

# Stellungnahme

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0074(40)  
gel. VB zur Anhörung am 25.10.  
10\_GKV-FinG\_Block I  
19.10.2010

**Diakonie**   
**Bundesverband**

Diakonisches Werk  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e.V.

Gesetzentwurf GKV-Finanzierungsgesetz  
BT-Drucksache 17/3040

Berlin, den 19. Oktober 2010

Vorstand Sozialpolitik

Kerstin Griese  
Reichensteiner Weg 24  
14195 Berlin  
Telefon: +49 30 830 01-100  
Telefax: +49 30 830 01-777  
vorstand\_sozial@diakonie.de

Ansprechpartner:  
Dr. Peter Bartmann  
bartmann@diakonie.de

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) (BT-Drucksache 17/3040)**

Das Diakonische Werk der EKD e.V. nimmt nachfolgend zum Entwurf des Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) Stellung, wie es die Koalitionsfraktionen in den Bundestag einbringen.

Zur Diakonie gehören 230 Krankenhäuser und 140 Fach- oder Rehabilitationskliniken mit insgesamt über 70.000 Betten oder Plätzen sowie 1.400 ambulanten Pflegediensten. Die Diakonie arbeitet aber darüber hinaus für Menschen mit Behinderung, Menschen in Armut und Wohnungslosigkeit, für benachteiligte Kinder und Jugendliche, Migrantinnen und Migranten sowie für ältere und pflegebedürftige Menschen. Uns ist sehr daran gelegen, ihre Perspektiven in die Gesundheitspolitik einzubringen.

Grundlage unserer Überlegungen ist die Überzeugung, dass Solidarität und Eigenverantwortung einander nicht ausschließen, sondern ergänzen. „Einer trage des anderen Last“ – dieser Grundsatz aus dem Neuen Testament ist der Ausgangspunkt unseres Beitrags zur Weiterentwicklung des Sozialstaats. Die sozialen Sicherungssysteme beruhen nach unserer Auffassung nicht nur auf einer wechselseitigen Absicherung Gleicher, sondern auch auf der Solidarität der Gesunden mit den Kranken und der Starken mit den Schwachen.

Dem Duktus des Entwurfs folgend nehmen wir zunächst zu den politischen Zielsetzungen und Maßnahmen, sodann auch zu einzelnen Regelungen Stellung.

### **A. Stellungnahme zu politischen Zielsetzungen und Maßnahmen**

#### **I. Begrenzung der Ausgaben durch Preis- und Mengenbeschränkungen**

Der Gesetzentwurf sieht eine Begrenzung der Ausgabenzuwächse durch eine Beschränkung der Preiserhöhung und Mengenausweitungen im Bereich der vertragsärztlichen und stationären Versorgung für 2011 und 2012 vor. Dieser kurzfristige Eingriff soll der Stabilisierung der Beitragssätze dienen und folgt den bekannten Regeln der Kostendämpfungspolitik. Die in zurückliegenden Jahren entwickelten Instrumente (Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen, Orientierungswert für die Kostensteigerung im stationären Bereich) werden zurzeit nicht genutzt.

Das Diakonische Werk der EKD plädiert für eine umgehende Rückkehr zu einer ordnungspolitischen Steuerung, die für Krankenkassen und Leistungserbringer ein berechenbares Umfeld schafft. Ein solches Umfeld ist für die zur Diakonie zählenden Krankenhäuser und Kliniken, aber auch für andere Leistungserbringer eine notwendige Voraussetzung, um langfristig und nachhaltig die Krankenversicherung und Rehabilitation in unserem Land mitzugestalten. Zu den besonderen Regelungen für Krankenhäuser nehmen wir im Einzelnen unten Stellung.

## II. Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

### **Erhöhung und Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes (§ 241 SGB V-E):**

Im Gesetzentwurf ist die Erhöhung des allgemeinen, paritätisch getragenen Beitragssatzes um je 0,3 Prozent vorgesehen. Wie die Koalitionsfraktionen in der Begründung ausführen, ergeben sich aus der Erhöhung des Beitragssatzes „allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau“. Insofern soll die notwendige Erhöhung gesamtwirtschaftlich unproblematisch sein. Unter dieser Voraussetzung leuchtet die Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes, insbesondere des Arbeitgeberanteils zur Begrenzung der so genannten Lohnnebenkosten nicht ein.

Das Diakonische Werk der EKD empfiehlt, dass die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin im Wesentlichen aus einkommensabhängigen Beiträgen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern sowie unter Heranziehung anderer Einkommensarten finanziert werden. Die einseitige Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes lehnt die Diakonie ab.

### **Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge (§§ 242 ff. SGB V-E):**

Der Entwurf gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge in unbegrenzter Höhe direkt zu erheben. Dadurch soll eine wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenkassen über den Preis gewährleistet werden.

Das Diakonische Werk der EKD lehnt die Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge auch bei funktionierendem Sozialausgleich aus den folgenden Gründen ab:

#### **- Ungeordneter Preiswettbewerb**

Die Krankenkassen stehen auch bei den bisherigen Zusatzbeiträgen in einem scharfen Preiswettbewerb. Dieser Preiswettbewerb würde durch die Reform weiter intensiviert. Es fehlt jedoch noch an einer konsistenten Wettbewerbsordnung. Ohne eine solche Wettbewerbsordnung führt ein verschärfter Preiswettbewerb bei den Leistungen zu Rationierungen und Qualitätsverlusten. Bereits heute erhalten wir von unseren Mitgliedereinrichtungen Problemanzeigen, dass Krankenkassen bei Leistungen, die sie genehmigen müssen, sich deutlich restriktiver verhalten als in der Vergangenheit und notwendige Leistungen teilweise verzögern, verkürzen oder vorenthalten. Dies gilt nach unserer Erfahrung besonders für Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter (§§ 40 f. SGB V) sowie der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe (§§ 37 f. SGB V). Da die Krankenkassen die großen Ausgabenblöcke (für Arzneimittel, Krankenhausleistungen und ambulante ärztliche Leistungen) nur in geringem Maße beeinflussen können, wirkt sich ein verschärfter Preiswettbewerb negativ auf diese Leistungsbereiche aus, in denen sie durch Genehmigungsvorbehalte bzw. Belegungsrechte oder Einzelverträge größere Einflussmöglichkeiten haben. Die häusliche Krankenpflege für psychisch kranke Menschen (§ 37 SGB V), die Soziotherapie (§ 37a SGB V), aber auch die ambulante mobile Rehabilitation (§ 40 SGB V) sind Beispiele dafür, dass ein reiner Preiswettbewerb der Krankenkassen untereinander dazu führt, dass die Erbringung einzelvertraglich geregelter Leistungen durch hohe Qualitätsanforderungen in Verbindung mit nicht auskömmlichen Vergütungen praktisch verhindert wird. Auf der Seite der Krankenkassen rechnen wir mit weiteren Fusionen und der Gefahr, dass eine unkontrollierbare Marktmacht sowohl gegenüber den Versicherten als auch den Leistungserbringern entsteht.

Das Diakonische Werk der EKD fordert eine konsistente, dem Sozialrecht und seinen übergeordneten Zielen angemessene Wettbewerbsordnung. Krankenkassen und Leistungserbringer sollen in allen Leistungsbereichen Rahmenvereinbarungen über die Leistungserbringung abschließen, in denen Qualitätsstandards und tarifliche Vergütungen vereinbart werden. Innerhalb dieser Rahmenbedingungen soll es einen Wettbewerb der Leistungserbringer und der Krankenkassen um eine qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Patientenversorgung geben.

#### **- Verschleierung der steigenden Belastungen im Gesundheitswesen**

Durch die Finanzierung der Gesundheitsausgaben aus scheinbar unterschiedlichen Quellen, nämlich Beiträgen / Zusatzbeiträgen / Steuermitteln sowie Zuzahlungen und Eigenkäufe der Versicherten wird der Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen verschleiert und einer verantwortungsvollen politischen Diskussion und Steuerung entzogen.

Das Diakonische Werk der EKD plädiert für eine größere Transparenz bei den Gesundheits-

ausgaben und schlägt vor, die GKV-Ausgaben weiterhin im Wesentlichen über einkommensabhängige Beiträge zu finanzieren.

- **Deutliche Belastung der Versicherten mit durchschnittlichem Einkommen aus abhängiger Beschäftigung**

Durchschnittliche Einkommen aus abhängiger Beschäftigung können durch den Zusatzbeitrag bis zu einer Höhe von monatlich 41 Euro (West) bzw. 27 Euro (Ost) belastet werden, bevor der Sozialausgleich einsetzt. Da der Zusatzbeitrag beim beitragspflichtigen Einkommen einsetzt, werden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ohne Vermögen voll belastet, insbesondere wenn beide Ehepartner erwerbstätig sind. Dagegen werden Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze oder aus anderen Einkunftsarten nicht einbezogen.

- **Überhöhte Gesamtbelastung für Menschen mit niedrigem Einkommen und schwerwiegenden Gesundheitsproblemen**

Bei schlechter Gesundheit summieren sich die Ausgaben für Versicherte mit niedrigem Einkommen. Sie müssen

- 8,3 Prozent für den allgemeinen Beitrag und Arbeitnehmer-Sonderbeitrag,
- + bis zu zwei Prozent ihres beitragspflichtigen Einkommens als Zusatzbeitrag,
- + ein bis zwei Prozent ihres Bruttoeinkommens für Zuzahlungen sowie
- + weitere neun Prozent des verfügbaren Nettoeinkommens für den Kauf von rezeptfreien Arzneimitteln und Brillen und andere von der GKV nicht oder nur teilweise getragene Leistungen aufwenden.

Somit geben Menschen mit niedrigem Einkommen und schwerwiegenden Gesundheitsproblemen ungefähr ein Fünftel des Einkommens für die Versicherung und Pflege ihrer Gesundheit aus. Die folgende Abbildung verdeutlicht die Belastungen für Einpersonenhaushalte mit einem Einkommen von 800€.

Das Diakonische Werk der EKD setzt sich für eine Gesetzliche Krankenversicherung ein, die alle *notwendigen* gesundheitlichen Leistungen *vollständig* trägt.

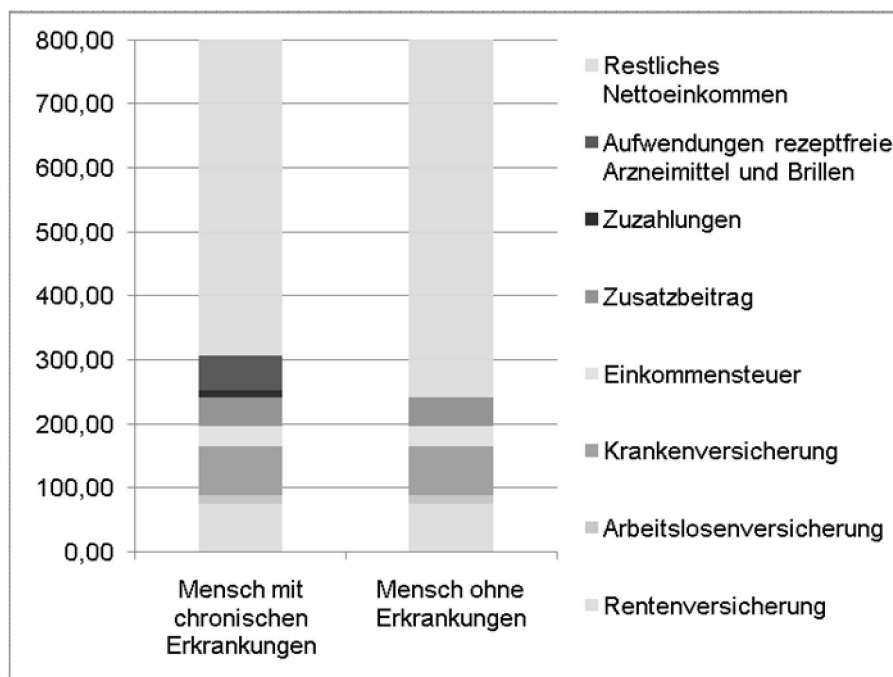


Abbildung: Finanzielle Belastungen von Menschen mit chronischen Erkrankungen und niedrigem Einkommen (800 € pro Monat).

- **Erhebung der Zusatzbeiträge bei den Versicherten (§§ 242, 242a SGB V-E)**  
Das Diakonische Werk der EKD hält den Quellenabzug für die sinnvollste Variante der Beitrags-  
erhebung im Bereich der sozialen Sicherung. Durch den seit Jahrzehnten bewährten Quellen-  
abzug können die weiter unten erwähnten Probleme mit dem Zusatzbeitragseinzug vermieden  
werden. Insofern ist es sehr zu begrüßen, dass für die Grundsicherungsberechtigten der Quellen-  
abzug vorgesehen ist und bei einer Reihe von Personengruppen, die dem Arbeitsmarkt aus unter-  
schiedlichen Gründen nicht zur Verfügung stehen, auf den Zusatzbeitrag ganz verzichtet wird.  
Umso bedauerlicher ist es, dass die der Bundesregierung seit langem bekannte Problematik privat  
krankenversicherter Grundsicherungsbezieher nicht gelöst wurde (GKV-FinG Art. 6/ VAG § 12.  
Näheres dazu s u.).
- **Mitfinanzierung aus Steuermitteln**  
Der Entwurf sieht für 2011 einen weiter erhöhten Steuerzuschuss sowie ab 2015 Steuerzuschüsse  
zur Finanzierung des Sozialausgleichs (§ 221b SGB V-E) vor. Begründet wird dies damit, dass  
durch Steuern die Bürgerinnen und Bürger nach ihrer tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungs-  
fähigkeit am Sozialausgleich beteiligt werden. In diesem Zusammenhang möchten wir auch darauf  
aufmerksam machen, dass die im Gesetzentwurf weiterhin verwendete Formulierung „Liquiditäts-  
reserve“ (§§ 221b, 271 Abs. 2 SGB V) widersprüchlich ist, da sie nahelegt, dass der Gesundheits-  
fonds den Zuschuss des Bundes gemäß § 271 Abs. 3 SGB V zum Jahresende zurückführen  
muss.  
Ob das Steuersystem dazu besser geeignet ist, als eine verbreiterte Beitragsbemessung in der  
Gesetzlichen Krankenversicherung, ist aus unserer Sicht fraglich. Seit längerem setzt sich die  
Diakonie dafür ein, dass der Steuerzuschuss zur GKV verlässlich und klar geregelt wird. Wir treten  
dafür ein, dass GKV-Leistungen von allgemeinem Interesse aus Steuermitteln finanziert werden,  
und dass bei Beziehern von Grundsicherung und Sozialhilfe *Durchschnittsbeiträge* zur GKV vom  
Kostenträger übernommen werden. So könnte die finanzielle Eigenständigkeit der GKV gestärkt  
werden.
- **Zukunft des Gesundheitsfonds**  
Vor dem Hintergrund der neuen Beitragssystematik stellen sich für die Diakonie auch Fragen zur  
Zukunft des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. In diesem  
Zusammenhang verweisen wir erneut auf die Problematik, dass seltene Krankheiten, deren  
Behandlung sehr aufwändig ist, nicht im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berück-  
sichtigt werden. An zweiter Stelle möchten wir noch einmal auf die Problematik des up-codings bei  
den Diagnosen für den morbi-RSA hinweisen, die unseres Wissen noch nicht befriedigend gelöst  
ist und Krankenkassen und Ärzten in der oben beschriebenen Wettbewerbssituation unter Um-  
ständen problematische Anreize setzt.

### III. Gerechter Sozialausgleich

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass für Versicherte ein Sozialausgleich (§ 242b SGB V-E) durchgeführt wird,  
wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag mehr als zwei Prozent ihres beitragspflichtigen Einkommens  
überschreitet. Der Sozialausgleich soll im Regelfall von der abführenden Stelle (dem Arbeitgeber oder der  
Rentenversicherung) ohne Antrag des Versicherten durchgeführt werden. Der allgemeine Beitrag des Ver-  
sicherten soll so vermindert werden, dass seine finanzielle Belastung nach Zahlung des Zusatzbeitrags  
nicht mehr als zwei Prozent seines beitragspflichtigen Einkommens beträgt. Die Belastung wird jedoch  
höher sein, wenn die Krankenkasse einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erhebt. Dadurch sollen die  
Versicherten einen Anreiz erhalten, die Krankenkasse mit dem günstigsten Zusatzbeitrag zu wählen. Der  
Sozialausgleich wird ausgesetzt, wenn ein Versicherter mit seinen Zusatzbeiträgen mehr als sechs Monate  
im Rückstand ist.

Die Diakonie begrüßt die Absicht der Koalitionsfraktionen die Krankenkassenbeiträge weiterhin am  
Einkommen der Versicherten zu orientieren. Sie hält jedoch den vorgeschlagenen Weg einkommens-  
unabhängiger Zusatzbeiträge in Verbindung mit einem nachgängigem Sozialausgleich für nicht sinnvoll, da

der einkommensabhängige, allgemeine Beitrag zur GKV ein weniger aufwändiges, zielgenaues und bewährtes Instrument darstellt.

Zu den Modalitäten des geplanten Sozialausgleichs geben wir im Einzelnen zu bedenken,

- dass der Sozialausgleich im Vergleich zur bisherigen Überforderungsregelung von ein Prozent erst später einsetzt, Haushalte mit niedrigem Einkommen also vergleichsweise stärker belastet. Wie oben erläutert, kommt es zu einer stärkeren Belastung der Haushalte mit niedrigem Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit oder Rente, die im Rahmen der solidarischen Krankenversicherung zu vermeiden wäre.
- dass sich die geplante Belastungsgrenze für den Sozialausgleich an den beitragspflichtigen Einnahmen orientiert (§ 242b Abs. 1, Satz 1 SGB V-E) und damit die *wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds nur unzureichend erfasst*.
- dass die Regelungen bei mehreren beitragspflichtigen Einkünften, unständiger Beschäftigung, schwankendem Beschäftigungsumfang für Arbeitgeber, Rentenversicherung und Krankenkassen *einen hohen und unnötigen Verwaltungsaufwand* mit sich bringen (§ 242b Abs. 3-5 SGB V-E).
- dass das Aussetzen des Sozialausgleichs durch die Arbeitgeber als Sanktion für Zahlungsver säumnisse bei den Zusatzbeiträgen (§ 242 Abs. 6 SGB V-E) unverhältnismäßig und datenschutzrechtlich problematisch ist.

Das Anliegen eines gerechten Sozialausgleichs sollte nach Auffassung der Diakonie durch Veränderungen in der Beitragsbemessungsgrundlage vorangetrieben werden. So sollten auch Vermögenseinkünfte bei der Beitragsbemessung einbezogen werden.

## **B. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen**

### **Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **§ 6 Versicherungsfreiheit der Arbeitnehmer mit höherem Einkommen**

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Arbeitnehmer bereits nach Ablauf eines Jahres, in dem ihr Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschreitet, Versicherungsfreiheit erlangen. Wie im Entwurf vermerkt, ist aufgrund dieser Regelung mit Mindereinnahmen der GKV um 0,2 Mrd. Euro zu rechnen. Die erweiterte Versicherungsfreiheit schwächt die Finanzbasis der GKV, dient also nicht dem Zweck des Gesetzes. Zudem wird der beschränkte Wettbewerb der PKV mit der GKV um Neukunden intensiviert, dieser hat nach Auffassung vieler Sachverständiger in beiden Versicherungssystemen problematische Folgen.

Nach Auffassung der Diakonie schränkt das Nebeneinander von GKV und PKV, das durch diese Regelung gestärkt wird, die Solidarität im Gesundheitswesen und die Effizienz im Einsatz der verfügbaren Mittel ein. Hier sieht die Diakonie grundlegenden Reformbedarf: Die Gesetzliche Krankenversicherung wird durch den Verlust einkommensstarker Mitglieder in ihrer Leistungsfähigkeit für die Mehrheit der Bevölkerung geschwächt. Unter der Voraussetzung, dass die Beibehaltung des dualen Krankenversicherungssystem für die Bundesregierung ein wichtiges politisches Anliegen ist, empfiehlt die Diakonie, die Gesetzliche Krankenversicherung durch Mittelzuflüsse zu stärken, die von einkommensstarken Haushalten aufgebracht werden.

#### **§ 9 Freiwillige Versicherung in der GKV**

Die Klarstellung des Beitrittsrechts zur GKV bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in Deutschland ist nach Auffassung der Diakonie sinnvoll.

#### **EU-Bürger ohne Krankenversicherungsschutz**

In diesem Zusammenhang verweisen wir auf ein Problem, das sich aus der – begrüßenswerten – größeren Freizügigkeit in der Europäischen Union ergibt: In Deutschland halten sich nicht wenige EU-Bürger auf, die faktisch ohne Krankenversicherungsschutz sind und humanitäre Gesundheitsdienste (z.B. medizinische Dienste für wohnungslose Menschen) und Krankenhäuser aufsuchen.

Nach Auffassung der Diakonie sollte dieses Problem in Vorbereitung auf die erweiterte Freizügigkeit ab 2011 zügig angegangen werden. Dabei sollte der Zugang zur medizinischen Versorgung unabhängig von der Klärung der Aufenthaltsberechtigung gewährt werden; gesundheitlich notwendige Leistungen sind zeitnah und ohne bürokratische Hürden zu vergüten.

### **§ 13 Kostenerstattung**

Im Änderungsantrag der CDU/CSU-Fraktion zum GKV-FinG ist vorgesehen, den Versicherten die Wahl der Kostenerstattung anstelle der Sachleistung zu erleichtern. Künftig sollen Versicherte nur noch drei Monate an die Option der Kostenerstattung gebunden sein; außerdem werden die Abschläge der Krankenkassen auf die Erstattungsbeträge auf fünf Prozent beschränkt. Mit der Stärkung der Option der Kostenerstattung ist u.a. die Hoffnung verbunden, dass die Versicherten die ihnen gestellten Rechnungen prüfen und auf wirtschaftliche Leistungserbringung hinwirken.

Aus der Sicht der Diakonie ist es die Aufgabe der Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu überprüfen. Versicherte sind aufgrund von Informationsasymmetrien dazu kaum in der Lage. Mit der Wahl der Kostenerstattung übernehmen die Versicherten das Risiko, von der Arztpraxis oder anderen Leistungserbringern Rechnungen zu erhalten, die die Leistungspflicht der GKV überschreiten. Aus diesen Gründen rät die Diakonie von einer Ausweitung der Kostenerstattungen ab.

### **§ 71 Umsetzung des im Gesetz verankerten Orientierungswertes**

Die Halbierung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V für die Jahre 2011 und 2012 (§ 10 Nr. 6 Buchstabe bb) KHEntgG-E) sowie die durchgängige Anwendung der Grundlohnratenhalbierung auch bei Leistungen, die nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden (§ 10 Nr. 6 Buchstabe b) KHEntgG-E), kompensieren nicht die tatsächlich im Krankenhaus entstehenden Kosten. Der Orientierungswert, welcher die reale Kostenentwicklung im Krankenhausbereich abbildet und somit die Basis für die notwendige Anpassung und Erhöhung der Krankenhausentgelte darstellt, muss nach Auffassung der Diakonie künftig als Maßstab für die Anpassung der Vergütung gelten. Daher muss der gesetzlich bereits vorgesehene und vom Statistischen Bundesamt bereits ermittelte Orientierungswert tatsächlich ab dem Jahr 2011 umgesetzt werden.

### **§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung („Ärztmangel auf dem Land“)**

Im Zusammenhang von Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 87d SGB V) werden zuvor getroffene Regelungen für 2011 und 2012 außer Kraft gesetzt, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen regionalen Versorgungsungleichheiten durch unterschiedliche Vergütungen entgegenwirken können. Stattdessen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit zurückerhalten, in ärztlich unterversorgten Gebieten Sicherstellungszuschläge zu zahlen (§ 105 Abs. 1). Das Diakonische Werk der EKD begrüßt, dass die Bundesregierung die Versorgungsungleichheit im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung als wichtiges Problem einschätzt und den Kassenärztlichen Vereinigungen eine entsprechende Handlungsoption eröffnet.

### **§ 120 SGB V (pädiatrische Spezialambulanzen)**

Nach dem Änderungsantrag 4 der Koalitionsfraktionen wird die Vergütung der pädiatrischen Spezialambulanzen an Krankenhäusern durch eine Schiedsstellenregelung und eine Vorschrift zur Budgetbereinigung präzisiert.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt ausdrücklich, dass die Bundesregierung die spezialisierte ambulante Versorgung chronisch kranker und behinderter Kinder durch die oben genannten Vergütungsregelungen stärkt und somit auf bekannte Finanzierungsprobleme der entsprechenden Spezialrichtungen reagiert.

### **§ 221b Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich**

Die Zahlungen sollen laut Begründung keinen Zuschuss oder Darlehen der Liquiditätsreserve gemäß § 271 Abs.3 SGB V darstellen, sondern dem Vermögensstock des Gesundheitsfonds dienen. Hier sollte eine Klarstellung erfolgen, dass die Zahlungen nicht unter § 271 Abs. 3 SGB V fallen und somit nicht zum Jahresende auszugleichen sind.

### **§§ 242, 242a Einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag**

Wie oben erläutert, empfiehlt das Diakonische Werk der EKD, dass sich die Krankenkassen wesentlich aus einkommensabhängigen Beiträgen finanzieren und diese durch Quellenabzug erheben.

Angesichts der Bedeutung, die die Bundesregierung der Erhebung von Zusatzbeiträgen bei den Versicherten beimisst, begrüßt das Diakonische Werk der EKD die Ausnahmeregelungen für verschiedene schutzbedürftige Personengruppen nachdrücklich. Positiv hervorzuheben sind nach Auffassung der Diakonie

- die Ausnahmen des § 242 Abs. 5, der Bürgerinnen und Bürger entlastet, die im Zusammenhang mit einer Ausbildung, Mutterschaft und Erziehung, einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahme oder des Besuchs einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen nur ein begrenztes Einkommen erzielen.
- die Regelung für Bezieher von Grundsicherung für Arbeitslose (Tragung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds – § 242 Abs. 4 in Verbindung mit § 251 Abs. 6 SGB V-E).

Aus der Sicht der Diakonie sollten in die Ausnahmeregelung des § 242 Abs. 5 SGB V-E auch diejenigen Bürgerinnen und Bürger aufgenommen werden, die nach SGB XII leistungsberechtigt sind. Dazu zählen Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 und 13 SGB V sowie Personen, die bereits vor dem 1.04.2007 entsprechend abgesichert waren. Alternativ wäre eine Einbeziehung dieser Personenkreise in § 242 Abs. 4a SGB V-E und damit die Tragung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags aus der Liquiditätsreserve vorzusehen.

Des Weiteren sollten Bürgerinnen und Bürger auch vom Zusatzbeitrag befreit werden, wenn sie an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leiden, oder wenn ihr Einkommen unterhalb einer im Krankenkassenrecht festgelegten Schwelle liegt:

- Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wird nicht erhoben bzw. für das laufende Jahr zurück-erstattet, wenn ein Versicherter oder ein mitversichertes Familienmitglied *schwerwiegend chronisch krank* im Sinne der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V ist.
- Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wird nicht erhoben bzw. für das laufende Jahr zurück-erstattet, wenn die *monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt* 40 von Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten.

Durch diese Regelungen würden schwerwiegend chronisch kranke Menschen und Menschen mit einem niedrigen Einkommen auch aus eigener Erwerbstätigkeit oder Rente entlastet. Im Falle der schwerwiegend chronisch kranken Menschen ist dies vor dem Hintergrund hoher krankheitsbezogener Kosten (z.B. für Sehhilfen, Hilfsmittel, rezeptfreie Arzneimittel, Fahrten zur Behandlung) zu sehen.

### **§ 242 Abs. 6 Verspätungszuschlag und Aussetzen des Sozialausgleichs**

§ 242 Abs. 6 sieht unterschiedliche Sanktionen vor, die bei Zahlungsverzug der Versicherten eintreten, die den kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu entrichten haben.

Die Krankenkasse darf einen „Verspätungszuschlag“ erheben, wenn die Versicherten für mindestens sechs Kalendermonate mit der Zahlung des Zusatzbeitrages in Verzug geraten sind. Diese Formulierung ist unklar: anders als die Begründung dies ausführt, lässt der Gesetzestext selbst nicht erkennen, dass die Voraussetzungen des Verspätungszuschlages auch dann erfüllt sind, wenn der Versicherte in sechs einzelnen, nicht zusammenhängenden Monaten den Beitrag nicht entrichtet hat. In diesem Fall liegt insofern auch keine Säumnis, sondern eine Nichtleistung vor. Im Sinne einer Säumnisregelung sollte der Entwurf auf einen zusammenhängenden Zeitraum abstellen. Andernfalls muss unbedingt geregelt werden, in welchem Gesamtzeitraum diese 6 Monate die Sanktionsvoraussetzungen erfüllen (6 Monate innerhalb eines Zeitraums von einem oder – maximal – zwei Jahren).

Außerdem empfiehlt das Diakonische Werk der EKD dringend, in § 242 Abs. 6 Satz 3 die weitere Sanktion (Aussetzen des Sozialausgleichs bei Zahlungsverzögerung) zu streichen. Die geplante Regelung hat mehrere Nachteile: Sie belastet Versicherte mit einem geringen Einkommen knapp oberhalb des Existenzminimums erheblich stärker als Versicherte mit einem höheren Einkommen. Der von § 242 Abs. 6 SGB V-E vorausgesetzte Zahlungsverzug wird in der Praxis vor allem eintreten, wenn die betreffenden Personen ohnedies überschuldet sind. In dieser Lage wirken der Verspätungszuschlag und der Verlust des Sozial-

ausgleichs zusammen, um die Lage der Betroffenen erheblich zu verschlechtern. Zusätzlich zur Verpflichtung, den überfälligen Zusatzbeitrag nachzuzahlen und zu dem als Sanktion erhobenen Verspätungszuschlag, verringert der Wegfall des Sozialausgleichs nach § 242a SGB V-E das verfügbare Einkommen, aus dem diese Zahlungsrückstände zu entrichten sind. In einer solchen Lage ist zwar die vorgesehene Möglichkeit der Ratenzahlung für stark verschuldete bzw. überschuldete Haushalte zu begrüßen. Es stellt sich aber die Frage, wie aussichtsreich diese Regelung sein kann, wenn zugleich der Wegfall des Sozialausgleichs das zur Verfügung stehende Einkommen verringert. Denn in diesem Fall tragen auch finanziell schlechter gestellte Haushalte den vollen Betrag des kassenindividuellen Zusatzbeitrages, obwohl dieser nach der Wertung des SGB V deren Leistungsfähigkeit übersteigt.

Zudem vermag die in § 242 Abs. 6 Satz 6 SGB V-E getroffene Bestimmung, die es den Krankenkassen verbietet, den Arbeitgebern den Grund für das Aussetzen des Sozialausgleichs mitzuteilen, die datenschutzrechtlichen Bedenken gegen diese Regelung nicht zu entkräften. Da Zahlungsver säumnisse der einzige Grund für das Aussetzen des Sozialausgleichs sind, erlaubt auch eine unbegründete Mitteilung der Krankenkasse den Rückschluss auf diese Ursache. Für den Arbeitgeber ist es zudem problematisch, dass er seine Mitarbeiter im Auftrag Dritter sanktionieren muss. Dadurch wird das Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer gefährdet.

Unter diesen Voraussetzungen erweist sich schließlich die Verknüpfung des Sozialausgleichs mit der Beitragsabführung durch den Arbeitgeber als verfehlt. Sofern es notwendig wird, ausstehende Zusatzbeiträge zwangsweise einzutreiben, gibt § 66 SGB X den gesetzlichen Krankenkassen als bundesunmittelbaren Körperschaften die Möglichkeit zur Vollstreckung nach dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz. Dies scheint gerade vor dem Hintergrund einer beabsichtigten Entlastung der Arbeitgeber die weniger belastende Verfahrensgestaltung zu sein. Dabei ist eine Sanktion (Verspätungszuschlag) vertretbar.

#### **§ 251 Abs. 6 Tragung der Zusatzbeiträge**

Der Entwurf sieht die Tragung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge für Grundsicherungsberechtigte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vor.

Dies ist aus der Sicht der Diakonie zu begrüßen. Wie oben bereits erwähnt, empfiehlt das Diakonische Werk der EKD eine ähnliche Klarstellung auch für GKV-Mitglieder, deren Beiträge vom Sozialhilfeträger übernommen werden. Die erforderlichen Mittel sollten dem Gesundheitsfonds aus dem Bundeshaushalt zufließen.

#### **Zu Artikel 5: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

##### **§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009 (Mehrleistungsabschläge)**

Der Gesetzesentwurf sieht einen Mehrleistungsabschlag für Krankenhausleistungen um pauschal 30 Prozent vor. Dieser Abschlag ist aus der Sicht der zur Diakonie gehörigen Krankenhäuser zu hoch. Die im Jahr 2009 erstmals hausindividuell verhandelten Mehrleistungsabschläge haben gezeigt, dass im Durchschnitt ein zwanzigprozentiger Abschlag vereinbart wurde. Zudem ist ein Mehrleistungsabschlag nicht bei Krankenhausleistungen mit einem hohen Sachkostenanteil angemessen, der zum Teil mehr als zwei Drittel der Vergütung beträgt. Ein pauschaler Mehrleistungsabschlag trifft alle Leistungsarten und mit hohem Sachkostenanteil von mehr als 2/3. Schließlich wirken sich die Abschläge negativ auf die Vergütung einzelner Leistungen aus. Beispielsweise wird die Vergütung von Geburten dadurch zunehmend abgesenkt und Spezialleistungen werden im Umkehrschluss aufgewertet. Dies führt dazu, dass Leistungen der Grundversorgung, aufgrund der schlechteren Rendite, für die Krankenhäuser zunehmend unattraktiver werden. Die Abschläge auf Mehrleistungen dürfen keinesfalls bei der Ermittlung der Landesbasisfallwerte Berücksichtigung finden. Mehrleistungen werden überwiegend von Maximalversorgern erbracht. Würden die Mehrleistungsabschläge in die Berechnung des Landesbasisfallwertes einfließen, so hätte dies eine Minderung der Erlöse für alle Krankenhäuser zur Folge. Dabei ist zu befürchten, dass vor allem kleine Krankenhäuser gegenüber Maximalversorgern benachteiligt werden.

Die Diakonie plädiert für die Beibehaltung der 2009 erstmals angewandten Vorgehensweise, hausindividuelle Abschläge mit den einzelnen Krankenhäusern zu vereinbaren. In jedem Fall ist eine doppelte Anrechnung der Mehrleistungsabschläge dadurch zu vermeiden, dass hausindividuell erfolgte Abschläge bei der Ermittlung des Landesbasisfallwertes nicht berücksichtigt werden. Falls die Koalitionsfraktionen an der vorgesehenen Regelung festhalten, so ist diese als außerordentliche konjunkturell bedingte Maßnahme auf das Jahr 2011 zu beschränken.



### **§ 10 Vereinbarung auf Landesebene**

Die Halbierung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V für die Jahre 2011 und 2012 (§ 10 Nr. 6 Buchstabe bb) KHEntgG-E) sowie die durchgängige Anwendung der Grundlohnratenhalbierung auch bei Leistungen, die nicht über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden (§ 10 Nr. 6 Buchstabe b) KHEntgG-E), kompensieren nicht die tatsächlich im Krankenhaus entstehenden Kosten. Der Orientierungswert, welcher die reale Kostenentwicklung im Krankenhausbereich abbildet und somit die Basis für die notwendige Anpassung und Erhöhung der Krankenhausentgelte darstellt, muss bereits ab 2011 als Maßstab für die Anpassung der Vergütung gelten.

### **Zu Artikel 6: Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (Prämienermäßigung und Prämienzuschuss bei Hilfebedürftigkeit)**

Der Gesetzentwurf enthält eine redaktionelle Überarbeitung des § 12 VAG, mit dem die Prämienermäßigung im Basistarif und Prämienzuschüsse für privat krankenversicherte Bezieher von Grundsicherung und Sozialhilfe geregelt werden.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt es, dass diese Regelung überarbeitet wird. Aus der Sicht der Diakonie liegt ein wesentliches Problem der Regelung darin, dass die Prämie im Basistarif auch nach der vorgesehenen Ermäßigung noch deutlich oberhalb des Höchstbetrags liegt, den der Grundsicherungs- oder Sozialhilfeträger – analog zum GKV-Beitrag – als Prämienzuschuss bereitstellt. Das Diakonische Werk der EKD vertritt die Auffassung, dass die Träger der Grundsicherung bzw. Sozialhilfe für die Krankenversicherung ihrer Leistungsberechtigten Durchschnittsbeiträge zur GKV tragen und diese Mittel durch den Bundeszuschuss zur GKV finanziert werden sollen. Analog wäre auch für privat krankenversicherte Leistungsberechtigte ein Prämienzuschuss in der Höhe des durchschnittlichen GKV-Beitrags zu leisten. Für den Fall, dass der Gesetzgeber es bei den bisherigen am Transfereinkommen bemessenen GKV-Beiträgen belässt, vertritt die Diakonie die Auffassung, dass der Basistarif der PKV entsprechend zu ermäßigen ist.

Unter dieser Voraussetzung schlagen wir vor, dass in § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt wird und folgender Text angefügt wird: „der Versicherer kann in diesem Fall nur einen Beitrag in dieser Höhe verlangen.“

Kerstin Griese  
Vorstand Sozialpolitik  
19. Oktober 2010