdurch Abweichungen von der später im Jahr

2013 geschlossenen Vereinbarung der Vertragsparteien ergeben, ist eine entsprechende Korrektur bei der Vereinbarung des entsprechenden Zuschlags für die Restlaufzeit des Jahres oder über eine Korrektur des Zuschlags nach § 5 Absatz 4 KHEntgG vorzunehmen.

Soweit das Krankenhaus die ihm zur Verfügung gestellten Mittel nicht im Sinne der gesetzlichen Vorgabe einsetzt, sind nach Satz 5 in Verbindung mit Absatz 10 Satz 11 die betroffenen Mittel zurückzuzahlen. Zur Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung am 4. August 2011, über das aufgrund des Hygiene-Förderprogramms zusätzliche Hygienepersonal nach den unterschiedlichen Qualifikationsprofilen, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die Stellenbesetzung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung sind die in Anspruch genommenen externen Beratungsleistungen sowie die geförderten Fort- und Weiterbildungen differenziert nach den unterschiedlichen Qualifikationsprofilen und dem jeweiligen Bedarf insbesondere unter Bezugnahme auf die genannte KRINKO-Empfehlung vom Krankenhaus nachzuweisen.

Um die Wirkungen des Hygiene-Förderprogramms frühzeitig bewerten zu können, wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen damit beauftragt, jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage von Informationen der Krankenkassen über die Inanspruchnahme der Mittel des Hygiene-Förderprogramms und die neu geschaffenen und aufgestockten Stellen, die in Anspruch genommenen externen Beratungsleistungen sowie die geförderten Fort- und Weiterbildungen zu berichten (Satz 5 in Verbindung mit Absatz 10 Satz 12 und 13).

Nach Auslaufen des Förderzeitraums gehen im Jahr 2017 die bis 2016 im Land abgerechneten Fördermittel für das neu eingestellte und aufgestockte Hygienepersonal (Absatz 1 Satz 1 Nummer 1) erhöhend in den Landesbasisfallwert ein und stehen damit dauerhaft dem Krankenhausbereich zur Verfügung (vgl. Änderung von § 10 Absatz 12 Satz 1 KHEntgG).

Mit dem Hygiene-Förderprogramm sind für die Kostenträger bis zum Jahr 2020 insgesamt Mehrausgaben in Höhe von voraussichtlich rund 365 Mio. Euro verbunden. Dabei wird davon ausgegangen, dass für Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Hygienepersonal bis zum Jahr 2020 insgesamt rund 270 Mio. Euro aufgewendet werden. Auf Fort- und Weiterbildungen entfallen rund 80 Mio. Euro und die Förderung der externen Beratungsleistungen rund 15 Mio. Euro. Die jährlichen Mehrausgaben verteilen sich bis zum Jahr 2016 wie folgt auf die einzelnen Jahre: 2013: rund 17 Mio. Euro, 2014: rund 40 Mio. Euro, 2015: rund 56 Mio. Euro und 2016: rund 57 Mio. Euro. Allerdings kann sich die Verteilung der Mehrausgaben auf die Jahre und auf die einzelnen Maßnahmen bei einem abweichend zu den Annahmen verlaufenden Einstellungs- sowie Fort- und Weiterbildungsverhalten für die einzelnen Qualifikationsprofile anders darstellen. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist auf jeweils rund 82 Prozent der genannten Zahlen einzuschätzen.

Zu Nummer 2 (§ 6 Absatz 3 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung wird auch für die besonderen Einrichtungen die Grundlohnrate durch den Veränderungswert als Obergrenze für den Anstieg der Erlössumme abgelöst.

Zu Buchstabe b

Die Regelung sieht vor, dass die anteilige Tariflohnrefinanzierung für das Jahr 2013 auch für die besonderen Einrichtungen gilt.

Zu Nummer 3 (§ 7 Absatz 1 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung von § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 KHEntgG wird die Auflistung der für allgemeine Krankenhausleistungen abrechenbaren Entgelte um den Zuschlag nach § 4 Absatz 11 KHEntgG ergänzt.

Zu den Buchstaben b und c

Durch die Einfügung einer neuen Nummer 8 wird in § 7 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG die Auflistung der für allgemeine Krankenhausleistungen abrechenbaren Entgelte um den zeitlich befristeten Versorgungszuschlag nach § 8 Absatz 10 KHEntgG ergänzt.

Zu Nummer 4 (§ 8 Absatz 10 KHEntgG)

Für die Jahre 2013 und 2014 haben Krankenhäuser, die gegenüber dem Vorjahr mit den Krankenkassen vor Ort die Erbringung zusätzlicher Leistungen vereinbaren, unter Berücksichtigung von Ausnahmeregelungen Mehrleistungsabschläge zu vereinbaren (§ 4 Absatz 2a KHEntgG). Um im Zusammenhang mit der absenkenden Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen bei der Verhandlung des Basisfallwerts in den Jahren 2013 und 2014 eine durch den Mehrleistungsabschlag entstehende so genannte „doppelte Degression“ für den Krankenhausbereich insgesamt zu verhindern, wird in diesen Jahren ein Versorgungszuschlag festgelegt. Die krankenhausesindividuell vereinbarten Mehrleistungsabschläge bleiben hiervon unberührt. Krankenhäuser mit vereinbarten Leistungssteigerungen haben zur Begrenzung des Mengenzuwachses daher weiterhin einen Mehrleistungsabschlag zu tragen.

Nach Satz 1 ist der Versorgungszuschlag für Patientinnen oder Patienten in Rechnung zu stellen, die zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen werden und für die auf Bundesebene bewertete DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden. Die abgerechneten DRG-Fallpauschalen bilden zugleich die Bemessungsgrundlage für den prozentualen Rechnungszuschlag. Für ab dem 1. August 2013 aufgenommene Patienten beträgt der Zuschlag 1 Prozent des Abrechnungsbetrags für DRG-Fallpauschalen. Die Zuschlagshöhe für das Jahr 2013 berücksichtigt, dass der Zuschlag nur noch über die Krankenhausaufnahmen der restlichen Monate des Jahres 2013 abgerechnet werden kann. Für vom 1. Januar 2014 bis 31. Dezember 2014 aufgenommene Patienten ist mit 0,8 Prozent ein geänderter Zuschlagswert abzurechnen. Der veränderte Wert trägt der Tatsache Rechnung, dass der Mehrleistungsabschlag im Jahr 2014 höher ausfällt, da die Mehrleistungen des Jahres 2013

auch im Jahr 2014 noch dem Mehrleistungsabschlag unterliegen. Durch die gesetzliche Festlegung des Versorgungszuschlages wird ein zeitnaher Mittelfluss zur wirtschaftlichen Entlastung der Krankenhäuser sichergestellt. Die Zuschlagshöhe wurde für das Jahr 2013 auf der Grundlage des von den Vertragsparteien auf Landesebene vereinbarten Casemixvolumens und den Landesbasisfallwerten ohne Ausgleich berechnet. Für eine gesetzliche Festlegung der Zuschlagshöhe ist für das Jahr 2014 eine Schätzung des voraussichtlichen Abrechnungsvolumens für DRG-Fallpauschalen erforderlich. Hierfür wurde von einem durchschnittlichen Casemixzuwachs von 2 Prozent und einem Anstieg der zu vereinbarenden Landesbasisfallwerte von ebenfalls 2 Prozent ausgegangen.

Nach Satz 2 wird die gesetzlich festgelegte Zuschlagshöhe des Versorgungszuschlags im Jahr 2013 um die nach § 10 Absatz 5 Satz 6 KHEntG zu vereinbarenden Rate für die anteilige Tariffinanzierung 2013 erhöht. Neben der Erhöhungsrates vereinbarten nach § 10 Absatz 5 KHEntG die Vertragsparteien auf Bundesebene auch den Zeitpunkt, ab dem im Jahr 2013 der erhöhte Versorgungszuschlag zu berechnen ist. Ab diesem Zeitpunkt bis zum Jahresende 2013 umfasst der Versorgungszuschlag zusätzlich einen Anteil zur zeitnahen Abwicklung der anteiligen Tariffinanzierung. Die basiswirksame Berücksichtigung der anteiligen Tariffinanzierung erfolgt im Rahmen der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte 2014.

Satz 3 gibt vor, dass der Versorgungszuschlag bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht zu berücksichtigen ist und insofern die zusätzlichen Zahlungen insbesondere nicht in die Ermittlung der Mehr- oder Mindererlösausgleiche einzubeziehen sind.

Der Versorgungszuschlag ist von allen DRG-Krankenhäusern, die voll- und teilstationäre Leistungen erbringen (einschließlich Belegabteilungen und -krankenhäuser), gegenüber den jeweiligen Kostenträgern zu berechnen. Der Versorgungszuschlag ist bei Fällen in Rechnung zu stellen, in denen DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 KHEntG abgerechnet werden. Bei der Abrechnung des Versorgungszuschlags sind Fallzusammenführungen nach der Fallpauschalenvereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Absatz 2 KHG zu berücksichtigen. Bei zusammenzuführenden Fällen ist der Versorgungszuschlag somit nicht mehrfach berechenbar. Nicht berechenbar ist der Versorgungszuschlag für Zusatzentgelte und sonstige Entgelte nach § 6 KHEntG sowie bei vor- und nachstationären Behandlungen, ambulanten Krankenhausbehandlungen und Fällen, die in Einrichtungen behandelt werden, die ihre Leistungen auf der Grundlage der Bundespflegesatzverordnung abrechnen.

Für alle Kostenträger ist durch den Zuschlag für 2013 mit Mehrausgaben von rund 250 Mio. Euro und für 2014 von rund 500 Mio. Euro zu rechnen. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei auf rund 82 Prozent einzuschätzen. Die tatsächlichen Mehrausgaben sind abhängig von der Casemixentwicklung und der Höhe der vereinbarten Landesbasisfallwerte.

Zu Nummer 5 (§ 9 Absatz 1 KHEntG)

Um Kostensteigerungen der Krankenhäuser in stärkerem Umfang bei den Krankenhausvergütungen berücksichtigen

zu können, wird der bestehende Verhandlungsspielraum für Vergütungsverhandlungen für die Jahre 2014 und 2015 erhöht. Hierzu wird für diese Jahre der Korridor für die Verhandlung des Veränderungswerts durch die Vertragsparteien auf Bundesebene von einer Erhöhung der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V um bis zu ein Drittel der Differenz zwischen der Veränderungsrate und dem vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 KHEntG auf einen Verhandlungskorridor bis zur Höhe des vollen Orientierungswerts erweitert.

Über die dauerhafte gesetzliche Ausgestaltung des Veränderungswerts ist im Rahmen einer grundlegenden Strukturreform der Krankenhausfinanzierung zu entscheiden, für die die Ergebnisse des Forschungsauftrags nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Mengenentwicklung und möglichen Lösungsvorschlägen abgewartet werden sollten. Daher wird die Erweiterung des Verhandlungsspielraums zunächst auf die Jahre 2014 und 2015 befristet.

Die Ausschöpfung der entsprechend erhöhten Obergrenze hängt von den Verhandlungsergebnissen der Vertragsparteien auf Landesebene bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts nach § 10 KHEntG ab. Je 0,1 Prozentpunkt, den der Landesbasisfallwert wegen einer Erhöhung der Obergrenze höher vereinbart wird, entstehen allen Kostenträgern jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 63 Mio. Euro. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei auf rund 82 Prozent einzuschätzen.

Zu Nummer 6 (§ 10 KHEntG)

Zu Buchstabe a

Die Mittel des Hygiene-Förderprogramms sollen den Krankenhäusern von den Kostenträgern zusätzlich zur Verfügung gestellt werden. Dies wird dadurch gewährleistet, dass die im Rahmen des Hygiene-Förderprogramms von den Kostenträgern gezahlten Zuschläge nicht absenkend bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen sind.

Zu Buchstabe b

Im Vorgriff auf die ab 2014 erweiterte Vereinbarungsmöglichkeit des Veränderungswerts werden bestimmte, für das Jahr 2013 vereinbarte Tarifsteigerungen bei den Landesbasisfallwerten erhöhend berücksichtigt. Die Regelung entspricht grundsätzlich der mit dem Psych-Entgeltgesetz für das Jahr 2012 vorgegebenen Vorgehensweise, aktualisiert sie aber mit den Doppelbuchstaben aa bis dd auf die Anwendung für das Jahr 2013, die hierzu insbesondere eine Erhöhung des Versorgungszuschlags durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vorsieht.

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. Aufgrund eines Personalkostenanteils an den Gesamtkosten von rund zwei Dritteln sind als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte 2014 die bereits vereinbarten Landesbasisfallwerte für das Jahr 2013 um ein Drittel der von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten

Differenz zwischen dem Veränderungswert und den Tariflohnsteigerungen zu erhöhen. Die Obergrenze nach Absatz 4 ist dementsprechend auf diese erhöhte Ausgangsgrundlage anzuwenden. Für das Jahr 2013 erhöht die von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarte oder durch die Schiedsstelle festgesetzte Rate nach § 10 Absatz 5 Satz 5 KHEntgG den gesetzlich vorgegebenen Prozentsatz, der von den zugelassenen Krankenhäusern als Versorgungszuschlag nach § 8 Absatz 10 KHEntgG auf die abgerechneten DRG-Fallpauschalen zu erheben ist. Durch diese zeitnahe Berücksichtigung der anteiligen Tarifierfinanzierung im Jahr 2013 ist somit eine neue Vereinbarung der Landesbasisfallwerte des Jahres 2013 verzichtbar. Die basiswirksame Berücksichtigung der anteiligen Tariflohnrefinanzierung erfolgt im Rahmen der Verhandlung der Landesbasisfallwerte 2014. Ein zusätzlicher Ausgleich ist angesichts der Erhöhung des Versorgungszuschlags bereits im Jahr 2013 nicht durchzuführen. Mit Doppelbuchstabe dd werden die bisherigen Sätze 7 und 8 aufgehoben, da für das Jahr 2013 keine neue Vereinbarung der Landesbasisfallwerte erforderlich ist.

Die Regelung bezieht sich nur auf DRG-Häuser, da für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in der Bundespflegeverordnung eine eigenständige Regelung für eine anteilige Tariflohnrefinanzierung Anwendung findet.

Durch die Regelung entstehen für die Allgemeinkrankenhäuser sowie die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (vgl. § 3 Absatz 2 und § 18 BPfIV) insgesamt geschätzte jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 150 Mio. Euro für alle Kostenträger. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei auf rund 82 Prozent einzuschätzen.

Zu Buchstabe c

Durch die Regelung wird gewährleistet, dass dann, wenn der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, zukünftig die höhere Grundlohnrate als Obergrenze für die Verhandlung der Basisfallwerte gilt. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser gegenüber der Situation vor Einführung des Orientierungswertes nicht schlechter gestellt werden. Die Regelung findet erstmals für den Veränderungswert für das Jahr 2014 Anwendung.

Zu Buchstabe d

Die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Rate für eine anteilige Tarifierfinanzierung ist nicht nur bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte, sondern auch bei der Berechnung des einheitlichen Basisfallwerts basiswirksam anteilig zu berücksichtigen. Dies erfolgt dadurch, dass das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts, also des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), im Jahr 2013 um die entsprechende anteilige Rate nach § 10 Absatz 5 Satz 5 KHEntgG zu erhöhen ist. Die Erhöhung ist insofern erforderlich, als dass in den nach § 10 Absatz 9 Satz 3 KHEntgG bereits bis zum 31. Juli 2013 an das InEK zu übermittelnden Landesbasisfallwerten die Erhöhung um die anteilige Tarifierfinanzierung 2013 nicht fristgerecht berücksichtigt werden kann. Das entsprechend

angepasste Berechnungsergebnis ist Grundlage für die anschließend nach § 10 Absatz 9 Satz 5 zweiter Halbsatz KHEntgG von den Vertragsparteien auf Bundesebene vorzunehmende Erhöhung um den maßgeblichen Veränderungswert.

Zu Buchstabe e

Die Summe der in den Krankenhäusern in einem Land im Jahr 2016 vereinbarten Finanzierungsmittel für die Neueinstellung von ärztlichen und pflegerischen Hygienefachkräften oder für Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen werden für das Jahr 2017 in den Landesbasisfallwert überführt. Damit verbleiben die Finanzierungsmittel auch nach Auslaufen des Hygiene-Förderprogramms dem Krankenhausbereich.

Zu Artikel 5b (Bundespflegeverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 3 Absatz 2 Satz 1 BPfIV)

Für Psych-Einrichtungen, die im Jahr 2013 das neue Entgeltsystem optional nutzen, erfolgt entsprechend wie bei nicht optierenden Einrichtungen eine basiswirksame anteilige Refinanzierung der nach Maßgabe des § 10 Absatz 5 KHEntgG durchschnittlichen Auswirkungen der für das Jahr 2013 tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen. Die Vorschrift nimmt hierfür auf die entsprechende Regelung des § 18 Absatz 1 Satz 2 BPfIV (neu) für nicht optierende Einrichtungen Bezug (vgl. insoweit auch Ausführungen zur Änderung von § 18 BPfIV).

Zu Nummer 2 (§ 9 Absatz 1 BPfIV)

Entsprechend wie bei somatischen Krankenhäusern wird auch bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen der Verhandlungsspielraum für Vergütungsverhandlungen für die Jahre 2014 und 2015 bis zur Höhe des vollen Orientierungswertes erhöht (vgl. dazu Ausführungen zur Änderung von § 9 Absatz 1 KHEntgG). Wegen des im Vergleich zu somatischen Krankenhäusern höheren Personalkostenanteils findet bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zusätzlich durch eine mindestens zu 40 Prozent zu berücksichtigende Differenz eine Untergrenze Anwendung.

Wie für die somatischen Krankenhäuser gilt, dass über die dauerhafte gesetzliche Ausgestaltung des Veränderungswertes im Rahmen einer grundlegenden Strukturreform der Krankenhausfinanzierung zu entscheiden ist, für die die Ergebnisse des Forschungsauftrags nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Mengenentwicklung und möglichen Lösungsvorschlägen abgewartet werden sollten. Daher wird die Erweiterung des Verhandlungsspielraums zunächst auf die Jahre 2014 und 2015 befristet.

Je 0,1 Prozentpunkt den die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wegen einer Erhöhung der Obergrenze höher vereinbart werden, entstehen allen Kostenträgern jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 6 Mio. Euro. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei auf rund 82 Prozent einzuschätzen.

Zu Nummer 3 (§ 18 BPflV)

Zu Buchstabe a

Die Regelung führt die beiden bisherigen Sätze in zwei Absätze über.

Zu Buchstabe b

Für die Psych-Einrichtungen, die im Jahr 2013 nicht das neue Entgeltsystem optional nutzen, gibt die Regelung für das Jahr 2013 eine anteilige Tarifrefinanzierung vor. Hierzu werden die Krankenhausbudgets um einen Anteil der nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 KHEntG von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Erhöhungsraten für Tarifierhöhungen berechtigt. Bezogen auf die Personalkosten werden rund 50 Prozent des Unterschieds zwischen geltender Obergrenze und der durchschnittlichen Tarifikostensteigerungen durch die Kostenträger finanziert. Der letztlich maßgebliche Finanzierungsanteil an den Gesamtkosten ist wegen des höheren Personalkostenanteils an den Gesamtkosten bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit 40 Prozent höher als bei der entsprechenden Regelung für somatische Krankenhäuser. Wie nach den bis zum 31. Dezember 2012 geltenden Regelungen (§ 6 Absatz 2 Satz 5 BPflV a. F.) ist der resultierende Berichtungsbetrag über das Krankenhausbudget des folgenden Pflegesatzzeitraumes abzurechnen.

Durch die Regelung zur anteiligen Tarifrefinanzierung entstehen für die Allgemeinkrankenhäuser (vgl. Änderung von § 10 Absatz 5 und Absatz 9 KHEntG) sowie die (optierenden und nicht optierenden) psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen insgesamt geschätzte jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 150 Mio. Euro für alle Kostenträger. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei auf rund 82 Prozent einzuschätzen.

Zu Artikel 5c (Krankenhausfinanzierungsgesetz)**Zu Nummer 1 (§ 17b Absatz 10 KHG)**

Bereits seit mehreren Jahren besteht die Möglichkeit, extrem hohe Kostenunterdeckungen bei Patientinnen und Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsverläufen, die mit dem DRG-Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden, sogenannte Kostenausreißer, zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen (§ 17b Absatz 1 Satz 16 KHG). Das DRG-Institut hat dementsprechend in den vergangenen Jahren verschiedene Konstellationen, bei denen von Krankenhäusern von der gesonderten Prüfmöglichkeit Gebrauch gemacht wurde und zusätzliche, medizinisch aussagefähige Informationen zu den Besonderheiten dieser Fälle an das DRG-Institut geliefert wurden, auf der Grundlage der Extremkostenprüfung sachgerechter abgebildet. Das bestehende Verfahren hat jedoch dahingehend Grenzen, dass sich Kliniken in unterschiedlichem Umfang an der Prüfung beteiligen und zudem unterschiedlich aussagefähige Daten übermitteln.

Um die Thematik einer möglichen schiefen Verteilung von Kostenausreißern zwischen den Krankenhäusern systematisch prüfen zu können und mögliche Handlungsnotwendigkeiten auf einer belastbaren Grundlage beurteilen zu können, ist das DRG-Institut von den Vertragspartnern auf Bun-

desebene (DKG, GKV, PKV) ergänzend zu der bisherigen Extremkostenprüfung mit einem Prüf- und Entwicklungsauftrag zu beauftragen. Nach Satz 1 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene hierzu bis zum 31. Dezember 2013 das DRG-Institut einerseits mit der Festlegung von Kriterien zur Ermittlung von Kostenausreißern zu beauftragen, da hierzu sehr unterschiedliche Vorstellungen bestehen, und andererseits mit einer auf diesen Kriterien aufbauenden systematischen Prüfung, ob und in welchem Umfang Krankenhäuser von Kostenausreißern belastet sind und ob hier systematische, medizinisch begründete Schiefverteilungen zwischen den Krankenhäusern bestehen, die nicht auf Unwirtschaftlichkeiten zurückzuführen sind.

Zur Durchführung der Prüfungen hat das DRG-Institut nach Satz 2 eine systematische Vorgehensweise, also ein Regelwerk, für die Fallprüfungen bei den DRG-Krankenhäusern, die sich freiwillig an der Kalkulation des Entgeltsystems beteiligen, zu entwickeln.

Die Datenprüfung im DRG-Institut ist zu einem gewissen Grad standardisiert. Die standardisierten Prüfungen werden zwar durch Einzelanalysen ergänzt, diese fokussieren jedoch auf die Pflege und Weiterentwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems. Sollen Vorschläge für einen sachgerechten Umgang mit extremen Kostenausreißern erarbeitet werden, ist eine Tiefenanalyse der potenziell betroffenen Fälle maßgeblich. Extreme Kostenausreißer betreffen in der Regel seltene Fallkombinationen, so dass Kalkulations- oder Dokumentationsfehler als Ursachen der Kostenausreißer für die Ableitung sachgerechter Vorschläge zwingend ausgeschlossen werden müssen. Mit Satz 3 wird das DRG-Institut verpflichtet, für extreme Kostenausreißer zusätzliche Kosten- und Leistungsdaten, wie z. B. dokumentierte Leistungszeiten auf der Intensivstation oder Kostensätze bei der Personalkostenzurechnung auf der Ebene einzelner Kostenstellen, zu erheben.

Nach Satz 4 hat das DRG-Institut seine Prüfergebnisse in Form eines jährlichen Extremkostenberichts zum 31. Dezember eines jeden Jahres, erstmals zum 31. Dezember 2014 zu veröffentlichen. Dabei sind in dem Bericht auch Analyseergebnisse zu den Gründen von Kostenausreißerfällen und Belastungsunterschieden zwischen den Krankenhäusern darzulegen.

Auf der Grundlage des Berichts sind bei Bedarf sachgerechte Vergütungsregelungen für Kostenausreißer zu entwickeln, die nach Satz 5 von den Vertragspartnern auf Bundesebene im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems zu vereinbaren sind.

Zu Nummer 2 (§ 17c KHG)

Die Änderungen sind darauf ausgerichtet, 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. Bislang sind oftmals vergleichbare Konstellationen Anlass für häufige Abrechnungsstreitigkeiten. Oftmals werden damit auch die Gerichte und eine Vielzahl von Gutachtern befasst. Dies bindet unnötig Ressourcen. Durch folgende Maßnah-

men soll im Sinne eines lernenden Systems perspektivisch der Aufwand für die Durchführung von Krankenhausrechnungsprüfungen vermindert werden:

- Beauftragung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens vorzunehmen (§ 17c Absatz 2 KHG);
- Beauftragung eines neu zu etablierenden Schlichtungsausschusses auf Bundesebene mit der verbindlichen Entscheidung von grundlegenden Kodier- und Abrechnungsfragen (§ 17c Absatz 3 KHG);
- Beauftragung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene mit der Entwicklung und modellhaften Erprobung einer Auffälligkeitsprüfung auf Grundlage der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (§ 17c Absatz 4a KHG).

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den genannten Neuregelungen kann entschieden werden, ob weitere Maßnahmen zur Steigerung der Qualität der Krankenhausabrechnung und zu Sanktionsmaßnahmen erforderlich sind, um den aktuell hohen Prüfaufwand zu vermindern.

Zu Buchstabe a (Überschrift)

Durch die Änderung wird klargestellt, dass § 17c KHG nicht nur die Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, sondern auch Verfahren für Konfliktregelungen beinhaltet, wenn sich Krankenkassen und Krankenhäuser bei Fragen im Zusammenhang mit der Rechnungsprüfung im Einzelfall oder bei Fragen von grundsätzlicher Bedeutung nicht einigen können.

Zu Buchstabe b (Absatz 1)

Als redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des Absatzes 2 wird der bisherige Absatz 2 Satz 1 in Absatz 1 integriert.

Zu Buchstabe c (Absatz 2 und 3)

Die bisher in Absatz 2 und 3 geregelte Stichprobenprüfung, die von den Krankenkassen in der Vergangenheit nur in geringem Umfang in Anspruch genommen worden ist, entfällt. Die Streichung der Stichprobenprüfung trägt insoweit auch zur Verwaltungsvereinfachung bei.

Mit dem neu gefassten Absatz 2 werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens für die Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorzunehmen (Satz 1). Dabei soll auf Seiten des GKV-Spitzenverbandes der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes beteiligt werden. Bereits nach § 112 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 2 SGB V haben die Vertragspartner auf Landesebene über Verträge sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen. Insbesondere sollen diese Verträge die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung regeln. Nicht in allen Bundesländern haben die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Landeskrankhausgesellschaften Verträge nach dieser Vorschrift geschlossen. Die Regelungsinhalte sind zudem nur sehr allgemein gehaltenen. Darüber hinaus

berücksichtigen sie auf Grund ihres teils älteren Vertragsstandes oftmals nicht hinreichend das derzeitige Krankenhausfinanzierungsrecht. Durch die Regelung des Absatzes 2 werden bundeseinheitliche Konkretisierungen zu notwendigen Regelungsinhalten vorgegeben. Da die Benennung der zu vereinbarenden Regelungsinhalte in Satz 2 nicht abschließend ist, können auch Vereinbarungen zu anderen regelungsrelevanten Sachverhalten getroffen werden. Mit der näheren Ausfüllung dieser Vorgaben haben es die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Hand, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Krankenkassen effektiver und konsensorientierter zu gestalten. In diesem Sinne sind unter Berücksichtigung der Rechtsprechung Vereinbarungen insbesondere zu den folgenden Sachverhalten zu treffen:

- Vereinbarung zum Zeitpunkt der vollständigen Vorlage zahlungsbegründender Unterlagen bei den Krankenkassen.
- Die Vertragsparteien haben sich darüber zu verständigen, wie im Rahmen möglicher Vorverfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern mit Abrechnungsproblemen umgegangen wird, bevor es zur Einschaltung des MDK kommt.
- Sie legen darüber hinaus fest, in welchem Stadium bei der Klärung von Zweifeln an der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung der MDK einzuschalten ist.
- Auch zur Dauer der Prüfung ist eine Verständigung erforderlich. Damit kann eine Beschleunigung des Prüfverfahrens erreicht werden.
- Darüber hinaus ist festzulegen, unter welchen Voraussetzungen und wann eine Prüfung in den Räumen des Krankenhauses stattfinden soll. Dabei sind die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in Flächenstaaten und Stadtstaaten zu berücksichtigen.
- Zu klären ist, wie Rückforderungen abgewickelt werden und ob und inwieweit eine Aufrechnung mit offenen Forderungen zulässig ist.

Satz 2 zweiter Halbsatz regelt zudem, dass die Art und Weise der Einbindung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung unter Beachtung der §§ 275 ff. SGB V stattzufinden hat. Abweichende Regelungen können nach Satz 1 zweiter Halbsatz lediglich zur Sechswochenfrist des § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V getroffen werden.

Die entsprechenden Verträge sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach Satz 3 bis zum 31. März 2014 zu schließen. Gelingt eine Einigung ganz oder teilweise nicht, so entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei über den Vertragsinhalt.

Nach Satz 4 ist die Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung zu den näheren Einzelheiten des Prüfverfahrens für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Hiervon unberührt bleibt, dass die Ärzte des Medizinischen Dienstes nach § 275 Absatz 5 Satz 1 SGB V bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind.

Anlass der Prüfungen von Krankenhausabrechnungen durch den MDK sind in der Regel Meinungsverschiedenheiten

über Kodier- und Abrechnungsfragen. Zur Verminderung des damit insgesamt einhergehenden Aufwands werden in Absatz 3 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Bildung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene beauftragt (Satz 1). Das DRG-Institut und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sind nicht stimmberechtigte Mitglieder des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene und sind umfänglich in die Beratungen einzubeziehen, damit die Kenntnisse der Institute aus der Entwicklung des DRG-Vergütungssystems einerseits und der Entwicklung der medizinischen Klassifikationen andererseits auch bei der Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen mit grundsätzlicher Bedeutung genutzt werden. Auch die Erfahrungen und Fragestellungen aus dem beim DRG-Institut etablierten Anfrageverfahren zu Kodierfragen können hierdurch systematisch einfließen. Dementsprechend sind nach Satz 4 bei den Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene sowohl die Stellungnahmen des DRG-Instituts als auch des DIMDI jeweils zu berücksichtigen. Zugleich kann durch die Einbindung der Institute auch eine Harmonisierung zwischen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems und der Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen mit der Klärung von grundsätzlichen Anwendungsfragen der Kodierung und Abrechnung erreicht werden.

Nach Satz 2 hat der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene verbindliche Entscheidungen zu grundlegenden Kodier- und Abrechnungsfragen zu treffen. Anrufungsberechtigt sind nach Satz 3 die Krankenkassen auf der Landesebene und die Landeskrankenhausgesellschaften. Die Vertragsparteien, die auch selbst antragsberechtigt sind, können zudem anderen Beteiligten Anrufungsrechte einräumen. Auch bietet sich an, Hinweise aus dem beim DRG-Institut etablierten Anfrageverfahren zu Kodierfragen zu berücksichtigen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind nach Satz 5 für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Die Entscheidungen sind auch insoweit verbindlich, als die Selbstverwaltungspartner sie, soweit erforderlich, bei der Vereinbarung der Kodierregeln und der Abrechnungsbestimmungen zu berücksichtigen haben. Durch die damit verbundene Weiterentwicklung einzelner systemgestaltender Elemente kann zugleich der Umfang streitbehafteter Fragen nachhaltig vermindert werden. Dem Grundsatz der lernenden Systementwicklung wird dadurch Rechnung getragen. Die Entscheidungen sind zu veröffentlichen.

Für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses macht Satz 6 verschiedene Vorgaben. Bei der Auswahl der Vertreter des Schlichtungsausschusses ist in Verbindung mit § 17c Absatz 4 Satz 4 zweiter Halbsatz KHG sowohl zu gewährleisten, dass diese über medizinischen Sachverstand als auch über besondere Kenntnisse in Fragen der DRG-Abrechnung verfügen. Ferner finden Regelungen zur Errichtung der Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG entsprechend Anwendung. So hat sich nach § 18a Absatz 6 Satz 2 KHG der Schlichtungsausschuss aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in gleicher Anzahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zusammenzusetzen. Nach § 18a Absatz 6 Satz 3 KHG gehört dem Schlichtungsausschuss

auch ein vom Verband der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen anzurechnen ist. Die unparteiischen Mitglieder werden nach § 18a Absatz 6 Satz 4 KHG von den beteiligten Organisationen des Schlichtungsausschusses gemeinsam bestellt. § 18a Absatz 6 Satz 7 KHG macht in Verbindung mit § 18a Absatz 3 KHG Vorgaben zur ehrenamtlichen und weisungsungebundenen Amtsführung, zum Stimmengewicht der einzelnen Mitglieder und zum Mehrheitsprinzip. Schließlich gibt § 18a Absatz 6 Satz 8 KHG vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft weitere Details zu den Mitgliedern des Schlichtungsausschusses, zur Geschäftsführung, der Gebührenerhebung und der Kostentragung zu regeln haben. Die Vertragsparteien haben in diesem Rahmen auch die näheren formalen und inhaltlichen Einzelheiten des Verfahrens zu vereinbaren.

Der arbeitsfähige Schlichtungsausschuss auf Bundesebene ist nach Satz 7 bis zum 31. Dezember 2013 einzurichten. Gelingt eine Einigung der hierfür erforderlichen Entscheidungsinstanz ganz oder teilweise nicht, so hat die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei zu entscheiden. Sofern eine Einigung auf die unparteiischen Mitglieder nicht gelingt, werden diese nach Satz 8 durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen.

Zu Buchstabe d (Absatz 4)

Zu Doppelbuchstabe aa

Krankenkassen und Krankenhäusern wird die Möglichkeit einer Konfliktlösung durch den Schlichtungsausschuss nach Absatz 4 in den Fällen eröffnet, in denen sie keine Einigung über die Ergebnisse der Einzelfallprüfung nach § 275 Absatz 1c SGB V erzielen können. Bislang bestand bei Uneinigkeit über die Ergebnisse der Einzelfallprüfung lediglich die Möglichkeit, direkt das Sozialgericht anzurufen. Durch die nun ermöglichte Anrufung des Schlichtungsausschusses können daher die Sozialgerichte entlastet werden. Zudem eröffnet die Anrufung des Schlichtungsausschusses die Möglichkeit einer schnelleren Entscheidung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Ergänzung wird ein Konfliktregelungsmechanismus für den Fall eingeführt, dass sich die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaft nicht auf einen Vorsitzenden des Schlichtungsausschusses einigen können. Die Regelung sieht vor, dass der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses von der zuständigen Landesbehörde bestellt wird, sofern sich die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene nicht auf eine Person einigen können.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch Satz 8 werden die Vertragsparteien auf der Landesebene beauftragt, die näheren Einzelheiten zum Schlichtungsverfahren auf Landesebene vertraglich zu klären.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Stichprobenprüfung.

Zu Buchstabe e (Absatz 4a und 4b)

Mit der Zielsetzung, den Aufwand bei der Rechnungsprüfung zu vermindern, werden in Absatz 4a mit Satz 1 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gesetzlich beauftragt, bis zum 31. Dezember 2014 die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage der Daten nach § 21 KHEntgG zu entwickeln und modellhaft zu erproben. Die modellhafte Erprobung soll nach Satz 2 auf den Bereich der sekundären Fehlbelegung ausgerichtet sein. Dies ist insofern angezeigt, da die Möglichkeit zur Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer einen Schwerpunkt in der Prüftätigkeit darstellt. Zu prüfen ist, ob unter Anwendung zu definierender Kriterien eine belastbare Prüfung aufgrund von statistischen Abweichungen der Werte für das einzelne Krankenhaus gegenüber den Durchschnittswerten der Daten nach § 21 KHEntgG möglich ist und ob im Rahmen einer modellhaften Erprobung, d. h. unter Praxisbedingungen, eine Verminderung des Prüfaufwands gelingt. Die Vertragsparteien haben nach Satz 3 bis zum 31. März 2014 die näheren Einzelheiten für die Durchführung und Auswertung der modellhaften Erprobung zu vereinbaren. Festlegungen sind insbesondere zu den anzuwendenden Prüfkriterien für die Durchführung der Auffälligkeitsprüfung zu treffen. Auch muss gewährleistet sein, dass eine hinreichende Anzahl von Krankenhäusern an der modellhaften Erprobung teilnimmt. Nach Satz 4 sind die Ergebnisse der modellhaften Erprobung von den Vertragsparteien in einem gemeinsamen Bericht bis zum 31. März 2015 zu veröffentlichen. Nach Satz 5 entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit die Bundesschiedsstelle, wenn bis zum 31. März 2014 die erforderlichen Grundlagen für die Durchführung und Auswertung der Erprobung nicht vereinbart wurden.

Mit der Regelung in Absatz 4b Satz 1 und 2 wird für die Entscheidungen der Schiedsstelle und der Schlichtungsausschüsse im Zusammenhang mit der Abrechnungsprüfung einheitlich der Rechtsweg zu den Sozialgerichten vorgegeben. Damit wird im Hinblick auf die Sachnähe zur Abrechnungsprüfung nach § 275 Absatz 1c SGB V für die Entscheidungen der Schiedsstelle insoweit von der Rechtswegzuweisung in § 18a Absatz 6 Satz 11 KHG abgewichen.

Die Regelung in Satz 3 des Absatzes 4b dient der Entlastung der Sozialgerichte. Hierzu wird bei streitig gebliebenen Vergütungsforderungen nach durchgeführter Krankenhausabrechnungsprüfung die Vorschaltung des Schlichtungsverfahrens auf Landesebene bei Forderungen unterhalb einer Bagatellgrenze in Höhe von 2 000 Euro obligatorisch. Es ist davon auszugehen, dass im Schlichtungsverfahren ein großer Teil solcher Streitigkeiten außergerichtlich beigelegt werden kann.

Zu Artikel 5d (Transplantationsgesetz)

Zu Nummer 1

In Satz 1 des neu angefügten Absatzes 3 wird die für die Erhebung, Dokumentation und Übermittlung der für die Wartelistenführung erforderlichen Angaben verantwortliche Person festgelegt. Satz 2 enthält die für eine strafrechtliche Sanktionierung erforderliche Verbotsnorm im Zusammenhang mit der Führung der Warteliste. Diese Verbotsnorm er-

fasst alle maßgeblichen Schritte von der Erhebung bis zur Übermittlung an Eurotransplant, in denen Manipulationen vorgenommen werden können, und richtet sich an alle insoweit beteiligten Personen. Mit dem Begriff „Gesundheitszustand“ sind sämtliche medizinischen Angaben umfasst, die im Zusammenhang mit der Führung der Warteliste erhoben werden.

Zur Gewährleistung eines gerechten Vermittlungsverfahrens, in dem ausschließlich nach den medizinischen Kriterien Erfolgsaussicht und Dringlichkeit entschieden wird, ist die Führung der Warteliste von entscheidender Bedeutung. Denn der Platz auf der Warteliste kann darüber entscheiden, wer ein lebensrettendes Organ erhält. Jegliche Manipulation, die Einfluss auf die Rangfolge hat, muss vermieden werden.

Die unrichtige Erhebung und Dokumentation des Gesundheitszustandes können beispielsweise sein: Manipulationen oder Austausch von Blutproben, unrichtige Erhebung von Untersuchungsergebnissen, wie zum Beispiel der Blutgruppe, und die Wiedergabe dieser Untersuchungsergebnisse, das Vortäuschen von Behandlungen, wie zum Beispiel Dialysen, das Verschweigen von Kontraindikationen oder falsche Angaben zum stationären Aufenthalt.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Zum besseren Verständnis und Transparenz der Richtlinien insbesondere in der Praxis bedürfen die Richtlinien einer Begründung. Im Zusammenhang mit der in Absatz 3 neu eingefügten Pflicht zur Genehmigung der Richtlinien durch das Bundesministerium für Gesundheit bedürfen die Richtlinien im Hinblick auf die jeweilige Feststellung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft einer nachvollziehbaren Darlegung. Auf diese Weise wird auch das Bundesministerium für Gesundheit in die Lage versetzt, im Rahmen der Genehmigung zu prüfen, ob die Bundesärztekammer den Beurteilungsspielraum angemessen gewürdigt hat und die Feststellung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft nachvollziehbar ist. Dies ändert nichts an der insoweit gesetzlich zugewiesenen Verantwortung der Bundesärztekammer. Dies gilt auch hinsichtlich der in § 16 Absatz 1 Satz 2 Transplantationsgesetz enthaltenen Vermutensregelung.

Zu Buchstabe b

Die Richtlinien der Bundesärztekammer werden unter einen Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit gestellt. Durch Satz 2 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, zusätzliche Informationen anzufordern, soweit dies für seine Entscheidung maßgeblich ist.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Durch die strafrechtliche Sanktionierung soll sichergestellt werden, dass bei der Führung der einheitlichen Wartelisten keine Manipulationen im Zusammenhang mit den Angaben zum Gesundheitszustand des Patienten vorgenommen

werden. Hierdurch soll das Vertrauen in ein gerechtes Verteilungssystem zurück gewonnen und nachhaltig gestärkt werden.

Zu Buchstabe b

Der Unwertgehalt des Versuchs entspricht dem Unwertgehalt des vollendeten Delikts. Daher muss auch dieser strafbar sein.

Berlin, den 12. Juni 2013

Heinz Lanfermann
Berichterstatter

