

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
110. Sitzung

Berlin, den 13.05.2013, 13:30 Uhr
Sitzungsort: Reichstag
Sitzungssaal: CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

- Vor Eintritt in die Tagesordnung** **S.5**
- Tagesordnungspunkt 1a** **S.5**
Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
- Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung
- BT-Drucksache 17/13079
Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drs. 264/13 (Beschluss)) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BR-Drs. 264/13) und Gegenäußerung der Bundesregierung vorbehaltlich der Überweisung
- Tagesordnungspunkt 1b** **S.5**
Antrag der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
- Keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden
- BT-Drucksache 17/12069
- Tagesordnungspunkt 1c** **S.5**
Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
- Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen
- BT-Drucksache 17/10119

Tagesordnungspunkt 1d

S.5

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen

BT-Drucksache 17/5524

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Henrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Hüppe, Hubert
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Hellmich, Wolfgang
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kober, Pascal
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kieckbusch, Susanne
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Beginn der Sitzung: 13:31 Uhr

Die **Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste, ich möchte Sie herzlich zur zweiten Anhörung des Gesundheitsausschusses am heutigen Tage begrüßen. Wir haben uns zwei Stunden Zeit genommen. Wir werden uns mit dem Thema „Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ auseinandersetzen. Dazu liegen uns folgende Vorlagen vor: der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zur „Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ auf Bundestagsdrucksache 17/13079 (inklusive der Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(14)0410)), der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur „Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ und die entsprechende Stellungnahme des Bundesrates auf Bundesratsdrucksache 264/13, die Gegenäußerung der Bundesregierung vorbehaltlich der Überweisung durch den Deutschen Bundestag, der Antrag der Fraktion der SPD „Keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden“ auf Bundestagsdrucksache 17/12069, der Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Privat Versicherte solidarisch versichern – Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ auf Bundestagsdrucksache 17/10119 sowie der Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen“ auf Bundestagsdrucksache 17/5524. Für die Bundesregierung begrüße ich die Parlamentarische Staatssekretärin Widmann-Mauz. Diejenigen, die das erste Mal an einer Anhörung teilnehmen, möchte ich bitten, ihre Mobilfunktelefone, abzuschalten oder zumindest leise zu stellen. Die Redezeit und die Fragezeit sind in Zeitkontingente für die einzelnen Fraktionen gemäß ihrem Stärkeverhältnis im Bundestag aufgeteilt. Es beginnt die CDU/CSU-Fraktion mit einem Kontingent von 23 Minuten, gefolgt von der Fraktion der SPD mit 14 Minuten, der Fraktion der FDP mit 18 Minuten, der Fraktion DIE

LINKE. mit 15 Minuten und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit 13 Minuten. Es wird dann eine zweite Runde geben, in der die Fragezeit für die CDU/CSU-Fraktion 23 Minuten und für die Fraktion der SPD 14 Minuten beträgt. Damit erteile ich dem ersten Kollegen von der CDU/CSU-Fraktion, Herr Spahn, das Wort.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich beginne mit einer Frage an den Einzelsachverständigen Dr. Straub zum Thema Beitragsüberforderung, insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich möchte ihn bitten, aus Sicht der Krankenkassen zu schildern, wie die erhöhten Säumniszuschläge sich auf die Versicherten, aber auch auf die Krankenkassen ausgewirkt haben, welche Probleme dabei aufgetreten sind und ob es Vorschläge gibt, wie man mit den sogenannten Altschulden umgehen sollte. Die letzte Frage richtet sich auch an den GKV-Spitzenverband.

ESV **Dr. Christoph Straub**: Die geltenden, relativ hohen Säumniszuschläge stoßen bei den Betroffenen auf Unverständnis und führen bei den Krankenkassen zu einem extrem hohen Verwaltungsaufwand. Der ganz überwiegende Teil der sogenannten Solo-Selbständigen würde seinen Beitrag zwar gern entrichten, ist dazu aber einfach nicht in der Lage. Dadurch entsteht die eigentliche Beitragsschuld. Hinzu kommen die sehr hohen Säumniszuschläge. Beides zusammen kann dann sehr rasch zu einer finanziellen Überforderung der Betroffenen führen. Auf der anderen Seite entsteht den Krankenkassen dadurch ein fortgesetzter Prüfaufwand. Das heißt, wir sind gezwungen zu handeln, ohne dass wir unser Geld bekommen. Diese Situation ist aus unserer Sicht ungünstig. Ferner ist es erforderlich, zwischen zwei Gruppen zu unterscheiden, den Selbständigen und denjenigen, die nach 2007 wieder in die gesetzliche Krankenversicherung zurückgekehrt sind. Als Lösung schlagen wir vor, die Mindestbeitragssätze zu vereinheitlichen, denn zur-

zeit gibt es grundsätzlich noch drei unterschiedliche Sätze, nämlich ca. 340 Euro für die hauptberuflich Selbständigen, 230 Euro für diejenigen, die Zuschüsse als Existenzgründer erhalten, und 135 Euro für die sonstigen Selbständigen. Wir plädieren dafür, sich bei der Festlegung des Mindestbeitrages an dem niedrigsten dieser drei Werte, also den 135 Euro, zu orientieren. Wir vertreten diese Ansicht nicht, weil wir der Meinung wären, dass wir das Geld nicht brauchen, sondern weil wir gelernt haben, dass die betroffenen vulnerablen Gruppen ganz überwiegend nicht dazu in der Lage sind, einen höheren Beitrag zu entrichten. Selbstverständlich muss aber bei den Selbständigen wiederholt geprüft werden, ob nicht doch ein Einkommen vorhanden ist, das zu verbeitragen wäre. Bei der Regelung des Problems der Altschulden ist zu bedenken, dass auch denjenigen – und das waren gar nicht so wenige –, die nach dem bisher geltenden Recht ihre Schulden beglichen haben, Rechtssicherheit gewährt werden muss. Das heißt, wir sprechen uns gegen eine Pauschallösung aus, weil diese zu Rechtsstreitigkeiten führen und einen unübersehbar großen Verwaltungsaufwand verursachen würde. Wir treten demgegenüber dafür ein, es der GKV zu ermöglichen, mit den Betroffenen rechtssichere großzügige Vergleiche zu schließen. Dies ist aus unserer Sicht angesichts der komplexen Sachlage die einzige Möglichkeit, ohne unübersehbare rechtliche Risiken mit den Altschulden umzugehen. Wir würden dann darüber informieren, dass es die Möglichkeit eines Vergleichs gibt und würden im Einzelfall auf Antrag einen solchen Vergleich schließen. Damit würden wir zwar in vielen Fällen auf einen beträchtlichen Teil der Schulden verzichten. Am Ende ist das aber auch nichts Anderes, als das, was auch heute nach einem oft sehr verwaltungsaufwändigen und für beide Seiten belastenden Verfahren schon passiert, nämlich dass die Beitragsschulden erlassen werden.

SV Dr. Pekka Helstelä
(GKV-Spitzenverband): Der GKV-Spitzenverband lehnt einen pauschalen Erlass der originären Beitragsschulden, die in der Vergangenheit entstanden sind, also der sogenannten Altschulden, ab. Er hat jedoch Verständnis dafür, wenn darüber nachgedacht wird, die Regelung zu dem abgesenkten Säumniszuschlag auch in die Vergangenheit wirken zu lassen. Nach dem Versicherungsprinzip, das für eine Krankenversicherung gilt, steht einem Leistungsanspruch immer eine Beitragsforderung gegenüber. Die ehemals Nichtversicherten, die durch die Neufassung des § 5 SGB V Versicherte mit entsprechenden Beitragsverpflichtungen geworden sind, hatten von Beginn an einen Leistungsanspruch. Die Frage, ob sie diesen sofort oder gegebenenfalls aufgrund einer verspäteten Anmeldung erst später geltend gemacht haben, ist aus unserer Sicht zweitrangig. Anders liegt der Fall bei den Säumniszuschlägen, weil diesen kein Leistungsanspruch gegenübersteht. Es ist ferner auch ohne Belang, ob tatsächlich eine Leistung in Anspruch genommen worden ist. Jeder Versicherte muss auch dann Beiträge zahlen, wenn er gesund ist. Wir weisen allerdings darauf hin, dass es aufwändig sein wird, die überhöhten Säumniszuschläge rückwirkend zurückzuzahlen. Das werden die Krankenkassen leisten können, allerdings mit zum Teil erheblichem Aufwand. Es muss unbedingt eine technische Regelung gefunden werden, die berücksichtigt, dass die Säumniszuschläge seit dem 1. Januar 2009 an den Gesundheitsfonds zu zahlen waren und somit keine Einnahmen der Krankenkassen darstellten. Säumniszuschläge, die ab dem 1. Januar 2009 zu leisten gewesen sind und insofern zu korrigieren wären, müssen sachgerecht aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden. Man könnte sich zum Beispiel eine Verrechnung der an den Gesundheitsfonds geleisteten Beiträge mit den zurückgezahlten Säumniszuschlägen vorstellen. Hierfür ist allerdings eine gesetzliche Regelung erforderlich.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich möchte vom ZDH und vom GKV-Spitzenverband erfahren, was sie von der von Dr. Straub vorgeschlagenen Kalkulation des Mindestbeitrages halten und ob sie möglicherweise darüber hinausgehende Vorschläge haben.

Sve **Dr. Anne Dohle** (Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH)): Wir haben hierzu einen Vorschlag gemacht. Der ZDH kritisiert seit langem, dass der derzeit geltende Mindestbeitrag für freiwillig in der GKV-Versicherte, die hauptberuflich selbständig sind, zu hoch ist. Er belastet vor allem die gering verdienenden Selbständigen in der Existenzgründungsphase. Wenn Selbständige ihr Einkommen nicht nachweisen können, wird die Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt. Dann beträgt der Mindestbeitrags 610 Euro pro Monat mit und 587 Euro ohne Krankengeldanspruch. Wenn der Selbständige nachweisen kann, dass er geringere Einnahmen hat, dann ist der Mindestbeitrag zwar geringer, beträgt aber immer noch 313 Euro monatlich mit und 301 Euro ohne Krankengeldanspruch. Dies ist immer noch deutlich höher als der Mindestbeitrag, der für die übrigen freiwillig Versicherten in der GKV gilt. Dieser beträgt 134 Euro. Wir haben die Ungleichbehandlung von Selbständigen und übrigen freiwillig Versicherten immer als ungerecht kritisiert. Wir plädieren daher dafür, dass der Mindestbeitrag für die hauptberuflich Selbständigen deutlich abgesenkt wird, und zwar zumindest auf die Höhe des Mindestbeitrages für die freiwillig Versicherten, die einen Gründungszuschuss nach dem SGB III erhalten. Dann würde der Mindestbeitrag 209 Euro mit und 201 Euro ohne Krankengeldanspruch betragen.

SV **Dr. Pekka Helstelä** (GKV-Spitzenverband): Die Beitragsbemessung für hauptberuflich Selbständige unterscheidet sich in der Tat von der Beitragsmessung der sonstigen freiwilligen Mitglieder. Hierfür gibt es

einen sachlichen Grund. Die unterschiedliche Beitragsbemessung stellt auch nach mehreren einschlägigen Urteilen des Bundessozialgerichts keineswegs eine Ungleichbehandlung im Sinne einer Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes dar, weil die sonstigen freiwilligen Mitglieder nach dem Bruttoprinzip verbeitragt werden. Sie haben keine Gestaltungsmöglichkeiten bezüglich ihrer Einkommenshöhe. Demgegenüber verfügen hauptberuflich Selbständige über diese Gestaltungsmöglichkeit, weil sie betriebliche Aufwendungen gegenrechnen können. Aufgrund dieses rechtlich wesentlichen Unterschiedes ist hier eine Gleichbehandlung keineswegs erforderlich. Für hauptberuflich Selbständige gibt es auch verschiedene Möglichkeiten, zu einer geringeren Mindestbemessungsgrundlage zu kommen. Auch wenn man nicht durchgängig nachweisen kann, dass man ein niedrigeres Einkommen hat, zahlt man statt dem dreißigsten nur den vierzigsten Teil der Beitragsbemessungsgrenze. Außerdem gibt es eine sogenannte Härtefallregelung, die unter anderem auch für Existenzgründer gilt, wonach sich die Beitragsbemessung an dem sechzigsten Teil der Beitragsbemessungsgrenze orientiert. Diese Ausdifferenzierung halten wir für ausreichend. Bei dem ebenfalls angesprochenen Problem noch geringerer Einkommen handelt es sich um ein Armutsproblem. Es ist aber nicht Aufgabe der Sozialversicherung, solche Armutsprobleme zu lösen. Vielmehr sehen wir hier die Sozialhilfeträger und den Staat in der Verantwortung. Insofern erkennt die GKV keinen Anpassungsbedarf bei den geltenden Mindestbemessungsgrundlagen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich komme nun zum Notlagentarif in der PKV. Meine erste Frage dazu richtet sich an die PKV und den Bund der Versicherten. Die Pflicht zur Krankenversicherung und der Wegfall des Kündigungsrechts, auch bei Verzug, haben natürlich zu einer wachsenden Zahl von Nichtzahlern geführt. Mich würde zunächst Ihre generelle Einschätzung interessieren, wie weit die

PKV davon betroffen ist und was der vorliegende Gesetzentwurf zur Lösung des Problems beiträgt.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Wir hatten Ende letzten Jahres, also zum 31. Dezember 2012, rund 140.000 Versicherte, die ihre Beiträge nicht gezahlt haben. Dadurch haben sich die Beitragsrückstände auf rund 740 bis 745 Millionen Euro aufsummiert. Das ist ein Betrag, den letztlich die gesamte Versichertengemeinschaft wirtschaftlich zu verkraften hat. Zugleich ist jeder einzelne Betroffene mit einem Betrag belastet, der es ihm schwer macht, eine zweite Chance zu erhalten, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert zu werden und auch wieder in seinen Ursprungstarif zurückzukehren. Denn die geltende gesetzliche Regelung sieht vor, dass man bei länger andauernder Nichtzahlung in den Basistarif umgewidmet wird. Insofern begrüßen wir den vorgelegten Gesetzentwurf sehr. Er entlastet sowohl die Versichertengemeinschaft, indem er die Beitragsschuld für die Zukunft deutlich reduziert, als auch den einzelnen Beitragszahler. Nur ein kleines Beispiel. Wenn ein Nichtzahler im Basistarif versichert ist, dann häuft er eine monatliche Beitragsschuld von rund 600 Euro an. Im Nichtzahlertarif wird diese Beitragsschuld hingegen nur bei rund 100 Euro liegen. Seine Schuld wäre somit um fünf Sechstel geringer. Das gibt ihm wirklich eine Chance zu einem zweiten Anlauf. Es ist selten angebracht, von einer Win-Win-Situation zu sprechen, aber hier gibt es niemanden, der benachteiligt wird. Die Versichertengemeinschaft profitiert ebenso wie der Versicherte. Wir begrüßen die Regelung daher nachdrücklich.

Jens Trittmacher (Bund der Versicherten e. V. (BdV)): Grundsätzlich begrüßen auch wir den Entwurf, denn wir bekommen immer wieder Anrufe von Privatversicherten, die in die Schuldenfalle getappt sind. Wenn sie

dann im Basistarif versichert sind und man hochrechnet – 610 Euro mal viele Monate –, dann kommt oft eine Summe zustande, die die meisten Betroffenen nicht mehr aufbringen können. Sie sehen sich dann einem Verelendungsproblem gegenüber und tendieren oft auch dazu, nicht rechtzeitig genug zum Arzt gehen. Deswegen halten wir den Gesetzentwurf für sinnvoll, insbesondere im Hinblick auf Selbstständige, die teilweise eben keine Sozialhilfe oder andere ergänzende Leistungen in Anspruch nehmen. Der Wechsel in den Notlagentarif, der zum Teil das absichert, was auch der Basistarif oder die gesetzliche Krankenversicherung bei akuten Erkrankungen vorsehen, würde eben für den Einzelnen bedeuten, dass er deutlich weniger Beitragsschulden als nach der geltenden Regel anhäuft und daher später auch entsprechend weniger abzahlen muss. Dennoch fehlt hier noch eine rückwirkende Regelung. Denn die Neuregelung nützt einem Versicherten, vielleicht einem Kleingewerbetreibenden, der schon viele Schulden aufgebaut hat, wenig. Deshalb plädieren wir dafür, dass diese Regelung auch rückwirkend gelten sollte. Das heißt, dass der Betroffene so behandelt werden sollte, als wenn er immer schon im Notlagentarif versichert gewesen ist. Im Übrigen sieht der Gesetzentwurf vor, dass der Notlagentarif ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert wird. Das können wir nicht befürworten, denn es sollte dem Versicherten auch eine Perspektive gegeben werden, in den Normaltarif zurückzukehren. Dies sollte zumindest das Ziel sein, denn andernfalls würde er weniger Alterungsrückstände aufbauen und müsste im Alter wieder höhere Beiträge zahlen. Das halten wir nicht für gut. Alle Alterungsrückstellungen sollten einkalkuliert werden. Zudem sollten Alterungsrückstellungen, sofern sie denn vorhanden sind – auch wenn nur zu 25 Prozent statt, wie zunächst vorgesehen, zu 50 Prozent – herangezogen werden, um den Beitrag zu finanzieren. Grundsätzlich begrüßen wir also den Gesetzentwurf. Aber die Punkte, die ich kurz angerissen habe, sollten noch anders geregelt werden, damit auch der notlei-

dende Privatversicherte, der Schulden aufbaut, eine Perspektive hat, wieder in den normalen Tarif zurückzukommen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine nächste Frage richtet sich an die PKV und den DBB. Nachdem sich der Bund der Versicherten ja schon zur Vergangenheit geäußert hat möchte ich von Ihnen wissen, ob auch Sie die Notwendigkeit sehen, die bereits bestehenden Beitragsschulden für die Betroffenen zu reduzieren, und wenn ja, was dies für Folgen für die Versichertengemeinschaft hätte.

SV **Dr. Volker Leienbach** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Sozialpolitisch wäre es sicher zu begrüßen, wenn auch diejenigen Versicherten in den Genuss der neuen Regelung kämen, die bereits beträchtliche Beitragsschulden angehäuft haben. Das ist gar keine Frage. Es wäre auch machbar und es gibt auch einen rechtssicheren Weg, nämlich den, dass die Versicherten rückwirkend in den jetzt neu zu schaffenden Nichtzahler- oder Notlagentarif umgestellt werden. Dafür bedarf es aber einer gesetzlichen Regelung. Sobald es diese gäbe, könnten die Versicherten im Einzelfall widersprechen, die Vertragsautonomie wäre also uneingeschränkt gewährleistet. Wenn die Versicherten aber die Möglichkeit hätten, im Notlagentarif zu verbleiben, dann hätten sie zum einen ihre Beitragsschuld drastisch reduziert, hätten also wirklich diese zweite Chance, um die es dem Gesetzgeber geht, und sie müssten zweitens keinerlei Verschlechterung bei den Leistungen hinnehmen. Es gäbe dann auch keinerlei Notwendigkeit für irgendwelche Rückabwicklungen, weil die Ruhensleistungen ohnehin erst für die Zeit der Nichtzahlung galten. Das wäre also sozialpolitisch zu befürworten und auch machbar.

SV **Klaus Dauderstädt** (Deutscher Beamtenbund - Tarifunion): Wir beanstanden an den jetzt vorgesehenen Regelungen

sowohl für die PKV als auch für die GKV, dass keine Alternative im Hinblick auf die Vergangenheit geboten wird. Wir sehen daher die Vorschläge, die von den Vorrednern gemacht worden sind, als zielführend an. Denn gerade dieser Personenkreis kann letztlich nichts dafür, dass die Erkenntnis, dass die allgemeine Versicherungspflicht, wenn sie mit schärferen Sanktionen gekoppelt wird, zu Verwerfungen führt und Einzelschicksale erzeugt, die wir nicht haben wollen, relativ spät eingetreten ist. Wir wären also dafür, vergleichbare Regelungen rückwirkend sowohl im Nottarif als auch für die Absenkung der Säumniszuschläge einzuführen. Außerdem halte ich es, ebenso wie Herr Dr. Leienbach, für notwendig, eine legislative Vorgabe dafür zu bekommen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine nächste Frage richtet sich wiederum an die PKV und an die BAGFW. Der Bundesrat bittet in seiner Stellungnahme darum zu prüfen, ob eine Regelung in das Gesetz aufgenommen werden kann, die einen ihren Belangen angemessenen Schutz für Kinder und Jugendliche, die im Notlagentarifvertrag versichert sind, garantieren würde. Sehen Sie einen entsprechenden Bedarf und wenn ja, wie könnte dieser gedeckt werden?

SV **Dr. Volker Leienbach** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): In der Tat kann man argumentieren – und wir würden uns dem anschließen –, dass bei Kindern eine Reduzierung auf die Akutversorgung nicht sachgerecht ist. Eine solche Reduzierung ist eher fragwürdig. Man könnte dieses Regelungsdefizit aber heilen, wenn der PKV-Verband autorisiert würde, bei der Formulierung der AVB sachgerechte Lösungen für das Versorgungsniveau von Kindern zu beschreiben. Wir brauchen dazu allerdings die Ermächtigung des Gesetzgebers. Der ist hier noch gefordert.

SVe Karolina Molter (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Ich vertrete den Arbeiterwohlfahrt Bundesverband und spreche hier für die BAGFW in Vertretung. Wir haben in unserer Stellungnahme ausdrücklich gefordert, dass Kinder und Jugendliche vom Notlagentarif ausgenommen werden müssen. Es ist nach den heutigen Erkenntnissen nicht tragbar, dass Kinder und Jugendliche oftmals lange Zeiten in einem Notlagentarif versichert sind. Denn zum einen können sie nichts für die Verschuldungssituation ihrer Eltern, die überdies selbst teilweise unverschuldet dort hineingeraten sind. Zum anderen gibt es eine analoge Regelung in der GKV. Dort werden die mitversicherten Familienmitglieder vom Ruhen eines Vertrages auch nicht mit erfasst. Es ist absolut sinnvoll, diese Regelung hier mit aufzunehmen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Aktuarvereinigung. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass bis zu 25 Prozent der im Notlagentarifvertrag zu zahlenden Prämie durch Entnahmen aus der Altersrückstellung abgedeckt werden. Ist diese Regelung Ihrer Meinung nach sachgerecht? Und welche Folgen hätte diese Regelung bzw. kann man das so machen?

SV Roland Weber (Deutsche Aktuarvereinigung e. V.): Die Regelung ist sachgerecht, wenn auch etwas unglücklich formuliert. Man könnte den Eindruck gewinnen, dass bei der Umstellung auf den Notlagentarif Monat für Monat 25 Euro von den Altersrückstellungen entnommen würden. Das ist aber nicht der Fall. Die Anrechnung einer Altersrückstellung in der privaten Krankenversicherung erfolgt dergestalt, dass die vorhandene Altersrückstellung auf einen lebenslangen Nachlass angerechnet wird und dass die Altersrückstellung, sofern sie nicht verbraucht wird, verzinst und vererbt wird, das heißt ansteigt. Insgesamt sind die Auswirkungen

im Notlagentarif deshalb relativ gering. Ich kann ein paar Beispiele für einen typischen PKV-Vollversicherungstarif anführen: Wer mit 30 in die Vollversicherung eintritt und mit 40 in den Notlagentarif kommt und darin zwei Jahre verbleibt, der zahlt anschließend etwa 20 Euro mehr, also 380 statt 360 Euro. Wenn jemand sehr lange im Notlagentarif verbleibt, dann kann er sich anschließend sogar besser stehen, als wenn er im Normaltarif versichert gewesen wäre. Denn wenn er eine sehr hohe Alterungsrückstellung aufgebaut hat, dann ist die Anrechnung von nur 25 Euro viel niedriger als der Betrag, um den sich die Alterungsrückstellung durch Verzinsung und Vererbung erhöht. Ein Beispiel: Wenn jemand mit 30 Jahren in die PKV eintritt und nach 30 Jahren in den Notlagentarif umgestellt wird – in einen typischen PKV-Komforttarif mit etwa 350 Euro Beitrag –, dann wird er nach der Umstellung vom Notlagentarif in den Normaltarif einen niedrigeren Beitrag haben, als wenn er im Normaltarif geblieben wäre, weil die 25 Euro eine viel niedrigere Summe sind, als die, die in dem Alter im Normaltarif an Alterungsrückstellung verzehrt wird. Also die negativen Auswirkungen sind relativ gering, es kann sogar positive Auswirkungen auf den Beitrag haben. Darf ich ergänzend – auch wenn nicht danach gefragt wurde – etwas zum Thema Deckungsrückstellung im Notlagentarif sagen? Eine Alterungsrückstellung ist nur zulässig, wenn auch altersabhängige Beiträge gezahlt werden. Wenn also im Notlagentarif ein Einheitsbeitrag von etwa 100 Euro gezahlt wird, dürfen keine Alterungsrückstellungen gebildet werden, das verbietet § 340 f. HGB. Ich bräuchte dann Einzelaltersbeiträge, aber die würden die Sache sehr viel komplizierter machen.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Ich möchte zunächst beim Thema Notlagentarif bleiben und habe dazu eine Frage an den Sozialverband VdK und den Einzelsachverständigen Wältermann. Grundsätzlich steckt hinter diesem Regelungsvorschlag die Idee, einen Notlagentarif

rif in der PKV mit eingeschränkten Leistungsansprüchen zu schaffen. Wir haben gerade über Kinder gesprochen, aber mich interessiert natürlich auch die Situation der Erwachsenen. Was wäre aus Ihrer Sicht eine sinnvolle Alternative dazu?

SVe Ines Verspohl (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Wir sehen das Problem, dass eine Akutversorgung nicht ausreicht, nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei Senioren. Und wir befürchten, dass es Menschen mit sehr niedriger Rente gibt, die dauerhaft im Notlagentarif verbleiben und somit dauerhaft lediglich eine Akutversorgung erhalten würden. Wir schlagen daher vor, die Regelung analog zur GKV auszugestalten, das heißt vorzusehen, dass auch Vorsorgeuntersuchungen, wie zum Beispiel die Krebsvorsorge, weiterhin möglich sind. Außerdem sollte die Chance bestehen, aus einem solchen Notlagentarif langfristig auch dann wieder heraus zu kommen, wenn man eine niedrige Rente bezieht.

ESV Günter Wältermann: Bezogen auf den Tarif kann ich nur unterstreichen, dass Kinder definitiv ausgenommen werden sollten. Kinder müssen einen vollen Leistungsanspruch haben. Hier sollten wir nicht eingrenzen, sondern unserer Verantwortung gerecht werden und es wie in der GKV machen, wo die Kindern eben nicht gesamtschuldnerisch für den Hauptversicherten mithaften. Wir sollten Kindern einen umfänglichen Versicherungsschutz einräumen. Auch für die Vollversicherten sollten wir eine GKV-Lösung anstreben, selbst wenn man weiß, dass diese GKV-Lösung ein stumpfes Schwert ist. Tatsächlich wirkt sie nämlich nicht. Die Versicherten nehmen keine Leistungen in Anspruch, sondern sie zögern – ganz im Gegenteil – die Sache damit eigentlich hinaus. Das heißt, auch diese Ruhensregelung, die es derzeit in der GKV gibt, stellt letztlich keine echte Lösung dar.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Mich würde interessieren, wie die Bundesärztekammer einen solchen Notlagentarif beurteilt. Sind Sie der Meinung, dass jeder Arzt Privatversicherte auch dann, wenn sie Notlagentarif versichert sind, weiterhin behandeln wird? Welche Probleme bestehen aus ärztlicher Sicht, wenn nur noch eine Akutversorgung, zum Beispiel bei chronisch kranken Menschen, durchgeführt werden darf?

SV Markus Rudolphi (Bundesärztekammer (BÄK)): Da jeder Arzt im Notfall zu bestimmten medizinischen Maßnahmen verpflichtet ist, wird dies natürlich die oberste Prämisse für die entsprechende Versorgung sein. Der gerade angesprochenen Darstellung der besonderen Situation von Kinder kann ich nur beipflichten. Die ärztliche Versorgung von Kindern sollte in einem umfänglichen Maße sichergestellt werden. Wie sich das dann auf die Akutversorgung in den einzelnen Regionen auswirkt, lässt sich im Moment nicht überblicken.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Es ist noch die Frage offen geblieben, wie sich dies auf die Behandlung chronisch kranker Menschen auswirkt. Wir sprechen immer von der demographischen Entwicklung und wir wissen, dass die Zahl der alten Menschen mit chronischen Erkrankungen und der Multimorbiden zunimmt. Wie beurteilen Sie dieses Problem und wie sollten die Ärzte mit dem Notlagentarif umgehen? Stellt dies für Sie überhaupt ein Problem dar?

SV Markus Rudolphi (Bundesärztekammer (BÄK)): Quantitativ wird das Problem durch die demographisch bedingte Zunahme der Zahl der Chroniker natürlich zunehmen. Folglich wird es auch einen erhöhten Behandlungsbedarf im Bereich der Akutversorgung geben. Andererseits sind für die Chroniker im Laufe der vergangenen Jahre unterschiedliche

Behandlungskonzepte etabliert worden, die genau an diesem Problem ansetzen und die zum Ziel haben, dass es gar nicht erst zu einer Akutversorgung, zum Beispiel bei einer Herzinsuffizienz, kommen muss.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Wältermann und den GKV-Spitzenverband. Beim Versicherungsschutz beziehungsweise bei den Versicherungszeiten können Lücken auftreten. Die SPD schlägt vor, diese Lücken dadurch zu schließen, dass die Mitgliedschaft in der Krankenkasse wie bei den Pflichtversicherten erst dann erlischt, wenn eine neue Mitgliedschaft nachgewiesen wird. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag?

ESV **Günter Wältermann**: Wir haben heute schon eine umfassende gesetzliche Regelung, die bestimmt, wie mit Versicherten umzugehen ist, die die Krankenkasse wechseln. Für die Familienversicherten ist im Familienmeldeverfahren geregelt, dass die aufnehmende und die abgebende Kasse sich regelhaft gegenseitig informieren. Für die Versicherungspflichtigen gilt die Regelung, dass hier eine Kündigungsbestätigung eingehen muss. Für die übrigen Versicherten hat die aufnehmende Kasse nach § 175 SGB V zu klären, ob ein Wechsel stattfinden darf. Hier steht die Sanktion des MRSA im Hintergrund, wonach wir keine unberechtigten Versicherten aufnehmen dürfen. Insofern gibt es eigentlich schon eine recht umfassende Regelung für den Übergang von einer zur anderen Versicherung. Ich würde daher eine Regelung ablehnen, die bestimmen würde, alle Versicherungen erst einmal weiterzuführen. Denn dadurch würde es zu einer unnötigen Bürokratisierung des gesamten Verfahrens kommen. Wir haben es in den Fällen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 schon erlebt, dass immense Beitragsforderungen aufgelaufen sind, weil der Kunde nicht mitgemacht hat. Wir mussten diese Forde-

rungen aber im Endeffekt niederschlagen, weil der Kunde eigentlich versichert gewesen ist. Wir würden mit Kanonen auf Spatzen schießen, wenn wir das für alle Fälle so regeln würden.

SVe **Dr. Pekka Helstelä** (GKV-Spitzenverband): Eine obligatorische Anschlussversicherung wird von Seiten des GKV-Spitzenverbandes für denkbar gehalten, es gibt aber, wie Herr Wältermann bereits ausgeführt hat, umfangreiche Meldeverfahren, die im Regelfall sicherstellen, dass es nicht zu solchen Lücken im Versicherungsschutz kommt. Es handelt sich hier also quantitativ um kein erhebliches Problem. Gleichwohl kann immer dann, wenn es nicht gelingt, nach Abmeldung durch den Arbeitgeber oder nach Beendigung des Arbeitslosengeldanspruches Kontakt mit dem Mitglied aufzunehmen, eine solche Lücke entstehen. Wir denken allerdings, dass diese Maßnahme nicht geeignet ist, die Beitragsrückstände zu verringern. Vielmehr wird wahrscheinlich, wie Herr Wältermann dies beschrieben hat, aufgrund der automatischen Weiterversicherung ein Beitragsrückstand entstehen, der dann gegebenenfalls korrigiert werden muss, falls eine anderweitige Absicherung, die zuvor nicht bekannt war, zum Beispiel im Rahmen einer Familienversicherung, existiert. Aber insgesamt passt eine solche Regelung in das System der generellen Versicherungspflicht.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Wir haben vorhin schon einmal darüber gesprochen, dass die Altersrückstellungen im Notlagentarif aufgebraucht werden sollen. Ich möchte gern vom Sozialverband Deutschland erfahren, welche langfristigen Folgen es für die Versicherten hätte, wenn diese Altersrückstellungen aufgezehrt würden. Wir haben dazu teilweise von anderen Sachverständigen schon etwas gehört. Mich würde auch Ihre Meinung dazu interessieren.

SV **Fabian Szèkeley** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Wir haben die Ausführungen zur Kenntnis genommen. Uns war das nicht bewusst, weil wir das System anders verstanden haben. Also wenn es so sein sollte, dann ist die Regelung unklar formuliert. Denn wir sind davon ausgegangen, dass sich dann, wenn durch die Beiträge von den Altersrückstellungen monatlich etwas weggenommen wird, auch die Altersrückstellungen verringern und es dann in der Folge zu viel höheren Beiträgen kommt. Praktisch würden die Betroffenen dann wieder in eine Schuldenfalle geraten, aus der sie nicht heraus kommen. Sie wären dann in dem Notlagentarif gefangen und auf eine Akutversorgung angewiesen. Demgegenüber wollen wir eine Option für die Versicherten zur Rückkehr vom Notlagentarif in den Normaltarif schaffen. Diese Perspektive sehen wir bisher nicht so klar wie die Aktuarvereinigung.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, den MDS und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Künftig soll es für Streitfälle zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen über Codier- und Abrechnungsfragen einen Konfliktregelungsmechanismus geben. Vorgesehen ist unter anderem die Bildung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene durch den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie beurteilen Sie diese Regelung? Wenn noch Zeit ist, würde ich diese Frage auch gern an das InEK richten.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Wir haben schon jetzt eine Vereinbarung auf Spitzenebene zu den Codierregeln. Daher stellt sich die Frage, was uns ein zusätzlicher Schlichtungsausschuss bringt. Auf Bundesebene könnte er hilfreich sein, auch wenn wir das als GKV-Spitzenverband kritisch sehen. Es gibt aber den weitergehenden

Vorschlag, derartige Schlichtungsausschüsse auch auf Landesebene einzurichten. Das lehnen wir ab. Ein Teil der Gesetzesvorschläge erzeugt den Eindruck, es würde zu viel geprüft und es gebe zu viele unnötige Streitigkeiten. Wir sind skeptisch, ob der Schlichtungsausschuss dazu beitragen kann zu verhindern, dass weitergehende Streitigkeiten vor Gericht ausgetragen werden. Auf Landesebene sind die Schlichtungsausschüsse auf jeden Fall abzulehnen, auf Bundesebene könnten sie hingegen hilfreich sein.

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS)): Für grundsätzliche Angelegenheiten kann die Einrichtung eines Schlichtungsausschusses sinnvoll sein. Allerdings bestehen hier bereits Regelungsmöglichkeiten – Herr von Stackelberg hat schon darauf hingewiesen. Wir warnen jedoch davor, diese Schlichtungsverfahren auf Einzelfälle auszudehnen. Denn man muss darüber im Klaren sein, dass daraus ein Massengeschäft entstehen würde, dessen Bewältigung mit viel bürokratischem Aufwand verbunden wäre. Die lange Bearbeitungszeit von strittigen Fragen, die heute schon oft beklagt wird, würde sich dadurch noch einmal systematisch verlängern.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir begrüßen das. Von 18 Millionen Fällen werden derzeit etwa zehn Prozent geprüft. Dabei geht es wiederum in ungefähr 25 Prozent der Fälle um Codierungs- und Abrechnungstreitigkeiten. Es wäre sinnvoll, die Streitfälle rechtzeitig in einer zentralen Instanz regeln, damit hier Klärungen erfolgen, die verhindern, dass das Problem in den einzelnen Krankenhäusern immer wieder Gegenstand von Streitigkeiten wird. Dieses Verfahren wäre geeignet, eine Befriedung herzustellen, vor allem auch in Kombination mit einer zweiten Maßnahme, wonach wir auf Bundesebene eine Prüfvereinbarung schließen, in der Einzelheiten des

Prüfverfahrens geregelt werden. Ein solches Gesamtpaket könnte dazu beitragen, die Konflikthaftigkeit des MDK-Prüfungswesens zu verringern.

SV Dr. Frank Heimig (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus InEK GmbH): Die Frage nach der Beurteilung der Einrichtung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene würde ich gerne in zwei Teilen beantworten. Der eine betrifft die Codieranfragen, der andere die Abrechnungsanfragen. Es gibt bereits seit drei Jahren ein sogenanntes Anfrageverfahren beim InEK, im Rahmen dessen alle Beteiligten Fragen zu Codierstreitigkeiten stellen können. Insofern haben wir vielleicht den umfassendsten Überblick darüber, wie viele Streitfälle es gibt. Bei uns gehen tausende von Anfragen pro Jahr ein. Ein Teil davon betrifft immer dieselben Situationen, die vor Ort als Streitfälle beim Amtsgericht oder – bei Selbstzahlern – beim Sozialgericht landen. In der Selbstverwaltung gibt es Organe beziehungsweise Ausschüsse, die sich mit grundlegenden Codierfragen beschäftigen. Es ist aber sehr schwierig für die Selbstverwaltungspartner, bei diesen unmittelbar entgeltrelevanten Entscheidungen zu einem Beschluss zu kommen, weil man hier generelle Verfahren anwendet und für viele Einzelfälle mitentscheidet. Es besteht die Hoffnung, dass es durch die Einsetzung eines unabhängigen Vorsitzenden zu einer Beschleunigung der Konfliktregelung bei einem Teil dieser Fragen kommt und dass die Regelung von ähnlichen Streitfällen nun gebündelt erfolgen kann. Zu den Abrechnungsfragen ist zu sagen, dass der strittige Punkt häufig die Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer ist. Es geht hier um die primäre und die sekundäre Fehlbelegung, das heißt um die Frage, ob es notwendig war, einen Patienten, für den es eine Tagesvergütung gibt, so lange, wie dies der Fall war, im Krankenhaus zu behalten. Ich halte es für tendenziell unmöglich, über solche Einzelfälle in einem Schlichtungsausschuss zu entscheiden. Außerdem müsste man

gewährleisten, dass die Fülle der Einzelfälle den Ausschuss nicht überlastet. Einen letzten Satz noch. Wir würden es für sinnvoll halten, wenn bei Codieranfragen die beteiligten Institute wie das DIMDI oder das InEK mit eingebunden würden, um die direkte Verbindung herzustellen zu der Systementwicklung beziehungsweise der Klassifikation von Codierwerken wie Diagnosen und Prozeduren. Damit wäre zu verhindern, dass der Schlichtungsausschuss gegen die tatsächlichen Systemschritte entscheidet oder die vorgegebenen Entscheidungen im Systemausschuss die weitere Entwicklung der Klassifikation und der Vergütung behindert.

Abg. Lars F. Lindemann (FDP): Meine erste Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Interessenverband kommunaler Krankenhäuser. Wie beurteilen Sie die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser, und sind die vorgesehenen Maßnahmen geeignet, die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser kurzfristig zu verbessern? Daran schließt sich eine Frage an den GKV-Spitzenverband an. Halten Sie die Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser, verbunden mit Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 2013 und 2014, angesichts der finanziellen Lage der Krankenversicherung für vertretbar? Beantworten Sie diese Frage bitte mit Blick darauf, dass wir als Gesetzgeber vermeiden wollten, dass in den Jahren 2013/2014 grundlegende Strukturen zerstört werden, obwohl sich alle Beteiligten bereits darauf verständigt haben, in der nächsten Wahlperiode das gesamte System der Krankenhausfinanzierung auf den Prüfstand zu stellen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Viele Krankenhäuser geraten immer mehr in ein finanzielles Defizit. Das Umsatzvolumen von GKV und PKV beträgt zusammen derzeit 70 Milliarden

Euro, die Kosten steigen mindestens um drei bis 3,5 Prozent pro Jahr, die Preiserstattung, beziehungsweise der Orientierungswert, wächst aber um weniger als zwei Prozent. Somit entsteht eine Lücke in Höhe von 700 Millionen Euro, mit steigender Tendenz. Die vorgesehenen gesetzlichen Änderungen bringen, so wie sie jetzt konstruiert sind, im Idealfall einen zusätzlichen Kostendeckungsbeitrag in Höhe von 375 Millionen Euro. Er deckt also nur einen Teil des Defizits ab. Aus Mehrleistungen können die Krankenhäuser kaum zusätzliche Deckungsbeiträge erwirtschaften, weil dies wiederum zu mehr Leistungsabschlägen führen würde. Die zusätzlichen Mittel tragen immerhin dazu bei, die sich zuspitzende finanzielle Problemlage der Krankenhäuser zu entschärfen. Wir würden es allerdings begrüßen, wenn das Paket, das eine Summe von 1,1 Milliarden Euro in zwei Jahren beinhaltet, so aufgeteilt würde, dass den Krankenhäusern im laufenden Jahr, in dem die Kostenproblematik besonders gravierend ist, mehr als die bislang vorgesehenen 375 Millionen Euro zufließen würden. Im Übrigen haben alle Krankenhäuser im Bundesgebiet im Wesentlichen die gleichen Tariflöhne zu zahlen. Der Versorgungszuschlag ist aber zurzeit so konstruiert, dass die Krankenhäuser von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich hohe finanzielle Zuwendungen erhalten. Demgegenüber wäre es aus der Kostensicht der Krankenhäuser notwendig, allen Krankenhäusern bundeseinheitlich die selben Beträge zukommen zu lassen. Da die Kosten sind überall gleich sind, müsste auch die Hilfe überall gleich sein.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Herr Abgeordneter, Sie haben gefragt, inwieweit die Gefahr besteht, dass bis zur nächsten Krankenhausreform undifferenziert Strukturen zerstört werden. Unsere Bitte wäre, bis zur nächsten Reform differenzierte Strukturen zu erhalten. Was Sie jetzt vorhaben, ist eine Verteilung mit der

Gießkanne. Durch das Gießkannenprinzip werden Strukturen aber nicht undifferenziert erhalten. Wenn es wirklich notleidende Krankenhäuser geben sollte, dann wäre es aus unserer Sicht dringend erforderlich, diese zu identifizieren und gezielt zu fördern. Dies könnte man auch im Rahmen eines Zweijahresprogramm machen, und das vermischen wir. Dem überwiegenden Anteil der Krankenhäuser geht es gut bis sehr gut. Daher stellt sich die Frage, ob Sie die generelle Lage der Krankenhäuser nach den schlechtesten oder den besten Krankenhäusern beurteilen. Wenn es rund zwei Dritteln der Krankenhäuser gut bis sehr gut geht, ist ein allgemeines Gießkannenprogramm nicht vertretbar. Sie sollten ein solches Programm auch nicht auflegen. Fraglich ist auch, ob die gute finanzielle Lage der Krankenkassen ein Grund sein kann, jetzt zusätzliche finanzielle Mittel an die Krankenhäuser auszuschütten. Angesichts zahlreicher Überkapazitäten – Experten schätzen, dass es bis zu 20 Prozent Überkapazitäten im Krankenhaussektor gibt – kann man dies kaum als vom System her vernünftig bezeichnen. Unvernünftig ist es auch, im Rahmen eines DRG-Systems, das überwiegend über den Preis steuert, das Preisniveau generell anzuheben, denn Mengen steuernde Anreize werden auch über den Preis erzeugt. Daher bitten wir Sie, differenziert vorzugehen und vom Gießkannenprinzip Abstand zu nehmen.

Abg. **Lars F. Lindemann** (FDP): Ihre Ausführungen gingen ein wenig an meiner Frage vorbei, lassen Sie mich daher Folgendes darauf antworten: Wir wissen, dass es –unabhängig von der Größe und auch von der Trägerstruktur – Krankenhäuser gibt, die effizient arbeiten und dennoch keine schwarzen Zahlen schreiben. Daher ist es sehr wohl sinnvoll, zunächst einmal dafür zu sorgen, dass sich das Gesamtsystem stabilisiert. Dies gibt uns die Möglichkeit, in Ruhe eine Entscheidung über die künftige Krankenhausfinanzierung in ihrer Gesamtheit zu treffen. Ich danke Ihnen daher für die

Aussage, dass das, was wir jetzt kurzfristig umsetzen wollen, vertretbar ist. Meine nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Koalitionsfraktionen schlagen vor, dass der Versorgungszuschlag je Fall gezahlt werden soll. Welche Folgen hätte es, wenn man diesen Versorgungszuschlag alternativ dazu nach dem Case-Mixe-Volumen auf die Krankenhäuser verteilen würde? Und teilen Sie die Auffassung, dass die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, die für die flächendeckende Versorgung eine wichtige Rolle spielen, von diesem Versorgungszuschlag je Fall stärker profitieren würden?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Ich habe mich anscheinend missverständlich ausgedrückt. Ich habe ausdrücklich gesagt, dass dies aus meiner Sicht nicht vertretbar ist. Im Übrigen halten wir die Verteilung nach dem Case-Mixe-Volumen, das den Schweregrad mit berücksichtigt, für vernünftiger als eine Verteilung nach der Fallzahl.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Der Versorgungszuschlag wird rechnungsabhängig, also unabhängig vom Case-Mixe-Volumen beziehungsweise von der Bewertung des Falles, erhoben. Wir wollen Ihnen daher – und darüber haben wir im Kreise der Verbände der Krankenhäuser, der kleinen, großen und mittleren, lange beraten – vorschlagen, den Versorgungszuschlag auch entsprechend rückzuvergüten. Da der Versorgungszuschlag preisabhängig erhoben wird, sollte er auch vergütungsabhängig in die Häuser zurückgegeben werden. Solidarität wird dadurch geübt, dass diejenigen, die mehr Leistungen erbringen, Geld einspielen, nämlich 750 Millionen Euro in den nächsten zwei Jahren. Davon werden alle Krankenhäuser, auch diejenigen, die keine Mehrleistungen erbringen, profitieren. Einer weiteren

Solidarkomponente im Sinne einer Fallzuordnung bedarf es nach unserer Auffassung nicht. Wir bitten auch zu bedenken, dass die Ergebnisse schwer zu antizipieren sind. Auch große Krankenhäuser, die Mehrleistungen erbringen, haben oft viele kurzliegende Einzelfälle – einfach wegen der Versorgungsstrukturen. Daher plädieren wir dafür, die Zuschläge auf alle Krankenhäuser so zu verteilen, wie sie preisabhängig erhoben worden sind. Zudem schlagen wir vor, den Zuschlag auf die Rechnung möglichst bundeseinheitlich vorzunehmen.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FPD): Zur Abrundung des Themas Krankenhausfinanzierung möchte ich auf das Entlassmanagement, das auch Teil der Behandlung ist, zu sprechen kommen. Ich möchte erfahren, ob es sich bewährt hat oder ob es Verbesserungsbedarf gibt und wie es mit den Entlassinformationen aussieht. Ferner möchte ich wissen, ob man bei der Aushändigung der Entlassinformationen nicht auch verstärkt auf die EDV zurückgreifen könnte, sprich, ob dies auch in elektronischer Form geschehen könnte. Die Fragen richten sich an die KBV und an die DKG.

SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Sie haben vollkommen Recht. Bei dem gesamten Entlassmanagement arbeiten wir schon sehr lange daran, die Schnittstelle als solche, ich drücke es mal ein wenig salopp aus, geschmeidig zu machen, und zwar dergestalt, dass diese Informationen elektronikgestützt hin und her fließen können, ohne dass es Doppeluntersuchungen geben müsste und ohne dass es hier zu Rückfragen oder zu weiteren Verzögerungen im Behandlungsablauf kommt. Dies ist auch unter Qualitätsgesichtspunkten im Interesse des Patienten wichtig. Diese Lösungen befinden sich in der Erprobung und werden auch partiell schon verwirklicht. Ihr flächendeckender Einsatz ist allerdings sehr kompliziert wegen der

EDV-technischen Voraussetzungen. Aber dies ist ein Entlassmanagement, wie wir es uns vorstellen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die Krankenhäuser unternehmen vielfältige Anstrengungen, um die Patienten geordnet in die weitere Versorgung zu übergeben. Die entsprechenden Verfahren sind aber sicherlich noch weiter optimierbar, insbesondere im Hinblick auf Anschlussverordnungen und Anschlussbehandlungen im niedergelassenen Bereich. In dem gematischen System könnte ein elektronischer Entlassbrief, der unmittelbar nach Verlassen des Krankenhauses weitergeleitet wird, durchaus sinnvoll sein. Wir würden das begrüßen und sind bereit, an einem solchen Konzept konstruktiv mitzuarbeiten.

Abg. Heinz Lanfermann (FPD): Ich möchte noch einmal auf das Thema Beitragsschulden in der GKV zurückkommen, nun aber im Hinblick auf die Zukunft. Wir haben zwar viele Menschen in die GKV aufgenommen, es gibt aber offensichtlich viele, die sich immer noch nicht gemeldet haben und somit auch noch nicht versichert sind. Es ist daher für die Zukunft zu überlegen, wie man der Versicherungspflicht Nachdruck verleihen kann. Welche Maßnahmen hielten sie für geeignet, um diesen Personen einen größeren Anreiz zu bieten, sich zu melden. Gibt es hier Ideen, die in die Zukunft gerichtet sind? Die Fragen richten sich an den GKV-Spitzenverband und den Sozialverband VdK.

SV Dr. Pekka Helstelä (GKV-Spitzenverband): Wir haben keine Vorstellung davon, wie groß der von Ihnen angesprochene Personenkreis ist. Daher haben wir uns auch keine Gedanken darüber gemacht, welche Maßnahmen geeignet sein könnten, um eine größere Meldebereitschaft zu erzeugen. Problematisch wäre es aus unserer Sicht, wenn die Beiträge abgesenkt würden. Dies ginge zu

Lasten der Solidargemeinschaft, insbesondere dann, wenn zum Beispiel der Kreis der hauptberuflich Selbstständigen angesprochen wäre. Denn es kämen nicht nur diejenigen, die ihrer Meldeverpflichtung noch nicht nachgekommen sind, in den Genuss der ermäßigten Bemessungsgrundlage, sondern auch alle anderen Beitragszahler mit einem vergleichbar hohen Einkommen. Die daraus resultierenden Beitragsverluste wären nach unserer Schätzung größer als die zusätzlichen Einnahmen, die durch eine Erweiterung des Versichertenkreises entstünden.

Sve Ines Verspohl (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): In unserer Beratungspraxis lernen wir Menschen kennen, die eine Krankenversicherung brauchen und die durch uns feststellen, dass sie bereits sehr hohe Schulden angehäuft haben, weil sie rückwirkend Beiträge zahlen müssen, und zwar beginnend mit dem Jahr 2007 oder 2009, je nach dem, ob sie sich in der GKV oder der PKV versichern müssen. Dies führt dann oft direkt in die Privatinsolvenz. Denn es handelt sich bei den Beitragsschulden häufig um Summen, die man als normaler kleiner Selbstständiger nicht aufbringen kann. Daher sprechen wir uns dafür aus, für diese Menschen eine Kulanzregelung einzuführen. So wird zum Beispiel vorgeschlagen, die Beitragsschuldner zu verpflichten, ein Sechstel der ausstehenden Beiträge zu zahlen. Einerseits sollte es auf keinen Fall einen Anreiz geben, sich erst verspätet zu melden, um Beiträge zu sparen. Andererseits sollte es aber für diejenigen Menschen, die ihrer Verpflichtung bisher nicht nachgekommen sind, eine Möglichkeit geben, in eine Krankenkasse zurückzukehren, ohne direkt in die Privatinsolvenz abzugleiten.

Abg. Lars F. Lindemann (FDP): Ich möchte nochmal auf die Krankenhausfinanzierung und speziell auf die Hygieneförderung zurückkommen. Dazu möchte ich gern vom

GKV-Spitzenverband, von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie eine Einschätzung haben. Wie beurteilen Sie die vorgeschlagenen Regelungen? Führen sie dazu, dass rasch mehr Fachpersonal zur Verfügung stehen wird oder würden Sie an der einen oder anderen Stelle noch Nachholbedarf sehen?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Wir haben Vorbehalte dagegen, dass die Krankenhäuser verpflichtet werden, Hygienemaßnahmen durchzuführen, die schon heute Teil der Regelfinanzierung sind. Sie fördern künftig mit einem speziellen Programm diejenigen, die bisher ihren Pflichten nicht nachgekommen sind. Das ist so ähnlich wie seinerzeit beim Pflegesonderprogramm. Der Fehler besteht darin, dass nicht geprüft wird, ob das eingestellte Personal auch nachhaltig für den Bereich Hygiene zuständig bleibt. Die Krankenkassen werden verpflichtet für Hygienemaßnahmen zu zahlen, uns fehlen aber die Möglichkeiten zu überprüfen, ob das entsprechende Personal dauerhaft eingestellt bleibt oder ob eventuell an anderer Stelle Personal abgebaut wird. Insofern halten wir das Programm für verbesserungsfähig.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir begrüßen es, dass die Krankenhäuser mit dieser wichtigen und hochsensiblen Präventionsaufgabe nicht allein gelassen werden. Nach unseren Schätzungen braucht man, um den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes gerecht zu werden, zusätzlich etwa 1.300 Hygienefachkräfte und mindestens 700 Ärzte. Diese Größenordnungen können derzeit gar nicht eingepreist und in den Vergütungen ausgewiesen werden. Der Änderungsantrag beinhaltet zwei Regelungsbereiche. Gefördert werden sollen zum einen Neueinstellungen und zum anderen Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung. Wir würden uns wünschen, dass Fort- und Weiterbildung mindestens ge-

nauso stark gewichtet werden wie Neueinstellungen. Denn das Problem ist, dass es diesen Bedarf an Personal zurzeit noch gar nicht gibt. Für den Bereich, den wir für besonders wichtig halten, die Fortbildung, ist in dem Änderungsantrag keine ausreichende Förderung vorgesehen. Das zweijährige Fortbildungsprogramm für Ärzte, das die Bundesärztekammer aufgelegt hat, müsste deutlich stärker gefördert werden. Denn die ausgebildeten Ärzte sind der Ressourcenpool, aus dem am schnellsten geschöpft werden kann. Die Ausbildung wird aber zurzeit mit lediglich 5.000 Euro gefördert. Die Krankenhäuser müssen die entsprechenden Ärzte aber zwei Jahre lang in eine Fortbildung entsenden, dabei zur Hälfte freistellen und einen anderen Arzt dafür einstellen. Gemessen daran sind 5.000 Euro sehr wenig. Wir würden uns wünschen, dass die Förderquote sich an der Freistellungsquote orientiert.

SV Prof. Dr. W. Bär (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e. V. (DGHM)): Es trifft nicht zu, dass wir in den Krankenhäusern den Verpflichtungen zur Hygiene bisher nicht nachgekommen wären. Zum einen hat sich aber die Struktur der Patienten verändert und zum anderen hat das Infektionsschutzgesetz neue Vorgaben gemacht, die es in dieser Form noch nicht gegeben hat. Auch aus unserer Sicht liegt die Hygiene im Wesentlichen auf den Schultern der Fachärzte für Hygiene und Mikrobiologie. Daher werden wir kurzfristig keine Lösung herbeiführen können. Vielmehr ist daran gedacht, dass diese Fachärzte eine zusätzliche Hygieneausbildung machen. Diese dauert aber nur sechs Wochen, das ist nicht das Gleiche wie eine fünfjährige Facharztausbildung. Die Lösung der Problematik sehen wir daher schwerpunktmäßig darin, die Ausbildung der Fachärzte zu verbessern und zu beschleunigen. Und genau wie meine Vorredner gesagt haben, halten wir es nicht für möglich, zusätzlich Hygieneärzte einzustellen, weil diese Ärzte auf dem Markt einfach nicht vorhanden sind, so dass wir also auf die Zusatzausbildung

angewiesen sind. Dabei besteht aber das Problem, dass in den letzten Jahren die Strukturen, die diese Ausbildung getragen haben, immer mehr abgebaut worden sind, so dass jetzt kaum noch die Voraussetzungen existieren, um diese Art von Weiterbildung der Fachärzte weiterhin zu gewährleisten. Wir müssen uns aber bemühen, diese Ausbildung so schnell wie möglich auf den Weg zu bringen. Zum einen erfordert dies die Unterstützung der Krankenhäuser, die eine Weiterbildung organisieren und bezahlen müssen, und zum anderen sollten die Krankenhäuser, die noch die entsprechenden Strukturen besitzen, um die Ausbildung durchzuführen, die finanziellen Mittel erhalten, um Fachärzte auszubilden, die sie dann an andere Häuser abgeben können. Das heißt, die Ausbildung für den Eigenbedarf muss unterstützt und die Ausbildung für den Fremdbedarf praktisch zu 100 Prozent finanziert werden.

Abg. **Kathrin Vogler** (Die LINKE.) übernimmt den Vorsitz.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Bund der Versicherten und an den Sozialverband Deutschland. Mich würde interessieren, wie die Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung von im Basistarif Versicherten aussehen und ob daraus Rückschlüsse auf die Versorgung im Notlagentarif gezogen werden können, beziehungsweise worin die Problematik für die im Basistarif versicherten Menschen besteht.

SV **Jens Trittmacher** (Bund der Versicherten e. V. (BdV)): Wir stellen fest, dass den meisten Betroffenen der Leistungsumfang im Basistarif nicht bekannt ist und dass manche Versicherte ebenso, wie dies auch zum Teil schon beim Standardtarif der Fall war, keine adäquate Versorgung durch den Arzt erhalten. Sie stehen daher oft vor der Alternative, entweder etwas dazu zu bezahlen, damit der Arzt dann beispiels-

weise den 2,3-fachen Satz abrechnen kann, oder nicht behandelt zu werden, es sei denn, es handelt sich um eine akute Notbehandlung. Das ist natürlich nicht richtig und müsste eigentlich in allen drei Varianten, beim Standardtarif ebenso wie beim Basis- und dem Notlagentarif abgestellt werden. Denn der Patient kann nichts dafür, dass ihm die Regelung nicht klar ist und er im Endeffekt entweder ohne Behandlung dasteht oder seine Rücklagen angreifen muss. Dieses Problem besteht aber schon länger, und ich appelliere daher noch einmal an die Politik, es zu lösen. Es ist zwar zu begrüßen, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung im Gesetz steht, aber die Durchsetzung des Anspruchs, der vielleicht bei der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen mag – darüber kann der SoVD sicherlich besser Auskunft geben als ich – ist bei den Privatversicherten in geringerem Maße gewährleistet. Manche Privatversicherte haben noch eine finanzielle Rücklage, die sie aufbrauchen können, andere sind schon am Ende angelangt und ziehen es vor, nicht zum Arzt zu gehen. Das kann nicht richtig sein, und daran muss auf alle Fälle etwas geändert werden. Denn dieses Problem existiert, seit es den Standardtarif gibt, und es betrifft auch den Basistarif und vielleicht auch den künftigen Notlagentarif. Zudem ist noch genau festzulegen, was eine akute Erkrankung und was Schmerzzustände sind. In den einschlägigen Gesetzeskommentaren wird die Auffassung vertreten, dass die Tatbestände beim Asylbewerberleistungsgesetz weit gefasst sein sollten. Im Bereich der Privatversicherten werden sie aber vielleicht eher eng ausgelegt. Hier gab es einige Streitfälle, die allerdings über den PKV-Ombudsmann gelöst werden konnte. Es kann aber nicht richtig sein, dass jemand darum kämpfen muss, eine medizinisch notwendige Leistung zu erhalten. An diesen beiden Punkten muss also gearbeitet werden. Der Sicherstellungsauftrag muss durchgesetzt werden, so dass eine Behandlung möglich wird. Ferner muss genau bestimmt werden, was unter akuten Erkrankungs- und Schmerzzuständen zu

verstehen ist, damit der Versicherte Rechtssicherheit erhält.

SV **Fabian Szèkeley** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Wir sehen das Problem sehr ähnlich wie der Bund der Versicherten. Die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags wirkt im Rahmen der GKV kein Problem auf. Es kommt hier zwar zu Wartezeiten, aber die Betroffenen kommen immerhin zum Arzt. Hingegen werden die Privatversicherten abgewiesen, das heißt, sie finden erst gar keinen Arzt, der bereit wäre, sie zu behandeln. Hier müssen also die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die Ansprüche, die aus dem Sicherstellungsauftrag resultieren, auch durchgesetzt werden können, damit es den Menschen ermöglicht wird, zum Arzt zu gehen, und damit verhindert wird, dass Krankheiten verschleppt werden oder unbehandelt bleiben. Das ist das Problem, bei dem dringender gesetzlicher Handlungsbedarf besteht. Im Übrigen schließe ich mit weitgehend den Ausführungen des Bundes der Versicherten an.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an die BAGFW. Bedarf es zur Herstellung einer gerechten Lastenverteilung zwischen gut- und geringverdienenden Versicherten einer grundlegenden Diskussion über die Struktur des dualen Versicherungssystems in Deutschland?

SVe **Karolina Molter** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Sicherlich stellen sich diese Fragen. Wir haben aber innerhalb der BAGFW noch keine einheitliche Position dazu gefunden, daher ist meine Antwort hierzu sehr stark eingeschränkt. Die Probleme, die sich hier stellen, sind offensichtlich. Bei den geringverdienenden Versicherten der PKV und der GKV steigt der Umfang der Beitrags-

schulden. Für dieses Problem gibt es bisher keine Lösung.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): In diesem Zusammenhang habe ich noch eine Frage an den Sozialverband Deutschland und den VdK. Sind Sie dafür, dass die gesamte Bevölkerung in die GKV einbezogen wird? Würde das aus Ihrer Sicht einige der Strukturprobleme lösen?

SV **Fabian Szèkeley** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Wir sind dafür, dass perspektivisch ein einheitliches Versicherungssystem für die gesamte Wohnbevölkerung auf Grundlage der GKV geschaffen wird. Das darf aber nicht dazu führen, dass in einem Ad-hoc-Schritt alle im Basistarif der PKV Versicherten, denen ihre Versicherung keine medizinische Versorgung zukommen lässt, in die GKV überführt werden, weil hier der Sicherstellungsauftrag erfüllt wird.

SVe **Ines Verspohl** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Wir sehen das ähnlich. Es muss langfristig ein einheitliches Versicherungssystem geben. Es gibt nämlich immer mehr Fälle von Versicherten, die in der PKV ihre Beiträge nicht mehr bezahlen können. Dazu gehören insbesondere, wie gerade schon angesprochen, Rentner, aber zunehmend auch Behinderte, also zwei Gruppen, die kaum die Chance haben, dass sich ihre Einkommenssituation noch einmal verbessert. Dieses Problem kann nicht dadurch gelöst werden, dass diese Gruppen alle in die GKV zurückkehren dürfen. Wer sich einmal dafür entschieden hat, aus der Solidargemeinschaft auszutreten, der kann nicht einfach zurückkehren, sobald er wieder auf Solidarität angewiesen ist. Daher muss dafür gesorgt werden, dass diese Menschen von vornherein in der GKV verbleiben.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich wechsle jetzt das Thema und komme zur

Krankenhausfinanzierung. Wir haben das Thema gerade schon einmal gestreift. Meine Frage richtet sich an den VKD. Gehen Sie davon aus, dass mit dem Gesetzesvorhaben der Bundesregierung die versprochenen Beträge für 2013 und 2014, 250 Millionen bzw. 500 Millionen Euro, tatsächlich bei den Krankenhäusern ankommen werden? Wenn Sie nicht dieser Ansicht sind, was wären die Gründe dafür?

SV Dr. Joself Düllings (Verband der Krankenhausesdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)): Wenn die jetzt vorgesehenen Regelungen umgesetzt werden, läuft der Gesetzgeber Gefahr, dass zum Jahresende noch keine Zahlungen erfolgen, weil es dazu einiger Vereinbarungen bedarf, und zwar sowohl für den Orientierungswert als auch für den Versorgungszuschlag. Unser Vorschlag wäre daher, in Übereinstimmung mit dem, was die DKG hier vorgetragen hat, im Gesetz feste Beträge zu nennen, die zeitnah, möglichst ab dem 1. August, abgerechnet werden können.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an den VKD. Die Krankenhausesgesellschaft schreibt in ihrer Stellungnahme, dass selbst nach Verabschiedung dieses Gesetz etwa ein Viertel der Tarifkostensteigerungen nicht refinanziert würden. Welche Handlungsoptionen hätte ein Krankenhausdirektor in einer solchen Situation und was wären die Folgen für die Patientenversorgung?

SV Dr. Joself Düllings (Verband der Krankenhausesdirektoren Deutschlands e. V. (VdK)): Die Handlungsoptionen liegen auf der Hand. Wenn man zumindest ein ausgeglichenes Ergebnis abliefern will – was allerdings kaum ausreicht, um zukunftsfähig zu sein, weil man auch noch andere Kosten zu tragen hat –, dann wäre die Folge, dass offene Stellen nicht besetzt werden. Wir werden eine weitere Arbeitsverdichtung in den Kranken-

häusern bekommen. Sie kennen sicher die internationalen Zahlen dazu. Wenn wir in Deutschland von hoher Effizienz reden, meinen wir eigentlich eine ungesunde Effizienz. Vor diesem Hintergrund ist das Gesetz zumindest dann, wenn die Beträge schnell in den Krankenhäusern ankommen, durchaus hilfreich.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an ver.di. Welche Auswirkung haben Ihrer Ansicht nach die von der Bundesregierung vorgeschlagenen Regelungen zur Refinanzierung der Tarifkostensteigerung auf die Tariflandschaft im Krankenhausbereich?

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand (ver.di)): Es liegt auf der Hand, dass die Krankenhäuser enorme Probleme haben, das Personal für eine qualitativ gute Versorgung zur Verfügung zu stellen. Wir haben dies auch in unseren eigenen Erhebungen festgestellt. Danach fehlen 162.000 Stellen, um eine gute Krankenhausversorgung sicherzustellen. Das heißt, dass die Tarifsteigerungen refinanziert werden müssen, um diese Stellen bereitstellen zu können. Allerdings sehen wir, ähnlich wie der GKV-Spitzenverband, das Problem, dass hier mit der Gießkanne vorgegangen wird. Die Mittel zum Ausgleich der Tarifsteigerungen werden allen Krankenhäusern zugestanden, unabhängig davon, ob die Tarifsteigerungen tatsächlich anfallen. Das hat damit zu tun, dass aus Gründen des Bürokratieabbaus eine Regelung in § 4 Abs. 2a Krankenhausentgeltgesetz gestrichen wurde, wodurch eine Rückforderung bei den nichttarifgebundenen Krankenhäusern unmöglich wird. Daher erhalten die tarifgebundenen Krankenhäuser zu wenig und die nicht tarifgebundenen zu viel.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Ich habe auch an den GKV-Spitzenverband noch eine Frage zum Thema Krankenhausfinanzierung bzw. zu den

Änderungsanträgen rund um diesen Themenkomplex. Wie beurteilt der GKV-Spitzenverband die Entscheidung, die Formulierung aus einem Antragsentwurf zum Psychoentgeltgesetz vom 5. März 2012 ersatzlos fallenzulassen, wonach die Krankenhäuser bei Fehlabberechnungen zulasten der Krankenkassen den anderthalbfachen Fehlbetrag hätten erstatten müssen?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Wir beurteilen den ganzen mit der Prüfung zusammenhängenden Fragenkomplex recht kritisch. Der Bundesrechnungshof hatte gefordert, Anreize für die korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen zu schaffen. Der Gesetzentwurf enthält jedoch keine entsprechenden Ansätze. In diesem Zusammenhang sehen wir auch das angeführte Zitat. Wir würden uns wünschen, dass die korrekte Abrechnung gefördert würde, dass die schwarzen Schafe bzw. die Falschabberechner eindeutig identifiziert und dann auch entsprechende Sanktionen ausübt werden könnten. Ich verweise hier auf den Fall Hoeneß, auch wenn man da ganz vorsichtig sein muss. Es ist erstaunlich, was hier eine Selbstanzeige so alles nach sich zieht, während die Selbstanzeige eines Krankenhauses lediglich zur Folge haben würde, das gerade mal der korrekte Betrag nachgezahlt werden muss. Das darf nicht sein. Der Rechnungshof hat etwas anderes gefordert, nämlich dass wir entsprechende Regelungen schaffen sollen. Dies ist in dem Gesetzentwurf jedoch nicht der Fall.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den BAGFW zu einem ganz anderen Thema, nämlich zu den Wahlтарifen. Ist es nach Ihrer Ansicht folgerichtig klarzustellen, dass die sogenannten Halteeffekte nicht in die Wirtschaftlichkeitsberechnung der Wahlтарife einfließen dürfen und ist dies zum Schutz der Solidargemeinschaft und zur Wahrung des Zweckes der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig?

Sve **Karolina Molter** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Unserer Meinung nach ist dies zum Schutz der Solidargemeinschaft notwendig. Schließlich wird hier mit Zahlen gerechnet, die eigentlich gar nicht reell sind. Das sind alles kalkulatorische Mutmaßungen. Die GKV bietet, wie wir auch in unserer Stellungnahme geschrieben haben, nicht nur finanzielle, sondern auch viele andere Anreize, die einen Verbleib rechtfertigen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an ver.di zum Thema Säumniszuschläge. Hier besteht das Problem nicht darin, dass die Betroffenen die Beiträge nicht bezahlen wollen, sondern dass sie es nicht können. Kann dieses Problem mit dem vorliegenden Gesetz überhaupt gelöst werden oder handelt es sich hier um eine grundsätzliche verteilungspolitische Frage?

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand (ver.di)): Ich denke, es ist hier schon mehrfach gesagt worden, dass die vorgesehene Regelung für die Säumniszuschläge nicht zukunftsweisend ist. Viele können es sich einfach nicht leisten, diese Säumniszuschläge zu zahlen. Es fehlt hier nicht der gute Wille, sondern es liegt schlichtweg eine Überforderung vor. Wir sehen daher einen Regelungsbedarf.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zunächst eine Frage an die UPD. Wie häufig werden Beraterinnen und Berater der UPD mit dem Problem der Beitragsschulden in der GKV konfrontiert? Welche Rolle spielt dieses Problem im Verhältnis zu anderen Beratungsthemen? Und könnten Sie uns einmal einen typischen Fall schildern?

SV Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler (Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)): Wir haben im Jahr 2012 80.000

Beratungskontakte gezählt. Davon entfielen 9.000 auf den Bereich Geldforderungen gegen Patienten, und von diesen bezogen sich wiederum 1.500 auf den Bereich Beitragsfragen in der GKV. Das Thema ist also nicht dominant, aber doch sehr präsent, zumal wenn man bedenkt, wie wenige von denen, die davon betroffen sind, sich letztlich an uns wenden. Der typische Fall ist sicherlich ein Selbstständiger, der sich keine Krankenversicherung leisten wollte oder konnte und der auch aktuell nicht in der Lage ist, die Krankenversicherung zu bezahlen. Dabei ist bemerkenswert, dass die Ratsuchenden sich oft gar nicht wegen ihrer Beitragsschulden an uns wenden, weil sie davon nämlich in der Regel gar nichts wissen. Sie kommen vielmehr mit einem anderen Problem, das sich so anhört: „Ich habe keine Krankenversicherung und bin jetzt akut erkrankt, was kann oder soll ich tun.“ Sie erfahren erst dann, dass sie möglicherweise erhebliche Beitragsschulden angehäuft haben und sind sehr verwundert, dass sie darüber nicht informiert wurden. Typisch für solche Fälle ist auch, dass sie für die Betroffenen mit Stress, Ängsten oder Scham verbunden sind. Daher ist der psychosoziale Anteil unserer Beratung immer recht hoch. Wir können aber nicht immer sicher sein, ob es uns gelingt, die Ratsuchenden dazu zubringen, die notwendigen medizinischen Leistungen in Anspruch zu nehmen oder ob sie letztlich doch darauf verzichten, um sozusagen nicht aufzufliegen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Für welche Gruppen von Versicherten kommt die Satzungsregelung nach § 186 Abs. 11 Satz 4, nach der Beitragsschulden ermäßigt, gestundet oder erlassen werden können, grundsätzlich in Frage und wie restriktiv wird sie von den Kassen angewandt? Wird dadurch überhaupt eine relevante Anzahl von Personen erreicht?

SV **Dr. Pekka Helstelä** (GKV-Spitzenverband): Die Regelung sieht vor, dass eine Ermäßigung der Beiträge dann möglich ist, wenn der Versicherte die verspätete Anmeldung nicht zu vertreten hat. Eine schlechte Informationslage reicht hierfür angesichts der formellen Publizität von Gesetzen nicht aus. Im Regelfall, und das betrifft den Kern Ihrer Frage, beschränkt sich damit die Anwendbarkeit auf einen vergleichsweise kleinen Personenkreis. Sie greift im Regelfall dann, wenn ein Fehlverhalten der Krankenkasse im Sinne einer falschen oder irreführenden Information vorgelegen hat. Darüber hinaus ist diese Regelung als eine Begleitregelung zur Einführung der generellen Versicherungspflicht zu verstehen. Sie hat insoweit nur eine geringe oder gar keine praktische Auswirkung. Denn wenn infolge des Ausscheidens aus einer Krankenkasse das Problem der Versicherungslücke entsteht – nach der bereits an anderer Stelle gefragt worden ist –, sorgt im Regelfall das Abmelde-management der Krankenkasse dafür, dass eine ausreichende und korrekte Information vorliegt. Die gesetzliche Regelung wird nicht von den Krankenkassen restriktiv angewandt, sondern sie ist an sich restriktiv. Von ihr kann nur ein kleiner Kreis von Versicherten profitieren.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe hierzu eine Nachfrage an die GKV. Gibt es außer den Regelungen des § 186 noch andere gesetzliche Möglichkeiten, den Kassenversicherten bei der Rückzahlung hoher Beitragsschulden entgegenzukommen?

SV **Dr. Pekka Helstelä** (GKV-Spitzenverband): Im Regelfall bieten die Krankenkassen hier einen Ratenzahlungsvertrag an, und wenn ausreichende Sicherheiten vorliegen, kann eine Beitragszahlung auch gestundet werden. Die Stundungszinsen sind dann deutlich niedriger als die Säumniszuschläge, sie bewegen sich in einer Größenordnung von etwa 0,5 Prozent. Es gibt auch die

Möglichkeit, Beiträge niederzuschlagen oder gänzlich zu erlassen. Diese Regelung findet sich im § 76 SGB IV. Im Gegensatz zum § 168 ist in diesem Rahmen aber keine Ermäßigung vorgesehen. Hingegen kann im Rahmen von Ratenzahlungsverträgen ein finanzierbarer Abbau von Schulden gewährleistet werden. Mit Beginn der Ratenzahlung erhält der Versicherte dann auch wieder den vollen Leistungsanspruch.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an die UPD und die BAGFW. Wie stehen nach Ihren Erfahrungen in der Beratungspraxis die Chancen des Versicherten, aufgrund der Regelungen des § 186 bzw. der anderen gerade genannten Möglichkeiten, die Beitragsschulden abzubauen?

SV **Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler** (Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)): Wir können das nicht nachverfolgen, weil die Ratsuchenden nicht wiederkommen oder uns nicht mitteilen, was dabei herausgekommen ist. Wenn der Beitragsschuldner aber mit seiner Krankenversicherung Kontakt aufgenommen hat, dann wird das im Regelfall konservativ gehandhabt. Ein weiteres Problem tritt dann auf, wenn in einem Fall, wie ich ihn gerade geschildert habe, eine Ratenzahlung mit der Krankenversicherung vereinbart wurde, der Patient aber in ein Verbraucherinsolvenzverfahren hineingerät. Dann können die Ratenzahlungen nicht mehr bedient werden. In diesem Fall ruht die Leistung dauerhaft.

SVe **Karolina Molter** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Ich stimme den Ausführungen der UPD zu. Außerdem möchte ich noch eine Rückmeldung aus unseren Gliederungen geben, die berichten, dass die Regelung des § 186 in der Praxis sehr restriktiv ausgelegt wird. Die Krankenkassen billigen dem

Versicherten auch bei nachgewiesener Unkenntnis häufig keine Ermäßigung des Beitrages zu, so dass es oftmals zu sozialgerichtlichen Verfahren kommt. Hingegen haben die Sozialgerichte auf verschiedenen Ebenen bereits mehrfach entschieden, dass eine Unkenntnis, soweit sie glaubhaft gemacht wurde, den Tatbestand des § 186 erfüllt und kein Vertretenmüssen im Sinne dieser Regelung begründet. Insofern kann ich mich den Ausführungen der UPD anschließen. Ich bedaure es zudem sehr, dass die Praxis der Verhandlungen mit den Krankenkassen sehr schwierig ist. Wir bekommen oft die Rückmeldung von den Versicherten, dass die gesetzlichen Krankenkassen mit die schwierigsten Verhandlungspartner sind. Deshalb halte ich es auch für bedenklich, wenn jetzt in Bezug auf die Altschulden individuelle Vergleiche geschlossen werden.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Welche finanziellen Auswirkungen erwarten Sie von der Anhebung des einheitlichen Basisfallwertes und wie beurteilen Sie diese angesichts dessen, dass die Mittel aus der Liquiditätsreserve zugeführt werden müssen?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Nach unserer Vorstellung sollte die Gegenfinanzierung dauerhaft aus der Liquiditätsreserve erfolgen. Das ist aber nur einmalig vorgesehen. Die finanziellen Auswirkungen beurteilen wir anders als die Bundesregierung. Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, die Anhebung des Orientierungswertes von einem Drittel als oberem Korridor beim Landesbasisfallwert auf den vollen Orientierungswert könne man nicht beziffern. Wir halten dies hingegen sehr wohl für bezifferbar. Ich würde Sie bitten, bezüglich der Einzelheiten in unsere Stellungnahme zu schauen. Wir gehen für das Jahr 2014 von ungefähr 285 Millionen und für das Jahre 2015 von

570 Millionen aus. Insofern ist ein ganz wesentlicher Teil der finanziellen Auswirkungen aus unserer Sicht nicht einmal ansatzweise geschätzt worden. Es mag sein, dass unsere Schätzungen von der Bundesregierung als nicht korrekt angesehen werden, wir würden uns aber freuen, wenn diese hierfür überhaupt einen Betrag veranschlagen würde. Wenn der Orientierungswert, der bisher nur zu einem Drittel bei den Verhandlungen über den Landesbasisfallwert in Anschlag gebracht wurde, künftig in voller Höhe berücksichtigt wird, dann tritt ein Effekt ein, der häufig nicht gesehen wird. Aufgrund der sogenannten Konvergenzregelung erfolgt eine Annäherung an den Bundesbasisfallwert, bei der einige Ländern von unten und andere Ländern von oben starten. Die Länder, die sich an der unteren Grenze befinden, erhalten künftig immer den vollen Orientierungswert. Das lässt sich finanziell beziffern, und das beurteilen wir kritisch. Denn diese Länder sind nicht mehr gezwungen zu verhandeln. Das ist unserer Ansicht nach mit einer Verhandlungslösung nicht vereinbar. Insofern bedauern wir, dass dieser Effekt von der Bundesregierung in Kauf genommen wird. Wenn sie ihn bisher nicht gesehen hat, haben wir ihr vielleicht jetzt die Augen geöffnet.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Uniklinika. Sehen Sie einen Bedarf zur Weiterentwicklung des Orientierungswertes, und wenn dies der Fall ist, worin besteht er?

SV Ralf Heyder (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Bei der Frage der methodischen Weiterentwicklung des Orientierungswertes gibt es zwei Aspekte, die man im Blick haben muss. Der eine betrifft die Zusammensetzung des Warenkorbes, der der Ermittlung des Orientierungswertes zugrunde liegt. Hier geht es darum dafür zu sorgen, dass krankenhausspezifische Preise und Produktgruppen auch entspre-

chend in diesem Warenkorb repräsentiert sind. Hier gibt es nach wie vor Schwächen. Diese Schwächen, die auch gutachterlich aufgearbeitet worden sind, müssen bei der Weiterentwicklung des Orientierungswertes beseitigt werden. Dazu ist es notwendig, beispielsweise Kostenentwicklungen im Bereich innovativer pharmazeutischer Produkte und Medizinprodukte zu berücksichtigen, aber auch anderes, wie etwa spezifische Versicherungen für Krankenhäuser. Hier gibt es einen Bearbeitungsbedarf. Der zweite Aspekt, der sich im Orientierungswert bisher nicht widerspiegelt, sind strukturelle Effekte, also beispielsweise die Tatsache, dass eine Ausweitung von Urlaubszeiten in Tarifverträgen im Warenkorb nicht abgebildet wird, weil dieser im Wesentlichen nur Preiseffekte, aber keine Struktureffekte anzeigt. Daher kommen auch Kostenfaktoren wie die EEG-Umlage, die zu steigenden Energiekosten in den Krankenhäusern führt, in dem Orientierungswert nicht zum Ausdruck. An diesen beiden Stellen, bei den Strukturkomponenten und beim Warenkorb, besteht also noch weiterer Verbesserungsbedarf.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Baum von der DKG. Was spricht aus Ihrer Sicht dagegen, die Versorgungszuschläge auf Basis des Case-Mix oder des Fallschweregrades zu kalkulieren?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Da die Versorgungszuschläge preisbezogen beim einzelnen Krankenhaus erhoben werden, ist es systemkonform, die Versorgungszuschläge den Krankenhäusern auch preisbezogen zurückzuerstatten. Das war unser Vorschlag. Eine weitere Umverteilungskomponente durch Ausrichtung an der Fallzahl halten wir nicht für erforderlich. Ferner sollten unser Auffassung nach keine Anreize zur Ausdehnung der Fallzahlen gesetzt werden. Insofern ist die

Preisabhängigkeitskomponente am ehesten systemkonform.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine erste Frage bezieht sich auf die Versorgungszuschläge und richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den PKV-Spitzenverband. Welche Folgen hätte die Ermittlung eines bundesweit einheitlichen Versorgungszuschlages im Hinblick auf das Ziel, die doppelte Degression zu neutralisieren, und auch im Hinblick auf Umverteilungswirkungen zwischen den Bundesländern? Ich schließe noch eine zweite Frage zum Problem der sogenannten Kostenausreißer an. Es liegt in der Systemlogik der DRG, dass man von Durchschnittskosten ausgeht. Es gibt Fälle, die überdurchschnittlich teuer sind, und solche, die unterdurchschnittliche Kosten verursachen; nur im Durchschnitt muss es eben stimmen. Nun gibt es eine Diskussion über sogenannte Extremkosten. Können Sie nachvollziehen, worum es in dieser Diskussion geht? Besteht da Handlungsbedarf? Und geben Sie bitte auch noch eine Antwort auf die Frage, ob das Problem in Kinderkrankenhäusern eine besondere Rolle spielt.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Natürlich findet über den Weg, der jetzt eingeschlagen wird, eine positive Neutralisierung der Lasten aus der – wie wir sagen – doppelten Degression statt. Die Krankenhäuser, die vor Ort bezahlen und gleichzeitig über den Landesbasisfallwert mengenbedingte Minderungen haben, werden im System entlastet. Auf der Makroebene des Krankenhaussystems findet eine Entlastung in Höhe der doppelten Degressionseffekte statt. Da der stationären Versorgung durch die Mehrleistungsabschläge 250 Millionen Euro im Jahr entzogen werden, ist es unserer Meinung nach gerechtfertigt, die Mittel ins Krankenhaussystem global zurückzuspeisen. Für die Krankenkassen ist die Behandlung um diesen Betrag billiger,

das Geld steht nicht mehr für die medizinische Versorgung zur Verfügung, also muss es dem System auch insgesamt wieder zurückgegeben werden. Und es ist auch gerechtfertigt, eine bundeseinheitliche Rückvergütung vorzunehmen, weil auch die besondere Kostenproblematik bundesweit besteht. Wenn Sie sich die Abschlüsse zu den Landesbasisfallwerten anschauen, dann zeigt sich, dass sich bei einer landesspezifischen Rückvergütung der Mittel höchst unterschiedliche Versorgungszuschläge ergeben würden. Im Saarland, in Brandenburg und vielen anderen Ländern hätten die Versorgungszuschläge einen kaum merklichen Effekt, in anderen Ländern hingegen einen relativ starken. In der DKG haben wir den Anspruch Solidarität über Ländergrenzen hinweg üben zu wollen. Daher haben wir auch die Bitte, im Gesetz einen bundeseinheitlichen Versorgungszuschlag für die Krankenhäuser vorzusehen. Nun zu der Diskussion über die sogenannten Kostenausreißer. Das DRG-System kann systembedingt nicht jede Form von Behandlungsfällen abdecken, wie das idealerweise zu wünschen wäre. Es gibt einfach Lasten, die die Krankenhäuser selbst tragen müssen. Wenn die Kosten einer Behandlung über der Kalkulation liegen, zum Beispiel durch Überschreiten der oberen Grenzverweildauer, also wenn Patienten nicht entlassen werden können, tragen die Krankenhäuser schon jetzt die Lasten. Es gibt aber auch Extremlasten, welche durch Behandlungskosten für multi-fach Verletzte oder Schwerstkranke mit allen möglichen Komorbiditäten verursacht werden, die nicht einmal ansatzweise durch die abrechenbaren DRG abgedeckt sind. Für solche Fälle, wie sie auch im Zusammenhang mit der EHEC-Epidemie aufgetreten sind, würden wir uns eine zusätzliche Verhandlungsoption für die Krankenhäuser wünschen. So könnte dem einzelnen Krankenhaus die Möglichkeit eingeräumt werden, mit den Krankenkassen über eine Sondererstattung oberhalb des definierten Schwellenwerts zu verhandeln, wenn es nachweist, dass es eine bestimmte Zahl von Fällen zu behandeln hatte, deren Kosten zum Beispiel 50

Prozent oberhalb des Erstattungsbetrages der entsprechenden DRGs liegen. Wir verlangen keine Eins-zu-Eins-Erstattung nach dem Prinzip, dass jede Überschreitung voll zu erstatten wäre. Wir haben aber Vorschläge zur Ausgestaltung einer entsprechenden Regelung ausgearbeitet, und wir meinen, dass es gerechtfertigt ist, den Kliniken solche Extremkosten zu erstatten. Was die Behandlung von Kindern anbelangt, beobachten wir ähnliche Entwicklungen wie in anderen Bereichen. So haben wir jahrelang über Arzneimittel für Bluter diskutiert. Ein am Blinddarm operierter Bluter löst viel höhere Kosten aus als ein normaler Blinddarmpatient. Wir haben zunächst versucht, auf Selbstverwaltungsebene Abhilfe für solche Problemfälle zu schaffen, die Ergebnisse sind aber nach wie vor nicht ausreichend. Deshalb wäre es wünschenswert, dass das einzelne Krankenhaus das Recht erhält, solche Fälle zu sammeln und mit den Krankenkassen darüber zu verhandeln.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Zum ersten Thema, dem Versorgungszuschlag, ist Folgendes zu sagen: Wir sind hier hin und her gerissen. Aus unserer Sicht wäre es sinnvoller, wenn man auch für die Krankenkassen einen Verhandlungsanreiz beibehalten und den Versorgungszuschlag nur zu 50 Prozent rückvergüten würde. Außerdem sollte man die Verteilung – das hatte ich eingangs bereits gesagt – nicht mit der Gießkanne vornehmen, sondern zielgerichtet auf die Krankenhäuser beschränken, die es wirklich brauchen, dann macht die Sache auch einen Sinn. Und dann war da noch Ihre Frage nach einem bundeseinheitlichen Vorgehen. Dies halten wir in diesem Fall für nicht gerechtfertigt. Es käme dadurch zu einer ungerechtfertigten Umverteilung hin zu den Ländern, die wenig zum Mehrleistungsabschlag beigetragen haben. Diese Länder könnten sogar in die Lage kommen, dreifach belohnt zu werden, erstens durch die geringen Abschläge bei Mehrleistungen, zweitens durch einen Anreiz zur Mengensteigerung und damit

steigende Erlöse sowie drittens, indem sie über diesen Umverteilungsmechanismus Geld aus anderen Bundesländern bekommen. Das halten wir für nicht gerechtfertigt. So viel ist aus meiner Sicht zum Mehrleistungsabschlag zu sagen. Bei der doppelten Degression kann man schon fast depressiv werden, aber das ist ein anderes Thema. Nun zur Frage der Extremkostenfälle. Die Krankenkassen sind bei der Einführung des DRG-Systems davon ausgegangen, dass man es mit einer überschaubaren Anzahl von Fällen zu tun hat. Inzwischen hat sich die Zahl der Fallkonstellationen bei den DRG-Abrechnungen fast verdoppelt. Im Unterschied zu dem australischen System haben wir ein sehr differenziertes System geschaffen. Die Anwender haben das Lernsystem für sich genutzt und sind sehr differenziert vorgegangen. Das trifft meines Wissens – ich hoffe, ich bin da richtig informiert – auch auf die Kinder zu. Gerade in Bezug auf diese Patientengruppe ist das System in den letzten Jahren durch die Einführung verschiedenster DRGs sehr differenziert weiterentwickelt worden. Für Ausnahmesituationen steht grundsätzlich bereits ein differenziertes Regelwerk zur Verfügung. Es gibt die Extremkostendatenbank des InEK für gesonderte Analysen, es gibt den Status der besonderen Einrichtung, es gibt die Möglichkeit zur Vereinbarung hochspezialisierter Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge bei Erreichung von Grenzwerten sowie Zu- und Abschläge bei besonderen Tatbeständen, die nicht in allen Krankenhäusern vorliegen. Aus unserer Sicht ist daher für die spezielle Problematik der Extremkostenfälle keine neue gesetzgeberische Initiative notwendig. Falls Sie sich dieser Meinung nicht anschließen sollten, hätten wir allerdings die Bitte, sich auch einmal umgekehrt mit den Extremerlösfällen zu beschäftigen. Es gibt nämlich nicht nur Extremkostenfälle, sondern auch Extremerlösfälle. Das sind dann zwei Seiten einer Medaille. Grundsätzlich orientiert sich das DRG-System am Mittelwert und an den mittleren Tatbeständen. Wenn Sie also einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf

sehen, sollten Sie beide Seiten betrachten und dann auch Vorschläge dazu von uns anfordern, wie man die Extremerelösfälle beseitigen kann. Ich würde Ihnen aber raten, dies der Selbstverwaltung zu überlassen, die das durch Berechnungen auf Basis der vorgelegten Daten regeln kann.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Die Frage ist, wo die Abmilderung oder die Neutralisierung der doppelten Degression ankommen soll. Herr von Stackelberg hat gerade gemahnt, dass man nicht durch überstürzte Maßnahmen Strukturen auflösen oder zementieren, sondern sich lieber erst einmal alles genau anschauen sollte. Die Frage ist natürlich, mit welcher Maßnahme man Strukturen zementiert. Man könnte die Auffassung vertreten, dass man dann, wenn man die Beträge verursachungsbezogen zuteilt, auch die verursachungsbezogene Herstellung von Verteilungswirkungen zementiert. Diese Wirkungen sind aber vielleicht nicht so, wie man sie eigentlich haben möchte. In der Frage, ob die Verteilung bundeseinheitlich oder länderspezifisch erfolgen sollte, würde ich mich Herrn von Stackelberg anschließen. Bei einer bundeseinheitlichen Verteilung zwischen den Ländern treten Umverteilungswirkungen ein, für die ich derzeit keine sachliche Grundlage sehe. Nun zu den Extremkostenfällen. Hier würde ich auch sagen, dass wir derzeit keinen Schnellschuss brauchen. Es fehlt hier noch an Transparenz und dies macht eigentlich auch eine strukturelle Regelung erforderlich, diese sollte aber gut durchdacht sein.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Zu der Frage der Extremfälle hätte ich gern auch noch eine Stellungnahme des InEK.

SV Dr. Frank Heimig (Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus InEK GmbH): Die in der letzten Zeit bekannt gewordenen Einzelfälle, die eine erhebli-

che Untervergütung von Extremkostenfällen im DRG-System belegen sollen, haben aus Sicht der Systementwickler kaum eine Bedeutung. Aufgrund seiner Systemlogik gibt es im DRG-System sowohl Fälle mit maximaler Untervergütung als auch Fälle mit maximaler Übervergütung. Wir untersuchen seit fünf oder sechs Jahren mit Hilfe der Extremkostendatenbank, der gegenüber die an der Kostenkalkulation teilnehmenden Einrichtungen ihre Daten erläutern können, wie es zu Fällen mit hohen Kosten gekommen ist, zum Beispiel bei Langzeitintensivbehandlungspflichtigen, bei extrem früh geborenen Kindern oder bei Organ- und Stammzelltransplantationen. Für diese Fälle sind die Kosten innerhalb des DRG-Systems durchaus auskömmlich kalkuliert. Es gibt hier keine Unterfinanzierung. Es ist auch nicht ungewöhnlich – auch wenn die Zahlen erschreckend klingen –, dass Organtransplantationen im dem einen Fall zu 150.000 Euro über- und in einem anderen Fall zu 180.000 Euro untervergütet sind. Im Durchschnitt vergütet das System die Fälle jedoch sachgerecht. Es kann aber nicht jeden einzelnen Fall – und das ist die Problematik, um die es in der Diskussion geht –, sachgerecht vergüten. Nach der Systematik der DRG kann es eine Untervergütung grundsätzlich nicht geben. Es wird aber immer wieder Einzelfälle geben, in denen eine Untervergütung auftritt. So kann es durchaus vorkommen, dass ein Großteil der Häuser – cum grano salis fast die Hälfte – bei bestimmten DRGs mit der Vergütung nicht zurecht kommt. Daher ist die Frage berechtigt, ob es Schief lagen gibt, das heißt, ob es – unabhängig von der Frage der Wirtschaftlichkeit – Krankenhäuser gibt, die bestimmte Risiken stärker zu tragen haben als andere. Die Frage, ob es Einzelfälle mit extrem hohen Kosten gibt und ob man diese separat vergüten sollte, ist aber von der anderen Frage zu unterscheiden, ob es Häuser gibt, in denen das Risiko, solche Patienten behandeln zu müssen, stark erhöht ist.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen zu den Krankenhausrechnungsprüfungen an Herrn Dr. Braun. Zum einen möchte ich wissen, wie Sie die derzeitige Situation bei den Krankenhausrechnungsprüfungen und die von uns in dem Änderungsantrag vorgesehenen Maßnahmen beurteilen. Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Zahl der streitigen Abrechnungsprüfungen zu verringern? Meine zweite Frage bezieht sich ebenfalls auf die Krankenhausrechnungsprüfungen. Wie beurteilen Sie die Regelung zur Einrichtung eines Schlichtungsausschusses für grundsätzliche Abrechnungsfragen und wie kann sichergestellt werden, dass der Sachverstand der an der Entwicklung des DRG-Systems Beteiligten in diesem Gremium berücksichtigt wird?

ESV **Dr. Martin Braun**: Die gegenwärtige Situation bei den Krankenhausrechnungsprüfungen ist als äußerst unbefriedigend zu bezeichnen. Man kann davon ausgehen, dass zurzeit alle Abrechnungen, also 100 Prozent, durch Rechnungsprüfungsprogramme der Krankenkassen überprüft werden. Dies stellt einen einseitigen und durch Anreize getriebenen Prüfungsansatz dar, der nicht dazu beiträgt, die schwarzen Schafe zu finden, sondern der sich generell auf alle Krankenhäuser auswirkt. Durchschnittlich werden ungefähr 10 Prozent aller Rechnungen, und zwar über alle Arten von Krankenhäusern hinweg, geprüft. Insofern sind die in dem Änderungsantrag vorgesehenen Maßnahmen sehr zu begrüßen. Denn sie versuchen, genau dies abzuändern. Sie tragen zum einen dazu bei, die bestehenden Unklarheiten bei der Codierung auf Bundesebene sukzessive zu beseitigen, was zurzeit nicht geschieht. Zum anderen werden die zuständigen Selbstverwaltungspartner aufgefordert, die Rechnungsprüfung für beide Seiten fair zu regeln. Damit wird auch die Anzahl der Prüfungen reduziert. Drittens ermöglicht die modelhafte Erprobung von Auffälligkeitsprüfungen zur Verweildauer einen anreizfreien und problemorientierten

Ansatz der Prüfung. Auch dies führt zu einer Reduzierung der Anzahl der Rechnungsprüfungen. Einen Änderungsbedarf sehe ich für die Übergangszeit, bis diese Maßnahmen greifen. In dieser Übergangszeit werden unverändert Prüfungen nach § 275 durchgeführt. Durch den Änderungsantrag wird die Option geschaffen, diese Ergebnisse durch Anrufung des Schlichtungsausschusses überprüfen zu lassen. Da unverändert davon auszugehen ist, dass die Einzelfallprüfungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vor Ort strittig sind und zugleich die Hemmschwelle, den Ausschuss anzurufen, niedriger liegt als für eine Klage beim Sozialgericht, ist zu vermuten, dass der Schlichtungsausschuss zahlenmäßig überfordert sein könnte. Dem könnte durch eine Begrenzung der zurzeit üblichen Zahl von Abrechnungsprüfungen gegengesteuert werden. Die Erfolgsquote wird zurzeit mit ungefähr 50 Prozent beziffert. Insofern könnte eine Begrenzung erfolgen, die gegenüber dem Istzustand eine Halbierung der Anzahl der Prüfungen beinhalten würde. Dadurch würde sich die Abrechnungsprüfung in der Übergangsphase auf die erfolgversprechenden Prüffälle konzentrieren, und der Schlichtungsausschuss müsste entsprechend weniger Fälle bearbeiten. Die Einrichtung eines Schlichtungsausschusses ist ebenfalls zu begrüßen. Nur so können die derzeit bestehenden Zweideutigkeiten bei der Codierung langfristig behoben werden. Es wäre allerdings dringend anzuraten, jeweils einen Vertreter des DIMDI und des InEK beispielsweise als nicht stimmberechtigten Beisitzer in den Schlichtungsausschuss aufzunehmen. Einerseits kann hierdurch von neutraler und somit nicht interessengeleiteter Seite entsprechender Sachverstand eingebracht werden. Dieser stellt auch eine bedeutende Informationsquelle für den unparteiischen Schlichtungsvorsitzenden dar. Denn es ist damit zu rechnen, dass genau dieser häufig die Entscheidung wird treffen müssen. Andererseits, wie schon gesagt, ist die Einbindung der beiden Institutionen sehr wichtig für die Weiterentwicklung des DRG-Systems. Es geht

dabei erstens um die vorgetragene Argumentation und zweitens darum, die Entscheidungen möglichst zeitnah zu treffen.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich möchte noch eine Zusatzfrage stellen. Herr Dr. Braun, es wird immer auch über Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den Krankenhäusern geredet. Wie beurteilen Sie diese?

ESV **Dr. Martin Braun**: Ich halte die Forderung nach Sanktionen unter den bisher geltenden Abrechnungsbedingungen für nicht sinnvoll. In Bezug auf die Codierung macht dies keinen Sinn, da darüber derzeit auf Bundesebene gestritten wird. Da dem Krankenhaus oftmals keine Falschcodierung vorzuwerfen ist, sind Sanktionen hier nicht angebracht. Im Bezug auf die Verweildauer sind Sanktionen ebenfalls nicht sinnvoll, da zurzeit nicht objektiv geprüft wird. Es werden lediglich solche Fälle geprüft, in denen die Verweildauer knapp über der oberen oder knapp unter der unteren Grenze liegt. Es handelt sich also, wie vorhin schon erwähnt, um einen anreizgesteuerten Prüfansatz. Bei diesen Konstellationen wird generell davon ausgegangen, dass eine kürzere Behandlung möglich gewesen wäre. Das Krankenhaus steht dann vor dem Problem, dies widerlegen zu müssen, und dies ist mittels der im Klinikalltag möglichen Dokumentation kaum machbar. Aufgrund dieser einseitigen Beweislast der Krankenhäuser ist auch hier eine Sanktion unangebracht. Unter den künftig geltenden Bedingungen können Sanktionen hingegen sinnvoll sein, weil innerhalb des lernendem System die schwarzen Schafe quasi zu weißen Schafen würden. Das heißt, die künftigen Verweildauerprüfungen erfolgen aufgrund von Auffälligkeiten von Krankenhäusern und Fachabteilungen. Diese können dann bei Verstößen sanktioniert werden. Man kann das – ebenso wie bei den Codierfragen – im Rahmen eines Modellvorhabens erproben. Der Bundesausschuss wird bei der

Codierung für Klarheit sorgen. Die Selbstverwaltungspartner haben die Möglichkeit, das Verfahren bei Codierprüfungen zu regeln und dort auch Sanktionen vorzusehen.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Ich habe eine Frage zum Themenkomplex Krankenhäuser an den DGB, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und den Verband der Universitätsklinika Deutschlands. Wir haben vorhin diskutiert, ob von den jetzt geplanten kurzfristigen finanziellen Hilfen tatsächlich alle Krankenhäuser gleichermaßen profitieren werden. Dabei war auch vom Gießkannenprinzip die Rede. Ich würde gerne von Ihnen wissen, wie Sie die Vorschläge bewerten?

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Die Wirkung der geplanten Maßnahme wird darin bestehen, dass vor allem die Krankenhäuser begünstigt werden, die keine Tariflöhne zahlen oder die nicht von Tarifierhöhungen betroffen sind. Man könnte daher auch die Ansicht vertreten, dass Krankenhäuser, die aus dem Tarifvertrag aussteigen, besonders profitieren werden. Kurz gefasst könnte man auch sagen, dass die Verteilung nach dem Gießkannenprinzip zu einer staatlich geförderten Tariffucht führt.

SV **Dominik Naumann** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Wenn wir feststellen, dass einzelnen Krankenhäusern Geld fehlt, dann sollten wir – wie bei einer guten medizinischen Behandlung auch – nicht nur an den Symptomen herumkurieren, sondern nach den Ursachen fragen. Und hier ist unbedingt festzuhalten, dass wir im Krankenhaussektor erhebliche strukturelle Defizite haben. Die Ausgaben in diesem Sektor bilden mit einem Drittel der Gesamtausgaben einen sehr großen Ausgabenblock, und es gibt nach wie vor erhebliche Überkapazitäten. Daher ist es unbedingt erforderlich, dass wir in diesem

Bereich etwas tun. Wir brauchen hier mehr Vertragsautonomie, insbesondere auch für die Krankenkassen, damit sie nicht länger gezwungen sind, mit denjenigen Krankenhäusern, die entweder als schwarze Schafe oder als unwirtschaftlich identifiziert worden sind, Verträge abzuschließen. Reformen dieser Art sind unerlässlich. Die im Änderungsantrag 1 vorgeschlagenen Maßnahmen lehnen wir ab.

SV Ralf Heyder (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Ich möchte an das anknüpfen, was Herr von Stackelberg und Herr Baum dazu vorhin ausgeführt hatten. Wir halten es für problematisch, dass der Versorgungszuschlag pauschal pro Fall als Einheitsbetrag in Euro ausbezahlt werden soll, und zwar ohne Differenzierung nach Schweregrad. Unabhängig davon, ob Sie eine hochaufwendige Versorgung eines Frühgeborenen oder eine relativ einfache Haut-OP durchführen, wird der gleiche Betrag bezahlt. Das wirkt sich nachteilig insbesondere auf die Versorgung Schwerstkranker und generell auf Einrichtungen aus, die in diesem Bereich überproportional aktiv sind. Daher plädieren wir dafür, das beizubehalten, was im Rahmen des DRG-Systems über viele Jahre hinweg erfolgreich entwickelt worden ist, nämlich eine Differenzierung der Finanzierung nach Fallschweregrad, und dies auch beim Versorgungszuschlag. Alle weiteren Argumente wurden schon genannt. Aber vielleicht noch ein Hinweis. Vorhin stand die These im Raum, dass die vorgesehene Struktur des Versorgungszuschlags Vorteile, insbesondere für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgungshäuser, hätte. Uns ist nicht bekannt, dass man dies so pauschal aus den vorhandenen Daten ableiten kann. Vielmehr ist die Frage maßgebend, wo ein Krankenhaus liegt und welchen Versorgungsauftrag es hat. Es geht also darum, gezielt etwa die Notfallversorgung zu fördern. Dafür braucht man aber andere Instrumente als diesen Versorgungszuschlag. Daher fordern auch wir, wie der GKV-Spitzenverband und die DKG, den

Versorgungszuschlag nach dem Fallschweregrad zu differenzieren.

Abg. Bärbel Bas (SPD): Ich würde gern dem GKV-Spitzenverband eine Frage zum Thema Hygiene stellen. Ist die Regelung, die jetzt in dem Änderungsantrag vorgesehen ist, genügend ausdifferenziert oder kann es dadurch möglicherweise zu Mitnahmeeffekten oder sogar zu doppelten Vergütungen kommen? Könnten Sie dazu vielleicht etwas ausführlicher Stellung nehmen, weil das Thema vorhin nur gestreift worden ist? Zu welchen Problemen könnte es möglicherweise kommen, wenn die Regelung so bleibt wie geplant?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Aus unserer Sicht ist vor allem problematisch, dass hier der Input und nicht der Output, das heißt, das Ausmaß des Rückgangs dieser Infektionen, gefördert wird. Demgegenüber wäre es sinnvoll zu bestimmen, dass die Krankenhäuser, denen es gelingt, die nosokomialen Infektionen einzudämmen, belohnt werden. Dies wird aber gar nicht gefördert, sondern die Regierung schlägt vor, den Input zu fördern. Die Krankenhausvergütung wird aufgestockt, es wird aber nicht geprüft, was sich daraus ergibt. Aus meiner Sicht ist es jedoch fraglich, ob die durch eine Inputförderung geschaffenen Stellen nach einigen Jahren überhaupt noch vorhanden sind. Daher stellt sich die Frage, ob es nicht eine Möglichkeit geben müsste zu überprüfen, ob nach ein oder zwei Jahren die zusätzlich eingestellten Leute immer noch da sind. Wenn man schon nicht den Output fördern möchte, dann sollte man den Input wenigstens nachhaltig fördern. An dieser Stelle sehen wir einen Optimierungsbedarf.

Abg. Bärbel Bas (SPD): Ich habe noch eine Nachfrage hierzu. Schon heute enthalten die Pflegesätze Vergütungsbestandteile für den Bereich der Hygiene. Könnten Sie dazu noch einmal eine Erläuterung geben? Denn mir ist noch nicht ganz klar, ob es

bei dem Gesetzesvorschlag, wenn er so wie vorgesehen verabschiedet wird, nicht doch zu Doppelvergütungen kommen kann.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Ja, das sehe ich so. Ich habe vorhin schon gesagt, dass hier das gleiche geschieht wie damals beim Pflegeteilerprogramm. Nicht diejenigen, die die Leistung schon erbringen, profitieren von dem Programm, sondern diejenigen, die das bisher verschlafen haben. Dagegen haben andere Sachverständige eingewandt, dass doch die Gesetze verschärft worden seien. Da mag etwas dran sein, dennoch meinen wir, dass es hier grundsätzlich zu einer Doppelfinanzierung kommt. Außerdem stellen sich immer wieder auch Fragen zur Umsetzung. Wenn es noch heute in vielen Krankenhäusern als Neuerung angesehen wird, überall Desinfektionsmöglichkeiten zu schaffen, dann frage ich mich, ob man hier nicht doch noch ganz am Anfang steht. Insofern ist das Ganze weniger eine Frage der Weiterbildung als vielmehr eine Frage der Umsetzung dessen, was man schon weiß. Insgesamt gesehen gebe ich den Sachverständigen, die sich im Anschluss an meinen entsprechenden Redebeitrag geäußert haben, insofern Recht, als es tatsächlich eine Verschärfung der gesetzlichen Bestimmungen gegeben hat, die vorgesehen Förderung erscheint aber dennoch zu undifferenziert.

Abg. Bärbel Bas (SPD): Ich habe eine letzte Frage zum Thema Beitragsschulden, die sich an den Zentralverband des Deutschen Handwerks und den Einzelsachverständigen Herrn Wältermann richtet. Die SPD sieht in ihrem Konzept zur Bürgerversicherung vor, dass die Beitragsbemessungsgrenze für freiwillig Versicherte auf die Geringfügigkeitsgrenze, die zurzeit bei 450 Euro liegt, abgesenkt wird, so dass nur das tatsächliche Einkommen verbeitragt wird und kein sogenanntes fiktives Einkommen, das unter Umständen gar nicht vorhanden ist. Halten Sie diese

Vorschläge grundsätzlich für sinnvoll und wäre eine entsprechende Regelung geeignet, das Entstehen von Beitragsschulden in Zukunft zu verhindern?

SVe Dr. Anne Dohle (Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH)): Uns geht es darum – das hatte ich vorhin bereits ausgeführt –, die Ungleichbehandlung von hauptberuflich Selbstständigen und den übrigen freiwillig Versicherten abzuschaffen. Zurzeit müssen die Selbstständigen einen Mindestbeitrag entrichten, dem ein relativ hohes fiktives Einkommen zugrunde gelegt wird. Demgegenüber wäre die Berechnung des Mindestbeitrags für Selbstständige auf Basis der Geringfügigkeitsgrenze von 450 Euro monatlich denkbar in der Phase der Existenzgründung, in der insbesondere Handwerker meist wenig verdienen. In der gesetzlichen Rentenversicherung gibt es eine ähnliche Regelung für selbstständige Handwerker. Sie müssen in den ersten drei Jahren der Selbstständigkeit einen deutlich niedrigeren Beitrag als danach zahlen. Nach der Existenzgründungsphase sollten Handwerker allerdings in der Lage sein, einen höheren regulären Krankenversicherungsbeitrag zu entrichten. Es kann nicht gewollt sein, durch einen sehr niedrigen Mindestbeitrag falsche Anreize entweder zur Scheinselbstständigkeit oder zu einer dauerhaften Kleinselbstständigkeit zu setzen.

ESV Günter Wältermann: Nach unserer Einschätzung spiegeln die geltenden Regelungen für die Selbstzahler nicht mehr die Lebensrealität der Menschen wider. Die meisten Selbstzahler entrichten heute die Mindestbeiträge. Faktisch haben sie aber, gemessen an den Gewinn- und Verlustrechnungen oder auch an den Steuerbescheiden, die als Grundlage für die Basiseinstufung dienen, wesentlich niedrigere Einnahmen. Der Betrag von 450 Euro, der sich offensichtlich an der Entlohnung der geringfügig Beschäftigten orientiert, setzt die richtige Marge. Aus Sicht einer Versorgerkasse und aus Sicht

von Menschen, die mit selbstständigen Tätigkeiten oft nur geringe Einnahmen erzielen, kann ich diese Lösung unterstützen, weil sie die Lebensrealität der Menschen widerspiegelt. Außerdem würden Einnahmen, die über dieser Grenze liegen, natürlich verbeitragt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Ich bedanke mich bei den Sachverständigen für ihr Erscheinen und für ihre Wortbeiträge.

Ferner danke ich meinen Kolleginnen und Kollegen für ihre Fragen und verabschiede mich von Ihnen allen. Wir sehen uns am Mittwochmorgen zur gewohnten Zeit am gewohnten Ort wieder.

Ende der Sitzung: 15:32 Uhr