



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)160(8)
gel. VB zur öAnh am 11.5.2020 - 2.
Bevölk.schutzg.
5.5.2020

Stellungnahme

zum

Beschluss des Bundeskabinetts über eine
Formulierungshilfe für die Fraktionen der CDU/CSU und SPD

für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen
Lage von nationaler Tragweite**

5. Mai 2020

Artikel 6 – Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

Vorgeschlagene Regelung:

Um zu verhindern, dass privat Krankenversicherte aufgrund vorübergehender Hilfebedürftigkeit dauerhaft im Basistarif versichert sein werden, erhalten sie ein Rückkehrrecht in ihren vorherigen Versicherungstarif unter Berücksichtigung vormals erworbener Rechte ohne erneute Gesundheitsprüfung, wenn sie die Hilfebedürftigkeit innerhalb von zwei Jahren überwunden haben und innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Hilfebedürftigkeit die Rückkehr in den vorherigen Versicherungstarif beantragen. Das vereinfachte Rückkehrrecht soll unbefristet für Versicherte gelten, die nach dem 15. März 2020 infolge von Hilfebedürftigkeit in den Basistarif wechseln.

Bewertung:

Die Regelung wird mit der Erwartung begründet, dass infolge der wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie mehr PKV-Versicherte als bisher hilfebedürftig werden und in den Basistarif wechseln. Für die Annahme, dass es zu einem überproportionalen Zugang in den Basistarif kommt, gibt es indes keinen Anlass:

Erstens ist aufgrund der umfangreichen staatlichen Schutzmaßnahmen für Soloselbständige und Kleinunternehmen mit begrenzten Fallzahlen zu rechnen, zumal nicht alle Selbständigen in gleicher Weise von der Pandemie betroffen und teilweise (darunter der Großteil der freischaffenden Künstler) auch nicht in der PKV versichert sind.

Zweitens gilt bis zum 30. Juni 2020 das gerade erst in der Krisengesetzgebung geschaffene Beitragsmoratorium nach Art. 240 § 1 EGBGB aus dem Gesetz zur Abmilderung der Folgen der COVID-19-Pandemie im Zivil-, Insolvenz- und Strafverfahrensrecht.

Drittens blendet der Entwurf die bestehenden und verbraucherfreundlicheren Instrumente der PKV für wirtschaftlich schwierige Lebenslagen aus: bei Zahlungsschwierigkeiten werden schon jetzt individuelle Vereinbarungen zum Zahlungsaufschub, zu Teilzahlungen oder zum (befristeten) Tarifwechsel in andere Normal- oder Sozialtarife geschlossen.

Eine Regelung im Sinne des Verbraucherschutzes wäre es zudem, den am 31. Dezember 2008 geschlossenen Standardtarif auch für die PKV-Neuzugänge ab 1. Januar 2009 wieder zu öffnen.

Stattdessen konzentriert sich die Neuregelung allein auf den Basistarif und wird in der Praxis den Druck von Grundsicherungsträgern und Sozialhilfeträgern auf Hilfebedürftige erhöhen, in den Basistarif zu wechseln. Im Schatten der Krise gibt sie somit vor, Probleme zu lösen, die bei einer versichertenfreundlichen Verwaltungspraxis der Grundsicherungsträger vermieden werden könnten und schon vor der Krise hätten vermieden werden müssen:

Bei Hilfebedürftigkeit können Versicherungsnehmer in ihrem bisherigen Versicherungstarif verbleiben und müssen nicht in den Basistarif ihres Versicherungsunternehmens wechseln, um einen Zuschuss zu erhalten. Übersteigt allerdings der monatliche Beitrag im bisherigen Tarif den halbierten Beitrag, der bei Hilfebedürftigkeit im Basistarif zu zahlen ist, entsteht entweder eine Finanzierungslücke zulasten des Versicherungsnehmers, die er selbst zu schließen hat, oder er muss in den Basistarif seines Versicherungsunternehmens wechseln. In der Vergangenheit haben die Träger der Grundsicherung und der Sozialhilfe daher die Versicherten auch gegen ihren Willen in den Basistarif gezwungen.

Es ist auch abzulehnen, dass nun die aus diesen ordnungspolitisch fragwürdigen Fehlentwicklungen und aus der Verwaltungspraxis resultierenden Folgeprobleme von der Versicherungsgemeinschaft gelöst werden sollen. Die Neuregelung führt auch zu einer bedenklichen Ungleichbehandlung: Hat der Versicherte in seinem Normaltarif beispielsweise Wahlleistungen im Krankenhaus versichert, fällt diese Leistung bei einem Wechsel in den Basistarif weg. Bei der Rückkehr aus dem Basistarif in den bisherigen Normaltarif stellt sich diese Leistung allerdings als Mehrleistung dar – der dann nicht durch einen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss Rechnung getragen werden könnte. Die hilfebedürftigen Versicherten des Basistarifs würden insoweit beim Wegfall der Hilfebedürftigkeit privilegiert und ungleich behandelt im Verhältnis zu den übrigen Versicherten, die ebenfalls zwischen Normaltarifen wechseln, um ggf. Beiträge zu senken.

Pointiert: Mit der Neuregelung würde eine beitragsfreie Anwartschaftsversicherung im Hinblick auf den Normaltarif begründet. Die Folge wäre eine doppelte Ungleichbehandlung: nicht hilfebedürftige Versicherte müssten hierfür im Gegensatz zu den vormals Hilfebedürftigen einen Beitrag zahlen, während etwaige Risikoverschlechterungen des Hilfebedürftigen auf die Versicherten im Normaltarif umgelegt würden. Dies wäre ein systemfremder Eingriff in bestehende Verträge.

Sollte der Gesetzgeber dennoch diesen Eingriff als eine Krisenmaßnahme rechtfertigen wollen, genügt die Beschränkung auf eine vorübergehende Hilfebedürftigkeit, die innerhalb von zwei Jahren überwunden werden kann, nicht. Einen ausdrücklichen Bezug zur Pandemie weist die vorgeschlagene Regelung nämlich nicht auf. Vielmehr führt die Regelung aus Anlass der Krisenbewältigung eine grundlegende Änderung im Recht des Basistarifs herbei, die durch die Krise nicht veranlasst ist.

Vor diesem Hintergrund muss die Regelung wie folgt verändert werden:

- Der Eingriff muss klar als pandemiebedingte Überbrückung bis maximal Ende 2020 befristet werden.
- Der Eingriff muss auf die Normaltarife beschränkt werden, die erforderlich sind, um die Pflicht zur Versicherung zu erfüllen.

Artikel 4 Nr. 4 – Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

Vorgeschlagene Regelung:

Vorgesehen ist eine zusätzliche Verordnungsermächtigung zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Hiernach kann das BMG ohne Zustimmung des Bundesrates festlegen, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für ihre Versicherten in Bezug auf bevölkerungsmedizinisch relevante übertragbare Krankheiten Testungen auf eine Infektion oder Immunität leisten muss. Die symptomunabhängigen Testungen in Bezug auf SARS-CoV-2 sollen Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV werden, auch durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vorgenommene Testungen können bei entsprechend Versicherten über die GKV abgerechnet werden. Bei den Tests kann es sich um Nachweise der akuten Infektion (PCR-Test) als auch einer durchgemachten Infektion handeln (Antikörper-Test), um ggf. einen Immunitätsnachweis zu führen.

Bewertung:

Gegenüber der vorangehenden Formulierungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit wird mit der nunmehr vorgelegten Fassung in der Begründung keine Schätzung zu den Zielsetzungen bei den Testzahlen hinterlegt (vormals bis zu 4,5 Millionen PCR-Test pro Woche). Die Begründung informiert lediglich darüber, dass „je einer Million zusätzlicher ungebundelter Tests der GKV bei Kostenübernahme Mehrausgaben von ca. 60 Mio. Euro entstehen“. D.h. ein einzelner Test wird mit 60 Euro veranschlagt (gemeint sind an dieser Stelle wohl die PCR-Tests). Umfang und Preis für die Antikörper-Tests bleiben ohne Erwähnung.

Mit der Kombination der vorgelegten Maßnahmen soll offensichtlich das Ziel der strikten Eindämmung der Epidemie in Deutschland verfolgt werden. In diesem Sinne werden auch die verschiedenen Datenerfassungen und Dokumentationen angelegt, die für die durchzuführenden Testungen auf eine Infektion bzw. die Feststellung einer möglichen Immunität erfolgen sollen. Das Ziel zur Überwindung der Epidemie wird damit ausgerichtet auf die konsequente Reduzierung der Reproduktionsrate, bis ein wirksamer Impfstoff zur Verfügung steht. Da nach derzeitiger Auffassung der wissenschaftlichen Fachwelt mit der Verfügbarkeit einer wirksamen und sicheren Impfung frühestens Mitte 2021 zu rechnen ist, wird die Durchführung der Testungen auf viele Monate bis Jahre angelegt.

Einbettung in eine Gesamtstrategie

Der voraussichtlich hohe Aufwand an Ressourcen und Kosten für eine solche umfangreiche Testung kann nur bei Einbettung in eine gut geplante Teststrategie und in eine Gesamtstrategie zur Beilegung der Epidemie gerechtfertigt werden. Ohne eine solche liefert die unkoordinierte Veranlassung von Tests bei symptomfreien Personen keinen nennenswerten Erkenntnisgewinn zur Bekämpfung der Pandemie. Eine solche Test- und Gesamtstrategie wird aber im Gesetzentwurf nicht dargelegt und findet sich derzeit auch nicht in den Veröffentlichungen des Robert-Koch-Institutes.

Dabei sind essentielle Kernfragen zur Pandemie derzeit noch ungeklärt:

1. Wie hoch ist die Zahl der Menschen mit (durchgemachter) Infektion an SARS-CoV-2 („Dunkelziffer“)?
2. Welcher Behandlungsbedarf, insb. stationärer und intensivmedizinischer ggf. mit Beatmung, lässt sich ableiten?
3. Wie viele Patienten sterben tatsächlich *an* der Infektion und nicht *mit* ihr?

Die Klärung dieser Fragen ist dringend und nur mit gezielter Untersuchung repräsentativer Stichproben zu klären. Erforderlich ist dabei auch der Einsatz eines zuverlässigen Tests auf Antikörper gegen das SARS-CoV-2-Virus. Mit diesen Erkenntnissen ließen sich auch die erforderlichen Behandlungskapazitäten weit genauer planen. Um Frage 3 zu beantworten, wären differenzierte Meldungen von den behandelnden Kliniken zu den Patienten mit SARS-CoV-2 erforderlich. Die bisherige Aussage „im Zusammenhang mit SARS-Cov-2 verstorben“ reicht nicht aus. Unter Zugrundelegung vorgenannter Erkenntnisse wäre auch eine Teststrategie besser abzuleiten.

Prüfung der Preispolitik

Aus der Kostenabschätzung im Gesetzentwurf ergibt sich, dass ein Preis in Höhe von 60 Euro für eine PCR-Testung veranschlagt wurde. Schon in den bisherigen Mengen von bis zu 400.000 Tests pro Woche sind keine Mengeneffekte auf den Preis eingerechnet. Mit dieser gegenüber den sonstigen Testansätzen hohen Testzahl entsteht ein erheblicher Effektivitätszuwachs, der in der Preisbildung zu berücksichtigen wäre. In diesem Zusammenhang behält sich das BMG nach diesem Gesetzentwurf vor, durch Rechtsverordnung auch in die Preisbildung und -gestaltung bei Labordiagnostik einzugreifen (Artikel 1 Nr. 3. § 5 IfSG Abs. 2 Nr. 4 lit. f).

Verantwortung und Tragung der Testkosten

In der Gesamtschau handelt es sich bei den mit dem Gesetzentwurf vorgeschlagenen Regelungen um Aufgaben und staatliche Maßnahmen zum Seuchenschutz aufgrund einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach dem Infektionsschutzgesetz zum Schutze der gesamten Bevölkerung. Die Bundesregierung behält sich durch verschiedene Rechtsverordnungen auch weitergehende Eingriffsrechte vor. Die zu gewinnenden Erkenntnisse sollen auch zur Steuerung der weitergehenden politischen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie dienen. Insofern wäre es konsequent und zu fordern, dass die Tragung der Kosten von der öffentlichen Hand übernommen, d.h. aus Steuergeldern finanziert wird.

Artikel 5 Nr. 4 Buchstabe b (§ 150 Abs. 5d SGB XI) - Pflegeunterstützungsgeld

Vorgeschlagene Regelung:

Die Regelung soll bis zum 30. September 2020 sicherstellen, dass bei einem durch das SARS-CoV-2-Virus verursachten pflegerischen Versorgungsengpass Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatz für bis zu 10 Tage gewährt werden kann, wenn Beschäftigte aufgrund einer anderweitig nicht behebbaren Versorgungslücke die pflegerische Versorgung eines nahen Angehörigen im Sinne des Pflegezeitgesetzes in dieser Zeit selbst organisieren oder sicherstellen müssen.

Bewertung:

Die Regelung sieht eine Gewährung von Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt zehn Tage vor. § 44a Abs. 3 Satz 1 SGB XI bezieht sich hingegen auf bis zu insgesamt zehn *Arbeitstage*. Es ist kein Grund ersichtlich, hiervon abzuweichen. Daher schlagen wir folgende Änderung vor (Änderung unterstrichen und kursiv):

„(5d) Abweichend von § 44a Absatz 3 Satz 1 haben Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt zehn *Arbeitstage* (...).“

Artikel 5 Nr. 5 – Sonderleistung für Pflegekräfte

Vorgeschlagene Regelung:

Beschäftigte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen sollen – gestaffelt nach Belastung und Risikonähe, Verantwortungsübernahme und Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit – von ihren jeweiligen Arbeitgebern einmalig eine Sonderleistung (Corona-Prämie) erhalten, die den Pflegeeinrichtungen von der sozialen Pflegeversicherung und im ambulanten Bereich anteilig von der Gesetzlichen Krankenversicherung refinanziert wird. In der zweiten Hälfte des Jahres 2020 werden das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium der Finanzen festlegen, in welchem Umfang die Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung Zuschüsse des Bundes zur Refinanzierung der Boni erhalten. Die Prämie kann von den Ländern und den Arbeitgebern in der Pflege auf bis zu 1.500 Euro (Grenze der Steuer- und Sozialversicherungsfreiheit) aufgestockt werden.

Bewertung:

Es ist breiter Konsens, dass die Leistungen der Pflegekräfte in der Altenpflege während der Corona-Krise besonders zu würdigen sind. Gesamtgesellschaftliche Anerkennung sollte aber auch gesamtgesellschaftlich finanziert werden, d.h. durch Steuermittel und nicht durch Beitragsmittel.

Die vorgeschlagene Regelung belastet hingegen verbindlich nur die Beitragszahler der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Erst später soll eine Refinanzierung über Steuermittel geprüft werden. Die Beitragszahler, die teilweise selbst durch die wirtschaftlichen Folgen der Krise belastet sind, tragen damit das Risiko der Vorfinanzierung. Statt dieses Umwegs, dessen Umsetzung vom Finanzminister und der allgemeinen Haushaltslage abhängen wird, sollte direkt eine Finanzierung aus Steuermitteln verbindlich vorgesehen werden.