



Sachstand

Fälle anteiliger Finanzierung von Maßnahmen und Einrichtungen durch die Gesetzliche und die Private Krankenversicherung

Fälle anteiliger Finanzierung von Maßnahmen und Einrichtungen durch die Gesetzliche und die Private Krankenversicherung

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 097/18
Abschluss der Arbeit: 6. Dezember 2018
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Maßnahmen und Einrichtungen, die ausschließlich von der GKV finanziert werden	5
2.1.	Krankenhausstrukturfonds	5
2.1.1.	Regelungsgegenstand	5
2.1.2.	Finanzierung	5
2.2.	Modellvorhaben zur Behandlung von Patienten mit pädophiler Sexualstörung	6
2.2.1.	Regelungsgegenstand	6
2.2.2.	Finanzierung	6
3.	Maßnahmen und Einrichtungen, die gemeinsam von der GKV und der PKV finanziert werden	7
3.1.	Koordinierungs-, Vermittlungs-, Transplantationsregister- und Vertrauensstelle des TPG	7
3.1.1.	Regelungsgegenstand	7
3.1.2.	Finanzierung	8
3.2.	Klinische Krebsregister	9
3.2.1.	Regelungsgegenstand	9
3.2.2.	Finanzierung	10
3.3.	Ambulante Hospizdienste	11
3.3.1.	Regelungsgegenstand	11
3.3.2.	Finanzierung	11
3.4.	Unabhängige Patientenberatung	12
3.4.1.	Regelungsgegenstand	12
3.4.2.	Finanzierung	12
3.5.	Nationale Kontaktstelle	13
3.5.1.	Regelungsgegenstand	13
3.5.2.	Finanzierung	14
3.6.	Zusätzliche Pflegepersonalstellen nach dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)	14
3.6.1.	Regelungsgegenstand	14
3.6.2.	Finanzierung	15
4.	Zu den verfassungsrechtlichen Problemen der Verpflichtung von GKV und PKV	15

1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem beruht auf einer Trennung zwischen der Gesetzlichen (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV). Grundsätzlich können Selbstständige und Personen mit einem Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)¹ zwischen beiden Systemen wählen. Alle anderen Personen befinden sich über die Versicherungspflicht automatisch in der GKV. Im Jahresdurchschnitt 2017 waren 72.228.741 Personen (rd. 89,2 Prozent aller Versicherten) in der GKV geschützt, davon waren 56.029.185 als Mitglieder versichert (rd. 69,2 Prozent aller Versicherten) und 16.199.556 als Familienangehörige beitragsfrei mitversichert (rd. 20,0 Prozent aller Versicherten).² Die PKV gibt für das Jahr 2017 rund 8.750.000 Mitglieder an (rd. 10,8 Prozent aller Versicherten).³ Anders als in der GKV variieren Höhe und Umfang des Versicherungsschutzes in der privaten Krankenversicherung entsprechend individueller Vertragsvereinbarungen. So sind nicht alle PKV-Mitglieder voll versichert; insbesondere Beamte haben im Krankheitsfall Anspruch auf Beihilfe und schließen ihre private Krankenversicherung in der Regel nur für den verbleibenden Anteil ab.⁴

Im Grundsatz erbringen die GKV und die PKV ihre Leistungen getrennt voneinander und stützen sich dafür auf externe Leistungserbringer wie Ärzte und Krankenhäuser. Die Kosten der Leistungen werden von der jeweiligen Krankenkasse getragen – in der GKV nach dem Leistungsrecht des SGB V, in der PKV je nach dem Umfang des individuell vereinbarten Versicherungsschutzes. Es gibt allerdings Maßnahmen und Einrichtungen, die den Versicherten beider Systeme zugute kommen. Auftragsgemäß stellt die vorliegende Arbeit beispielhaft gesetzliche Bestimmungen für solche Maßnahmen und Einrichtungen vor – unter besonderer Berücksichtigung der Frage, wie die Finanzierung erfolgt. In der Regel hat der Gesetzgeber bei solchen Maßnahmen und Einrichtungen in den entsprechenden Regelungen die Möglichkeit einer finanziellen Beteiligung der PKV eröffnet. In einigen Fällen ist diese Beteiligung der PKV bislang nicht erfolgt, im größeren Teil der Fälle beteiligt sich die PKV an den Kosten.

1 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214).

2 Bundesministerium für Gesundheit, Monatsstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung über Mitglieder, Versicherte und Kranke, Jahresdurchschnitt 2017 Bund insgesamt – Mitgliederstatistik KM1, abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>. Dieser und die folgenden Links wurden zuletzt abgerufen am 6. Dezember 2018.

3 Verband der Privaten Krankenversicherung, Zahlen und Fakten, Stand Juni 2018, <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>.

4 Im Jahr 2016 waren von rund 8.770.000 Mitgliedern 49,35 Prozent beihilfeberechtigt, siehe dazu: Verband der PKV, Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2016, abrufbar unter: <https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2016.pdb.pdf>.

2. Maßnahmen und Einrichtungen, die ausschließlich von der GKV finanziert werden

2.1. Krankenhausstrukturfonds

2.1.1. Regelungsgegenstand

Die Finanzierung der Krankenhäuser ist nach dem Grundsatz der dualen Finanzierung aufgebaut.⁵ Investitionskosten für Krankenhäuser werden im Grundsatz durch die Bundesländer finanziert (§ 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG)⁶. Die Betriebskosten werden dagegen über die Abrechnung der erbrachten Leistungen hauptsächlich durch die Krankenversicherungen getragen.

Dieser Grundsatz wird in § 12 KHG modifiziert. Darin hat der Gesetzgeber die Errichtung eines Krankenhausstrukturfonds vorgesehen, aus dessen Mitteln Vorhaben zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung mitfinanziert werden: Bundesländer, die die Kosten entsprechender Vorhaben zu 50 Prozent tragen, können die Finanzierung der restlichen Kosten durch den Strukturfonds beantragen.

2.1.2. Finanzierung

Die Mittel des Strukturfonds wurden zu Anfang einmalig in Höhe von 500 Millionen Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und damit aus Mitteln der GKV finanziert (§ 12 Abs. 1 Satz 1 KHG). Die Mittel aus dem Strukturfonds kämen – so die Ansicht des Gesetzgebers – allen Versicherten zugute. Deshalb sei es sachgerecht, wenn sich die PKV daran beteilige.⁷ Der Gesetzgeber hat daher in § 12 Abs. 1 Satz 2 KHG eine freiwillige, zusätzliche Beteiligung der privaten Krankenversicherungen ausdrücklich ermöglicht – eine Option, die nicht wahrgenommen wurde.⁸

In Artikel 2 des gerade beschlossenen, aber noch nicht verkündeten Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG)⁹ ist die Einfügung eines § 12a KHG vorgesehen. Dieser regelt die Fortführung des Strukturfonds und dafür die Zuführung von weiteren Mitteln in Höhe von bis zu 500 Millionen

5 Quaaas, in: Quaaas/Zuck/Clemens (Hrsg.), Medizinrecht, 4. Auflage, München 2018, § 26 Rn. 10.

6 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581).

7 Siehe dazu insgesamt: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 30. Juni 2015 (BT-Drs. 18/5372), S. 52.

8 Siehe dazu: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Bundestagsdrucksache 19/4453), S. 28, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/20181005_GKV-SV_Stn_PpSG_final.pdf.

9 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 24. September 2018 (BT-Drs. 19/4453), am 9. November 2018 vom Bundestag beschlossen.

Euro jährlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2019 bis 2022. Auch hier ist die Möglichkeit zur Beteiligung der PKV ausdrücklich vorgesehen.¹⁰

2.2. Modellvorhaben zur Behandlung von Patienten mit pädophiler Sexualstörung

2.2.1. Regelungsgegenstand

Zur Durchführung und Veranlassung sogenannter Modellvorhaben werden die Krankenkassen grundsätzlich in den §§ 63 ff. SGB V ermächtigt. Als Modellvorhaben werden Projekte bezeichnet, mit denen mögliche Weiterentwicklungen in der Praxis erprobt werden. Solche Erprobungen werden durch das Gesetz insbesondere für die Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung oder für Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, zur Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft ermöglicht. Jedes der Modellvorhaben ist nach § 63 Abs. 5 SGB V zu befristen, da Sinn und Zweck der Projekte die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gemäß § 65 SGB V ist, nach der über eine Aufnahme des Erprobten in die Versorgung der GKV entschieden werden kann.

Mit § 65d SGB V sind im Besonderen Modellvorhaben zur Behandlung von Patienten mit diagnostizierter Pädophilie vorgesehen. Die Modellvorhaben sollen, veranlasst durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wissenschaftlich begleitet und anschließend ausgewertet werden, um die Wirksamkeit der Therapien speziell für Patienten mit diagnostizierter Pädophilie zu bewerten. Ziel dieser Förderung ist die Prävention und die Verhinderung möglicher drohender sexueller Übergriffe auf Kinder. Da potentielle Patienten wegen der drohenden Stigmatisierung durch die Diagnose der Pädophilie auf die Inanspruchnahme der Modellvorhaben verzichten könnten, sollen die Angebote die Anonymität der Patienten gewährleisten.¹¹ Auf Grund dieser Anonymität kann im Rahmen dieser Modellvorhaben nicht zwischen gesetzlich und privat versicherten Patienten unterschieden werden.¹²

2.2.2. Finanzierung

Mit § 65d Abs. 1 Satz 1 SGB V wurden ab dem 1. Januar 2017 jährliche Fördermittel von insgesamt 5 Millionen Euro für solche Modellvorhaben vorgesehen. Diese Fördermittel sind durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu zahlen, der diese Summe auf die Krankenkassen nach ihrer Versichertenzahl umlegt, § 65d Abs. 4 Satz 1 SGB V.¹³ Der Gesetzgeber hat dabei

10 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 24. September 2018 (BT-Drs. 19/4453), S. 10 f. und 58 f.

11 Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 9. November 2016 (BT-Drs. 18/10289), S. 52.

12 Scholz, in: Rolfs/Giesen u. a. (Hrsg.), BeckOK Sozialrecht, 50. Edition, München 2018, SGB V § 65d Rn. 8; Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 9. November 2016 (BT-Drs. 18/10289), S. 53.

13 Zur Vergabe der Fördermittel siehe: Fördergrundsätze des GKV-Spitzenverbandes für Modellvorhaben gemäß § 65d SGB V, gültig ab dem 01.06.2017, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung/1/2017-06-01_Foerdergrundsaeetze_Modellvorhaben_nach_65d_SGB_V_1.4.pdf.

durch § 65d Abs. 4 Satz 3 SGB V klargestellt, dass sich neben diesem Betrag auch weitere Einrichtungen an der Förderung der Modellvorhaben beteiligen können, insbesondere private Krankenversicherungen und der Verband der Privaten Krankenversicherung sowie öffentliche Stellen.¹⁴ Das ist zum einen auf die Möglichkeit der anonymen Behandlung von privat Krankenversicherten zurückzuführen, zum anderen auf die unterschiedliche Zielrichtung der finanziellen Beteiligung. Während die Leistungen der Krankenkassen primär der Krankenbehandlung dienen, bleibe – so eine Einschätzung der juristischen Literatur – die Pädophilie-Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.¹⁵ Derzeit beteiligt sich die PKV nicht an diesen Modellvorhaben.¹⁶

3. Maßnahmen und Einrichtungen, die gemeinsam von der GKV und der PKV finanziert werden

3.1. Koordinierungs-, Vermittlungs-, Transplantationsregister- und Vertrauensstelle des TPG

3.1.1. Regelungsgegenstand

Für die Verwaltung der in der Gesamtheit nicht ausreichenden menschlichen, zur Transplantation verwendbaren Organe sieht der Gesetzgeber Zentralisierung und Unabhängigkeit vor. Das Transplantationsgesetz (TPG)¹⁷ regelt in den §§ 11, 12, 15a ff. TPG die Gründung mehrerer zentraler Stellen (Koordinierungs-, Vermittlungs-, Transplantationsregister- und Vertrauensstelle), die im Aufbau und ihren Finanzen Unabhängigkeit garantieren müssen. Da Konkurrenzleistungen durch Gesetz ausgeschlossen sind, kommen diese Stellen gesetzlich und privat Versicherten zugute.

Zur Koordinierung des gesamten Prozesses der Transplantation sieht § 11 TPG eine zentrale Stelle vor. Diese koordiniert Entnahme, Transport und Übertragung der Organe, mithin alle notwendigen Schritte, bis auf die Vermittlung von Organen an Spender. Als sogenannte Koordinierungsstelle wurde gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 und 3 TPG vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Deutsche Stiftung Organtransplantation, eine Stiftung bürgerlichen Rechts, beauftragt. Dies geschah zuerst durch Vertrag aus dem Jahre 2000¹⁸ und aktuell durch den Koordinierungsstellenvertrag 2015¹⁹.

14 Nebendahl, in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Auflage, München 2018, SGB V § 65d Rn. 5.

15 Leopold, in: Hauck/Noftz (Hrsg.), SGB, Berlin 2018, SGB V § 65d Rn. 24; Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 9. November 2016 (BT-Drs. 18/10289), S. 53.

16 Auskunft des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom 28. November 2018 auf Anfrage der Wissenschaftlichen Dienste.

17 Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz - TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757).

18 Scholz/Middel, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 3. Auflage, München 2018, TPG § 11 Rn. 4.

19 Zu dem aktuellen Vertrag nach § 11 Absatz 2 Transplantationsgesetz zur Beauftragung einer Koordinierungsstelle, bekanntgemacht durch das Bundesministerium für Gesundheit am 15. Februar 2016, BANz AT 18.02.2016 B2, berichtigt in BANz AT 26.02.2016 B3.

Davon getrennt ist gemäß § 12 TPG die Vermittlung transplantationsfähiger Organe in einer eigenständigen zentralen Stelle zu verwalten. Als sogenannte Vermittlungsstelle wurde die Stichting Eurotransplant International Foundation (ET), eine privatrechtliche Stiftung niederländischen Rechts mit Sitz in Leiden/Niederlande, beauftragt.²⁰ Die Stiftung registriert die potentiellen Organspender und die Organempfänger und weist diesen nach bestimmten Kriterien, wie Dringlichkeit und Erfolgsaussichten, die zur Verfügung stehenden Organe zu.

In einer dritten selbstständigen Stelle, der sogenannten Transplantationsregisterstelle gemäß § 15b Abs. 1 Satz 1 TPG, soll das Transplantationsregister geführt werden. Dieses Register soll Daten zu Transplantationsvorgängen zentral sammeln und damit der Weiterentwicklung, Verbesserung, Bewertung und Überwachung eine umfangreiche Datengrundlage bieten. Als Zwischenschritt soll die wiederum eigenständige Vertrauensstelle gemäß § 15c Abs. 1 TPG dienen. Diese soll Daten pseudonymisieren, bevor sie an die Transplantationsregisterstelle gelangen, und kann nachträglich den Personenbezug der Daten auch wiederherstellen. Mit dem Betrieb der Transplantationsregisterstelle wurde die Gesundheitsforen Leipzig GmbH und mit dem Betrieb der Vertrauensstelle die Schütze Consulting AG beauftragt.²¹

3.1.2. Finanzierung

An den Kosten für diese Stellen sind die beteiligten Leistungsträger nach der tatsächlichen Inanspruchnahme einer Einrichtung durch ihre Versicherten beteiligt. Das gilt für die betroffenen Leistungsträger der GKV und der PKV gleichermaßen. Für alle hier genannten Stellen des TPG haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine Vereinbarung über Aufgaben und Finanzierung dieser Stellen geschlossen. Teil dieser Vereinbarungen sind stets auch Bestimmungen zur Finanzierung der Stellen.²²

Der Verband der PKV hatte sich bereits vor der Einführung des § 11 Abs. 2 Satz 3 TPG an der fallbezogenen Finanzierung der Koordinierungsstelle beteiligt und dafür eine Vereinbarung mit der Deutsche Stiftung Organtransplantation über die Geltung des Koordinierungsstellenvertrages geschlossen. Durch Gesetzesänderung und Einführung des § 11 Abs. 2 Satz 3 TPG müssen Vereinbarungen nun im Einvernehmen mit dem Verband der PKV geschlossen werden, wodurch dieser direkt Teil der Vereinbarung wird und auf einen Erweiterungsvertrag verzichten kann.²³ Die Finanzierung der Arbeit der Koordinierungsstelle erfolgt entsprechend der aktuellen Vereinbarung

20 Scholz/Middel, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht 2018, TPG § 12 Rn. 1.

21 Vgl. Anhang 2 der Vereinbarung zum DSO-Budget für das Jahr 2018 nach § 7 des Koordinierungsstellenvertrages gemäß § 11 TPG, bekanntgemacht durch das Bundesministerium für Gesundheit am 19. April 2018, BAnz AT 15.05.2018 B5.

22 § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4, § 12 Abs. 4 Satz 2 Nr. 7, § 15b Abs. 4 Satz 1 Nr. 8 und § 15c Abs. 3 Satz 1 TPG.

23 Siehe dazu: Begründung im Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 19. Oktober 2011 (BT-Drs. 17/7376), S. 23.

durch die Berechnung von Kostenpauschalen pro Fall auf der Grundlage der geschätzten Organspendenfälle im Jahr.²⁴ Bei Unter- oder Überschreitung der geschätzten Fallzahlen werden die im Gesamterlös entstehenden Differenzen ausgeglichen.²⁵

Die Vermittlungsstelle wird durch eine Registrierungs pauschale jedes potentiellen Organempfängers finanziert, gezahlt durch die jeweils zuständige Krankenversicherung.²⁶ Auch an dieser Pauschale hatte sich der Verband der PKV vor der Einführung des § 12 Abs. 4 Satz 3 TPG durch Vereinbarung über die Geltung des gesetzlich vorgesehenen Vertrages beteiligt. Diese Vorgehensweise wurde durch die Einführung des § 12 Abs. 4 Satz 3 TPG gesetzlich aufgenommen.²⁷

Bei der Finanzierung der Transplantationsregisterstelle und der Vertrauensstelle kann sich die PKV nach § 15b Abs. 4 Satz 2 bzw. § 15c Abs. 3 Satz 3 TPG beteiligen, muss es aber nicht. Grundsätzlich sieht § 15b Abs. 4 Satz 1 Nr. 8 bzw. § 15c Abs. 3 Satz 1 TPG die angemessene Finanzierung der Transplantationsregisterstelle aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Nach Nr. 6 der Vereinbarung zum DSO-Budget für das Jahr 2018 nach § 7 des Koordinierungsstellenvertrages gemäß § 11 TPG²⁸ werden Transplantationsregisterstelle und Vertrauensstelle durch pauschale Zahlungen für jedes transplantierte Organ finanziert.²⁹

3.2. Klinische Krebsregister

3.2.1. Regelungsgegenstand

Gemäß § 65c Abs. 1 Satz 1 SGB V richten die Bundesländer zur Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung klinische Krebsregister ein. Diese Register erfassen Daten über das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf onkologischer Erkrankungen in der ambulanten und stationären Versorgung, werten diese für die Leistungserbringer aus und dienen der Darstellung der Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Leistungen. Damit unterstützen die Register

24 Jährliche Budgetverhandlungen sind in den §§ 1 Abs. 3, 7 Abs. 1 Koordinierungsstellenvertrag 2015 vorgesehen.

25 Siehe hierzu insbesondere die Nr. 1.2, 1.3, 3.1 und 3.2 sowie die Durchlaufposten 2.5, 4.1, 4.2, 6.2 und 6.3 der aktuellen Vereinbarung zum DSO-Budget für das Jahr 2018 nach § 7 des Koordinierungsstellenvertrages gemäß § 11 TPG, bekanntgemacht durch das Bundesministerium für Gesundheit am 19. April 2018, BAnz AT 15.05.2018 B5.

26 Die aktuelle Pauschale beträgt 2018 1165,56 Euro; siehe dazu: Vereinbarung über das Eurotransplant-Budget für das Jahr 2018 (18. Fortschreibung der Durchführungsbestimmung zu § 11 Absatz 1 des Vertrags nach § 12 Absatz 4 Satz 2 TPG), bekanntgemacht durch das Bundesministerium für Gesundheit am 19. April 2018, BAnz AT 15.05.2018 B6.

27 Siehe dazu: Begründung im Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 19. Oktober 2011 (BT-Drs. 17/7376), S. 24.

28 Vereinbarung zum DSO-Budget für das Jahr 2018 nach § 7 des Koordinierungsstellenvertrages gemäß § 11 TPG, bekanntgemacht durch das Bundesministerium für Gesundheit am 19. April 2018, BAnz AT 15.05.2018 B5.

29 Diese betragen aktuell für das Transplantationsregister 403,00 Euro und für die Geschäftsstelle, die die Führung der laufenden Geschäfte der Überwachungskommission nach § 11 Absatz 3 Satz 4 TPG, der Prüfungskommission nach § 12 Absatz 5 Satz 4 TPG sowie der gemeinsam betriebenen Vertrauensstelle wahrnimmt, 654,00 Euro.

eine leitliniengerechte Versorgung, fördern die interdisziplinäre, direkt patientenbezogene Zusammenarbeit bei der Krebsbehandlung in der Region und tragen dazu bei, Qualitätsdefizite in der onkologischen Versorgung zu erkennen und zu beseitigen. Die Erkenntnisse aus der klinischen Krebsregistrierung bilden zudem die Grundlage für eine transparente und sektorenübergreifende Darstellung der onkologischen Versorgungsqualität auf Landes- und auf Bundesebene.³⁰ Die Einrichtung und den Betrieb der Register regeln nach § 65c Abs. 1 Satz 6 SGB V die Bundesländer. In diesen Gesetzen können Meldepflichten vorgesehen werden, vgl. § 65c Abs. 6 SGB V. Diese umfassende Datenerhebung ermöglicht die Überwachung der Versorgung und unterstützt die Forschung, was auch privat Versicherten dient. Der Aufbau der klinischen Krebsregister ist bundesweit noch nicht abgeschlossen.³¹

3.2.2. Finanzierung

Die laufenden Betriebskosten der klinischen Krebsregister sind von den Bundesländern in Höhe von 10 Prozent zu tragen, vgl. dazu § 65c Abs. 4 Satz 6 SGB V. Die restlichen 90 Prozent finanzieren grundsätzlich die Krankenkassen. Dies geschieht durch die Zahlung einer Pauschale je gemeldetem Fall. Diese Pauschale, die sich seit 2015 jährlich um die prozentuale Veränderung des Durchschnittsentgelts verändert, wird nach Regelungen der Rentenversicherung berechnet.³² Die Bundesländer und die Landesverbände der Krankenversicherungen können eine davon abweichende Höhe der Pauschale vereinbaren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen muss diese Höhe jedoch, falls notwendig, soweit anpassen, dass 90 Prozent der durchschnittlichen Betriebskosten der betroffenen Register durch die Pauschale finanziert werden. An der Zahlung der Pauschale und in einem solchen Fall auch an den entsprechenden Vereinbarungen zu der Höhe der Pauschale kann sich der Verband der PVK bzw. der jeweilige Landesausschuss beteiligen, siehe dazu § 65c Abs. 3 Satz 2, Abs. 4 Satz 5 SGB V.

Die PKV beteiligt sich seit der gesetzlichen Verankerung der klinischen Krebsregister an deren Finanzierung.³³ Dafür wurden Förderverträge mit den Registern abgeschlossen, die bis einschließlich 2017 eine pauschale Förderung in Höhe von 7 Prozent aller Fälle eines Registers vorsahen. Seit 2018 erfolgt eine fallbezogene Förderung.

30 Siehe dazu die Begründung im Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG) vom 31. Oktober 2012 (BT-Drs. 17/11267), S. 2.

31 Siehe dazu: GKV-Spitzenverband, Klinische Krebsregister, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/qualitaetssicherung_2/klinisches_krebsregister.jsp.

32 Siehe dazu Anlage 1 zu Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) - Gesetzliche Rentenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337), in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575).

33 Auskunft des PKV-Bundesverbandes vom 5. Dezember 2018 auf Anfrage der Wissenschaftlichen Dienste.

Das liegt auch an der notwendigen Umsetzung durch Landesrecht. An dem bereits arbeitenden gemeinsamen klinischen Krebsregister der Länder Brandenburg und Berlin beteiligt sich die PKV durch Zahlung der Pauschale.³⁴

3.3. Ambulante Hospizdienste

3.3.1. Regelungsgegenstand

Ambulante Hospizdienste übernehmen in ehrenamtlicher Tätigkeit die Sterbebegleitung und palliativ-pflegerische Beratung von Personen in deren Haushalt, in deren Familien oder in anderen Einrichtungen, die nicht vorrangig der Sterbebegleitung dienen.³⁵

3.3.2. Finanzierung

Gemäß § 39a Abs. 2 SGB V haben die Krankenkassen ambulante Hospizdienste zu fördern, indem sie diesen Zuschüsse für die Personal- und Sachkosten gewähren. Während diese Förderung anfangs noch ausschließlich durch die GKV getragen wurde, beteiligt sich seit Abschluss entsprechender Vereinbarungen im Jahre 2015 auch die PKV an diesen Zuschüssen. Die PKV übernimmt dabei 10 Prozent der Gesamtfördersumme, wenn der betroffene Hospizdienst im Förderjahr auch privat Versicherte betreut hat.³⁶ Diese Quote entspricht ungefähr dem Anteil an privat Versicherten an der Gesamtheit an Versicherten. Die PKV finanziert mit dieser Quote auch die Kosten, die für jene privat Versicherten anfallen, die nur einen Teil ihres Gesundheitsrisikos über die PKV versichert haben und für deren restliches Risiko ein Beihilfeträger aufkommt.³⁷ Vereinbarungen über eine Rückerstattung dieses Anteils vom Beihilfeträger bestehen bisher nur mit dem Bund, dem Land Schleswig-Holstein, dem Land Brandenburg und der Evangelischen Kirche.

-
- 34 Klinisches Krebsregister Brandenburg Berlin, Pressemitteilung vom 1. September 2016, abrufbar unter: <https://www.kkrbb.de/www/website/design/story/detail.htm?recordid=15703DF14A2&NavPath1=Artikel&NavPath2=&NavPath3=&NavPath4=&EntryPoint=/www/website/design/story>.
- 35 Kingreen, in: Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Auflage, München 2018, SGB V § 9a Rn. 21.
- 36 Siehe dazu: Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016, abrufbar unter: https://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/Rahmenvereinbarung%C2%A7%2039a%20Abs%202%20Satz%208%20SGB%20V%202016%2003%2014.pdf; Ergänzungsvereinbarung zu dieser Rahmenvereinbarung, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung/1/hospiz_palliativversorgung/Amb_Hospiz_Ergaenzungsvereinbarung_2016-03-14.pdf.
- 37 Der Anteil der privat Versicherten ohne Beihilfeanspruch bzw. unter Herausrechnung des Beihilfeanspruchs beträgt ungefähr 7 Prozent.

3.4. Unabhängige Patientenberatung

3.4.1. Regelungsgegenstand

§ 65b SGB V sieht die Förderung von Einrichtungen vor, die qualitätsgesichert, kostenfrei und unabhängig Patienten beraten. Die Förderung hat das Ziel, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen aufzuzeigen. Die Beratung erfolgt daher gegenüber allen Verbraucherinnen und Verbrauchern sowie Patientinnen und Patienten, unabhängig davon, ob sie gesetzlich oder privat versichert sind.³⁸ Diese Art der Förderung besteht seit 2011 und wurde seitdem an die Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH (UPD) als Verbund unabhängiger Beratungsstellen vergeben.³⁹ Derzeit ist die UPD in 30 Städten fest vertreten und zudem mit drei Beratungsmobilen an wechselnden Orten erreichbar.⁴⁰

3.4.2. Finanzierung

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vergibt für die UPD jeweils für eine Laufzeit von sieben Jahren Fördermittel. Diese betragen 2016 insgesamt 9 Millionen Euro und werden seitdem jährlich um die prozentuale Veränderung des Durchschnittsentgelts, berechnet nach Regelungen der Rentenversicherung⁴¹, angepasst (§ 65b Abs. 1 S. 1, Abs. 2 Satz 1 SGB V). Gesetzlich zwingend wird die Finanzierung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen getragen. Dabei sieht § 65b Abs. 2 Satz 3 SGB V die Aufteilung der Fördersumme unter den gesetzlichen Krankenkassen nach deren Mitgliederzahl vor.

Die PKV kann sich zudem freiwillig und in beliebiger Höhe beteiligen und erhält, soweit sie dies angemessen tut, einen Sitz in einem bei der Fördermittelvergabe beteiligten Beirat (§ 65b Abs. 1 Satz 6 SGB V). Tatsächlich beteiligt sich die PKV in einer Höhe von knapp 7 Prozent an den Kosten. Diese Förderungshöhe orientiert sich an dem Anteil der Privatversicherten in Deutschland ohne Beihilfe im Verhältnis zur Gesamtheit der Krankenversicherten. Die Förderung erfolgt zweckgebunden zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz schwer erreichbarer Zielgruppen

38 Kaempfe, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Auflage, München 2018, SGB V § 65b Rn. 2.

39 Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 4. Juni 2014 (BT-Drs. 18/1657), S. 63.

40 Weitere Informationen dazu sind über den Online-Auftritt der UPD zu finden: <https://www.patientenberatung.de/de>.

41 Siehe dazu die Anlage 1 zu Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) - Gesetzliche Rentenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337), in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575).

durch Beratungen in Türkisch und Russisch sowie durch eine kultursensible Fortbildung der Berater. Im Jahr 2016 zahlte die PKV dafür einen Betrag von 630.000 Euro, der jährlich in entsprechender Anwendung der gesetzlichen Vorschrift angepasst wird.⁴²

3.5. Nationale Kontaktstelle

Einen Sonderfall stellt die gesetzliche Mitverpflichtung der PKV zur Finanzierung der Nationalen Kontaktstelle dar, wie sie in § 219d SGB V vorgesehen ist. Sie wird als Sonderabgabe mit Finanzierungsfunktion qualifiziert und ist in ihrer verfassungsrechtlichen Zulässigkeit umstritten.⁴³

3.5.1. Regelungsgegenstand

Zur Erleichterung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung innerhalb der EU sieht die Richtlinie 2011/24/EU⁴⁴ in Art. 6 die Schaffung sogenannter Nationaler Kontaktstellen vor, deren Hauptaufgabe die Information der EU-Bürger zur Gesundheitsversorgung im Land und zur Möglichkeit der Inanspruchnahme grenzüberschreitender Leistungen ist. Die deutsche Kontaktstelle wurde gemäß § 219d Abs. 1 Satz 1 SGB V als sogenannte Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eingerichtet. Sie informiert insbesondere über:

- nationale Gesundheitsdienstleister, geltende Qualitäts- und Sicherheitsbestimmungen, Patientenrechte einschließlich der Möglichkeiten ihrer Durchsetzung sowie die Zugänglichkeit von Krankenhäusern für Menschen mit Behinderungen,
- die Rechte und Ansprüche des Versicherten bei Inanspruchnahme grenzüberschreitender Leistungen in anderen Mitgliedstaaten,
- Mindestanforderungen an eine im grenzüberschreitenden Verkehr anerkennungsfähige Verschreibung und
- Kontaktstellen in anderen Mitgliedstaaten.

Das Nähere zur Bereitstellung von Informationen durch die Nationale Kontaktstelle wird durch Vertrag zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Verbindungs-

42 Siehe dazu: GKV-Spitzenverband, Faktenblatt Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), vom 21. September 2015, S. 1 f., abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressekonferenzen_gespraech/2015_2/pk_20150921_upd/Faktenblatt_UPD_2015-09-21.pdf.

43 Eine Sonderabgabe ist nur bei Vorliegen einer Finanzierungsverantwortung der Betroffenen für den zu finanzierenden Zweck verfassungsrechtlich zulässig (BVerfG, Beschluss vom 16. September 2009 – 2 BvR 852/07, BVerfGE 124, S. 235. Die nationale Kontaktstelle berät jedoch auch gesetzlich Versicherte und nicht in Deutschland versicherte Personen. Die Zulässigkeit nehmen an: Mühlhausen, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Auflage, München 2018, SGB V § 219d Rn. 3; Krasney, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 101. EL, München 2018, SGB V § 219d Rn. 10. An der Verfassungsmäßigkeit zweifeln: Ternes, in: Schlegel/Voelzke, juris Praxiskommentar – SGB V, 3. Auflage, Saarbrücken 2016, § 219d Rn. 53 f.; Pötters, Ziele und Ausgestaltung der nationalen Kontaktstelle nach Richtlinie 2011/24/EU, in: Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht 2013, S. 160 (163).

44 Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. Nr. L 88 S. 45, Celex-Nr. 3 2011 L 0024), zuletzt geändert durch Richtlinie 2013/64/EU des Rates vom 17. 12. 2013 (ABl. Nr. L 353 S. 8).

stelle Krankenversicherung – Ausland sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den privaten Krankenversicherungen vereinbart, siehe § 219d Abs. 2 SGB V. Die Kontaktstelle macht ihre Tätigkeit nicht davon abhängig, ob die interessierte Person gesetzlich oder privat versichert ist. Die nationale Kontaktstelle dient daher auch privat Versicherten.

3.5.2. Finanzierung

Die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Kontaktstelle macht Vorgaben über die Aufteilung der Kosten; gleichwohl bleibt den Beteiligten eine vertragliche Einigung über den Umfang ihrer jeweiligen Beteiligung an der Finanzierung der Kontaktstelle vorbehalten. Nach den gesetzlichen Vorgaben in § 219d Abs. 3 Satz 3 SGB V beteiligt sich die PKV zu 5 Prozent, die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu 20 Prozent, die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu 20 Prozent sowie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung zu 10 Prozent. Die restlichen Kosten in Höhe von 45 Prozent trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die tatsächlich geschlossene Vereinbarung weicht nicht von diesen Vorgaben ab.

Die gesetzliche Regelung führt zu einer hälftigen Beteiligung der Vertreter der Leistungserbringer und der Leistungsträger. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung tragen zusammen 50 Prozent der Kosten. Die restlichen 50 Prozent tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland und die privaten Krankenversicherungen. Innerhalb des hälftigen Anteils der Leistungsträger ist die GKV mit 90 Prozent, die PKV mit 10 Prozent beteiligt – eine Verteilung, die wiederum dem Verhältnis zwischen Versichertem der GKV und der PKV entspricht.

3.6. Zusätzliche Pflegepersonalstellen nach dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)

3.6.1. Regelungsgegenstand

Eine gesetzliche Verpflichtung der GKV und der PKV zur gemeinsamen Finanzierung von Maßnahmen findet sich auch im gerade beschlossenen Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG).⁴⁵

Das neue Gesetz sieht u. a. die Schaffung von 13.000 neuen Pflegepersonalstellen in Pflegeeinrichtungen vor. Dies soll die vollstationären Altenpflegeeinrichtungen einschließlich der Kurzzeitpflege-Einrichtungen bei ihrer täglichen Leistungserbringung unterstützen, ohne die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen damit finanziell zu belasten.⁴⁶ Für diesen Zweck

45 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 24. September 2018 (BT-Drs. 19/4453).

46 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 24. September 2018 (BT-Drs. 19/4453), S. 95

führt der neu einzuführende § 8 Abs.6 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)⁴⁷ sogenannte Vergütungszuschläge ein, die an vollstationäre Pflegeeinrichtungen ausgezahlt und zur Finanzierung zusätzlicher Stellen genutzt werden sollen.

3.6.2. Finanzierung

Die Vergütungszuschläge sind aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu zahlen, werden aber durch zusätzliche Mittel der gesetzlichen und privaten Krankenkassen finanziert. Dazu ist als neuer § 37 Abs. 2a SGB V vorgesehen:

„(2a) Zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches leisten die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“⁴⁸

Die privaten Krankenkassen werden in einem neu geschaffenen § 8 Abs. 9 Satz 1 und 2 SGB XI ebenfalls zur Beteiligung an den Kosten des Vergütungszuschlags verpflichtet:

„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro.“⁴⁹

Dieser feste Betrag entspricht rund 6,43 Prozent der Gesamtfinanzierung; eine Begründung zur Beteiligungshöhe findet sich im Gesetzesentwurf nicht. Die Größenordnung dieser Beteiligung orientiert sich aber wiederum am Anteil der privat Krankenversicherten ohne Anspruch auf Beihilfe im Verhältnis zur Gesamtheit der Krankenversicherten.

4. Zu den verfassungsrechtlichen Problemen der Verpflichtung von GKV und PKV

Bei der Ausgestaltung der Finanzierung von Einrichtungen und Maßnahmen zugunsten von gesetzlich und privat Krankenversicherten kommt dem Gesetzgeber ein weiter Gestaltungsspielraum zu, der insbesondere durch verfassungsrechtliche Vorgaben begrenzt wird. Bei der Betrachtung der genannten Fälle lässt sich feststellen, dass der Gesetzgeber über das SGB V und das SGB XI die GKV durchweg zur Finanzierung verpflichtet hat. Der PKV wird dagegen regelmäßig

47 Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung, Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757).

48 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 24. September 2018 (BT-Drs. 19/4453), S. 3 und 70.

49 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 24. September 2018 (BT-Drs. 19/4453), S. 4, 95 und 97.

die Möglichkeit zu einer freiwilligen finanziellen Beteiligung eingeräumt, die sie in unterschiedlichem Umfang wahrnimmt. Eine bindende Beteiligungsverpflichtung der PKV wurde nur an zwei Stellen vorgesehen: zum einen bei der Nationalen Kontaktstelle, zum anderen bei der Finanzierung der zusätzlichen Pflegepersonalstellen. Abschließend soll kurz der verfassungsrechtliche Hintergrund für diese gesetzlichen Regelungen skizziert werden.

Das Grundgesetz (GG)⁵⁰ enthält in Art. 105 den Grundsatz, dass die Gemeinlasten des Staates durch Steuern zu finanzieren sind. Zwar bleibt es dem Gesetzgeber belassen, auch nichtsteuerliche Abgaben einzuführen, jedoch stellt das BVerfG mit Blick auf die Art. 105 ff. GG und die Grundrechte Anforderungen an solche Abgaben. Danach muss eine verfassungsgemäße Abgabe

- sachlich besonders gerechtfertigt sein und sich deutlich von der Steuer unterscheiden,
- die besondere Belastung durch die Abgabe muss gemäß Art. 3 Abs. 1 GG gerechtfertigt sein (Belastungsgleichheit) und
- der Grundsatz der Vollständigkeit des Haushaltsplans muss gewahrt bleiben, Art. 110 Abs. 1 GG.⁵¹

Es existieren unzählige nichtsteuerliche Abgaben, darunter Beiträge, Gebühren und Sonderabgaben - letztere als Zahlungen für einen in der Verantwortung der Betroffenen liegenden Zweck, aber ohne unmittelbare Gegenleistung.⁵² Da Sonderabgaben ein Umgehungsrisiko für die Steuerregelungen des Grundgesetzes enthalten, stellt das BVerfG für sie besondere Voraussetzungen auf. Sonderabgaben, die der Finanzierung dienen (sogenannte Finanzierungsabgaben), können allein von einer homogenen Gruppe mit Sach- und Finanzierungsverantwortung für den zu fördernden Zweck erhoben werden, und zwar zweckgebunden für diesen konkreten Zweck, der nicht in der bloßen Mittelbeschaffung liegen darf. Sonderabgaben sind im Haushalt zu dokumentieren und regelmäßig auf ihre Berechtigung zu prüfen.⁵³

Besonders bei der Verpflichtung der PKV, sich an der Finanzierung bestimmter Maßnahmen und Einrichtungen zu beteiligen, ist der verfassungsrechtliche Rahmen der Gestaltungsmöglichkeiten in jedem Einzelfall zu umreißen. So finden sich Ansichten in der Literatur, die Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der PKV-Verpflichtung in § 219d SGB V äußern. Diese Zweifel werden auf die verfassungsrechtlichen Anforderungen an eine Sonderabgabe gestützt, insbesondere auf den

50 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. Juli 2017 (BGBl. I S. 2347).

51 Siehe dazu, mit weiteren Nachweisen: Kube, in: Epping/Hillgruber (Hrsg.), BeckOK Grundgesetz, 38. Edition, München 2018, GG Art. 105 Rn. 10.

52 Kube, in: Epping/Hillgruber (Hrsg.), BeckOK Grundgesetz, 38. Edition, München 2018, GG Art. 105 Rn. 11 ff., 15 f., 16 ff., 20.

53 Siehe dazu, mit weiteren Nachweisen: Seiler, in: Maunz/Dürig (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, 84. EL, München 2018, GG Art. 105 Rn. 84.

notwendigen Verantwortungszusammenhang zwischen der PKV und den Aufgaben der Nationalen Kontaktstelle. Ob eine Verpflichtung der PKV im Einzelfall zulässig ist, richtet sich nach der Qualifizierung der Abgabe und dem Vorliegen der jeweils einschlägigen Voraussetzungen.

Daneben kommt auch eine Verletzung von Grundrechten in Betracht. Insbesondere das Grundrecht der Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG kann durch die Verpflichtung der PKV zur Finanzierung von Maßnahmen und Einrichtungen betroffen sein.⁵⁴ Das Grundrecht der Berufsfreiheit stellt unterschiedlich hohe Anforderungen an Eingriffe, je nach ihrer Intensität. Dabei wird grundsätzlich zwischen Eingriffen in die Berufsausübung sowie subjektiven und objektiven Zulassungsregelungen unterschieden. Je stärker sich ein Eingriff auf die Möglichkeit auswirkt, den betroffenen Beruf zu ergreifen, desto höher sind die Anforderungen an seine Rechtfertigung.⁵⁵

Die Frage einer Verletzung von Art. 12 Abs. 1 GG durch eine gesetzliche Verpflichtung der PKV ist im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)⁵⁶ ausgiebig diskutiert worden.⁵⁷ Mit diesem Gesetz wurde der sogenannte Basistarif für die PKV verpflichtend eingeführt - ein Tarif, der an den Höchstbeitrag der GKV gekoppelt ist und für den die PKV Leistungen anbieten muss, die mit dem Angebot der GKV vergleichbar sind. Für diesen Basistarif wurde der PKV ein Kontrahierungszwang auferlegt, sodass Versicherungsverträge mit bestimmten Personen geschlossen werden müssen, ohne dass eine risikoäquivalente Beitragszahlung vereinbart werden kann. Diese gesetzliche Regelung wurde zum Teil als Verletzung der Berufsfreiheit der PKV-Unternehmen aus Art. 12 Abs. 1 GG gewertet;⁵⁸ allerdings hat das in diesem Streit angerufene BVerfG die Verfassungsmäßigkeit der Regelungen festgestellt.⁵⁹ Im Kern gaben die vom Gesetzgeber erwarteten geringen negativen Beeinträchtigungen der PKV-Unternehmen durch die Einführung des Basistarifs den Ausschlag für die Entscheidung des BVerfG. Die geringen Beeinträchtigungen standen dem beachtlichen Gemeinwohlinteresse gegenüber, allen Bürgerinnen und Bürgern einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz in der gesetzlichen oder in der privaten Krankenversicherung zu sichern. Damit nahm das BVerfG die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs

54 Vgl. die Entscheidung des BVerfG zu Abgaben an den Absatzfonds der Forst- und Holzwirtschaft: BVerfG, Beschluss vom 12. Mai 2009 – 2 BvR 743/01 –, BVerfGE 123, S. 132.

55 Ruffert in: Epping/Hillgruber (Hrsg.), BeckOK Grundgesetz, 38. Edition, München 2018, GG Art. 12 Rn. 93 ff.

56 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378).

57 Siehe zu diesem Streit um die Verfassungsmäßigkeit etwa: Sodan, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Auflage, München 2018, § 45 Rn. 40 ff.

58 Wilms, Verfassungsrechtliche Aspekte der Reform der PKV, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 2011, S. 325 (329 ff.).

59 BVerfG, Urteil vom 10. Juni 2009 – 1 BvR 706/08 –, BVerfGE 123, S. 186; BVerfG, Beschluss vom 10. Juni 2009 – 1 BvR 825/08 –, BVerfGE 124, S. 25.

in Art. 12 Abs. 1 GG an.⁶⁰ Die Vertreter der Gegenmeinung bezogen sich dagegen auf eine Existenzbedrohung der PKV-Unternehmen als Hauptargument für die Verfassungswidrigkeit.⁶¹ Ob eine finanzielle Verpflichtung der PKV an Einrichtungen und Maßnahmen des Gesundheitssystems verfassungsgemäß sind oder nicht, lässt sich nicht pauschal beantworten, sondern muss in jedem einzelnen Fall geprüft werden.

Vor diesem Hintergrund ist zusammenfassend festzuhalten, dass die mehrheitlich eröffnete freiwillige Beteiligung der PKV an entstehenden Kosten dem Vorwurf einer nicht verfassungsmäßigen Verpflichtung der PKV vorbeugt. Die Finanzierung der hier dargestellten Einrichtungen und Maßnahmen zeigt zudem, dass in der Mehrheit der Fälle eine Beteiligung der PKV – fallbezogen oder anteilig entsprechend dem Anteil der privat Versicherten – realisiert worden ist, auch wenn diese vom Gesetzgeber nicht zwingend vorgesehen war.

* * *

60 BVerfG, Urteil vom 10. Juni 2009 – 1 BvR 706/08 –, BVerfGE 123, S. 186 (Rn. 171).

61 Wilms, Verfassungsrechtliche Aspekte der Reform der PKV, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 2011, S. 325 (335 f.).