

Stellungnahme des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz - GKV-FQWG)

Der Bundesrat hat in seiner 922. Sitzung am 23. Mai 2014 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 2a - neu - (§ 43b Absatz 3 Satz 11 - neu - SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

'2a. Dem § 43b Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

"Zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse können abweichende Regelungen zum Zahlungsweg vereinbart werden, soweit dies wirtschaftlich ist." '

Begründung:

Bei stationären Behandlungen sind derzeit im Endergebnis nur circa 42 Prozent der Fälle zuzahlungspflichtig. Alle anderen Patienten sind entweder von der Zuzahlungspflicht befreit oder haben ihre Zuzahlungsverpflichtungen für das

laufende Jahr bereits erfüllt. In der Regel werden die Versicherten nach der stationären Behandlung vom Krankenhaus schriftlich zur Entrichtung der Zuzahlung aufgefordert. Wird die Zuzahlung nach erneuter Zahlungsaufforderung und Erlass eines Leistungsbescheides nicht geleistet, fordert das Krankenhaus den Zuzahlungsbetrag von der zuständigen Krankenkasse zurück und erhält von dort eine Verwaltungskostenpauschale (aktuell 8,50 Euro pro Fall). Diese Pauschale deckt nicht die den Krankenhäusern entstehenden Aufwendungen. Anschließend wird der Einzug von der Krankenkasse weiterverfolgt.

In diesem Zusammenhang kommt es bereits in der Anfangsphase häufig zu Rückfragen bei den Krankenkassen, zum Beispiel infolge nicht berechtigter Zuzahlungsaufforderungen.

Das derzeitige Einzugsverfahren ist damit sowohl auf Krankenkassen- als auch auf Krankenseite langwierig und sehr kostenaufwendig.

Mit der Öffnung erhalten innovative Krankenhäuser und Krankenkassen die Option, einvernehmlich das Ziel des Zuzahlungseinzugs effektiver umzusetzen. Ein Best-Practice-Wettbewerb wird initiiert. Durch den Vorbehalt der Wirtschaftlichkeit ist sichergestellt, dass eine solche Öffnung nur erfolgen darf, wenn hierdurch Krankenhäuser und Krankenkassen von Bürokratiekosten entlastet werden und eine Verringerung der Einnahmen aus den Zuzahlungen nicht zu befürchten steht.

2. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 und Absatz 7e Satz 1 und 2 SGB V)

In Artikel 1 ist Nummer 4 wie folgt zu fassen:

'4. § 92 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 werden < ... weiter wie Vorlage ... >.

b) Absatz 7e wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach der Angabe "9" die Wörter "und Nummer 13" eingefügt.

bb) In Satz 2 wird nach dem Wort "wird" das Wort "jeweils" eingefügt.'

Begründung:

§ 92 Absatz 7e SGB V wird um § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Richtlinien über die Qualitätssicherung) ergänzt.

Dieses Gesetzgebungsverfahren sollte dazu genutzt werden, den Ländern ein Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss im Bereich der Qualitätssicherung einzuräumen. Dies ist in der Bedarfsplanung bereits erfolgt. Im Bereich der Qualitätssicherung steht es noch aus.

Gerade im Bereich der Qualitätssicherung greifen viele Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Länderzuständigkeiten ein. Beispielhaft seien hier die Krankenhausplanung und die Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern genannt. Die Gespräche der letzten Jahre, die der Gemeinsame Bundesausschuss mit den für die Krankenhausplanung zuständigen Ministerien der Länder regelmäßig auf freiwilliger Basis führt, waren immer sehr konstruktiv. Die Informationen der Länder über (mögliche) Auswirkungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden als sehr hilfreich erachtet. Problematisch an der jetzigen Verfahrensweise ist dabei stets, dass es sich um eine rückwirkende Betrachtung schon in Kraft getretener Beschlüsse handelt. Die Folge dieser nachträglichen Beratungen kann nur eine erneute Befassung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit gerade in Kraft getretenen Beschlüssen sein. Dies ist zwar möglich, nimmt aber wertvolle Zeit in Anspruch, die auf einigen Themengebieten nicht vorhanden ist.

Erforderliche "Nacharbeiten" und Verunsicherungen der Leistungserbringer könnten verhindert werden, indem § 92 Absatz 7e SGB V um ein Mitberatungsrecht der Länder im Bereich der Qualitätssicherung (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V) ergänzt wird. Im Bereich der Bedarfsplanung hat sich die Hinzuziehung der Länder gut bewährt.

Das Wort "jeweils" verdeutlicht, dass für jeden Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (Bedarfsplanung und Qualitätssicherung) zwei Vertreter der Länder benannt werden.

3. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 und 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 ist § 137a Absatz 3 Satz 2 wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 1 ist nach dem Wort "abgestimmte" das Wort "risiko-adjustierte" einzufügen.
- b) In Nummer 5 ist nach dem Wort "vergleichende" das Wort "risiko-adjustierte" einzufügen.

Begründung:

Die Formulierung im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode, "Die Qualität soll dabei risikoadjustiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden." (siehe Abschnitt 2.4 Krankenhausversorgung Absatz 5), findet in dem Gesetzentwurf keinen Niederschlag.

Dies wäre aber dringend erforderlich, da die bisherigen Indikatoren für eine vergleichende Darstellung nicht geeignet sind. Das ungelöste Problem ist die Risikoadjustierung, das heißt die Bewertung der Fallschwere des behandelten Patientenkollektivs.

Da mit den in § 137a Absatz 3 Nummer 5 SGB V geplanten veröffentlichten Vergleichen die grundrechtlich geschützte wirtschaftliche Existenz eines Krankenhauses gefährdet werden kann, müssen mit derartigen gesetzlichen Vorgaben auch die notwendigen "gerichtsfesten" Grundlagen geschaffen werden.

4. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 und 6 und
Nummer 6a - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 ist § 137a Absatz 3 Satz 2 wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 5 sind nach dem Wort "erstellen" die Wörter ", den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden unverzüglich nach ihrer Erstellung zu übermitteln" einzufügen.
- b) In Nummer 6 ist das Wort "sowie" am Ende durch ein Komma zu ersetzen.
- c) Nach Nummer 6 ist folgende Nummer 6a einzufügen:

"6a. Methoden und Indikatoren zur Bewertung der Qualität von Leistungen der Krankenhäuser zu entwickeln, die für die Krankenhausplanung zur Verfügung gestellt und verwendet werden können sowie"

Begründung:

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen soll zukünftig umfassende Aufgaben der wissenschaftlichen Unterstützung der Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität leisten. Eine wesentliche Aufgabe ist die Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in der ambulanten und stationären Versorgung. Zu den neuen Aufgaben gehören unter anderem einrichtungsbezogene, vergleichende Übersichten zur Qualität in der stationären Versorgung, die Ermittlung der Qualität ausgewählter Leistungen in der ambulanten und stationären Versorgung und die Erarbeitung von Bewertungskriterien für die Vielfalt von Zertifikaten und Qualitätssiegeln im Gesundheitswesen.

Die Ergebnisse und deren Umsetzung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung haben unmittelbare Auswirkungen auf die regionale ambulante und stationäre Versorgung und damit auch auf die Zuständigkeit der Länder, insbesondere für die stationäre und sektorenübergreifende Versorgung. Daher ist es notwendig, dass die Länder stärker in die Aufgaben des Qualitätsinstituts eingebunden werden.

Zu Buchstabe a:

Nummer 5 enthält den Auftrag an das Qualitätsinstitut, einrichtungsbezogene, vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung im Internet zu veröffentlichen.

Für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung ist es hilfreich, wenn die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zeitnah krankenhausbefugte Daten und Auswertungen erhalten und nicht erst eine Veröffentlichung im Internet abwarten müssen.

Zu Buchstabe b:

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe c:

Insgesamt sollen die Qualität in allen Versorgungsbereichen auf eine breitere methodische und verfahrenstechnische Grundlage gestellt und die Qualitätsorientierung in der Versorgung gestärkt werden. Dies gilt gleichermaßen für alle Versorgungsbereiche. Im Bereich der stationären Versorgung besteht darüber hinaus die Absicht, die Krankenhausplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht nur bedarfsgerecht und leistungsfähig, sondern auch qualitätsorientiert auszurichten.

Notwendig ist daher die Entwicklung von Methoden und Indikatoren zur Qualität der Leistungen von Krankenhäusern. Diese können dann für eine qualitätsbezogene Krankenhausplanung verwendet werden.

5. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 137a Absatz 4 Satz 1 und Satz 4a - neu - SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 ist § 137a Absatz 4 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind nach dem Wort "Gesundheit" die Wörter ", zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreter" einzufügen.

- b) Nach Satz 4 ist folgender Satz einzufügen:

"Zusätzlich können Länder das Institut unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu den Aufgaben nach Absatz 3 für den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen; Voraussetzung hierfür ist, dass das jeweilige Land die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags übernimmt."

Begründung:

Die Ergebnisse und deren Umsetzung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung haben unmittelbare Auswirkungen auf die regionale ambulante und stationäre Versorgung und damit auch auf die Zuständigkeit der Länder, insbesondere für die stationäre und sektorenübergreifende Versorgung. Daher ist es notwendig, dass die Länder in die Aufgaben des Qualitätsinstituts eingebunden werden.

Zu Buchstabe a:

§ 137a Absatz 4 SGB V gibt Organisationen, die sich auf Bundesebene mit Qualität befassen, die Möglichkeit, aus ihrer Sicht notwendige Institutsaufträge anzustoßen. Auch hier sollten die Länder einbezogen werden. Nicht selten sind Fehlentwicklungen lange in den Ländern bekannt, bevor ein Thema auf Bundesebene diskutiert wird. Beispielsweise sei hier die TAVI (kathetergestützter Herzklappenersatz) genannt. Schon bevor der starke Anstieg der

TAVIs in den Daten der externen Qualitätssicherung aufgefallen war, mussten sich die Länder im Rahmen der Krankenhausplanung insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Versorgungsauftrags und der Genehmigung der DRG-Budgets mit diesem Thema beschäftigen. Mittlerweile werden die TAVIs im Gemeinsamen Bundesausschuss beraten. Wäre das Thema nicht im Gemeinsamen Bundesausschuss aufgegriffen worden, hätte sich jedes einzelne Land als "kleiner Gemeinsamer Bundesausschuss" betätigen müssen. Dies wiederum hätte zur Folge, dass es in jedem Land unterschiedliche oder keine Strukturvorgaben geben würde. Dass dies keine Verbesserung der Patientensicherheit und der medizinischen Qualität bringen kann, ist einleuchtend.

Eine Möglichkeit, die Beauftragung des Instituts zu beantragen, sollte durch die zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder bestimmten Vertreter nach § 92 Absatz 7e SGB V erfolgen.

Zu Buchstabe b:

Da die Länder unmittelbar von einer qualitätsorientierten Versorgung betroffen sind, ist es notwendig, auch den einzelnen Ländern die Möglichkeit zu geben, das Institut mit Untersuchungen zu den Aufgaben nach Absatz 3 zu beauftragen. Voraussetzung hierfür ist, dass das jeweilige Land für die Durchführung des Auftrags die Finanzierung übernimmt.

6. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 137a Absatz 4 Satz 6 und Absatz 7 Nummer 11 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 ist § 137a wie folgt zu ändern:

- a) In Absatz 4 Satz 6 sind nach dem Wort "Gesundheit" die Wörter "und, soweit die Krankenhausplanung betroffen ist, auch den Ländern" einzufügen.

b) Absatz 7 Nummer 11 ist wie folgt zu fassen:

"11. soweit die Krankenhausplanung betroffen ist, alle Länder; ansonsten zwei von der Gesundheitsministerkonferenz bestimmte Vertreter sowie"

Begründung:

Der Bundesrat begrüßt, dass die Bundesregierung Qualität und Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend zu einem Schwerpunkt der Gesundheitsgesetzgebung in der laufenden Legislaturperiode machen will. Die geplante Errichtung eines fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen ist hierzu ein wichtiger Schritt.

Der Bundesrat sieht die bisher vorgesehenen Regelungen für die Länder als unzureichend an, da die Arbeit des neuen Instituts ebenso wie die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung vielfach erhebliche Auswirkungen auf die in die Länderhoheit fallende Krankenhausplanung haben. Dem hat die Bundesregierung mit der jetzt im Gesetzentwurf vorgesehenen Beteiligung von Ländervertretern in § 137a Absatz 7 Nummer 11 SGB V ansatzweise Rechnung getragen. Diese Beteiligungskompetenzen reichen aber bei weitem nicht aus.

Der Bundesrat hält es daher für erforderlich, in dieses Gesetzgebungsverfahren bereits entsprechend weitergehende und angemessene Beteiligungsmöglichkeiten mit aufzunehmen. Nur so bietet sich die Chance, dass die Länder die Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gerichtsfest umsetzen und ihre Kompetenzen sowie ihr Fachwissen einfließen lassen können.

Ansonsten droht die gute Absicht, die auch eine Forderung aus dem Koalitionsvertrag auf Bundesebene ist, ins Leere zu laufen. Die alleinige Verankerung in § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird nicht ausreichen, wenn die Qualitätskriterien nicht bereits vom Ansatz her so entwickelt und wissenschaftlich begründet werden, dass sie als Auswahlkriterium Bestand haben können. Für diese gesamte Umsetzungsaufgabe sind die Länder zuständig, daher sind sie auch direkt zu beteiligen.

7. Zu Artikel 1 Nummer 10a - neu - (§ 192 Absatz 3 - neu - SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 10 folgende Nummer 10a einzufügen:

'10a. Dem § 192 wird folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt auch erhalten, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit am nächsten Werktag ärztlich festgestellt wird. Samstage gelten insoweit nicht als Werktag." '

Begründung:

Das Bundessozialgericht hat in langjähriger Rechtsprechung klargestellt, dass krankenversicherte Personen ohne Beschäftigungsverhältnis nach § 46 Satz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 192 Absatz 1 Nummer 2 SGB V die Mitgliedschaft in ihrer Krankenkasse und damit ihren Anspruch auf Krankengeld nur aufrechterhalten, wenn ein lückenloser Nachweis der Arbeitsunfähigkeit, verbunden mit einem lückenlosen Krankengeldanspruch, vorliegt. Danach erlischt die Mitgliedschaft, wenn eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit nicht spätestens am letzten Tag der bisher festgestellten Arbeitsunfähigkeit erneut ärztlich festgestellt wird. Erfolgt die Feststellung erst am darauffolgenden Tag, erlischt der Krankengeldanspruch, obwohl die Arbeitsunfähigkeit lückenlos festgestellt ist.

Nach den bisherigen Erfahrungen sind viele Versicherte offenbar überfordert, diese rechtliche Problematik zu überblicken. Auch deutliche schriftliche Hinweise in den Bescheiden der Krankenkassen über die Krankengeldgewährung gehen häufig ins Leere. Infolgedessen kommt es immer wieder zu ungewollten Härten, weil die Versicherten erst nach Ablauf der festgestellten Arbeitsunfähigkeit erneut bei ihrem Arzt erscheinen.

Unter Abwägung der Pflichten zum lückenlosen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit einerseits und der sozialen Absicherung der Betroffenen andererseits ermöglicht die vorgeschlagene Neuregelung den betroffenen Versicherten,

- am Tag nach Ablauf der bisherigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beziehungsweise
- am ersten Arbeitstag nach einem Wochenende oder Feiertag nach Ablauf der bisherigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen zu lassen, ohne dass die oben beschriebenen Rechtsfolgen eintreten. Danach kommt die mitgliedschaftserhaltende Wirkung des § 192 SGB V bis zum "folgenden Werktag" zum Tragen. Dementsprechend würde ein Anspruch auf Krankengeld hier zwar unterbrochen werden; er würde aber am Tag nach der ärztlichen Feststellung gemäß § 46 Satz 1 Nummer 2 SGB V wieder aufleben.

Mit der vorgeschlagenen Änderung zu § 192 SGB V wird eine Vielzahl der bisherigen Sachverhalte geheilt. Bei längeren Unterbrechungen des Nachweises bleibt es bei den bisherigen Rechtsfolgen.

8. Zu Artikel 1 Nummer 34 (§ 269 SGB V)

- a) Der Bundesrat begrüßt, dass die Bundesregierung beabsichtigt, auf der Grundlage der Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt eine Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (M-RSA) anzugehen und diese durch weitere wissenschaftliche Untersuchungen zu untermauern. Diese Gutachten hält der Bundesrat vor dem Hintergrund für notwendig, dass die Gutachter zu einzelnen Bereichen keine konkreten Empfehlungen abgeben konnten, sondern vielmehr weitere Untersuchungen für notwendig erachtet haben.
- b) Der Bundesrat stellt zugleich jedoch fest, dass sich die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte, für die die Zuweisungen geändert werden sollen, hinsichtlich der Aktualität und Validität der dafür notwendigen Daten erheblich unterscheiden. Durch die leistungsrechtlichen Regelungen in den zwischenstaatlichen Abkommen und die damit verbundenen sehr

langen Abrechnungsfristen erfolgen für Auslandsversicherte die Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand mit erheblichem zeitlichen Versatz und können im Rahmen des bestehenden RSA-Datenmeldeverfahrens nicht erfasst werden. Zudem stellen sie nur einen Teil der für Auslandsversicherte anfallenden Kosten dar. Deshalb führt die vorgesehene rückwirkende Veränderung des Ausgleichs bereits ab dem Schlussausgleich für das Haushaltsjahr 2013 hinsichtlich der Berücksichtigung von Auslandsversicherten nicht zu einer höheren Zielgenauigkeit des M-RSA.

- c) Der Bundesrat bittet daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wann die Neuregelung der Zuweisung für Auslandsversicherte auf der Grundlage valider Abrechnungsdaten möglich ist und entsprechend differenzierte Inkrafttretensregelungen vorzusehen.

Begründung:

Zur langfristigen Verbesserung der Zielgenauigkeit in den Bereichen Krankengeld und Auslandsversicherte sollen vom Bundesversicherungsamt Gutachten in Auftrag gegeben werden, die auch zusätzliche Bestimmungsfaktoren und die Notwendigkeit einer Verbreiterung der Datengrundlage untersuchen sollen.

Die entsprechenden Gutachten sind bis zum 31. Dezember 2015 abzuschließen. Bis dahin ist seitens der Bundesregierung eine Übergangsregelung vorgesehen. Dabei sollen Zuweisungen für die Auslandsversicherten auf die tatsächlichen gemeldeten Ausgaben für Auslandsversicherte begrenzt werden. Als tatsächliche Ausgaben sollen dabei alle Kosten gelten, für die die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen von Auslandsleistungen aufkommt. Neben der Problematik des Zeitverzugs bei der Abrechnung von Auslandsleistungen greift diese Definition zu kurz, weil neben den Leistungen, die Versicherte im Ausland in Anspruch nehmen, die Gruppe der Auslandsversicherten auch in Deutschland Kosten verursacht. Gerade Versicherte in Grenzgebieten, die beispielsweise in Frankreich wohnen, aber in Deutschland arbeiten, gehen häufig in Deutschland zum Arzt. Bei einigen Krankenkassen machen Ausgaben für Auslandsversicherte im Inland bereits die Hälfte der Zuweisungen für Auslandsversicherte aus. Die vorgeschlagene Regelung wird also nur einen Teil der Kosten decken, weil nur ein Teil - die Auslandskosten - in die Bestimmung der Höchstgrenze der Zuweisungen einfließt, während ein anderer Teil - die Inlandskosten - außen vor bleibt.

Es gibt keinen Grund dafür, von einer gesicherten Überdeckung auszugehen. Die jetzt vorgesehene Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte könnte daher statt höherer Zielgenauigkeit auch zur Unterdeckung führen. Die Berechnungsmethoden für die Deckungsquote von Auslandsversicherten basieren auf Hilfsgrößen, die keine definitive Aussage über die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Auslandsversicherte erlauben.

Daher sollte geprüft werden, ab welchem Zeitpunkt valide Abrechnungsdaten für eine Neuregelung der Zuweisungen möglich sind, um eine differenzierte Umsetzung vorzusehen.

9. Zu Artikel 1 Nummer 38a - neu - (§ 291a Absatz 1a Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 38 folgende Nummer 38a einzufügen:

'38a. In § 291a Absatz 1a Satz 2 werden nach der Angabe "Satz 1" die Wörter "und im Rahmen der klinischen Krebsregistrierung nach § 65c" eingefügt.'

Begründung:

Aufgabe klinischer Krebsregister ist nach § 65c SGB V die möglichst vollständige Erfassung der Daten über Auftreten, Behandlung und Verlauf onkologischer Erkrankungen sowie die Auswertung und Rückmeldung der Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Leistungen an die Leistungserbringer. Durch die alleinige Erfassung und Bearbeitung von Datensätzen, die auf gesetzlich Krankenversicherte zurückgehen, ist diese Vollzähligkeit und Flächendeckung von Krebsregistern nicht zu erreichen. Dies wird erst durch die Erfassung von Datensätzen von privat Krankenversicherten und Beihilferechtigten erreicht. In gleichem Maße sind damit aber auch die finanziellen Anteile zu betrachten. Während in Bezug auf gesetzlich Krankenversicherte auf die Versichertennummer zum Datenmanagement und Abrechnungswesen zurückgegriffen werden kann, fehlt ein derartiges Instrument für die Bereiche der privaten Krankenversicherung und Beihilfe.

So sehen die Kriterien zur Förderung klinischer Krebsregister des GKV-Spitzenverbandes vom 20. Dezember 2013 die Erfassung der lebenslangen Krankenversicherungsnummer bei gesetzlich Versicherten mit dem Hinweis "Für die nicht gesetzlich Versicherten ist ebenfalls eine eindeutige Kennzeichnung zur Zuordnung beim Kostenträger [...] vorzusehen." (Kriterium 1.03) vor. Im Kriterium 7.01 (Elektronisches Abrechnungsverfahren) wird dies ebenfalls thematisiert.

Da diese Situation in allen Ländern gegeben ist, sollte eine bundesweit einheitliche Lösung geschaffen werden.

10. Zu Artikel 11 (§ 12 Absatz 1c Satz 2 VAG)

In Artikel 11 sind in § 12 Absatz 1c Satz 2 die Wörter "zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" zu streichen.

Begründung:

Der Basistarif in der privaten Krankenversicherung soll Versicherte vor einer finanziellen Überforderung bewahren. Bereits die geltende Regelung und die von den Krankenkassen erhobenen Beitragsleistungen im Basistarif werden diesem Ziel nicht vollständig gerecht. Vor allem ältere Versicherungsnehmer sind auf Grund ihrer Einkommenssituation zunehmend nicht in der Lage, die steigenden Beiträge zur privaten Krankenversicherung aufzubringen. Auch der Basistarif mit einem Höchstsatz von mehr als 600 Euro bietet dabei oftmals nicht die notwendige finanzielle Entlastung.

Die Umstellung auf einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung wird zum Anlass genommen, den Zusatzbeitrag aus der Berechnung des Höchstsatzes des Basistarifs herauszunehmen. Der Zusatzbeitrag wurde von den gesetzlichen Krankenkassen in der Vergangenheit sehr unterschiedlich erhoben. Da der Zusatzbeitrag dem Ausgleich finanzieller Defizite einzelner Krankenkassen dient und nur von Krankenkassen mit Ausgleichsbedarf erhoben wird, eignet er sich nicht als allgemeiner, vom einzelnen Versicherungsunternehmen unabhängiger Maßstab zur Bemessung des Höchstsatzes im Basistarif. Außerdem würde, wenn das Bundesministerium für Gesundheit tatsächlich einen positiven durchschnittlichen Zusatzbeitrag festlegt,

ein Festhalten an einer einkommensunabhängigen Bemessung des Zusatzbeitrags die privat Krankenversicherten gegenüber den gesetzlich Krankenversicherten benachteiligen und die finanzielle Belastung gerade derjenigen verschärfen, die auf Grund ihrer Einkommensverhältnisse auf den Basistarif angewiesen sind.

11. Zu Artikel 11a - neu - (§ 17c Absatz 4 und Absatz 4b Satz 1 und 3 KHG)

Nach Artikel 11 ist folgender Artikel 11a einzufügen:

'Artikel 11a

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 5c des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird aufgehoben.
- b) Absatz 4b wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter "und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4" gestrichen.
 - bb) Satz 3 wird aufgehoben.'

Begründung:

Mit Wirkung vom 1. August 2013 wurde auf Bundesebene ein Verfahren etabliert, mit dem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V vereinbaren. Dieses Verfahren befindet sich auf gutem Wege.

Gleichzeitig wurden die bereits zuvor bestehenden Regelungen des § 17c Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu dem vorgesehenen Schlichtungsverfahren auf Landesebene geändert und mit § 17c Absatz 4b Satz 3 KHG eine obligatorische Schlichtung als Zugangsvoraussetzung für ein Klageverfahren für Forderungen von nicht mehr als 2 000 Euro eingeführt.

Das Schlichtungsverfahren auf Landesebene war bereits in der Vergangenheit von den Vertragsparteien nicht angenommen worden. Die obligatorische Schlichtung für Forderungen von nicht mehr als 2 000 Euro erwies sich daher als Hindernis für jegliche Klageverfahren und damit auch für die Durchsetzung berechtigter Forderungen. Die mit der Einführung der obligatorischen Schlichtung verbundene Erwartung vorgerichtlicher Einigungen hat sich damit nicht erfüllt.

Krankenkassen wie Krankenhäuser stehen dem Schlichtungsverfahren auf Landesebene ablehnend gegenüber.