Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(31)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
19.10.2010

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 25.10.2010

Entwurf eines Gesetzes zur
nachhaltigen und sozial ausgeglichenen
Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG),
vom 28.09.2010 - BT-Drs. 17/3040
einschließlich der Änderungsanträge der Regierungsfraktionen vom 05.10.2010 (Ausschussdrucksache 17(14)0072)

Stand 18. Oktober 2010

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46-0

Geschäftsführungseinheit Finanzen
Geschäftsführungseinheit Versorgung
Geschäftsführungseinheit Politik & Unternehmensentwicklung

ÜBERSICHT:	**Seite**
I. VORBEMERKUNG	**3**
II. GESETZENTWURF UND ÄNDERUNGSANTRÄGE	**5**
Stärkung der Finanzierungsgrundlagen und Sozialausgleich:	
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, • Nummer 3a –neu- (§ 53 SGB V) – Wahltarif Kostenerstattung (Änderungsantrag 3 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP) • Nr. 18 b) - § 242 Abs. 6 – Verspätungszuschlag beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag	**5**
Ausgabenbegrenzung:	
Vertragsärztliche Versorgung Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch • Nr. 7 - § 87 (Abs. 9) und Nr. 8 § 87d SGB V	**8**
Hausarztzentrierte Versorgung Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch • Nr. 5 - § 73b SGB V	**13**
Vertragszahnärztliche Versorgung Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch • Nr. 6 § 85 a) und b) SGB V Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch • § 85 Abs. 3g (neu) SGB V	**17**
Stationäre Versorgung Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes • Nr. 1 a) und b) (§ 4 Abs. 2a KHEntgG) und Nr. 4 a) und b) (Anlage 1 KHEntgG) • Nr. 2 (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG) • Nr. 3 Buchstabe b (§ 10 Abs. 4 S. 4 KHEntgG) Artikel 10 Änderung der Bundespflegesetzverordnung • Nr. 1 (§ 6 Abs. 1 S. 3 BPflV) und Nr. 2 (§ 6 Abs. 2 S. 1 BPflV)	**19**

I. VORBEMERKUNG:

Ziel des vorgelegten Entwurfs eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) ist es, kurzfristig das für 2011 erwartete Defizit in Höhe von 11 Milliarden Euro zu schließen und mittelfristig wirkende Maßnahmen einzuleiten, die eine finanzielle Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung auch weiterhin gewährleisten. Dazu soll einerseits die Einnahmenseite gestärkt werden und andererseits die Ausgabensteigerung gedämpft werden.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass damit ein entscheidender Beitrag für die weitere Sicherstellung des vollständigen Leistungsangebots der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit der guten Versorgung der Patienten geleistet wird. Des Weiteren ist es zwar grundsätzlich anerkennenswert, dass die Lasten für die nächsten zwei Jahre auf viele Schultern verteilt werden. Jedoch hat diese Verteilung eine deutliche Schieflage zu Lasten der Beitragszahler der GKV, da der Sparbeitrag von Krankenhäusern und Zahnärzten noch zu niedrig ausfällt, während Apotheker offensichtlich und Ärzte de facto von Sparmassnahmen ausgenommen werden. Nach den politisch gewollten sehr hohen Zuwächsen bei den Vergütungen im Vorjahr wäre eine "Nullrunde", wie sie von den gesetzlichen Krankenkassen bei den Verwaltungskosten erwartet wird, für Apotheker, niedergelassene Ärzte und die Krankenhäuser sicherlich keine Zumutung.

Darüber hinaus fehlen mittelfristig wirksame Strukturmaßnahmen für mehr Wettbewerb. Zur Förderung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung könnten deutlich mehr Marktkräfte freigesetzt werden, wenn Krankenkassen zum Beispiel mit bestimmten spezialisierten Leistungserbringern in der stationären und ambulanten Versorgung selektive Verträge über planbare Behandlungen abschließen könnten. Diese marktwirtschaftliche Freiheit zur Gestaltung einer besseren Versorgung fehlt. Somit wird die Chance vertan, die weitere Belastung der Beitragszahler durch das Heben von weiteren Effizienzreserven zu vermeiden oder zumindest zu verringern.

Licht und Schatten weisen die veränderten Finanzierungsmechanismen auf. So ist zwar zu begrüßen, dass die Krankenkassen nunmehr unabhängig von der durchschnittlichen Einkommenshöhe ihrer Mitglieder den Zusatzbeitrag erheben können, den sie benötigen, um die Unterdeckung aus dem Gesundheitsfonds auszugleichen. Bisherige Wettbewerbsverzerrungen aufgrund einer einkommensschwächeren Mitgliederstruktur werden damit behoben. Jedoch ist dabei sicherzustellen, dass diese Zusatzbeiträge auch wirklich an die Kasse gezahlt werden. Gegenwärtig weisen die diesbezüglichen Regelungen noch Defizite auf. Hier ist die Regierung gefordert, wirksame Mechanismen vorzusehen, die eine effektive und vollständige Beitragserhebung ermöglichen.

Die Verlagerung künftiger Ausgabensteigerungen ausschließlich in die Zusatzbeiträge ist kritisch zu sehen. Dies darf nicht dazu führen, dass mittelfristige Strukturreformen eingestellt werden. Unnötige Kostensteigerung aufgrund überhöhter Forderungen von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern dürfen nicht direkt auf dem Rücken der Versicherten abgeladen werden. Die nach oben offenen Zusatzbeiträge sind kein Freibrief für ineffiziente Strukturen im Gesundheitswesen. Gerade in der neuen Zusatzbeitragssystematik ist die Verantwortung für die zahlenden Versicherten und somit der politische Reformdruck somit höher denn je.

Die derzeitigen Ausgleichsmechanismen zwischen den Kassen über den Gesundheitsfonds haben sich sowohl wettbewerblich wie sozial bewährt. Im Interesse der Versicherten begrüßt die AOK daher, dass die Bundesregierung diese sachgerechten Regelungen beibehält.

Nachfolgend wird zu den vorgesehnen Regelungen des Gesetzentwurfes Stellung genommen. Soweit zu einzelnen Regelungsbereichen vollständige Übereinstimmung mit der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes besteht, wird - um Doppelungen zu vermeiden -, insoweit auf dessen Stellungnahme verwiesen und von eigenen Ausführungen abgesehen.

II. GESETZENTWURF UND ÄNDERUNGANTRÄGE

Der AOK-Bundesverband trägt die Bewertungen und Änderungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes inhaltlich mit und nimmt an dieser Stelle nur insoweit Stellung, als sich davon abweichende oder ergänzende Bewertungen und Änderungsvorschläge ergeben.

Stärkung der Finanzierungsgrundlagen und Sozialausgleich

Zu Artikel 1 Nummer 3a –neu- (§ 53 SGB V) – Wahltarif Kostenerstattung (Änderungsantrag 3 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP)

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Redaktionelle Folgeänderung zum Änderungsantrag 2 (Kostenerstattung)

b) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife für besondere Versorgungsformen nach § 53 Abs. 3 wird von bislang drei Jahren auf ein Jahr verkürzt.

c) Nach Abs. 9 müssen die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, d. h. jeder Tarif soll sich selbst tragen. Die Krankenkassen haben hierüber regelmäßig gegenüber den Aufsichtsbehörden Rechenschaft abzulegen. Für Tarife der Kostenerstattung nach Abs. 4 soll künftig zusätzlich gelten, dass deren langfristige finanzielle Tragbarkeit von einem Wirtschaftprüfer oder einem Aktuar regelmäßig testiert werden muss.

B Stellungnahme

a) Wahltarife beleben den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander und gegenüber privaten Versicherungsunternehmen. Darüber hinaus besteht bei den Versicherten ein Bedarf an Leistungen aus einer Hand. Eine Einschränkung dieses Wettbewerbselements lehnt der AOK-Bundesverband daher ab. Im Gegenteil, den Krankenkassen sollten mehr Handlungsspielräume - insbesondere im Wettbewerb um die beste Kundenorientierung und Versorgung - zur Verfügung stehen. Auch Wahltarife nach § 53 Abs. 4 SGB V sind unter den bestehenden Rahmenbedingungen hierfür geeignet. Hierzu zählt, dass die Krankenkassen die Möglichkeit haben, den teilweise unterschiedlichen und individuellen Bedürfnissen ihrer Versicherten gerecht zu werden und möglichst vielen Versicherten den Zugang zu innovativen Angeboten mit dem bestmöglichen Service und Preis-Leistungsverhältnis zu ermöglichen. So kennen die Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen weder Leistungsausschlüsse noch Gesundheitsprüfungen. Sie sind unter Berücksichtigung des Solidarprinzips konzipiert und ermöglichen auch alten und kranken Versicherten den Zugang zu Zusatzangeboten, die ihnen durch die PKV verwehrt bleiben. Das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung wurde aufgrund der Bestrebungen, die Lohnnebenkosten abzusenken, immer weiter eingeschränkt. Der Bedarf des Versicherten sich gegen diese Leistungseinschränkung abzusichern, ist gegeben und stellt damit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, derer der Gesetzgeber durch die Wahltarife begegnet. Dies ist auch der Grund der unterschiedlichen steuerlichen Bewertungen der Angebote. Eine Absicherung über Angebote der PKV ist aufgrund der Zugangsbeschränkungen nicht durchgängig gegeben. Insofern gibt es sowohl von der Ausrichtung als auch von der Zielsetzung her Unterschiede zwischen den Angebotsstrukturen der GKV und PKV.

b) Die Verkürzung der Mindestbindungsfrist von drei Jahren auf ein Jahr kann geeignet sein, die Tarife für die einzelnen Versicherten attraktiver zu gestalten. Die Krankenkassen benötigen gleichzeitig für eine solide Kalkulation ihrer Tarife Planungssicherheit. Diese könnte an einen ausreichenden zeitlichen Planungshorizont geknüpft sein, der nicht durch die Bindungsfristen, sondern durch die Annahme der tatsächlichen Tarifteilnahmezeiten geprägt wird. Die Verkürzung der „Mindest"-Bindungsfrist ist nach Auffassung des AOK-Bundesverbandes dahin gehend zu interpretieren, dass es den Krankenkassen nicht verwehrt ist, in der Satzung des jeweiligen Wahltarifs auch Bindungsfristen von mehr als einem Jahr vorzusehen. Dies ist mit Blick auf den damit verbundenen und erweiterten Gestaltungsrahmen der Krankenkassen und die wettbewerbliche Zielsetzung der Wahltarife zu begrüßen. Zur Vermeidung von Fehlinterpretationen wird eine gesetzliche Klarstellung angeregt. Im Übrigen sind die aus einer Veränderung der Mindestbindungsfrist resultierenden Folgeänderungen auf § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V noch zu berücksichtigen.

c) Zu recht weist der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme daraufhin, dass die Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben des § 53 Abs. 9 Satz 1 bereits der staatlichen Aufsicht obliegt und es bisher keine Erkenntnisse dafür vorliegen, dass diese Aufsicht nicht hinreichend wäre, wodurch allein eine zusätzlich, zudem teure Berichtsform, in Form der regelmäßigen Testierung durch einen Aktuar oder Wirtschaftsprüfer zu rechtfertigen wäre.

C Änderungsvorschlag

Artikel 3a Buchst. b) wird wie folgt gefasst:

„b) Absatz 8 Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt ein Jahr. Die Satzung der Krankenkasse kann die Bindungsfrist bei den Wahltarifen nach den Absätzen 1 und 2 sowie 4 bis 7 auf bis zu drei Jahre erweitern. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist nach Satz 1 oder zum Ablauf der in der Satzung bestimmten Bindungsfrist nach Satz 2 gekündigt werden."

Die Sätze 3 bis 6 werden zu den Sätzen 4 bis 7.

Artikel 3a Buchst. c) wird gestrichen.

Artikel 1 Nr. 18 b) - § 242 Abs. 6 – Verspätungszuschlag beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags für mindestens sechs Kalendermonate hat das Mitglied der Krankenkasse einen Verspätungszuschlag zu zahlen, der höchstens drei fällige Zusatzbeiträge und mindestens 30 Euro betragen soll. Das Nähere, insbesondere die Höhe regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung. Das Mitglied hat bis zum Zustandekommen einer wirksamen Ratenzahlungsvereinbarung keinen Anspruch auf den Sozialausgleich nach § 242b. Die Krankenkasse teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nicht durchzuführen ist.

B Stellungnahme

Zutreffenderweise hat der GKV-Spitzenverband die Verschärfung von Sanktionsmechanismen bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags begrüßt, sieht jedoch die Einbeziehung des Arbeitgebers bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags aus datenschutzrechtlicher Sicht kritisch.

Ergänzend ist auszuführen, dass völlig fraglich ist, inwieweit ein einmaliger Säumniszuschlag maximal in Höhe des 3-fachen monatlichen Zusatzbeitrages bei Nichtzahlung von mindestens 6 Monatsbeiträgen einen wirklichen Sanktionsmechanismus darstellt. Da derzeit nicht beurteilt werden kann, wie hoch das Ausfallvolumen GKV-weit sein wird und dieses Ausfallrisiko mit zunehmenden Anstieg der Zusatzbeiträge in den nächsten Jahren an Bedeutung gewinnen wird, sollten die finanziellen Auswirkungen des Ausfallrisikos und die Wirksamkeit der Verspätungszuschläge nach Ablauf einen Jahres mit einem Zusatzbeitrag nach § 242a überprüft werden. Der GKV-Spitzenverband ist dabei als gesetzlicher Spitzenverband aller Krankenkassen diejenige Institution, die dazu legitimiert und in der Lage ist, entsprechende Erfahrungen bei allen Krankenkassen abzufragen und in einem Bericht zusammenzufassen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 6 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens 3 Monate nach Ablauf des Jahres, für das erstmalig ein Zusatzbeitrag nach § 242a ermittelt wurde, einen Bericht vor, in dem die finanziellen Auswirkungen der Nichtzahlung von Zusatzbeiträgen auf die jeweiligen Krankenkassen und die Wirksamkeit der Verspätungszuschläge dargestellt werden. Die Bundesregierung überprüft anhand dieses Berichtes, ob Änderungen der Vorschriften vorgenommen werden sollen.“

Ausgabenbegrenzung:

Vertragsärztliche Versorgung

Artikel 1 Nr. 7 - § 87 (Abs. 9) und Nr. 8 § 87d SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung soll für die ambulante ärztliche Versorgung bundesweit und befristet auf die Jahre 2011/12 gesetzlich einen linearen Ausgabenzuwachs vorgeben und zusätzlich in einem Schritt im Jahre 2011 die rechnerischen Leistungsbedarfsunterschiede zwischen den KVen durch regionale Anpassungsfaktoren verringern. Die regionale Anpassung wird nach Umfang und Verteilungsverfahren dem Bewertungsausschuss (BA) überantwortet.

Der neue Absatz 9 des § 87 SGB V zielt auf eine „grundsätzliche Überprüfung und Korrektur der gesamten Honorarreform“ im Laufe des Jahres 2011 ab und strebt ein „einfaches Honorarsystem“ an.

Die Regelungen sehen im Einzelnen vor:

§ 87 Abs. 9

Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit und mit ihm dem Deutschen Bundestag bis zum 30.04.2011 ein Konzept für eine „schrittweise Konvergenz der Vergütungen“ vorzulegen.

§ 87d

- **Abs. 1 reguliert die Preisseite bzw. Veränderung des Orientierungswertes**

1) Zunächst wird der Orientierungswert des Jahres 2010 in Höhe von 3,5048 Cent für die beiden Folgejahre festgehalten.
2) Die bereits beschlossene Differenzierung des Orientierungswertes bei Über- und Unterversorgung wird entsprechend ausgesetzt.
3) Punktwertanpassungen aufgrund neuer Zuschläge werden ausgesetzt.
5) Ausgesetzt werden auch Vorgaben zur Punktwertdifferenzierung aufgrund regionaler Besonderheiten und die Bildung entsprechender Indikatoren (Kosten/Versorgung).
6) An Stelle von regionalen Zuschlägen bei Unterversorgung werden Sicherstellungszuschläge wieder eingeführt.

- **Abs. 2 reguliert die Mengenseite bzw. Veränderung der Gesamtvergütung**

1) Vorgegeben werden Fristen für die Ermittlung von Gesamtvergütungen.
2) Die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind an eine veränderte Zahl der Versicherten und linear um plus 0,75 Prozent zu verändern. Die 0,75 Prozent entsprechen der halben erwarteten Morbiditätsrate. Als Rechtfertigung angeführt wird dafür u. a. die verspätete Einführung von Kodierrichtlinien.
3) Es können weiterhin Leistungen zusätzlich extrabudgetär gestellt werden (EGV). Dazu ist dann das Ausgangsvolumen der MGV für 2010 entsprechend zu verringern.

4) Zusätzlich (zu der begrenzten linearen Erhöhung) wird der Bewertungsausschuss zu einer vom Gesamtvolumen her nicht näher begrenzten asymmetrischen Anpassung des Behandlungsbedarfes für 2011 verpflichtet, wobei der Bedarf je Versicherten durch diese Anpassung in keiner KV sinken soll.
5) Die nach Abs. 2 Nr. 2 bis 4 angepassten bzw. in der KV ermittelten Gesamtvergütungen sind für die Berechnung der RLV je Arzt für 2011 zugrunde zu legen.
6) Nachberechungen wegen eines unvorhergesehenen Behandlungsbedarfs scheiden für 2011 aus.
7) Für asymmetrische Honorarzuwächse hat der Bewertungsausschuss ein verbindliches Verfahren vorzugeben, bei dem Zuwächse für Vergütungen je Versicherten vorgegeben werden, die einen festzulegenden Wert unterschreiten. Er kann dabei die jeweiligen Zuwächse begrenzen. Vergütungen je Versicherte (siehe oben) dürfen aber auch an keiner Stelle sinken.
8) Die Regelungen nach den Sätzen 2,3, 5 und 6 gelten auch für 2012. Die asymmetrische Anpassung nach Satz 4 ist danach in einem Schritt im Jahre 2011 zu vollziehen.

- **Abs. 3 regelt den ggf. rückwirkenden Honoraranspruchs des Arztes**

Stellt klar, dass der individuelle Honoraranspruch des Arztes auch dann weiter besteht, wenn die Regelungen für asymmetrische Zuwächse nicht rechtzeitig für vorlaufende Berechnungen und Ankündigungen realisiert werden konnten.

- **Abs. 4 macht Vorgaben für die Regulierung der EGV**

1) Die Gesamtvertragspartner „sollen“ bei der EGV ausgabenbegrenzende Maßnahmen treffen,
2) Ziel dabei ist, die halbe Grundlohnrate als Zuwachs nicht zu überschreiten, es sei denn, zwingenden Versorgungsgründe sprechen dafür.
3) Dazu sind Preisstaffelungen oder Mengenquotierungen vorzusehen …
4) … für die der Bewertungsausschuss ggf. Vorgaben machen kann.
5) Präventions- und Früherkennungsleistungen sind ebenso ausgenommen wie in 2009/10 neu eingeführte Leistungen („Balneophototherapie“, Neugeborenen-Hörscreening etc.).

B Stellungnahme

Da die unter Punkt D des Gesetzentwurfes genannten „finanziellen Wirkungen auf öffentliche Haushalte“ keine Einsparungen der niedergelassenen Ärzte, sondern nur für die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) aufführen, beabsichtigt die Bundesregierung offenbar neben der moderat festgelegten linearen Erhöhung für 2011 eine umso größere Erhöhung für KVen mit rechnerisch unterdurchschnittlichem Leistungsbedarf je Versicherten.

Die KBV ist politisch mit Phantasiemargen in zusätzlicher Milliardenhöhe in die Diskussion getreten und beruft sich in Verhandlungen fortgesetzt auf zudem öffentlich verbreitete Zugeständnisse aus der Politik, denen von dort offenbar auch den Unparteiischen Mitgliedern im Bewertungsausschuss gegenüber an Gewicht verholfen wird. Anders ist nicht zu erklären, dass der Bewertungsausschuss am 5. Oktober 2010 gegen die Stimmen der Kassenseite zusätzlich ein asymmetrisches Verteilungsvolumen von 500 Mio. Euro beschlossen hat. Neben der linearen Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) von 0,75 % (175 Mio. €) tritt so eine Erhöhung von bis zu 3,46 % (Bund 500 Mio. €) für die so genannte asymmetrische Verteilung. Dadurch wird **einem Spargesetz zur Folge** der Zuwachs der MGV auf 2011 (675 Mio. €) gegenüber dem Zuwachs auf

2010 (460 Mio. €) **um 46 % erhöht**. Hinzukommen wird der Zuwachs der extrabudgetären Vergütungen (EGV) von bis zu 400 Mio. €. Von daher werden den niedergelassenen Ärzten für 2011 Honorarzuwächse im Volumen weit über 1 Mrd. € beschert.

Der Gesetzentwurf gibt lineare Zuwächse der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) und der extrabudgetären Vergütungen (EGV) vor. Der Anstieg der MGV soll 0,75 Prozent betragen. Differenzierungen des Orientierungswertes, Zuschläge und Nachzahlungen werden ausgeschlossen. Von daher wäre die Einhaltung von Ausgabenobergrenzen bei der MGV sicherzustellen. Dagegen ist der auf die Hälfte des Grundlohnzuwachses begrenzte Anstieg der EGV nur mit einer „Soll-Bestimmung" eingeführt. Aus dem „Soll" würde ein auch schiedsamtsfestes „Muss", wenn dem nicht regionale Aspekte entgegengestellt werden könnten. Etwa beim ambulanten Operieren, den Onkologiepauschalen und Sachkosten /Wegegebühren und den Dialysesachkosten werden Einwände erhoben werden. Von daher ist die titulierte EGV-Begrenzung mit hohen Risiken versehen. Mit einem bundesweiten Anstieg von mehr als 400 Mio. € ist vorsichtigerweise zu rechnen. Die pauschale Begrenzung der Mengendynamik bei den Leistungen der EGV nimmt im Übrigen keine Rücksicht auf Besonderheiten einzelner Leistungssegmenten sowie des privilegierenden Charakters der Einzelleistungsvergütung und führt zu widersprüchlichen Ergebnissen.

Die so formulierte Ausgabenbegrenzung wird zudem durch Vorgaben zum Beschluss asymmetrischer regionaler Anpassungsfaktoren durch den Bewertungsausschuss für das Jahr 2011 vollends aufgehoben. Zwar sagt die Begründung, die „regionalen Anpassungsfaktoren" sollten „auch… die Verteilung des bisherigen Zuwachses gerechter gestalten" (Begründung zu Abs. 2 Satz 4). Tatsächlich aber will die Bundesregierung den Krankenkassen regional zusätzliche Finanzierungslasten auferlegen, deren Umfang und Verteilung sich an einem vom Bewertungsausschuss (BA) zu festzulegenden Benchmark orientieren soll.

Am 5. Oktober 2010 hat der Bewertungsausschuss bereits auf dieser, noch in Kraft befindlichen gesetzlichen Grundlage Beschlüsse getroffen mit den eingangs genannten finanziellen Mehrbelastungen für die GKV von im Volumen weit über 1 Mrd. €. Dass sich damit der Steigerungsbetrag der in Regelleistungsvolumen verteilten morbiditäts*orientierten* Gesamtvergütung von 460 Mio. € in 2010 auf 675 Mio. € in 2011 um 46 Prozent erhöhen wird, lag in der Neuregelung des öffentlich als Nullrunde bezeichneten Spargesetzes begründet, ohne hinreichend demokratisch offengelegt und vertreten worden zu sein.

Im Kern scheint es mithin nicht um die ärztliche Versorgung der Versicherten zu gehen, sondern um die Vermehrung der finanziellen Ausstattung der niedergelassenen Ärzte. Nach bisher schon ungeahnten Honorarsteigerungen in den Jahren 2009 und 2010 sollen weitere Steigerungen dazu kommen, ohne dass die Politik selbst dafür erkennbar die Verantwortung übernimmt.

Um dieses Ergebnis zu erreichen, wird das Ziel einer Morbiditätsorientierung der Vergütung außer acht gelassen. Denn zu den wenigen Vorgaben des GKV-FinG-E für die asymmetrische Fortentwicklung der Gesamtvergütungen gehört, dass sie sich nicht an den versichertenbezogenen Gesamtvergütungen der Krankenkassen orientierten soll, sondern - ohne kassenbezogen differenzieren zu dürfen - an der nicht weiter hinterfragten jeweiligen Vergütungsposition der Kassenärztlichen Vereinigung. Regionale Verhältnisse und etwa die jeweils unterschiedliche Arbeitsteilung mit dem stationären Sektor sollen dabei unbeachtet bleiben. Damit führte dieser ergebnisorientierte politische Eingriff das Vergütungssystem ordnungspolitisch weiter vom Morbiditätsbezug weg. Bisher schon erfolgt die Aufbringung der Mittel in Bezug auf die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung unter hohem Aufwand diagnosebezogen, um im zweiten Schritt dann paradoxer-

weise die differenzierte, patientenindividuelle ärztliche Behandlung in den Praxen zumeist nach groben Pauschalen zu honorieren. Das GKV-FinG-E geht noch einen Schritt weiter in die falsche Richtung und bewegt nur noch finanzformal „asymmetrisch“ Gesamtvergütungen je Kassenärztlicher Vereinigung.

Öffentliche Erklärungen der KBV, das Vergütungssystem sei nicht mehr reformierbar, finden damit ihre Bestätigung. Für die nach § 87 Abs. 9 (neu) angestrebte Revision des ambulanten Vergütungssystems sollte dann aber nach Auffassung der AOK auch dringend gerade bei der Verwendung der Mittel in der Versorgung auf eine medizinisch begründbare Allokation Wert gelegt werden, statt wiederum nur die Mittelaufbringung zu Gunsten der KV zu ändern. Dies erfordert – so weit als möglich – die Ablösung von Einzelleistungen und Pauschalen je Fall durch indikationsbezogene Fallpauschalen. Sie beschreiben den Standard des im Lande medizinisch gebotenen von der Leistungsseite her und bringen einen betriebswirtschaftlichen Bezug durch die Feststellung des im Lande dafür regelmäßig betriebenen Aufwandes. Damit würden versorgungsinhaltlich fundierte Stabilitätsmasse verwandt, die – wie im stationären Bereich – zu einem stabilen Vergütungssystem führen können.

Eine solche, konzeptionell überfällige Weichenstellung ist nicht von einem kurzfristig erforderlichen Gesetz zur Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV zu erwarten. Zu erwarten wäre aber auch von einem solchen begrenzten Vorhaben, dass die in den KVen organisierten Ärzte die Konsolidierungslasten der GKV ebenso wie Zahnärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie und die Krankenkassen selbst mittragen. Zwar orientiert sich die Begründung dem Tenor nach weithin an der Aufgabe der Ausgabenbegrenzung, und ein „zusätzlicher“ regionaler Anpassungsbedarf wird weder nachvollziehbar hergeleitet, noch werden „zusätzliche“ Honorarsteigerungen gerechtfertigt. Die in §87 Abs. 9 auch über einen Schritt im Jahre 2011 hinaus vorgegebene „Konvergenz der Vergütungen“ ist jedoch ordnungspolitisch mangels inhaltlicher Begründung und in anbetracht der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen ambulant und ambulant / stationär nicht zu rechtfertigen. Gleichwohl wird dem Bewertungsausschuss ein nicht näher charakterisiertes oder begrenztes Anpassungsverfahren überantwortet.

Kurzum: Durch den Entwurf würde eine gesetzlich unzureichend beschriebene, begrenzte und begründete Anpassungsaufgabe an den Bewertungsausschusses übertragen.

C Änderungsvorschläge

1. §87 Abs. 9 ist entbehrlich, weil es sich um eine Absichtserklärung ohne rechtlich relevante Substanz handelt.

2. Der Gesetzgeber sollte in § 87d Abs. 2 Satz 4 des SGB V i.d.F. GKV-FinG-E das Wort „zusätzlich“ durch das Wort „dabei“ ersetzen und in der Begründung deutlich machen, dass die Anpassung der Gesamtvergütungen innerhalb der im Übrigen genannten Ausgabenobergrenzen zu vollziehen ist. Dazu ist in der Begründung zu Satz 4 im ersten Satz das Wort „zusätzlich“ zu streichen. In Satz 2 der Begründung ist das Wort „auch“ zu streichen.

3. Darüber hinaus sollte eine regionale Anpassung nach § 87d Abs. 2 Satz 4 in mindestens 2 Jahresschritten erfolgen. Dazu ist in § 87d Abs. 2 letzter Satz auch Satz 4 aufzuführen.

4. Hilfsweise ist zu bestimmen, dass in den Regelungen nach § 87d Abs. 2 Satz 4 und Satz 7 jedenfalls Belastungen der Krankenkassen auszuschließen sind, die zu Er-

hebung von Zusatzbeiträgen für die Versicherten führen. Auf die Begründung zu § 73b Abs. 5a eines GKV-FinG-E wird Bezug genommen. Was für Verträge und Entscheidungen von Schiedsstellen gilt, muss auch für Entscheidungen des Bewertungsausschusses gelten.

5. Der Gesetzgeber sollte darüber hinaus in § 87d Abs. 4 Satz 1 SGB V i.d.F. eines GKV-FinG-E regeln, dass die Gesamtvertragspartner die Weiterentwicklung des Volumens der extrabudgetären Leistungen (EGV), die für den Zeitraum 2011 und 2012 an der halben Veränderung der Grundlohnsumme orientiert werden soll, für die Folgejahre an der allgemeinen Morbiditätsentwicklung ärztlicher Leistungen zu orientieren haben. Dadurch würde an dieser Stelle einer medizinisch nicht begründbaren Mengenentwicklung entgegengewirkt.

Hausarztzentrierte Versorgung

Artikel 1 Nr. 5 § 73b SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt mit der Änderung der Vorschrift des §73b SGB V das Wirtschaftlichkeitsgebot in der HzV zu stärken. Hierzu sind Neuregelungen vorgesehen, die die nachfolgenden drei Elemente enthalten:

1. Im Rahmen eines neuen Absatzes 5a wird die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für alle nach dem Kabinettsbeschluss zustande gekommenen HzV-Verträge ausdrücklich vorgeschrieben. Danach soll entweder eine Begrenzung der Fallwerte in der HzV auf das Niveau der KV-Versorgung oder eine Begrenzung der HzV-Vergütung auf den ermittelten Bereinigungsbetrag den Grundsatz der Beitragssatzstabilität erfüllen. Für Verträge, die vor dem Kabinettsbeschluss zustande gekommen sind, soll die bisherige Fassung des § 73b SGB V auch für Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 31.12.2012 anzuwenden sein.

2. In Absatz 8 neu wird klargestellt, dass die Vertragsparteien bei Vereinbarung von Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen, vertraglich sicherzustellen haben, dass Aufwendungen für diese Leistungen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Die bislang fakultativ ausgestaltete Regelung wird nunmehr durch eine verpflichtende Formulierung ersetzt.

3. Im Rahmen eines neuen Absatzes 9 werden die Krankenkassen verpflichtet, die nach dem Kabinettsbeschluss zustande gekommenen HzV-Verträge der zuständigen Aufsichtsbehörde zur Prüfung der Einhaltung der gesetzgeberischen Vorgaben vorzulegen. Der Aufsicht wird eine Zwei-Monatsfrist für Beanstandungen eingeräumt

B Stellungnahme

Mit der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Änderung des § 73b SGB V wurden die Krankenkassen verpflichtet, hausarztzentrierte Versorgungsverträge mit Gemeinschaften abzuschließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten. Soweit sich die Vertragsparteien nicht einigen können, ist die Gemeinschaft berechtigt, ein Schiedsverfahren zu beantragen. Eine Schiedsperson legt dann den Vertrag fest.

Die durch die Neuregelung geschaffene Privilegierung des Deutschen Hausärzteverbandes bzw. seiner regionalen Mitglieder hat in besonderem Maße zu ordnungspolitischen und rechtssystematischen Problemen geführt. Das vom Gesetzgeber als Ausnahme vorgesehene Schiedsverfahren bei Nichtzustandekommen eines HzV-Vertrages wurde, nachdem die Hausärzteverbände eine Flut von Schiedsverfahren angestrengt haben, zur Regel. Die Schiedspersonen haben bisher fast ausnahmslos Verträge festgelegt, die im Wesentlichen den Vorstellungen des Deutschen Hausärzteverbandes bzw. der Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) entsprechen. Kassen wurden damit gezwungen, Verträge umzusetzen, die aus ihrer Sicht unwirtschaftlich sind. Übergeordnete gesetzliche Grundsätze und Rahmenbedingungen für das vertragliche Handeln von Krankenkassen (z. B. Beitragssatzstabilität, Quersubventionierungsverbot, Refinanzierungsgebot) wurden jedoch von den Schiedspersonen nicht in ausreichendem Maße geprüft und beachtet.

Auch regional unterschiedliche Ausgangslagen in der Verordnungs- und Versorgungssituation wurden nicht ausreichend berücksichtigt. Damit drohen diesen Krankenkassen für die im Schiedsverfahren festgelegten HzV-Verträge erhebliche Mehrausgaben, ohne dass diesen Mehrausgaben eine entsprechend verbesserte Versorgungsqualität gegenüberstehen würde.

Eine Veränderung des § 73b SGB V wird deshalb ausdrücklich begrüßt. Als ordnungspolitisch sachgerecht wird vorrangig eine Lösung angesehen, bei der die HZV durch Aufhebung des Kontrahierungszwangs wieder konsequent in den Kreis der wettbewerblichen Selektivverträge außerhalb des Kollektivvertragssystems zurückgeführt wird. Hierzu wäre der § 73b SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung wieder herzustellen, so dass HZV-Verträge durch die Krankenkassen vertragswettbewerblich vergeben werden können. Die Verantwortung für Vertragsschlüsse würde damit wieder im pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkassen liegen, die auch die finanziellen Konsequenzen zu tragen haben.

Soweit der Gesetzgeber eine Wiederherstellung des § 73b SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung nicht favorisiert, wird eine weitere gesetzgeberische Klarstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die hausarztzentrierte Versorgung in § 73b SGB V befürwortet.

Bei der Ausgestaltung der gesetzlichen Änderungen sollten folgende fachliche Aspekte berücksichtigt werden:

Zu Absatz 5a neu (Konkretisierung der Beitragssatzstabilität)

a) Ein ausdrücklicher Verweis auf den **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** ist in diesem Kontext als Klarstellung zwar hilfreich, in Verbindung mit dem Vertrauensschutz könnte dies im Umkehrschluss hingegen so verstanden werden, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für bislang geschlossene Verträge nicht gegolten habe. Dies ist jedoch für die HzV nicht zutreffend. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität galt auch bisher schon, fand aber bei den Schiedspersonen – ebenso wie die weiteren Selbsttragungsgebote des § 73b Abs. 8 SGB V und des § 53 Abs. 9 SGB V - bislang keine ausreichende Beachtung. Insofern empfiehlt sich, die Gültigkeit des Grundsatzes unabhängig von einer Stichtagsregelung an rechtstechnisch besser geeigneter Stelle, ausdrücklich klarzustellen, z. B. entsprechend der Regelung in § 63 Abs. 3 Satz 1 SGB V durch die Ergänzung der Worte „ ;der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend.“ in § 73b Abs. 5 Satz 4 SGB V. Die Ausdehnung des Vertrauensschutzes auf Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 31.12.2012 für vor dem Kabinettsbeschluss zustande gekommene Verträge wird abgelehnt, da dies den Zeitraum, für den unterschiedliche Maßstäbe bei den HzV-Verträge gelten, unnötig weiter verlängert.

b) Um Auslegungsdiskussionen zu vermeiden, welche Verträge unter den **Vertrauensschutz** fallen, sollte in Absatz 5a eindeutiger formuliert werden. Um dies zu gewährleisten, sollte textlich zwischen einvernehmlichen Vertragsschlüssen und den durch Schiedspersonen festgelegten Verträgen unterschieden werden, so wie es auch in Absatz 9 neu vorgesehen wurde. Auch dort werden die im Schiedsverfahren festgelegten Verträge gesondert aufgeführt. Zur Rechtssicherheit wird zudem empfohlen, für einvernehmliche Vertragsschlüsse den Begriff „rechtswirksam“ zu verwenden, für durch Schiedspersonen festgelegte Verträge jedoch den Begriff „bestandskräftig“ (siehe Formulierungsvorschlag). Dies stellt klar, dass für im Schiedsverfahren bereits festgesetzte Verträge nur dann vom Vertrauensschutz erfasst

werden, wenn sie mit Rechtsbehelfen nicht mehr angefochten werden können. Vorher kann kein Vertrauensschutz entstehen. Hierdurch wird der Wille des Gesetzgebers, der ausdrücklich nur Verträge schützen will, die vor dem Kabinettsbeschluss „rechtsgültig“, d.h. rechtskräftig bzw. vollzogen sind, aufgegriffen und konkret umgesetzt.

Die Präzisierung um das Wort „bestandskräftig“ führt zudem zu einer weiteren Klarstellung der Frage, ob es sich bei dem Schiedsspruch der Schiedsperson um einen **Verwaltungsakt** handelt, denn nur ein Verwaltungsakt kann Bestandskraft erlangen. Hierfür spricht zum einen die Regelung des § 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V, die die fehlende aufschiebende Wirkung der Klage gegen die Festlegung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson regelt. Für eine hoheitliche Tätigkeit der Schiedsperson spricht auch, dass der Gesetzgeber in § 73b Abs. 4 in den Sätzen 1, 2 und 5 SGB V für das Zustandekommen des Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 eine rechtliche Abschlussverpflichtung und - bei fehlender Umsetzung - einen Anspruch der privilegierten Gemeinschaft auf Festsetzung durch den Schiedsspruch einer Schiedsperson vorsieht.

c) Von der in Satz 2 beabsichtigten **Begrenzung** durch einen **Vergleich von Fallwerten** wird aus fachlich-methodischen Gründen abgeraten. Die Einschätzung in der Gesetzesbegründung, dass der Fallwert ein geeigneter Orientierungsmaßstab sei, wird nicht geteilt. Endloser Streit um die Ermittlung der maßgeblichen Fallwerte wäre vorprogrammiert:

- Der **Fallwert ist keine fest definierte Größe**. Er ist im SGB V nicht bestimmt. Je nach Kontext wird darunter etwas anderes verstanden.
  - Ist der (prospektive) Fallwert aus dem Kontext der Berechnung der Regelleistungsvolumen gemeint?
  - Sind im Fallwert die neuen QZV- und extrabudgetären Leistungen enthalten oder nur die RLV-Leistungen?
  - Ist der ex-post festgestellte Fallwert inkl. aller Vergütungsbestandteile (RLV, QZV, extrabudgetäre Leistungen, abgestaffelte Leistungen usw.) gemeint? Dieser könnte ggf. erst vergleichsweise spät ermittelt werden.
  - Ist der Fallwertvergleich nur einmalig bei Vertragsschluss durchzuführen oder jedes Quartal? Die Fallwerte in der Kollektivversorgung schwanken von Quartal zu Quartal.
- Die **Referenzgröße** („durchschnittlicher Fallwert aller an der HzV teilnehmenden Ärzte in der KV) ist **methodisch ungeeignet**. Das gewünschte Ziel (Ausgabenneutralität) wird damit nicht erreicht. Gleiche Fallwerte in Kollektiv- und HzV-Vollversorgung bedeuten nicht, dass auch die Ausgaben für die Krankenkasse gleich wären.
  - Ein hausärztlicher KV-„Fall“ ist nicht gleichzusetzen mit einem HzV-„Fall“.

    In der Kollektivversorgung ist ein Arztkontakt mit einem Arzt im Quartal ein (Abrechnungs-)Fall. In den vorherrschenden HzV-Vollversorgungsverträgen gibt es kontaktunabhängige Pauschalen. Zählen diese auch als „Fälle“, selbst wenn in einem Quartal kein Arztkontakt bestand?

    Versicherte „verursachen“ in der hausärztlichen Kollektivversorgung durchschnittlich mehr als einen Fall je Quartal, da sie mehrere Hausärzte in An-

spruch nehmen. In der HzV kann grundsätzlich nur ein Hausarzt kontaktiert werden (= 1 Fall). Die Divisoren zur Ermittlung der Fallwerte weichen also in beiden Vergütungssystemen grundsätzlich voneinander ab und verzerren insofern das Ergebnis des Vergleichs.

- Die Referenzgröße bildet nicht die **unterschiedlichen Morbiditäten** ab - weder zwischen den Kassen noch zwischen den Versichertenkollektiven der HzV-Teilnehmer bzw. der Nicht-HzV-Teilnehmer. Auch der Bezug der Referenzgröße nur auf teilnehmende Ärzte ändert daran nichts.

- Ursache für die methodischen Mängel ist, dass Fallwerte die **Umsatzperspektive** eines **Arztes** widerspiegeln, nicht aber die Ausgabenperspektive einer Krankenkasse.

Deshalb wird empfohlen, nur die Begrenzung auf den Bereinigungsbetrag wie in Satz 3 vorgeschlagen umzusetzen. Dies ist die sachgerechtere, einfachere und klarere Lösung, die zudem auch noch die Morbidität „automatisch“ mit abbildet. Die extrabudgetären Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht explizit bereinigt werden müssen, aber in der Kollektivversorgung dennoch entfallen, sollten der Vollständigkeit halber ebenfalls berücksichtigt werden können.

Zu Absatz 8 neu (Klarstellung der Refinanzierung) und zu Absatz 9 neu (Vorlagepflicht und Beanstandungsrecht)

Keine Bewertung. Hinreichend sachgerechte Klarstellung bzw. Regelung.

C Änderungsvorschläge

Wiederherstellung des § 73b SGB V in seiner am 31.12.2008 gültigen Fassung.
Hilfsweise wird vorgeschlagen, folgende Änderungen an § 73b SGB V vorzunehmen:

1. In § 73b Abs. 5 Satz 4 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz ergänzt „der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend.“

2. In § 73b wird nach Absatz 5 folgender Absatz 5a eingefügt

   „(5a) In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem … (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) rechtswirksam werden oder deren Festlegung im Wege eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a Satz 1 nach diesem Zeitpunkt bestandskräftig wird, darf die Vergütung je Versicherten den aufgrund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelten Bereinigungsbetrag je Versicherten nicht überschreiten. Vergütungen an die Kassenärztliche Vereinigung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die aufgrund der Verträge wegfallen, können berücksichtigt werden.“

Vertragszahnärztliche Versorgung

Artikel 1 Nr. 6 § 85 a) und b) SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Beitrag der Zahnärzteschaft zur Ausgabenbegrenzung in der GKV.

Die Ausgaben für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der Grundlohnrate verändern. Entsprechend dürfen sich auch die Gesamtvergütungen (ohne Zahnersatz und Leistungen der Individualprophylaxe sowie Früherkennung) in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der nach § 71 Abs. 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate verändern.

B Stellungnahme

Die Beschränkung auf die hälftige Weitergabe der Grundlohnsumme für die Jahre 2011 und 2012 für die vertragszahnärztliche Versorgung ist zunächst zu begrüßen.

Nicht nachvollzogen werden kann, warum der Zahnersatz und Zahntechnik von der Ausgabenbegrenzung ausgenommen wird. Begründet wird die Forderung damit, dass in den letzten drei Jahren der prozentuale Anstieg der Ausgaben für die Versorgung mit Zahnersatz regelmäßig deutlich höher lag, als im gleichen Zeitraum die Beitragseinnahmen der Kassen gestiegen sind, so dass die Versichertengemeinschaft an dieser Stelle überproportional belastet wurde.

C Änderungsvorschlag

Die gesetzlichen Regelungen sind entsprechend abzuändern und für den Bereich Zahnersatz und Zahntechnik sowie für die Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen aufzunehmen.

Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 85 Abs. 3g (neu) SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Stufenweise Ost-Westangleichung im vertragszahnärztlichen Bereich, ohne Zahnersatz, für den Vertragszeitraum 2012 und 2013 für die neuen Bundesländer jeweils in Höhe von 2% und für Berlin jeweils in Höhe von 2.5% .

B Stellungnahme

Die einseitige Ost-Westangleichung der zahnärztlichen Honorare wird weiterhin abgelehnt.

Den AOKs entstünden bei Umsetzung des Gesetzesvorschlages für das Jahr 2012 Mehrkosten in Höhe von 12.3 Mio. Euro und im Jahr 2013 in Höhe von 12.4 Mio. Euro. Die Aufwendungen der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen nach wie vor in den neuen Bundesländern auf einem vergleichbaren Niveau wie in den alten Bundesländern. Für das Jahr 2009 wendete die AOK-West, je Versicherten 149,95 Euro und die AOK-Ost 144,29 Euro auf. Das heißt, dass für die höheren Einnahmen der Zahnärzteschaft in den alten Bundesländern nicht ursächlich die Einnahmen aus der vertragszahnärztlichen Versorgung im Rahmen der GKV verantwortlich sind, sondern vielmehr die Einnahmen aus Privatliquidationen nach der Gebührenordnung der Zahnärzte, welche wiederum aus dem höheren Anteil der privat Versicherten resultiert. Es kann nicht die Aufgabe der GKV sein, wirtschaftliche Strukturkomponenten auszugleichen. Dies gilt auch für den Tatbestand, dass in den alten Bundesländern weniger Zahnärzte pro Einwohner zu verzeichnen sind, dafür aber mehr Gemeinschaftspraxen existieren.

Die Ursache für einen durchschnittlich geringeren Einnahmenüberschuss der Zahnärzteschaft in den neuen Bundesländern ist daher eher mit den dort bestehenden wirtschaftlichen Bedingungen begründbar. Es besteht die Gefahr, dass die Versicherten in den neuen Bundesländern die Mehrausgaben über mögliche Zusatzbeiträge zu finanzieren hätten

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Einführung eines § 3g neu ist zu streichen.

Stationäre Versorgung

Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Nr. 1 a) und b) (§ 4 Abs. 2a KHEntgG) und Nr. 4 a) und b) (Anlage 1 KHEntgG)

A Beabsichtigte Neuregelung

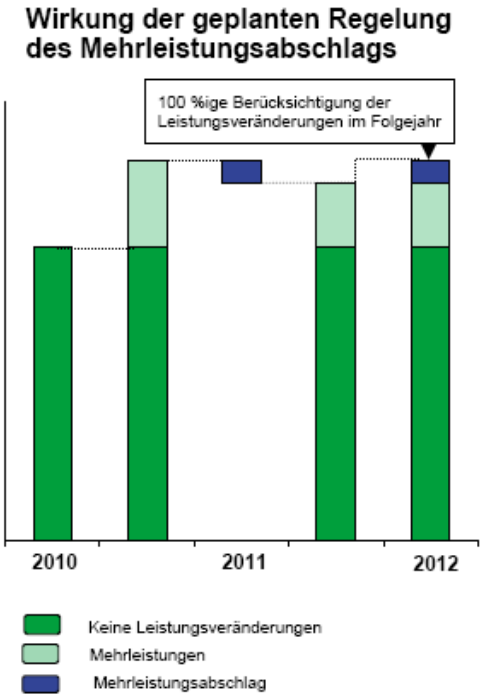
Für das Jahr 2011 gilt für zusätzlich gegenüber dem Vorjahr vertraglich vereinbarte akutstationäre Leistungen ein gesetzlicher Mehrleistungsabschlag von 30 %. Ab dem Jahr 2012 ist die Höhe des Mehrleistungsabschlags – wie bereits im Jahr 2009 – vertraglich von den Vertragsparteien auf Ortsebene zu vereinbaren. Ausgenommen von dem Mehrleistungsabschlag sind Leistungen, deren Sachkostenanteil bei mehr als 66 % liegt.

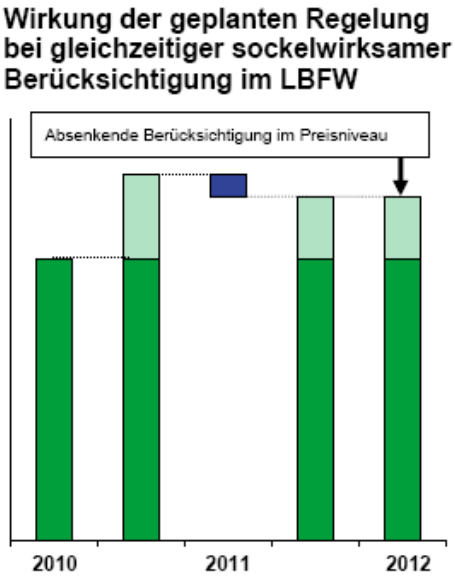
B Stellungnahme

Der geplante Mehrleistungsabschlag wird als kurzfristige Maßnahme zur GKV-Ausgabenstabilisierung begrüßt. Allerdings ist die Höhe von 30 % zu niedrig bemessen. Denn die Höhe der variablen Kosten für zusätzliche Leistungen im Krankenhaus liegen bei 35 % liegen. Hinreichende Gründe für einen Prozentsatz jenseits der variablen Kosten werden nicht angeführt. Daher muss die Höhe des Mehrleistungsabschlags 65 % betragen. Sonderregelungen für zusätzlich Leistungen mit einem hohen Sachkostenanteil sind nicht notwendig. Auch hier sind aufgrund von Mengenrabatten auf Seiten der Zulieferer Preisabschläge umsetzbar.

Die ab dem Jahr 2012 frei vorgegebene Verhandlung der Abschlagshöhe – wie schon im Jahr 2009 – birgt großes Konfliktpotenzial in den örtlichen Budgetverhandlungen und wird zu etlichen Schiedsstellenverfahren führen. Es ist nicht davon auszugehen, dass in den freien Verhandlungen eine Größenordnung von 30 % erreicht kann, wenn selbst die Bundesregierung bei der finanziellen Auswirkung dieser Maßnahme ab dem Jahr 2012 von einem rund 20 Prozent geringerem Einsparvolumen ausgeht.

Bezüglich der unbefristeten Einführung des Mehrleistungsabschlages zur Begrenzung der Krankenhausausgaben ist zu beachten, dass Mehrleistungen nur im ersten Jahr rabattiert werden und danach in voller Höhe zu finanzieren sind. Eine nachhaltige Ausgabenbegrenzung entsteht nur, wenn die Mehrleistungen sockelwirksam in Höhe der tatsächlichen variablen Kosten finanziert werden bzw. im Landesbasisfallwert berücksichtigt werden.





C Änderungsvorschlag

§ 4 Abs. 2a KHEntgG ist wie folgt zu ändern:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für die Jahre 2011 und 2012 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 65 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts zu vereinbaren. Die Berücksichtigung der Mehrleistungen im Landesbasisfallwert gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 bleibt davon unberührt.“

In § 10 Abs. 4 Satz 3 wird das Wort „niedrigere“ durch das Wort „veränderte“ und das Wort „höherer“ durch das Wort „veränderter“ ersetzt.

Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Nr. 2 (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG)

A Beabsichtigte Neuregelung:

Damit für zusätzlich erbrachte Leistungen keine doppelte Vergütungsminderung erfolgt, soll das Mehrleistungsabschlagsvolumen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts erhöhend berücksichtigt werden.
Der Gesetzgeber sieht die Gefahr der doppelten Vergütungsminderung darin, dass einerseits die Mehrleistungsabschläge die krankenhausindividuellen Erlössummen (Budgets) mindern und andererseits die geminderten Erlössummen den Ausgangswert für den Landesbasisfallwert im Folgejahr bilden.
Die Berücksichtigung der Leistungsveränderungen gemäß § 10 Abs. 3 S.1 Nr. 4 KHEntgG bleibt von der geplanten Regelung unberührt.

B Stellungnahme

Die Gefährdung der Realisierung der Einsparvolumina durch Mehrleistungsabschläge entsteht dadurch, dass nicht - wie im Kabinettbeschluss angenommen - die gekürzten Krankenhausbudgets, sondern weiterhin die ungekürzten Krankenhausbudgets die Basis für Landesbasisfallwerte bilden. Sofern die gekürzten Krankenhausbudgets die Grundlage bilden würden, so würden die Krankenhausbudgets gemäß dem Berechnungsschema B2 lfd. Nr. 6 die Erlössumme für die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 enthalten.
Der Gesetzgeber normiert in § 10 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG als Grundlage die Erlöse aus Fallpauschalen, d.h. B2 lfd. Nr. 3. Die Position B2 lfd. Nr. 3 ist das Produkt aus dem Landesbasisfallwert und der Summe der vereinbarten effektiven Bewertungsrelationen. Abschläge für Mehrleistungen werden hier nicht berücksichtigt. Eine Erhöhung der nicht gekürzten Erlössumme für Fallpauschalen um die Notfall- und Mehrleistungsabschläge im Landesbasisfallwert ist daher weder erforderlich noch sachgerecht.
Bei Umsetzung der geplanten Änderung wird das angestrebte Einsparvolumen von 350 Mio. EUR in 2011 und 270 Mio. EUR in 2012 komplett neutralisiert. Stattdessen wird die GKV mit nicht sachgerechten Mehrausgaben in Höhe von ~ 325 Mio. EUR ab dem Jahr 2012 belastet.
Die geplante Änderung in § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 KHEntgG wird aus den genannten Gründen seitens des AOK-Bundesverbandes abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die geplante Änderung in § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 ist zu streichen. Im Gegenzug ist eine neue Nr. 8 aufzunehmen. § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 wird wie folgt gefasst:
„Abschläge für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a sowie die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3“
In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 wird die Angabe „§ 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3“ gestrichen.

Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Nr. 3 Buchstabe b (§ 10 Abs. 4 S. 4 KHEntgG)
Artikel 10 Änderung der Bundespflegesetzverordnung Nr. 1 (§ 6 Abs. 1 S. 3 BPflV) und Nr. 2 (§ 6 Abs. 2 S. 1 BPflV)

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Preise für aktutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürfen in den Jahren 2011 und 2012 lediglich in Höhe der halben statt der vollen Grundlohnrate wachsen. Auch für die Ermittlung der Berichtigungsrate zur anteiligen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen in der Psychiatrie/Psychosomatik gilt für die beiden Jahre die halbe Grundlohnrate.

B Stellungnahme

Die Kappung der maximalen Steigerungsrate der Landesbasisfallwerte sowie die Begrenzung des Zuwachses des Gesamtbetrages in der Psychiatrie/Psychosomatik auf die halbe Grundlohnrate wird begrüßt.
Um sicherzustellen, dass die halbierte Veränderungsrate auch bei der Vereinbarung nach § 10 Abs. 9 (Bundesbasisfallwert) Anwendung findet, ist § 10 Abs. 9 anzupassen. Allerdings wird im Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik die Anwendung der halben Grundlohnrate bei der Ermittlung der o. g. Berichtigungsrate teilweise konterkariert, da durch die Berechnungssystematik nicht die Hälfte, sondern Dreiviertel der Grundlohnrate zur Anwendung kommt. Bleibt diese Regelung bestehen, führt dies zu geschätzten GKV-Mehrausgaben von 7,5 Mio. Euro im Jahr 2011 und von 15 Mio. Euro im Jahr 2012.
Die geplante Streichung „und 4“ in § 4 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 Satz 1 BPflV ist eine redaktioneller Folgeänderung zur Aufhebung dieses Satzes durch Artikel 1 des GKV-FinG.

C Änderungsvorschlag

§ 10 Abs. 9
Es wird folgender Satz 7 angefügt:„Für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors in den Jahren 2011 und 2012 gilt abweichend von Satz 5 die halbierte Veränderungsrate.“
Die geplante Änderung in § 6 Abs. 2 Satz 1 BPflV (Artikel 10 Nr. 2) ist zu streichen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(16)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
15.10.2010

VOLKSSOLIDARITÄT
Bundesverband e.V.

Volkssolidarität Bundesverband e.V.* Alte Schönhauser Str. 16 * 10119 Berlin

Telefon 030-27897-0
Fax: 030-27593959
E-Mail:
bundesverband@volkssolidaritaet.de
www.volkssolidaritaet.de

An den
Ausschuss für Gesundheit des
Deutschen Bundestages
11011 Berlin

Berlin, 15. Oktober 2010

Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V.

zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25. Oktober 2010 zum

a)
Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen – Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)
(BT-Drs. 17/3040)

b)
Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE
Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen
(BT-Drs. 17/1238)

Zu a)

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen – Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)
(BT-Drs. 17/3040)

I. Gesamtbewertung des Gesetzentwurfs

Der vorliegende Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und FDP setzt die in den Eckpunkten der Regierungskoalition vom 6. Juli 2010 präzisierten gesundheitspolitischen Zielstellungen der Koalitionsvereinbarung vom 26. Oktober 2009 um. Er verfolgt damit eine – wie auch in der Begründung klargestellt – grundlegende Neuordnung der Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Die Volkssolidarität anerkennt, dass die GKV mit ernsthaften Finanzierungsproblemen konfrontiert ist, für die Lösungen gefunden werden müssen, damit auch in Zukunft eine gute gesundheitliche Versorgung für alle Versicherten gewährleistet werden kann. Dazu ist eine realistische Bewertung der Ursachen für die schwierige Finanzsituation der GKV notwendig, bevor durch ein Gesetz eine grundlegende Änderung ihrer Finanzierungsgrundlagen herbeigeführt wird.

Der Gesetzentwurf spricht jedoch über die Schätzung eines für 2011 zu erwartenden Defizits von 11 Mrd. Euro hinaus lediglich in allgemeiner Form von der demografischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt als Ursachen für anwachsende Kosten in der GKV.

Diese Darstellung wird nicht mit Fakten belegt, sondern als von der Allgemeinheit richtig anerkannte Wertung der Realität vorgegeben. Dieses Vorgehen ist fragwürdig. Es steht in keinem Verhältnis zu den schwerwiegenden Eingriffen in das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nach Einschätzung der Volkssolidarität geht es nicht allein darum, eine unterstellte Finanzierungslücke von 11 Milliarden Euro im Jahr 2011 zu schließen, sondern um eine auch auf längere Sicht nachhaltige und solidarische Finanzierung der Gesundheitskosten.

Die Volkssolidarität betrachtet den vorliegenden Gesetzentwurf als ungeeignet, um eine solche nachhaltige und solidarische Finanzierung der Gesundheitskosten auch auf längere Sicht zu realisieren. Sie lehnt insbesondere die im Gesetzentwurf vorgesehenen Neuregelungen zur Beitragserhebung ab.

Für diese Ablehnung wird folgende Begründung angeführt:

Der Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und FDP führt zu einem **Systemwechsel von der bisher dem Grunde nach solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hin zu einem zunehmend allein durch die Patienten und Versicherten getragenen Krankenversicherungsschutz**.

Dieser Systemwechsel ist mit negativen Auswirkungen für die große Mehrheit der gesetzlich Krankenversicherten verbunden. Im Vordergrund stehen dabei folgende Schwerpunkte:

- **Durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags und die Ausweitung der Zusatzbeiträge wird der Grundsatz der paritätischen Finanzierung aufgegeben.** Das Prinzip der Beitragsbemessung nach der jeweils individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit wird mit den einkommensunabhängigen kassenindividuellen Zusatzbeiträgen deutlich abgeschwächt. Faktisch wird der Weg dafür geöffnet, dass sich die Zusatzbeiträge nach und nach zu Kopfpauschalen entwickeln, die nicht nach oben begrenzt sind.

  Das Prinzip einer solidarischen Finanzierung wird aufgelöst. Stattdessen soll durch ein marktkonformes Verhalten der Versicherten ein Wettbewerb der Krankenkassen angeregt werden, der sich ausschließlich auf die Höhe der kassenindividuellen Zusatzbeiträge beschränkt. Ein so orientierter Wettbewerb verstärkt die Tendenz hin zu einer Zwei-Klassen-Medizin und trägt nicht zur Lösung der strukturellen Probleme in der gesundheitlichen Versorgung bei.

- **Die Aufgabe der paritätischen Finanzierung ist das Signal an die Arbeitgeberseite, dass sie zukünftig für die Entwicklung der Gesundheitskosten und gesundheitsfördernde Strukturen nicht mehr mitverantwortlich ist.** Damit entfallen wichtige Anreize für die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen und die Gesundheitsvorsorge in den Unternehmen.

- **Der künftig aus Steuermitteln zu finanzierende soziale Ausgleich wird in vielen Fällen nicht zielgenau sein und die insgesamt stärkere Belastung der gesetzlich Versicherten unzureichend kompensieren**, weil er sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag und nicht an den realen Mehrkosten für die Versicherten orientiert. Die Folge ist, dass die künftigen Belastungen für die gesetzlich Versicherten deutlich anwachsen und sich die bereits bestehenden sozialen Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung weiter verschärfen.

- **Die Wirksamkeit des sozialen Ausgleichs wird maßgeblich von der Finanzlage des Bundeshaushalts bestimmt**, für den die Einhaltung der im Grundgesetz verankerten „Schuldenbremse“ Vorrang hat. Damit sind für die künftige Gestaltung des sozialen Ausgleichs erhebliche Unwägbarkeiten verbunden.

  Im Übrigen ist dem Gesetzentwurf zu entnehmen, dass der soziale Ausgleich bis 2015 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden soll, d. h. nicht ausschließlich aus Steuermitteln. Somit werden die Versicherten, die selbst keinen

Anspruch auf den sozialen Ausgleich haben, mit ihren Beiträgen an dessen Finanzierung mit beteiligt. Die Folge sind schneller steigende Zusatzbeiträge.

- **Für die Versicherten wird das im Gesetzentwurf vorgesehene System** aus einkommensabhängigem Beitrag, einkommensunabhängigem kassenindividuellen Zusatzbeitrag und sozialem Ausgleich auf Basis des durchschnittlichen Zusatzbeitrags **künftig noch komplexer als bisher und damit schwieriger überschaubar**. Diese Umstellung auf eine dem Grunde nach verbraucherunfreundliche Systematik der Beitragserhebung setzt den „mündigen Kunden“ voraus. Diese Voraussetzung ist jedoch vor allem bei sozial besonders benachteiligten Gruppen, vielen kranken und älteren Menschen nicht unbedingt gegeben. Dies erhöht den Bedarf für soziale Beratung, ohne dass dafür ausreichende Voraussetzungen vorhanden sind, z. B. durch ein flächendeckendes, regelfinanziertes Netz einer bundesweiten unabhängigen Patientenberatung.
- **Die Trennung zwischen GKV und Privater Krankenversicherung (PKV) wird aufrecht erhalten und sogar zugunsten der PKV reguliert.** Die Erleichterung des Wechsels von GKV-Versicherten mit Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze in die PKV ab 2011 entzieht den gesetzlichen Krankenkassen Finanzmittel. Die Folge ist, dass die gesetzlich Versicherten die Flucht der Besserverdienenden aus dem Solidarsystem der GKV mit ihren Beiträgen wieder ausgleichen müssen. Da der Beitragssatz festgeschrieben werden soll, kann dies nur über höhere Zusatzbeiträge der gesetzlich Versicherten erfolgen.
- **Die Schwächung des Solidarcharakters der GKV und die Einführung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen läuft darauf hinaus, in der GKV verstärkt Elemente des für die PKV typischen Versicherungsprinzips zu verankern.** Die gesetzlichen Krankenkassen werden verstärkt gezwungen, die individuellen Gesundheits-Risiken ihrer Mitglieder in der Preiskalkulation und bei der Gestaltung ihrer freiwilligen Leistungen zu berücksichtigen. Eine solche Risikoselektion verschärft soziale Ungleichheiten und wirkt kontraproduktiv für die gesundheitliche Prävention.

<u>Zu den vorgesehenen Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung</u>

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Einsparungen von ca. 1,3 Mrd. Euro im Ausgabenbereich sollen helfen, ein erwartetes Defizit von bis zu 11 Mrd. Euro im Jahre 2011 zu verhindern. Hinzu kommen Einsparungen aus dem bereits beschlossenen „Arzneimittelsparpaket“ in Höhe von 2,2 Mrd. Euro. Von daher ist es zu begrüßen, dass auch Pharmaindustrie und Leistungserbringer einen Beitrag zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs leisten müssen und – im Unterschied zu früheren „Gesundheitsreformen“ – keine direkten Leistungskürzungen vorgesehen sind.

Gemessen an der höheren Belastung der Versicherten durch die Beitragserhöhung von 14,9 auf 15,5 Prozent ab 1. Januar 2011, von der 8,2 Prozent auf die Versicherten entfallen, und die Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge können diese Sparmaßnahmen jedoch nicht die soziale Schieflage verdecken, die für den Gesetzentwurf insgesamt kennzeichnend ist.

Die *Einsparungen im Arzneimittelbereich* sind ein erster richtiger Schritt, um die ausufernde Preisentwicklung, insbesondere bei patentgeschützten Medikamenten, einzudämmen. Sie dürfen jedoch nicht durch eine Aufweichung einer strengeren Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Medikamente infrage gestellt werden. Ferner werden von Gesundheitsexperten deutlich größere Einsparpotentiale für möglich gehalten, die allerdings erst über einen längeren Zeitraum realisierbar erscheinen. Notwendig wäre eine stärkere Regulierung des Arzneimittelmarktes bis hin zur Einführung einer Positivliste.

Die *Einsparungen im Krankenhausbereich* sind aus Sicht der Volkssolidarität problematisch, insbesondere wenn sie zu Reduzierungen im Personalbereich führen und damit zu einer Absenkung im Versorgungsniveau. Noch immer fehlt in vielen Krankenhäusern ausreichendes Pflegepersonal. Diese Situation darf nicht weiter zugespitzt werden. Dabei ist auch zu

berücksichtigen, dass neue Versorgungserfordernisse, wie z. B. der Ausbau der geriatrischen Versorgung, nicht behindert werden sollten.

Nachdem die *Arzthonorare für niedergelassene Vertragsärzte im ambulanten Bereich* im Jahre 2009 um 1,8 Milliarden Euro erhöht wurden, ist eine Begrenzung des Zuwachses der Honorare unzureichend, um den Erfordernissen zu entsprechen, den Kostenanstieg abzubremsen. Eine Nullrunde bei den Honoraren wäre angesichts der deutlichen Verbesserungen im Jahre 2009 angemessen. Allerdings sollte es auch keine – wie z. B. vom Spitzenverband der Krankenkassen gefordert – Kürzungen der Arzthonorare geben, weil dadurch die in den neuen Bundesländern angesichts einer schwierigen Versorgungssituation notwendigen Verbesserungen wieder in Frage gestellt würden.

Die Volkssolidarität kritisiert, dass der Gesetzentwurf auf Einnahmemöglichkeiten verzichtet, die auch den höheren Einkommensbeziehern einen größeren Beitrag zur Finanzierung der Gesundheitskosten abverlangen, z. B. durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und eine Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung (PKV) in den Risikostrukturausgleich. Stattdessen ist für 2011 sogar eine Absenkung der Beitragsbemessungsgrenze von 3.750 Euro auf 3.712,50 Euro monatlich vorgesehen.

Zur Schwächung des Sachleistungsprinzips durch Öffnung für die Kostenerstattung

Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens sollen offenbar über Änderungsanträge der Fraktionen von CDU/CSU und FDP im GKV-Finanzierungs-Gesetz zusätzliche Möglichkeiten für die Anwendung des Prinzips der Kostenerstattung geschaffen werden. Dazu soll der § 13 (Kostenerstattung) und § 53 (Wahltarife) SGB V entsprechend geändert werden (siehe Ausschuss-Drucksache 17(14)0072 vom 05.10.2010).

Die Volkssolidarität wendet sich entschieden dagegen, die Kostenerstattung zu Lasten des Sachleistungsprinzips auszuweiten. Es gehört bislang zum Solidarcharakter der GKV, dass die Versicherten für ihre ärztliche Behandlung nicht mit Barbezahlung der Leistung einstehen müssen. Dieses Prinzip wird bereits heute durch Wahltarife mit Kostenerstattung unterlaufen und durch die Festbetragsregelungen bei Zahnersatz und Hilfsmitteln ausgehöhlt.

Diese Entwicklung darf nicht weiter Raum greifen, da sie für die überwiegende Mehrheit der Versicherten mit erheblichen Nachteilen verbunden ist. Wer in „Vorkasse“ gehen soll, muss sich dies erst einmal leisten können. Niedrigverdiener, Arbeitslose und Kleinrentner können dies in der Regel nicht. Selbst für Durchschnittseinkommen entstehen unzumutbare Belastungen. Damit besteht die Gefahr, dass viele Versicherte auf ärztliche Leistungen verzichten müssen und durch die Nichtbehandlung von Erkrankungen eine massive Unterversorgung mit hohen Folgekosten entsteht. Im Übrigen ist davon auszugehen, dass die verauslagten Kosten von den Kassen nicht vollständig bzw. mit Abschlägen erstattet werden, so dass die Versicherten auf einem Teil der Kosten sitzen bleiben.

Letztlich würde auch das Arzt-Patienten-Verhältnis erheblich belastet, wenn durch die Kostenerstattung eine bereits heute im Ansatz zu verzeichnende Beziehung zwischen dem Arzt als Verkäufer und dem Patienten als Kunden fest etabliert würde.

Die Kostenerstattung soll zwar auch weiterhin nur auf Wunsch des Versicherten Anwendung finden. Der Druck interessierter Verbände der Ärzteschaft lässt jedoch befürchten, dass durch entsprechende gesetzliche Änderungen das Sachleistungsprinzip früher oder später vollständig durch die Kostenerstattung ersetzt werden soll.

II. Zu ausgewählten Einzelfragen des Gesetzentwurfs

1. Anhebung des Beitragssatzes der GKV (Art. 1, Nr. 17 - § 241 SGB V neu)

Der allgemeine Beitragssatz soll ab 01. Januar 2011 von 14,9 auf 15,5 Prozentpunkte angehoben werden. Somit haben die Arbeitgeberseite und die Arbeitnehmerseite (einschließlich Rentner) jeweils 0,3 Prozentpunkte mehr als heute zu tragen. Da der Sonderbeitrag für die Arbeitnehmer (einschließlich Rentner) von 0,9 Prozent beibehalten wird, steigt Ihr Beitrag von heute 7,9 auf dann 8,2 Prozentpunkte an. Der Beitrag der Arbeitgeber

erhöht sich von heute 7,0 auf dann 7,3 Prozentpunkte. Gleichzeitig wird dieser Beitragssatz dauerhaft gesetzlich festgeschrieben und auch künftig nicht erhöht.

Die Anhebung des Beitragssatzes wird damit begründet, dass die 2009 im Rahmen des Konjunkturpakets erfolgte zeitweilige Absenkung des Beitragssatzes von 15,5 auf 14,9 Prozent wegen der wieder günstigeren Wirtschaftsentwicklung und angesichts des für 2011 zu erwartenden Defizits in der GKV nicht mehr gerechtfertigt sei.

Bewertung

Das eigentliche Problem ist weniger die Anhebung des Beitragssatzes auf das Niveau des 1. Halbjahrs 2009, sondern die damit verbundene dauerhafte Festschreibung des Arbeitgeberanteils bei 7,3 Prozent. Die Volkssolidarität lehnt diesen Schritt entschieden ab. Denn damit wird nicht nur die paritätische Finanzierung in der GKV aufgegeben, sondern die Grundlage dafür gelegt, dass allein die Versicherten künftig über wachsende Zusatzbeiträge die Kostensteigerungen im GKV-Bereich bezahlen müssen.

Die gesetzlich Versicherten tragen bereits heute ca. 60 Prozent der Gesundheitskosten, während auf die Arbeitgeberseite nur noch ca. 40 Prozent entfallen. Diese Entwicklung ist besonders besorgniserregend, wenn man bedenkt, dass die Kostensteigerungen im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren durchschnittlich bei mehr als vier Prozent lagen und sich angesichts von stagnierenden Realeinkommen der Beschäftigten und zu erwartenden „Nullrunden“ bei den Renten eine Schere öffnet, bei der die Belastungen für die Versicherten ins Uferlose zu wachsen drohen und einen größer werdenden Personenkreis in existentielle Nöte drängen (bzw. in eine Vermeidungsstrategie, die gesundheitliche Unterversorgung begünstigt).

Die Anhebung des Beitragssatzes für Arbeitgeber und Arbeitnehmer erscheint zwar auf den ersten Blick gerecht, weil jeweils ein gleicher Anteil von 0,3 Prozentpunkten mehr zu tragen ist.

Tatsächlich ist jedoch zu berücksichtigen, dass auch die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) betroffen ist. So entstehen für die gesetzliche Rentenversicherung Mehrkosten von 660 Mio. Euro, die von der Versichertengemeinschaft der gesetzlichen Rentenversicherung aufgebracht werden müssen, d. h. von Rentnerinnen und Rentnern. Im Zusammenhang mit dem „Sparpaket“ der Bundesregierung, das der gesetzlichen Rentenversicherung jährlich über 2 Mrd. Euro (1,8 Mrd. Euro durch Streichung der Rentenversicherungsbeiträge für ALG-II-Bezieher sowie 0,3 Mrd. Erstattungen für Rentenauffüllbeträge etc.) entzieht, ist dieser weitere „Verschiebebahnhof“ besonders kritikwürdig.

Zugleich wird damit deutlich, dass der Beitrag von Arbeitnehmern und Rentnern insgesamt deutlich höher ausfällt als der der Arbeitgeber. Bei dieser Schieflage kann von Gerechtigkeit keine Rede sein.

2. Einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag (Art. 1, Nr. 18 - § 242 SGB V)

Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 eingeführten Zusatzbeiträge, die seit dem 1. Januar 2009 erhoben werden dürfen, können ab 01.01.2011 von den Krankenkassen ohne die bisher geltende Begrenzung auf ein Prozent des Bruttoeinkommens („Überforderungsgrenze“)[1] pauschal und in beliebiger Höhe erhoben werden, wenn sich für die jeweilige Kasse eine defizitäre Lage ergibt.

Ab einer Belastung von mehr als zwei Prozent des Bruttoeinkommens (bzw. der Bruttorente) soll nunmehr nach § 242b SGB V „Sozialausgleich“ ein sozialer Ausgleich anhand eines durchschnittlichen Zusatzbeitrags vorgenommen werden, der jährlich zu ermitteln ist. Wenn dieser fiktive Zusatzbeitrag zwei Prozent des Bruttoeinkommens übersteigt, soll die Differenz über entsprechend abgesenkte Beiträge der Arbeitnehmer (bzw. der Rentner) ausgeglichen werden.

[1] maximal bis zu einem Betrag von 37,50 Euro, d.h. einem Prozent der im Jahre 2010 bei 3.750 Euro liegenden Versicherungspflichtgrenze

Bewertung

Die Erhebung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge stellt faktisch die Einführung eines Kopfpauschalensystems dar. Die Volkssolidarität lehnt diesen Schritt als grundlegenden Bruch mit dem Solidarprinzip der GKV ab.

Mit den Zusatzbeiträgen erhöht sich erst einmal die Belastung für untere und mittlere Einkommensbezieher, die zu einer realen Kürzung der Netto-Einkommen führt. Denn zu dem regulären Beitrag von 8,2 Prozent kommt über den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag für alle GKV-Versicherten eine Belastung von 2 Prozent hinzu, so dass letztlich 10,2 Prozent des Bruttoeinkommens zu tragen sind, bevor ggf. der „Sozialausgleich“ greift.

Zwar ist damit zu rechnen, dass die Zusatzbeiträge im Jahre 2011 noch relativ niedrig liegen und noch nicht von allen Krankenkassen erhoben werden, weil das Defizit durch die Beitragssatzanhebung (6 Mrd. Euro), die Einsparungen (3,5 Mrd. Euro) und einen Steuerzuschuss (2 Mrd. Euro) ausgeglichen werden soll. In den Folgejahren können die Zusatzbeiträge jedoch erheblich anwachsen.

Die Beispiele der Schweiz und der Niederlande zeigen, dass dort nach Einführung von Gesundheitsprämien bzw. Kopfpauschalen ein erheblicher Anteil der Bevölkerung bereits auf staatliche Zuschüsse angewiesen ist, um die Gesundheitskosten überhaupt noch tragen zu können. Es ist nicht nachvollziehbar, dass dieser in sozialpolitischer Hinsicht bedenklichen Entwicklung nunmehr auch im deutschen Gesundheitssystem der Weg geebnet werden soll.

Die Erhebung von Zusatzbeiträgen ist nicht das Resultat „unvermeidbarer, über die Einnahmeentwicklung hinausgehender Ausgabensteigerungen“, sondern die Folge einer gewollten künstlichen Unterdeckung in der Finanzierung des Gesundheitsfonds, die darauf abzielt, den Beitragssatz zur Begrenzung von „Lohnnebenkosten“ zu deckeln.

Zur Vermeidung von Zusatzbeiträgen muss daher eine ausreichende Finanzierung des Gesundheitsfonds gewährleistet werden, die sich auf eine volle paritätische Tragung der Beitragslast durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer gründet. Ergänzend sind weitere Maßnahmen erforderlich, um die Einnahmesituation der GKV gerechter und stabiler zu gestalten (siehe Ausführungen unter III.).

3. Sozialausgleich (Art. 1, Nr. 19 - §§ 242a und 242b SGB V)

Der nach § 242a jährlich zu ermittelnde „Durchschnittliche Zusatzbeitrag“ soll als Referenz für den Sozialausgleich nach § 242b dienen. Er ist jährlich zum 1. November eines jeden Jahres als Euro-Betrag für das Folgejahr zu ermitteln und durch das Bundesgesundheitsministerium im „Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“ festzulegen. Dabei wird eine unterjährige Anpassung oder nachträgliche Korrektur ausgeschlossen.

Bewertung

Die Volkssolidarität bewertet den sozialen Ausgleich als weder zielgenau noch gerecht, sondern als Fortsetzung des Irrwegs, der mit der Einführung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge eingeschlagen wird.

Die vorgesehene Funktionsweise des sozialen Ausgleichs bedeutet keineswegs, dass damit die Belastung durch Zusatzbeiträge auf zwei Prozent des individuellen Einkommens begrenzt wird. Sie kann im Einzelfall auch deutlich höher ausfallen, wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitrag den durchschnittlichen Zusatzbeitrag übersteigt und somit gerade die Bezieher von niedrigen Einkommen und Renten überdurchschnittlich belastet.

Offensichtlich soll damit ein Druck auf die Versicherten erzeugt werden, ihre bisherige Krankenkasse gegen eine Kasse zu wechseln, die einen niedrigeren Zusatzbeitrag erhebt. Für viele Versicherte, vor allem Kranke und Ältere, dürften damit Überforderungen hinsichtlich der Orientierung am komplexen Krankenkassenangebot entstehen. Hinzu kommen Konflikte, wenn Unsicherheiten bestehen, ob bei einer neuen Kasse die eventuell für den individuellen Gesundheitsbedarf erforderlichen Leistungen genutzt werden können. Das Setzen auf den

„Preiswettbewerb“ ignoriert, dass für viele Versicherte auch das Vertrauensverhältnis zu ihrer Kasse und spezifische Leistungsangebote wichtig sind und nicht allein die Kosten.

Der soziale Ausgleich ist mit zahlreichen Unwägbarkeiten für die gesetzlich Versicherten, mit weniger Transparenz sowie mit mehr bürokratischem Aufwand für Arbeitgeber und für die Rentenversicherungsträger behaftet.

So deutet die im § 242a, Absatz 2, enthaltene Festlegung, dass die jährliche Bestimmung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzministerium erfolgen soll, auf einen Entscheidungsprozess je nach Kassenlage hin. Offenbar ist damit zu rechnen, dass der Sozialausgleich nicht nach Bedarf erfolgt, sondern der im Grundgesetz verankerten „Schuldenbremse“ nachgeordnet wird. Unter diesem Aspekt steht auch die Frage, wie lange die jetzt vorgesehene 2-prozentige Belastungsgrenze von Bestand sein wird.

Es kommt hinzu, dass eine neue Fürsorge-Abhängigkeit entsteht, wenn eine wachsende Anzahl von Menschen auf den sozialen Ausgleich angewiesen ist. Der „automatische Ausgleich“ macht diese Abhängigkeit nur weniger sichtbar. Es ist damit zu rechnen, dass davon auch nicht wenige Menschen betroffen sein werden, die heute noch weit entfernt davon sind, von einer Grundsicherung leben zu müssen, d. h. also auch solche, die sich selbst als zu den Mittelschichten zugehörig betrachten.

4. Sozialer Ausgleich für Arbeitslose und Bezieher von Grundsicherung (Art. 1, Nr. 17 - § 242 (4-5) und Nr. 19 - § 242b(1) SGB V)

Der soziale Ausgleich bei Leistungsberechtigten nach dem Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung bei Arbeitslosigkeit) soll grundsätzlich so erfolgen, dass die zuständigen Leistungsträger für ihre GKV-Mitglieder den durchschnittlichen Zusatzbeitrag abführen.

Von der Erhebung des Zusatzbeitrags ausgenommen sind bestimmte Entgeltersatzleistungen (Krankengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld und vergleichbare Entgeltersatzleistungen), Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Menschen mit Behinderungen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind, sowie Auszubildende, deren Berufsausbildung in einer außerbetrieblichen Einrichtung nach den §§ 242 ff. SGB III gefördert wird. Kein Zusatzbeitrag wird von Versicherten erhoben, die allein zur Berufsausbildung beschäftigt sind und ein Arbeitsentgelt erzielen, das auf den Monat bezogen 325 Euro nicht übersteigt. Dies gilt auch für Versicherte, die ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes (JFDG) leisten, ebenso wie für Wehrdienst- und Zivildienstleistende.

Nicht ausgenommen von der Erhebung von Zusatzbeiträgen sind hingegen Bezieher von Arbeitslosengeld I, bei denen als Bezugsbasis für den Sozialausgleich 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt werden sollen.

Bewertung

Die Übernahme der Zusatzbeiträge für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II liegt im Interesse des betroffenen Personenkreises, da ihre ohnehin zu gering bemessenen Regelleistungen keine Zahlung von Zusatzbeiträgen ermöglichen. Grundsätzlich sind auch die getroffenen Ausnahmeregelungen für weitere Gruppen zu befürworten.

Da die Beiträge für die im § 242 (4-5) genannten Personenkreise durch die jeweiligen Leistungsträger getragen werden sollen, entstehen bei ihnen zusätzliche Belastungen, so z. B. für die Bundesagentur für Arbeit von 120 Mio. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, warum selbst dann ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag für Bezieher von Arbeitslosengeld II abgeführt werden soll, wenn die zuständige Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag erhebt. Eine stichhaltige Begründung für diese Regelung wird im Gesetzentwurf nicht gegeben. Im Ergebnis kommt es dazu, dass von der Bundesagentur für Arbeit ohne eine plausible Begründung Zusatzbeiträge mitfinanziert werden müssen. Es wäre nicht tragbar, wenn es hier zu einer Fehlverwendung von Beitrags- oder Steuermitteln käme.

Die vorgesehene Regelung für Bezieher von Arbeitslosengeld I ist angesichts der bundesweiten durchschnittlichen monatlichen Anspruchshöhe von 783 Euro (laut Monatsbericht September 2010 der Bundesagentur für Arbeit) ausgesprochen problematisch. Dies gilt insbesondere für Arbeitslose mit einem nur durchschnittlichen oder sogar niedrigeren Arbeitslosengeld I, bei denen eine Mehrbelastung durch kassenindividuelle Zusatzbeiträge über den Sozialausgleich nicht vollständig ausgeglichen wird.

Unklar bleibt, ob die Tragung der Zusatzbeiträge für Bezieher von Leistungen nach SGB XII (Sozialhilfe / Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) mit der Regelung nach § 32 (4) SGB XII (Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung) ausreichend gewährleistet ist, da hier auf die ab dem 1. Januar 2009 geltende Fassung des § 242 SGB V Bezug genommen wird, die sich auf die alte Zusatzbeitrags-Regelung bezieht.

Hier ist ggf. eine Klarstellung im SGB XII erforderlich, die für Bezieher von Sozialhilfe und von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung die Übernahme der Zusatzbeiträge durch die zuständigen Leistungsträger gewährleistet. Ohne eine solche Klarstellung ist zu befürchten, dass die derzeit über 800.000 Bezieher von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nicht ausreichend gegen die Erhebung von Zusatzbeiträgen abgesichert sind.

Zugleich sollte im SGB V ausdrücklich sichergestellt werden, dass Bezieher von Leistungen der Grundsicherung nach SGB II und XII auch von der Zahlung des Differenzbetrags zum durchschnittlichen Zusatzbeitrag freigestellt sind, sofern der kassenindividuelle Zusatzbeitrag höher liegt als der durchschnittliche Zusatzbeitrag.

5. Verspätungszuschlag (Art. 1, Nr. 18 - § 242 (6) SGB V)

Mit dem Verspätungszuschlag sollen GKV-Versicherte sanktioniert werden, die insgesamt für mindestens sechs Monate ihre Zusatzbeiträge nicht entrichtet haben. Dieser „Verspätungszuschlag“ soll mindestens 30 Euro und höchstens die Summe von drei Zusatzbeiträgen betragen. Erst wenn „eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen ist“, besteht für den GKV-Versicherten wieder ein Anspruch auf Sozialausgleich, sofern die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

Bewertung

Die Volkssolidarität wendet sich gegen die Einführung eines „Verspätungszuschlags“. Das Anliegen, stabile Einnahmen für die Krankenkassen zu sichern, wird primär durch die Einführung von einkommensunabhängigen, direkt von den Versicherten durch die Kassen zu erhebenden Zusatzbeiträgen in Frage gestellt. Das Scheitern des 1998 vom damaligen Bundesgesundheitsminister Seehofer verordneten „Krankenhaus-Notopfers“ sowie die Tatsache, dass aktuell etwa eine Million der acht Millionen zu einer Zusatzbeitrags-Zahlung verpflichteten GKV-Versicherten diese nicht entrichten, sollte Anlass genug sein, diesen falschen Weg nicht zu beschreiten.

Da der soziale Ausgleich nur unzureichend die realen Belastungen für die Versicherten mit niedrigen Einkommen kompensiert, ist damit zu rechnen, dass die Verspätungszuschläge vor allem diejenigen treffen, die sich ohnehin bereits in schwierigen Lebenslagen befinden. Angesichts von 6,2 Mio. Haushalten, bei denen 2009 eine private Überschuldung zu verzeichnen war (nach Angaben von CREDITREFORM), ist auch von daher fraglich ob der „besondere Säumniszuschlag“ das richtige Instrument ist, um für die Kassen Einnahmesicherheit zu gewährleisten.

Somit ist zu erwarten, dass der „Verspätungszuschlag“ ein zusätzliches Forderungsmanagement bei den Kassen notwendig macht und ihren bürokratischen Aufwand weiter erhöht, obwohl sie gleichzeitig ihre Verwaltungskosten auf dem Stand des Jahres 2010 einfrieren sollen.

6. Durchführung des Sozialausgleichs im Jahre 2011 (Art. 1, Nr. 19 - § 242b (7) SGB V)

Nach dieser Regelung soll ein eventuell erforderlicher Sozialausgleich für das Jahr 2011 von der zuständigen Krankenkasse bis zum 30. Juni 2012 durchgeführt werden. Dabei wird aus

der Begründung deutlich, dass auf Grund der „finanzstabilisierenden Maßnahmen der Bundesregierung“ ein Anspruch auf den Sozialausgleich als „unerwarteter Fall“ bewertet wird.

Bewertung

Aus Sicht der Volkssolidarität ist diese Regelung abzulehnen, da sie für die GKV-Versicherten zu einer zusätzlichen Verunsicherung führt und im Einzelfall auch in Notsituationen.

Die Erwartungen der Bundesregierung mögen durchaus berechtigt sein. Tatsache ist jedoch, dass im Herbst 2010 etwa 8 Mio. GKV-Versicherte bereits Zusatzbeiträge nach der alten Regelung zahlen. Wenn gesetzlich geregelt wird, dass Zusatzbeiträge ab 01.01.2011 erhoben werden können, ist einzufordern, dass auch der soziale Ausgleich von diesem Zeitpunkt an vollständig greift. Ansonsten würden diejenigen GKV-Mitglieder, die einen Anspruch auf sozialen Ausgleich geltend machen können, de facto in „Vorkasse“ gehen müssen falls ihre Kasse doch Zusatzbeiträge erhebt. Dies ist nicht akzeptabel.

7. Leistungen des Bundes zur Finanzierung des Sozialausgleichs (Art. 1, Nr. 16 - § 221b SGB V)

Der Sozialausgleich soll nach § 272 Absatz 2-neu aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Während dafür im Jahre 2011 durch einen Bundeszuschuss zusätzliche Mittel in Höhe von 2 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt werden, soll im Jahre 2014 die Höhe der ab 2015 bereit gestellten Bundesmittel festgelegt werden.

Aus dem Gesetzentwurf geht jedoch nicht hervor, wie der soziale Ausgleich im Zeitraum 2012 bis einschließlich 2014 mit Bundesmitteln unterstützt werden soll.

Bewertung

Die Volkssolidarität betrachtet die künftige Finanzierung des Sozialausgleichs mittel- und langfristig als unsicher.

Nach Angaben der Bundesregierung (siehe BT-Drucksache 17/3128 vom 01.10.2010) wurde im Jahre 2009 aufgrund der krisenbedingten Einnahmeausfälle keine Liquiditätsreserve gebildet, für 2010 ist noch unklar, wie sich die Lage darstellt. Somit fließen ab 2011 lediglich die 2 Mrd. Euro aus Bundesmitteln in die Liquiditätsreserve ein, während die Entwicklung für die Jahre 2012 bis 2014 unsicher bleibt und in hohem Maße davon abhängen wird, ob der Bund erneut Mittel zur Verfügung stellt (was eher unwahrscheinlich sein dürfte) oder sich der weitere Aufbau der Liquiditätsreserve allein auf die von der wirtschaftlichen Entwicklung abhängenden Einnahmesituation der GKV stützt. Somit besteht die Gefahr, dass die Finanzierung des Sozialausgleichs über die Liquiditätsreserve nicht in dem erforderlichen Umfang eintritt.

Die Verlässlichkeit der Politik bei der Finanzierung sozialer Ausgaben aus Steuermitteln darf angezweifelt werden, wie z. B. die Streichung der Rentenbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II im Rahmen des „Sparpakets“ der Bundesregierung deutlich macht. Dies gilt erst recht, wenn die Zusatzbeiträge und damit auch die erforderlichen Ausgaben für den sozialen Ausgleich – ähnlich wie dies auch in den Niederlanden und der Schweiz geschieht – anwachsen, gleichzeitig aber wegen der im Grundgesetz verankerten „Schuldenbremse“ die jährliche Verschuldung des Bundeshaushalts von Jahr zu Jahr reduziert werden soll, ohne dass Steuern erhöht werden.

Insofern könnte sich der soziale Ausgleich sehr bald als eine Mogelpackung erweisen, insbesondere wenn 2014 die Entscheidung ansteht, wie der Sozialausgleich ab 2015 mit Steuermitteln finanziert werden soll.

8. Erleichterung des Wechsels von Versicherten in die PKV (Art. 1, Nr. 2 - § 6 SGB V)

Ein Wechsel in die private Krankenversicherung (PKV) soll künftig bereits nach einem einmaligen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2010 = 49.950 Euro) ermöglicht werden. Damit wird die Regelung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes von 2007 wieder rückgängig gemacht, nach der ein Wechsel von der GKV in die PKV erst nach dreimaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze erfolgen konnte.

Bewertung

Die Volkssolidarität lehnt diese Regelung ab, da sie der PKV ermöglicht, zu Lasten der Versichertengemeinschaft der gesetzlich Versicherten mehr Besserverdienende für das eigene Geschäft zu gewinnen. Die GKV erleidet dadurch eine finanzielle Einbuße, die im Gesetzentwurf mit jährlich 200 Mio. Euro angegeben und vom Spitzenverband der GKV auf bis zu 400 Mio. Euro geschätzt wird. Die Folge dieser finanziellen Einbuße haben die GKV-Versicherten mit höheren Zusatzbeiträgen zu tragen. Diese Maßnahme setzt somit ein Signal gegen Solidarität.

9. Wettbewerb der Kassen (Begründung des Gesetzentwurfs – Allgemeiner Teil)

Die im Gesetzentwurf mehrfach geäußerte Annahme, mit dem verstärkten Ausbau der Zusatzbeiträge komme es zu einem Wettbewerb der Kassen, der die Kosten senkt, ist mehr als fragwürdig. Kostenunterschiede zwischen den Kassen sind nicht allein betriebswirtschaftlich bedingt, sondern werden maßgeblich durch den sozialen Status, Einkommenslage, Alter und Gesundheitszustand der Mitgliedschaft in der jeweiligen Krankenkasse beeinflusst. Zwar werden diese Faktoren bis zu einem gewissen Grad durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Kassen ausgeglichen.

Die Erhebung von Zusatzbeiträgen erzeugt keineswegs gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Kassen. Vor allem bei Krankenkassen mit einem hohen Anteil von Mitgliedern, die auf den sozialen Ausgleich angewiesen sind, führt der soziale Ausgleich zu Mindereinnahmen, die wiederum eine zusätzliche Erhöhung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge erforderlich machen.

Somit ist es durchaus berechtigt, von der Gefahr eines „zerstörerischen Wettbewerbs“ zu sprechen, der im äußersten Fall auch die Insolvenz von Krankenkassen zur Folge haben kann. Statt eines Preiswettbewerbs sollte es einen Wettbewerb um die besten Lösungen für die gesundheitliche Versorgung der Patienten in hoher Qualität geben.

III. Notwendige Schritte für eine nachhaltige und gerechte Finanzierung der GKV

Die Volkssolidarität hält es vor dem Hintergrund des mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigten Systembruchs mit einer solidarischen Finanzierung der Gesundheitskosten für erforderlich, auf folgende Aspekte in der Finanzsituation der GKV hinzuweisen.

Die GKV hat vor allem ein **Einnahmeproblem**:

- Die Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung, also Arbeitseinkommen, bilden die Hauptsäule für ihre Finanzierung. Die Lohnquote, d. h. der Anteil der Lohneinkünfte am Volkseinkommen, ist jedoch seit Jahren rückläufig. Hohe Arbeitslosigkeit, Niedriglöhne, die Umwandlung versicherungspflichtiger Vollzeit- in Teilzeitjobs sowie die massive Etablierung von Minijobs mit abgesenkten Beitragssätzen zur GKV haben daran einen großen Anteil.

  Wenn jedoch die Schere zwischen Lohneinkünften und steigenden Gesundheitskosten immer weiter aufgeht, werden die Finanzierungslücken in der GKV – wie übrigens auch in anderen Sicherungssystemen – immer größer.

- Die Beitragseinnahmen auf Arbeitnehmerseite konzentrieren sich vor allem auf kleine und mittlere Verdienste der Beschäftigten. Die höheren Verdienste sind in geringerem Umfang beteiligt – entweder weil sie durch eine zu niedrige Beitragsbemessungs-grenze nicht mehr bei der Beitragserhebung berücksichtigt werden oder weil sie oberhalb der Versicherungspflichtgrenze die Flucht aus dem Solidarsystem GKV in die private Krankenversicherung ermöglichen.

- Die Einkommen aus Kapitalvermögen sowie aus Vermietung und Verpachtung tragen nicht zur Finanzierung des Solidarsystems GKV bei – also Einkommensarten, deren Bedeutung im Vergleich zu den Arbeitseinkommen in den letzten Jahren stetig gewachsen ist.

Unter Berücksichtigung dieser Ursachen muss eine nachhaltige und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch folgende Schritte gesichert werden:

Erstens ist eine Rückkehr zur vollen paritätischen Finanzierung der Gesundheitskosten erforderlich.

Würden z. B. Arbeitgeber heute – wie Arbeitnehmer – einen gleichen Beitragsanteil von je 7,9 Prozent tragen, stünden der GKV pro Jahr etwa 10 Milliarden Euro mehr zur Verfügung. Dieser Weg wäre deutlich besser als die ständige Verlagerung der Belastung auf die Versicherten. Im Gegensatz zu den beharrlich wiederholten, aber falschen Behauptungen würde er auch nicht die Position der deutschen Wirtschaft im internationalen Wettbewerb gefährden. Hinzu kommt, dass die paritätische Finanzierung die Arbeitgeberseite wirksam in die Verantwortung für gesunde Arbeitsbedingungen und für die Entwicklung der Gesundheitskosten einbindet.

Zweitens ist eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf die in der gesetzlichen Rentenversicherung geltende Höhe erforderlich.

Es ist ungerecht, wenn die über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Einkünfte von Besserverdienern völlig außen vor bleiben und somit die Finanzierungslast vor allem von den kleinen und mittleren Einkommensbeziehern zu tragen ist. Deshalb Drittens müssen auch in Zukunft Steuermittel zu einem zuverlässigen Krankenversicherungsschutz beitragen. Sie sind vor allem für versicherungsfremde Leistungen einzusetzen, die gesellschaftlich notwendig sind (z. B. die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern), und nicht zur Finanzierung eines sozial ungerechten und untauglichen Kopfpauschalenmodells.

Im Übrigen ist ein sachgerechter Finanzierungsanteil des Bundes an den Gesundheitskosten von Langzeitarbeitslosen anzumahnen. Die unzureichenden Zuweisungen des Bundes für Arbeitslose sind für eine Finanzlücke in der GKV von bis zu 4,8 Milliarden Euro verantwortlich. Diese Lücke muss geschlossen werden.

Viertens ist die strikte Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu überwinden.

Dazu gehören ein einheitlicher Leistungskatalog in GKV und PKV sowie eine einheitliche Vergütung aller ärztlichen Leistungen. Solange die Leistung für einen Privatpatienten im Schnitt um das Zweieinhalbfache besser vergütet wird, wie die gleiche Leistung beim Kassenpatienten, wird es eine Ungleichbehandlung geben. Diese Anreize für eine Zweiklassenmedizin müssen beseitigt werden.

Statt die Abwanderung von Besserverdienern in die private Krankenversicherung zu fördern und dafür die GKV-Versicherten mehr zahlen zu lassen, muss die Flucht aus dem Solidarsystem gestoppt werden. Der wirksamste Schritt wäre, die private Krankenversicherung – so wie in den meisten anderen Ländern Europas auch – auf das Angebot von Zusatzversicherungen zu beschränken. Solange sie jedoch als Vollversicherung fortbesteht, ist ihre Einbeziehung in einen Risikostrukturausgleich notwendig. Es kann nicht sein, dass die gesetzlichen Kassen nahezu allein die gesundheitliche Versorgung für Niedrigverdiener, Arbeitslose und Rentner absichern müssen. Auch aus Sicht der demografischen Herausforderung ist eine Beibehaltung der heutigen Situation nicht zukunftsfähig.

Fünftens sind Schritte in Richtung einer solidarischen Bürgerversicherung erforderlich

Längerfristig sollen alle Bürger und alle Einkommensarten zur Finanzierung der Gesundheitskosten beitragen. Mit entsprechenden Freibeträgen kann eine Überforderung kleinerer und mittlerer Einkommen vermieden werden. Eine Bürgerversicherung nach dem Grundsatz

> *Jeder trägt entsprechend seiner individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bei und jeder hat das gleiche Recht auf eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung*

wäre wesentlich gerechter als Kopfpauschalen mit einem schlecht funktionierenden Sozialausgleich. Realistisch wäre eine Absenkung des Beitragssatzes um etwa 2 bis 3 Prozent. Somit würden sowohl die Versicherten als auch die Arbeitgeber entlastet.

Zugleich sieht die Volkssolidarität im Gesundheitsbereich auch **Einsparmöglichkeiten**.

Nicht bei den Patienten, sondern vor allem da, wo viel Geld mit der Gesundheit verdient wird, insbesondere bei Herstellern von Arzneimitteln und Medizingeräten, aber auch bei Leistungserbringern. Eine konsequente Kosten-Nutzen-Bewertung bei Medikamenten, die Vermeidung von Doppelstrukturen und eine bessere Vernetzung von ambulant und stationär müssen dazu beitragen, die Versorgung im Interesse der Patienten zu verbessern und letztlich auch wirtschaftlicher zu gestalten. Wenn solche Effizienz-Reserven nicht ausgeschöpft werden, drohen den Versicherten entsprechende Steigerungen bei ihren Zusatzbeiträgen.

Zu Einsparungen muss auch der Bund beitragen. Die Volkssolidarität setzt sich für einen reduzierten Mehrwertsteuersatz von 7 Prozent bei Arzneimitteln ein. Die GKV könnte durch diesen Schritt um bis zu 3 Milliarden Euro pro Jahr entlastet werden.

Darüber hinaus bestehen wichtige Potentiale in Prävention und Rehabilitation, die heute unzureichend genutzt werden. Dabei sollte z. B. gesundheitliche Prävention nicht auf eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten des Einzelnen reduziert, sondern als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und unterstützt werden. Prävention muss auch die Menschen erreichen, die sich in gesellschaftlichen Randlagen befinden – wie z. B. Kinder und Jugendliche in armen Familien, Migrantinnen und Migranten, Langzeitarbeitslose und ältere Menschen mit niedrigen Alterseinkünften. Erhebliche Reserven bestehen auch im Bereich der Arbeitswelt – hinzuweisen ist z. B. auf das besorgniserregende Ansteigen von psychischen Erkrankungen bei Arbeitnehmern.

Die Einsparpotentiale zu nutzen, erfordert die Vereinbarung und Umsetzung von Langzeitstrategien. Dies geht nur in einem Geist der Kooperation, der auf das Wohl der Patienten und Versicherten gerichtet ist und nicht auf die Durchsetzung einer marktradikalen Ausrichtung des Gesundheitswesens als renditeträchtige Wirtschaftsbranche in einem globalisierten Markt.

Zu b)

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE
Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen
(BT-Drs. 17/1238)

Die Volkssolidarität begrüßt, dass die Fraktion DIE LINKE mit ihrem Antrag eine Alternative für eine solidarische Finanzierung von Gesundheits- und Pflegekosten aufzeigt. Angesichts des mit dem Gesetzentwurf für ein GKV-Finanzierungsgesetz eingeschlagenen Weges, Solidarprinzipien in der GKV abzubauen, verstärkt marktkonforme Finanzierungs- und Organisationsformen im Gesundheitsbereich einzuführen und diesen Weg als alternativlos darzustellen, ist der Antrag vor allem ein wichtiger gesellschaftspolitischer Beitrag zur Debatte über die Zukunft der sozialen Sicherung in Gesundheit und Pflege.

Die im Feststellungsteil des Antrags getroffenen Bewertungen zur Finanzlage der GKV und zu ihren Ursachen werden von der Volkssolidarität weitgehend geteilt. Unterstützung verdient insbesondere die Feststellung, dass das Solidarsystem der GKV „nicht am Ende“ ist, sondern ausgebaut werden muss.

Die Volkssolidarität hat bereits im Jahre 2004 einen eigenen Vorschlag zur Einführung einer Bürgerversicherung in der GKV beschlossen, der aus heutiger Sicht nach wie vor aktuell ist. Er weist wichtige Übereinstimmungen mit dem Antrag der Fraktion DIE LINKE auf.

Dies gilt insbesondere für Schritte, die durch die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger sowie durch die Berücksichtigung weiterer Einkommensarten (speziell aus Vermögenseinkünften, Einkünften aus unternehmerischer Tätigkeit, Vermietung und Verpachtung) eine gerechtere Finanzierung sichern. Dazu gehört auch, dass im Hinblick auf Arbeitseinkommen wieder die volle Parität hergestellt wird.

Zu bedenken ist, dass es bei einer Bürgerversicherung zwar in erster Linie um die Frage einer gerechten und nachhaltigen Finanzierung geht. Für die Legitimation einer Bürgerversicherung ist jedoch auch entscheidend, dass sie dazu beitragen muss, ein hohes Niveau der gesundheitlichen Versorgung für alle Teile der Bevölkerung zu sichern und heute bestehende soziale Ungleichheiten zu beseitigen. Eine Bürgerversicherung muss daher mit entsprechenden strukturellen Reformen einhergehen, bei denen – wie im Antrag auch zu Recht betont wird – die Interessen der Patienten und Versicherten im Vordergrund stehen.

Problematisch ist die im Antrag dargestellte Wirkung auf die Beitragsentwicklung, die durch Einführung einer Bürgerversicherung erzielt werden könnte. Sicherlich hängt es von der konkreten Ausgestaltung ab, welche Effekte tatsächlich bewirkt werden können. Fragwürdig ist es jedoch, eine Absenkung auf 10 Prozent Beitragshöhe insgesamt zu erwarten. Der überwiegende Teil der von Gesundheitswissenschaftlern seit 2003 vorgelegten Berechnungen geht davon aus, dass eine Absenkung um 1,6 bis 3,5 Beitragssatzpunkte erzielt werden könnte. Dies wäre bereits ein deutlicher Fortschritt, zumal er mit einer – im Vergleich zu heute und erst recht im Vergleich zur anstehenden Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge – gerechteren Belastung der Versicherten entsprechend ihrer individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit verbunden wäre.

Die Überwindung der Trennung in gesetzliche und private Krankenversicherung ist dringend notwendig und würde auch ein Stück europäische Normalität herstellen. Die Einführung einer Bürgerversicherung, die – wie auch die jüngste Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) verdeutlicht – von zwei Dritteln der Bevölkerung in der Bundesrepublik befürwortet wird, ist ein längerfristiges Projekt, das gründlicher Vorbereitung bedarf und über verschiedene Zwischenschritte realisiert werden muss.

Ausdrücklich begrüßt wird die Forderung des Antrags, für die Pflegeversicherung ebenfalls eine Bürgerversicherung einzuführen. Dies entspricht auch den Herausforderungen der demografischen Entwicklung besser als eine weitere Privatisierung im Bereich der Pflege.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(18)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
15.10.2010

Forschung, Innovation und Technologie; Gesundheitswirtschaft

Stellungnahme

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE zur Einführung der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung

Datum
15. Oktober 2010

1. Auf dem Weg zu mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem

Der BDI befürwortet insgesamt den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP. Er führt zwar noch nicht zum Idealbild eines liberalen und wettbewerblichen Gesundheitssystems, aber insbesondere die Ergänzung der Finanzierungsgrundlage der GKV um entdeckelte einkommensunabhängige Zusatzbeiträge ist ein richtiger und wichtiger Schritt. Die Zusatzbeiträge bewirken zum Einen die partielle Abkopplung der Gesundheits- von den Lohnkosten und legen zum Anderen per Beitragsautonomie für die Krankenkassen den Grundstein für einen wettbewerblichen Ordnungsrahmen. Der Wettbewerb der Kassen wird nicht zuletzt den Wettbewerb der Leistungserbringer stimulieren und intensivieren. Das bedeutet sowohl Kostenrationalität wie auch Leistungswettbewerb durch innovative Prävention, Diagnostik und Therapien im Interesse der Patienten. Die Beförderung von Stabilität, Transparenz und Wettbewerb sowie Leistungssteigerungen ist für die Entwicklung eines modernen zukunftsweisenden Gesundheitssystems unerlässlich und entspricht den Regelungen des Koalitionsvertrages (III. 9.1, Seite 85f.).

In Zukunft kann und muss der exzessive Interventionismus im Gesundheitssystem, insbesondere auf der Ausgabenseite, allmählich abgebaut werden. Der BDI bemängelt daher in erster Linie den Teil des Regelungsbereiches, der sich mit der Stabilisierung der Ausgaben in der GKV befasst. Ohne auf die Maßnahmen im Einzelnen einzugehen, wird hierin ein Kostendämpfungsaktionismus deutlich, der mit dem Ziel eines liberal und wettbewerblich organisierten Gesundheitssystems nichts zu tun hat, das von sich aus und ohne weitere politische Eingriffe unnötige Kosten vermeiden würde. Derart dirigistische Maßnahmen stehen im Gegensatz zu Formulierungen des Koalitionsvertrages, der ein staatlich zentralistisches Gesundheitssystem als den falschen Weg erkennt (III 9.1, Seite 86). Besonders fragwürdig erscheint die Geltungsdauer der Ausgabenbegrenzungen bis ins Jahr 2012, die damit den Wirkmechanismus der neuen einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge bis ins Jahr 2013 verschiebt. Zu befürchten ist, dass die positiven Effekte der Zusatzbeiträge dann womöglich erst in der nächsten

Bundesverband der Deutschen Industrie e.V.
Mitgliedsverband
BUSINESSEUROPE

Telekontakte
T: 030 2028-1790
F: 030 2028-2790
Internet
www.bdi.eu
E-Mail
C.Orlamuender@bdi.eu

Legislaturperiode voll zum Tragen kommen. Die Erhöhung der an das Arbeitsverhältnis gekoppelten prozentualen Beiträge ist ein Rückschritt. Die zukünftige Festschreibung des Arbeitgeberanteils kann darüber nicht hinwegtäuschen.

2. Der Euphemismus der „paritätischen Finanzierung“

Der BDI unterstützt ausdrücklich die Festschreibung des Arbeitgeberanteils zur GKV mit dem Ziel einer zukünftigen Entkopplung der Gesundheits- von den Lohnkosten. In der zum Entwurf des GKV-FinG erhobenen Kritik wurde dagegen wiederholt von verschiedener Seite eine Rückkehr zum Prinzip der „paritätischen Finanzierung“ gefordert. Auch der vorliegende Antrag der Fraktion DIE LINKE verlangt nach einer Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung.
Diese Forderung geht jedoch an der ökonomischen Grundtatsache vorbei, dass auch der sogenannte Arbeitgeberanteil in Wahrheit vom Arbeitnehmer getragen wird. Denn er muss jedenfalls mittelfristig alle Lohnkosten, auch den sogenannten Arbeitgeberanteil, erwirtschaften, wenn seine Beschäftigung rentabel und damit sinnvoll sein soll. Auch wegen dieses einfachen Zusammenhangs ist die partielle Entkopplung mittels der entdeckelten einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge nicht etwa zu beklagen, sondern vielmehr ein Schritt zu der auch von DER LINKEN geforderten Einbeziehung aller Einkommensarten in die Finanzierungsgrundlage der GKV.

3. Regelung des sozialen Ausgleichs noch nicht formvollendet

Die zur Gewährleistung des sozialen Ausgleichs im GKV-FinG definierte Lösung (Artikel 1, Änderungen des SGB V, § 242b) erscheint umständlich. Die Koppelung lediglich an die Arbeitseinkommen ist zu eng. Langfristig ist die Einbindung des Sozialausgleichs in ein System der Einkommensteuer einschließlich einer negativen Einkommensteuer zu empfehlen. Da die Bedeutung anderer Einkommensarten stetig steigt, sollen diese ebenfalls einbezogen werden. Die Ausgabenstruktur des Bundeshaushaltes macht hohen Reformbedarf bei den Sozialausgaben deutlich, damit diese nicht länger die Zukunftsinvestitionen an den Rand drücken.

Trotz der unschwer erkennbaren Mängel liegt gerade angesichts des Standes der öffentlichen Meinung und der politischen Willensbildung insgesamt ein Konzept mit deutlichem Reformpotenzial für eine wettbewerbliche Gestaltung der GKV vor, das unter den gegebenen politischen Verhältnissen eine elegante Lösung zum Einstieg in die Realisierung der Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag bietet.

Dr. Heinrich Höfer

Cora Orlamünder

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(39)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
19.10.2010

verbraucherzentrale Bundesverband

Berlin, den 18.10.2010

Vermeidung neuer Finanzbelastungen und Versorgungsrisiken für die Versicherten durch die geplante Gesundheitsreform

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes

zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Änderungsanträge 2 und 5 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv
Fachbereich Gesundheit/Ernährung
Markgrafenstr. 66
10969 Berlin
gesundheit@vzbv.de
www.vzbv.de

Schwächung der Versicherten in der Krankenversicherung durch die vorgesehenen Gesetzesänderungen

Erklärtes Ziel der vorliegenden Gesetzesinitiative ist es, eine nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erreichen. Dies soll durch eine Begrenzung der Ausgabensteigerung und durch eine Neustrukturierung der Finanzierungssystematik geschehen. Aus der gewählten Umsetzung der beiden Handlungsstrategien heraus ergeben sich erhebliche neue Belastungen für Versicherte und Patienten:

- Die Festschreibung des von den Arbeitgebern zu finanzierenden Anteils an der GKV bei gleichzeitiger Einführung prinzipiell unbegrenzter einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge bedeutet, dass zukünftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ausschließlich von den Versicherten zu finanzieren sein werden. Demgegenüber hätte die Verbreiterung der Finanzierungsbasis auf alle Einkommensarten eine nachhaltige Finanzierung der GKV mit einer Entlastung für Arbeitnehmer vereinbaren können.
- Die vorgesehenen Kostendämpfungsmaßnahmen wirken überwiegend nur bis 2012. Die danach zu erwartende Kostensteigerung lässt eine entsprechende Entwicklung der Zusatzbeiträge zu Lasten der Versicherten erwarten.
- Der geplante Sozialausgleich wird nicht nur einen hohen Aufwand an Bürokratie mit sich bringen, vor allem die Betroffenen werden damit überfordert sein, die Regelungen nachzuvollziehen und damit zu überprüfen, ob sie in ihrem Fall korrekt angewendet wurden. Die mit dem pauschalen Versichertenbeitrag angestrebte Kostentranparenz wird so konterkariert.
- Die Kombination von persönlich zu entrichtenden Zusatzbeiträgen und einem Aussetzen des Sozialausgleichs bei Säumnis ergibt ein hohes Verschuldungsrisiko für Niedrigverdiener.
- Durch die zeitgleiche Erhöhung der Beiträge in der GKV und die Reduzierung der Wartefrist für den Wechsel in die Private Krankenversicherung (PKV) wird der Anreiz zum Wechsel erhöht. Durch die entgehenden Einnahmen werden die GKV-Versicherten belastet, während gleichzig Schutzmechanismen für PKV-Versicherte, die von steigenden Beiträgen finanziell überfordert sind, nicht ausgebaut werden.
- Das Zusammenwirken der geplanten Ausgabenbegrenzungen im ambulanten und stationären Sektor kann zu Versorgungsengpässen führen. Betroffen sind Leistungen, die bisher als besonders förderungswürdig eingestuft wurden, wie beispielsweise Dialyse oder ambulante Operationen. Der notwendige Strukturwandel durch Bildung von Kompetenzzentren wird erschwert.
- Besonders kritisch ist der Änderungsantrag 2 von CDU/CSU und FDP zur Kostenerstattung. Kommen die geplanten Änderungen zum Tragen, werden sich zwei Patientengruppen herausbilden: Patienten, die sich eine Kostenerstattung leisten können und solche, die das nicht können. Erstere müssen mit erheblichen Mehrausgaben bei unverändertem Leistungsangebot rechnen, da die Erstattungsverpflichtung der Krankenkassen auf den Betrag im Sachleistungsprinzip beschränkt werden soll. Die zweite Gruppe wird Schwierigkeiten bekommen, ambulante ärztliche Versorgung in angemessener Zeit zu erhalten. Nach seriösen Schätzungen ist damit zu rechnen, dass es im Kostenerstattungsprinzip zu Verteuerungen ambulanter Leistungen von mindestens 30 Prozent kommt, möglicherweise noch deutlich mehr. Diese Gelder fließen ausschließlich den Leistungserbringern

zu. Aufgrund des erheblichen ökonomischen Eigeninteresses der Ärzte an der Kostenerstattung dürfte der Druck auf Patienten in der Praxis hoch sein, sich für diese Erstattungsart zu entscheiden, ohne dass sie über die finanziellen und qualitativen Risiken ausreichend aufgeklärt wurden. Damit wird die Freiwilligkeit bei der Wahl der Kostenerstattung entscheidend geschwächt. Ferner greifen die Instrumente der Krankenkassen und der Gemeinsamen Selbstverwaltung zur Ausgabenbegrenzung und Qualitätssicherung im Rahmen der Kostenerstattung nicht mehr.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband kommt deshalb zu dem Schluss:

Der vorliegende Gesetzesentwurf und die Änderungsanträge der CDU/ CSU und FDP-Fraktionen stellen keinen Beitrag für eine nachhaltige Finanzierung der GKV dar. Statt dessen werden erhebliche neue Finanzbelastungen und Versorgungsrisiken für Versicherte und Patienten geschaffen.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert folgende Anpassungen:

1. Arbeitgeber sind weiter an der Kostenentwicklung zu beteiligen und Versicherte vor Überforderung zu schützen

Die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags entlässt die Unternehmen aus ihrer Mitverantwortung für die künftige Kostenentwicklung der GKV. Um in der Wirtschaft das Interesse an einer effizienten Mittelverwendung zu erhalten, müssen Arbeitgeber weiterhin an der Dynamik der Ausgaben in der Krankenversicherung beteiligt werden.

Für privat Versicherte muss der finanzielle Überforderungsschutz bei im Alter steigenden Beiträgen deutlich verbessert, die Erstattungspraxis von Krankenversicherungsbeiträgen bei Beziehern von Arbeitslosengeld II und Leistungen nach dem SGB XII überarbeitet und mehr Versorgungssicherheit insbesondere bei Zahlungsrückständen geschaffen werden. Für gesetzlich Versicherte darf eine Säumnis bei der Entrichtung des Zusatzbeitrags auf keinen Fall zu einem Ausbleiben des Sozialausgleichs führen.

2. Transparenz statt finanzieller Mehrbelastung: Alternativen zur Kostenerstattung einführen

Der Verbraucherzentrale Bundesverband lehnt die vorgeschlagene Änderung der bereits bestehenden Möglichkeiten zur Kostenerstattung in der GKV nach den §§ 13 und 53 SGB V entschieden ab, da Kostenerstattung zu einer Aushöhlung des Sozialprinzips der GKV sowie zu hohen und unkalkulierbaren Mehrbelastungen der Patienten führt und jegliche Steuerung von Qualität und Kosten im Gesundheitswesen unterläuft.

Das Ziel der Transparenz für Patienten über die in Anspruch genommenen Leistungen und die verursachten Kosten lässt sich wesentlich besser durch das Instrument der Patientenquittung nach § 305 (2) SGB V erreichen, das dazu ausgebaut und umgestaltet werden muss:

- Derzeit müssen Patienten ihren behandelnden Arzt aktiv um die Ausstellung einer Patientenquittung bitten, was häufig als Artikulation von Unzufriedenheit mit der Bahndlung verstanden und vermieden wird. Darüber hinaus sind viele Patienten

über diesen Rechtsanspruch nicht informiert. In Zukunft sollte verpflichtend jeder Arzt seinen gesetzlich versicherten Patienten am Ende jedes Quartals eine solche Leistungsabrechnung zukommen lassen.

- Die Aufstellungen der einzelnen Leistungen erfolgen derzeit im ambulanten Bereich anhand der Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs in der Regel ohne ergänzende Zusätze. In Zukunft sollten die Positionen patientenverständlich bezeichnet sein und auch die Bedingungen, die für die Abrechnung zu beachten sind (Leistungslegende), sowie die genauen Inhalte (fakultative und obligatorische Leistungen) in laienverständlicher Form enthalten.
- Zu vielen ambulanten Leistungen gibt es in den Kassenärztlichen Vereinigungen Richtzeiten für die Dauer der Behandlung (Prüfzeiten). Diese sind zur Erhöhung der Transparenz für den Patienten ebenfalls aufzuführen.
- Bislang besteht keine Verpflichtung, innerhalb von Patientenquittungen auch die gestellten Diagnosen anzugeben. Diese sollen in Zukunft verpflichtend angeführt werden, ebenfalls in patientenverständlicher Form.
- Analoge Regelungen sind auch für den stationären Sektor vorzusehen.

Da eine wesentliche Verbesserung der Transparenz durch die Patientenquittung auch ohne finanzielle Mehrbelastung der Patienten zu erreichen ist, wird deutlich, dass eine Einführung der Kostenerstattung nicht mit diesem Ziel begründet werden kann.

3. Versorgungssteuerung durch Qualität und Transparenz: „Pay for Performance“ stärken

Statt – wie im vorliegenden Entwurf vorgeschlagen – undifferenzierte und mittelfristig unwirksame Begrenzungen für Mehrausgaben im stationären Sektor und die Budgetierung bisher besonders geförderter Leistungen im ambulanten Sektor vorzugeben, muss Fehlversorgung an den Schnittstellen der Sektoren und Überversorgung bei ungesicherten Indikationsstellungen abgebaut werden. Wesentliche Instrumente hierfür sind Qualitätstransparenz und Vergütungsdifferenzierung nach Indikations- und Versorgungsqualität. Konkret schlägt der Verbraucherzentrale Bundesverband vor:

- Vorgesehene Kostendämpfungsmaßnahmen sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor sollten ausgesetzt werden können, sofern und soweit Krankenkassen und Leistungserbringer wirksame Maßnahmen zur Sicherung der Indikationsstellung, zur leitliniengerechten Versorgung und zur besonderen Qualitätssicherung vereinbart haben.
- Die selektivvertraglichen Regelungen der §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sind so zu gestalten, dass möglichst alle Berufsgruppen und Organisationen, die mit ihren Mitgliedern an der Versorgung mitwirken, an allen relevanten Vertragsformen teilnehmen können. Monopolstellungen einzelner Verbände sind ebenso zu beseitigen wie Ausschlüsse vom oder Auflagen für die Vertragsteilnahme. Darüber hinaus muß der Vertragsschluss für Krankenkassen ausschließlich freiwillig sein, um Beitragssatzstabilität zu gewährleisten und sicherzustellen, dass Konzepte umgesetzt werden, mit denen die Effizienz der Versorgung tatsächlich verbessert wird. Die bereits vorgesehenen Ausgabenbegrenzungen durch eine Änderung des § 73b SGB V sind angesichts der hohen Mehrkosten der Verträge bei fehlender Evidenz für eine Versorgungsverbesserung zwar zu begrüßen, wären aber ohne den Zwang zum Abschluss von Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung überflüssig.

- Bezüglich der Versorgung in den Selektivverträgen sind verbindliche Vorgaben zur Durchsetzung der Qualitätsvorgaben gegenüber den Krankenkassen zu schaffen. Um für die Patienten Transparenz zu schaffen, ist eine verpflichtende öffentliche Berichterstattung der Kassen über die Versorgungsqualität im Vergleich zur Regelversorgung zu schaffen. Die Anfordernungen an diese Berichterstattung sollen so gestaltet sein, dass ein Qualitätsvergleich der verschiedenen Versorgungskonzepte für Patienten möglich wird.
- Patienten sollen sich auf einer unabhängigen Informationsbasis über die Versorgungsqualität von Leistungserbringern, aber auch über Inhalte von Versorgungsverträgen informieren können. Nur so können sie Angebote gezielt auswählen und sich kosteneffizient verhalten. Der Aufbau einer öffentlich finanzierten, unabhängigen Transparenzplattform nach dem Vorbild der Niederlande ist vorzusehen.
- Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung wie dem (Erweiterten) Bewertungsausschuss oder den Partnern der Bundesmantelverträge wurden erhebliche Spielräume in der Gestaltung von Vergütungen und der Definition von Versorgungsstandards zugewiesen. Damit diese Spielräume nicht zu Regelungen zum Nachteil der Patienten führen, ist hier eine Beteiligung der Patientenvertretung (§ 140f SGB V) sicherzustellen. Diese Beteiligung würde auch die Transparenz der Entscheidungsfindung in den genannten Gremien verbessern.

BKK Bundesverband

Büro Berlin
Albrechtstr. 10c
10117 Berlin
T:030-22312-0
F:030-22312-119
politik@bkk-bv.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(29)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
18.10.2010

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes

vom 18. Oktober 2010

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG, Bundestagsdrucksache 17/3040)

Inhaltsverzeichnis

I Vorwort: Seite 2

II Kernaussagen: Seite 3

III Stellungnahme zu den Änderungsanträgen (17(14)0072): Seite 8

IV Detailkommentierungen: Seite 12

Anlage: Seite 40

I Vorwort

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass die Bundesregierung noch in diesem Jahr einen Gesetzesentwurf vorgelegt hat, der die Stabilisierung der GKV-Finanzen zum Ziel hat. Die Regierung plant, die Einnahmeseite der GKV zu reformieren, indem der Zusatzbeitrag umgestaltet und begleitend ein neuer Sozialausgleich eingeführt wird. Zudem soll das im Jahr 2011 drohende GKV-Defizit durch eine einmalige Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes, einen zusätzlichen Steuerzuschuss von zwei Milliarden Euro sowie Sparmaßnahmen verhindert werden. Damit erhalten die Krankenkassen für das kommende Jahr die dringend notwendige finanzielle Planungssicherheit.

Eine umfassende Reform mit grundsätzlichen Strukturreformen ist hingegen nicht erkennbar. Damit bleibt die Regierungskoalition jedoch hinter den mit dem Koalitionsvertrag geweckten Erwartungen, ein Gesundheitswesen mit mehr Wettbewerb und dauerhafter finanzieller Stabilität zu schaffen, zurück. Sie beharrt in dem System des wettbewerbsfeindlichen Gesundheitsfonds, mit dem den Krankenkassen ihre Beitragsautonomie entzogen und der Wettbewerb erschwert wurde.

Die Betriebskrankenkassen definieren sich durch Nähe zu ihren Trägerunternehmen und ihren Versicherten. Sie stehen für exzellente Versorgungskonzepte und für individuelles, patientenorientiertes Versorgungsmanagement und für konsequente Betriebliche Gesundheitsförderung. Durch ihre Betriebsnähe ist für sie ökonomisches Denken eine Selbstverständlichkeit. Nicht zuletzt deshalb sehen die Betriebskrankenkassen den Wettbewerb im Gesundheitswesen als wesentliches Instrument zur Aufrechterhaltung der Qualität der Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten. Die Betriebskrankenkassen sind eine Kassenart, die sich vor allem durch ihre Vielfältigkeit auszeichnet. Mehr als zwei Drittel der gesetzlichen Krankenkassen sind Betriebskrankenkassen, darunter neben kleinen und mittleren Kassen mit eher regionalem Schwerpunkt auch viele große bundesweit geöffnete Kassen. Diese Pluralität gilt es als einen Garant für ein wettbewerbliches und verbraucherfreundliches Gesundheitswesen zu erhalten.

II. Kernaussagen

Zu den zentralen Anliegen des Gesetzentwurfs nimmt der BKK Bundesverband folgende Grundsatzpositionen ein, die in den Detailkommentierungen ab Seite 12 vertiefend erläutert werden:

1. Einnahmeseite

1.1. Anhebung und Festschreibung des Beitragssatzes

Die Betriebskrankenkassen sehen die Anhebung des Beitragssatzes um 0,6 Prozent als Notwendigkeit zur Stabilisierung der angespannten Finanzlage an.

Künftige Kostensteigerungen sollen nach dem Konzept der Bundesregierung allein von den Mitgliedern in Form der Erhebung von Zusatzbeiträgen getragen werden. Die Betriebskrankenkassen sehen mit Sorge, wenn künftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen einzig zu Lasten der Arbeitnehmer gehen. Mittelfristig droht,

- dass politische Bemühungen zur Ausgabenstabilisierung erlahmen, da mögliche Preissteigerungen im Gesundheitswesen keinen Effekt mehr auf die Lohnnebenkosten haben werden.
- dass die Parität zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern in den Selbstverwaltungsorganen nicht mehr gewährleistet wird.

Gerade in der Betrieblichen Krankenversicherung hat sich die lange Tradition wertvoller Erfahrung mit der aktiven Finanzverantwortung der Arbeitgeber bewährt. Insbesondere die Anreize zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in den Unternehmen gilt es auch weiterhin zu erhalten und zu fördern.

1.2. PKV-Wechsel

In dem vorliegenden Gesetzentwurf wird die im Koalitionsvertrag festgelegte Wiederherstellung der Wechselmöglichkeit GKV-Versicherter in die PKV nach einjähriger Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze umgesetzt. Damit gehen der GKV wichtige Einnahmen verloren. Die dafür im Gesetzentwurf auf 200 Millionen Euro bezifferten Mindereinnahmen für die GKV sind allerdings deutlich zu niedrig geschätzt. Diese Regelung konterkariert die Intention der Bundesregierung die Einnahmeseite der GKV zu stabilisieren und wird von den Betriebskrankenkassen abgelehnt.

1.3. Neugestaltung des Zusatzbeitrags

Der Zusatzbeitrag soll neu gestaltet werden, indem er künftig unabhängig vom Einkommen der Versicherten als fester Betrag erhoben und durch einen neuen Sozialausgleich abgefedert werden soll. Mit dieser Neugestaltung des Zusatzbeitrages wird für die Krankenkassen eine kurzfristige Erleichterung ihrer Liquiditätssituation ermöglicht und damit

ihre Planungssicherheit ein stückweit erhöht. Eine tatsächliche Rückkehr zur Beitragsautonomie wird mit der Neuregelung jedoch nicht erreicht!

Die Bundesregierung plant künftig, jährlich auf Berechnungen des Schätzerkreises einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag für das kommende Jahr festzulegen. Dieser durchschnittliche Zusatzbeitrag soll ausschließlich als Berechnungsgröße für einen möglichen Sozialausgleich fungieren und nicht als Orientierungswert für die individuelle Erhebung eines Zusatzbeitrags durch eine Krankenkasse. Hierfür sollen weiterhin die individuellen Einnahmen und Ausgaben einer Krankenkasse ausschlaggebend sein. Da somit der individuelle Zusatzbeitrag einer Krankenkasse völlig unabhängig vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag erhoben werden kann, soll über den individuellen Zusatzbeitrag ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen entstehen. Insbesondere unter wettbewerblichen Aspekten wird damit allerdings ein zentrales Problem der bestehenden Regelung des Zusatzbeitrags manifestiert: So bleibt zunächst der hohe Anreiz für die einzelne Krankenkasse bestehen, aus Sorge vor Wettbewerbsnachteilen die Erhebung eines Zusatzbeitrages trotz eines erkennbaren Bedarfs zu lange hinauszögern. Für die gesamte Übergangsphase bis zu einer flächendeckenden Einführung der Zusatzbeiträge droht voraussichtlich ein ruinöser Wettbewerb um die Verhinderung von Zusatzbeiträgen, der die Gefahr von größeren finanziellen Schieflagen einzelner Kassen und letztlich des haftenden GKV-Systems birgt. Hierunter werden auch innovative Versorgungskonzepte der Krankenkassen leiden.

1.4. Erhebung des Zusatzbeitrags

Erste Erfahrungen aus diesem Jahr haben gezeigt, dass die Erhebung von Zusatzbeiträgen für die Krankenkassen einen erheblichen Verwaltungsaufwand bedeutet. Dies muss bei der geplanten Nullrunde der Verwaltungskostenausgaben berücksichtigt werden. Daher sollte der gesetzliche Rahmen auch so gestaltet sein, dass der Zusatzbeitragseinzug kassenindividuell organisiert werden kann. Dies eröffnet den Krankenkassen auch wieder neue Wettbewerbsspielräume, beispielsweise in der Option eines Quellenabzugs im Einvernehmen zwischen Unternehmen und Krankenkasse.

Durch die steigende Relevanz der Zusatzbeiträge für die Gesamteinnahmen der GKV dürfen den Krankenkassen darüber hinaus keine Liquiditätsrisiken entstehen. Daher begrüßen die Betriebskrankenkassen die Einführung von weiteren Sanktionsregelungen. Der vorgeschlagene Weg wirft allerdings eine Reihe von verfahrenstechnischen sowie datenschutzrechtlichen Fragen auf (siehe Detailkommentierung Seite 12).

1.5. Gestaltung des Sozialausgleichs

Die Realisierung des Sozialausgleichs über die Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger wird als eine Lösung begrüßt, die Chancen eines versichertenfreundlichen Verfahrens birgt. Die Betriebskrankenkassen unterstützen, dass der Sozialausgleich im GKV-System stattfindet und die anspruchsberechtigten Bürger damit nicht zu Bittstellern bei den

Finanzbehörden gemacht werden. Sie begrüßen ebenfalls, dass mit dem geplanten Modell eine möglichst staatsferne Methode gefunden wurde, durch die das selbstverwaltete Krankenversicherungssystem bewahrt bleibt.

Allerdings wird die geplante Regelung nicht den Anforderungen an ein unbürokratisches Verfahren gerecht. Insbesondere für die Versichertengruppen, die nicht oder nicht einzig über einen Arbeitgeber zu erreichen sind, muss ein sehr hoher Verwaltungsaufwand nicht nur bei den Krankenkassen betrieben werden. Die Einrichtung neuer aufwändiger Informations- und Meldewege wird erforderlich (siehe hierzu auch die graphische Darstellung der Meldewege im Anhang, Seite 42). Dieser bürokratische Mehraufwand rechtfertigt zumindest eine Herausnahme dieser Ausgaben aus der vorgesehenen Budgetierung der Krankenkassenverwaltungskosten in 2011 und 2012.

1.6. Geplanter Steuerausgleich

In dem Gesetzentwurf wird die Einführung eines vollständig steuerfinanzierten Sozialausgleichs nicht sichergestellt. Bis 2014 wird der Sozialausgleich aus Mitteln der Liquiditätsreserve finanziert, die um 2 Mrd. Euro Steuermittel im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes aufgestockt wird. Erst im Jahr 2014 wird die Höhe der für den Sozialausgleich notwendigen weiteren Bundesmittel gesetzlich festgelegt. Damit ist die in den Eckpunkten angekündigte vollständige Finanzierung des Sozialausgleichs durch Steuermittel in Frage gestellt. Einmal mehr zeigt sich, dass Steuerfinanzierung als Element der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung einer gewissen Willkür unterworfen ist. Sollte der Sozialausgleich durch entsprechende Kürzungen der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen finanziert werden, drohen diesen finanzielle Planungsunsicherheiten.

2. Ausgabenseite

Die Betriebskrankenkassen begrüßen das Ziel der Bundesregierung, durch Einsparanstrengungen im Leistungsbereich den Anstieg der GKV-Ausgaben für das kommende Jahr zu senken. Kritisiert wird jedoch, dass einzelne Leistungserbringer, wie die Apotheker, von den Sparbemühungen völlig ausgenommen werden. Auch sehen die Betriebskrankenkassen die vorgesehenen Sparmaßnahmen nicht als ausreichend an. Darüber hinausgehende Strukturreformen sind dringend notwendig, um die Belastungen für die Versicherten im Jahr 2011 – aber auch in den Jahren darauf – so gering wie möglich halten zu können. Dem Gesetzentwurf fehlt es jedoch insgesamt an einem grundlegenden Konzept, wie die Gesundheitskosten in den weiteren Versorgungsbereichen langfristig stabil und für die Versicherten bezahlbar gestaltet werden sollen. Bei den kurzfristig angelegten Sparmaßnahmen des Gesetzentwurfs ist bereits zu befürchten, dass die tatsächlichen Einsparergebnisse in einigen Bereichen hinter den formulierten Zielen zurückbleiben.

2.1. Ambulante Versorgung – Hausarztzentrierte Versorgung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich das vereinbarte Ziel der Bundesregierung, das Vergütungsniveau der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) zu begrenzen. Der vorgesehene Vertrauensschutz für bereits geschlossene oder per Schiedsamt festgelegte HzV-Verträge ist jedoch aus Sicht der Betriebskrankenkrankenkassen inakzeptabel und wettbewerbsverzerrend. Die Rechtsgültigkeit dieser Verträge muss auf den 31. Dezember 2010 begrenzt werden.

Grundsätzlich bleiben die Betriebskrankenkassen bei ihrer Haltung, dass innovative Versorgung im Rahmen der Selektivverträge nur durch freie Vertragspartnerwahl und echte Gestaltungsspielräume möglich ist. Der Vertragszwang des § 73b muss daher gänzlich aufgehoben werden.

2.2. Ambulante Versorgung – Vergütung der niedergelassenen Ärzte

Die sogenannten Einsparungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung sind allenfalls Begrenzungen von Ausgabensteigerungen. Von Einsparungen kann nicht die Rede sein. Gerade vor dem Hintergrund der hohen Honorarsteigerungen der jüngsten Vergangenheit (17 Prozent Zuwachs bzw. 4,7 Milliarden Euro mehr von 2007 auf 2010) hätte es auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung einer Nullrunde bedurft. Für das Jahr 2011 ist stattdessen mit einem Ausgabenanstieg von mindestens einer Milliarde Euro zu rechnen.

2.3. Zahnärztlicher Bereich

Die Begrenzung der Erhöhung der Gesamtvergütung im zahnärztlichen Bereich wird als Sparbeitrag der Zahnärzteschaft grundsätzlich positiv bewertet. Allerdings stellt sich die Frage, warum die Hälfte der Grundlohnsummenentwicklung noch als Steigerungsfaktor zugestanden wird. Eine reine Nullrunde hätte einen noch effektiveren Sparbeitrag erzielen können. Das insgesamt moderate Einsparziel wird durch die ebenfalls vorgesehene Ost/West-Angleichung der Honorare in den Jahren 2012 und 2013 zudem völlig konterkariert. Insbesondere die Betriebskrankenkassen würden dadurch besonders belastet (siehe Seite 33f.).

2.4. Stationäre Versorgung

Die Bundesregierung plant, die Preissteigerung der Krankenhäuser im kommenden Jahr auf die Hälfte der Grundlohnsummensteigerung zu begrenzen. Zudem soll ein Effizienzabschlag von 30 Prozent auf Mehrleistungen festgesetzt werden. Beide Ziele sind grundsätzlich begrüßenswert, gehen aber aus Sicht der Betriebskrankenkassen eindeutig nicht weit genug.

In den letzten Jahren hat es bei den Krankenkassen exorbitante Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich gegeben. Von den gesetzlichen Krankenkassen ist noch nie soviel Geld

in den Krankenhausbereich geflossen wie in 2009. Und auch 2010 wird es wieder eine erhebliche Steigerung geben, die durch ein aktuelles Gesetzgebungsverfahren nicht mehr eingefangen werden kann. Die Betriebskrankenkassen fordern daher, dass die Koalition dafür Sorge trägt, dass die Ausgaben in 2011 nicht weiter steigen. Für eine solche echte Nullrunde ist es zwingend erforderlich, auf der Ebene der Landesbasisfallwerte für 2011 nicht nur die Preisentwicklung zu stabilisieren, sondern die Mengenentwicklung im Jahr 2010 in voller Höhe zu berücksichtigen. Nur dann ist die dringend erforderliche echte Ausgabenstabilität in 2011 im Krankenhausbereich realistisch.

Das Einsparziel ist also mit Blick auf den vorgeschlagenen Effizienzabschlag in Höhe von 30 Prozent auf Mehrleistungen für das Jahr 2011 sowie der Begrenzung der Preissteigerung auf die Hälfte der Grundlohnsumme aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht hinreichend. Der Effizienzabschlag könnte allenfalls bei der notwendigen Betrachtung von möglichen Einsparpotentialen für die Folgejahre hilfreich sein, sollte aber auch dann eindeutig höher angesetzt werden.

2.5. Verwaltungskosten der Krankenkassen

Die angestrebte Nullrunde bei der Steigerung der Verwaltungskosten akzeptieren die Betriebskrankenkassen als ihren Anteil an den Einsparbemühungen grundsätzlich. Die Betriebskrankenkassen haben in der Vergangenheit immer bewiesen, dass sie mit schlanken Strukturen eine effiziente Verwaltung ermöglichen konnten. Die Größe einer Krankenkasse ist hierfür im Übrigen nicht ausschlaggebend.

Allerdings ist der Gesetzgeber gefordert, den Krankenkassen neue Spielräume für die Senkung ihrer Verwaltungskosten zu schaffen, beruhen doch die Kostensteigerungen in diesem Bereich in den letzten Jahren vor allem auf vom Gesetzgeber eingeführte zusätzliche Aufgaben der Krankenkassen. So hält der Gesetzgeber weiterhin an der Einführung von Weiterleitungsstellen zum 1.1.2012 fest, deren Streichung die Betriebskrankenkassen für dringend erforderlich halten (siehe Anhang, Seite 40). Auch geplante Reformen, wie die Einführung von Mehrkostenregelungen bei rabattierten Arzneimitteln im Rahmen des AMNOG oder die umfassende Einführung von Zusatzbeiträgen erfordern einen erhöhten Verwaltungsaufwand.

Deshalb fordern die Betriebskrankenkassen eine gesetzliche Öffnungsklausel, die sicherstellt, dass Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für Aufgaben, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben in den Jahren 2011 und 2012 komplett neu oder in größerem Umfang als 2010 wahrzunehmen sind, von der Ausgabenbegrenzung ausgenommen werden. Diese Öffnungsklausel muss auch für alle Rationalisierungsinvestitionen der Krankenkassen und ihrer Verbände gelten, die – z.B. im Bereich der Informationstechnologie – als Sachkosten anfallen. Gerade diese Rationalisierungsinvestitionen dienen dem Ziel, die Verwaltungseffizienz zu erhöhen und die Verwaltungskosten dauerhaft zu begrenzen. Sie müssen aktuell auch dazu dienen, den Sozialausgleich IT-unterstützt und für alle Beteiligten (Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger und Krankenkassen) leicht handhabbar zu gestalten.

III. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum GKV-FinG (Ausschussdrucksache 17(14)0072)

1. Ausgaben für Mitgliederwerbung (Änderungsantrag Nr. 1)

Die Bundesregierung beabsichtigt, eine bestehende Ungleichbehandlung zwischen den Krankenkassen im Bereich der Mitgliederwerbung zu beheben. Bisher können die Krankenkassen, die die Möglichkeit haben, einen eigenen Vertrieb für die Mitgliederwerbung zu halten, unbudgetiert in diese Vertriebsform investieren.

Insbesondere kleine- und mittelständische Krankenkassen sind jedoch darauf angewiesen, externe Vertriebspartner zu beauftragen. Damit sind sie verpflichtet, diese Kosten in dem Konto für „allgemeine Werbeausgaben“ zu buchen. Die Mittel sind entsprechend begrenzt einsetzbar. Damit herrscht ein elementarer Wettbewerbsnachteil.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher die Absicht der Bundesregierung eine Gleichbehandlung herzustellen. In letzter Konsequenz kann Wettbewerbsgleichheit aber nur hergestellt werden, wenn sichergestellt wird, dass damit auch für alle Krankenkassen die Budgetierung der Ausgaben für Mitgliederwerbung/Vertriebskosten entfällt. Das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot gilt es dabei zu beachten.

Die angestrebte gesetzliche Regelung geht in die richtige Richtung, bedarf aber noch einer ergänzenden Klarstellung. Weder aus dem Kontenrahmen noch aus dem SGB ergibt sich ein Werbebudget, wie es von den Aufsichtsbehörden zu Aufsichtszwecken angenommen wird. Durch diese Aufsichtspraxis der Aufsichtsbehörden ergeben sich jedoch gerade je nach Ausgestaltung der genutzten Vertriebswege der Krankenkassen unterschiedliche wettbewerbliche Wirkungen.

Im Gesetzestext sollte statt von „Verwaltungsausgaben, die der Werbung neuer Mitglieder dienen“ von „Verwaltungsausgaben, die der Mitgliedergewinnung dienen“ gesprochen werden; ferner sollte die Intention dieser Gesetzesänderung im Gesetzestext selbst deutlich zum Ausdruck gebracht werden, indem in einem Satz 2 geregelt wird, dass die Verwaltungsausgaben getrennt von den Ausgaben für Werbemaßnahmen zu buchen sind.

Änderungsvorschlag

Deswegen wird folgende Fassung des § 4 Abs. 5 empfohlen:

> „(5) In den Verwaltungsvorschriften nach § 79 Abs. 2 des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben, die der Mitgliedergewinnung dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden. Diese Verwaltungsausgaben sind getrennt von den Ausgaben für Werbemaßnahmen zu buchen.“

Die Gesetzesbegründung hierzu sollte wie folgt formuliert werden:

Begründung:

„In der Vergangenheit ist das Problem aufgetreten, dass Ausgaben der Krankenkassen für Mitgliedergewinnung unterschiedlich gebucht werden, je nachdem ob die Mitgliedergewinnung mit eigenen Mitarbeitern oder durch private Dienstleister erfolgt. Um die Ungleichbehandlung durch die unterschiedlichen Buchungsvorgaben zu vermeiden und um die Vergleichbarkeit bei den Ausgaben der Krankenkassen herzustellen, muss durch eine entsprechende Anpassung des für die Buchung maßgeblichen Kontenrahmens als Teil der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) sichergestellt werden, dass diese Ausgaben für private Dienstleister auf die gleiche Kontenart gebucht werden, wie die Personalkosten der eigenen Vertriebsmitarbeiter."

2. Kostenerstattung – Wahltarife – Zusatzversicherungen (Änderungsanträge Nr. 2, 3 und 5)

Die Bundesregierung beabsichtigt, den Zugang der Versicherten zur Kostenerstattung mit folgenden Schritten zu erleichtern:

- In § 13 SGB V werden die Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung auf ein Kalendervierteljahr verkürzt, die Abschläge für die Verwaltungskosten auf bis zu fünf Prozent des Erstattungsbetrages begrenzt und die Abschläge für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfungen gestrichen. Die schriftliche Bestätigung über die im Vorfeld erfolgte Beratung über Folgekosten gegenüber dem Leistungserbringer soll entfallen. (Änderungsantrag Nr. 2)

- In § 53 SGB V wird die Mindestbindungsfrist für alle Wahltarife – abgesehen von den Wahltarifen für besondere Versorgungsformen – von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt. Die langfristige Tragbarkeit von Wahltarifen zur Kostenerstattung soll zukünftig von einem Wirtschaftsprüfer oder Aktuar geprüft werden. (Änderungsantrag Nr. 3)

- In § 194 SGB V wird für die Krankenkassen explizit die Möglichkeit benannt, private Zusatzversicherung im Bereich der Kostenerstattung zu vermitteln. (Änderungsantrag Nr. 5)

2.1. Kostenerstattung

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass das Kostenerstattungselement bis heute ein Fremdkörper in der GKV geblieben ist und gegenüber dem bewährten Sachleistungsprinzip keine Vorteile bietet. Durch das Sachleistungsprinzip stehen den Krankenkassen Steuerungsinstrumente zur Qualität und Wirtschaftlichkeit zur Verfügung, die im Kostenerstattungssystem verloren gehen würden. Die gesetzlichen Vorhaben der Änderungsanträge können nicht dazu beitragen, die Attraktivität der Kostenerstattung zu erhöhen – weder für die Versicherten noch für die Krankenkassen.

Für die einzelne Krankenkasse bedeutet die Vorhaltung von Kostenerstattung einen erheblichen bürokratischen Aufwand. Eine Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung nach §13 SGB V von nur drei Monaten wird diesen Aufwand noch weiter erhöhen. Auch die Beschränkung der Abschläge für Verwaltungskosten sowie die Streichung der Abschläge für die fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in diesem Zusammenhang kontraproduktiv. Diese Regelung steht zudem im Konflikt mit der Vorgabe einer Verwaltungskosten-Nullrunde in 2011 und 2012.

Die Versicherten gehen bei der Kostenerstattung ein hohes Maß an Unsicherheit ein, da sie nicht wissen, welche Kosten ihnen tatsächlich von der Krankenkasse erstattet werden können. Dieses Problem wird durch die geplante Neuregelung, dass künftig die schriftliche Bestätigung gegenüber dem Leistungserbringer über die im Vorfeld erfolgte Beratung über Folgekosten entfallen soll, noch weiter verschärft.

2.2. Wahltarife

Eine verkürzte Bindungsfrist der Wahltarife nach § 53 SGB V lässt das Kalkulationsrisiko für die Krankenkasse künftig größer und damit auch die Marktfähigkeit dieser Wahltarife nicht besser werden. Auch steigt die Gefahr, dass diese Tarife verstärkt über die vom Gesetzgeber nicht gewollte Quersubventionierung realisiert werden. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass die künftig vorgesehene Prüfung der Wahltarife „Kostenerstattung“ durch einen Aktuar bzw. Wirtschaftsprüfer die Bürokratiekosten für die Kassen erhöhen wird. Zudem werden hierdurch unberechtigterweise Aufsichtsfunktionen auf Dritte überlagert. Dies ist originäres Geschäft der Aufsichtsbehörden und dort aus gutem Grunde angesiedelt.

2.3. Zusatzversicherungen

Dass Krankenkassen nach § 194 Abs. 1a den Versicherten auch Ergänzungstarife zur Kostenerstattung bei privaten Anbieter vermitteln, mit denen die nicht erstattungsfähigen Kosten in der GKV abgesichert werden können, ist im BKK System bereits gelebte Praxis. Dass der Gesetzgeber diese Möglichkeit noch einmal klarstellend ins Gesetz aufnimmt, ändert aus Sicht der Betriebskrankenkassen nichts an der geltenden Rechtslage.

Damit bleibt es dabei, dass im Bereich der Zusatzversicherungen eine engere Zusammenarbeit zwischen GKV und PKV (Kooperation) im Sinne des Verzahnens der Produkt- und Versorgungsangebote sowie bei der Kosten- und Ressourcensteuerung weiterhin nicht bzw. nur teilweise zulässig ist. Die Policierung, der Prämieneinzug und die Schadensregulierung mit Ausnahme des reinen Vermittlungsprozesses darf derzeit von der GKV nicht bearbeitet werden. Auch der Vermittlungsprozess darf aufgrund des rechtlichen Rahmens für die Versicherungsvermittler und der Unsicherheit, wo die Mitarbeiter der Krankenkassen einzuordnen sind, nur mittelbar übernommen werden.

Mehr als sinnvoll wäre im Bereich der Zusatzversicherungen eine engere Verzahnung der beiden Systeme durch eine Anpassung des rechtlichen Rahmens. Sowohl der Begriff der Versicherungsvermittlung als auch die nicht bestehende gewerberechtliche Registrierungs- und Erlaubnispflicht der Krankenkassen müsste gesetzlich klargestellt werden.

IV. Detailkommentierungen

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Artikel 1	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**	
Art. 1 Nr. 1 **§ 4** **Abs. 4**	**Krankenkassen** Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkassen dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 nicht gegenüber denen des Jahres 2010 erhöhen. Dies gilt gleichermaßen für die Verwaltungsausgaben der Verbände der Krankenkassen.	Die angestrebte Nullrunde bei der Steigerung der Verwaltungskosten akzeptieren die Betriebskrankenkassen als ihren Anteil an den Einsparbemühungen grundsätzlich. Die Betriebskrankenkassen haben in der Vergangenheit immer bewiesen, dass sie mit schlanken Strukturen eine effiziente Verwaltung ermöglichen konnten. Die Größe einer Krankenkasse ist hierfür im Übrigen nicht ausschlaggebend. Allerdings ist der Gesetzgeber gefordert, den Krankenkassen neue Spielräume für die Senkung ihrer Verwaltungskosten zu schaffen, beruhen doch die Kostensteigerungen in diesem Bereich in den letzten Jahren vor allem auf vom Gesetzgeber eingeführte zusätzliche Aufgaben der Krankenkassen. So steht die Verwaltungskostendeckelung konträr zu den finanziellen Auswirkungen, die die Regelung zum Sozialausgleich (§ 242b SGB V – neu) bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen verursachen werden. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber eine Vielzahl von Maßnahmen geplant, die mit einer Verwaltungskostendeckelung nicht in Einklang zu bringen sind. So hält der Gesetzgeber weiterhin an der Einführung von Weiterleitungsstellen fest, deren Streichung wir für dringend erforderlich halten (siehe Anhang).
Art. 1 Nr. 2 **§ 6** **a) Abs. 1**	**Versicherungsfreiheit** Die Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern, die eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufnehmen, tritt grundsätzlich wieder mit sofortiger Wirkung ein. Außerdem	Mit der Änderung wird der Rechtstand wieder hergestellt, der bis Anfang 2007 galt. (Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Mit den Änderungen wird eine der Festlegungen im Koalitionsvertrag umgesetzt.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
noch **Art. 1 Nr. 2** **§ 6** **a) Abs. 1**	kommt ein Ausscheiden aus der Versicherungspflicht aufgrund der Höhe des Jahresarbeitsentgelts wieder nach erstmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in Betracht	Die Regelung soll ab 31.12.2010 gelten, damit kommt die jetzige Regelung zum Jahreswechsel (Ausscheiden aus der Versicherungspflicht erst nach dreimaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze) nicht mehr zur Wirkung. Ein früherer Wechsel zur PKV wird damit wieder möglich. Diejenigen, die gleichwohl GKV-versichert bleiben wollen, haben durch § 9 Abs. 9 (neu) aufgrund ihrer evtl. Sondersituation ein einmaliges Beitrittsrecht. Die Sondersituation könnte sich dadurch ergeben, dass sie die Voraussetzungen zum freiwilligen Beitritt zur GKV nach § 9 Abs. 1 SGB V noch nicht erfüllen, wenn sie aus der Versicherungspflicht am 31.12.2010 ausscheiden. ***Die Änderung hat negative Auswirkungen auf die GKV und damit auch auf das BKK System. Die Abwanderung in die PKV wird verstärkt eintreten, insbesondere auch wegen der Anhebung der Beitragssätze und (drohender) Erhebung von Zusatzbeiträgen. Der Sozialausgleich wird für den betroffenen Personenkreis nicht greifen. Durch die Änderung werden Mindereinnahmen bewirkt.***
Art. 1 Nr. 2 **§ 6** **b) Abs. 4**	Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird.	• Rückkehr zum Rechtstand, der bis Anfang 2007 galt • Folgeänderung zu Abs. 1
Art. 1 Nr. 2 **§ 6** **c) Abs. 9**	Der Abs. 9, der eine Besitzstandregelung für Arbeitnehmer enthält, die bereits am 02. Februar 2007 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer Krankheitskostenvollversicherung versichert waren, wird aufgehoben.	• Folgeänderung zu Abs. 1 • Streichung der Übergangsregelung, die für am 02.02.2007 privat Versicherte gilt

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 1 Nr. 3 **§ 9** **a) Abs. 1 Satz 1 Nr. 3**	**Freiwillige Versicherung** Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und versicherungsfrei sind, weil ihr Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet, können der Krankenversicherung freiwillig beitreten; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung gelten dabei nicht als erstmalige Beschäftigung. .	• Einmaliges Beitrittsrecht für Arbeitnehmer, die erstmals eine Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufnehmen (insbesondere Berufsanfänger) • Folgeänderung zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V • Wiederherstellung des bis Anfang 2007 geltenden Rechts • Darüber hinaus wird klargestellt, dass das Beitrittsrecht für die erste Beschäftigungsaufnahme im Inland gilt. Bislang waren Arbeitnehmer, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen, zunächst an die GKV für mindestens 3 Kalenderjahre gebunden. Es handelt sich im Zusammenhang mit der Änderung des § 6 um eine erforderliche Regelung. Die Klarstellung, dass die Regelung für die erste „Beschäftigung im Inland“ gilt, ist positiv zu bewerten, da gerade auch bei Unternehmen mit BKK zunehmend internationale Mitarbeiter beschäftigt werden. Sofern diese Mitarbeiter bereits im Ausland für längere Zeit ein Entgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze bezogen haben, besteht für sie nach heutigem Recht keine Möglichkeit, der GKV und somit einer BKK beizutreten. Sollte an der geplanten Rechtsänderung des § 6 SGB V nicht festgehalten werden, sollte gleichwohl die Regelung über das Beitrittsrecht beibehalten werden. Dies würde den Arbeitnehmern aus dem Ausland, die dort bereits seit längerer Zeit ein Jahresarbeitsentgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze bezogen haben, und ein solches auch bei erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung im Inland beziehen, ein Beitrittsrecht zur GKV einräumen.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 1 Nr. 3 **§ 9** **b) Abs. 2 Nr. 3**	Geregelt wird die Frist, innerhalb der Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung der Krankenkasse anzuzeigen haben. Dieser Beitritt ist innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der Beschäftigung anzuzeigen.	• Frist für die wieder eingeführte Ausübung des Beitrittsrechts beträgt – wie in den anderen Beitrittssachverhalten – 3 Monate. • Folgeänderung/-einfügung zu Abs. 1 Nr. 3 dieser Vorschrift.
Art. 1 Nr. 4 **§ 71** **Abs. 3**	**Beitragssatzstabilität** Es wird klargestellt, dass nach dem Wegfall der nach Rechtskreisen getrennten Datenerhebung zum RSA auf Grund des GKV-WSG auch die für die Vergütungsvereinbarungen relevante Feststellung der Veränderungsrate seit dem 01.01.2008 nur noch bundeseinheitlich erfolgen kann. Aus Gründen der Rechtssicherheit tritt die Regelung rückwirkend zum 01.01.2008 in Kraft.	Die Gesetzesänderung stellt im Grunde eine Anpassung an schon umgesetzte andere Rechtsvorschriften dar und entspricht letztlich der laufenden Praxis.
Art. 1 Nr. 5 **§ 73b** **a) Abs. 5a (neu)**	**Hausarztzentrierte Versorgung** Das Vergütungsniveau der hausarztzentrierten Versorgung wird für neu zustande kommende Verträge begrenzt. HzV-Verträge haben zukünftig den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Dabei werden mögliche Vergütungsvarianten im Gesetz aufgeführt, bei denen die Einhaltung dieses Grundsatzes als erfüllt anzusehen ist. Hierfür gilt, dass entweder der durchschnittliche Fallwert in der kollektivvertraglichen hausärztlichen Versorgung nicht überschritten oder die Vergütung je Versicherten durch den Bereinigungsbetrag je Versicherten abgedeckt wird.	Die Einführung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und somit eine Begrenzung der Vergütung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung ist zu begrüßen, da so das erhöhte Ausgabenrisiko für die Kassen bei den Vertragsverhandlungen mit dem durch eine gesetzliche verankerte Monopolstellung begünstigten Hausärzteverband begrenzt wird. Allerdings ist aus Kassensicht nicht verständlich und rechtlich nicht nachvollziehbar, dass der Bestandsschutz für Alt-Verträge auch für geschiedste Verträge gelten soll und für diese Fallkonstellation nicht einmal ein Sonderkündigungsrecht vorgesehen wird. Bei den beiden im Gesetz genannten Beispielen zur Umsetzung der Beitragssatzstabilität (durchschnittlicher Fallwert oder Bereinigungsbetrag je

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		Versicherten) handelt es sich um keine abschließende Aufzählung. Die Vorgabe der Beitragssatzstabilität ist "insbesondere" bei Vorliegen einer dieser beiden Fälle erfüllt. Diese Vorgabe ist somit recht offen gestaltet und lässt der Schiedsperson bzw. den Vertragsparteien noch Spiel- und Interpretationsraum. Zu beachten ist aber, dass der Bereinigungsbetrag je Versicherten weitaus niedriger sein kann als der durchschnittliche Fallwert im Kollektivvertrag, auch wenn dieser bei der Vergleichsbetrachtung um die Leistungen zu verringern ist, welche nicht Gegenstand der HzV sind.
b) Abs. 8	Für Verträge, bei denen die HzV-Leistungen über die regulären hausärztlichen Leistungen gemäß § 73 hinausgehen und damit nicht bereinigt werden, ist sicherzustellen, dass diese Leistungen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden.	Diese Klausel wurde von einer "Kann-" in eine "Muss-"Bestimmung verwandelt. Dies bedeutet letztlich eine höhere Anforderung an den Nachweis dieser Vorgaben, wobei es hier auch weiterhin noch Interpretationsspielraum gibt.
c) Abs. 9 (neu)	HzV-Verträge sind von der Kasse der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diese kann die Verträge innerhalb von 2 Monaten beanstanden und zusätzliche Informationen und Stellungnahmen anfordern. Die Vorlagepflicht gilt auch für geschiedste Verträge. Hierbei hat die unabhängige Schiedsperson den Vertrag vorzulegen.	Grundsätzlich kann einer solchen Vorlagepflicht gegenüber den Aufsichtsbehörden zugestimmt werden, wenn sich das Prüf- und Beanstandungsrecht insbesondere auf die Einhaltung der Vorgaben nach Abs. 8 beschränkt. Allerdings zeigen Erfahrungen aus anderen Bereichen, dass die Länderaufsichten und das BVA durchaus unterschiedlich reagieren. Von daher halten wir es für dringend erforderlich, wenn diesbezüglich klarere Vorgaben an die Aufsichtsbehörden zur gegenseitigen Abstimmung erlassen werden, um eine einheitliche Verfahrensweise zu gewährleisten.
Art. 1 Nr. 6 a und b **§ 85** **Abs. 2 d <neu> und Abs. 3 f <neu>**	**Gesamtvergütung/Zahnärzte** Die Neuregelung sieht sowohl eine Begrenzung der Erhöhung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen (ohne Zahnersatz) als auch eine Begrenzung der Gesamtvergütung für zahnärztliche Leistungen, ebenfalls ohne Zahnersatz sowie Individualprophylaxe und Früherkennung in den Jahren 2011 und 2012 vor. Die Veränderung der Vergütung wird dabei auf höchstens die Hälfte der Veränderungsrate der	Die Begrenzung der Erhöhung der Gesamtvergütung im zahnärztlichen Bereich wird als Sparbeitrag der Zahnärzteschaft grundsätzlich positiv bewertet. Allerdings stellt sich die Frage, warum die Hälfte der Grundlohnsummenentwicklung noch als Steigerungsfaktor zugestanden wird. Eine reine Nullrunde hätte einen noch effektiveren Sparbeitrag erzielen können, zumal in anderen Bereichen ebenfalls Nullrunden vorgesehen werden.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder nach § 71 Abs. 3 SGB V begrenzt.	Ebenso ist die Ausklammerung des Bereiches Zahnersatz nicht nachvollziehbar. Auch hier könnte eine Begrenzung bzw. Nullrunde vorgesehen werden, und zwar sowohl für den zahnärztlichen Punktwert nach § 57 Abs. 1 SGB V als auch den Bundesmittelpreis für zahntechnische Leistungen nach § 57 Abs. 2 SGB V. Darüber hinaus müsste konsequenterweise auch für die Weiterentwicklung der zahntechnischen Preise bei Nicht-Zahnersatz-Leistungen, wie kieferorthopädische Leistungen nach § 88 Abs. 2 SGB V eine hälftige Weitergabe der Grundlohnsummenentwicklung bzw. Nullrunde festgeschrieben werden. Die Beschränkung der Weiterentwicklung der zahnärztlichen Vergütung sollte auch für die zahntechnischen Leistungen übernommen werden.
Art. 1 Nr. 7 **§ 87 Abs. 9 (neu)**	**Bewertungsausschuss, ärztliche Vergütung, Konvergenzregelung** Der Bewertungsausschuss soll dem BMG bis zum 30.04.2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vorlegen. Das BMG legt wiederum das Konzept umgehend dem Deutschen Bundestag vor.	Der Gesetzeswortlaut lässt offen, in Bezug auf welche Messgröße eine Konvergenz erzielt werden soll. Laut Begründung soll die erst 2008 auf Betreiben der KBV gesetzlich verankerte Honorarreform auf den Prüfstand gestellt werden um ein einfaches, verständliches Vergütungssystem zu schaffen. Dabei bleibt offen, ob eine parallele Überprüfung der Kompatibilität zu den Regelungen des Morbi-RSA vorgesehen ist. Es ist im Übrigen ein Novum, dass ein Konzept des Bewertungsausschusses dem Deutschen Bundestag vorgelegt werden soll.
Art. 1 Nr. 8 **§ 87d (neu)**	**Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2010** Der **Punktwert** bleibt für 2011 und 2012 in Höhe von 3,5048 Cent unverändert. Das Gesetz gibt eine **Morbi-Veränderungsrate** von jeweils 0,75% (hälftige Gewichtung von Demographiefaktor und Diagnosen) für 2011 und 2012 vor. **Alle anderen Anpassungen** bzgl. Orientierungswert (OW bei Über- Unterversorgung, regionale Anpassung) und	Auf der einen Seite wird durch die gesetzlichen Vorgaben für die ärztliche Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 der Handlungsspielraum der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen eingeengt. Auf der anderen Seite werden einige kritische und strittige Veränderungsfaktoren (Verlagerungseffekt, nicht vorhersehbarer Anstieg des Leistungsbedarfs) zumindest für zwei Jahre ausgesetzt. Insgesamt führt jedoch die Gesetzesvorgabe zu weiteren Ausgabensteigerungen im ärztlichen Bereich. Die Politik hatte der Ärzteschaft

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
noch **Art. 1 Nr. 8** **§ 87d (neu)**	Behandlungsbedarf (Verlagerungseffekt, nicht vorhersehbarer Leistungsbedarf, Wirtschaftlichkeitsreserven) werden für **2011 und 2012 ausgesetzt**. Zusätzlich zur bundeseinheitlichen Morbi-Veränderungsrate soll zum Ausgleich unterschiedlicher Auswirkungen der bisherigen Honorarreform eine sog. **asymmetrische Verteilung der Honorarzuwächse** in den KVen erfolgen. Dazu soll der Behandlungsbedarf je Versicherten einer Krankenkasse im KV-Bezirk zusätzlich um einen nicht nach Krankenkassen differenzierten regionalen Anpassungsfaktor erhöht werden. Diese Regelung gilt nur für 2011. Der Bewertungsausschuss hat das zwingend zu beachtende Verfahren innerhalb von 3 Wochen nach Kabinettsbeschluss zu beschließen. Die Anpassung erfolgt soweit ein vom Bewertungsausschuss zu bestimmender Wert im Durchschnitt unterschritten wird. In der Begründung wird klargestellt, dass eine Absenkung des Behandlungsbedarfs je Versicherten im Rahmen dieser Anpassung nicht erfolgt.	dem Vernehmen nach bereits in der Frühphase der Gesetzgebung ein Gesamt-Zuwachsvolumen von mindestens einer Milliarde Euro in Aussicht gestellt. Eine Nullrunde oder gar Vergütungsabsenkungen will der Gesetzgeber den Vertragsärzten offensichtlich nicht zumuten, sondern belastet einseitig die Beitragszahler. Die über die lineare Basisanhebung von 0,75 Prozent hinausgehende sog. asymmetrische Verteilung führt zu erheblichen Mehraufwendungen. Nach dem aktuell im Bewertungsausschuss gefassten Beschluss beläuft sie sich auf 500 Millionen Euro für die GKV insgesamt. Für einzelne BKK ergeben sich – je nach Verteilung der Versicherten in den betroffenen KV-Bereichen – entsprechende Mehrausgaben. Darüber hinaus wird dies zu keiner „gerechteren“ Verteilung der Gesamtvergütung führen. Stattdessen ist zu befürchten, dass es zu weiteren finanziellen Forderungen derjenigen Ärzte kommen wird, die sich durch diese Neuregelung benachteiligt sehen. Dies darf keinesfalls den Gesetzgeber dazu veranlassen, die 0,75 Prozent zu erhöhen. Im Übrigen hat eine solche asymmetrische Verteilung nichts mehr mit dem tatsächlichen Behandlungsbedarf zu tun. Die Zahlungen würden - wie bei dem Kopfpauschalensystem - wieder vom Leistungsbedarf abgekoppelt und die Systematik der "morbiditätsgerechten Vergütung" komplett ad absurdum geführt. Darüber hinaus steigt das Finanzrisiko einzelner Krankenkassen, da die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht asymmetrisch angehoben werden. Für die KV-Bezirke, in denen eine Anhebung erfolgt, muss klargestellt werden, dass der Anpassungsfaktor für alle Krankenkassen gleichermaßen zur Anwendung kommt. Der dafür geeignetste Weg über die Anpassung der HVV-Quoten sollte im Gesetz vorgegeben werden. Erforderlich ist auch eine Begrenzung des hieraus resultierenden Honorarzuwachses je KV sowie eine Überforderungsklausel für die einzelne Krankenkasse.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
noch **Art. 1 Nr. 8** **§ 87d (neu)**	Bei den **extrabudgetären Leistungen (EGV)** erfolgt für 2011 eine Begrenzung auf das um die halbe Grundlohnrate erhöhte Ausgabenvolumen des Jahres 2010; ausgenommen von dieser Begrenzungsregelung sind die gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsleistungen und die in 2009 und 2010 neu eingeführten Leistungen. Die konkreten Maßnahmen hierzu (z.B. Preisabstaffelungen oder Fallzahlbegrenzungen oder Quotierung) vereinbaren die Gesamtvertragspartner ggf. auf Basis einer Bundesempfehlung der Partner der BMV. Die Begrenzung gilt entsprechend für 2012 auf der Basis von 2011. Auch in 2011 und 2012 können regional besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb der **MGV** vergütet werden.	Die Ausgabenbegrenzung bei den EGV-Leistungen ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Grundsätzlich müsste aber genau bei diesen Leistungen, welche in den letzten Jahren überdurchschnittliche Leistungsmengenanstiege verzeichnet haben, eine Nullrunde, bzw Volldeckelung erfolgen (mit Ausnahme der Vorsorge- und Früherkennungsleistungen). Allerdings ist zu befürchten, dass insbesondere bei den (Dialyse-) Sachkosten und ambulanten Operationen die Ärzte bei Erschöpfung des Budgets die Leistungen den Versicherten privat in Rechnung stellen werden bzw. den Streit über die mögliche Nichthonorierung zu Lasten der Versicherten austragen werden. In der Begründung zu § 87 d Abs. 2 wird ausgeführt, das bei der Ausdeckelung zusätzlicher EGV-Leistungen für das Jahr 2011, diese vom Behandlungsbedarf 2010 „ggf." abzuziehen sind. Eine solche Regelung findet sich nicht im Gesetzestext. Damit eine Bereinigung durchsetzbar ist, muss der verbindliche Abzug aus der MGV vorgegeben werden.
Art. 1 Nr. 10 **§ 105** noch **Art. 1 Nr. 10** **§ 105**	**Förderung der vertragsärztlichen Versorgung/ Sicherstellungszuschläge** Die zum 31.12.2009 ausgelaufene Möglichkeit zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte wird wieder eingeführt. Dies entspricht einer Forderung insbesondere aus den neuen Bundesländern. Dabei sollen die KVen diese Zuschläge zur Hälfte mitfinanzieren und nicht nur allein die Krankenkassen. Dies wiederum entspricht der bis zum Jahr 2006 geltenden Regelung. Die Aufhebung von Abs. 5 erfolgt rückwirkend zum 01.01.2010.	Im Hinblick darauf, dass die Regelung zu den Ab- und Zuschlägen zu den Orientierungswerten bei Vorliegen von Über- bzw. Unterversorgung für 2011 und 2012 ausgesetzt wird und darüber hinaus auch wieder eine finanzielle Beteiligung der KVen an den Sicherstellungszuschlägen für die Vertragsärzte vorgesehen wird, kann diese Vorschrift akzeptiert werden. Allerdings sollte sie zeitlich befristet werden bzw. im Rahmen der Überprüfungsvorgabe des neuen § 87 Abs. 9 SGB V ebenfalls überprüft werden. Durch den Wegfall von Abs. 5 erhalten die in den Ländern Brandenburg und Sachsen für das Jahr 2010 auf gesamtvertraglicher Basis geschlossenen Vereinbarungen zur Förderung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens eine unterstützende rechtliche Grundlage.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 1 Nr. 12 **§ 190** **Abs. 3**	**Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger** Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt im Rahmen einer freiwilligen Versicherung bestehen, wenn die Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung erfüllt sind und der Austritt nicht erklärt wird. Gleiches gilt für diejenigen, die aufgrund der Änderung des § 6 Abs. 1 SGB V mit Ablauf des 31. Dezembers 2010 ausscheiden, aber noch nicht die zeitlichen Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung erfüllen.	Folgeänderung zu § 6 Abs. 1 SGB V
Art. 1 Nr. 13 **§ 201** **Abs. 4 Nr. 1a**	**Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug** Geregelt wird, dass der Rentenversicherungsträger der Krankenkasse unverzüglich die aktuelle Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung mitzuteilen hat, soweit die Kenntnis dieser Höhe für die Prüfung der Anspruchsberechtigung auf einen Sozialausgleich (§ 242b SGB V – neu) erforderlich ist.	Zwischen den Krankenkassen und der Rentenversicherung besteht im Zusammenhang mit der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ein maschinelles Meldeverfahren. Die in der Begründung zu dieser Regelung geforderte Anpassung dieses Meldeverfahrens nach § 201 Abs. 6 SGB V wird relativ einfach von beiden Seiten umgesetzt werden können. Diese Regelung wird im Zusammenhang mit den Erfordernissen für den geplanten Sozialausgleich begrüßt. ***Im Übrigen halten wir eine gleichlautende Regelung für erforderlich, die unabhängig vom Sozialausgleich für folgende Sachverhalte gilt:*** • ***Beitragsermittlung*** - ***bei Beziehern von Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen,*** - ***bei freiwilliger Krankenversicherung,*** - ***bei Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V*** • ***Beitragserstattungen*** • ***Anspruchsprüfungen im Rahmen der Familienversicherung***

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
noch **Art. 1 Nr. 13** **§ 201** **Abs. 4 Nr. 1a**		• ***Prüfung der Härtefallregelung nach § 62 SGB V*** ***Dies würde die Verfahrenssicherheit des KVdR-Meldeverfahrens erhöhen.***
Art. 1 Nr. 16 **§ 221b**	**Finanzierung des Sozialausgleichs** Der Sozialausgleich soll durch die Mittel der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Dazu sollen ab dem Jahr 2015 weitere jährliche Steuermittel des Bundes an den Gesundheitsfonds fließen. Die Höhe der Zahlungen des Jahres 2015 wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt.	Mit dieser Regelung wird die Einführung eines vollständig steuerfinanzierten Sozialausgleichs nicht sichergestellt! Zwar wird die Liquiditätsreserve im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetztes im Jahr 2011 um 2 Mrd. Euro aufgestockt. Wenn allerdings erst im Jahr 2014, das heißt nach der nächsten Bundestagswahl gesetzlich festgelegt wird, wie viel Steuermittel für den Sozialausgleich an den Gesundheitsfonds fließen sollen, droht dieser Steuerzuschuss – aufgrund tagespolitischer Entscheidungen – wieder grundsätzlich in Frage gestellt zu werden. Einmal mehr zeigt sich, dass Steuerfinanzierung als Element der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung einer gewissen Willkür unterworfen ist. Da der Sozialausgleich per Gesetz aus der Liquiditätsreserve finanziert werden soll, droht bei ausbleibenden Steuerzuschüssen die entsprechende Kürzung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Damit drohen finanzielle Planungsunsicherheiten für die Kassen und zusätzliche Belastungen für die Versicherten.
Art. 1 Nr. 17 **§ 241**	**Allgemeiner Beitragssatz** Die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes wird auf 15,5 v. H. festgesetzt.	Der allgemeine Beitragssatz wird von 14,9 auf 15,5 v.H. angehoben und gleichzeitig auf diesen Betrag festgeschrieben. Das bedeutet, dass eine Veränderung dieses Beitragssatzes aufgrund der Entwicklung der Ausgaben der GKV nicht mehr in Betracht kommt. Dafür wird die Erhebung eines nicht begrenzten Zusatzbeitrags eingeführt. Gleichwohl bleibt der Beitragssatzanteil in Höhe von 0,9 v. H., den ein Mitglied in der Regel als Anteil am Beitragssatz

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		über seinen paritätischen Anteil hinaus allein zu tragen hat, bestehen. Arbeitgeber und Rentenversicherung werden nicht mehr an den steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen beteiligt; ihr Beitragsanteil wird festgeschrieben. Steigende Kosten werden künftig ausschließlich den Versicherten aufgebürdet. Wenn künftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen einzig zu Lasten der Arbeitnehmer gehen, droht mittelfristig, • dass politische Bemühungen zur Ausgabenstabilisierung erlahmen, da mögliche Preissteigerungen im Gesundheitswesen keinen Effekt mehr auf die Lohnnebenkosten haben werden. • dass die Parität zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern in den Selbstverwaltungsorganen nicht mehr gewährleistet wird.
Art. 1 Nr. 18 **§ 242** **a) Abs. 1**	**Kassenindividueller Zusatzbeitrag** Die Begrenzung des Zusatzbeitrags auf 1 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen wird aufgehoben, künftig sind Zusatzbeiträge in Euro-Beträgen festzusetzen und können in „unbegrenzter Höhe“ unabhängig von der Höhe des Einkommens des Mitglieds durch die Krankenkasse erhoben werden.	Die Berücksichtigung der finanziellen Überforderung von Mitgliedern durch einen Zusatzbeitrag erfolgt nicht mehr unmittelbar bei der Bestimmung der Höhe des Zusatzbeitrags. Die Berücksichtigung findet ggf. im Rahmen des in § 242b SGB V – neu geregelten Sozialausgleichs statt. Die Höhe der Zusatzbeiträge ist nach dem Finanzbedarf für alle Mitglieder in gleicher Höhe als Euro-Betrag in der Satzung festzusetzen.
Art. 1 Nr. 18 **§ 242** **b) Abs. 4**	Für Bezieher von Arbeitslosengeld II ist anstelle des kassenindividuellen Zusatzbeitrags der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V zu erheben, auch wenn weitere beitragspflichtige Einnahmen vorhanden sind.	Die Regelung sieht vor, dass für Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht der kassenindividuelle Zusatzbeitrag einer Krankenkasse zu zahlen ist, sondern generell – auch bei Bezug weiterer beitragspflichtiger Einnahmen – der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a. Dies gilt laut Begründung auch für den Fall, in denen die zuständige Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag erhebt. Dies hieße, dass Krankenkassen für diesen Personenkreis den durchschnittlichen Zusatzbeitrag erhalten würden, obwohl sie überhaupt

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
noch **Art. 1 Nr. 18** **§ 242** **b) Abs. 4**		keinen Zusatzbeitrag oder einen geringeren als den durchschnittlichen erheben. Hier ist aus Wirtschaftlichkeits- und Effizienzgesichtspunkten eine Klarstellung erforderlich. Für Versicherte dieses Personenkreises, deren Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag oder einen geringeren als den durchschnittlichen Zusatzbeitrag erhebt, sollte auch kein bzw. ein reduzierter Zusatzbeitrag bezahlt bzw. erhoben werden müssen. Nur so entspricht der Beitrag auch dem Bedarf der Krankenkasse und kann eine ineffiziente Ressourcenallokation sowie eine unsachgerechte Umverteilung der Finanzmittel zu Krankenkassen mit niedrigem Zusatzbeitrag und verhältnismäßig hohem Anteil an Mitgliedern dieses Personenkreises verhindert werden. Daher sollte Abs. 4 dahingehend geändert werden, dass für alle der kassenindividuelle Zusatzbeitrag erhoben wird, nur für die in Abs. 4 genannten Bezieher von Arbeitslosengeld II eine Deckelung auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag stattfindet. In diesem Zusammenhang müsste dann eine Meldepflicht der Kassen über die Höhe ihres Zusatzbeitrages an die jeweils abführenden Stellen vorgeschrieben werden. Hier könnte jedoch auf die „alten“ Verfahren zurückgegriffen werden, als die Kassen noch kassenindividuelle Beitragssätze verlangten, sprich, die Kassen könnten beim GKV Spitzenverband eine entsprechende Tabelle mit den jeweils aktuellen Zusatzbeiträgen hinterlegen, die an die betroffenen Leistungsträger gegeben werden. ***Änderungsvorschlag*** ***Absatz 4 wird wie folgt gefasst:*** ***Abweichend von Abs. 1 Satz 1 wird für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nummer 2a der Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1, maximal jedoch der Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V erhoben.*** ***Des weiteren wird auf die Stellungnahme zu § 252 verwiesen.***

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 1 Nr. 18 **§ 242** **b) Abs. 5**	Von folgenden Mitgliedern ist kein Zusatzbeitrag zu erheben • Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V) • behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V) • Auszubildende in außerbetrieblichen Einrichtungen (§ 5 Abs. 4a Satz 1 SGB V) • Bezieher von Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Elterngeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bei medizinischer Rehabilitation sowie bei Inanspruchnahme von Elternzeit (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V) • Schwangere im Sinne des § 192 Abs. 2 SGB V, Wehr- und Zivildienstleistende sowie diesen Personen gleichgestellte Dienstleistende (§ 193 Abs. 2 bis 5 SGB V) • Teilnehmer an Eignungsübungen (§ 8 Eignungsübungsgesetz), Bezieher von Verletztengeld nach dem SGB VII, von Versorgungskrankengeld nach dem BVG, von vergleichbaren Entgeltersatzleistungen • zur Berufsausbildung Beschäftigte mit einem monatlichen laufenden Arbeitsentgelt von nicht mehr als 325 Euro (§ 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV) • Versicherte, die ein freiwilliges soziales oder freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des JFDG leisten (§ 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB IV)	Klargestellt ist, das bei Wirkung der Reglung des § 20 Abs. 3 Satz 2 SGB IV (Überschreiten der 325 Euro-Grenze durch Einmalzahlungen) kein Zusatzbeitrag zu zahlen ist.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 1 Nr. 18 **§ 242** **b) Abs. 6**	In diesem Absatz wird die Sanktion der Nichtzahlung des Zusatzbeitrags geregelt: • Nach mindestens sechs Monaten Säumnis ist ein einmaliger Verspätungszuschlag zu zahlen: mind. 30 Euro/ höchstens in Höhe der Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge. • Einzelheiten zum einmaligen Verspätungszuschlag (z. B. Höhe) sind in der Satzung zu regeln. • Bis zur Begleichung der gesamten Schuld findet kein Sozialausgleich statt, es sei denn, es wurde eine Ratenzahlung vereinbart und vertragsgemäß erfüllt. • Die Krankenkasse hat Beginn und Ende ders Zeitraums für den kein Sozialausgleich durchzuführen ist ohne Angabe von Gründen an die beitragabführenden Stellen zu melden.	• Die Einführung einer Sanktionsregelung ist zu begrüßen. • Die Verspätungszuschläge dürfen die Krankenkassen für sich vereinnahmen. • Diese Regelung gilt für alle säumigen Mitglieder einer Krankenkasse und zwar unabhängig davon, ob eine dritte Stelle zur Beitragszahlung verpflichtet ist. • ***Für die Umsetzung der Regelung hinsichtlich der Aussetzung des Sozialausgleichs ist ein Informationsverfahren zwischen Krankenkasse und der beitragabführenden Stelle erforderlich.*** • ***Fraglich ist, wie hinsichtlich der Aussetzung des Sozialausgleichs zu verfahren ist, wenn das säumige Mitglied zu einer anderen Krankenkasse wechselt.*** • ***Zu dieser Vorschrift haben wir nach wie vor datenschutzrechtliche Bedenken!*** Da eine Information der Krankenkasse an die beitragabführende Stelle – wenn auch ohne Angabe von Gründen bzgl. des Sozialausgleichs – erforderlich ist, wird diese Stelle (z.B. ein Arbeitgeber) zumindest indirekt darüber informiert, dass das Mitglied gegen gesetzliche Regelungen verstößt. • Die Regelung bewirkt eine verwaltungsaufwendige Berücksichtigung bei den betroffenen Stellen und bei der Krankenkasse; Software-Anpassungen und weitere maschinelle Meldungen werden erforderlich. • Zu bezweifeln ist, dass die geplanten Sanktionsmöglichkeiten wirksam sind. Mitglieder mit einer bestimmten Höhe beitragspflichtiger Einnahmen werden vom Sozialausgleich nicht erfasst. Der Krankenkasse bleiben letztlich nur die Vollstreckungsmaßnahmen. <u>Verbesserungsvorschlag:</u> Die Gesamtsozialversicherungsbeiträge werden, wie die Steuern, bei Einkünften aus nicht selbständiger Arbeit im Wege des Quellenabzugsverfahrens (§§ 38ff EStG und § 28e SGB IV) durch den Abzug

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
noch **Art. 1 Nr. 18** **§ 242** **b) Abs. 6**		bei der monatlichen Entgeltzahlung einbehalten. Dieses Verfahren hat drei Vorteile: – Sicherung des Beitragsaufkommens – Rechtzeitige Erhebung der Beiträge – Geringer Verwaltungsaufwand. Angesichts der Tatsache, dass sich das Quellenabzugsverfahren in den vergangenen Jahrzehnten im Interesse aller Beitragszahler bewährt hat und sich die Verwaltungskosten der Krankenkassen nicht weiter erhöhen dürfen, sollte das Quellenabzugsverfahren auch für die Zusatzbeiträge allen Beteiligten zumindest optional ermöglicht werden. Damit könnte die Zahl säumiger Beitragszahler begrenzt werden. Gerade bei den Selbstzahlern haben sich die Beitragsrückstände seit dem 01.04.207 bekanntlich enorm erhöht. Die negative Zahlungsbereitschaft in Bezug auf die seit einigen Monaten fälligen Zusatzbeiträge ist ebenfalls bekannt und dokumentiert den enormen Verwaltungsaufwand.
Art. 1 Nr. 19 **§ 242a** **Abs. 1**	**Durchschnittlicher Zusatzbeitrag** Die Regelung, die neu eingefügt wird, betrifft die Maßgaben für die Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags in der GKV.	Die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags in der GKV soll Maßstab dafür sein, ob ein Mitglied Anspruch auf den Sozialausgleich (s. § 242b SGB V – neu) hat. Ob die Krankenkasse, bei der die Versicherung besteht, einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erhebt, ist dabei ohne Bedeutung.
Art. 1 Nr. 19 **§ 242a** **Abs. 2**	Das BMG legt die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags als Euro-Betrag für das Folgejahr fest. Der Wert wird bis zum 1. November des Jahres bekannt gegeben, das dem Geltungsjahr vorangeht. Eine Ausnahme gilt für den durchschnittlichen	Der maßgebende durchschnittliche Zusatzbeitrag wird für ein Kalenderjahr festgelegt. Unterjährige Anpassungen, auch an die evtl. abweichenden tatsächlichen Gegebenheiten, sollen nicht stattfinden. Dies ist für das Verwaltungsverfahren als positiv zu sehen. Dadurch, dass die Bekanntgabe

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	Zusatzbeitrag für das Jahr 2011, dieser wird durch das BMG am 3. Januar 2011 bekannt gegeben.	des Wertes im Vorjahr erfolgt, können die erforderlichen Informationen und Anpassungen der Berechnungen für den Sozialausgleich (Software) rechtzeitig vorgenommen werden.
Art. 1 Nr. 19 **§ 242b** **Abs. 1**	**Sozialausgleich** Nach dieser Regelung, die neu eingeführt wird, besteht ein Anspruch auf den Sozialausgleich, wenn der für die GKV festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitrag (s. § 242a SGB IV – neu) 2 % der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt. Der Sozialausgleich wird durch Verringerung des Beitragsanteils des Mitglieds bei seinem monatlichen einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeitrag vorgenommen.	Der Sozialausgleich ist unabhängig davon durchzuführen, ob die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt oder nicht. Dies führt dazu, dass Mitglieder von Krankenkassen ohne Zusatzbeitrag finanziell bevorteilt werden. Zu begrüßen ist, dass der Sozialausgleich im GKV-System stattfindet und die anspruchsberechtigten Bürger damit nicht zu Bittstellern bei den Finanzbehörden gemacht werden. Zu begrüßen ist ebenfalls, dass mit dem geplanten Modell eine möglichst staatsferne Methode gefunden wurde, durch die das selbstverwaltete Krankenversicherungssystem bewahrt bleibt.
Art. 1 Nr. 19 **§ 242b** **Abs. 2**	Geregelt wird • der Rechenweg für die Ermittlung des verringerten einkommensabhängigen Mitgliedsanteils am KV-Beitrag.	Der Rechenweg sieht die Multiplikation der Belastungsgrenze (2 %) mit den Einnahmen des Mitglieds vor, anschließend ist der durchschnittliche Zusatzbeitrag abzuziehen. Danach wird der errechnete Betrag von dem KV-Beitragsanteil des Mitglieds abgezogen. ***In der Regelung sollte zum Rechenweg klargestellt werden, nach welchen Rechenschritten zu runden ist.***
	• dass der Sozialausgleich von der den KV-Beitrag abführenden Stelle vorzunehmen ist, dieser Sozialausgleich durch die beitragabführende Stelle jedoch nur insoweit stattfindet, wie der Anteil des Mitglieds am Beitrag (z.B. Arbeitnehmeranteil) positiv ist; den Restbetrag hat die Krankenkasse auf Antrag (nach einmaligem	Zu den beitragabführenden Stellen, die den Sozialausgleich durchzuführen haben, gehören z.B. Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger. Reicht der Anteil des Mitglieds an den KV-Beiträgen aus den beitragspflichtigen Einnahmen nicht aus, um den Sozialausgleich durchführen zu können, wird die Krankenkasse in die Durchführung des Sozialausgleichs mit einbezogen. Dafür ist neben der Verpflichtung der einmaligen schriftlichen Information des

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
noch **Art. 1 Nr. 19** **§ 242b** **Abs. 2**	schriftlichem Hinweis der beitragabführenden Stelle an das Mitglied und Information der Krankenkasse) zu erstatten,	Mitglieds über sein Antragsrecht eine Mitteilung der beitragabführenden Stelle an die Krankenkasse notwendig. ***Fraglich ist, ob die Krankenkasse lediglich eine „Durchschrift" von der einmaligen Information an das Mitglied erhalten soll, oder ob eine monatliche bzw. periodische Mitteilung mit der Höhe des nicht ausgeglichenen „Restbetrages" zu erfolgen hat, denn z.B. durch Einmahlzahlungen könnte die Höhe des zur Verfügung stehenden Mitgliedsanteils an den KV-Beiträgen variieren. Nach der erstmaligen Information durch die beitragabführende Stelle sind weitere Informationen an das Mitglied über sein Antragsrecht im Rahmen des Sozialausgleichs – in dem gleichen Rhythmus wie bei den unständig Beschäftigten, also spätestens alle 10 Monate – durch die Krankenkasse zu geben. Hierzu ist fraglich, ob dies auch bei Sachverhalten gelten soll, in denen z.B. durch Einmahlzahlungen die Höhe des zur Verfügung stehenden Mitgliedsanteils an den KV-Beiträgen bei der beitragabführenden Stellen variiert. Außerdem ist fraglich, ob die ständige Information spätestens alle 10 Monate durch die Krankenkasse sinnvoll ist.*** ***Zu regeln ist zudem, dass die Krankenkassen in diesen Fällen über die zu erstattenden Restbeträge eine Meldung bzw. Information an den Gesundheitsfonds zu geben haben – einerseits, um von dort die von ihr vorfinanzierten Sozialausgleichsbeträge zurückzuerhalten, und anderseits für die Feststellung der Höhe der Fehlbeträge, die beim Gesundheitsfonds durch den Sozialausgleich entstehen, und die durch Steuermittel ausgeglichen werden sollen.***
	• dass in dem Fall, in dem Einmalzahlungen von einem Arbeitgeber geleistet werden, diese Zahlungen, wie bei der Berechnung der KV-Beiträge selbst, als beitragspflichtige Einnahmen für die Durchführung des Sozialausgleichs zu berücksichtigen sind.	Die Regelung zu den Einmalzahlungen betrifft nur Arbeitnehmer, deshalb sollte sie in den Abs. 1 genommen werden, da dort geregelt wird, welche Einnahmen zu den beitragspflichtigen Einnahmen gehören.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 1 Nr. 19 **§ 242b** **Abs. 3**	Geregelt wird, wie das Sozialausgleichsverfahren durchzuführen ist, wenn ein Mitglied mehrere beitragspflichtige Einnahmen bezieht. Für die Prüfung, ob ein Anspruch auf den Sozialausgleich besteht, ist die Krankenkasse zuständig, bei der das Mitglied versichert ist. Die Krankenkasse hat die beitragabführenden Stellen zu informieren.	Bei mehr als einer beitragspflichtigen Einnahme hat die Krankenkasse die Feststellung zu treffen, ob ein Sozialausgleich durchzuführen ist und dies den beitragabführenden Stellen mitzuteilen. Die Stelle, die die höchsten beitragspflichtigen Einnahmen zu berücksichtigen hat, führt den Sozialausgleich unter Berücksichtigung der dortigen beitragspflichtigen Einnahmen durch. Die anderen beitragabführenden Stellen sollen nach dem Gesetzestext im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abführen, der sich aus dem prozentualen Beitrag des Mitglieds und der Belastungsgrenze ergibt.
noch **Art. 1 Nr. 19** **§ 242b** **Abs. 3**	Die Krankenkasse wird verpflichtet für alle Mitglieder mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen eine automatische Jahresabschlussprüfung hinsichtlich des Sozialausgleichs durchzuführen und ggf. zu viel gezahlte Beiträge zu erstatten. Die beitragabführenden Stellen haben für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im laufenden Kalenderjahr „im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen, der sich aus dem prozentualen Beitrag des Mitglieds und der Belastungsgrenze“ ergibt.	Zusätzlich zu den Feststellungen der Krankenkasse bzgl. des Sozialausgleichs und den Mitteilungen an die beitragabführenden Stellen für Mitglieder mit mehr als einer beitragspflichtigen Einnahme hat die Krankenkasse den Sozialausgleich jährlich automatisch zu überprüfen. • ***Fraglich ist, wie diese Regelung zu dem einmalig gezahlten Arbeitsentgelt umzusetzen ist.*** • ***U.E. sollte einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im Rahmen des durch die Krankenkasse durchzuführenden automatischen Jahresausgleichs berücksichtigt werden.*** • Sollte die Regelung zu dem einmalig gezahlten Arbeitsentgelt nicht verändert werden, ist davon auszugehen - weil sie nur die Arbeitgeber betrifft -, dass diese besonderen Beiträge an die Krankenkasse zu zahlen sind. ***Weitere Anmerkungen:*** ***Die Neuregelung bedeutet einen hohen zusätzlichen Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und wird auch bei den beitragabführenden Stellen anfallen. Dieser Aufwand fällt auch dann an, wenn eine Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag erhebt. Die Schaffung neuer zahlreicher Informations-/Meldewege – Krankenkasse an beitragabführende Stelle und umgekehrt – werden erforderlich.***

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 1 Nr. 19 **§ 242b** **Abs. 4**	Bei Mitgliedern, die ihren KV-Beitrag selbst zahlen, dies sind freiwillig Versicherte oder Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V („Nichtversicherte“), hat die Krankenkasse den Sozialausgleich selbst durchzuführen. Dies gilt auch bei Arbeitnehmern mit mehreren Beschäftigungen, wenn die damit erzielten Arbeitsentgelte zusammen einen Betrag ausmachen, der in der sog. Gleitzone liegt.	Die Krankenkasse hat bei den Selbstzahlern den Sozialausgleich zu ermitteln und – soweit dieser in Betracht kommt – bei der Festsetzung des monatlichen KV-Beitrags durch entsprechende Verringerung zu berücksichtigen. Für die Selbstzahler hat die Krankenkasse die beitragspflichtigen Einnahmen schon für die Berechnung der zu zahlenden KV-Beiträge bei diesen zu erfragen, ein zusätzlicher Aufwand entsteht für diesen Personenkreis insoweit nicht. Anders ist es bei den Arbeitnehmern, die mehrere Arbeitsentgelte beziehen, deren Summe sich jedoch in den Grenzen der sog. Gleitzone (mehr als 400 EUR bis 800 EUR) befindet. Für die Durchführung des Sozialausgleichs benötigt die Krankenkasse Informationen darüber, welche ihrer Mitglieder davon betroffen sind, sowie über die Höhe der Arbeitsentgelte. Über diese Angaben verfügen die Arbeitgeber, die dieses mitteilen müssten.
Art. 1 Nr. 19 **§ 242b** **Abs. 5**	Bei unständig Beschäftigte ist (auch) die Krankenkasse für den Sozialausgleich zuständig. Dafür hat das betroffene Mitglied jedoch einen Antrag zu stellen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, regelmäßig, spätestens alle zehn Monate, schriftlich auf dieses Antragsrecht hinzuweisen.	Anders als andere Personenkreise sollen die unständig Beschäftigten bei der Krankenkasse einen Antrag stellen, damit der Anspruch auf den Sozialausgleich festgestellt wird. Die Prüfung soll jeweils nach Ablauf von drei abgerechneten Kalendermonaten und längstens für die Dauer von 12 abgerechneten Kalendermonaten durchgeführt werden. Dem Mitglied sind ggf. zuviel gezahlte Beiträge zu erstatten. ***Bei dieser Regelung ist fraglich, warum die Prüfung alle drei Kalendermonate stattfinden soll und gleichzeitig eine Zeitraumbegrenzung von längstens 12 Kalendermonaten benannt wird.*** Außerdem ist fraglich, ob die ständige Information durch die Krankenkasse (alle 10 Monate) über die Möglichkeit, einen Antrag auf Sozialausgleich stellen zu können, sinnvoll ist.
Art. 1 Nr. 19 **§ 242b** **Abs. 6**	Mitglieder, deren Beitrag von Dritten getragen oder gezahlt werden oder nach Kapitel 3 des SGB XII übernommen werden, haben keinen Anspruch auf Sozialausgleich.	Die Regelung sachgerecht, denn sie betrifft die Personenkreise, die selbst weder ihren KV-Beitrag noch einen Zusatzbeitrag tragen.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 1 Nr. 19 **§ 242b** **Abs. 7**	Geregelt wird der Sozialausgleich für das Jahr 2011. Dieser ist von der zuständigen Krankenkasse zum 30. Juni 2011 durchzuführen.	Vorsorglich wird der Sozialausgleich für das Jahr 2011 geregelt, für den Fall, dass wider Erwarten bereits für dieses Jahr ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag festzulegen ist.
Art. 1 Nr. 20 **§ 243**	**Ermäßigter Beitragssatz** Der ermäßigte Beitragssatz wird auf 14,9 v. H. festgesetzt. Er gilt für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Ausgenommen von diesem günstigeren Beitragssatz sind weiterhin die Mitglieder, für die der Anspruch auf alle Leistungen ruht (Anwartschaftsversicherung).	Wie der allgemeine Beitragssatz wird auch der ermäßigte Beitragssatz festgeschrieben. Der Personenkreis, für den der ermäßigte Beitragssatz gilt bzw. nicht gilt, wird nicht verändert.
Art. 1 Nr. 21 **§ 251** **Abs. 6**	**Tragung der Beiträge durch Dritte** In diesem Absatz wird geregelt, welche Mitglieder ihren Zusatzbeitrag nicht selbst zu tragen haben, sondern von einer dritten Stelle übernommen wird. Dies sind wie bisher behinderte Menschen in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V). Für Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V) wird geregelt, dass nicht aus den Mitteln des Bundes, sondern aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der durchschnittliche Zusatzbeitrag als Zusatzbeitrag aufgebracht wird.	Diese Regelung ist konsequent.
Art. 1 Nr. 22 **§ 252** **a) Abs. 1**	**Beitragszahlung** Die Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II werden nicht von der Bundesagentur für Arbeit oder den sog. Optionskommunen als Träger der Grundsicherung gezahlt.	Folgeänderung zu den Regelungen über die Erhebung und Zahlung von Zusatzbeiträgen / durchschnittlichen Zusatzbeiträgen für Bezieher von Arbeitslosengeld II. Eine Zahlung der Zusatzbeiträge durch die Träger der Grundsicherung ist nicht erforderlich, da diese aus den Mitteln der der Liquiditätsreserve des

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		Gesundheitsfonds erbracht werden (siehe § 251 Abs. 6 SGB V – neu).
Art. 1 Nr. 22 **§ 252** **b) Abs. 2a**	Der Gesundheitsfonds leitet die für die Bezieher von Arbeitslosengeld II vorgesehenen Zusatzbeiträge monatlich an die Krankenkassen weiter, bei denen die Mitgliedschaft besteht. Näheres bestimmt das BVA im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband.	***Das Verfahren der Verteilung der aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erbrachten Zusatzbeiträge muss anders als vorgesehen geregelt werden. Nur die Krankenkassen sind in die Verteilung der Zusatzbeiträge einzubeziehen, die tatsächlich einen Zusatzbeitrag erheben. Die Höhe der Zuweisungen hat sich sowohl an der Anzahl der jeweils betroffenen Mitglieder als auch an der Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrags zu orientieren. Dabei stellt der durchschnittliche Zusatzbeitrag die Obergrenze für die Höhe der Zuweisungen dar.*** ***Erforderliche Änderungen:*** ***Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:*** ***„(2a) Die Zahlung des Zusatzbeitrages nach § 242 bis maximal zum durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V erfolgt in den in § 251 Absatz 6 SGB V genannten Fällen monatlich. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“***
Art. 1 Nr. 23 **§ 255** **Abs. 1**	Beiträge aus gesetzlichen Renten sind mit Ausnahme eines Zusatzbeitrags bei der Rentenzahlung einzubehalten. Bei Änderung der Beitragshöhe ist kein besonderer Bescheid der Rentenversicherung erforderlich. Dies soll künftig auch gelten, wenn sich durch Änderung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags der Sozialausgleichsbetrag des Rentenbeziehers ändert.	Das Verfahren, das bei Änderungen der Beitragshöhe gilt, soll auch gelten, wenn sich durch Erhöhung oder Verminderung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags der Sozialausgleichsbetrag für den Rentenbezieher ändert. Dies ist sachgerecht.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 1 Nr. 24 **§ 256** **Abs. 1**	**Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen** Die Zahlstellen von Versorgungsbezügen haben die Beiträge zur Krankenversicherung sowohl mit als auch ohne Minderung aufgrund des Sozialausgleichs in ihren Beitragsnachweisen auszuweisen.	Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 2	**Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**	
Art. 2 **§ 85** **Abs. 3 g SGB V** noch **Art. 2** **§ 85** **Abs. 3 g SGB V**	**Ost-West-Angleichung der zahnärztlichen Vergütung** Nach wie vor ist eine Angleichung der Vergütung für zahnärztliche Leistungen (ohne Zahnersatz) zwischen Ost und West in zwei Stufen beabsichtigt. 2012 soll die Vergütung in den neuen Bundesländern um 2,5 % und in Berlin um 2,0 % zusätzlich zur ebenfalls geplanten Erhöhung von der hälftigen Grundlohnsummenentwicklung angehoben werden; 2013 soll in einer zweiten Stufe in den neuen Bundesländern nochmals eine zusätzliche Anpassung von +2,5 % und in Berlin um + 2,0 % erfolgen.	Der BKK Bundesverband spricht sich gegen eine Ost-West-Angleichung aus. Die Mehrausgaben aller Krankenkassen werden von Kassenseite auf ca. 165 Mio. EUR beziffert (lt. Gesetzentwurf nur 85 Mio EUR) und liegen damit weit über den geplanten Einsparungen bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütung in Höhe von ca. 50 Mio. EUR (lt. Gesetzentwurf 60 Mio EUR). Für die Betriebskrankenkassen gilt ferner die Besonderheit, dass mit der Einführung des Wohnortprinzips eine quasi Ost-West-Angleichung eingeleitet wurde. Die Einführung des Wohnortprinzipgesetzes (WOrtPrG) im Jahr 2003 hatte seinerzeit eine Angleichung der Gesundheitsversorgung und des Vergütungsniveaus in Ost und West zum Ziel. Es sollten jene Nachteile für Zahnärzte und Ärzte in den neuen Ländern abgebaut werden, die mit dem Verfahren der Honorarvereinbarungen bei den bundesweiten Krankenkassen verbunden waren. Seit Einführung des WOrtPrG hat nun jede (Wohnort-)Krankenkasse eine Gesamtvergütung an die jeweilige KZV zu entrichten, in deren Bezirk Mitglieder der jeweiligen Kasse wohnen (vgl. § 85 Abs. 1 SGB V). Als Ausgangsbeträge zur Umsetzung des WOrtPrG wurden von den Betriebskrankenkassen in den alten Bundesländern die bislang gezahlten (hohen) Gesamtvergütungen auch an die KZVen in den neuen Bundesländern gezahlt. In den vergangenen Jahren wurden auf Basis der für die neuen Bundesländer gültigen (in der Regel höheren) Grundlohnsummensteigerungen stärker angehoben und sind im Ergebnis

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		heute vielfach höher als in den alten Bundesländern. Insofern würden die Betriebskrankenkassen durch eine Ost-West-Angleichung besonders belastet. In den neuen Bundesländern liegen die Fallwerte vielfach über denen der alten Bundesländer, so dass die Notwendigkeit eines Ausgleiches auch im Hinblick auf § 71 SGB V nicht ersichtlich ist. Ursachen für das geringere Einkommen der Zahnärzte dürfte in der höheren Zahnarztdichte (mehr Zahnärzte je Tsd. Einwohner) und der im Vergleich zu den alten Bundesländern eingeschränkteren Realisierung von Privateinnahmen durch Zusatzvereinbarungen mit den Patienten zu finden sein. Der BKK Bundesverband sieht als einen möglichen Interessensausgleich die gesetzliche Vorgabe einer Konvergenzklausel, also ein Ausgleich der Vergütungshöhe zwischen Ost und West, wie bei der seinerzeitigen Anpassung im ärztlichen Bereich.
Artikel 4	**Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)**	
Art 4. Nr. 1 **§ 23 SGB IV**	**Fälligkeit** Prüft die Krankenkasse wegen mehrerer sozialversicherungspflichtiger Einnahmen den Anspruch auf den Sozialausgleich, kann der Arbeitgeber die Beiträge zunächst in Höhe der Beiträge für den Vormonat zahlen und die korrekte Beitragsberechnung und Abführung auf den Folgemonat verschieben.	In Fällen des Sozialausgleichs, in denen der Arbeitgeber auf Angaben der Krankenkasse angewiesen ist, kann die Beitragsabrechnung und -zahlung in endgültiger Höhe auf den nächsten Abrechnungsmonat verschoben werden. Zum üblichen Abrechnungs-/Zahlungstermin (drittletzter Bankarbeitstag des Monats) ist ein Abschlag in voraussichtlicher Höhe zu zahlen. ***Fraglich ist, ob dies für die gesamte Abrechnung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge gilt oder nur bezüglich der KV-Beiträge. Fraglich ist auch, ob der einmonatige Versatz, den die Fälligkeitsregelung vorsehen soll, ausreichend ist.***

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 4 Nr. 2 **§ 28a SGB IV** **a) Abs. 1 Satz 1 Nr. 10** **b) Abs. 4a**	**Meldepflicht** Für Arbeitnehmer, die mehrfach beschäftigt sind oder mehrere beitragspflichtige Einnahmen beziehen, wird eine weitere Meldungverpflichtung des Arbeitgebers eingeführt. Die neue Meldung soll neben Identifikationsmerkmalen das in der gesetzlichen Rentenversicherung beitragspflichtige Arbeitsentgelt enthalten. Die Meldung soll monatlich abgegeben werden.	Analog zur Erweiterung der Meldepflichten der Arbeitgeber in § 28a SGB IV wird mit Artikwl 8 die DEÜV geändert.
Art. 4 Nr. 3 **§ 28f SGB IV** **Abs. 3**	**Aufzeichnungspflichten, Nachweis der Beitragsabrechnung und der Beitragszahlung** Arbeitgeber haben sowohl die Beiträge zur Krankenversicherung mit als auch ohne Minderung aufgrund des Sozialausgleichs nachzuweisen.	Wurde ein Sozialausgleich durchgeführt, sind sowohl die KV-Beiträge mit und ohne Minderung nachzuweisen. Dies ist sachgerecht, da für die Feststellung der Höhe der auszugleichenden Fehlbeträge, die durch den Sozialausgleich entstehen, diese Angaben erforderlich sind.
Art. 4 Nr. 4 **§ 28h SGB IV** **Abs. 2a**	**Einzugsstellen** Die Krankenkassen haben den Arbeitgebern sowie den anderen beitragabführenden Stellen bei Mehrfachbeschäftigung bzw. bei mehreren sozialversicherungspflichtigen Einnahmen anzugeben, wie die KV-Beiträge zu bemessen sind.	Für die Krankenkassen werden neue Mitteilungs-/Meldeverpflichtungen eingeführt. Analog zu diesen Mitteilungsverpflichtungen für die Krankenkassen wird mit Artikel 9 eine Anpassung der Beitragsverfahrensverordnung vorgenommen.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 4 Nr. 5 **§28o SGB IV** **Abs. 1**	**Auskunfts- und Vorlagepflicht des Beschäftigten** Der Beschäftigte hat nicht nur bei Mehrfachbeschäftigung allen Arbeitgebern die erforderlichen Angaben zu machen und zu belegen, die zur Durchführung des Melde- und Beitragsverfahrens erforderlich sind, sondern die Auskunfts- und Vorlagepflicht des Beschäftigten gegenüber allen Arbeitgebern gilt künftig auch bei Bezug weiterer beitragspflichtiger Einnahmen, die nicht durch Beschäftigung erzielt werden.	(Mehrfach-)Beschäftigte haben künftig auch gegenüber ihren Arbeitgebern Auskunft über den Bezug weiterer beitragspflichtiger Einnahmen (Rente, Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen) zu geben und falls erforderlich, diese zu belegen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist dies eher kritisch zu betrachten. Begründet wird diese Neuregelung damit, dass dadurch sichergestellt wird, dass eine mögliche Verrechnung von Beitragsansprüchen des Arbeitgebers gegenüber seinen Beschäftigten auch in den Fällen nicht mitgeteilter weiterer sozialversicherungspflichtiger Einnahmen über die Drei-Monats-Frist des § 28g Satz 3 SGB IV hinaus besteht.
Artikwl 5 i.V.m. Artikel 7	**Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes i.V.m. Änderung der Bundespflegesatzverordnung**	
Art. 5 i.V.m. Artikel 7 **§§ 4, 7 und 10 KH-EntgG sowie § 6 BPflV**	**Mehrleistungsabschlag und Halbierung der Grundlohnsummensteigerung** Für das Jahr 2011 sollen für zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Mehrleistungen (für den Bereich des KHEntgG nicht der BPflV) ein Vergütungsabschlag i. H. v. 30 % festgelegt werden (Mehrleistungsabschlag). Ab 2012 soll dieser zwischen den Vertragsparteien verhandelt werden. Die Preissteigerung der Krankenhäuser soll in den Jahren 2011 und 2012 auf die Hälfte der Grundlohnsummensteigerung (Veränderungsrate nach § 71 SGB V) begrenzt werden.	Beide Ziele (Mehrleistungsabschlag und Halbierung der Veränderungsrate) sind grundsätzlich begrüßenswert, gehen aber aus Sicht der Betriebskrankenkassen eindeutig nicht weit genug. In den letzten Jahren hat es bei den Krankenkassen exorbitante Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich gegeben. Von den gesetzlichen Krankenkassen ist noch nie soviel Geld in den Krankenhausbereich geflossen wie in 2009. Und auch 2010 wird es wieder eine erhebliche Steigerung geben, die durch das GKV-FG nicht mehr eingefangen werden kann. Die Betriebskrankenkassen fordern daher, dass die Koalition dafür Sorge trägt, dass die Ausgaben in 2011 und 2012 nicht weiter steigen und auch im jeweiligen Folgejahr keine Basiseffekte entstehen, die den jeweiligen Einsparungen durch Ausgabensteigerungen im Folgejahr gegenüberstünden (“echte Nullrunde“). Für eine solche echte Nullrunde ist es zwingend erforderlich, auf der Ebene der Landesbasisfallwerte für 2011 und 2012 nicht nur die Preisentwicklung zu stabilisieren (Aussetzung der Anwendung der Veränderungsrate nach § 71 SGB V statt Halbierung), sondern auch die Mengenentwicklung in voller Höhe

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
noch **Art. 5 i.V.m. Artikel 7** **§§ 4, 7 und 10 KH-EntgG sowie § 6 BPflV**		zu berücksichtigen (100-%-Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen und 100-%-Abschlag für Mehrerlöse nicht vereinbarter Mengensteigerungen). Diese Abschläge sind dann bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte für 2012 und 2013 ebenfalls vollständig zu berücksichtigen. Nur dann ist die dringend erforderliche echte Ausgabenstabilität in 2011 und 2012 sowie eine basiseffektfreie Ausgabenentwicklung in den Folgejahren realistisch. Der Effizienzabschlag könnte allenfalls bei der notwendigen Betrachtung von möglichen Einsparpotentialen für die Folgejahre (also ab dem Jahr 2013) hilfreich sein, sollte aber dann eindeutig ohne Verhandlungsspielraum gesetzlich vorgegeben werden. Da sich die Kosten der Krankenhäuser regelhaft zu ca. 70 % aus fixen Kosten und zu ca. 30 % aus variablen Kosten zusammensetzten, ist ein Effizienzabschlag i. H. v. 70 % für vereinbarte und nicht vereinbarte Mehrleistungen angemessen, da durch diese Mehrleistungen regelmäßig nur die zusätzlichen variablen Kosten anfallen. Diese Abschläge sind dann ebenfalls bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte der Folgejahre vollständig zu berücksichtigen, um ausgabensteigernde Basiseffekte zu vermeiden.
Artikel 7	**Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetz**	
Art. 7 Nr. 1 und 2	Der Sozialausgleich ist auch bei den nach dem KSVG Versicherten durchzuführen.	Die Durchführung des Sozialausgleichs bei Künstlern und Publizisten, die nach dem KSVG versichert sind, ist sachgerecht.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Artikel 11	**Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV)**	
Art. 11 **§ 11b DEÜV**	Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung sowie bei Bezug von weiteren beitragspflichtigen Einnahmen durch die Arbeitgeber.	Die Änderung der DEÜV wird durch den neu eingefügten § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 SGB IV notwendig. Die Vorschrift regelt die Frist der erstmaligen und weiteren Übermittlung der Entgeltmeldungen für Mehrfachbeschäftigte oder für Beschäftigte, die weitere sozialversicherungspflichtige Einnahmen erzielen. Mit dieser Vorschrift kommen neue bürokratische Meldepflichten sowohl auf den Arbeitgeber als auch auf die Krankenkassen zu, um den Sozialausgleich für den Zusatzbeitrag zu bewerkstelligen. Die Krankenkasse muss dem Arbeitgeber mitteilen, dass der Beschäftigte eine weitere Beschäftigung aufgenommen hat oder eine andere sozialversicherungspflichtige Einnahme erzielt. Hierfür ist ein komplett neues Verfahren bei den Krankenkassen zu installieren, das nur auf maschinellem Weg erfolgen kann. Außerdem wird eine neue Meldung eingeführt, die monatlich vom Arbeitgeber zu erstellen und von der Krankenkasse monatlich auszuwerten ist. Die Vorschrift soll zum 01.01.2012 in Kraft treten, da die Einführung des neuen Meldeverfahrens bei den Arbeitgebern und den Krankenkassen eine Vorlaufzeit für die Anpassung der Soft- und Hardware erforderlich macht. Die Investitionskosten für neue Hard- und Software stehen konträr zur Verwaltungskostendeckelung.

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Artikel 12	**Änderung der Beitragsverfahrensverordnung (BVV)**	
Art. 12 **§ 8**	**Entgeltunterlagen** Der Arbeitgeber hat künftig auch die Daten zu den Entgeltunterlagen zu nehmen, die ihm die Krankenkasse zu der Beitragsberechnung für seine Arbeitnehmer gemeldet hat.	Die Daten, die die Krankenkasse zur Beitragsberechnung für einzelne Beschäftigte an den Arbeitgeber übermittelt hat, sind in den Entgeltunterlagen zu speichern, damit sie für die Betriebsprüfung der Rentenversicherung zur Verfügung stehen. Diese Regelung ist sachgerecht.
Artikel 13	**Aufhebung der GKV-Beitragssatzverordnung**	
Art. 13	Die GKV-Beitragssatzverordnung wird aufgehoben.	Infolge der Festschreibung des allgemeinen und des ermäßigten Beitragssatzes im SGB V ist es sachgerecht, diese Verordnung aufzuheben, zumal durch Änderung der maßgebenden Vorschriften die Verordnungsermächtigung nicht mehr bestehen wird.

Anhang

Dringender Handlungsbedarf bei den Weiterleitungsstellen

Dem Referentenentwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (3. SGB IV ÄndG) war zu entnehmen, dass auf die Änderung des § 28f SGB IV in der Fassung des GKV-WSG verzichtet werden würde. Diese angedachte Vorgehensweise ist bedauerlicherweise nicht in das Gesetz übernommen worden. Die Option bleibt weiterhin Bestandteil des SGB IV, soll aber erst am 01.01.2012 in Kraft treten.

Dem Kabinettentwurf zum 3. SGB IV ÄndG war eine Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrats beigefügt. Im letzten Teil der Stellungnahme wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gebeten, zu analysieren, ob die zu erwartenden geringen Einsparungen bei den Unternehmen die Kosten der Krankenkassen zum Einrichten und Betreiben der Weiterleitungsstellen rechtfertigen. Die Umsetzung dieses Auftrages stellt nach unserer ersten Bewertung das Inkrafttreten der Option „Weiterleitungsstellen“ mehr denn je infrage, erst recht dann, wenn auch erwogen werden sollte, „… ob diese Stellen mit weiteren Aufgaben betraut werden können, die die Wirtschaft, aber auch die Krankenkassen selbst spürbar entlasten“, so die Stellungnahme des Normenkontrollrates.

Abschließend ist dieser Stellungnahme Folgendes zu entnehmen: „Denkbar ist es z. B., dass die Weiterleitungsstellen die Möglichkeit erhalten, die Rechtsfragen des Beitragseinzugs zu klären und dem Unternehmen hierzu als einheitlicher Ansprechpartner Auskünfte zu erteilen.“ Explizit dieser Erwartung war der Referentenentwurf nachgekommen. Danach war vorgesehen, dem GKV-Spitzenverband eine solche Aufgabe zu übertragen. Insofern ist der Verzicht auf die Streichung dieser Option nicht nachzuvollziehen.

Wenn den Weiterleitungsstellen weitere Aufgaben übertragen werden sollen, ist es zwingend erforderlich, den rechtlichen Rahmen gravierend zu verändern. Die durch das GKV-WSG vorgesehenen Weiterleitungsstellen haben bislang nicht die Aufgaben, die heute, aber auch ab 1. Januar 2012 die Einzugsstellen zu erfüllen haben. Hier muss dringend eine Klarstellung herbeigeführt werden.

Durch die Einrichtung von Weiterleitungsstellen werden sich für die Krankenkassen gravierende Auswirkungen auf die Organisation des Beitragseinzugs ergeben.

Erhebliche organisatorische und programmtechnische Anpassungen sind zur Einrichtung von Weiterleitungsstellen erforderlich. Nach derzeitigen Schätzungen wird allein für die programmtechnischen Anpassungen der Kostenaufwand im BKK System bei 1,5 Mio. € liegen.

Die Weiterleitungsstellen bedeuten den Aufbau und die Finanzierung von Doppelstrukturen. Weiterleitungsstellen haben alle Daten an jede beteiligte Krankenkasse weiterzuleiten, die die Daten ebenfalls vollständig bearbeiten muss (z. B. Plausibilitätsprüfungen, Vollständigkeitsprüfungen usw.).

Folglich werden keine Kosteneinsparungen (z. B. beim Personal) erzielt.

Auswirkungen auf die Einzugskostenvergütung: Diese wären unter Berücksichtigung der Aufwendungen der Weiterleitungsstellen neu aufzuteilen.

Gegenüber einer Krankenkasse, die als Weiterleitungsstelle fungiert, erhalten die beteiligten Krankenkassen ein Prüfrecht (vgl. § 28f Abs. 4 Satz 3 SGB IV). Dadurch müssten zusätzliche kostspielige Prüfmechanismen eingeführt werden. Ferner sind

Auseinandersetzungen zwischen den beteiligten Krankenkassen zu erwarten, angesichts der Tatsache, dass diese sich im gewünschten Wettbewerb untereinander befinden.

Erhebliche organisatorische und technische Anpassungen werden erforderlich, u. a.

- Einrichtung neuer und aufwändiger DV-Verfahren und -Schnittstellen für die Weiterleitung und Annahme der U1-/U2-Umlagen und der Pflegeversicherungsbeiträge.

- Einrichtung eines komplexen und aufwändigen Meldeverfahrens zwischen Weiterleitungsstelle und den übrigen Krankenkassen in Bezug auf eingegangene Zahlungen, verbuchte Teilzahlungen etc. zum Zweck der Sicherstellung eines ordnungsgemäßen Beitragsabführungs- und Mahnverfahrens.

Diese Ausführungen zeigen, dass an dem Konzept der Weiterleitungsstelle entsprechend § 28f Abs. 4 SGB IV in der ab 1. Januar 2012 geltenden Fassung nicht festgehalten werden kann, wenn dem Anspruch des Bürokratieabbaus und letztlich der Einschätzung des Normenkontrollrates noch entsprochen werden soll.

Für Überlegungen, die im Kontext der Veränderung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit in der Politik angestellt werden, bietet die Weiterleitungsstellen-Option 2012 keinen wirklichen Anknüpfungspunkt.

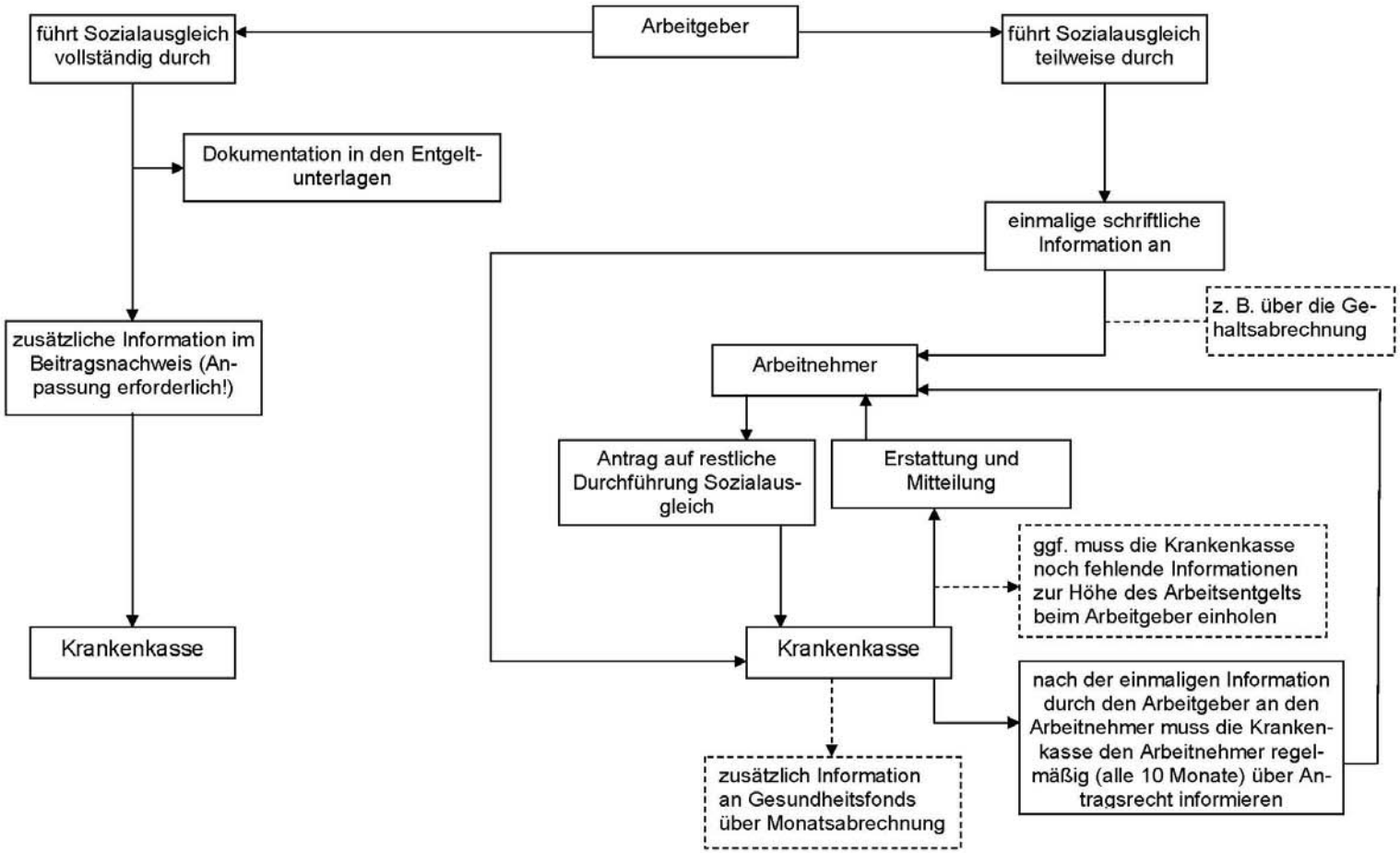
Die Ausführungen machen deutlich, dass der Verzicht auf die Streichung der Weiterleitungsstellen im Gesetzgebungsverfahren des 3. SGB IV ÄndG völlig im Widerspruch stehen zum jetzigen Artikel 1 Nr. 1 (§ 4 Abs. 4) des Gesetzentwurfs eines GKV-FinG, wonach sich die Verwaltungskosten der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände nicht erhöhen sollen.

Abschließend sei der Hinweis erlaubt, dass inzwischen mehr als 90 % aller Versicherten bei nur noch 36 Krankenkassen versichert sind (siehe Tätigkeitsbericht des BVA 2009). Insofern basiert die Weiterleitungsstellen-Option 2012 auf einem Mythos der Arbeitgeberverbände, wonach seit Jahrzehnten immer über die enorme Bürokratiebelastung beim Beitragseinzug in der Sozialversicherung geklagt wird. Zentraler Belastungsfaktor sei für viele Arbeitgeber die zu hohe Zahl von Krankenkassen, mit denen Beiträge abzurechnen sind.

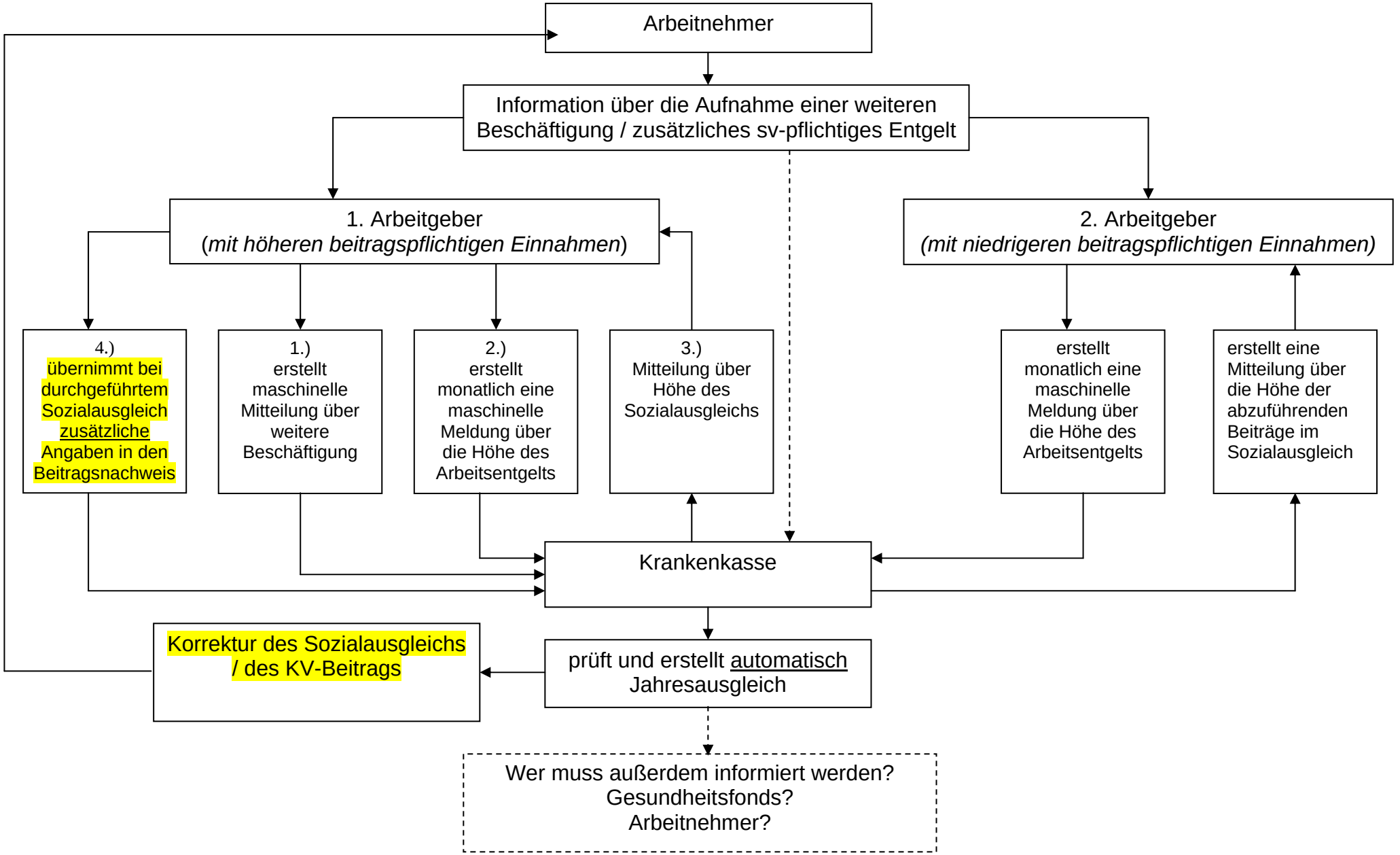
Graphische Darstellung der Meldewege beim Sozialausgleich

Sozialausgleich für Arbeitnehmer mit einer Beschäftigung

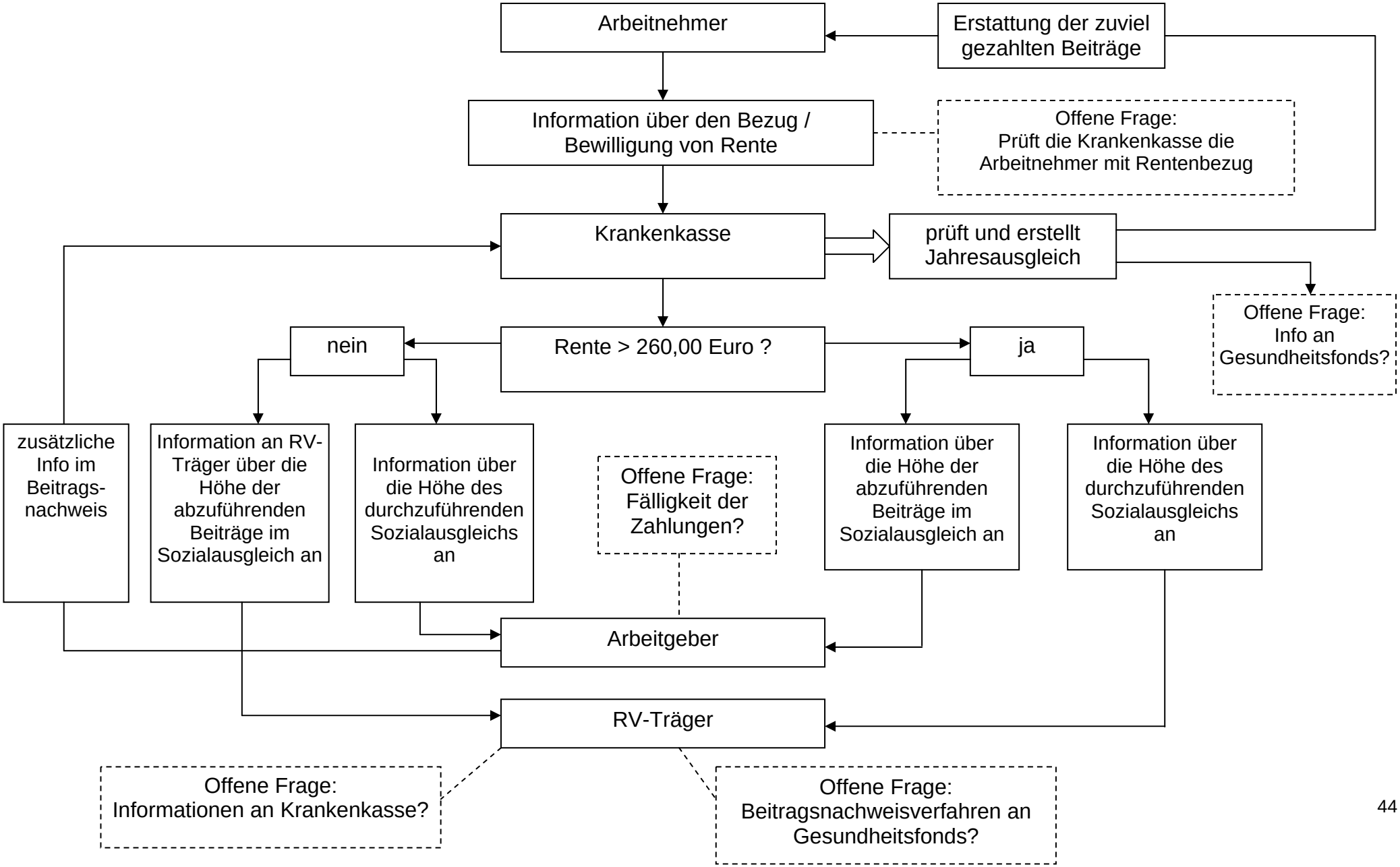
Hinweis: Die Prüfung des Sozialausgleichs orientiert sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag und muss auch erfolgen, wenn die Krankenkasse des Arbeitnehmers keinen Zusatzbeitrag erhebt



Sozialausgleich für Arbeitnehmer mit mehreren Beschäftigungen



Sozialausgleich für Arbeitnehmer mit Rentenbezug



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(15)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
15.10.2010

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Stellungnahme
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages
zum Entwurf eines
Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung
der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)

25. Oktober 2010

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. begrüßt die Absicht, mit dem Entwurf zum GKV-Finanzierungsgesetz das Dreijahresmoratorium für Angestellte beim Wechsel von der GKV zur PKV zu streichen und den Rechtszustand vor dem GKV-WSG wieder herzustellen. Damit setzt der Gesetzgeber einen ganz wichtigen Impuls für die Wahlfreiheit der Versicherten und den Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV.

I. Zur Neuregelung der GKV-Beiträge und zum Sozialausgleich aus Steuermitteln

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz sollen die gesetzlichen Krankenkassen einen Teil ihrer Beitragsautonomie wieder zurück erhalten, die sie mit der Einführung des Gesundheitsfonds verloren hatten. Diese Wiedergewinnung von Pluralität bei der GKV-Finanzierung ist zu begrüßen, weil Beitragsvielfalt mit entsprechenden Wahlmöglichkeiten für die Versicherten einhergeht.

Die bisherige Limitierung des Zusatzbeitrags auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen entfällt. Es erfolgt ein Sozialausgleich auf Grundlage des durchschnittlichen Zusatzbeitrags der Krankenkassen. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen, hat das GKV-Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich. Der Sozialausgleich soll grundsätzlich aus Steuermitteln finanziert werden. Der

Steuerzuschuss des Bundes an die GKV wird 2011 außerplanmäßig um 2 Mrd. Euro auf 15,3 Mrd. Euro angehoben (vgl. 2010: 11,8 Mrd. planmäßig plus 3,9 Mrd. Euro außerplanmäßig). Der Bundeszuschuss zur GKV (ab 2012 planmäßig 14 Mrd. Euro jährlich) soll in Zukunft offenbar steigen. In welcher Höhe, wird jedoch offen gelassen: „Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung des Sozialausgleichs weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden. Die Höhe dieser Zahlungen wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt."

Die Finanzierungsreform ist aus PKV-Sicht insofern bedenklich, als die Fortsetzung der Steuerfinanzierung auf hohem Niveau die Privatversicherten weiterhin zur Subventionierung eines Versicherungssystems zwingt, dem gegenüber sie keine Ansprüche haben. Die PKV lehnt aus diesem Grund Steuerzuschüsse an die GKV ab. Diese Zuschüsse sind auch ordnungspolitisch falsch. Sie stellen eine wettbewerbspolitische Benachteiligung der PKV und ihrer Versicherten dar. Die von allen – auch den Privatversicherten – finanzierten Steuersubventionen reduzieren einseitig die Beiträge zur GKV, ohne dass ein plausibler Nachweis entsprechender versicherungsfremder Leistungen erbracht würde. Ohne den Steuerzuschuss von 15,7 Mrd. Euro in 2010 würde der GKV-Beitragssatz aktuell bei 16,5 Prozent liegen. Damit nicht genug: Infolge der GKV-Steuersubventionierung sinkt der vom allgemeinen Beitragssatz abhängige Arbeitgeberzuschuss, damit erhöht sich für Angestellte der monatliche Beitragsanteil zur PKV. Und die Steuersubventionierung reduziert auch noch den Höchstbeitrag im Basistarif und löst damit eine höhere Belastung für die übrigen PKV-Versicherten aus, die diese Absenkung durch Quersubventionierungen mit zu tragen haben.

Neben dem überproportionalen Finanzierungsbeitrag über höhere Preise und Honorare ist die Beteiligung am Steuerzuschuss für die GKV der zweite Solidarbeitrag Privatversicherter, der zudem deutlich an Bedeutung gewinnt. Betrug der Steuerzuschuss im Jahr 2007 noch 1,5 Mrd. Euro, so hat er sich inzwischen mehr als verzehnfacht. Der Plan, den Sozialausgleich über Steuermittel auszugleichen, wird diesen Kurs weiter verstetigen. Dieser überproportionale Finanzierungsbeitrag der PKV ist auf Dauer nur zu rechtfertigen, wenn die PKV andererseits Verhandlungsinstrumente erhält, um auf Qualität, Menge und Preise der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten Einfluss zu nehmen.

II. Zur Versicherungspflicht in der GKV

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) begrüßt die Streichung des Dreijahresmoratoriums für Angestellte beim Wechsel von der GKV zur PKV.

Bei der Versicherungspflicht von Angestellten wird so die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-WSG wieder hergestellt. Angestellte sind mit Ablauf des Jahres, in welchem ihr regelmäßiges Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, versicherungsfrei. Berufsanfänger sind bei entsprechendem Gehalt sofort versicherungsfrei, können sich also von Beginn an privat versichern. Dies gilt auch für Selbstständige, die in ein Angestelltenverhältnis wechseln und ein Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze haben. Personen, die bislang in Deutschland nicht beschäftigt waren, sind bei entsprechend hohem Gehalt ebenfalls sofort versicherungsfrei. Die Regelungen treten bereits am 31. Dezember 2010 in Kraft, damit Personen, deren Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze im Jahr 2010 überstiegen hat, die aber noch nicht die Dreijahresfrist erfüllt haben, bereits ab dem 1. Januar 2011 versicherungsfrei sind.

Damit wird u.a. ein insbesondere für Selbständige absurder Effekt des GKV-WSG behoben. Gemäß der aktuell noch bestehenden GKV-WSG-Regelung gilt für langjährig privat versicherte Selbstständige, dass sie bei einem Wechsel in ein Angestelltenverhältnis – selbst bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze – für drei Jahre versicherungspflichtig werden. Sie werden damit aus dem bestehenden Versicherungsverhältnis in ihrer PKV herausgezwungen. Um nicht die teilweise über Jahrzehnte angesammelten Alterungsrückstellungen zu verlieren und bei einer späteren Rückkehr in die PKV alters- oder krankheitsbedingt vor verschlechterten Versicherungskonditionen zu stehen, konnte den Betroffenen lediglich geraten werden, eine zusätzliche Anwartschaftsversicherung abzuschließen. Es ist nachdrücklich zu begrüßen, dass dieser widersinnige Zustand mit der vorliegenden Gesetzesänderung beendet werden soll.

Die geplante Streichung der Wechselsperre für Angestellte ist in den vergangenen Wochen seitens der GKV immer wieder mit dem Einwand kritisiert worden, die Wechsler entzögen der GKV Beitragseinnahmen in Höhe von mehreren hundert Millionen Euro. Einmal beiseite gelassen, dass Einnahmenverluste kein überzeugendes Argument gegen die Wahlfreiheit von Versicherten sind, sind die genannten Zahlen selbst nicht nachvollziehbar. Wer abschätzen will, wie viele zusätzliche potentielle Abgänge von der GKV in die PKV die Streichung der Dreijahresfrist mit sich bringen könnte, muss die Wechselstatistik im zeitlichen Kontext der Einführung dieser Wechselhürde zu Rate ziehen. Demnach sind infolge der Erschwerung des Wechsels 16.000 Angestellte weniger in die PKV gekommen. Dem entspricht ein damaliger „Gewinn“ für die GKV in Höhe von 78,4 Mio. Euro. Der kurzfristige „Schaden“ infolge einer Erleichterung des Wechsels kann sich quantitativ nur in dieser Dimension abspielen.

Derartige Augenblicksbetrachtungen greifen freilich viel zu kurz. Langfristig wirkt jeder Wechsel in die PKV sogar entlastend für die GKV, weil ein Wechsler zur PKV zuvor in der GKV Beiträge gezahlt hat, denen in aller Regel deutlich niedrigere Leistungen gegenüberstanden. Jeder Wechsler in die PKV hat bis zu seinem Wechsel bereits im Durchschnitt einen positiven Finanzierungsbeitrag für die GKV erbracht. Jeder, der in der GKV bleibt, wird dafür später im Alter hohe Gesundheitsausgaben in Anspruch nehmen, die in der Regel deutlich über den Beiträgen liegen werden. Die „teure" Zeit des mittleren und höheren Lebensalters findet also bei allen Wechslern nach dem Wechsel in der PKV statt, die darauf mit ihren Alterungsrückstellungen dann gut vorbereitet ist. Deshalb ist jeder Wechsel zur PKV eine Stärkung der Kapitaldeckung und verringert die demographische Zukunftslast in der GKV.

Mit der Rücknahme der Dreijahresfrist setzt der Gesetzgeber einen ganz wichtigen Impuls für die Wahlfreiheit der Versicherten und den Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV.

III. Zum Änderungsantrag 3 „Wahltarif Kostenerstattung"

Im Koalitionsvertrag haben Union und FDP vereinbart, bei den Wahltarifen der GKV die Abgrenzung zwischen den beiden Versicherungssäulen GKV und PKV klarer auszugestalten und die Möglichkeiten ihrer Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen zu erweitern. Die erhoffte Kompetenzklärung beim Angebot von Zusatzversicherungen erfolgt durch die vorgelegten Änderungsanträge nicht.

Änderungsantrag 3 („Wahltarif Kostenerstattung"): An dem rechtlich umstrittenen Angebot von Wahltarifen nach § 53 Abs. 4 soll sich grundsätzlich nichts ändern. Tarife mit variabler Höhe der Kostenerstattung sollen weiter angeboten werden können. Eine Klarstellung, ob Angebote wie Wahlleistungen im Krankenhaus dazu gehören oder nicht, bleibt aus. Indes wird eine zusätzliche Bedingung verankert, wonach die „langfristige finanzielle Tragbarkeit des Wahltarifs […] von einem Wirtschaftsprüfer oder Aktuar regelmäßig testiert werden" müsse. Ein verbindliches Regelwerk für diese Prüfung wird nicht genannt. Das Erfordernis einer regelmäßigen Wirtschaftlichkeitsprüfung allein kann jedoch das verbraucherpolitische Kernproblem von GKV-Wahltarifen – die langfristige Erfüllung des Leistungsversprechens – nicht lösen.

Wenn eine weitere Änderung eine Verkürzung der Mindestbindungsfrist von drei Jahren auf ein Jahr vorsieht, dann muss auch das Recht auf Kündigung der Kassenmitgliedschaft entsprechend anpasst werden. In der vorliegenden Fassung dürften GKV-Versicherte zwar

nach einem Jahr den Wahltarif kündigen, müssten dann aber noch drei Jahre in der Kasse bleiben. Dies sollte im Gesetzgebungsverfahren noch redaktionell angepasst werden.

Von Ausnahmen (Hausarzttarife) abgesehen, ist das Angebot von für die private Versicherungswirtschaft typischen Wahltarifen in der umlagefinanzierten GKV ein ordnungspolitischer wie versicherungstechnischer Irrtum des GKV-WSG, der dringend korrigiert werden muss. So laden Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife zum gesundheitsökonomischen Schaden der GKV-Versichertengemeinschaft zur individuellen Vorteilsoptimierung ein. Damit nicht genug, führt die Ermächtigung der GKV durch die Aufsicht, auch klassische Zusatzversicherungen (z. B. für Wahlleistungen im Krankenhaus) anzubieten, de facto zu einem sozialstaatlichen Konkurrenzangebot auf einem funktionierenden Privatversicherungsmarkt. Diese Wettbewerbsverzerrung geht zugleich auf Kosten der Nachhaltigkeit und des Verbraucherschutzes. In der Praxis sind GKV-Wahl- und Zusatztarife „Lockvogel-Angebote“, um wechselwillige freiwillig Versicherte an die Kasse zu binden.

Für die Revision der GKV-Wahl- und Zusatztarife sprechen vor allem folgende Gründe:

- Quersubventionierungen zwischen Grund- und Zusatzversicherungen sind in einer nicht risikoäquivalent kalkulierenden GKV nicht zu vermeiden. Es besteht zudem der Anreiz, Zusatzleistungen erst kurz vor Eintritt einer Behandlung abzuschließen.
- Nur in der PKV garantieren die strengen Regeln der deutschen Versicherungsaufsicht einen lebenslangen Versicherungsschutz, für dessen Kalkulation die Unternehmen mit ihrem Eigenkapital haften müssen. Für die Wahl- und Zusatztarife der GKV dagegen gilt, dass weder Alterungsrückstellungen noch Risikopuffer in Form von Eigenkapital gebildet werden müssen. Die Kassen sind an diese Tarife nur für eine Frist von drei Jahren gebunden. Bei Unterkalkulation können die Tarife sogar jederzeit geschlossen werden. Verbraucherschutzpolitisch sind die GKV-Wahl- und Zusatztarife daher nicht zu rechtfertigen.
- Ordnungspolitisch fragwürdig ist zudem, dass die GKV mit dem Aufgabenverständnis einer staatsnahen Körperschaft und dem Adressenmonopol einer gesetzlichen Pflichtversicherung in Konkurrenz zur PKV tätig wird. Wettbewerbsverzerrungen ergeben sich auch durch die unterschiedliche Ertragssteuerbelastung der PKV-Unternehmen und der gesetzlichen Krankenkassen.
- Europarechtlich ist das Angebot von Wahltarifen für die GKV mit erheblichen Risiken behaftet, da nur die strikte Einhaltung des Solidarprinzips die Sonderstellung der GKV als öffentlich-rechtliche Körperschaft mit kartell- und steuerrechtlichen Privilegien legitimiert.

Da Wahltarife auf der anderen Seite in der Koalition aber auch als Wettbewerbsparameter in der GKV gesehen werden und insbesondere Kostenerstattungstarife als Vehikel von Leistungstransparenz und Kostenbewusstsein offenbar auch in Zukunft (allen versicherungssystematischen Verwerfungen zum Trotz) möglich sein sollen, ist es naheliegend, eine Trennlinie zwischen Wahlangeboten zu ziehen, die das gesetzliche Leistungsspektrum variieren, und echten Zusatzversicherungen, die es erweitern. Der folgende Formulierungsvorschlag würde der GKV das Angebot von Selbstbehalttarifen und Kostenerstattungstarifen ermöglichen – bis zu der Schwelle, an der der Art oder dem Umfang nach ein umfangreicherer Versicherungsschutz als nach SGB V geboten würde (z.B. Zweibettzimmer) oder wo dieser zwar nicht nach Art und Umfang, aber der Höhe nach ausgeweitet würde (z.B. Erstattung des 2,3fachen Gebührensatzes GOÄ).

Formulierungsvorschlag:

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495), wird wie folgt geändert:

§ 53 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

„1. Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife wählen, die im Rahmen der Sach- oder Dienstleistungen gemäß § 11 Kostenerstattung vorsehen.“
2. Satz 2 wird aufgehoben.
3. Der bisherige Satz 3 wird Satz 2.“

IV. Zum Basistarif

a) Zur Neuregelung des Höchstbeitrags im Basistarif

§ 12 Abs. 1c VAG wird an die Finanzreform der GKV angepasst. Für die Beitragskappung im Basistarif ist zukünftig die Summe aus dem GKV-Höchstbeitrag und dem neu eingeführten durchschnittlichen Zusatzbeitrag maßgeblich.

Bei dieser Gelegenheit sollte der Gesetzgeber einen weiteren Konstruktionsfehler beheben: Die Kombinationsfähigkeit des Basistarifs mit Zusatzversicherungen, pointiert: Die ordnungspolitisch paradoxe Kombination von Subvention mit Komfort.

b) Zur Kombinationsfähigkeit des Basistarifs mit Zusatzversicherungen

Das GKV-WSG hat die PKV bekanntlich zum Angebot eines dem Leistungsspektrum der GKV vergleichbaren Basistarifs mit Beitragskappung auf dem Höchstbeitragsniveau der GKV verpflichtet. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben ist der Basistarif auf eine Quersubventionierung durch die Versicherten in den Normaltarifen angewiesen. Eine derartige Quersubvention ist der PKV in allen Normaltarifen aus gutem Grund aufsichtsrechtlich verboten; sie widerspricht den systemtragenden Kalkulationsprinzipien der privaten Krankenversicherung. Mit dem Basistarif ist der PKV eine Ausnahme von dieser Verbotsregel verordnet worden. Begründet wurde dies mit dem Erfordernis eines Sozialtarifs, der bestimmte Höchstbeitragsgrenzen nicht übersteigen dürfe.

Zugleich hat der Gesetzgeber des GKV-WSG die Kombination des Basistarifs mit Zusatzversicherungen ausdrücklich erlaubt und für den Fall des Unternehmenswechsels sogar zwingend vorgeschrieben, dass die über den Übertragungswert hinausgehende und im Altunternehmen verbleibende Alterungsrückstellung beitragsmindernd auf bestehende oder noch abzuschließende Zusatzversicherungen anzurechnen ist. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall den Abschluss einer Zusatzversicherung vom Versicherungsunternehmen verlangen. Dies hat zwei wesentliche sozial- wie ordnungspolitische Verwerfungen zur Folge:

1. Die Kombinationsmöglichkeit von subventioniertem Grundschutz mit preiswertem Luxusschutz ist ein sozialpolitisch nicht begründbarer Anreiz zur individuellen Vorteilsoptimierung zu Lasten der Versichertengemeinschaft. Diese Möglichkeit wird im Basistarif nur bei denjenigen eingeschränkt, die aufgrund von Hilfebedürftigkeit eine Beitragshalbierung in Anspruch nehmen. Die Option individueller Vorteilsoptimierung konterkariert zudem den sozialen Schutzzweck des Basistarifs. Beim Bestehen von Zusatzversicherungen kann nämlich davon ausgegangen werden, dass die Versicherten in der Lage sind, einen hochwertigen Versicherungsschutz aufrecht zu erhalten, und nicht auf die von den übrigen Versicherten subventionierten Beitragserleichterungen angewiesen sind.

2. Die bestehende gesetzliche Regelung steht zugleich im Widerspruch zu dem Leitmotiv der vom Bundesverfassungsgericht auferlegten Beobachtungspflicht im 4. Leitsatz

des Urteils vom 10. Juni 2009, wonach der Basistarif zu keiner Auszehrung der Normaltarife führen darf. Dieses Szenario einer Gefährdung der Vollversicherung droht um so schneller zur Realität zu werden, je „lohnender“ ein Wechsel in den subventionierten Basistarif wird. So liegt eine potentiell wachsende Motivation für den Wechsel darin, dass sich die gekappten Beiträge im Basistarif aufgrund ihrer Orientierung am kostengedämpften und steuersubventionierten GKV-Höchstbeitrag langsamer entwickeln werden als die reale Kostenentwicklung in der PKV. Pensionäre mit einer Beihilfe von 70 Prozent müssten schon jetzt höchstens 177,- Euro im Basistarif (30 Prozent des Höchstbeitrags) zahlen. Dieses Risiko wird durch die Kombinationsfähigkeit des Basistarifs mit Zusatzversicherungen erheblich potenziert, da man sich seinen Grundschutz von anderen mitfinanzieren lassen und zugleich infolge der Anrechnungen verbleibender Alterungsrückstellungen den Status eines Privatpatienten zu günstigen Beiträgen aufrechterhalten kann. Je größer das dadurch motivierte Wechselszenario, desto wahrscheinlicher ist eine regelrechte Subventions- und Wechselspirale, an deren Ende die Normaltarife ausgezehrt würden.

Um dieses Problem zu lösen, bietet sich folgende sachgerechte Lösung an: Bei Kombination von Basistarif und Zusatzversicherung entfällt der Anspruch auf Subvention und somit die Kappung des Beitrags auf das Niveau des GKV-Höchstbeitrags.

Der PKV-Verband schlägt deshalb vor, im GKV-Finanzierungsgesetz eine Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes durch die nachstehende Regelung vorzunehmen:

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes:

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch Artikel 4 Absatz 10 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2437), wird wie folgt geändert:

„. In § 12 Abs. 1c wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:

‚Die Begrenzung auf den Höchstbeitrag entfällt bei Bestehen einer ergänzenden Krankheitskostenversicherung.’

2. Die Sätze 3 bis 6 werden die Sätze 4 bis 7.“

Diese Regelung würde gleichermaßen eine sozialpolitische Paradoxie beenden und das im Basistarif angelegte Risiko einer Subventionsspirale zu Lasten der Normaltarife erheblich reduzieren.

c) Zur Deckungslücke im Basistarif versicherter ALG II-Bezieher

Unmittelbare Auswirkungen auf die PKV hat das GKV-Finanzierungsgesetz bei den Zuschüssen für im Basistarif versicherte ALG II-Bezieher, da sich die Deckungslücke leicht verringert, jedoch nicht schließt.

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und der Einführung des Basistarifs Anfang 2009 gibt es eine Deckungslücke für Hilfebedürftige im Basistarif. Ausgerechnet diejenigen, die am hilfebedüftigsten sind, erhalten von den staatlichen Behörden nur unzureichende Zuschüsse zu ihrer Krankenversicherung.

Der neue §12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sieht vor: Führt die Zahlung des Basistarif-Beitrags zu Hilfebedürftigkeit oder liegt bereits vorher Hilfebedürftigkeit vor, muss zunächst die Versicherung den Beitrag halbieren. Besteht auch danach noch Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der zuständige Träger a) im „erforderlichen Umfang“, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird (§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG). Falls allerdings schon vorher Hilfebedürftigkeit bestand, schießt der Träger b) nur den Betrag zu, der für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen wäre (§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG).

Dieser beträgt derzeit 126,05 Euro. Der halbierte BT-Höchstbeitrag kostet aktuell 285,01 Euro. Da der Versicherte nach den Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsrechts keinen Anspruch auf eine höhere Beitragsreduzierung hat, ergibt sich eine Differenz von 158,96 Euro. Von 359,- Euro ALG II oder Sozialhilfe kann man das nicht zahlen. Die Betroffenen müssen sich zwangsläufig bei ihrer Versicherung verschulden. Im Klartext: Der Gesetzgeber zwingt die Ärmsten der Armen zum Schulden-Machen.

Die soziale Absicherung des Existenzminimums ist die ureigenste Aufgabe des Sozialstaates. Der Staat kommt seiner verfassungsrechtlichen Pflicht zur Sicherung des Existenzminimums nicht mehr hinreichend nach, wenn er – anstatt selbst die existenzsichernden Kosten zu übernehmen – lediglich Regelungen schafft, nach denen Dritte existenzsichernde Leistungen zu erbringen haben. Schon heute leisten Privatversicherte nach aktueller Rechtslage zwei Mal einen „Solidarbeitrag“ für Hilfebedürftige. Schon die allgemeine Beitragskappung

für alle Basistarif-Versicherten auf aktuell 590,03 Euro ist eine Verlagerung von Soziallasten auf die übrigen Privatversicherten. Denn die 590,03 Euro Höchstbeitrag sind bei weitem nicht kostendeckend. Die nochmalige Halbierung des Beitrags für Hilfebedürftige auf 285,01 Euro ist eine zweite Subventionierung auf Kosten der Privatversicherten.

Um den Betroffenen zu helfen, schlägt der PKV-Verband zur Schließung dieser Deckungslücke eine Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes vor:

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes:

1. Schließung der Deckungslücke im Basistarif

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch Artikel 4 Absatz 10 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2437), wird wie folgt geändert:

§ 12 Abs. 1c Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Beitrag an das Versicherungsunternehmen."

2. Generelle Schließung der Deckungslücken von Hilfebedürftigen

Das Sozialgesetzbuch in der Fassung […] wird wie folgt geändert:

§ 26 Abs. 2 Satz 1 SGB II wird wie folgt neu gefasst:

„1. …bei einem privaten Krankenversicherer versichert sind, werden für die Dauer des Leistungsbezugs die Aufwendungen übernommen und an das Krankenversicherungsunternehmen gezahlt, soweit sie angemessen sind,"

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(37)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block II
19.10.2010

BPtK
BundesPsychotherapeutenKammer

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

BT-Drs. 17/3040

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer 07.10.2010

BPtK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

Nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung der GKV 3

Wechsel zur privaten Krankenversicherung 4

Zusatzversicherungen durch die GKV 5

Verantwortung der Unternehmen für eine gesundheitsverträgliche Gestaltung der Arbeitsplätze 6

Einheitlicher Behandlungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung 7

Differenzierung des Orientierungswerts nach Versorgungsgraden 8

Rahmenbedingungen für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung 9

Qualitätssicherung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik 11

Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ... 12

Alters- und Geschlechtsadjustierung im Morbi-RSA 12

Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung 14

Zusammenfassung 15

Nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung der GKV

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) sieht wie die Bundesregierung die Notwendigkeit, eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sicherzustellen. Insbesondere die folgenden mit dem GKV-FinG geplanten Maßnahmen

- Wegfall der Verpflichtung der Bundesregierung zur Erhöhung des gesetzlichen Beitragssatzes, wenn dieser in zwei aufeinanderfolgenden Jahren nicht ausreicht, die Ausgaben der GKV zu mindestens 95 vom Hundert zu decken,
- keine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung durch die Beibehaltung eines zusätzlichen Arbeitnehmerbeitrags in Höhe von 0,9 Prozent,
- Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV auf 7,3 Prozent,
- Finanzierung künftiger Ausgabensteigerungen in der GKV ausschließlich über einen pauschalen Zusatzbeitrag der Mitglieder,
- Erleichterung des Wechsels zur privaten Krankenversicherung für einkommensstarke GKV-Mitglieder

führen jedoch in der Summe zu einer ordnungspolitischen Neuausrichtung der GKV, ohne das Ziel einer nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der GKV zu realisieren. Die Aufbringung der Mittel wird durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zunehmend auf die Versicherten verlagert, die außerdem durch die Finanzierung steigender Ausgaben über einen pauschalen Zusatzbeitrag ihre individuelle Belastung in Relation zu ihrer gesamten Einkommenssituation kaum noch beurteilen können. Für die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung hat jedoch das Vertrauen der Mitglieder auf eine sozial ausgewogene Finanzierung eine zentrale Bedeutung. Dieses setzt voraus, dass Bundesbürger entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zur solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos beitragen. Die BPtK begrüßt, dass sich der vorgelegte Gesetzentwurf diesem Ziel verpflichtet fühlt. Bei der konkreten Ausgestaltung ist jedoch festzuhalten, dass die pauschale Erhebung des Zusatzbeitrags eindeutig festgeschrieben wird, die Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs aber ab 2013 nur in Aussicht gestellt ist. Der Sozialausgleich findet damit de facto in den Reihen der GKV-Versicherten statt. Er wird auf kleine und mittlere Einkommen beschränkt, insbesondere auch deshalb, weil Versicherten mit ei-

nem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Wechsel zur privaten Krankenversicherung (PKV) und damit der Ausstieg aus der Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten erleichtert wird.

Wechsel zur privaten Krankenversicherung

Die BPtK hat in einer Umfrage festgestellt, dass 40 von 48 Unternehmen, die im Verband der privaten Krankenversicherung organisiert sind, Menschen mit psychischen Erkrankungen keinen Versicherungsschutz anbieten wollten. Neun private Krankenversicherungen (20 Prozent) lehnten die Aufnahme sogar dann ab, wenn die psychische Erkrankung erfolgreich behandelt wurde und schon Jahre zurücklag. Katastrophal waren die Umfrageergebnisse für schwer psychisch kranke Menschen. Wer an Depression, Schizophrenie oder einer Psychose erkrankt, steht meist für immer vor den Türen der PKV. Selbst leichte Depressionen, wie z. B. nach einer Ehescheidung oder einem Trauerfall, können dazu führen, dass der Patient bis zu zehn Jahren warten muss, bevor er aus Sicht der PKV als wieder versicherungsfähig gilt.

Zusätzlich können PKV-Patienten nicht davon ausgehen, ausreichend versichert zu sein, wenn sie psychisch krank werden und unter Evidenzgesichtspunkten eine psychotherapeutische Leistung benötigen. Viele private Krankenversicherungen muten ihren Versicherten empfindliche Einschränkungen zu, die häufig genug im Kleingedruckten zu finden sind. Dazu gehören beispielsweise:

- Ausschluss von Psychotherapie in so genannten Spartarifen,
- Höchstgrenzen für Behandlungsstunden im Jahr, Gesamthonorar im Jahr oder Stundenhonorar,
- Ausschluss von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Mehrheit der qualifizierten Leistungserbringer,
- Fehlen eines transparenten und formalisierten Widerspruchverfahrens, wenn dem Versicherten Leistungen verweigert werden,
- vor allem ein höchst problematischer Datenschutz bei der Begutachtung und Genehmigung von Leistungen.

Damit wird deutlich, dass psychisch kranke Menschen auf die Solidarität und den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung angewiesen sind. Vor diesem Hintergrund warnt die BPtK vor der Verkürzung der bisherigen Drei-Jahres-Regelung beim Wechsel von der GKV zur PKV. Der GKV werden dadurch in den nächsten drei Jahren bis zu 1,0 Milliarden Euro entzogen. Dies ist ein geradezu anachronistisches Vorgehen angesichts der Tatsache, dass aufgrund psychischer Krankheiten mit einem stetigen Ausgabenwachstum innerhalb der GKV zu rechnen ist. So stiegen beispielsweise die direkten Kosten der depressiven Erkrankungen von 4,2 Milliarden Euro im Jahr 2002 auf 5,7 Milliarden Euro im Jahr 2008. Die Behandlungskosten für einen depressiven Patienten betragen jährlich durchschnittlich 4.000 Euro. Dieser Versorgungsaufgabe entzieht sich die PKV, indem sie über ihre Risikoprüfung den Zugang zur PKV für psychisch kranke Menschen bzw. Menschen, die im Verlauf ihres Lebens einmal psychisch erkrankt waren, erschwert bzw. verhindert.

Zusatzversicherungen durch die GKV

Die Regierungskoalition plant u. U., das Angebot einer Zusatzversicherung künftig der privaten Krankenversicherung vorzubehalten. Bisher bieten auch die gesetzlichen Krankenversicherungen solche Zusatzversicherungen von der Auslandskrankenversicherung über das Zweibettzimmer im Krankenhaus bis zur Chefarztbehandlung in eigener Regie an. Vorteil der GKV-Angebote ist, dass keine Gesundheitsprüfung vor Abschluss eines Versicherungsvertrags stattfindet. Deshalb bietet ausschließlich die GKV älteren und kranken Menschen die Option einer Zusatzversicherung. Beschränkt der Gesetzgeber diese Option in Zukunft auf die privaten Krankenversicherungen, entzieht er diesen Patientengruppen Wahlmöglichkeiten. Vor diesem Hintergrund spricht sich die BPtK eindeutig dafür aus, wie bisher auch der gesetzlichen Krankenversicherung die Option einzuräumen, ihren Versicherten Zusatzversicherungen anzubieten.

Verantwortung der Unternehmen für eine gesundheitsverträgliche Gestaltung der Arbeitsplätze

Deutsche Arbeitnehmer sind immer häufiger aufgrund von psychischen Erkrankungen arbeitsunfähig. Knapp elf Prozent aller Fehltage gingen 2008 auf psychische Erkrankungen zurück. Seit 2009 haben sich diese Krankschreibungen fast verdoppelt. Psychische Erkrankungen verursachen überdurchschnittlich lange Fehlzeiten in den Betrieben: bei AOK-Versicherten durchschnittlich ca. drei Wochen, bei DAK-Versicherten ca. vier Wochen und bei BARMER-Versicherten sogar ca. fünfeinhalb Wochen pro Krankschreibung.

Erwerbstätige entwickeln bei der Kombination aus hohen Anforderungen (wie z. B. Zeitdruck, Komplexität der Aufgaben, Verantwortung) und geringem Einfluss auf den Arbeitsprozess überdurchschnittlich häufig psychische Erkrankungen. Auch ein gravierendes Ungleichgewicht zwischen dem Einsatz im Beruf und der Entlohnung sowie vor allen Dingen der Anerkennung (z. B. Gehalt, Wertschätzung der Person, Aufstiegschancen oder Arbeitsplatzsicherheit) gefährden die psychische Gesundheit.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung tritt gehäuft in Dienstleistungsbranchen auf und alle Krankenkassen verzeichnen in ihren jährlichen Reports, z. B. bei den Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen, in der Telekommunikation und in öffentlichen Verwaltungen überdurchschnittlich viele Fehltage aufgrund psychischer Störungen.

Diese Zahlen zeigen eindringlich, welche Verantwortung die Unternehmen bei der Gestaltung der Arbeitsplätze und Arbeitsabläufe für den Erhalt bzw. die Förderung der seelischen Gesundheit ihrer Mitarbeiter haben. Neben grundsätzlichen Erwägungen ist dies ein Argument gegen die Aufkündigung der paritätischen Finanzierung der GKV auch vor dem Hintergrund, dass psychische Erkrankungen nicht als Berufserkrankungen anerkannt sind. Die mit dem GKV-FinG beabsichtigte Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV auf 7,3 Prozent entlässt die Arbeitgeber aus der Verantwortung für steigende Gesundheitsausgaben und damit auch ein Stück weit aus ihrer Verantwortung für die Gestaltung gesundheitsverträglicher Arbeitsplätze.

Einheitlicher Behandlungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung

Es ist Ziel des Gesetzgebers, mittelfristig als Maßstab für die Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu einem bundesweit einheitlichen Betrag für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung zu kommen. Der morbiditätsbedingte Bedarf soll differenziert nach Alter, Geschlecht und dokumentierter Morbidität ermittelt werden. Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, ein entsprechendes Konzept zu entwickeln. Als erster Schritt ist eine asymmetrische Verteilung der Honorarzuwächse zwischen den KVen geplant. Der Bewertungsausschuss soll einen Schwellenwert festlegen, der bei Unter- bzw. Überschreiten zu KV-spezifischen Anpassungsfaktoren bei der Verteilung der Zuwächse der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung führen wird.

Diese aufeinander aufbauenden Konzepte gehen davon aus, dass der Behandlungsbedarf eines Patienten durch die Faktoren Alter, Geschlecht und Morbidität ausreichend abzubilden ist. Dabei wird realisierte Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen als Behandlungsbedarf definiert. Generell gilt, dass die Verfügbarkeit eines Behandlungsangebots einen erheblichen Einfluss darauf hat, ob und welche Leistungen ein Patient in Anspruch nimmt bzw. nehmen kann. Bei psychischen Erkrankungen führt dies dazu, dass Patienten aufgrund psychotherapeutischer Unterversorgung entgegen den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien keine Psychotherapie in Anspruch nehmen können. Sie müssen auf die u. U. nicht evidenzbasierte, aber allein verfügbare Alternative der Pharmakotherapie ausweichen. Der durchschnittliche Behandlungsbedarf der Patienten wird in psychotherapeutisch unzureichend versorgten Regionen deutlich unter dem Behandlungsbedarf eines Patienten liegen, der bei vergleichbarer Indikation, Geschlecht und Alter in einer Region lebt, in der mehr Psychotherapeuten zugelassen sind, sodass dort die Inanspruchnahme von Psychotherapie möglich ist.

Im Gesetzentwurf findet sich kein Hinweis, inwieweit bei einer asymmetrischen Honorarverteilung auch Aspekte der regionalen Versorgungsstruktur zu berücksichtigen sind. Die BPtK hält dies jedoch mit Blick auf die Versorgung psychisch kranker Men-

schen für unverzichtbar, da ansonsten Versorgungsregionen mit einem vergleichsweise besseren psychotherapeutischen Versorgungsangebot aufgrund ihres für die ambulante Versorgung höher ausgewiesenen durchschnittlichen Behandlungsbedarfs pro Patient (differenziert nur nach Alter, Geschlecht und Morbidität) weniger an Honorarzuwächsen teilhaben werden. Gleichzeitig fließen Mittel in Versorgungsregionen mit unterdurchschnittlichem Behandlungsbedarf, ohne jedoch zu gewährleisten, dass diese Mittel z. B. dafür eingesetzt werden, die psychotherapeutische Versorgung durch einen entsprechenden Ausbau des Angebots zu verbessern.

Die BPtK schlägt vor diesem Hintergrund vor, dass in Artikel 1 Nummer 8 in § 87d Absatz 2 ein neuer Satz 8 eingefügt wird und der bisherige Satz 8 der neue Satz 9 wird:

> *„Der Bewertungsausschuss hat dabei auch regionale Unterschiede der Versorgungsstruktur zu berücksichtigen.“*

Differenzierung des Orientierungswerts nach Versorgungsgraden

Die Aussetzung der Anpassung des Orientierungswerts in Abhängigkeit von einer festgestellten Unter- bzw. Überversorgung wird von der BPtK ausdrücklich begrüßt. Basis dieses Steuerungsansatzes war die Annahme, dass mit den Anhaltszahlen der Bedarfsplanung der Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen abgebildet wird. Die Anhaltszahlen der Bedarfsplanung reflektieren jedoch nur historisches Niederlassungsverhalten und sind kein Indikator für Unter- bzw. Überversorgung. Das Aussetzen der Regelung bis 2013 eröffnet den Spielraum, mit einer Reform der Bedarfsplanung zu einer Abbildung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs zu gelangen. Außerdem kann empirisch überprüft werden, ab welcher Größenordnung Unterschiede in der Höhe der Vergütung Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten veranlassen könnten, ihren Lebensmittelpunkt aufgrund einer zeitlich befristeten Vergütungsregelung zu verlagern bzw. anders zu planen. In der Vergangenheit haben nennenswerte Unterschiede in der Höhe der Vergütung nicht zu einer Migration der Leistungserbringer geführt.

Rahmenbedingungen für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung

Das GKV-FinG will durch strukturelle Reformen mehr Wettbewerb und mehr Freiheit für den Einzelnen schaffen. Mit diesem Ziel unvereinbar ist aus Sicht der BPtK, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V an den Grundsatz der Beitragsstabilität zu binden, aber das Vertragsmonopol des Deutschen Hausärzteverbands bestehen zu lassen. Wenn in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung Vereinbarungen getroffen werden, die dem Grundsatz von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung nicht gerecht werden, so liegt dies wahrscheinlich auch an der Aussetzung des Vertragswettbewerbs. Die Lösung des Problems ist mithin, es künftig wieder den gesetzlichen Krankenversicherungen zu überlassen, ob sie für ihre Versicherten Hausarztverträge abschließen wollen. Gleichzeitig sollte der Gesetzgeber Mindestanforderungen an Hausarztverträge nach § 73b SGB V gesetzlich vorgeben. Eine hausarztzentrierte Versorgung wird erst dann ein Beitrag zu mehr Qualität und Effizienz sein, wenn sie das heute prägende arbeitsteilige und weitgehend unabgestimmte Vorgehen einzelner Fachdisziplinen durch eine integrierte Versorgung ersetzt. Dies erfordert die konsequente Weiterentwicklung von Strukturen und Versorgungsprozessen. Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, die den Status quo weitgehend unverändert beibehalten, können nicht zu qualitativen Verbesserungen der Versorgung führen (Artikel 1 Nummer 5, § 73b SGB V).

Damit qualitätsfördernde Innovationen Ziel der hausarztzentrierten Versorgung sind, sollte der Gesetzgeber Kriterien für den Abschluss von Verträgen vorgeben. Hierzu gehören mindestens:

- ein schrittweise umzusetzendes Konzept zur Implementierung multiprofessionell entwickelter Leitlinien inklusive des Aufbaus eines entsprechenden Qualitätsmanagementsystems,
- verbindliche Kooperationsstrukturen, die eine multiprofessionelle, präventiv-orientierte Versorgung ermöglichen.

Zudem sollte die Möglichkeit des direkten Zugangs zum Psychotherapeuten oder Arzt der psychotherapeutischen Arztgruppe vorgesehen werden. Dies ist erforderlich,

um Patienten, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen wollen, nicht zu zwingen, dem Hausarzt eine psychische Erkrankung zu offenbaren.

Es sollte darüber hinaus der Entscheidung der Krankenkassen vorbehalten bleiben, ob sie ihren Versicherten ein solches Angebot machen möchten und ob dieses flächendeckend sinnvoll ist. Dementsprechend sollte die Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen aufgehoben werden.

Artikel 1 Nummer 5 (§ 73b SGB V) sollte daher wie folgt gefasst werden:

„5. § 73b SGB V wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „haben“ durch das Wort „können“ ersetzt und das Wort „anzubieten“ durch das Wort „anbieten“.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt neu gefasst: „Behandlung nach multiprofessionell abgestimmten und evidenzbasierten Leitlinien“.

bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst: „ein indikatorengestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement, das die Implementierung der Leitlinien angemessen unterstützt“.

cc) In Nummer 3 wird nach dem Wort „Geriatrie“ das Komma durch einen Punkt ersetzt.

dd) Nummer 4 wird gestrichen.

c) In Absatz 3 Satz 2 1. Halbsatz werden nach den Wörtern „Leistungen der“ die Wörter „psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Absatz 4“ und ein Komma eingefügt.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „haben“ durch das Wort „können“ ersetzt sowie die Wörter „spätestens bis zum 30. Juni 2009“ und „zu“ gestrichen.

bb) In Satz 4 wird das Wort „haben“ durch das Wort „können“ ersetzt und das Wort „zu“ gestrichen.

cc) Satz 2 und Satz 5 werden aufgehoben und die bisherigen Sätze 3, 4, 6 und 7 werden die Sätze 2 bis 5.

e) Absatz 4a wird aufgehoben.“

Qualitätssicherung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik

Trotz der hohen Relevanz, die psychische Erkrankungen mittlerweile für das Versorgungssystem haben, gibt es – verglichen mit somatischen Erkrankungen – bisher nur wenig Transparenz über das Leistungsgeschehen. Die Maßnahmen der stationären und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beschränken sich überwiegend auf somatische Erkrankungen.

In der stationären Krankenhausbehandlung ist die Zahl der Behandlungstage wegen psychischer Erkrankungen insgesamt von 21.745.312 Bettentagen im Jahr 2000 auf 22.317.166 Bettentage im Jahr 2008 gestiegen. Bei einem Rückgang der stationären Behandlungstage insgesamt von 167.789.000 im Jahr 2000 auf 142.534.888 Bettentage im Jahr 2008 ist der Anteil der Behandlungstage wegen psychischer Erkrankungen um über 20 Prozent auf aktuell 15,7 Prozent angestiegen.

Mit der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ist die Einführung zusätzlicher qualitätssichernder Maßnahmen in diesem Bereich notwendig. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diskutiert aufgrund der steigenden Relevanz psychischer Erkrankungen für die Gesundheitsversorgung, bei der Themenauswahl für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung psychische Erkrankungen hoch zu priorisieren.

§ 137 Absatz 3 Satz 5 SGB V sieht dennoch im Bereich der Richtlinien und Beschlüsse zur stationären Qualitätssicherung bisher nur eine Beteiligung des Verbands der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Be-

rufsorganisationen der Pflegeberufe vor. Auch § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V beschränkt die bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 zu beteiligenden Organisationen auf die oben genannten.

Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung und Notwendigkeit von sektorenübergreifenden und sektorspezifischen Maßnahmen der Qualitätssicherung für die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ist eine fachliche Beteiligung der BPtK dringend geboten.

Diese sollte sich nicht auf Beschlüsse und Richtlinien zur Qualitätssicherung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen beschränken, da in somatischen Krankenhäusern psychische Komorbidität bzw. spezielle psychosoziale Belastungen den Versorgungsalltag mitprägen.

§ 137 wird wie folgt geändert:

a) *In Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „Bundesärztekammer“ ein Komma und die Wörter „die Bundespsychotherapeutenkammer“ eingefügt.*

b) *In Absatz 3 Satz 5 werden nach dem Wort „Bundesärztekammer“ ein Komma und die Wörter „die Bundespsychotherapeutenkammer“ eingefügt.*

Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Alters- und Geschlechtsadjustierung im Morbi-RSA

Ab 2011 gehört das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) nicht mehr zu den Erkrankungen, deren überdurchschnittliche Behandlungskosten durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) abgedeckt sind. Statt des krankheitsbezogenen Zuschlags in Höhe von 1.335 Euro jährlich erhalten die gesetzlichen Krankenkassen ab 2011 z. B. für einen sechsjährigen Jungen mit ADHS nur noch die krankheitsunabhängige Pauschale in Höhe von 1.052 Euro.

Da im vergangenen Jahr noch keine umfassende Überprüfung der im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten erfolgte, verzichtete das Bundesversicherungsamt (BVA) 2010 darauf, allein ADHS zu streichen. In diesem Jahr ergab die Prüfung für ADHS jedoch erneut ein knappes Unterschreiten des Schwellenwerts. Der Grund ist, dass im Morbi-RSA nur Krankheiten berücksichtigt werden, wenn u. a. die durchschnittlichen Kosten der von dieser Krankheit betroffenen Versicherten das 1,5fache der durchschnittlichen Ausgaben eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung überschreiten. Dabei ist es derzeit gleichgültig, ob es sich um eine Kinderkrankheit handelt oder um eine Krankheit, die in jedem Lebensalter auftreten kann. Aufgrund der deutlich niedrigeren Gesamtbehandlungskosten bei jüngeren Versicherten ist das Unterschreiten dieses Schwellenwerts für Krankheiten des jüngeren Lebensalters selbst bei hohen krankheitsspezifischen Kosten kaum zu erreichen. Vor diesem Hintergrund musste das BVA aufgrund des erneuten knappen Unterschreitens des Schwellenwerts ADHS aus dem Katalog der berücksichtigungsfähigen Krankheiten streichen. Diese Entscheidung könnte schon bald Spuren in den Verhandlungen über Verträge zur integrierten Versorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche hinterlassen. Die Krankenkassen werden befürchten, dass ihre ungedeckten Ausgaben für neue und bessere Behandlungsmodelle für Kinder und Jugendliche mit ADHS zu erheblichen finanziellen Belastungen führen und ihre Wettbewerbsposition durch steigende Zusatzbeiträge negativ beeinflussen.

In den Entwurf sollte daher als Artikel 1, neue Nummer 23 Folgendes aufgenommen werden:

> *„In § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach den Wörtern ‚zugrunde legen' ein Komma und die Wörter ‚bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die alters- und geschlechtsadjustierten GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 v. H. übersteigen' eingefügt."*

Die bislang fehlende Alters- und Geschlechtsadjustierung bei der Definition des Schwellenwerts des 1,5fachen der durchschnittlichen GKV-weiten Ausgaben je Versichertem führte dazu, dass kostenintensive chronische Krankheiten, die vorwiegend

in einem jüngeren Lebensalter oder bei nur einem Geschlecht auftreten, den Schwellenwert trotz der erheblichen Kostenintensität unterschreiten. Durch die vorgeschlagene Änderung wird dieses Problem behoben.

Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Die im Entwurf vorgesehene Änderung von § 85 SGB V sollte zum Anlass genommen werden, die Regelungen zur Vergütung nichtärztlicher Leistungen im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zu verbessern (Artikel 1 Nummer 6, § 85 SGB V). Die Verordnungsraten von Psychopharmaka belegen vor dem Hintergrund der Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien die Notwendigkeit, Behandlungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche deutlich stärker psychotherapeutisch auszurichten. Als Vertragspartner der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung sollten daher neben Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychologische Psychotherapeuten benannt werden. „Nichtärztliche Leistungen“ in diesem Zusammenhang bezeichnen dann Leistungen, die nicht von Ärzten oder Psychotherapeuten erbracht werden.

Die Indikationsentscheidungen und -maßnahmen der an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilnehmenden Leistungserbringer sollten an evidenzbasierten Leitlinien ausgerichtet werden. Durch standardisierte Basisdokumentation, Evaluation der Behandlungsergebnisse und regelmäßige Fallbesprechungen werden Struktur-, Prozessqualität und – soweit möglich – auch Ergebnisqualität darlegungsfähig. Erst ein Qualitätsmanagement in diesem Sinne verhindert, dass die in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung üblicherweise vereinbarten Vergütungspauschalen unter Qualitätsgesichtspunkten unangemessene ökonomische Anreize setzen. Mit der seit 1. Juli 2009 gültigen Sozialpsychiatrie-Vereinbarung haben die Vertragspartner bereits wichtige Schritte in diese Richtung unternommen. Diese Entwicklung soll nun dadurch gestärkt werden, dass die Evaluation auf gesetzlicher Ebene vorgeschrieben wird.

Artikel 1 Nummer 6 sollte daher um einen neuen Buchstaben a ergänzt und die bisherigen Buchstaben a und b die neuen Buchstaben b und c werden:

> *„a) In Absatz 2 Satz 4 SGB V wird das Wort ‚und‘ nach dem Wort ‚sozialpädiatrischer‘ durch ein Komma ersetzt. Nach dem Wort*

‚psychiatrischer‘ werden die Wörter ‚und psychotherapeutischer‘ und nach dem Wort ‚Nähere‘ die Wörter ‚einschließlich einer verbindlichen Evaluation der Leistungserbringung anhand definierter Qualitätskriterien‘ eingefügt.“

Zusammenfassung

Die gesetzliche Krankenversicherung macht eine Mitgliedschaft nicht von einer Risikoprüfung abhängig und bietet darüber hinaus psychisch kranken Menschen einen umfassenden Versicherungsschutz, der eine evidenzbasierte Versorgung erlaubt. Das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung schränkt demgegenüber den Zugang ein und bietet darüber hinaus i. d. R. keinen ausreichenden Schutz. Vor diesem Hintergrund lehnt die BPtK eine Förderung der privaten Krankenversicherungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ab.

Die Gesundheitsreporte aller Krankenkassen zeigen steigende Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund psychischer Erkrankungen. Die Zahlen liegen in bestimmten Branchen besonders hoch. Ein enger Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und psychischer Gesundheit lässt sich belegen. Ausgabensteigerungen in der GKV lassen sich durch eine gesundheitsverträgliche Gestaltung der Arbeitswelt vermeiden. Die Aufhebung der paritätischen Finanzierung der GKV setzt hier falsche Signale, da sie die Arbeitgeber aus dieser Verantwortung entlässt.

Insgesamt schlägt die BPtK vor, die Relevanz psychischer Erkrankungen bei gesetzgeberischen Entscheidungen stärker zu berücksichtigen. Zentrale Ansatzpunkte, die bereits im Kontext des GKV-FinG Berücksichtigung finden könnten, sind:

- Bei der Festlegung eines bundeseinheitlichen Behandlungsbedarfs pro Versichertem sollte neben der Morbidität der Versicherten, auch die regionale Infrastruktur als entscheidender Modifikator der Inanspruchnahme von Leistungen berücksichtiget werden.
- Die Qualitätssicherung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik sollte im Nachgang zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems befördert werden.

- Eine Alters- und Geschlechtsadjustierung beim Schwellenwert für die Berechnung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten im Morbi-RSA sollte eingeführt werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(30)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
19.10.2010

Vereinte Dienstleistungs-gewerkschaft

Stellungnahme
der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) BT-Drs. 17/3040

und dem Antrag der Fraktion DIE LINKE

Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen BT-Drs. 17/1238

Zur Anhörung am Montag, 25. Oktober 2010

Berlin, 15. Oktober 2010

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Allgemeiner Teil

Problem und Ziel

Als Ziel des Gesetzentwurfs wird genannt, dass das prognostizierte Defizit von 11 Mrd. Euro in der Gesetzlichen Krankenversicherung behoben werden soll. Des Weiteren sollen strukturelle Probleme des Finanzierungssystems für die Zukunft gelöst werden, um die Leistungsfähigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung zu erhalten, Arbeitsplätze nicht durch steigende Lohnkosten zu gefährden und Instabilität durch konjunkturelle Schwankungen auf der Einnahmeseite zu vermeiden.

Das Finanzierungssystem der GKV soll wettbewerbsfreundlicher ausgestaltet werden durch eine Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen und einen funktionsfähigen Sozialausgleich.

Weiterhin soll eine hochwertige Gesundheitsversorgung im Krankheitsfall für jede Bürgerin und jeden Bürger unabhängig von der persönlichen finanziellen Situation garantiert werden.

Die Gewerkschaft ver.di sieht Bedarf die Einnahmesituation der Gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu stabilisieren. Zudem gilt es, durch strukturelle Veränderungen die Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten und einen wirtschaftlichen Einsatz der Beiträge der Versicherten zu erreichen.

Der vorgelegte Gesetzentwurf wird jedoch diesem Anspruch nicht gerecht. Das prognostizierte Defizit wird nicht behoben. Es wird allenfalls – im Wesentlichen durch eine Nullrunde bei Krankenkassen und eine verschärfte Budgetierung bei den Krankenhäusern – auf die Zeit nach 2011/2012 verschoben.

Dagegen stellt der Gesetzentwurf einen erheblichen Eingriff in das Solidaritätsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung dar. Es handelt sich nicht um eine Weiterentwicklung der solidarischen Krankenversicherung, sondern um einen Systemwechsel. Es erfolgt ein Umstieg auf rasch anwachsende Kopfpauschalen. Die Lasten werden ungleich allein auf die Versicherten und dort vor allem auf diejenigen mit den niedrigsten Einkünften und Renten verteilt. Der Gesetzentwurf entspricht nicht der Sozialstaatsverpflichtung des Einkommens in Artikel 14 Abs. 2 GG. Dieser wird systematisch über die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Beteiligung am Beitragsaufkommen der Sozialversicherungsträger realisiert. Mit der Festschreibung des Arbeitgeberanteils werden die Arbeitgeber aber für die gesamte zukünftige Kostenentwicklung von der Eigentumsverpflichtung befreit.

Auch enthält der Gesetzentwurf keinerlei Maßnahmen, die geeignet sind, strukturelle Probleme im Interesse der Patientinnen und Patienten zu lösen. Jegliche Innovation fehlt. Alte sektorale Strukturen, die in der Vergangenheit zu Schnittstellenproblemen führten, werden vielmehr durch Zugeständnisse an einzelne Akteursgruppen im Gesundheitswesen zementiert.

Die Darstellung, dass eine Reformnotwendigkeit auch bestehe, weil durch steigende Beiträge und in der Folge steigende Lohnkosten Arbeitsplätze gefährdet seien, wird durch Wiederholung nicht richtiger: Der Arbeitgeberanteil an der GKV beträgt nach Berechnung der Handwerkskammer Stuttgart bei einer Handwerkerstunde von 54,15 Euro gerade 98 Cent.

Durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen würde der Arbeitgeberanteil an der Krankenversicherung zwar leicht ansteigen auf 1,02 Euro. Dann aber wird er dauerhaft eingefroren. Eine Gefahr für Arbeitsplätze besteht durch den moderaten Arbeitgeberanteil nicht. Dagegen werden durch das geplante Gesetz Arbeitsplätze in der Gesundheitsbranche durch Nullrunde und verschärfte Budgetierung massiv gefährdet. Es liegen empirisch gesicherte Untersuchungen vor, dass mit jedem Euro Umsatz in der Gesundheitsbranche etwa fünfmal so viele Arbeitsplätze geschaffen werden, wie beispielsweise in der Automobilindustrie.

Sehr kritisch steht ver.di zur Ausgestaltung des Zusatzbeitrags als rasch anwachsende Kopfpauschale. Anstatt die bisherigen in der Bevölkerung nicht akzeptierten Zusatzbeiträge abzuschaffen, werden sie ausgeweitet und den Krankenkassen als mehr Beitragsautonomie angeboten. Tatsächlich ist diese Beitragsautonomie auf die Erhebung des Zusatzbeitrags beschränkt. Eine Maßnahme zu mehr Wettbewerb um Qualität ist das nicht. Allenfalls wird dadurch eine Konkurrenz um bestimmte Mitgliedergruppen mit erheblichen Wettbewerbskosten gefördert. Kassen werden verpflichtet, eine Politik mitzutragen, die den Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung vorantreibt. Der Sozialausgleich muss bis 2014 von den Mitgliedern der GKV alleine erbracht werden. Er entspricht noch nicht einmal den selbstgesteckten Zielen des Bundesgesundheitsministers. Eine Steuerfinanzierung wird erst ab 2015 in Aussicht gestellt. Ob und in welchem Umfang sie tatsächlich kommt soll erst 2014 entschieden werden.

Das Ziel einer hochwertigen Gesundheitsversorgung im Krankheitsfall für jede Bürgerin und jeden Bürger, unabhängig von der persönlichen finanziellen Situation, das mit dem Gesetzentwurf erreicht werden soll, wird mit den dann folgenden Gesetzesänderungen erst gar nicht aufgegriffen.

Lösung

Als konkrete Lösung werden im Gesetzentwurf vorgesehen:

1. Eine Ausgabenbegrenzung
2. Die Stärkung der Finanzierungsgrundlagen
3. Ein gerechter Sozialausgleich.

1. Ausgabenbegrenzung

Die Ausgabenbegrenzung soll wesentlich durch Krankenkassen und Krankenhäuser geschultert werden.

Bei den Krankenhäusern soll dies 2011 und 2012 mit einer verschärften Deckelung durch eine Halbierung der ohnehin geringen Steigerungsraten und einer Zwangsabsenkung auch bei vereinbarten Mehrleistungen erreicht werden. Problem in den Krankenhäusern sind jedoch vor allem die nicht mit den Krankenkassen vereinbarten Mehrleistungen, die zudem im Folgejahr zwangsweise in den Vereinbarungen berücksichtigt werden müssen. Der Ansatz im Gesetzentwurf ist daher falsch. Verhandlungslösungen zur Menge und Qualität der Leistungen werden damit nicht gefördert.

Die im letzten Jahr nach massivem Personalabbau vor allem in der Pflege durchgeführten Erhöhungen bei den KH werden im Ergebnis zu zwei Drittel rückgängig gemacht. Die Halbierung der Budgetsteigerung erfolgt vor dem Hintergrund, dass zudem die für 2011 vorgesehene Ablösung der Budgetierung durch einen Orientierungswert nicht umgesetzt wird. Damit müssten die Kliniken mit rund 2,5 Mrd. Euro die Hauptlast der geplanten Einnahmebeschränkungen tragen. Neuerlicher massiven Personalabbau in den Krankenhäusern wäre die unweigerliche Folge. Bis zu 50.000 Stellen in der stationären Versorgung sind dadurch direkt gefährdet. In zahlreichen – vor allem auch den patientennahen – Bereichen wird dadurch die Arbeitsbelastung der Beschäftigten im Krankenhaus in unzumutbarer Weise erhöht. Erst 2009 ist nach massiven Protesten das Krankenhausfinanzierungsreformgesetzt dahingehend verändert worden, dass das Statische Bundesamt gem. § 10 Abs. 6 KHEntgG erstmals zum 30. 6. 2010 einen Wert für Krankenhäuser vorlegt, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen berücksichtigt (Krankenhauswarenkorb). Dieser Wert ist bislang nicht veröffentlicht worden.

Diese Bestimmung im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, mit der bewusst die Finanzausstattung der Krankenhäuser verbessert und die Budgetierung abgelöst werden sollte, wird nicht umgesetzt, obwohl ein Bedarf besteht.

Gerade im Bereich der Krankenpflege haben die Belastungen das Maß des Erträglichen weit überschritten. Nach den aktuellen Erhebungen des Deutschen Instituts für Pflegeforschung kommt es unter diesen Belastungen immer öfter auch zu Gefährdungssituationen für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Nach den Untersuchen im Rahmen des „DGB Indexes Gute Arbeit“, glauben nur noch 23 Prozent der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, dass sie ihren Beruf bis zum Rentenalter ausüben können. Dies liegt weit unter dem Wert der meisten anderen Branchen.

Während in den Jahren 2009 und 2010 durch Übergangsmaßnahmen im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz und durch eine relativ hohe Veränderungsrate sowie im investiven Bereich (Konjunkturprogramm II) der Budgetdeckel entlastet, bzw. gelüftet wurde, säße er dann 2011 wieder eng und fest. Die Finanzausstattung der Krankenhäuser fiele zurück in die Zeit vor dem KHRG.

Der unter den DRGs bestehende ökonomische Anreiz für Krankenhäuser zur Fallzahlsteigerung und eine Nullrunde für die Krankenhäuser, wie sie die geplanten Maßnahmen im Ergebnis darstellen, ist eine explosive Mischung, die Qualität in der Versorgung und gute Arbeit zerstört. Anstelle zweifellos erforderlicher Strukturreformen mit denen eine bedarfsnotwendige und wirtschaftliche Versorgung ermöglicht wird, fallen die vorgesehenen Maßnahmen zurück in eine Kostendämpfung, die sich bereits in den 70er und 80er Jahren als nicht nachhaltig erwiesen hat. Von einer intelligenten Strukturreform ist dies meilenweit entfernt. Die Maßnahme wäre auch ein völlig falsches Signal an junge Menschen, die sich überlegen den Pflegeberuf oder einen anderen Gesundheitsberuf zu ergreifen.

Besonders betroffen von der Budgethalbierung ist die personalintensive Psychiatrie (etwa drei Viertel der Ausgaben sind Personalkosten), die gerade in der Umstellung auf Tagespauschalen ist. Damit gibt es langfristig zu niedrige Pauschalen – zu Lasten des Personals. Die gerade vor wenigen Wochen in Artikel 3 des Gesetzes zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften beschlossenen Klarstellungen zu § 6 der Bundespflegesatzverordnung (Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung) wären ihrer Wirkung beraubt.

Die Verwaltungskosten der Krankenkassen sollen zwei Jahre lang (2011/2012) eingefroren und dadurch je 300 Mio. Euro in 2011 und 2012 weniger ausgegeben werden. Zugleich erhalten die Kassen, u.a. im Zusammenhang mit der Erhebung der Zusatzbeiträge und der Säumniszuschläge vermehrte Pflichtaufgaben. Würde dazu das Personal aus dem bisherigen Bestand eingesetzt, wäre die Beratung für die Versicherten kaum noch zu gewährleisten. Innovative Versorgungsformen blieben auf der Strecke. Zusätzlich würde noch mehr Druck auf Arbeitsplätze, Arbeitsbedingungen und auf Tarifverträge entstehen. Auch vor dem Hintergrund der sparsamen Mittelverwendung im Bereich der Verwaltungsausgaben bei der Gesetzlichen Krankenversicherung – zwischen 5,5 und 6 Prozent – ist eine Doppelnullrunde nicht angezeigt. Im Vergleich dazu werden bei der Privaten Krankenversicherung 14,6 Prozent der Beitragseinnahmen für die Verwaltung benötigt.

Im Gegensatz zu diesen großen Blöcken für die vorgesehene Kostenbremsung wird zwar für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung als Maßnahme die Begrenzung extrabudgetär zu vergütender Leistungen unter Ausschluss von Kostenrisiken genannt, jedoch nicht mit einem konkreten Betrag beziffert. Zwischenzeitlich wurden für die Vertragsärzt/innen deutliche Vergütungserhöhungen mit einem Volumen von mehr als 1 Mrd. Euro vereinbart. Gleichzeitig stellt das BMG in einer gemeinsamen Presseerklärung des Bundesgesundheitsministeriums und der Bundesärztekammer vom 27. August 2010 den Kassenärzten Einnahmeverbesserungen durch eine Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab 2011 in Aussicht, wonach vermehrt durch Kostenerstattung der Patienten Mehreinnahmen generiert werden könnten. Dies ist mit den Änderungsanträgen von CDU/CSU und FDP in diesen Gesetzentwurf eingeflossen.

Lediglich bei der Vergütung der Hausärzte wird ein Sparbetrag genannt. Demnach sollen bis zu 500 Mio. Mehrausgaben durch Begrenzung des Vergütungsniveaus durch Vorgaben zur Ausgestaltung der Hausarztverträge erreicht werden. Mit den Verträgen der Krankenkassen konnte bisher eine Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung von GKV-Versicherten, z.B. durch Vereinbarung von Qualitätsstandards, kürzeren Wartezeiten oder Abendsprechstunden für gesetzlich Versicherte erreicht werden – allerdings in der Regel mit deutlich höheren Vergütungen. Der Gesetzgeber schränkt die Vertragsfreiheit zwischen Hausärzten und Kassen mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen ein. Die Versicherten werden jedoch dadurch nicht entlastet. Vielmehr handelt es sich um eine Umverteilung zwischen Fach- und Hausärzten.

Ebenso ist vorgesehen, dass sich Punktwerte und Gesamtvergütung bei der Zahnbehandlung (ohne Zahnersatz) nur um die Hälfte der Grundlohnrate erhöhen dürfen. Der relativ kleine Betrag (20 Mio. Euro in 2011 und 40 Mio. Euro in 2012) dürfte allerdings zu verschmerzen sein. Einerseits wird den Kassenzahnärzten ebenfalls eine Vergütungsreform mit noch mehr Möglichkeiten Kostenerstattung der Versicherten in Anspruch zu nehmen, durch die genannten Änderungsanträge ermöglicht. Andererseits sollen sie eine gesetzliche Ost/West-Angleichung in den Jahren 2013/2014 in Höhe von jeweils 2,5 Prozent in den neuen Bundesländern und um jeweils 2 Prozent in Berlin erhalten. Sie wären damit die einzige Berufsgruppe, bei denen die Höhe des Ausgleichs vom Gesetzgeber festgelegt wurde. Für andere Berufsgruppen (z.B. Personal in Krankenhäusern) musste der Ausgleich im Wege von Tarifverhandlungen durchgesetzt werden.

2. Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

Der Arbeitgeberbeitrag wird auf 7,3 Prozent erhöht und auf diesem Niveau eingefroren. Die Versicherten zahlen mit 8,2 Prozent dauerhaft 0,9 Prozentpunkte mehr. Über die Einnahmeentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen sollen allein durch pauschale Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert werden. Die Höhe des Zusatzbeitrags bestimmt jede Krankenkasse selbst (so genannte Finanzautonomie!).

Die Zusatzbeiträge werden zur Kopfpauschale, die jede Krankenkasse unabhängig vom Einkommen der Versicherten in beliebiger Höhe erheben kann. Sie belasten zunächst in besonderem Maße untere Einkommen, später dann auch mittlere Einkommen besonders stark. Die Finanzierung des Sozialausgleichs aus Steuermitteln ist nicht mehr vorgesehen, sie wird lediglich vage in Aussicht gestellt.

Spezifisch getroffen werden die so genannten. Aufstocker/innen, deren Erwerbseinkommen nicht existenzsichernd ist. Sie werden ebenfalls mit 2 Prozent ihres Einkommens zusätzlich belastet, obwohl sie und ggf. ihre Familie hilfebedürftig sind. Damit bleiben sie entweder auf dem zusätzlichen Beitrag sitzen, der oberhalb der Kopfpauschale für den Sozialausgleich liegen kann, oder sie sind zu einem ständigen Kassenwechsel mit erheblichem bürokratischem Aufwand gezwungen.

Durch die Erhebung der Kopfpauschale entsteht zusätzliche Bürokratie: Die Bürger/innen sollen und müssen immer häufiger die Kasse wechseln. Und sie müssen mehr Formulare für die Krankenkassen ausfüllen. Die Kassen erhalten völlig neue Aufgaben, für die sie mehr Personal einsetzen und höhere Sachkosten verausgaben müssen. Auch die Lohnbuchhaltung im Betrieb und die Sozialversicherungsträger (BA und DRV) erhalten neue Aufgaben, die mehr Ausgaben mit sich bringen.

Mit den vorgesehenen Änderungen wird keine solide Finanzpolitik bei der Gesetzlichen Krankenversicherung erreicht. Erfahrungen aus der Schweiz und den Niederlanden belegen, dass mit der Kopfpauschale ein stetiges Ansteigen des zusätzlichen Beitrags verbunden ist. Dort wird der Staatshaushalt immer mehr in Anspruch genommen. Mit dem Modell der Bundesregierung werden außerdem die kleinen und mittleren Einkommen zunehmend strapaziert, sodass ihre durch die Wirtschafts-, Lohn- und Arbeitsmarktpolitik ohnehin geschwächte Kaufkraft zusätzlich gesenkt wird, wodurch wiederum die Binnenkonjunktur geschwächt wird. In Folge dessen müssten die Bürger/innen mit weiterem Sozialabbau und schlechteren sozialen Ausgleichen rechnen, die die Binnenkonjunktur erneut schwächen würden.

3. Gerechter Sozialausgleich

Die zusätzliche Belastung durch die Kopfpauschale wird verdoppelt. Sie wird von einem Prozentauf zwei Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens angehoben. Ausgeglichen wird allerdings nicht der tatsächlich gezahlte, sondern ein errechneter

durchschnittlicher Zusatzbeitrag. Es handelt sich also keinesfalls um einen „gerechten Sozialausgleich".

Der Sozialausgleich im Gesetzentwurf ist vielmehr eine Mogelpackung. Statt die Beitragsbelastung tatsächlich bei 2 Prozent für jede Bürgerin und jeden Bürger zu begrenzen, soll die Bundesregierung zukünftig eine Pauschale festsetzen, die als allgemeiner durchschnittlicher Zusatzbeitrag gilt (z.B. 20 € monatlich). Wenn der tatsächliche Zusatzbeitrag einer Krankenkasse höher liegt (z.B. bei 35 €), dann muss die Differenz (von 15 € im Monat) entweder zusätzlich aus der eigenen Tasche gezahlt oder zu einer Krankenkasse mit geringerer Kopfpauschale gewechselt werden. Bei dem Procedere werden außerdem die Kranken im Stich gelassen, wenn sie mitten in einer Behandlung entweder die Krankenkasse wechseln oder draufzahlen sollen.

Die neue Kopfpauschale wird zur stetigen Steigerung freigegeben. Bislang sind die Zusatzbeiträge der Krankenkassen auf 1 Prozent des Bruttolohns oder ohne Einkommensprüfung auf 8 Euro begrenzt. Die neue Kopfpauschale kennt keine Grenzen mehr. Nach einer Einführungsphase werden immer mehr Kassen die Kopfpauschale verlangen, bis es keine Kasse mehr ohne Kopfpauschale gibt. Die Beiträge selbst steigen Jahr um Jahr zunächst allmählich und dann immer schneller an. Das betrifft nicht nur die Gesetzlichen Krankenkassen, sondern auch den Basistarif der Privaten Krankenversicherung.

Der Sozialausgleich soll grundsätzlich aus Bundesmitteln erfolgen. Von 2011 bis 2014 soll er jedoch zunächst aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt werden.

Versprochen war eigentlich, den Sozialausgleich aus Steuermitteln zu finanzieren, um dadurch die unsolidarische Kopfpauschale etwas sozialer zu gestalten. Nunmehr wird ein Mechanismus in Gang gesetzt, mit dem der Sozialausgleich aus dem Gesundheitsfonds finanziert wird, dadurch einen weiteren Mittelbedarf erzeugt und somit die Kopfpauschale in die Höhe treibt. Mittel aus dem Bundeshaushalt stehen nach 2011 dafür nicht zur Verfügung. Erst nach der nächsten Bundestagswahl im Jahr 2014 soll darüber entschieden werden.

Mit der neuen Kopfpauschale wird die soziale Belastung der Bevölkerung erheblich gesteigert und der Abstand zum Beitrag der Arbeitgeber zunehmend vergrößert: Der pauschale, einkommensunabhängige Zusatzbeitrag verdoppelt sich ab Januar 2011 von derzeit 1 Prozent auf 2 Prozent des versicherungspflichtigen Einkommens. Der prozentuale Zusatzbeitrag, den die Versicherten alleine tragen, liegt bei 0,9 Prozentpunkten. Zuzahlungen bei Krankheit (Medikamente, Praxisgebühr, Krankenhausaufenthalte) erfolgen ebenfalls bis zur Höhe von 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die zusätzliche Belastung der Bürger/innen kann dann auf rund 5 Prozent und höher steigen.

Nimmt man den regulären Arbeitnehmerbeitrag von zukünftig 7,3 % hinzu, dann ergibt sich eine Belastung von 12,2 % und mehr für die unteren Einkommen Der Arbeitgeberbeitrag liegt hingegen bei 7,3 % fest.

Insgesamt ist der Entwurf nicht geeignet, die gesetzliche Krankenversicherung zukunftsfähig zu gestalten und das Vertrauen auf eine gute medizinische Versorgung auf Basis des medizinischen Fortschritts zu garantieren.

Besonderer Teil:

Zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs:

Zu Artikel 1 Änderung des SGB V:

Nr. 1 § 4 Abs. 4 Verwaltungsausgaben der Krankenkassen

In den Jahren 2011 und 2012 sollen die Verwaltungskosten der Krankenkassen auf dem Stand von 2010 bleiben. Mit der Doppelnullrunde bei den Verwaltungskosten werden die Versicherten und die Beschäftigten der Krankenkassen mehrfach belastet (s.o.).

Bei den Versicherten wird dies zu einer erheblichen Einschränkung bei der Beratung führen, weil deutlich mehr Personal der Krankenkassen zur Bewältigung der zusätzlichen Bürokratie zur Beitragserhebung eingesetzt werden muss. Bei den Beschäftigten wird der Druck auf Arbeits- und Einkommensbedingungen noch weiter zunehmen. So sind die anstehenden Tarifverhandlungen im Jahr 2010 durch diese Nullrunden von vornherein belastet. Gleichzeitig ist durch die Beschäftigten ein erheblicher Mehraufwand zur Bewältigung des durch Kopfpauschale und Sozialausgleich entstehenden Bürokratieschubs zu leisten. ver.di erwartet allein durch diese Aufgabe bundesweit einen Personalmehrbedarf im fünfstelligen Bereich. Die Doppelnullrunde für Krankenkassen lehnt ver.di ab.

Nr. 2 § 6 Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern

Arbeitnehmer scheiden künftig wieder nach einem Jahr bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze aus der Krankenversicherungspflicht aus.

Dadurch wird ein schnellerer Wechsel zur PKV wieder ermöglicht. Wirkliche Probleme, die durch die beiden unterschiedlichen Versicherungssysteme bestehen, werden jedoch nicht gelöst. Allerdings werden die Gesetzlichen Krankenversicherungen dadurch einkommensstärkere Mitglieder verlieren. Insgesamt bedeutet dies dann nicht mehr, sondern weniger Solidarität. Ver.di lehnt daher diese Regelung und die in Nr. 3 dargestellte Folgeregelung ab.

Änderungsantrag 2 der CDU/CSU- sowie der FDP-Fraktion (§ 13 SGB V - Kostenerstattung):

Mit der geplanten Änderung werden die Regelungen zur Kostenerstattung in der GKV ausgeweitet, Qualitätssicherung erschwert, Bürokratiekosten erhöht und Regelungen zum Schutz der Patientinnen und Patienten, wie sie im bisherigen Kostenerstattungsverfahren bestehen, aufgehobenen.

Bereits bisher gab es die Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung. Sie wurde von den Versicherten allerdings nur vereinzelt in Anspruch genommen. Grund dafür ist, dass das Sachleistungsprinzip als eines der Grundprinzipien unseres Krankenversicherungssystems gut in der Bevölkerung akzeptiert ist. Es bietet die Sicherheit für jede Bürgerin und jeden Bürger, dass bedarfsnotwendige Gesundheitsleistungen ohne vorherigen Blick in den Geldbeutel wahrgenommen werden können.

Die Gesetzesänderung und die Begründung suggerieren, dass der Versicherte im Krankheitsfall Leistungspositionen hinterfragen kann und so das wirtschaftliche Handeln und die Qualität des Leistungserbringers kontrolliert. Es wird jedoch eine Freiheit vorgetäuscht, die mit hohen finanziellen Risiken einhergeht.

Zudem dürfte es schwierig sein, dass Patientinnen und Patienten, die von dem behandelnden Arzt im Rahmen seiner Therapiefreiheit durchgeführten Therapien im Hinblick auf deren medizinischer Notwendigkeit beurteilen können. Leistungserbringer hätten somit eine praktisch unbegrenzte Möglichkeit, alle Leistungen zu erbringen – unabhängig davon, ob sie im Einzelfall geeignet, wirtschaftlich oder qualitätsgesichert sind.

Ähnlich wie bei der angebotsinduzierten Nachfrage wird es Leistungserbringern ermöglicht Versicherte zu beeinflussen, Kostenerstattung zu wählen. Viele Ärzte werden großes Interesse an der Kostenerstattung haben. Das ist für sie lukrativer und bietet ihnen mehr Möglichkeiten, den Versicherten zusätzliche Leistungen anzubieten, die von der Kasse nicht erstattet werden. Budgets oder Regelleistungsvolumina wären bei Wahl der Kostenerstattung nicht zu beachten. Es besteht die Gefahr der „honorarorientierten Therapie", welche sich nicht nach dem medizinisch notwendigen, bzw. sinnvollen, sondere nach den dafür zu erzielenden Honoraren richtet. Des Weiteren würde bei Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Kostenerstattung keine Überwachung der Wirtschaftlichkeit durch die Prüfungsausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung erfolgen. Somit würde nicht geprüft:

1. *Indikation* - War die abgerechnete Leistung medizinisch notwendig?
2. *Effektivität* - War die Leistung zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels erforderlich?
3. *Qualität* - Wurde die Leistung in Übereinstimmung mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung, insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben erbracht?
4. *Wirtschaftlichkeit* - Waren die durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel angemessen?

Für die Patientinnen und Patienten wird insbesondere die schriftliche Bestätigung der Beratung durch den Arzt aufgehoben. Die Dokumentation und Unterzeichnung des Beratungsgesprächs, die zum Schutz der Kunden bei Banken gerade eingeführt wurden, soll beim Arzt entfallen. Die Quartalsweise Wechselmöglichkeit der Versicherten zwischen Kostenerstattung und Sachleistung dürfte einen erheblichen Bürokratieschub bei den Krankenkassen veranlassen.

Folgen werden auch die weitere Entsolidarisierung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und eine Angleichung an die Policen der privaten Krankenversicherungsunternehmen sein.

Schließlich sei daran erinnert, dass Anfang 2009 Ärzte auf die Idee kamen bei gesetzlich versicherten Patientinnen oder Patienten Vorkasse zu verlangen, damit diese schneller behandelt

werden. Ein solches Verfahren war seinerzeit illegal. Mit dem vorliegenden Änderungsantrag würde es legalisiert – zu Lasten der Versicherten.

Ver.di lehnt daher diesen Änderungsantrag entschieden ab. Das gleiche gilt für die Änderungsanträge 3 und 5

Nr.16 § 221 b Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich

Der mit Einführung von Kopfpauschalen erforderliche Sozialausgleich (§ 242b) soll zunächst aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (§ 271 Abs. 2) finanziert werden. Über eine teilweise oder vollständige Steuerfinanzierung soll erst 2014 für das Jahr 2015 entschieden werden.

Damit werden die nachhaltigen und ganz erheblichen finanziellen Folgen dieser Gesetzesänderung erst nach der kommenden Bundestagswahl im Jahr 2013 offen gelegt. Der Sozialausgleich entspricht noch nicht einmal den ursprünglichen Ankündigungen des Bundesgesundheitsministers. Der Ausgleich muss von den Versicherten selbst getragen werden. Dadurch werden die Kopfpauschalen ab 2012 noch schneller ansteigen und nach Berechnungen der Universität Duisburg bis 2020 bereits 72 Euro im Durchschnitt betragen – neben dem einkommensabhängigen Beitrag. Mehr als 80 Prozent der GKV-Mitglieder müssten dann einen Sozialausgleich erhalten.

ver.di lehnt den Umstieg von der solidarischen Finanzierung hin zu Kopfpauschalen entschieden ab. Neben der Nr. 16 gilt diese Ablehnung auch für die Nummern 17 bis 19.

Nr.17 § 241 Allgemeiner Beitragssatz

Der Allgemeine Beitragssatz wird gesetzlich dauerhaft auf den vor dem Konjunkturpaket II geltenden Satz von 15,5 Prozent erhöht. Dabei bleibt der unterschiedliche Beitragsanteil – 7,3 Prozent Arbeitgeber und 8,2 Prozent Arbeitnehmer – bestehen. Gleiches gilt für Rentnerinnen und Rentner entsprechend.

Der unterschiedliche Beitragssatz ist nicht gerechtfertigt. Die paritätische Finanzierung ist wieder herzustellen.

Nr.18 § 242 kassenindividueller Zusatzbeitrag

Bei dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag handelt es sich um die Einführung der Kopfpauschale. Sie wird im Gesetz als „Einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag“ bezeichnet. Die Gewerkschaft ver.di lehnt Zusatzbeiträge und insbesondere deren Entwicklung zur anwachsenden Kopfpauschale strikt ab. Vielmehr ist die solidarische Finanzierung der Krankenversicherung durch die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung und die Einbeziehung von Vermögenseinkünften, die Berücksichtigung von Einkünften auch oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und die Einbeziehung aller Einkunftsarten bei allen Bürgerinnen und Bürgern in die Versicherungspflicht zu gewährleisten.

Für Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II (Alg II) werden die durchschnittlichen Zusatzbeiträge vom Gesundheitsfonds entsprechend der jeweiligen Anzahl der Versicherten an die jeweilige Krankenkasse gezahlt. Sofern Bezieher/innen von Alg II außerdem einer nicht existenzsichernden Erwerbsarbeit nachgehen und dementsprechend aufstockendes Alg II beziehen, wird außerdem vom Lohn der übliche Zusatzbeitrag beim Versicherten erhoben, wobei die Regelungen des Sozialausgleichs zur Anwendung kommen.

Nr. 19 § 242 a Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

Aufgrund der Schätzung der voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben der GKV wird ein fiktiver durchschnittlicher Zusatzbeitrag für das Folgejahr festgelegt. Dieser ist Maßstab für den Sozialausgleich nach § 242 b SGB V. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag soll verschleiern, dass der Bundesgesundheitsminister mit seinem ursprünglichen Ziel eines gerechten Sozialausgleichs gescheitert ist. Ausgeglichen wird nicht der tatsächlich zu zahlende Zusatzbeitrag über der Belastungsgrenze von 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, sondern nur die über der Belastungsgrenze liegenden Anteile des durchschnittlichen Zusatzbeitrags.

Die Folge ist: Entweder zahlen die Bürger/innen die verbleibende Differenz selbst oder sie müssen die Kasse immer wieder wechseln. Dadurch entsteht ein erheblicher zusätzlicher bürokratischer Aufwand.

§ 242 b Sozialausgleich

Der Sozialausgleich findet nicht in Höhe der tatsächlichen Mehrbelastung der Versicherten statt; er ist vielmehr begrenzt auf den pauschalierten, von der Bundesregierung festgesetzten durchschnittlichen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag.

Die Entlastung der Beitragszahler geschieht auf Kosten der einkommensabhängigen Beitragsbestandteile, indem die Mehrbelastung aus den neuen einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen gem. § 242 SGB V bei den prozentualen Beiträgen gem. § 241 SGB V in Abzug gebracht werden.

Übersteigt der pauschalierte durchschnittliche Zusatzbeitrag den prozentualen einkommensabhängigen Versicherungsbeitrag (z. B. bei einem Midi-Job mit 700 Euro Lohn), dann kann die Erstattung im Rahmen der Lohnabrechnung nicht vollständig durchgeführt werden. In diesen Fällen erfolgt am Quartalsende eine zusätzliche Sonderabrechnung durch die Krankenkassen – einschließlich des entsprechenden Bürokratieaufwands für die Beschäftigten und die Krankenkassen. Aber auch für die Betriebe ergibt sich ein größerer Bürokratieaufwand.

Ein erheblicher zusätzlicher Bürokratieaufwand für Beschäftigte und Krankenkassen entsteht auch bei den Aufgaben der Krankenkassen zur Berechnung und Verrechnung bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen und unstetiger Beschäftigung. Angesichts der weiten Verbreitung und Ausweitung derartiger Beschäftigungsverhältnisse ergibt sich ein enormer Bürokratieaufwand für prekär Beschäftigte, Krankenkassen und die Lohnbuchhaltung. Auch für Bürger/innen, die ihre Beiträge selbst zahlen, die sogen. Freiwillig Versicherten, ergibt sich ein neuer Bürokratieaufwand bei Versicherten und Kassen.

Diesen Aufwand möchte die Bundesregierung übrigens in einem weiteren Gesetz noch steigern. Analog dem SGB II soll in Zukunft die Prüfung sämtlicher Einkommensarten und Vermögenswerte vorgenommen werden, bevor ein Sozialausgleich gewährt wird. Das bedeutet: bei einfachen und mittleren Einkommen würden dann alle Einkunftsarten und sämtliche Vermögen berücksichtigt, bei höheren Gehältern jedoch nur das Erwerbseinkommen. Bei den Krankenkassen müsste eine der Hartz-IV-Verwaltung ebenbürtige Bürokratie eingerichtet werden.

Die einkommensunabhängigen Krankenversicherungsbeiträge führen in eine Sackgasse. Sie bereiten mehr Probleme und sind sozial zutiefst ungerecht. ver.di lehnt die Kopfpauschale auch in Form der Zusatzbeiträge grundlegend ab.

Insgesamt handelt es sich keinesfalls um einen „gerechten Sozialausgleich", wie in der Begründung betont wird. Vielmehr ergeben sich erhebliche Verwerfungen und Ungerechtigkeiten, die sich in den nachstehenden Berechnungsbeispielen zeigen. Gerade bei Menschen mit kleinen Erwerbseinkünften oder Renten entsteht durch die Erhebung der Zusatzbeiträge in Form der Kopfpauschale und des „ungerechten Sozialausgleichs" der größte Druck zum Kassenwechsel. Gerade diese Bevölkerungsgruppe ist jedoch häufig auch auf eine gute und erreichbare Beratungsstruktur ihrer Krankenkasse angewiesen. ver.di sieht daher in den geplanten Maßnahmen auch den Aufbau von Versorgungsbarrieren für diese Menschen, die bei Weiterverfolgen dieser und weiterer Maßnahmen in diesem Gesetzentwurf in eine Drei-Klassen-Medizin münden.

Beitragsbelastungen nach dem GKV Finanzierungsgesetz ab 2011 *Überschreitet die durchschnittliche Kopfpauschale 2 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens, wird der einkommensabhängige Beitrag entsprechend reduziert.*			
sozialverspflicht. Einkommen	**GKV Beitrag 8,2 %**	**Individuelle Kopfpauschale**	**Durchschn. Kopfpauschale**
1.000 €	82 €	40 €	25 €
Sozialausgleich	- 5 €		*Belastungsgrenze: 20 €*
Gesamtbeitrag	77 € +	40 € =	**117 €**
		Entspricht	**11,7 Prozent**
sozialverspflicht. Einkommen	**GKV Beitrag 8,2 %**	**Individuelle Kopfpauschale**	**Durchschn. Kopfpauschale**
1.000 €	82 €	0 €	25 €
Sozialausgleich	- 5 €		*Belastungsgrenze: 20 €*
Gesamtbeitrag	77 € +	0 € =	**77 €**
		Entspricht	**7,7 Prozent**
sozialverspflicht. Einkommen	**GKV Beitrag 8,2 %**	**Individuelle Kopfpauschale**	**Durchschn. Kopfpauschale**
2.000 €	164 €	40 €	25 €
Sozialausgleich	- 0 €		*Belastungsgrenze: 40 €*
Gesamtbeitrag	164 € +	40 € =	**204 €**
		Entspricht	**10,2 Prozent**
sozialverspflicht. Einkommen	**GKV Beitrag 8,2 %**	**Individuelle Kopfpauschale**	**Durchschn. Kopfpauschale**
2.000 €	164 €	0 €	25 €
Sozialausgleich	- 0 €		*Belastungsgrenze: 40 €*
Gesamtbeitrag	164 € +	0 € =	**164 €**
		Entspricht	**8,2 Prozent**
sozialverspflicht. Einkommen	**GKV Beitrag 8,2 %**	**Individuelle Kopfpauschale**	**Durchschn. Kopfpauschale**
4.000 € *	307,50 €	40 €	25 €
Sozialausgleich	- 0 €		*Belastungsgrenze: 80 €*
Gesamtbeitrag	307,50 € +	40 € =	**347,50 €**
		Entspricht	**8,69 Prozent**
sozialverspflicht. Einkommen	**GKV Beitrag 8,2 %**	**Individuelle Kopfpauschale**	**Durchschn. Kopfpauschale**
4.000 € *	307,50 €	0 €	25 €
Sozialausgleich	- 0 €		*Belastungsgrenze: 80 €*
Gesamtbeitrag	307,50 € +	0 € =	**307,50 €**
		Entspricht	**7,69 Prozent**

*Beitragsbemessungsgrenze 2010 = 3.750 €

Zu Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes:

Nr. 1 § 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets

Es wird ein Abschlag für zusätzlich vereinbarte Mehrleistungen der Krankenhäuser 2011 von 30 Prozent, ab 2012 ein Abschlag auf Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung zwischen Krankenhäusern und Kassen. Dadurch sollen 350 Mio. Euro in 2011 und 270 Mio. Euro in 2012 weniger für die Krankenhausbehandlung ausgegeben werden.

Die ungehemmte Fallzahlsteigerung in den Krankenhäusern geht zu Lasten vor allem der pflege- und versorgungsbedürftigen Patienten und erfolgt in der Regel zu Lasten des Krankenhauspersonals. Erforderliche Anpassungsqualifikationen im Bereich der Versorgung oder der Hygiene unterbleiben. Dies geht zu Lasten der Qualität und der Sicherheit der Versorgung. ver.di sieht durch die generelle Regelung insbesondere Krankenhäuser benachteiligt, die aufgrund eines zusätzlichen oder geänderten Versorgungsbedarfs Leistungen an diesen Bedarf anpassen müssen. Regionale Entwicklungen, die z.B. durch Schließung von Abteilungen anderer Häuser ausgelöst werden, werden genau so behandelt, wie die gezielte und versorgungspolitisch höchst umstrittene Generierung lukrativer Fälle. Der Ansatz ist daher falsch und behindert sinnvolle Vereinbarungen mit den Kassen. Verhandlungslösungen zur Menge und Qualität der Leistungen werden damit nicht gefördert.

Änderungsantrag 8 der CDU/CSU- sowie der FDP-Fraktion zu Artikel 8 Nr. 1 (§ 4 KHEntgG – Pflegestellen-Förderprogramm):

Das Pflegestellen-Förderprogramm für die Krankenhäuser sollte dazu führen den massiven Stellenabbau in den Krankenhäusern zu stoppen und in besonders belasteten Bereichen neue Stellen im Pflegedienst zu schaffen. Diese Erwartungen wurden jedoch im ersten Geltungsjahr 2009 nicht erfüllt. Die abgerufenen Mittel blieben gut 30 Mio. Euro unter den dafür bereit stehenden Geldern. Zudem konnten im ersten Bericht zur Umsetzung des Programms keine Angaben gemacht werden, ob die rechnerisch mit den abgerufenen Mitteln finanzierbaren 5.480 Stellen auch tatsächlich geschaffen wurden. Dies hing mit der Weigerung zusammen, Transparenz über die Stellenbesetzung herzustellen. Personal-, Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen wurden häufig entsprechende Vereinbarungen verweigert.

Mit dem Änderungsantrag wird das Ziel verfolgt, die Transparenz bei der Umsetzung des Programms zu verbessern. Den Krankenkassen sollen von den Krankenhäusern testierte Daten zur Verfügung gestellt werden über die Stellenbesetzung am 30.06.2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31.Dezember des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel. ver.di begrüßt diesen Schritt, hält jedoch eine weitere Ergänzung für dringend erforderlich.

In Absatz 10 Satz 5 (schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung) sollte nach dem Wort Pflegepersonal eingefügt werden: „in ausdrücklich benannten Bereichen mit erhöhtem pflegerischem Aufwand“. Damit würde gewährleistet, dass nicht etwa Pflegepersonalstellen, die aufgrund von zusätzlichen – von den Kassen über das vereinbarte Budget hinaus finanzierten –

Leistungen entstanden sind, unter das Förderprogramm fallen. Dies wäre im Sinne der ursprünglichen Intention des Programms und dessen Weiterentwicklung ab dem Jahr 2012.

Die Aufnahme dieses Zusatzes im Gesetz würde zu einer wirkungsvollen Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms beitragen. Die Betriebsparteien sind sehr gut in der Lage transparente, praxisnahe und wirksame Vereinbarungen zu treffen, wenn die entsprechenden Rahmenbedingungen vorhanden sind. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft bietet ausdrücklich dabei ihre Hilfe an.

Nr. 3 § 10, Abs. 4 Vereinbarung auf Landesebene

Für die Jahre 2011 und 2012 wird die Obergrenze für die Veränderung des Basisfallwerts jeweils auf die halbe Veränderungsrate begrenzt.

Mit der Regelung wird die seit 18 Jahren bestehende Deckelung der Krankenhausentgelte nochmals verschärft. Gleichzeitig wird die für 2011 vorgesehene Ablösung der Budgetierung durch einen Orientierungswert (s.o.) nicht umgesetzt.

Diese Lasten, die sich nach unseren Berechnungen auf rund 2,5 Mrd. Euro summieren, stellen neuerlich die Gefahr von Personalabbau in patientennahen Bereichen dar. Dadurch wird die Arbeitsbelastung der Beschäftigten im Krankenhaus in unzumutbarer Weise erhöht. Mit der vollständigen Umsetzung der leistungsorientierten Fallpauschalen (DRGs) sollte ursprünglich auf die Budgetierung verzichtet werden, da die beiden Systeme nicht kompatibel sind. Seit Jahren bewirkt das nebeneinander von DRGs und Budgetierung eine Fehlsteuerung zu Lasten von Qualität und Sicherheit in der Krankenhausversorgung. Dies wurde bereits in mehreren Studien nachgewiesen (Simon, FH Hannover 2008 / Braun et al. 2010 / Isford, Köln 2010)

Die geplante Gesetzesänderung verstärkt diese Fehlsteuerung und wird daher von ver.di abgelehnt.

Zu Artikel 9 Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes:

§ 12 Höchstbeitrag im Basistarif Auskunfts- und Vorlagepflicht

Mit der Neuregelung des VAG erfährt der Basistarif, und damit auch der ermäßigte Basistarif, eine stetige Anhebung. In der Folge bleibt im Rahmen der Grundsicherung die Lücke zwischen dem zu zahlenden ermäßigten Basistarif und den seitens der Grundsicherungsträger erstatteten Beitragsanteilen enorm. Erforderlich sind hingegen eine Absenkung des Basistarifs auf die Höhe des aus der Grundsicherung gezahlten Beitrags und ein Sozialausgleich innerhalb der Privaten Krankenversicherung.

Zu Artikel 10 Änderung der Bundespflegesatzverordnung:

Für die Krankenhäuser im Bereich der Bundespflegesatzverordnung ist für die Jahre 2011/2012 ebenfalls die halbierte Veränderungsrate anzuwenden.

Besonders betroffen von der Budgethalbierung im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung ist die personalintensive Psychiatrie, die gerade in der Umstellung auf Tagespauschalen ist. Damit

gibt es langfristig zu niedrige Pauschalen in diesem sehr personalaufwändigen Bereich (s.o.). Unter diesen Bedingungen kann §17d KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen - nicht in dem vorgesehenen Zeitplan umgesetzt werden. Wegen der negativen Wirkungen auf die Personalbesetzung müsste dann mit erheblichen Versorgungsengpässen in der flächendeckenden psychiatrischen Versorgung gerechnet werden.

ver.di lehnt daher die vorgesehene Änderung ab.

Antrag „Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen" der Fraktion DIE LINKE

Mit diesem Antrag will DIE LINKE den Bundestag beauftragen, die Bürgerversicherung einzuführen.

ver.di begrüßt die Initiative. Auch wenn es unrealistisch erscheint, dass die Koalitionsfraktionen CDU/CSU und FDP diese erforderliche Weiterentwicklung unseres solidarischen Sicherungssystems ernsthaft prüfen und einem riskanten Systemwechsel vorziehen, hält es ver.di für erforderlich, dass auch im Parlament über eine sinnvolle und von den Bürgerinnen und Bürgern, die – anders als die meisten Parlamentarier/innen im Bundestag - zu fast 90 Prozent in den gesetzlichen Krankenkassen versichert sind, Weiterentwicklung der solidarischen Krankenversicherung nachgedacht wird. Immerhin stehen auch die Sozialausschüsse von CDU und CSU den Überlegungen für eine Bürgerversicherung nahe. Eine parteiübergreifende Initiative für die Weiterentwicklung der GKV zu einer nachhaltigen Bürgerinnenversicherungen unterstützt ver.di ausdrücklich.

Im Übrigen verweisen wir auch auf die Stellungnahme des DGB als Dachorganisation für alle Gewerkschaften.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(32)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
19.10.2010

Ergänzende Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) Bundestags-drucksache 17/3040

und zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum GKV-FinG (Ausschussdrucksache 17(14)0072)

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesund-heit des Deutschen Bundestages am 25.10.2010 in Berlin

Inhaltsverzeichnis

Grundsätzliche Position 3

Stellungnahme zum Gesetzentwurf GKV-FinG

Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe a) bis c) GKV-FinG/§ 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) 8

Artikel 1 Nr. 7 GKV FinG/§ 87 Absatz 9 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte) 11

Artikel 2 GKV FinG/§ 85 SGB V (Gesamtvergütung/Zahnärztliche Vergütung) 12

Artikel 4 Nr. 4 GKV-FinG / § 28h Absatz 2a SGB IV - neu 13

Stellungnahme Änderungsanträge GKV-FinG

Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 4 Absatz 4 SGB V) – Ausgaben für Mitgliederwerbung 14

Änderungsantrag 2 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Zu Artikel 1 Nr. 3a – neu – (§ 13SGB V) – Kostenerstattung 15

Änderungsantrag 7 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Zu Artikel 1 Nr. 16b –neu– (§ 232a Absatz 1a SGB V –neu–) – Pauschalierung schwankender weiterer beitragspflichtiger Einnahmen bei ALG II-Beziehern 17

Ergänzender Vorschlag

Zuzahlungseinzug nach § 43b Absatz 3 SGB V 20

Folgeänderung 22

Anmerkung 23

Grundsätzliche Position

Mit dem vorgelegten Entwurf zum GKV-FinG soll das, für das Jahr 2011 zu erwartende, Defizit in Höhe von 10 Milliarden Euro in der GKV ausgeglichen werden. Dies begrüßen die Ersatzkassen ausdrücklich. Daneben werden tiefgreifende Maßnahmen zur Umgestaltung der Finanzierung der Krankenversicherung eingeleitet, die die Krankenversicherung nachhaltig verändern werden.

Finanzierung

Im Vordergrund der Finanzierungsmaßnahmen steht die Beitragssatzerhöhung von 0,6 Beitragssatzpunkten, die den Beitragsatz von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent und damit auf das Niveau vor dem Konjunkturpaket II anhebt. Der Arbeitgeberbeitrag wird auf 7,3 Prozent festgeschrieben. Dadurch wird die paritätische Finanzierung weiter ausgehöhlt. Künftige Kostensteigerungen sind allein vom Mitglied durch einen Zusatzbeitrag zu tragen. Die Ersatzkassen ziehen ein einkommensbezogenes Beitragssystem vor, da hier die Strukturen und Verfahren eingeübt sind. Zudem wird die Leistungsfähigkeit der einzelnen Versicherten berücksichtigt; ein sozialer Ausgleich ist immanent. Eine einseitige Belastung der Versicherten wird ebenso wie die Festschreibung des Arbeitgeberanteils abgelehnt. Damit die Arbeitgeber auch bei Festschreibung des Arbeitgeberanteils zukünftig ihrer Verantwortung gemäß mit eingebunden werden können, muss ein Mechanismus zur regelmäßigen Anpassung des Arbeitgeberanteils vorgesehen werden.

Der Zusatzbeitrag soll nach dem Willen der Regierungskoalition ausschließlich pauschal erhoben werden. Neben den bürokratischen Mehrkosten, die der Verzicht auf eine einkommensbezogene prozentuale Erhebung mit sich bringt, belasten pauschale Zusatzbeiträge geringe Einkommen stärker als hohe. Diese Schieflage wird durch den Sozialausgleich in der vorgeschlagenen Form nicht beseitigt. Durch die Orientierung beim Sozialausgleich an einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag und dessen Mechanismus, wonach auch dann ein Ausgleich erfolgt, wenn eine Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag erhebt, entstehen zudem Wettbewerbsverzerrungen. Daneben ist das neue Verfahren bürokra-

tisch und aufwändig. Es entstehen zahlreiche neue Schnittstellen und Meldepflichten. Gleichwohl besitzen die Ersatzkassen das erforderliche Know-how, die notwendigen Verfahren für einen im GKV-FinG vorgesehenen Sozialausgleich mit aufzubauen. Die zusätzlich entstehenden Verwaltungskosten sollten allerdings von der Verwaltungskostendeckelung ausgenommen sein.

Beim Sozialausgleich wird die Differenz zwischen zweiprozentiger Belastungsgrenze und einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag, der vom Bundesgesundheitsministerium im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzministerium festgelegt wird, ausgeglichen. Für 2011 prognostiziert der Schätzerkreis in der GKV, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag bei Null Euro liegen wird. Danach hat im kommenden Jahr niemand einen Anspruch auf Sozialausgleich. Bei einem langsamen Anwachsen der Zusatzbeiträge werden zunächst nur Geringverdiener ausgleichsberechtigt werden. Dies unterstreicht die grundsätzliche soziale Schieflage, die das Konzept der pauschalen einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge aufweist.

Die Finanzierung des Sozialausgleichs ist mit den derzeitigen Regelungen nicht hinreichend gesichert. Im Haushaltbegleitgesetz ist ein einmaliger Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds von 2 Milliarden Euro für 2011 eingeplant. Wegen der günstigeren wirtschaftlichen Entwicklung soll dieser nun nicht mehr der Defizitdeckung dienen, sondern zur Gänze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zufließen. Aus dieser soll bis 2015 der Sozialausgleich, daneben auch der durchschnittliche Zusatzbeitrag für die ALG II-Empfänger, gezahlt werden. Regelungen, falls das Geld aus der Liquiditätsreserve des Fonds dafür nicht reichen sollte, sind nicht getroffen worden. Den Sozialausgleich über die Liquiditätsreserve zu finanzieren ist nicht sachgerecht, denn es widerspricht dem eigentlichen Bestimmungszweck der Liquiditätsreserve, der darin liegt, Einnahme- und Ausgabenschwankungen des Gesundheitsfonds abzufedern. Deshalb sind Regelungen vorzusehen, die einen vollständigen Ausgleich der für den Sozialausgleich notwendigen Mittel des Gesundheitsfonds durch den Bund vorsehen. Gesundheitsfonds und Liquiditätsreserve speisen sich im Übrigen zu über 9/10 aus Beitragsmitteln.

Auch der ab 2015 vorgesehene Bundeszuschuss für den Sozialausgleich und die Zusatzbeiträge für ALG II-Empfänger wird der Höhe nach nicht näher be-

stimmt. Der Bundesrat hat dies in seiner 875. Sitzung im Rahmen seiner Stellungnahme zum GKV-FinG ebenfalls angemahnt. Aufgrund der bestehenden Defizite im Bundeshaushalt sei nicht vorhersehbar, woher diese zusätzlichen Mittel für einen Sozialausgleich kommen sollen. Deshalb fordert der Bundesrat Ergänzungen, die konkrete Angaben zur künftigen nachhaltigen Finanzierung des Sozialausgleichs ab 2015 durch Bundesmittel enthalten. Des weiteren sollen Regelungen für den Fall vorgesehen werden, dass die Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds schon vor 2015 nicht zur Finanzierung des Sozialausgleichs ausreichen sollten. Dem schließen sich die Ersatzkassen vollinhaltlich an; mit der Maßgabe, dass dabei auch die Aufwendungen für die Zusatzbeiträge für ALG II-Empfänger mit berücksichtigt werden, da diese ebenfalls aus der Liquiditätsreserve finanziert werden sollen.

Ausgabenbegrenzung

Trotz der oben genannten Maßnahmen wird eine Finanzierungslücke verbleiben, die durch Einsparungen in einzelnen Bereichen gegenfinanziert werden soll. Die Ersatzkassen begrüßen die Absicht der Bundesregierung, über Sparmaßnahmen, auch die Leistungserbringer in die Pflicht zu nehmen. Allerdings werden nicht alle gleichermaßen in die finanzielle Mitverantwortung eingebunden. Für die Krankenkassen ist ein Einfrieren der Verwaltungskosten für zwei Jahre auf dem Stand von 2010 vorgesehen, Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Krankenhäusern wird hingegen keine Nullrunde verordnet, obwohl dies angesichts der Honorarzuwächse und Budgetsteigerungen durchaus vertretbar ist.

Festzustellen ist, dass sich in den letzten beiden Jahren erhebliche Steigerungsraten für die niedergelassenen Ärzte ergeben haben. Auch im nächsten Jahr können sie mit zusätzlichen Finanzmitteln in Höhe von über einer Milliarde Euro rechnen. Allein die Mittel für die sogenannte „Asymmetrische Verteilung“ belaufen sich auf eine halbe Milliarde Euro. Während bei Vertragsärzten und bei Krankenkassen eine Angleichung der Vergütungen bereits eingeleitet und vollzogen worden ist, steht dies im vertragszahnärztlichen Bereich noch aus. Nach wie vor müssen die Ersatzkassen die historisch bedingten höheren Honorare zahlen. Die im Rahmen des GKV-FinG geplante Ost-West-Angleichung der zahnärztlichen Vergütung ab 2012 verschärft dieses Problem und konterkariert die Bemühungen zur Ausgabenbegrenzung insgesamt.

Ausdrücklich begrüßt wird die geplante Installierung einer Vergütungsobergrenze bei Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zur Vermeidung von finanziellen Mehrbelastungen der Versicherten. Vergütungsverbesserungen der Hausärzte sollten immer an eine echte Versorgungsverbesserung geknüpft sein. Die Neuregelung sollte aber auch auf bereits bestehende Hausarztverträge angewendet werden, Bestandsschutz sollte nur für Verträge gelten, die ihre Wirkung bereits entfaltet haben.

Leistungsrechtliche Maßnahmen

Die Ersatzkassen kritisieren die vorgesehenen Eingriffe zur Stärkung der PKV, bei gleichzeitiger Schwächung bzw. Einschränkung der Gestaltungsmöglichkeiten der GKV. Dies kommt z. B. in der Verkürzung der Wartezeiten von drei Jahren auf ein Jahr bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze und in den Eingriffen bei den GKV-Wahltarifen zum Ausdruck.
Die Änderung zur Versicherungsfreiheit von besser verdienenden Arbeitnehmern lehnen die Ersatzkassen ab. Die Regelung soll bereits zum 31.12.2010 in Kraft treten. Vor dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat es einen jährlichen Aderlass an gut verdienenden Versicherten hin zur PKV gegeben. Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verfügte Wartezeit hat die Zahl der Wechsler deutlich minimiert und dazu beigetragen, die finanzielle Situation der GKV zu stabilisieren. Es ist damit zu rechnen, dass sich dies wieder umkehren wird. Bereits 2011 dürfte es zu einem deutlichen Anstieg der Kassenwechsler kommen. Die Ersatzkassen rechnen mit Einnahmeausfällen von 500 Millionen Euro GKV-weit. Verschärft wird die Situation noch dadurch, dass zu Beginn der Neuregelung auch Personen wechseln können, die sich nach dem geltenden Gesetz noch in der dreijährigen Wartephase befinden.

Im Kontext mit den bereits auf den Gesetzesweg gebrachten Maßnahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) - hier die Übertragung der Sonderkonditionen im Arzneimittelbereich auf die PKV (Herstellerabschlag nach 130b SGB V; Erstattungsbeträge nach 130a SGB V) - stellen die Ersatzkassen fest, dass der Bundesregierung offenbar daran gelegen ist, das PKV-System besonders zu stärken. Mit dem GKV-FinG wird dieser Weg weiter verfolgt.

Die Ersatzkassen lehnen Kostenerstattung nicht grundsätzlich ab, wird das Instrument doch von einem kleinen Personenkreis genutzt und geschätzt. Bei

einer breiteren Anwendung in der GKV überwiegen aber die Gefahren, zum Beispiel der finanziellen Überforderung. Zum Schutze der Patienten und zur Stärkung der Solidargemeinschaft sollte deshalb die Kostenerstattung nach heutigem Muster nicht weiter ausgebaut werden. Im Gegenteil ist dem Sachleistungsprinzip hinreichende Geltung zu verschaffen. Durch das Verhandlungsmandat der Krankenkassen kann sicherstellt werden, dass in den Verträgen die Aspekten der Qualität und Wirtschaftlichkeit ausreichend berücksichtigt werden. Zudem wird einer unnötigen Mengenentwicklung ein Riegel vorgeschoben.

Die Wahltarife sind im Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Kassen – und auch an der Schnittstelle zur PKV – ein wichtiges Instrument. Die geplante Verkürzung der Mindestbindung erscheint zwar auf den ersten Blick versichertenfreundlich. Mit der Verkürzung der Bindungsfrist wird aber die Kalkulation von Wahltarifen deutlich erschwert.

Gesetz / Paragraf

Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe a) bis c) GKV-FinG/§ 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

- Die Vergütungen für nach dem Kabinettsbeschluss abgeschlossene oder festgesetzte Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung werden explizit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität unterworfen. Dieser Grundsatz ist laut Entwurf insbesondere dann erfüllt, wenn entweder
  a) der durchschnittliche regionale Fallwert in der hausärztlichen Regelversorgung bezogen auf den Versorgungsauftrag des HZV-Vertrages oder
  b) der morbiditätsorientierte Gesamtvergütungs-Bereinigungsbetrag (MGV-Bereinigungsbetrag) je Versicherten nicht überschritten wird.

- Leistungen, die über die hausärztliche Regelversorgung hinausgehen, *müssen* aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden.

- Freiwillig abgeschlossene und festgesetzte Verträge sind der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diese kann Verträge innerhalb von zwei Monaten beanstanden, insbesondere, wenn es das Gebot der Beitragssatzstabilität verletzt sieht oder Vergütungen für Mehrleistungen vorgesehen sind, die nicht aus dem Vertrag heraus refinanziert werden.

Stellungnahme vdek

Die Ersatzkassen begrüßen die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung von Honorarzuwächsen in hausarztzentrierten Versorgungsverträgen. Durch die aufsichtsrechtliche Prüfung von abgeschlossenen und festgesetzten Vereinbarungen wird sichergestellt, dass Vergütungssteigerungen tatsächlich aus vorhandenen Einsparpotentialen refinanziert werden. Die Novelle des § 73b SGB V schafft damit eine Grundlage für konstruktive Verhandlungen mit Hausärzte-

verbänden, um tatsächliche Versorgungsverbesserungen ohne weitere Belastungen der Beitragszahler zu erreichen.

Der Vergleich von kassenspezifischen und GKV-weiten (HzV-Leistungs-) Fallwerten zur Beurteilung der finanziellen Auswirkungen unter dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist allerdings nicht sachgerecht.
Die unterschiedliche Leistungsinanspruchnahme von Versicherten unterschiedlicher Kassen wird dabei nicht berücksichtigt. Kassen mit einem unterdurchschnittlichen Leistungsbedarf, der sich im Fallwert widerspiegelt, würden benachteiligt gegenüber Kassen mit überdurchschnittlichem Leistungsbedarf, da der GKV-Fallwert den durchschnittlichen Leistungsbedarf darstellt.

Eine Beschränkung der Gültigkeit der Neuregelungen auf solche Vereinbarungen, die nach dem Kabinettsbeschluss geschlossen werden, erscheint nicht sachgerecht. In der Praxis ist festzustellen, dass laufende Schiedsverfahren seit Veröffentlichung des Diskussionsentwurfes des GKV-FinG forciert wurden, um sie möglichst vor dem Kabinettsbeschluss zu beenden. Die daraus zu erwartenden Mehrausgaben werden die Beitragszahler aufgrund der Laufzeiten der Verträge über mehrere Jahre belasten und mindern das zu erwartende Einsparvolumen erheblich. Die Argumentation einer Vertrauensschutzregelung verfängt insbesondere in diesen Fällen nicht, da die Verträge in diesem Jahr aufgrund der Vorlaufzeiten nicht mehr vergütungswirksam werden. Es ist nicht sinnvoll, Verträge in Regionen mit traditionell hohem Honorarniveau wie Bayern und Baden-Württemberg unter Bestandsschutz zu stellen, obwohl diese eindeutig dem Gebot der Beitragssatzstabilität zuwiderlaufen. Die Vertrauensschutzregelung sollte insgesamt aufgehoben, zumindest aber auf zum Zeitpunkt des Kabinettsbeschlusses tatsächlich vergütungswirksame Verträge begrenzt werden.

Änderungsvorschlag vdek

§ 73b in der Fassung GKV-FinG
Absatz 5a Satz 1
Die Wörter „...die nach dem .... (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) zustande kommen...“ werden gestrichen. Nach Satz 3 wird

eingefügt: „Überschreitungen müssen in Folgequartalen auf die Vergütung angerechnet werden.“ Satz 3 wird Satz 4.

In § 73b Absatz. 5a Satz 2, 1. Halbsatz werden nach den Wörtern "Kassenärztliche Vereinigung" die Wörter "für eine Krankenkasse" eingefügt.

Absatz 9 Satz 1
Die Wörter „...die nach dem .... (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) zustande kommen...“ werden gestrichen.

Alternativ (Begrenzung des Vertrauensschutzes auf bereits vergütungswirksame Verträge):

§ 73b in der Fassung GKV-FinG

Absatz 5a Satz 1
Die Wörter „...die nach dem .... (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) zustande kommen...“ werden gestrichen. Stattdessen wird eingefügt „…die nach dem .... (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) vergütungswirksam werden...“

Absatz 9 Satz 1
Die Wörter „...die nach dem .... (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) zustande kommen...“ werden gestrichen. Stattdessen wird eingefügt „…die nach dem .... (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) vergütungswirksam werden...“

Gesetz / Paragraf

Artikel 1 Nr. 7 GKV FinG/§ 87 Absatz 9 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Beabsichtigte Neuregelung

Im neu eingefügten § 87 Absatz 9 SGB V wird der Bewertungsausschuss beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30.04.2011 ein Konzept zur „Konvergenz der Vergütungen“ vorzulegen, das in der Folge dem Deutschen Bundestag vorgelegt werden soll.

Stellungnahme vdek

Die Schaffung eines Konzepts zu Neuregelungen von Vergütungsfragen durch die Selbstverwaltung wird ausdrücklich begrüßt. Zielrichtung sollte eine Aufteilung der Vergütungen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen anhand der Morbidität der Versicherten sein. Eine derartige Aufteilung der Behandlungsbedarfe anhand der Morbidität kann durch das bestehende Klassifikationsverfahren nach § 87a Absatz 5 Satz 2 SGB V für 2012 gewährleistet werden. Im entsprechenden § 87 Absatz 9 sollten genauere Vorgaben gemacht werden, die explizit die Zielrichtung "Aufteilung der Vergütung anhand der Morbidität nach § 87a Absatz 5 Seite 2 SGB V" benennen.

Änderungsvorschlag vdek

In § 87 Absatz 9 wird ein Satz 2 eingefügt: „Dabei soll eine Aufteilung der Behandlungsbedarfe auf Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen anhand der Morbidität in § 87a Absatz 5 Satz 2 SGB V stattfinden. Satz 2 wird Satz 3.

Gesetz / Paragraf

Artikel 2 GKV FinG/§ 85 SGB V (Gesamtvergütung/Zahnärztliche Vergütung)

Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 3f wird ein neuer Absatz 3g eingefügt. Dieser regelt, dass zur Vereinheitlichung der Vergütung zahnärztlicher Leistungen ohne Zahnersatz in Ost- und Westdeutschland die Punktwerte und Gesamtvergütungen in den Jahren 2012 und 2013 schrittweise in den neuen Bundesländern um jeweils um 2,5 vom Hundert und in Berlin jeweils um 2 vom Hundert erhöht werden. Diese Regelung tritt am 01.01.2012 in Kraft.

Stellungnahme vdek

Aus versorgungspolitischer Sicht ist eine Anpassung der zahnärztlichen Vergütungen in Ostdeutschland an die Vergütungen im Westen nicht zu begründen. Die Einkommenssituation der Zahnärzte in Ostdeutschland macht ebenfalls ein Handeln des Gesetzgebers nicht erforderlich. Ein Ost-West-Angleich der zahnärztlichen Honorare kann daher nur aus übergeordneten politischen Motiven verantwortet werden.

Isoliert ist diese Maßnahme abzulehnen, da die vorgesehene prozentuale Erhöhung der Punktwerte und Gesamtvergütungen ohne eine vorherige Punktwertnivellierung den bestehenden Wettbewerbsnachteil der Ersatzkassen aufgrund der höheren Anpassungsbasis verschärft. Die im Vergleich zu den übrigen Kassenarten höheren Punktwerte und Gesamtvergütungen der Ersatzkassen werden bei einer prozentualen Erhöhung stärker erhöht als die Punktwerte und Gesamtvergütungen der übrigen Kassenarten. Damit wird der ungerechtfertigte, ausschließlich historisch bedingte Vergütungsabstand, weiter erhöht. Das Vorziehen der Maßnahem um ein Jahr im Vergleich zur Fassung des Referentenentwurfs bedeutet für die Ersatzkassen, dass sie die Verschärfung des Wettbewerbsnachteils bereits ein Jahr früher zu spüren bekommen.

Eine Ost-West-Angleichung der Vergütungen ist aus Sicht der Ersatzkassen ausschließlich unter der Prämisse zu vertreten, dass vor einer Anwendung des Absatzes 3g in den Jahren 2012 und 2013 eine Vergütungsnivellierung der Punktwerte und Gesamtvergütungen – wie im Diskussionsentwurf der Bundesregierung mit Stand vom 11.08.2010 zunächst vorgesehen – zwischen den Kassenarten sichergestellt wird.

Änderungsvorschlag vdek

Die vorgesehene Einfügung des Absatzes 3g ist zu streichen.

Gesetz / Paragraf
Artikel 4 Nr. 4 GKV-FinG / § 28h Absatz 2a SGB IV – neu

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkasse erhält im Zusammenhang mit der Einführung des Sozialausgleichs drei Meldepflichten auferlegt.

Als dritte Meldepflicht soll die Krankenkasse in den allgemeinen Fällen der Mehrfachbeschäftigung bei denen die Beitragsbemessungsgrenze überschritten wird, (Fälle des § 22 Absatz 2 Satz 1 SGB IV) die zu zahlenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge mitteilen.

Stellungnahme vdek

Diese Meldepflicht ist systemwidrig. Die Krankenkassen sollen den Arbeitgebern den Gesamtsozialversicherungsbeitrag mitteilen, wenn das Arbeitsentgelt aus mehreren Beschäftigungen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet und deshalb gemäß § 22 Absatz 2 Satz 1 SGB IV eine anteilige Beitragsbemessungsgrenze zu bilden ist und zwar auch dann, wenn die Beitragsbemessungsgrenze der Renten- oder Arbeitslosenversicherung überschritten wird. Ein solches Verfahren hat mit dem Sozialausgleich nichts zu tun und erweitert das Aufgabenspektrum der Krankenkassen ohne Not. Denn die Regelung des § 22

Absatz 2 Satz 1 SGB IV existiert schon seit Jahrzehnten. Es sind aktuell keine Probleme bei den Arbeitgebern oder Softwarehäusern bekannt geworden, die es notwendig machen würden, das Berechnungsverfahren in den Fällen des § 22 Absatz 2 Satz 1 SGB IV auf die Krankenkassen zu verlagern.

Änderungsvorschlag vdek

In § 28h Absatz 2a SGB IV wird Nummer 3 gestrichen.

Stellungnahme Änderungsanträge GKV-FinG

Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 4 Absatz 4 SGB V) – Ausgaben für Mitgliederwerbung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung des § 4 SGB V um den Absatz 5 dient der Klarstellung von Buchungsregeln für Verwaltungsausgaben im Zusammenhang mit der Anwerbung von Neumitgliedern. Hierfür sollen für alle Kassen gleiche Buchungsgrundsätze definiert werden.

Stellungnahme vdek

Die vorgeschlagene Neuregelung ist hinsichtlich der in der Begründung dargestellten Intention zu unspezifisch formuliert. Zielsetzung der Änderung ist danach, dass Verwaltungsausgaben für die Gewinnung von Neumitgliedern durch externe Dienstleister in Zukunft nicht mehr auf das für die gesetzliche Krankenversicherung festgelegte Werbebudget angerechnet werden sollen. Somit soll eine Gleichbehandlung hinsichtlich interner Vertriebsmitarbeiter erfolgen. Tatsächlich handelt es sich hierbei aber nicht um eine erforderliche Anpassung von Buchungsregeln, sondern um die Festlegung bzw. Änderung von Verfahrensgrundsätzen, die durch die Aufsichtsbehörden festgelegt wurden. Darüber

hinaus erweckt die derzeit vorgeschlagene Formulierung den Eindruck, dass hier allgemein auf einheitliche Buchungsvorschriften im Zusammenhang mit allen Werbeausgaben abgezielt wird, die der Gewinnung neuer Mitglieder dienen.

Änderungsvorschlag vdek

§ 4 Abs. 5 SGB V – neu: „In den Verwaltungsvorschriften nach § 79 Absatz 2 des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben in Form von Aufwandsentschädigungen, die der Mitgliedsgewinnung dienen, nicht auf das Werbebudget der Krankenkassen gemäß Randziffer 17 der Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden anzurechnen sind."

Im Kontenrahmen ändert sich die Bezeichnung des Kontos 705 in „Aufwandsentschädigung für Mitgliedergewinnung" (bisher: „Aufwandsentschädigung für Werbemaßnahmen"), um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Änderungsantrag 2 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Zu Artikel 1 Nr. 3a – neu – (§ 13SGB V) – Kostenerstattung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit der Kostenerstattung soll flexibler bzw. attraktiver gestaltet werden, und zwar durch

a) Wegfall der Verpflichtung zu einem schriftlichen Verfahren bezüglich der (weiter bestehenden) Informationspflicht der Leistungserbringer,
b) Begrenzung des Abschlags für Verwaltungskosten auf bis zu 5 Prozent des Erstattungsbetrages bei gleichzeitigem Wegfall des Abschlagsteils für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
c) Verkürzung der Mindestbindungsfrist bei Wahl der Kostenerstattung von einem Jahr auf ein Kalendervierteljahr.

Stellungnahme vdek

Anders als die Regierungsfraktionen halten die Ersatzkassen das zurzeit gesetzlich vorgeschriebene formalisierte schriftliche Verfahren für die Information der Leistungserbringer für wichtig. Es erfüllt eine wertvolle Schutzfunktion, zwingt es doch Arzt und Patient, sich vor einer Entscheidung zur Kostenerstattung die möglichen Konsequenzen systematisch vor Augen zu halten.

Daneben wird die Begrenzung des Abschlags für Verwaltungskosten auf bis zu 5 Prozent des Erstattungsbetrages bei gleichzeitigem Wegfall des Abschlagsteils für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen abgelehnt. Der Abschlag – über dessen Höhe sinnvoller Weise bislang die Kassen per Satzung individuell entscheiden – berücksichtigt nicht den im Verhältnis zur Sachleistungsgewähr deutlich höheren Verwaltungsaufwand. Wie bei den Wahltarifen (vgl. § 53 Absatz 9 SGB V) sollte von einer Quersubventionierung durch am Sachleistungsprinzip festhaltende Versicherte und deren Mit-Beitragszahler (z. B. Arbeitgeber, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit) abgesehen werden. Soweit der Teil des Abschlags für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen entfallen soll, wird außer Acht gelassen, dass dieser nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 25.9.2000 – B1 KR 24/99 R – die Mehrkosten, die dadurch entstehen, ausgleichen soll, dadurch entstehen, dass in Kostenerstattungsfällen, anders als bei Sachleistungen, eine routinemäßige Kontrolle der Honorarabrechnungen und Verordnungen auf der Basis statistischer Vergleichswerte (so genannte Auffälligkeitsprüfung) unterbleibt und deshalb Unwirtschaftlichkeiten in erheblichem Umfang unerkannt bleiben. Im Übrigen ist die Begründung für die Neuregelung, wonach der Versicherte die Möglichkeit hat, das wirtschaftliche Handeln des Leistungserbringers zu kontrollieren, eher theoretischer Natur. Der Wegfall des Abschlags für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen hätte für den Regelfall der nicht erfolgenden bzw. nicht möglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung durch den Versicherten eine ungerechtfertigte Leistungsausweitung zur Folge; abgesehen davon, dass die vorstehende Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen von so genannten Auffälligkeitsprüfungen in jedem Fall ausscheidet bzw. dem Versicherten nicht möglich ist. An der bisherigen Regelung des Satzes 11 im § 13 Absatz 2 SGB V ist deshalb festzuhalten, wobei wie von den Regierungsfraktionen vorgeschlagen, die Herausnahme des Hinweises auf die Zuzahlungen erfolgen kann.

Grundsätzlich bewährt hat sich auch die einjährige Bindungsfrist an die Wahl der Kostenerstattung.

Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag 2 wird gestrichen.

Änderungsantrag 7 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Zu Artikel 1 Nr. 16b -neu- (§ 232a Absatz 1a SGB V -neu-) - Pauschalierung schwankender weiterer beitragspflichtiger Einnahmen bei ALG II-Beziehern

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung bewirkt, dass beitragspflichtige Einnahmen von ALG II-Beziehern, bei denen zu erwarten ist, dass sie in unterschiedlicher Höhe anfallen werden (insbesondere schwankendes Arbeitsentgelt), in der gleichen Weise beitragsmindernd im Sinne des § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zu berücksichtigen sind, wie dies im Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach der Arbeitslosengeld II/Sozialgeld-Verordnung (ALG II-V) bei vorläufigen Entscheidungen über das ALG II der Fall ist.

Für die Ermittlung der auf die fiktive Beitragsbemessungsgrundlage für ALG II-Bezieher anzurechnenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen wird eine prognostische Durchschnittsbetrachtung angestellt, die nach Ablauf des ALG II-Bewilligungszeitraums nur dann zu berichtigen ist, wenn der tatsächliche Durchschnittswert um mehr als 20 Euro abweicht.

Stellungnahme vdek

Die Regelung wird abgelehnt. Sie birgt die Gefahr, dass durch die Übertragung leistungsrechtlicher Grundsätze bei der Beitragsberechnung, aufgrund der nach wie vor mangelhaften Umsetzung der Beitragsverfahren durch die Leistungs-

träger des SGB II unzutreffende Absetzungen von den beitragspflichtigen Einnahmen vorgenommen werden.

Eine Verwaltungsvereinfachung für die Krankenkassen ist nicht erkennbar, da die Beiträge ohnehin an den Gesundheitsfonds abgeführt werden. Der Sachverhalt der schwankenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen ist für die Krankenkasse erst bei einer Prüfung nach § 251 Absatz 5 SGB V erkennbar, diese Fälle können aber durchgeprüft werden, ohne dass es der jetzt beabsichtigten Regelung bedarf.

Änderungsvorschlag vdek

Der Änderungsantrag wird nicht umgesetzt. An dessen Stelle tritt eine Neufassung des § 232a Absatz 1 SGB V.

a) § 232a Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Als beitragspflichtige Einnahmen gelten bei nach § 5 Absatz 1 Nr. 2 Versicherungspflichtigen 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden kalendertäglichen Arbeitsentgelts nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 soweit es 1/360 der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht übersteigt. Bei der Beitragsmessung nach Satz 1 sind 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen, das gilt nicht bei Bezug von Teilarbeitslosengeld."

b) nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:

„(1a) Für die nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II gelten als beitragspflichtige Einnahmen der 30. Teil des 0,3450fachen der monatlichen Bezugsgröße. In den Fällen, in denen die in Satz 1 genannten Personen weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, wird der Zahlbetrag des Arbeitslosengeldes II für die Beitragsbemessung diesen beitragspflichtigen Einnahmen mit der Maßgabe hinzugerechnet, dass als beitragspflichtige Einnahmen insgesamt der in Satz 1 genannte Teil der Bezugsgröße gilt.

(1b) Die Festlegung der beitragspflichtigen Einnahmen, der in Absatz 1a genannten versicherungspflichtigen Personen, wird jeweils bis zum 30. 09.2010, erstmals bis zum 30.09.2007 für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres im Vergleich zum Zeitraum vom 01.07.2005 bis zum 30.06.2006 überprüft. Unterschreiten die Beitragsmehreinnahmen des Gesundheitsfonds aus der Erhöhung des pauschalen Krankenversicherungsbeitrags für geringfügig Beschäftigte im gewerblichen Bereich (§ 249b) in dem in Satz 1 genannten Zeitraum den Betrag von 170 Millionen Euro im Vergleich zum Zeitraum 01.07.2005 bis 30. 06.2006 hat der Gesundheitsfonds gegen den Bund einen entsprechenden Ausgleichsanspruch gegen die Bundesagentur für Arbeit, der jeweils bis zum Ende des Jahres, in dem die Festlegung durchgeführt wird, abzuwickeln ist. Das Bundesversicherungsamt regelt im Einvernehmen mit dem BMAS, dem BMG sowie dem BMF das Nähere über die Höhe des Ausgleichsanspruchs und dessen Verteilung an die Krankenkassen. Dabei ist die Veränderung der Anzahl geringfügig Beschäftigter zu berücksichtigen."

Im Zuge des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 war § 232a Absatz 1 in Satz 1 Nr. 2 SGB V durch weitere Sätze zu Nr. 2 ergänzt worden, die das Ausgleichsverfahren regeln, wenn die Mehreinnahmen aus der Erhöhung der Pauschalbeiträge für geringfügig Beschäftigte aufgrund des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 nicht ausreichen sollten um die Mindereinnahmen bei den Beziehern von Arbeitslosengeld II auszugleichen, weil das die Beitragsbemessungsgrundlage für diesen Personenkreis vom 0,3620-fachen auf das 0,3450fache der Bezugsgröße verringert worden war.

Da Absatz 1 noch weitere Sätze (2 + 3) enthält, die sich nur auf Sonderregelungen beziehen, die im Zusammenhang mit der Beitragsberechnung für Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem SGB III stehen, wurde die Vorschrift unübersichtlich und sehr schwer lesbar. Dies könnte durch eine strikte Trennung in eigene Absätze, die für die Beitragsbemessung der Bezieher von Arbeitslosengeld einerseits und für die Bezieher Arbeitslosengeld II andererseits gelten, vermieden werden.

Gleichzeitig besteht die Möglichkeit einer Rechtsbereinigung, da es ein Teilunterhaltsgeld nicht mehr gibt (bisher § 232a Absatz 1 Satz 2 SGB V).

Ebenso könnte die Bezugsfiktion bei Sperrzeiten gestrichen werden (bisher § 232a Absatz 1 Satz 3 SGB V), da diese schon in § 5 Absatz 1 Nr. 2 SGB V enthalten ist. Zudem ist die Beitragsberechnung nach dem durch sieben geteilten wöchentlichen Bemessungsentgelt ebenso überholt wie die Bezugnahme auf § 6 Absatz 7 SGB V.

Im Übrigen könnte auch die Überschrift angepasst werden, weil es die Leistung Unterhaltsgeld nicht mehr gibt.

Ergänzender Vorschlag

Zuzahlungseinzug nach § 43b Absatz 3 SGB V

Mit dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes zum 25.03.2009 wurde § 43b SGB V um einen Absatz 3 ergänzt. Durch diese Neureglung wurde das Verwaltungsverfahren und die Einziehung der Zuzahlungsbeträge auf die Krankenhäuser übertragen. Anders als bisher werden die Zuzahlungen somit nicht mehr von den Krankenkassen selbst, sondern im Wege einer Beleihung von den Krankenhäusern eingezogen.

Die Verlagerung des Zuzahlungseinzugs hat sich sowohl für die Krankenhausseite als auch für die Krankenkassen als uneffizient und unpraktikabel herausgestellt, so dass die Selbstverwaltungspartner aus Wirtschaftlichkeits- und Kostengründen eine Bundesvereinbarung geschlossen haben, die es den Krankenkassen ermöglicht, die Vollstreckung weiterhin selbst durchzuführen. Aufgrund dieser Vereinbarung haben die meisten Krankenkassen in vielen Bundesländern entsprechende Vereinbarungen auf Landesebene geschlossen.

Da nicht alle bestehenden Krankenkassenarten über eigene Vollstreckungsbeamte verfügen, um die Zwangsvollstreckung selbst durchzuführen, vollstrecken fast alle Kassenarten über die Hauptzollämter. Infolge divergierender Rechtsauffassungen zum neuen § 43b Absatz 3 SGB V sind bei den Kranken-

kassen erhebliche Vollstreckungsprobleme aufgetreten, da eine Vielzahl der Zollämter die Durchführung einer Vollstreckung verweigern. Hier wird sowohl die Zuständigkeit für die Krankenkassen als auch für die Krankenhäuser negiert. Aber auch eine flächendeckende Vollstreckung durch die Gerichtsvollzieher ist nicht gewährleistet. So vertreten einige Gerichtsvollzieher die Ansicht, dass die Krankenhäuser lediglich zum Verwaltungsverfahren, nicht jedoch zum Vollstreckungsverfahren beliehen sind. Dies hat zur Konsequenz, dass das vom Gesetzgeber neu geregelte Zuzahlungsverfahren im Falle einer Vollstreckung weder von den Krankenhäusern noch von den Kassen umgesetzt werden kann.

Stellungnahme vdek

Die Neureglung des Zuzahlungseinzugs sollte zu einem Bürokratieabbau und zu einer finanziellen Besserstellung der Krankenkassen führen, die aufgrund des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes an anderer Stelle mit erheblichen Mehrkosten belastet worden sind. Dieser Ausgleich konnte mit der Neureglung des Zuzahlungseinzugs nicht in allen Teilen umgesetzt werden. Positiv hervorzuheben ist jedoch das nunmehr in § 43b Absatz 3 SGB V gesetzlich festgeschriebene Netto-Abzugsverfahren, das sich in der Praxis bereits in hohem Maße bewährt hat. Dagegen hat die Verlagerung der Vollstreckung bei den Krankenkassen, die über Dritte vollstrecken, bereits zu finanziellen Ausfällen geführt. Die unterschiedlichen, zum Teil landesweiten, Auffassungen der Vollstreckungsorgane zum Vollstreckungsverfahren haben dazu geführt, dass die Umsetzung des Zuzahlungseinzugs entweder gar nicht oder nur in unterschiedlicher Art und Weise durchgeführt werden kann, da die Zollämter überwiegend nicht mehr vollstrecken und die Vollstreckung durch Gerichtsvollzieher mit erheblichen Kosten verbunden ist. Diese Entwicklung der oben dargestellten Vollstreckungsproblematik war im Vorfeld für alle Beteiligten nicht absehbar.

Zur Gewährleistung einer flächendeckenden Vollstreckung und aus Kosten- und Wirtschaftlichkeitsgründen ist es notwendig, dass die Vollstreckung der Zuzahlungen wieder bei den Kassen angesiedelt wird. Die Ersatzkassen spre-

chen sich daher für eine teilweise Rückführung des § 43b Absatz 3 SGB V aus, wobei das Netto-Abzugsverfahren beibehalten werden sollte. Das Inkrafttreten der Regelung wird rückwirkend zum 25.03.2009 vorgeschlagen. Durch die Rückwirkung können die ausstehenden Beträge, z. B. durch Vollstreckung realisiert und materieller Schaden für die Kassen verhindert werden.

Änderungsvorschlag vdek

§ 43b Absatz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:
„(3) Zuzahlungen, die Versicherte nach § 39 Absatz 4 zu entrichten haben, hat das Krankenhaus einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse verringert sich entsprechend. Absatz 1 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass das Krankenhaus frühestens 60 Kalendertage nach dem Ende der stationären Behandlung von der Krankenkasse eine Erstattung der nicht erfolgten Zuzahlung verlangen kann."

Inkrafttreten:
„Die Regelung des § 43b Absatz 3 SGB V tritt rückwirkend zum 25. März 2009 in Kraft."

Folgeänderung

§ 4 SGB V gilt nicht für Vollstreckungskosten, die sich aus § 43 b Absatz 3 SGB V ergeben.

Begründung

Die überwiegende Anzahl der Krankenkassenarten verfügen nicht über eigene Vollstreckungsbeamte und waren bisher auf die Vollstreckung durch den Zoll angewiesen. Da der Zoll aufgrund der Gesetzesänderung aber seine Zuständigkeit negiert, kann die Vollstreckung ausschließlich über teure Gerichtsvollzieher erfolgen.

Um den hierdurch implizierten Wettbewerbsvorteil der selbstvollstreckenden Krankenkassen zu unterbinden, dürfen die durch die Gerichtsvollzieher anfallenden Vollstreckungskosten nicht unter die Verwaltungskosten fallen.

Anmerkung:

In der vorliegenden ergänzenden Stellungnahme des vdek wird nur auf solche Regelungsbestände eingegangen, in denen sich die Ersatzkassen von den Positionen des GKV-Spitzenverbandes unterscheiden. Die Stellungnahme des vdek bezieht sich dabei sowohl auf den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG (Bundestagsdrucksache 17/3040), als auch auf ausgewählte Änderungsanträge der Fraktionen von CDU/CSU und FDP. Darüber hinaus wird ein ergänzender Vorschlag gemacht.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Telefon: 030/2 69 31 - 0

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(17)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block II
15.10.2010

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum
Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)
der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
BT-Drs. 17/3040

Berlin, 14. Oktober 2010

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

A. Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetzentwurf

Die im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung und zur Behebung der strukturellen Probleme des heutigen Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung im Gesetzentwurf vorgesehene Erhöhung des Einnahmenvolumens der GKV durch Erhöhung der Beitragssätze und Öffnung der Zusatzbeiträge werden von der Bundesärztekammer als unvermeidbarer Schritt begrüßt. Dies gilt zugleich für die vorgesehene Verminderung der Einkommensabhängigkeit der Beiträge.

Hierdurch wird es ermöglicht, den steigenden Versorgungsbedarf der Patienten, die zunehmenden Möglichkeiten der modernen Medizin und das Leistungsversprechen der Politik mit neu ausgerichteten Finanzierungsgrundlagen weiterhin sicherzustellen. Soll das deutsche Gesundheitssystem auch zukünftig eine hohe Leistungsqualität gewährleisten und die Möglichkeiten des medizinischen Fortschrittes auch weiterhin den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen können, müssen mit diesen Schritten die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine solide Basis gestellt werden. Insbesondere die Stärkung der Beitragsautonomie über Zusatzbeiträge kann den Einstieg in ein generationengerechteres Finanzierungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.

Die durch den Gesetzentwurf bewirkten finanziellen Mehrbelastungen im Rahmen der Neuregelungen zu den Finanzierungsgrundlagen der GKV tragen nicht die Patienten und Kranken mit Leistungsreduzierungen oder höheren Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen, sondern alle Versicherten durch Beitragssatzerhöhungen bei gleichzeitigem steuerfinanziertem Sozialausgleich zum Schutz vor unverhältnismäßigen Belastungen.

Die Bundesärztekammer beschränkt sich in ihrer nachfolgenden Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) unter Hinweis auf die Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf aus ihrer Sicht wesentliche krankenhausrelevante Aspekte.

B. Stellungnahme zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) sowie zu Artikel 10 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) des Gesetzentwurfes

Durch eine Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (Artikel 8) sowie der Bundespflegesatzverordnung (Artikel 10) wird für Leistungen, welche die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen), ein Abschlag festgelegt, dessen Höhe im Jahre 2011 30 % beträgt und ab 2012 als dauerhafte Regelung vertraglich zu vereinbaren ist. Weiterhin dürfen in den Jahren 2011 und 2012 die Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen lediglich in Höhe der halben statt der vollen Grundlohnrate wachsen. Mit diesen Regelungen soll der Zuwachs der Krankenhausausgaben begrenzt und damit der Druck auf die Finanzierung sowohl der Gesetzlichen Krankenversicherung als auch der privaten Krankenversicherung vermindert werden.

Auch wenn für eine in Maßen erfolgende Ausgabenzuwachsbegrenzung grundsätzlich Verständnis aufgebracht werden kann, werden mit den vorgesehenen Regelungen dem Krankenhausbereich für die nächsten zwei Jahre 2011 und 2012 mehr als eine Milliarde Euro entzogen. Dies kommt weit mehr als nur einer

Zuwachsbegrenzung gleich. Die vom Gesetzentwurf vorgesehene Halbierung der ohnehin niedrigen Grundlohnrate von 0,5 % auf 0,25 % wird für die Krankenhäuser in Deutschland eine erhebliche Finanzierungslücke zur Folge haben, welche die Deckung der unabweisbaren Kostenzuwächse bei Weitem nicht erlaubt. Der ohnehin bestehende Rationalisierungsdruck in den Krankenhäusern wird sich vor diesem Hintergrund erheblich verschärfen – eine Entwicklung, welche durch die als Dauerregelung über 2012 hinausgehend vorgesehenen Preiskürzungen bei den von den Krankenhäusern zu erbringenden Mehrleistungen noch drastisch verstärkt wird.

Die Bundesärztekammer weist im Zusammenhang mit der vorgesehenen Regelung zur Grundlohnrate darauf hin, dass somit für 2011 den Kliniken noch ca. 150 Millionen Euro im Sinne eines preisbedingten Vergütungsvolumenzuwachses zur Verfügung stehen werden. Entsprechende Leistungsmengenentwicklungen oberhalb von 0,25 % gehen somit zu Lasten des Landesbasisfallwertes aller Kliniken. Dies könnte sich nicht zuletzt auf die Personalausstattung der Kliniken auswirken. Im Gegensatz dazu begrüßt die Bundesärztekammer die vorgesehenen Regelungen für die psychiatrischen Kliniken gem. § 6 Abs. 1 BPflV (Bundespflegesatzverordnung). Demgemäß können diese Kliniken Ausnahmetatbestände bei Überschreitung einer Obergrenze geltend machen. Dies umfasst auch eine Berücksichtigung von Tariflohnsteigerungen, die somit anteilig oberhalb der vorgesehenen Veränderungsrate weiterhin geltend gemacht werden können.

Ferner fordert die Bundesärztekammer im Kontext der vorgesehenen Finanzeinschränkungen für Kliniken, dass diese auf keinen Fall zu einem erneuten Personalabbau in den Kliniken führen dürfen. Die Reduktion der Verweildauern über die letzten Jahre in Kombination mit kränkeren Patienten im Sinne von schwieriger werdenden Behandlungen hat zu einer Arbeitsverdichtung geführt, die nur durch eine erhebliche Steigerung der Arbeitsproduktivität der Ärzte und Pflegekräfte kompensiert werden konnte. Diesem steht jedoch keine angemessene Berücksichtigung im Sinne der finanziellen Ausstattung bzw. der Re-Finanzierung der Personalkosten gegenüber.

Angesichts der demografischen Herausforderung und der zu erwartenden steigenden Behandlungsanforderungen muss daher aus Sicht der Bundesärztekammer sichergestellt werden, dass die vorgesehenen Maßnahmen im stationären Sektor den schon jetzt zu verzeichnenden Personalabbau in Kombination mit einem deutlich zunehmenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen nicht verstärken. Zudem sollte aus Sicht der Bundesärztekammer die aktuelle Wirtschaftsentwicklung mehr Berücksichtigung finden (Einschätzung Bundeswirtschaftsminister Rainer Brüderle: „Wirtschaftsaufschwung XXL“, 14. August 2010), sodass der prognostizierte Einsparungsbedarf im Sinne der potentiellen GKV-Verschuldung 2011 in Höhe von 11 Milliarden Euro ggf. geringer ausfallen dürfte.

Diese von der Bundesärztekammer vorgetragenen erheblichen Bedenken gegen die vom Gesetzentwurf vorgesehenen Finanzeinschränkungen für Kliniken scheinen von den Bundesländern geteilt zu werden. In den Empfehlungen des Gesundheitsausschusses des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf vom 6. Oktober 2010 (Bundesrats-Drucksache 581/1/10) wird sowohl die Streichung der geplanten Mehrleistungsabschläge für Krankenhäuser (s. dortige Nummer 18) als auch eine Absenkung der Kürzung der Veränderungsraten (s. dortige Nummer 19) gefordert.

Kritisch eingeschätzt wird seitens der Bundesärztekammer die grundsätzliche implizite Änderung ordnungspolitischer Rahmenbedingungen der stationären Versorgung. In den für 2011 vorgesehenen dauerhaften Kürzungen werden auf Basis des Mehrleistungsabschlages durch die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes grundlegende Neujustierungen angestrebt. Schon

derzeit führen die Vorgaben gem. § 10 KHEntG zu Minderungen der Landesbasisfallwerte. Die neu vorgesehene Regelung kommt erschwerend hinzu. Das bisher durch die Selbstverwaltung getragene und der Konzeption des G-DRG-Systems immanente Prinzip des „gleichen Preises für gleiche Leistung“ wird durch den im Gesetzentwurf vorgesehenen Auftrag zu Preisverhandlungen der Beteiligten ab 2012 ausgehebelt. Die damit verbundene Verschiebung der grundsätzlichen Rahmenbedingungen und der Grundprinzipien der Krankenhausfinanzierung und stationären Versorgung ist weder im Kontext der Vorgespräche zur Gesundheitsreform noch des diesjährig zu vereinbarenden DRG-Kataloges 2011 fachlich diskutiert worden. Eine weitere Ausrichtung des Systems in Richtung von Rabattierung/Preis-Dumping wird durch die Bundesärztekammer abgelehnt.

Die vorgesehene Regelung zur Öffnung bei einer Vereinbarung der Landesbasisfallwerte zugunsten zusätzlicher Mittel, wie z. B. im Bereich der Kinderonkologie (Vereinbarung über Zuschläge) dient der Sicherung dieser Mittel vor einer Kürzung und wird durch die Bundesärztekammer gerade in diesem sensiblen Bereich nachhaltig begrüßt.

Darüber hinaus unterstützt die Bundesärztekammer die Bundesregierung bei ihrem im Koalitionsvertrag niedergelegten Anliegen, eine Entbürokratisierung nicht zuletzt im Sinne der Steigerung der Attraktivität der ärztlichen Arbeitsbedingungen zeitnah voranzutreiben. Umso mehr gilt es, bei dem vorliegenden Entwurf mögliche Ansätze einer Verstetigung der Bürokratie im Bereich der stationären Versorgung, wie es z. B. durch verpflichtende Dokumentationen des Leistungsgeschehens in der Psychiatrie, die erweiterte Erfassung des Pflegeaufwandes, aber auch die entsprechende Ausweitung von Dokumentationsverpflichtungen durch Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Ausdruck kommt, vermehrt kritisch zu beleuchten und notwendige, pragmatische Lösungsoptionen zur zeitnahen Entbürokratisierung in dem geplanten Gesetzgebungsverfahren zu integrieren.

Im Hinblick auf die Zukunft der stationären Versorgung begrüßt die Bundesärztekammer die gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit aufgenommenen Gespräche zu Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung ärztlicher Arbeit im Bereich der stationären Versorgung sowie gemeinsame Initiativen gegen den wachsenden Ärztemangel. Es bleibt zu hoffen, dass diese zeitgleich eingeleiteten Gespräche und die daraus resultierenden Konzepte nicht durch eine Limitierung des Finanzrahmens der stationären Versorgung konterkariert werden, da letztendlich die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der stationären Versorgung auch eine entscheidende Funktion für die Nachbesetzung in der ambulanten ärztlichen Versorgung hat. Viele der im ambulanten Sektor vorgesehenen Maßnahmen können nur dann greifen, wenn die entsprechenden Aus-, Fort- und Weiterbildungskapazitäten vorgehalten und verbessert werden können. Nicht zuletzt die aktuelle Diskussion zu den fehlenden Hygienefachkräften (Thema „Krankenhaushygiene“) zeigt, dass dies z. B. bei einer derzeitigen Zahl von nur 79 Hygienefachärzten in deutschen Kliniken unverzichtbar ist.

C. Schlussbemerkungen zum Gesetzentwurf

Die Bundesärztekammer appelliert an den Gesetzgeber und die Koalitionsparteien, vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden, deutlich verbessernden wirtschaftlichen Lage in Deutschland zu prüfen, die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung auf 2011 zu begrenzen und nicht 2012 fortzuführen. Im Rahmen des weiteren Verlaufs des Gesetzgebungsverfahrens müssen die vorgesehenen Ausgabenbegrenzungsmaßnahmen daher von der Prognose einer positiveren Wirtschaftsentwicklung abhängig gemacht werden.

ZENTRALVERBAND DES DEUTSCHEN HANDWERKS

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(2)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
13.10.2010

Stellungnahme

zum
Entwurf eines Gesetzes der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz), BT-Drs. 17/3040

Abteilung Soziale Sicherung

Berlin, Oktober 2010

ZDH
ZENTRALVERBAND DES DEUTSCHEN HANDWERKS

INHALTSVERZEICHNIS

I. Zusammenfassung 3

II. Im Einzelnen: 4

a) Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages richtiger Schritt – aber höherer Arbeitgeberbeitrag verteuert Lohnzusatzkosten 4

b) Sozialausgleich ist korrekturbedürftig 4

1. Beim Sozialausgleich alle Einkommensarten heranziehen 4
2. Berechnung des Sozialausgleichs durch Arbeitgeber nicht akzeptabel 4
3. Selbstständige dürfen nicht benachteiligt werden 6

c) Korrekturen bei den Rahmenbedingungen für die private Krankenversicherung finden Unterstützung 7

d) Anreize zu mehr Kostenbewusstsein und weitere Einsparungen auf der Leistungsseite notwendig 8

I. Zusammenfassung

Der Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) unterstützt das Ziel der Bundesregierung, das Gesundheitswesen zukunftsfest zu machen. Der Handlungsdruck hierfür ist augenscheinlich: Allein für das kommende Jahr 2011 wird in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Defizit in Höhe von 11 Mrd. Euro erwartet. Gerade aus Sicht des arbeitsintensiven Handwerks mit seinen rund 1 Mio. Unternehmen und rund 5 Mio. Arbeitnehmern ist eine durchgreifende Reform, verbunden mit einer Senkung, mindestens aber Stabilisierung der Sozialabgabenlast dringend erforderlich, damit sich Arbeit weiterhin lohnt und bezahlbar bleibt. Vor diesem Hintergrund bekräftigt das Handwerk seine Forderung nach nachhaltigen strukturellen Reformen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite.

Der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung geht in die richtige Richtung, entspricht bislang aber nur teilweise diesen Anforderungen:

→ Wir begrüßen die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages.

→ Die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,9 auf 15,5 Prozent bedeutet weniger Netto für die Arbeitnehmer und verteuert die Lohnzusatzkosten für die Arbeitgeber. Das Versprechen der Bundesregierung, die Betriebe und ihre Beschäftigten nicht weiter zu belasten, wird damit nicht eingehalten.

→ Die Weiterentwicklung des Zusatzbeitrages wird grundsätzlich begrüßt. Jedoch ist es verfehlt, den Arbeitgebern die Abwicklung des steuerfinanzierten Sozialausgleichs aufzubürden. Das führt in jedem Fall zu deutlichen Mehrbelastungen der Betriebe bei der Entgeltabrechnung. Gerade mittelständischen Unternehmen wird damit unnötig neue Bürokratie zugemutet.

  Die Zahlung des Zusatzbeitrages beruht ausschließlich auf dem Rechtsverhältnis zwischen dem Versicherten und der gesetzlichen Krankenkasse und muss daher auch von diesen durchgeführt werden. Auch kann der Sozialausgleich bei den Krankenkassen deutlich zielgenauer erfolgen, da sie heute schon die Einkommenssituation der Versicherten erfassen.

  Darüber hinaus ist auch für die freiwillig versicherten Selbstständigen in der gesetzlichen Krankenversicherung ein möglichst bürokratiearmes Verfahren zur Anwendung des Sozialausgleichs zu schaffen.

→ Unterstützung findet die geplante Korrektur der vor einigen Jahren vorgenommenen Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die private Krankenversicherung, indem ein Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze ermöglicht werden soll.

→ Die vorgesehenen Maßnahmen zur Kostenbegrenzung, die insgesamt zu Einsparungen von 3,5 Mrd. Euro in 2011 und 4 Mrd. Euro in 2012 führen sollen, werden begrüßt. Enttäuschend ist, dass darüber hinaus keine Einsparungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind.

II. Im Einzelnen:

a) Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages richtiger Schritt – aber höherer Arbeitgeberbeitrag verteuert Lohnzusatzkosten

Der vorliegende Gesetzentwurf führt nicht zu einer Senkung der Abgabenlast. Im Gegenteil: Der allgemeine Beitragssatz soll von 14,9 auf 15,5 % - um jeweils 0,3 % für Arbeitgeber und Arbeitnehmer - angehoben werden. Die Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags von 7 % auf 7,3 % bedeutet eine weitere Verteuerung der Lohnzusatzkosten. Das belastet vor allem die arbeitsintensiven Handwerksbetriebe. Von der beschlossenen Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes sind außerdem die freiwillig versicherten selbstständigen Handwerkerinnen und Handwerker in vollem Umfang betroffen.

Dass der Arbeitgeberbeitrag festgeschrieben wird, ist grundsätzlich zu begrüßen. Damit kann eine Abkoppelung der Gesundheitskosten vom Arbeitsverhältnis erreicht werden. Allerdings wird er auf einem überhöhten Niveau von 7,3 % festgeschrieben.

b) Sozialausgleich ist korrekturbedürftig

1. Beim Sozialausgleich alle Einkommensarten heranziehen

In die richtige Richtung geht nach Ansicht des ZDH, dass alle künftigen Kostensteigerungen über den Zusatzbeitrag, den allein die Versicherten zu tragen haben, aufgefangen werden sollen. Der Zusatzbeitrag soll ausschließlich als Pauschale erhoben werden können, die Begrenzung auf max. 8 € bzw. max. 1% des Einkommens entfällt.

Für die Zusatzbeiträge ist eine Überforderungsklausel vorgesehen, die bei 2 % des Einkommens liegt. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag diese Schwelle, wird der Mehrbetrag durch einen entsprechenden Abschlag beim Beitragssatz des Versicherten ausgeglichen (Sozialausgleich). Diese Mindereinahmen der GKV werden durch einen Steuerzuschuss abgedeckt.

Unbefriedigend ist, dass beim Sozialausgleich nicht das gesamte Einkommen der Versicherten herangezogen wird, sondern wieder nur, wie bisher, das Lohneinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. So kann also jemand mit einen niedrigen Lohn in den Genuss des Sozialausgleichs kommen, obwohl er noch andere Einkommensarten bezieht.

2. Berechnung des Sozialausgleichs durch Arbeitgeber nicht akzeptabel

Da die Zahlung des Zusatzbeitrages ausschließlich auf dem Rechtsverhältnis zwischen dem Versicherungsnehmer und der gesetzlichen Krankenkasse beruht, halten wir es für verfehlt, den Arbeitgeber in die Abrechnung des Sozialausgleichs einzubeziehen.

Wir können der im Gesetzentwurf vertretenen Auffassung *keinesfalls* zustimmen, dass die Umsetzung des Sozialausgleichs durch die Arbeitgeber unbürokratisch und "leicht handhabbar" sei, da sie im Rahmen der EDV-gestützten Lohnabrechnung "automatisch" durchgeführt werde.

So erfordert die Durchführung des Sozialausgleichs durch die Arbeitgeber in vielen Fällen zusätzliche Meldungen an die Einzugsstellen. So ist z.B. nach § 28 f Satz 3 SGB IV im Fall des Sozialausgleichs zusätzlich der Betrag gesondert auszuweisen, der ohne die Minderung durch den Sozialausgleich zu zahlen gewesen wäre. Diese Meldungen sowie die Durchführung des Sozialausgleichs verursachen einen nicht unerheblichen Bürokratieaufwand.

Hinzu kommt, dass die Arbeitgeber im Fall von "säumigen Arbeitnehmern" für die Dauer des Säumnisses den Sozialausgleich aussetzen und entsprechende Änderungen der Lohnabrechnung vorzunehmen haben. Angesichts des hohen Anteils von Versicherten, die den von verschiedenen Krankenkassen erhobenen Zusatzbeitrag nicht entrichten, sind auch deshalb erhebliche Bürokratiekosten für die Betriebe absehbar.

Auch für Unternehmen – wie zum Beispiel aus dem Gebäudereiniger-Handwerk – deren Personalstruktur über einen vergleichsweise hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigten, die in einem sozialversicherungspflichtigen Zweitjob tätig sind, sog. Midi-Jobbern, hinzuverdienenden Rentnern, Beziehern von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II und unständig Beschäftigten besteht, sieht der Referentenentwurf keine praktikablen Lösungen vor. Die in § 242 b Abs. 3 und 5 SGB V-Entwurf vorgesehenen „Lösungen“ sind höchst kompliziert und den Betrieben nicht vermittelbar. Für jede dieser Personengruppen gilt ein jeweils eigenes System der Vorprüfung, Feststellung, Mitteilung und Durchführung. Dies ist für kleine und mittelständische Betriebe in der Praxis nicht umsetzungsfähig und kann eben nicht automatisiert im Rahmen der EDV-gestützten Lohnabrechnung durchgeführt werden. Jeder Einzelfall muss für sich gesondert geprüft und individuell abgerechnet werden. Dadurch entsteht ein völlig überzogener bürokratischer Aufwand und fördert eine enorme Fehleranfälligkeit, deren Behebung ebenso ungelöst bleibt.

Darüber hinaus hat bereits z.B. das Elena-Verfahren eine nicht unwesentliche Kostensteigerung zur Folge gehabt. Auch haben die Steuerberaterbüros dem aus der vorgezogenen Fälligkeit der Sozialbeiträge resultierenden Mehraufwand der Korrekturberechnungen sowie der zweimaligen Erklärungsabgaben im Lohnbereich pro Monat durch eine Erhöhung der Vergütung Rechnung getragen.

Gleiches wird erfolgen, wenn nun der Sozialausgleich durch den Arbeitgeber zu berechnen und vorzunehmen ist. Wir gehen davon aus, dass auch dies zu einer Erhöhung der Lohnbuchhaltungskosten der Arbeitgeber führen wird. In einer ersten Reaktion hat das Deutsche Baurechenzentrum bestätigt, dass ein solcher Sozialausgleich nur mit einem erheblichen Mehraufwand durchgeführt werden könne.

Auch der Nationale Normenkontrollrat hat in seiner Stellungnahme die mit dem Sozialausgleich verbundene Bürokratiebelastung für die Arbeitgeber kritisiert und schätzt diese deutlich höher ein als das BMG.

Vor diesem Hintergrund darf der geplante Sozialausgleich keinesfalls über die Arbeitgeber abgewickelt werden, sondern sollte von den einzelnen Krankenkassen durchgeführt werden. Den Kassen ist dies möglich und auch zumutbar, da ihnen im Rahmen der Jahresmeldung, zu der der Arbeitgeber verpflichtet ist, das sozialversicherungspflichtige Entgelt des jeweiligen Arbeitnehmers bekannt ist.

Die Kassen verfügen also schon jetzt über die für den Ausgleich für Versicherte und Rentner erforderlichen Daten. Darüber hinaus liegen den Krankenkassen, die bereits heute einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben, die relevanten versicherungspflichtigen Einkünfte der bei ihnen versicherten Beschäftigten vor.

Auf diesem Weg würden sämtliche GKV-Mitglieder und Versicherte ohne Ausnahme erfasst und damit unterschiedliche und intransparente Zuständigkeitsregelungen vermieden. Aus der Sicht der Betriebe würde damit dem von der Politik und dem Gesetzgeber immer wieder betonten Gedanken des Bürokratieabbaus und der Vermeidung von zusätzlicher Bürokratie am besten entsprochen. Bereits derzeit sieht der Gesetzentwurf zu Recht vor, dass die Krankenkassen bei den freiwillig versicherten Selbständigen den Sozialausgleich durchführen.

Sollte eine Abwicklung des Sozialausgleichs über die gesetzlichen Krankenkassen derzeit nicht realisierbar sein, so sollten wenigstens – um die zusätzlichen bürokratischen Belastungen bei den Betrieben in Grenzen zu halten – folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- Das Haftungsrisiko des Arbeitgebers im Beitragsrecht darf nicht weiter steigen. Dazu muss sichergestellt sein, dass der Arbeitgeber nicht haftet, wenn sein Beschäftigter ihm weitere beitragspflichtige Einkommen nicht mitgeteilt und der Arbeitgeber deshalb zu Unrecht einen Sozialausgleich durchgeführt hat. Es muss daher ausgeschlossen sein, dass der Arbeitgeber haftet, wenn ihn an einer unzutreffenden Beitragsabführung kein Verschulden trifft.

- Der Arbeitgeber darf auch nicht zur Abwicklung von Sanktionsregelungen für säumige Beitragszahler herangezogen werden, z. B. beim Aussetzen des Sozialausgleichs auf Mitteilung der Krankenkasse. Denn so würde der Arbeitgeber ohne sein Verschulden in Streitigkeiten zwischen seinen Beschäftigten und ihren Krankenkassen hineingezogen werden. Darüber hinaus würde ein solches Verfahren die Durchführung des Sozialausgleichs für den Arbeitgeber noch bürokratielastiger machen.

- Auch eine Informationspflicht der Arbeitgeber gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen, ob bzw. in welcher Höhe ihre Beschäftigten andere beitragspflichtige Einnahmen beziehen (Mehrfachbeschäftigte), darf nicht eingeführt werden. Diese Daten sollten die gesetzlichen Krankenkassen direkt bei ihren Versicherten erfragen.

3. Selbstständige dürfen nicht benachteiligt werden

Da selbstständige Handwerkerinnen und Handwerker nach den Erfahrungen der Beratungspraxis sehr häufig in der GKV versichert sind, setzt sich das Handwerk nachdrücklich dafür ein, dass für diesen Personenkreis auch beim Sozialausgleich ein mög-

lichst bürokratiearmes Verfahren ermöglicht wird. Der ZDH begrüßt, dass laut Gesetzentwurf für sog. Selbstzahler, u.a. die freiwillig versicherten Mitglieder, der Sozialausgleich von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt wird.

Außerdem werden Selbstständige im Rahmen des geplanten Sozialausgleichs materiell-rechtlich insbesondere gegenüber Arbeitnehmern benachteiligt. Diese haben nach dem geltenden Recht – anders als Beschäftigte – ihre Beitragszahlungen nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, d. h. aus allen Einkünften, die zur Bestreitung ihres Lebensunterhaltes dienen, zu leisten (§ 240 SGB V). Außerdem gelten für freiwillig versicherte Selbstständige - ebenfalls im Unterschied zu Beschäftigten – Mindestbemessungsgrundlagen.

Selbstständige Handwerkerinnen und Handwerker zahlen nach den Erfahrungen der Beratungspraxis überwiegend den Höchstbeitrag. Dieser errechnet sich aus der Beitragsbemessungsgrenze (3.750 Euro monatlich). Daraus resultiert eine für Selbstständige relativ hohe 2%ige Belastungsgrenze in Höhe von 75 Euro monatlich. Da die vom Bundesversicherungsamt zu ermittelnden durchschnittlichen Zusatzbeiträge nach dem derzeitigen BMG-Konzept in den nächsten Jahren diese Werte voraussichtlich nicht erreichen werden, bleiben Selbstständige in der Praxis mittel- und längerfristig vom Sozialausgleich weitestgehend ausgeschlossen.

Aber auch Selbstständige, die gegenüber ihrer Krankenkasse monatliche Einkünfte im vorgenannten Sinn von weniger als 3.750 Euro monatlich nachweisen, haben nach § 240 Abs. 4 SGB V Beiträge aus einem fiktiven Mindesteinkommen in Höhe von 1.916,25 Euro (Mindestbemessungsgrundlage) monatlich zu zahlen. Daraus ergibt sich eine 2%ige monatliche Belastungsgrenze von 38,33 Euro. Da der vom Bundesversicherungsamt zu ermittelnde durchschnittliche Zusatzbeitrag in den nächsten Jahren auch diese Schwelle voraussichtlich nicht erreichen wird, kommt für diesen Personenkreis ein Ausgleich mittelfristig ebenfalls nicht in Betracht.

Im Vergleich zu Selbstständigen ist für die Beitragsbemessung von Beschäftigten nur das beitragspflichtige Arbeitsentgelt maßgeblich. Das heißt für diesen Personenkreis bleiben – anders als bei Selbstständigen - z. B. Zins- oder Mieteinnahmen unberücksichtigt. Darüber hinaus bestehen auch keine Mindestbeitragsbemessungsgrenzen. Bei vergleichbaren Einkommensverhältnissen kommen deshalb geringverdienende Beschäftigte – anders als freiwillig versicherte Selbstständige - in den Genuss des vom BMG geplanten Sozialausgleichs. Dies widerspricht dem seitens des BMG immer wieder betonten Gerechtigkeitsgedanken.

c) Korrekturen bei den Rahmenbedingungen für die private Krankenversicherung finden Unterstützung

Der ZDH begrüßt ausdrücklich, dass laut dem Gesetzentwurf der Wechsel in die private Krankenversicherung zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein wird. Mit dieser Regelung wird die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wieder hergestellt.

Gerade die PKV sollte als Vollversicherung erhalten bleiben, weil sie mit Kapitaldeckung und Altersrückstellungen den demographischen Wandel gut bewältigen kann. Durch die 2007 beschlossene Drei-Jahres-Regel (Wechsel zur PKV ist nur möglich,

wenn ein GKV-Versicherter drei Jahre lang die Versicherungspflichtgrenze überschritten hat) wurde die PKV jedoch im Ergebnis geschwächt.

d) Anreize zu mehr Kostenbewusstsein und weitere Einsparungen auf der Leistungsseite notwendig

Die Bundesregierung darf bei ihren Reformbemühungen nicht auf halbem Wege stehen bleiben. Um das Gesundheitswesen dauerhaft zukunftsfest und bezahlbar zu gestalten, sind in einem nächsten Schritt weitere, umfassende und durchgreifende Reformen auch auf der Leistungsseite notwendig. Dazu zählen insbesondere folgende Maßnahmen:

- Prioritär ist, die Eigenverantwortung der Versicherten auszubauen. Notwendig sind dazu Anreize zu mehr Kostenbewusstsein und einer sparsameren Leistungsinanspruchnahme bei den Versicherten, beispielsweise durch höhere Zuzahlungen, Beitragsrückgewähr und Kostenerstattung.

- Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen auf eine Basissicherung konzentriert werden, die einerseits die medizinisch notwendige Versorgung sichert, aber andererseits verzichtbare Leistungen ausschließt. Nur so bleibt Gesundheit auch langfristig für die Betriebe und ihre Beschäftigten bezahlbar.

Anschließend sollte auf der Finanzierungsseite eine vollständige Abkopplung des Krankenkassenbeitrages vom Lohn durch einkommensunabhängige Pauschalprämien vorgenommen werden, flankiert durch einen von allen Steuerzahlern zu finanzierenden Sozialausgleich für Geringverdiener sowie mitversicherte Kinder und Ehepartner.

Berlin, 12. Oktober 2010
Dr.Do

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(28)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
18.10.2010

Höhere Arbeitskosten und neue Bürokratie für Arbeitgeber

Echte Abkopplung der Krankheits- von den Arbeitskosten bleibt aus

Stellungnahme zum Kabinettsentwurf für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz)

18. Oktober 2010

Ansprechpartner:
Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de
BDA | Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Zusammenfassung

Die geplante Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt weit hinter dem Notwendigen zurück:

- Anstatt das bislang erwartete Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung von 11 Mrd. € im kommenden Jahr durch Ausgaben senkende Strukturreformen zu beseitigen, wird vor allem der einfache Weg gewählt, frisches Geld in die Krankenversicherung zu pumpen: Drei Viertel des erforderlichen Finanzvolumens (8,3 Mrd. €) sollen durch höhere Einnahmen gedeckt werden. Belastet werden vor allem Arbeitgeber und Versicherte, die über den Anstieg des Beitragssatzes von 14,9 auf 15,5 % 6,3 Mrd. € zusätzlich finanzieren müssen. Bei den Maßnahmen auf der Ausgabenseite handelt es sich weniger um Sparmaßnahmen als um die Begrenzung von Ausgabenzuwächsen.

- Die Entkopplung der Krankheitskostenfinanzierung von den Löhnen bleibt trotz der Weiterentwicklung des Zusatzbeitrags und der Festschreibung des Beitragssatzes im Wesentlichen aus. Die lohnbezogene Finanzierung der Krankenversicherung bleibt in der Hauptsache weiter bestehen. Nur der Teil des Ausgabenwachstums, der über die Grundlohnsummensteigerung hinausgeht, wird künftig in begrenztem Umfang über Zusatzbeiträge finanziert.

- Der geplante Sozialausgleich ist wenig zielgenau und damit unnötig teuer. Er schafft neue bürokratische Belastungen der Arbeitgeber.

Notwendig sind dagegen

- eine echte Entkopplung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis, indem der Arbeitgeberanteil in den Bruttolohn ausgezahlt und die Finanzierung auf kassenindividuelle einkommensunabhängige Gesundheitsprämien umgestellt wird.

- ein Sozialausgleich, der allein von den Krankenkassen organisiert wird. Nur so lässt sich der Sozialausgleich zielgenau und damit auch kostengünstig organisieren. Darüber hinaus würden auf diese Weise bürokratische Zusatzlasten für die Arbeitgeber vermieden.

- echte, Ausgaben senkende Strukturreformen der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierzu gehört vor allem der Ausbau des Wettbewerbs. Die Krankenkassen müssen endlich das Recht erhalten, in allen Bereichen eigenständig mit Leistungserbringern zu verhandeln sowie Einzelverträge – unter Beachtung kartell- und wettbewerbsrechtlicher Regelungen – abzuschließen.

Im Einzelnen

1. Defizit wird einseitig durch höhere Einnahmen gestopft

Drei Viertel (8,3 Mrd. €) des für 2011 erforderlichen Finanzvolumens sollen durch höhere Einnahmen abgebaut werden. Den größten Teil (6,3 Mrd. €) dieser Mehreinnahmen müssen Arbeitgeber und Versicherte über die geplante Anhebung des Beitragssatzes von 14,9 auf 15,5 % finanzieren.

Die geplanten Begrenzungen bei den Ausgaben sind mit 3,5 Mrd. € im Jahr 2011 bei Gesamtausgaben von fast 180 Mrd. € viel zu bescheiden. Sie machen gerade einmal 2 % der Gesamtausgaben aus. Hinzu kommt, dass der überwiegende Teil der Ausgabenbegrenzungen gar keine Einsparungen sind, sondern lediglich noch höhere Ausgabenanstiege mindern. Bei geschätzten Effizienzreserven in der gesetzlichen Krankenversicherung von bis zu 10 Mrd. € (RWI Materialien, Heft 49) – was immerhin einem ganzen Beitragssatzpunkt in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht – bleiben die Vorschläge damit weit hinter den tatsächlichen Einsparmöglichkeiten zurück. Hier muss der Gesetzgeber deutlich mehr Mut aufbringen, um auch über die Ausgabenseite einen ent-

scheidenden und nachhaltigen Beitrag zur Kostenbegrenzung – insbesondere über die Intensivierung des Wettbewerbs auf allen Ebenen – zu leisten.

Die kräftige Beitragssatzanhebung kann auch nicht mit dem Hinweis gerechtfertigt werden, dass der Beitragssatz „nur“ wieder auf das Vorkrisenniveau von 15,5 % Anfang 2009 angehoben wird. Schließlich flossen in 2008 nur 4 Mrd. € Steuermittel in die gesetzliche Krankenversicherung, im kommenden Jahr sollen es dagegen mehr als 15 Mrd. € sein. Die Summe aus Beiträgen und Steuern, die nächstes Jahr in die Krankenversicherung fließen werden, wird deshalb um rund 21 Mrd. € über dem Niveau von 2008 liegen: Voraussichtlich 10 Mrd. € höhere Beitragseinnahmen und 11 Mrd. € höhere Steuerzuschüsse.

2. Weiter steigende Arbeitskosten gefährden Arbeitsmarktentwicklung

Mit der geplanten Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung um 0,6 Prozentpunkte bricht die Koalition ihre Zusage, die Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern stabil zu halten, und dies obwohl die deutsche Wirtschaft auch im kommenden Jahr das Vorkrisenniveau noch nicht wieder erreicht haben wird. Das ist besonders gravierend, weil gleichzeitig zum 1. Januar 2011 auch der Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung um 0,2 Prozentpunkte steigt. Damit wächst die Beitragssatzsumme in der Sozialversicherung zum Jahreswechsel äußerst kräftig von 39,6 auf 40,4 %.

In den vergangenen Jahren hat Deutschland sowohl durch eine moderate Lohnpolitik als auch durch die Senkung der Sozialbeiträge seine Wettbewerbsfähigkeit bei den Arbeitskosten verbessert und damit die positive Entwicklung am Arbeitsmarkt möglich gemacht. Mit dem jetzt geplanten Anstieg der Beitragssätze wird dieser Erfolg gefährdet.

Durch den kräftigen Beitragssatzanstieg wird zudem das Gegenteil dessen erreicht, was die Koalition im Koalitionsvertrag versprochen hatte, nämlich für mehr Netto vom Brutto zu sorgen („Wir werden dafür sorgen, dass sich Arbeit lohnt, dass den Bürgern mehr Netto vom Bruttoeinkommen bleibt“.). Dabei gilt schon jetzt die traurige Wahrheit, dass in kaum einem anderen Land die Arbeitnehmer so wenig von dem von ihnen erwirtschafteten Einkommen behalten dürfen wie in Deutschland. Ab dem 1. Januar 2011 wird diese Sonderrolle Deutschlands noch weiter gefestigt.

3. Sinnvolle Korrekturen beim Zusatzbeitrag

Die geplanten Änderungen beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag sind richtig. Zu begrüßen ist insbesondere, dass der Zusatzbeitrag künftig ausschließlich einkommensunabhängig erhoben werden darf. Dadurch wird sichergestellt, dass er seine Rolle als Preissignal voll entfalten kann und damit den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stimuliert. Auch der Wegfall der bisherigen Überforderungsklausel (maximal 1 % des Einkommens bzw. 8 € pauschal) ist sinnvoll, denn hierdurch wird vermieden, dass Krankenkassen mit vielen einkommensschwachen Mitgliedern und vielen beitragsfrei Mitversicherten schlechtere Möglichkeiten der Finanzierung haben als Krankenkassen mit vielen einkommensstarken Mitgliedern und wenigen beitragsfrei Mitversicherten.

Positiv ist auch, dass die Zusatzbeiträge grundsätzlich weiter direkt von den Versicherten an die Krankenkassen gezahlt werden sollen. Ein Quellenabzug beim Arbeitgeber oder Sozialleistungsträger würde das Preissignal des Zusatzbeitrags weitgehend beseitigen, damit den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander schwächen und zudem für zusätzliche Bürokratie bei den Betrieben und den Rentenversicherungsträgern sorgen.

4. Entkopplung von Arbeits- und Krankheitskosten bleibt im Wesentlichen aus

Die angestrebte Entkopplung der Krankheits- von den Arbeitskosten bleibt trotz der sinnvollen Korrekturen beim Zusatzbeitrag und der Festschreibung des Beitragssatzes im Wesentlichen leider aus:

- Im Gegenteil wird die lohnbezogene Finanzierung der Krankenversicherung durch die Anhebung des Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte weiter ausgebaut.

- Der lohnbezogene Finanzierungsanteil wird sogar angehoben, obwohl dies nach der von der großen Koalition beschlossenen Gesundheitsreform gar nicht erforderlich gewesen wäre. Nach geltendem Recht ist der Beitragssatz nämlich erst dann zu erhöhen, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 % decken.

- Eine gesetzliche Festschreibung des Beitragssatzes und damit des Arbeitgeberanteils bedeutet keineswegs, dass die Arbeitgeber an Kostensteigerungen in der Krankenversicherung nicht mehr beteiligt bleiben:

  Erstens bleiben sie weiter voll an allen Kostensteigerungen beteiligt, die den Grundlohnsummenanstieg nicht übersteigen. Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, dass rund die Hälfte der jährlichen Beitragsmehrbelastungen durch den Anstieg der Grundlohnsumme gedeckt werden und nur der übrige Teil durch Beitragssatzanhebungen.

  Zweitens soll der Beitragssatz – wie mehrere Erklärungen aus der Koalition zeigen – ohnehin nicht dauerhaft, sondern nur solange festgeschrieben werden, bis die Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder steigen. Dann soll erneut über den Beitragssatz entschieden werden.

  Drittens beträgt das maximale über Zusatzbeiträge zu finanzierende Volumen aufgrund der Überforderungsgrenze nur 2 Beitragssatzpunkte. Gegenüber der bisherigen Finanzierung können die Zusatzbeiträge damit im Höchstfall einen Anstieg des Arbeitgeberbeitragssatzes um 1 Prozentpunkt vermeiden. Für eine nachhaltige Finanzierung reicht das ebenso wenig aus wie für eine echte Krankheits- von den Arbeitskosten.

Hierfür ist vielmehr erforderlich, dass der Arbeitgeberanteil in den Bruttolohn ausgezahlt wird und die Finanzierung auf eine kassenindividuelle einkommensunabhängige Gesundheitsprämie mit einem Sozialausgleich für einkommensschwache Mitglieder umgestellt wird.

5. Sozialausgleich ist nicht zielgenau und verkompliziert die Entgeltabrechnung

Der geplante Sozialausgleich ist ebenso wenig zielgenau und damit ebenso ungerecht wie das heutige Beitragssystem: Da ausschließlich das beitragspflichtige und nicht das gesamte Einkommen als Maßstab für die Berechtigung zum Sozialausgleich herangezogen werden soll, wird der Sozialausgleich z. B. auch solchen Personen gewährt, die neben ihren geringen beitragspflichtigen Einkommen über hohe, nicht beitragspflichtige Einkommen verfügen. Das gilt z. B. für eine große Zahl von Beziehern kleiner Renten. Die Mängel des heutigen Beitragssystems werden daher beim künftigen Sozialausgleich übernommen. Der Sozialausgleich wird dadurch teurer als nötig.

Die Überantwortung der Durchführung des Sozialausgleichs auf die Arbeitgeber würde zu erheblichen Mehrbelastungen für die Betriebe bei der Entgeltabrechnung führen. Dabei geht es insbesondere um den mit der Berechnung des Sozialausgleichs verbundenen Begleitaufwand.

Nachfolgend eine nicht abschließende Auflistung der Bürokratiemehrbelastungen der Arbeitgeber durch den Sozialausgleich:

- Die Höhe des vom Arbeitgeber vorgenommenen Sozialausgleichs muss jeden Monat gegenüber den einzelnen Krankenkassen gesondert nachgewiesen werden.
- Die Verdienstbescheinigungen der Mitarbeiter müssen entsprechend erweitert werden.
- Es entstehen neuen Meldepflichten für Arbeitgeber bei Beschäftigten mit weiteren beitragspflichtigen Einnahmen.
- Zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen muss ein völlig neues Meldeverfahren eingerichtet werden.
- Einmaliges Entgelt ist beim Sozialausgleich in einem gesonderten, komplizierten Verfahren zu berücksichtigen.
- Der Sozialausgleich führt zu einem Mehr an aufwendigen Rückrechnungen in der Entgeltabrechnung in bereits abgewickelte Abrechnungsmonate.
- Die Entgeltabrechnungs-Software muss umgestellt werden.
- Die Mitarbeiter der Entgeltabrechnung müssen auf das neue System des Sozialausgleichs geschult werden, auch um auf Rückfragen der Beschäftigten und Betriebsrentner vorbereitet zu sein. Gerade aufgrund der wegen des Sozialausgleichs variierenden und differierenden Auszahlungsbeträge ist mit zahlreichen zeit- und damit kostenintensiven Rückfragen der Beschäftigten und Betriebsrentner bei ihren Arbeitgebern zu rechnen.
- Das Haftungsrisiko des Arbeitgebers im komplexen Beitragsrecht steigt abermals.

Diese erheblichen bürokratischen (Folge-) Belastungen betont auch der Nationale Normenkontrollrat (NKR) in seiner Stellungnahme. Falsch sind daher die pauschalen Ausführungen in der Gesetzesbegründung, wonach der Sozialausgleich über die Arbeitgeber „leicht handhabbar“ sei, da der Ausgleich „automatisch“ erfolge und bei den Arbeitgebern nur „geringe Kosten“ entstünden.

Auch in Zukunft muss deshalb der Sozialausgleich allein durch die Krankenkassen erfolgen. Auf diese Weise ließe sich der Sozialausgleich zum einen deutlich zielgenauer und damit gerechter, zum anderen auch wesentlich kostengünstiger erledigen, weil die Krankenkassen entsprechend dem Verfahren nach § 62 SGB V die gesamte Einkommenssituation der Versicherten erfassen können. Darüber hinaus würden so bürokratische Zusatzlasten für die Arbeitgeber und die Rentenversicherungsträger vermieden sowie die Zahl der beim Sozialausgleich beteiligten Stellen minimiert. In der Gesetzesbegründung wird dieser Weg angedeutet: „Perspektivisch soll geprüft werden, ob und wie für den Anspruch auf Sozialausgleich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und nicht nur das sozialversicherungspflichtige Einkommen berücksichtigt werden kann.“ Vor diesem Hintergrund ist es umso unverständlicher, dass die Krankenkassen, die allein für eine Gesamteinkommenswürdigung in Frage kommen, nicht von Beginn an auch mit der Durchführung des Sozialausgleichs beauftragt werden.

Falls trotz dieser gravierenden Einwände die Arbeitgeber zur Durchführung des Sozialausgleichs verpflichtet werden sollen, muss zumindest sichergestellt sein, dass sie eine volle Kostenerstattung für die Übernahme dieser Fremdaufgabe erhalten, so wie dies auch bei der Übernahme von Aufgaben von einem Sozialversicherungsträger für den anderen regelmäßig erfolgt. Zudem muss der zusätzliche Bürokratieaufwand für die Betriebe auf das absolut unverzichtbare Minimum reduziert werden.

Dringender Korrekturbedarf besteht insbesondere bei drei Punkten:

- Sofern Beschäftigte neben ihrem Arbeitsentgelt weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, muss das gesamte Sozialausgleichsverfahren von der jeweiligen Krankenkasse durchgeführt werden. Die Feststellung weiterer beitragspflichtiger Einnahmen und die ggf. notwendige Rücksprache mit dem Versicherten ist allein Aufgabe der Krankenkasse. Das ist nicht nur im Interesse der Arbeitnehmer mit Blick auf Vertraulichkeit ihrer Daten bzw. dem Datenschutz, sondern würde darüber hinaus auch den Arbeitgebern zusätzliche Bü-

rokratie ersparen: Damit erübrigt sich die vorgesehene neue Arbeitgeberpflicht, monatlich das Entgelt ihrer Mehrfachbeschäftigten an die Krankenkassen zu melden. Diese Meldepflicht ist schon deshalb nicht akzeptabel, weil die Arbeitgeber heute schon monatlich die Entgeltdaten ihrer Beschäftigten im Rahmen des ELENA-Verfahrens melden. Es ist nicht hinnehmbar, dass die Arbeitgeber diese Entgeltdaten nun ein weiteres Mal in einem anderen Meldeverfahren an die Krankenkassen melden sollen. Doppelmeldungen zu Lasten der Arbeitgeber darf es nicht geben.

- Es muss gewährleistet werden, dass der Arbeitgeber nicht haften muss, wenn er nach bestem Wissen aufgrund der ihm bekannten Umstände einen Sozialausgleich für seine Beschäftigten durchführt, der sich nachträglich als ungerechtfertigt herausstellt. Nach dem Gesetzentwurf ist das nicht immer sichergestellt. Dies kann z. B. dazu führen, dass der Arbeitgeber, wenn sein Beschäftigter ihm weitere beitragspflichtige Einnahmen verschwiegen hat, der Krankenkasse die im Rahmen des Sozialausgleichs zu wenig geleisteten Beiträge nachentrichten muss, ohne den ungerechtfertigt dem Arbeitnehmer gewährten Sozialausgleich von diesem zurückverlangen zu können. Es kann nicht gewollt sein, dass der Arbeitgeber haften soll, wenn ein Arbeitnehmer zu Unrecht Sozialausgleich erhält.

- Die Sanktionierung säumiger Zusatzbeitragszahler muss weiter allein Aufgabe der Krankenkassen bleiben. Hierfür dürfen nicht auch noch die Arbeitgeber eingeschaltet werden: weder durch den Einzug von Säumniszuschlägen, wie ursprünglich geplant, noch durch das Aussetzen des Sozialausgleichs auf Mitteilung der Krankenkasse, wie nunmehr vorgesehen. Anderenfalls würde der Arbeitgeber in Streitigkeiten zwischen seinen Beschäftigten und ihren Krankenkassen hineingezogen. Zudem würde ein solches Verfahren die Abwicklung des Sozialausgleichs noch weiter verkomplizieren. Dies zeigt z. B. der Fall, in dem ein sozialausgleichsberechtigter Rentner, der auch eine Betriebsrente erhält, seinen Zusatzbeitrag nicht zahlt. In diesem Fall müsste die Krankenkasse die Rentenversicherung anweisen, dass sie den Sozialausgleich einstellt, und den Arbeitgeber, dass er von der Betriebsrente 2 Prozent weniger an Beiträgen an die Krankenkasse abführt (8,2 Prozent statt 10,2 Prozent). Diese Änderung wäre von allen Beteiligten (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Arbeitgeber) administrativ umzusetzen und dann wieder zu korrigieren, sobald der bislang säumige Rentner den Zusatzbeitrag nachentrichtet hat. Der Arbeitgeber müsste in diesem Fall seinem Betriebsrentner vermitteln, warum er von seiner Betriebsrente bei Säumnis des Zusatzbeitrags weniger und bei ordnungsgemäßer Entrichtung mehr Beiträge abführt.

6. Wegfall der Drei-Jahres-Regel entlastet Arbeitgeber von Bürokratie

Sehr zu begrüßen ist der vorgesehene Wegfall der so genannten Drei-Jahres-Regel betreffend die Prüfung des Vorliegens von Versicherungspflicht oder -freiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die mit dem GKV-WSG eingeführte Wartezeitregelung erfordert heute eine in die Vergangenheit gerichtete Betrachtung des „regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts“, was insbesondere bei Neueinstellungen nicht immer ohne Weiteres möglich und oftmals mit Problemen behaftet ist. Dies gilt zum einen, weil damit Entgeltdaten, bei denen Beteiligte oftmals Wert auf Vertraulichkeit legen, unnötig offen gelegt werden müssen. Zum anderen sorgt die Regelung aber auch für überflüssige Bürokratie: Für ihre Anwendung benötigt der Arbeitgeber genaue Auskünfte aus allen Vorbeschäftigungen der vergangenen drei Jahre – einschließlich Unterbrechungen, Entgeltminderungen etc. Da sich die Krankenkassen bzw. die Arbeitnehmer, die grundsätzlich nachweispflichtig sind, an die Vorarbeitgeber wenden, sehen sich auch diese mit zusätzlicher Bürokratie (Beschei-

nigungs- und Auskunftsaufwand) konfrontiert. Zudem sind bis heute die Haftungsfolgen einer falschen Auskunft ungeklärt.

Deshalb sowie vor dem Hintergrund, dass damit eine in der vergangenen Legislaturperiode erfolgte Schwächung der privaten Krankenversicherung wieder korrigiert wird, ist die Rückkehr zum alten Recht, nach dem der Wechsel in die private Krankenversicherung schon nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich ist, zu begrüßen.

Diskutiert wird im Zusammenhang mit diesem Gesetzgebungsverfahren auch über eine klare Abgrenzung zwischen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Wahl- und Zusatztarife. Hier muss sichergestellt sein, dass Wahltarife einer Krankenkasse nicht zu Nachteilen ihrer übrigen Beitragszahler führen und den in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Solidarausgleich nicht mindern. Zudem dürfen Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zur Absicherung von Leistungen dienen, die über den Pflichtleistungskatalog hinausgehen. Dieses Betätigungsfeld muss sowohl aus Gründen der Subsidiarität als auch wegen der ungleichen Wettbewerbsbedingungen den privaten Krankenversicherern vorbehalten bleiben.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(3)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
13.10.2010

SOZIALVERBAND VdK DEUTSCHLAND

Stellungnahme

des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Drs. 17/3040

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG) - Drs. 17/3040

zum Antrag der Fraktion die Linke „Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen“ - Drs. 17/1238

anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 25. Oktober 2010

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Wurzerstraße 4a
53175 Bonn
Telefon: 0228 82093 - 0
Telefax: 0228 82093 - 43
e-mail: kontakt@vdk.de

Bonn, den 13. Oktober 2010

Inhalt

		Seite
I.	Grundsätzliches	3
II.	Ausgaben	5
III.	Finanzierung	6
IV.	Sozialausgleich	8
V.	Weitere Regelungen	9
V.1	Erleichterung des Wechsels in die PKV	9
V.2	Kostenerstattung und Wahltarife	9

I. Grundsätzliches

Feststellungen der Bundesregierung:

Nach Aussage der Bundesregierung dient die Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung dem Ziel, das kurzfristig 2011 entstehende Defizit von bis zu 11 Milliarden Euro auszugleichen und zugleich das strukturelle Finanzierungsproblem der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beheben. Zur Bewältigung der Probleme wird der Arbeitgeberbeitrag eingefroren und einkommensunabhängige Pauschalprämien eingeführt, die durch einen Sozialausgleich flankiert werden. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Menschen auch in Zukunft im Krankheitsfall eine sehr gute medizinische Versorgung erhalten, die Lasten gerecht verteilt und das Gesundheitssystem unabhängiger von konjunkturellen Entwicklungen gemacht wird. Auch der Wettbewerb soll durch unverzerrte Preissignale und mehr Beitragsautonomie der Krankenkassen intensiviert und die Lohnnebenkosten stabilisiert werden. Die Kostenerstattung soll ausgebaut werden

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Der Behauptung der Bundesregierung, das Gesundheitssystem würde durch die Reform besser, gerechter und stabiler, ist entschieden zu widersprechen. Das Gegenteil ist der Fall.

Die Solidarität wird durch ungedeckelte Zusatzbeiträge und einen eingefrorenen Arbeitgeberbeitrag weiter ausgehöhlt. Zukünftige Kostensteigerungen werden allein von den Versicherten getragen. Während der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent eingefroren wird, steigt der Anteil von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Rentnerinnen und Rentnern auf bis zu 10,2 Prozent. Und dies trotz hoher Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen und stark steigenden Gewinnen.

Durch die pauschalen Zusatzbeiträge werden untere und mittlere Einkommen überproportional belastet. Höhere Einkommen werden dagegen entlastet. Bei einem Zusatzbeitrag von 16 Euro bedeutet dies, dass Einkommen bis 800 Euro einen Gesamtbeitrag von 10,2 Prozent schultern müssen, während Versicherte an der Beitragsbemessungsgrenze (derzeit 3.750 Euro) lediglich 8,6 Prozent aufwenden müssen. Ein GKV-Versicherter mit 6.500 Euro Einkommen weist dagegen nur einen Gesamtbeitrag von 5,0 Prozent auf.

Rentnerinnen und Rentner werden noch stärker belastet als Arbeitnehmer. Da die meisten Rentnerinnen und Rentner keine Steuern zahlen, können sie die Krankenversicherungsbeiträge nicht von der Steuer absetzen. Die Erhöhungen schlagen voll auf das verfügbare Einkommen durch.

Von der Ankündigung der Bundesregierung, durch Einbeziehung weiterer Einkünfte werde der Sozialausgleich deutlich gerechter, ist kaum etwas übrig geblieben. Nicht nur werden bestehende Gerechtigkeitsdefizite nicht beseitigt, sondern massiv neue geschaffen. Der Sozialausgleich orientiert sich nicht an der gesamten Leistungsfähigkeit, sondern nur am beitragspflichtigen Einkommen. Ein Haushaltsbezug fehlt völlig. Dadurch ergeben sich im verstärkten Maße regressive Belastungswirkungen. Zwar werden über zusätzliche Steuermittel für den Sozialausgleich weitere Einkommensarten für die

Finanzierung des Gesundheitssystems herangezogen. Doch ließe sich dies auch auf anderem Wege erreichen. Zudem ist in hohem Maße fraglich, ob zwei Milliarden Euro zur Finanzierung des Sozialausgleichs bis 2015 ausreichen. Ist dies nicht der Fall, sind weiter steigende Zusatzbeiträge die Folge.

Privat Krankenversicherte können sich weiter der Solidarität entziehen. Durch die Verkürzung der 3-Jahres-Frist zum Wechsel in die PKV wird der Entsolidarisierung in der GKV Vorschub geleistet und dem System bis zu 500 Millionen Euro an Beitragseinnahmen entzogen.

Dass das Finanzierungssystem durch die Reform stabiler und nachhaltiger wird, gilt lediglich für Arbeitgeber. Die Versicherten müssen sich auf nachhaltig stark steigende Zusatzbeiträge einstellen. Ob es der Bundesregierung tatsächlich gelingt, die Kostensteigerungen in den Griff zu bekommen, scheint fraglich. Bei eingefrorenem Arbeitgeberbeitrag scheint der Handlungsdruck zur Beschneidung von Leistungserbringerinteressen jedenfalls deutlich geringer.

Richtig ist, dass durch die Einführung ungedeckelter Zusatzbeiträge der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stark angefacht wird. Der Mitgliederschwund bei den Krankenkassen, die Anfang des Jahres Zusatzbeiträge erhoben haben, zeigt, dass der Zusatzbeitrag als Preissignal stärker wirkt und die Wechselbereitschaft hoch ist. Wettbewerb ist jedoch kein Selbstzweck, sondern hat dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung und einer effizienten Mittelverwendung zu dienen.

Aus der Beratung in den VdK-Geschäftsstellen erfahren wir, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen unter dem Regime der Zusatzbeiträge ein reiner, verschärfter Preiswettbewerb ist. Die Folge ist zunehmend zu beobachtende restriktive Leistungsgewährung und ein Kurzfristdenken bei den Krankenkassen. Da die Zusatzbeiträge nicht in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich fließen, wird sich diese Tendenz massiv verstärken. Für chronisch kranke, behinderte und ältere Versicherte bedeutet dies, dass die Versorgung tendenziell schlechter wird.

Anders als von der Bundesregierung angedeutet, dient der Ausbau der Kostenerstattung nicht der Wahlfreiheit der Versicherten. Die Kostenerstattung führt zu einer Verteuerung der Versorgung und wird von den Versicherten nicht gewünscht. Mit dem Ausbau der Kostenerstattung bedient die Bundesregierung Leistungserbringerinteressen. Der Patientenschutz wird geschwächt.

Eindeutig steht fest: Die vorgesehene Finanzierungsreform ist sozial unausgewogen und führt zu einer Verschlechterung der Versorgung. Das Kosten- und Konjunkturrisiko wird allein auf die Versicherten abgewälzt. Mit dem Ausbau von Kostenerstattung und Wahltarifen wird ein Systemwechsel weg von der GKV hin zur privaten Krankenversicherung konsequent betrieben. Dieser Marsch in die Privatisierung und somit in eine Zweiklassenmedizin muss sofort gestoppt werden.

II. Ausgaben

Feststellungen der Bundesregierung:

Die Leistungserbringer und die Krankenkassen müssen ihren Teil zur Konsolidierung beitragen. In folgenden Bereichen sollen ab 2011 die Ausgaben stabilisiert werden:

- Die Verwaltungskosten der Krankenkassen dürfen in den nächsten beiden Jahren im Vergleich zum Jahr 2010 nicht ansteigen. Das Einsparvolumen wird auf 300 Millionen Euro pro Jahr geschätzt.

- Falls Krankenhäuser über die vertraglich vereinbarten Leistungen hinaus Mehrleistungen erbringen, wird ein Effizienzabschlag von 30 % festgesetzt. Außerdem dürfen die Krankenhausausgaben lediglich in Höhe der halben Grundlohnsummensteigerung wachsen, was insgesamt zur Einsparungen von 500 Millionen Euro in 2011 führen soll.

- Bei den Zahnärzten wird der Zuwachs auf die halbe Grundlohnsummensteigerung begrenzt (Einsparung 20 Millionen Euro in 2011, 40 Millionen in 2012). Durch eine Anhebung der Punktwerte in den neuen Bundesländern stehen dem aber Mehrausgaben von jeweils gut 40 Millionen Euro pro Jahr gegenüber.

- Im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung werden die Ausgaben bei extrabudgetären Leistungen begrenzt. Einsparungen werden dadurch nicht realisiert, aber Mehrausgaben verhindert.

- Das Vergütungsniveau in der hausarztzentrierten Versorgung wird begrenzt. Es gilt Vertrauensschutz für Verträge, die bis zum Kabinettsbeschluss rechtsgültig sind (Einsparvolumen 500 Millionen Euro).

Im Bereich der Arzneimittel wurden bereits kurzfristig wirksame Einsparungen beschlossen. Insgesamt soll so im Jahr 2011 ein Einsparvolumen von 3,5 Mrd. € und im Jahr 2012 von 4 Mrd. € erzielt werden.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Positiv festzustellen ist, dass auf eine Erhöhung der Praxisgebühr oder die Einführung von Festzuschüssen bzw. Mehrkostenregelungen zunächst verzichtet wird, was eine weitere Belastung der Patientinnen und Patienten bedeutet hätte. Im Vorfeld waren solche Maßnahmen von der Koalition noch intensiv diskutiert worden.

Die Einsparmöglichkeiten werden jedoch nicht annähernd ausgeschöpft und strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung von Effizienz und Qualität unterbleiben. Es fällt auf, dass die niedergelassenen Ärzte von Einsparungen weitgehend verschont bleiben, obwohl die ärztliche Vergütung zwischen 2007 und 2009 um über 6 Prozent pro Jahr oder 3,5 Milliarden Euro gestiegen ist. Nach Aussagen der Krankenkassen ließen sich hier kurzfristig 2 Milliarden Euro an Einsparungen realisieren. Stattdessen steigen die Honorare 2010 voraussichtlich um 1,5 Milliarden Euro und 2011 um weitere 1 Milliarde Euro.

Der Arzneimittelvertrieb bei Apotheken bleibt ebenfalls von Einsparungen verschont. Hier ließen sich nach Expertenangaben erhebliche Mittel sparen.

Allein durch „Arzneimittel-Müll“, d.h. nicht eingenommene Medikamente entsteht ein jährlicher Schaden von rund 1 Milliarde Euro. Dies hat nicht zuletzt damit zu tun, dass älteren Menschen immer noch viel zu viele Medikamente verordnet werden, weil das Gesundheitswesen auf eine altersgerechte Gesundheitsversorgung nicht eingestellt ist. Unerwünschten Arzneimittelwirkungen wird nicht wirksam begegnet, weil kein Überblick über die Medikation des Patienten existiert. Die elektronische Gesundheitskarte, die hier erhebliches Potential hätte, lässt weiter auf sich warten.

Durch die Änderungsanträge der Koalitionsfraktion zum Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) werden die Reichweite der schnellen Nutzenbewertung begrenzt (Orphan-Drugs) und die Möglichkeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses einer nachgelagerten Nutzenbewertung beschnitten. Dies führt zu unnötigen Mehrausgaben. Der Sozialverband VdK Deutschland wird die Bundesregierung jedenfalls an den selbst gesetzten Einsparzielen im Arzneimittelbereich messen, da Mehrausgaben sich sofort in steigenden Zusatzbeiträgen niederschlagen.

Es bleibt festzuhalten, dass konsequente Maßnahmen bei Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Apothekern unterbleiben, um den Kostenanstieg zu dämpfen. Würden solche Maßnahmen ergriffen, würde der Beitragsanstieg für die Versicherten geringer ausfallen.

III. Finanzierung

Feststellungen der Bundesregierung:

Vor dem Hintergrund der Wirtschafts- und Finanzkrise wurde der GKV-Beitrag mit Hilfe von Steuermitteln abgesenkt. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz wird daher wieder von 14,0 auf 14,6 %, angehoben. Der nur vom Arbeitnehmer finanzierte Beitrag von 0,9 % bleibt erhalten.

Der Arbeitgeberbeitrag wird auf der Höhe von 7,3 Prozent festgeschrieben. Damit werden die Gesundheitskosten von den Arbeitskosten für die Zukunft entkoppelt. Unvermeidbare Ausgabensteigerungen werden durch Zusatzbeiträge der Versicherten finanziert. Die Belastungsgrenze wird von 1 auf 2 Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens verdoppelt. Danach greift ein Sozialausgleich aus Steuermitteln.

Um den Druck auf säumige Zahler zu erhöhen, wird ein besonderer Säumniszuschlag eingeführt. Wenn ein Mitglied für insgesamt mindestens sechs Monate mit der Zahlung säumig ist, hat er einen einmaligen Säumniszuschlag von drei Zusatzbeiträgen und mindestens 30 Euro zu zahlen.

Nach Aussagen des Bundesgesundheitsministeriums wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag bis 2014 16 Euro nicht übersteigen. 2012 soll er im Durchschnitt bei 8 Euro und 2013 bei 13 Euro liegen. Das heißt, für ein beispielhaftes Einkommen von 800 Euro im Monat wird bis 2014 kein Sozialausgleich notwendig sein.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Die Beitragssatzerhöhung erfolgt letztmalig paritätisch. Ab 2011 wird dann der Arbeitgeberbeitrag eingefroren. Zukünftige Kostensteigerungen gehen alleine zulasten der Versicherten über Zusatzbeiträge. Dies bedeutet eine weitere Aushöhlung der paritätischen Finanzierung im Umfang von 10 Milliarden Euro.

Der Weg in den Systemwechsel wird fortgesetzt. Wie vom Sozialverband VdK Deutschland bereits 2006 befürchtet, wird aus der kleinen schrittweise eine große Pauschale. 2009 wurden die Zusatzbeiträge mit einer Belastungsgrenze von 1 Prozent eingeführt. Zum 1.1.2011 wird die Belastungsschwelle bereits auf 2 Prozent erhöht. Für einen Rentner mit 1000 Euro bedeutet dies eine Verdopplung der Belastung auf bis zu 240 Euro im Jahr.

In den nächsten Jahren werden die Gesundheitskosten weiter steigen und damit die Pauschalprämien. Dies bedeutet zugleich, dass die Kosten für den Sozialausgleich steigen. Es ist bereits jetzt absehbar, dass dann eine weitere Anhebung der Belastungsschwelle auf drei Prozent und mehr erfolgen wird.

Der Zusatzbeitrag verschärft eine erhebliche Kumulation der Belastungen wie Zuzahlungen, Praxisgebühr, Leistungsausgrenzungen, Sonderbeitrag, aber auch Belastungen in der Pflege- und Rentenversicherung (Nullrunde 2010).

Die Arbeitgeber werden dagegen entlastet, trotz international hervorragender Wettbewerbsfähigkeit und schnell steigender Auslastung und Gewinne. Durch das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags wird der Handlungsdruck deutlich abnehmen, Strukturreformen auf der Ausgabenseite vorzunehmen. Ein Gegengewicht zu den starken Lobbys der Leistungserbringer zu organisieren, wird deutlich schwieriger werden.

Die Erforderlichkeit eines zusätzlichen Säumniszuschlags verweist auf die erheblichen Bürokratiekosten bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen. Die Einrichtung individueller Konten, das Einfordern der Beiträge und das Inkasso verschlingen gerade bei niedrigen Ausgangsbeträgen einen erheblichen Teil der Einnahmen.

Die mit der Einführung der Zusatzbeiträge bereits zu beobachtende Verschärfung des Wettbewerbsdrucks wird sich weiter verstärken. Krankenkassen, die zu Jahresbeginn einen Zusatzbeitrag verlangen mussten, haben massiv Mitglieder verloren. Die Folge ist eine sehr kurzfristige auf schnelle Ausgabenbegrenzung ausgerichtete Geschäftspolitik der Krankenkassen. Die Beratungsstellen des Sozialverbandes VdK Deutschland berichten schon von einer verbreitet restriktiven Leistungsgewährung, wie beispielsweise beim Krankengeld. Hier wirkt sich auch aus, dass die Zusatzbeiträge nicht im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

Handlungsalternativen sind gegeben:

- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf Höhe der Rentenversicherung.
- Einführung eines Risikostrukturausgleichs zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Dies würde bis zu 10 Milliarden Euro Einnahmen bei der GKV realisieren.

- Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel, die die GKV um rund 2-3 Milliarden Euro entlasten würde.
- Erweiterung der Bemessungsgrundlage um weitere Einkünfte.
- Rückkehr zur paritätischen Finanzierung.
- Vorfahrt für integrierte Versorgungskonzepte.
- Beseitigung der patientenschädlichen Systemgrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.
- Stärkung der Prävention durch ein entsprechendes Gesetz.

IV. Sozialausgleich

Feststellungen der Bundesregierung:

Es wird ein Sozialausgleich eingeführt, der nach Aussage des Bundesgesundheitsministeriums „unbürokratisch und gerecht“ sein soll. Der Sozialausgleich findet direkt bei den Arbeitgebern und den Rentenversicherungsträgern statt und funktioniert wie folgt: Übersteigt der Zusatzbeitrag der Krankenkasse 2 Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einkommen, wird der einkommensabhängige Beitrag um den die Belastungsgrenze übersteigenden Betrag reduziert. Allerdings nur bis zum durchschnittlichen rechnerischen Zusatzbeitrag, der im Herbst für das Folgejahr vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegt wird. Davon soll ein Anreiz zum Wechsel in eine günstigere Krankenkasse ausgehen. Die dem Gesundheitsfonds durch die Absenkung der Arbeitnehmerbeiträge entgehenden Einnahmen werden durch Steuermittel ausgeglichen. Für die Jahre 2011 bis 2014 wird Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert, deren Aufbau durch einen weiteren Bundeszuschuss von zwei Milliarden Euro beschleunigt wird. Für den Versicherten ist kein Antrag oder Nachweis erforderlich. Der Sozialausgleich wird direkt beim Arbeitgeber oder der Rentenkasse vorgenommen, die diesen in die EDV-gestützte Lohnabrechnung integrieren.

Wenn der Versicherte über mehrere beitragspflichtige Einkünfte verfügt, hat die Krankenkasse die Einkünfte zusammenzuführen, den Sozialausgleich zu überprüfen und der Beitrag abführenden Stelle das anzuwendende Beitragsbemessungsverfahren mitzuteilen.

Bezieher von Niedrigsteinkommen, deren Versichertenanteil niedriger als der durchschnittliche rechnerische Zusatzbeitrag ist, können einen Antrag bei der Krankenkasse auf Erstattung des Differenzbetrags bei der Krankenkasse stellen. Der Versicherte ist über die beitragsabführende Stelle über das Antragsrecht zu informieren. Bei Rentnern erfolgt dies über das Kontoauszugsverfahren.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Der „automatische“ Sozialausgleich bei Arbeitgebern und Rentenversicherung hat den Vorteil, dass ein aufwendiges Antrags- und Nachweisverfahren vermieden wird. Dies wird erkauft mit erheblichen Gerechtigkeitsdefiziten.

Mit dem ausschließlichen Bezug auf das beitragspflichtige Einkommen hat der Sozialausgleich das Etikett „gerecht“ nicht verdient. Es wird gerade nicht auf die gesamte

Leistungsfähigkeit des Versicherten abgehoben, zusätzliche Einkünfte werden bei der Belastungsgrenze nicht berücksichtigt. Belastungsgerechtigkeit ist nicht gegeben.

Darüber hinaus ergeben sich unterschiedliche Belastungswirkungen, je nach dem ob ein Versicherter in einer Kasse mit hohem oder niedrigem Zusatzbeitrag versichert ist. Liegt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag über dem rechnerischen durchschnittlichen Zusatzbeitrag aller Kassen, liegt die Belastungsschwelle über 2 Prozent des Einkommens. Umgekehrt lässt sich die Belastungsschwelle unter 2 Prozent drücken, wenn der Versicherte zu einer Krankenkasse wechselt, deren Zusatzbeitrag unter dem Durchschnitt liegt.

V. Weitere Regelungen

V.1 Erleichterung des Wechsels in die PKV

Feststellungen der Bundesregierung:

Der Wechsel zur Privaten Krankenversicherung wird erleichtert. Zukünftig ist dieser wieder nach einmaligem Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze möglich. Die Regelung tritt bereits zum 31.12.2010 in Kraft, damit diejenigen Personen, deren Gehalt im Jahre 2010 die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, schon zum 1.1.2011 in die PKV wechseln können. Die Bundesregierung rechnet mit jährlichen Mindereinnahmen der GKV von 200 Millionen Euro.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Durch diese Regelung wird das durch Risikoselektion und Ineffizienz gekennzeichnete Nebeneinander von GKV und PKV zementiert, statt faire Rahmenbedingungen für echten Wettbewerb zu schaffen. Weder wurde ein einheitlicher Wettbewerbsrahmen geschaffen, in dem GKV und PKV zu gleichen Bedingungen miteinander konkurrieren, noch wird wenigstens eine Einbindung der PKV in den Risikostrukturausgleich vorgenommen, was dringend erforderlich wäre. Während sich die gut verdienenden und gesunden Versicherten der Solidarität entziehen können, liegt die Last der GKV-Finanzierung fast ausschließlich auf den Schultern der Bezieher mittlerer und niedriger Einkünfte.

Die Mindereinnahmen der GKV liegen wohl deutlich über der Schätzung der Bundesregierung. Die Techniker Krankenkasse geht von bis zu 500 Millionen Euro aus. Diese Beitragsausfälle müssen die Versicherten über höhere Zusatzbeiträge ausgleichen.

V.2 Kostenerstattung und Wahltarife

Feststellungen der Bundesregierung:

Kostenerstattung und Wahltarife sollen flexibler gestaltet und die Wahlfreiheit der Versicherten gestärkt werden. Die Leistungserbringer werden von der Verpflichtung befreit, sich die erfolgte Beratung über die Mehrkosten der Kostenerstattung schriftlich vom Versicherten bestätigen zu lassen. Eine mündliche Beratung reicht in Zukunft aus.

Die von der Krankenkasse vorzunehmenden Abschläge für die Verwaltungskosten werden auf bis zu 5 % des Erstattungsbetrages begrenzt. Abschläge für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfung entfallen. Die Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung wird von einem Jahr auf ein Kalendervierteljahr verkürzt.

Für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach § 53 Absatz 3 (besondere Versorgungsformen) wird die Mindestbindungsfrist von derzeit drei Jahre auf ein Jahr verkürzt. Das Verbot der Quersubventionierung von Wahltarifen aus dem allgemeinen Haushalt soll in Zukunft auch aktuariell überprüft werden.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Die Möglichkeit, Kostenerstattung zu wählen, besteht bereits, wird von den Versicherten aber so gut wie nicht in Anspruch genommen: 0,19 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten haben sich im zweiten Halbjahr 2008 für die Kostenerstattung entschieden. Der Grund dafür ist nicht eine mangelnde Flexibilität, wie die Bundesregierung suggeriert, sondern die Tatsache, dass sie zu einer erheblichen Verteuerung der Gesundheitsversorgung führt: Ärzte können mit bis zu 2,3fachem Steigerungssatz abrechnen, während die Versicherten nur den einfachen Satz abzüglich Verwaltungskosten erstattet bekommen. Hinzu kommt, dass die Versicherten in Vorleistung gehen müssen – ein Verfahren, das selbst von vielen PKV-Versicherten als viel zu bürokratisch empfunden wird. Zudem stellt es für Niedrigverdiener eine unüberwindbare Hürde dar. Die Kostenerstattung dient nicht der „Freiheit“ der Versicherten, sondern den Erwerbsinteressen der Leistungserbringer.

Durch die Neuregelung des §13 Absatz 2 wird der Patientenschutz geschwächt. Die Leistungserbringer werden von der Verpflichtung entbunden, sich die erfolgte Beratung über die Mehrkosten schriftlich vom Versicherten bestätigen zu lassen. Diese Regelung wurde gerade eingeführt, um den Patientenschutz zu stärken und dem Versicherten die Beratungspflicht des Leistungserbringers in Erinnerung zu rufen. Diese Regelung muss erhalten bleiben. Gleiches gilt für die Bindungsfrist. Durch eine Verkürzung auf ein Vierteljahr erhöht sich die Gefahr, dass Patienten unter Druck geraten, für eine bestimmte Behandlung Kostenerstattung zu wählen.

Wahltarife sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung systemfremd. Der GKV droht dadurch ein Mittelentzug durch junge und gesunde Versicherte und eine Verteuerung der Gesundheitsversorgung für chronisch kranke, behinderte und ältere Menschen. Einen Ausbau der Wahltarife durch eine Verkürzung der Bindungsfrist lehnt der Sozialverband VdK Deutschland deshalb ab. Zwar gilt für alle Wahltarife weiterhin die gesetzliche Verpflichtung, dass sich die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanzieren müssen. Risiken für den allgemeinen Haushalt der Krankenkassen – auch bei einer aktuariellen Prüfung - sieht der Sozialverband VdK Deutschland dadurch nicht gebannt.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(10)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
15.10.2010

Öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, 25. Oktober 2010

Lobby der Älteren
Die BAGSO

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.

Bonngasse 10
53111 Bonn

Tel. 0228-24 99 93-11
Fax 0228-24 99 93-20

kaiser@bagso.de

Bonn, 15.10.2010

Stellungnahme

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)

zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)

Vom 28.09.2010
BT-Drs. 17/3040

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) betrachtet die zunehmende finanzielle Belastung der Rentnerinnen und Rentner durch steigende Gesundheitskosten mit großer Sorge. So wurden die in der GKV Versicherten und Patienten[1] in den vergangenen Jahren bereits immer stärker finanziell belastet, z.B. durch den nur von den Versicherten zu leistenden Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten sowie durch die volle Beitragspflicht auf Versorgungsbezüge, Betriebsrenten und Arbeitseinkommen von Rentnern. Gleichzeitig wird die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch die Praxisgebühr und erhöhte Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln stärker individuell in Rechnung gestellt. Dies trifft ältere Versicherte aufgrund chronischer und altersbedingter Erkrankungen sowie häufigerer Multimorbidität in besonderer Weise. Von der Streichung der GKV-Erstattungen für Brillen und von den gedeckelten Festbeträgen für Hörgeräte sind ältere Menschen bereits in großer Zahl betroffen.

[1] Ältere Menschen sind zu einem besonders hohen Prozentsatz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Laut Mikrozensus waren im Jahr 2007 nur 11 Prozent der Männer über 65 Jahre und 6 Prozent der Frauen über 65 Jahre privat krankenversichert.

Eine schriftliche Befragung, die die BAGSO im Jahr 2007 im Projekt „Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung – Medizin für Jung und Alt“ unter gut 1.600 Seniorinnen und Senioren durchführte, ergab, dass sich bereits über 40 Prozent durch Praxisgebühr, Zuzahlungen und Eigenanteile „stark belastet“ fühlen. Die finanziellen Belastungen sind für Senioren besonders gravierend, da sie nach zahlreichen Nullrunden in der Gesetzlichen Rentenversicherung mit real sinkenden Renteneinkommen konfrontiert sind. Dies betrifft in besonderem Maße diejenigen älteren Bevölkerungsgruppen, die nur sehr niedrige Renteneinkommen zur Verfügung haben[2]. Die BAGSO hält es daher für dringend notwendig, die Beitrags- und Kostenbelastung der Versicherten und Patienten zu reduzieren.

Im nun vorgelegten Gesetzentwurf GKV-FinG sehen wir jedoch keine Ansatzpunkte für eine Reduzierung der Belastung. Im Gegenteil: gerade für Senioren steigt die Gefahr, durch die vorgeschlagenen Maßnahmen noch stärker belastet zu werden. Wir kritisieren insbesondere die Doppelbelastung der Versicherten aus Beitragserhöhung sowie einkommensunabhängigen und unbegrenzten Zusatzbeiträgen. Der Gesamtbeitrag der Versicherten könnte so auf 10,2 Prozent steigen, ohne dass der geplante Sozialausgleich überhaupt greift. Da der Sozialausgleich nicht auf dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag, sondern auf dem Durchschnittsbeitrag aller Krankenkassen basiert, kann dies dazu führen, dass die Differenz zwischen individuellem Zusatzbeitrag und Durchschnittsbeitrag trotz „Sozialausgleichs“ von den Versicherten allein getragen werden muss.

Die BAGSO begrüßt ausdrücklich, dass die Präventions- und Früherkennungsleistungen von den Ausgaben begrenzenden Regelungen ausgenommen sind, haben wir bei unserer Untersuchung im Jahr 2007 doch festgestellt, dass teilweise bereits aus Kostengründen auf notwendige Arztbesuche, Behandlungen, Medikamente oder Hilfsmittel verzichtet wird.

Zugleich weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass die Bemühungen um eine Beseitigung regionaler medizinischer Unterversorgung gerade in ländlichen Räumen konsequent weiterverfolgt werden sollten und mit konkreten Maßnahmen vor Ort erfolgreich umgesetzt werden müssen.

Bonn, 15.Oktober 2010

Dr. Guido Klumpp
Geschäftsführer

Claudia Kaiser
Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik

[2] Vgl. Daten des Deutschen Alterssurveys DEAS 2008 (www.dza.de).

Sozialverband Deutschland e.V. Stralauer Straße 63 10179 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(9)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
15.10.2010

Abteilung Sozialpolitik
Tel.: 030 / 72 62 22 – 124
Fax: 030 / 72 62 22 – 328
Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 125
E-Mail: fabian.szekely@sovd.de

Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages in Berlin am 25. Oktober 2010 zum

a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FPD
Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

(BT-Drs. 17/3040)

und zum

b) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen

(BT-Drs.- 17/1238)

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Vorbemerkung	4
1.1	Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung	4
1.2	Reformkonzept des SoVD	4
2.	Grundsätzliche Bewertung des Gesetzentwurfes und des Antrags zu b)	6
3.	Zu den Einzelregelung des Gesetzentwurfes zu a)	8
3.1	Zu den die Versicherten betreffenden Einzelregelungen	8
3.1.1	Zur Beitragssatzanhebung auf 15,5 Prozent nach § 241 SGB V n. F.	8
3.1.2	Zur Bewertung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V n. F	9
3.1.3	Zur Tragung der Zusatzbeiträge nach §§ 242 Abs. 4 und 5, 251 Abs. 6 SGB V n. F.	10
3.1.4	Zum Säumniszuschlag nach § 242 Abs. 6 SGB V n. F.	13
3.1.5	Zur Ermittlung des Sozialausgleichs nach § 242b SGB V n. F.	13
3.1.6	Zum Verwaltungsverfahren nach § 242b SGB V n. F.	15
3.1.7	Zur Festlegung des Durchschnittsbeitrages nach §§ 220, 242a SGB V n.F.	16
3.1.8	Zur Finanzierung des Sozialausgleichs und der Zusatzbeiträge nach §§ 221, 271 SGB V n. F.	17
3.2	Zum Wechsel in die PKV nach § 6 SGB V n. F.	17
3.3	Zu den die Leistungserbringer betreffenden Einzelregelungen	18
3.3.1	Zur Festschreibung der Verwaltungsausgaben nach § 4 SGB V n. F.	19
3.3.2	Zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V n. F.	19
3.3.3	Zur (zahn-)ärztlichen Vergütung nach §§ 85, 87, 87 d SGB V n. F.	20
3.3.4	Zur Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung	21
3.4	Zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes	21
3.5	Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP	22
3.5.1	Zu den Änderungsanträgen 2 und 3	22
3.5.2	Zum Änderungsantrag 5	25

3.5.3 Zum Änderungsantrag 4 25

4. Zum Antrag zu b) 26

5. Fazit 27

1. Vorbemerkung

1.1 Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Jeder Mensch hat Anspruch auf Schutz, Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit. Diese sozialpolitische Aufgabe des Staates erfüllt für ca. 90 Prozent der Bevölkerung die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als der tragende Eckpfeiler unseres Gesundheitssystems. Das solidarische Krankenversicherungssystem hat sich bewährt. Es ist modern und innovativ. Deshalb ist es auf der bestehenden Basis zukunftsfähig weiterzuentwickeln.

In der Vergangenheit wurde jedoch sukzessive damit begonnen, den umfassenden Pflichtleistungskatalog der GKV zu beschneiden. Die Versicherten und Patienten wurden und werden immer stärker einseitig finanziell belastet. So wurden der Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten, die volle Beitragspflicht auf Betriebsrenten und Versorgungsbezüge und die Praxisgebühr eingeführt. Zudem leisten sie Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Darüber hinaus wird bei Zahnersatz und Hörgeräten nur noch ein Festbetrag gewährt, mit der Folge, dass für eine moderne und vollwertige Versorgung der Patienten erhebliche Aufzahlungen geleistet werden müssen. Brillen wurden sogar völlig aus der Erstattung gestrichen. Damit finanzieren die Versicherten bereits heute die GKV zu 60 Prozent. Von einer paritätischen Finanzierung durch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie die Arbeitgeber kann nicht mehr die Rede sein. Die Entsolidarisierung von Gesunden und Kranken, von Gutverdienern und Geringverdienern, damit des gesamten GKV-Systems, hat bereits begonnen.

Im Jahr 2011 droht der GKV ein Defizit von 11 Mrd. Euro. Doch für dieses Defizit sind nicht die Versicherten vorrangig verantwortlich. Es hat drei Hauptursachen: Der Rückgang der Lohnquote am Volkseinkommen (Arbeitslosigkeit, Zunahme der prekären Beschäftigungsverhältnisse, Niedriglohnsektor), gepaart mit geringen tariflichen Lohnabschlüssen und Nullrunden bei Rentnerinnen und Rentnern trägt zu einem nur geringen Anstieg der Beitragseinnahmen bei. Zudem ist der Gesundheitsfonds, politisch gewollt, unterfinanziert. Nur 95 Prozent der Ausgaben werden durch Einnahmen aus Beiträgen und Steuern gedeckt. Demgegenüber wachsen die Ausgaben der Leistungserbringer ungebremst weiter. Bisherige Versuche, medizinisch nicht nachvollziehbare Ausgabensteigerungen dauerhaft in den Griff zu bekommen, waren in der Regel wenig von Erfolg gekrönt. Diese Versuche schlugen fehl, da die Ursachen der Ausgabensteigerungen nicht wirksam bekämpft wurden. Sie gingen aber einher mit einer einseitigen Belastung der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten.

1.2 Reformkonzept des SoVD

Der SoVD sieht vor diesem Hintergrund, sowie vor dem Hintergrund der demographischen und medizinischen Entwicklung, dringenden Reformbedarf im Gesundheitssystem. Im Mittelpunkt einer Reform müssen dabei die Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten stehen. Nach wie vor spricht sich der SoVD für die Überführung des Dualismus von Privater Krankenversicherung (PKV) und

GKV in eine solidarische Bürgerversicherung aus, die die gesamte Wohnbevölkerung einbezieht.

Hierfür ist es für den SoVD vor allem unverzichtbar, dass das Solidaritätsprinzip wieder gestärkt wird. Das heißt, es muss in der GKV einen funktionierenden Solidarausgleich der Risiken zwischen Armen und Reichen, zwischen Jungen und Alten, zwischen Gesunden und Kranken sowie zwischen Familien und Alleinstehenden geben.

Dazu ist vor allem die solidarische Beitragsfinanzierung zu stärken. Einseitige Belastungen der Versicherten, insbesondere durch Pauschalbeträge, Zu- und Aufzahlungen sowie Leistungskürzungen, widersprechen dem Solidarprinzip. Deshalb ist die paritätische Beitragsfinanzierung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern wiederherzustellen. Dabei sind bei der Berechnung der Höhe des Arbeitgeberbeitrags die Eigenbeteiligungen der Versicherten entsprechend zu berücksichtigen. Zur Herstellung der solidarischen Lastenteilung der Krankheitskosten müssen sich auch die Versicherten der PKV vollständig an den systemimmanenten, höheren gesundheitlichen Risiken der GKV in Form eines Solidarausgleichs beteiligen.

In weiteren Schritten sind die Beitragsbemessungsgrenzen in der Sozialversicherung zu vereinheitlichen. In der GKV muss sie zumindest auf die Höhe der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben werden. Zusätzlich sind bei der Beitragsbemessung auch Einkünfte aus Kapitalerträgen und Vermietung, Verpachtung usw. zu berücksichtigen.

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen müssen deren Ausgaben zu 100 Prozent decken. Der Gesundheitsfonds ist ausschließlich aus dem Beitragsaufkommen sowie aus Steuermitteln für die versicherungsfremden, gesamtgesellschaftlichen Leistungen, die die GKV zu erbringen hat, zu finanzieren. Einseitige Belastungen, wie z. B. Sonder- und Zusatzbeiträge müssen abgeschafft werden. Das Sachleistungsprinzip muss erhalten bleiben.

Den Ausbau von Kostenerstattungsregeln lehnen wir strikt ab. Kostenerstattungsregeln würden zu einer weiteren Aufweichung des die GKV prägenden Sachleistungsprinzips führen. Es gibt keine Beweise dafür, dass Kostenerstattungsregelungen zu mehr Transparenz und zu einer Kostendämpfung führen, ohne dass sich dies auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirkt. Wir befürchten vielmehr, dass bei entsprechenden Neuregelungen medizinisch notwendige Leistungen wegen der Eigenbeteiligung nicht in Anspruch genommen werden.

Auch würden durch solche Regelungen das komplette System der vertraglichen Beziehungen in der GKV sowie das System der ärztlichen Honorierung zerstört werden. Der Patient wäre dann Vertragspartner des Arztes, der nach GOÄ abrechnet, und würde von den Krankenkassen eine nachträgliche Rechnungserstattung erhalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wären als Vertragspartner weitgehend entbehrlich. Der Bereich des Qualitätsmanagements müsste neu aufgestellt werden.

Zu einem modernen, demokratischen und sozialen Bundesstaat gehört auch, dass es keine Zwei- oder gar Mehrklassenmedizin gibt. Daher müssen u. a. die unterschiedlichen Vergütungssysteme in der GKV und in der PKV zusammengeführt werden.

Der einheitliche, vollumfängliche Leistungskatalog des SGB V darf ebenfalls nicht zur Disposition stehen. Eine Rationierung von medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen ist unethisch und wird vom SoVD daher strikt abgelehnt.

Der SoVD fordert zudem eine Strukturreform auf der Ausgabenseite. Auch die Leistungserbringer müssen ihren Teil zu einem solidarischen Gesundheitssystem beitragen. Eine solche Strukturreform muss z. B. die Möglichkeit der Ausschreibung von Selektivverträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern sowie die Beseitigung der Unter-, Über- und Fehlversorgung beinhalten. Dabei ist sicherzustellen, dass es in Zukunft eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung gibt.

Zudem ist die präventive Medizin schon allein zur Vermeidung von Ungleichheiten der Morbidität und Mortalität in Abhängigkeit der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht und auch zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu stärken. Zur Vermeidung bzw. Minimierung von Folgekosten muss der Bereich der Rehabilitation entsprechend gestärkt werden.

2. Grundsätzliche Bewertung des Gesetzentwurfes und des Antrags zu b)

Sowohl der Gesetzentwurf zu a) als auch der Antrag zu b) befassen sich mit der Gestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems. Um dieses zu erreichen, wählen beide jedoch unterschiedliche Ansatzpunkte und kommen zu verschiedenen Ergebnissen. Unter Berücksichtigung der von uns erhobenen Anforderungen müssen der Gesetzentwurf zu a) und der Antrag zu b) unterschiedlich bewertet werden.

Der SoVD lehnt den Gesetzentwurf zu a) entschieden ab. Der Entwurf der Fraktion der CDU/CSU und FDP genügt den Anforderungen des SoVD in keiner Weise. Er bedeutet vielmehr eine endgültige Abkehr von den Prinzipien der Solidarität und der Beitragsparität in der GKV. Er führt zu einer weiteren Verstärkung der Zwei- bzw. Mehrklassenmedizin.

Den Gedanken einer leistungsabhängigen, paritätischen und damit solidarischen Beitragserhebung, wie ihn der SoVD vertritt, berücksichtigt der Entwurf überhaupt nicht. Die Fraktionen der CDU/CSU und FDP wollen sogar den Grundsatz der paritätischen Beitragserhebung endgültig aufgeben. Nach der Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent soll der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent festgeschrieben werden. Zukünftige Kostensteigerungen würden allein die Versicherten in Form pauschaler und damit einkommensunabhängiger, unbegrenzter Zusatzbeiträge, also als Kopfpauschalen, tragen. Solche pauschalen Zusatzbeiträge belasten aber gerade die einkommensschwachen Teile der Bevölkerung überproportional, während höhere Einkommen prozentual entlastet werden. Aus diesen Gründen lehnen wir generell Zusatzbeiträge entschieden ab.

Eine ergänzende Belastung der Versicherten durch die Zusatzbeiträge erfolgt zudem dadurch, dass für die nicht erhobenen Zusatzbeiträge für die in § 242 Abs. 5 SGB V n. F. genannten Personengruppen kein Ausgleich vorgesehen ist. Das heißt aber, dass die

dadurch entstehenden Einnahmeausfälle über zusätzlich steigende Zusatzbeiträge die Versicherten belasten.

Der geplante, ergänzende Sozialausgleich ist nicht sozial. Er soll erst bei einer Höhe des Durchschnittszusatzbeitrages von zwei Prozent des Einkommens greifen und wäre unabhängig vom tatsächlich zu zahlenden Zusatzbeitrag. Er greift zudem nicht in allen Fällen ein und gleicht dann auch nicht alle Belastungen aus. Zudem ist nach dem Gesetzentwurf vorgesehen, dass der Sozialausgleich nicht vollständig aus Steuermitteln finanziert wird. In den Jahren 2012 bis 2014 soll er aus der auszubauenden Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, und damit teilweise von den Beitragszahlern selbst, finanziert werden.

Die neue Säumnisregelung ist ebenfalls abzulehnen. Zum einen bestehen schon genügend Sanktionsmöglichkeiten für Versicherte, die ihre Beiträge nicht zahlen, zum anderen belastet diese Regelung gerade die finanziell Schwachen. Sie müssten bei finanzieller Leistungsunfähigkeit nicht nur zusätzlich den Säumnisbeitrag zahlen, sie würden ergänzend auch noch den Sozialausgleich verlieren, auf den sie gerade wegen ihrer finanziellen Leistungsunfähigkeit angewiesen sind. An dieser Stelle darf nicht der pauschale Verdacht der Zahlungsunwilligkeit konstruiert werden.

Die Leistungserbringer sollen hingegen nur mit einem Volumen von 3,5 Mrd. Euro bei einem Defizit von 11 Mrd. Euro zu den Sparmaßnahmen beitragen. Zwar begrüßt der SoVD Teile der geplanten Einsparungen - insbesondere im Arzneimittelbereich -, eine umfassende Strukturreform hin zu einer patientenzentrierten Versorgung wird jedoch nicht in Angriff genommen. Wir wenden uns gegen die Bestrebung, geeignete Mittel für eine patientenzentrierte Versorgung zu beschneiden. Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung müssen weiterhin attraktiv bleiben. Nach dem Gesetzentwurf sind bei den Leistungserbringern zudem tatsächliche Einsparungen nicht vorgesehen. Begrenzt wird lediglich das Ausgabenwachstum.

Insgesamt dient der Gesetzentwurf zu a) dazu, die Leistungserbringer möglichst zu schonen und die Versicherten die Kosten der medizinischen und demographischen Entwicklung allein tragen zu lassen. Der Belastungsmix aus Beitragserhöhung, pauschalen Zusatzbeiträgen und möglichen Kostenerstattungen führt insbesondere bei versicherten Bürgerinnen und Bürgern mit geringen Einkünften und bei Rentnerinnen und Rentnern dazu, dass sie spürbare Einkommensverluste hinzunehmen haben. Diese Entwicklung ist für den SoVD nicht tragbar. Dieser Gesetzentwurf wird daher von uns entschieden abgelehnt.

Demgegenüber greift der Antrag zu b) die vom SoVD für wesentlich erachteten Anforderungen an eine Reform des Gesundheitswesens auf. So möchten die Antragsteller die bisherige GKV in eine solidarische Bürgerversicherung überführen. Dabei sollen unter anderem die Versicherungspflichtgrenze abgeschafft, die Beitragserhebung entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit durchgeführt, eine paritätische Finanzierung wieder gewährleistet und das Sachleistungsprinzip vollumfänglich wiederhergestellt werden. Diese Punkte entsprechen den vom SoVD erhobenen Anforderungen.

Ergänzend fordern die Antragsteller auch die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung in der Pflege. Diese soll dieselben Prinzipien wie eine solidarische Bürgerversicherung in Bereich der Krankenversicherung aufweisen. Auch diesbezüglich entspricht der Antrag im Wesentlichen den Anforderungen des SoVD.

3. Zu den Einzelregelungen des Gesetzentwurfes zu a)

3.1 Zu den die Versicherten betreffenden Einzelregelungen

3.1.1 Zur Beitragssatzanhebung auf 15,5 Prozent nach § 241 SGB V n.F.

Die im Gesetzentwurf zu a) geplante Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent kann vom SoVD in dieser Form nicht unterstützt werden. Beitragssatzanhebungen sind nur dann zu rechtfertigen, wenn sie zum einen die Gesamtausgaben der GKV decken und zum anderen zu einer paritätischen Beitragserbringung beitragen bzw. diese wiederherstellen.

Ob diese Anhebung im Jahr 2011 zu einer Kostendeckung führt, ist zweifelhaft. Wir befürchten, dass die durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz eingeplanten Einsparungen in dieser Höhe nicht realisiert werden können. Somit müsste ein Teil des einmaligen Steuerzuschusses doch zur Deckung des entstehenden Defizites verwendet werden. Im Übrigen würde es auch zukünftig allein durch das Beitragsaufkommen sowie durch die Steuerzuschüsse nicht zwingend zu einer Kostendeckung kommen müssen. Denn die unzureichende, bisher bestehende Regelung, nach der der Gesundheitsfonds zu 95 Prozent gedeckt werden muss, soll gestrichen werden. In der Zukunft kann es damit trotz der Beitragsanhebung zu einer ständig sinkenden Deckungsquote des Gesundheitsfonds kommen. Dieser Zustand muss vermieden werden.

Die Beitragsanhebung im Jahr 2011 ist zwar paritätisch auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer verteilt, dennoch bleibt es dabei, dass die Arbeitnehmer weiterhin einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent zu tragen haben. Die Beitragssatzanhebung führt damit insgesamt auch nicht zu einer paritätischen Beitragserbringung.

Weiterhin würden die Arbeitgeberbeiträge für die Zukunft auf 7,3 Prozent festgeschrieben werden, während die Arbeitnehmer auf Dauer 8,2 Prozent und zusätzlich den neuen, einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag zu zahlen haben. Das Prinzip der Beitragssatzparität wäre sogar dauerhaft abgeschafft.

Das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages kann nicht mit dem positiven Effekt auf die Lohnnebenkosten begründet werden. Diese Behauptung ist nicht genügend wissenschaftlich fundiert. Konstante Lohnnebenkosten bei steigenden Beiträgen für die Versicherten führen zum einen zu einem Kaufkraftverlust, der sich negativ auf die Inlandsnachfrage und damit auf den Arbeitsmarkt auswirkt. Zum anderen muss berücksichtigt werden, dass die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer diese Kostensteigerungen im Rahmen von Tarifverhandlungen kompensieren würden. Gerade in den Branchen, in denen Gewerkschaften stark verbreitet sind, wird es zu Zusatzvereinbarungen kommen, die die Kostensteigerungen auffangen könnten.

Wir befürchten zudem, dass sich durch den konstanten Arbeitgeberbeitrag die Arbeitgeber nicht mehr dazu verpflichtet sehen, im Rahmen ihrer Beteiligung an der Selbstverwaltung der Krankenkassen unkontrollierten Ausgabensteigerungen entgegenzuwirken. Vielmehr liegt es dann auch in ihrem Interesse, die Gesundheitswirtschaft zu stärken. Damit würden sie aber zu weiteren Ausgabensteigerungen beitragen; von den Auswirkungen auf die betriebliche Gesundheitsförderung ganz zu schweigen.

Aus Sicht des SoVD ist es nicht zu verantworten, dass allein die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Rentnerinnen und Rentner sowie die freiwillig Versicherten die durch die wirtschaftliche, medizinische und demographische Entwicklung und die Gewinnmaximierungsmöglichkeiten einzelner Leistungserbringer bedingten Mehrkosten bezahlen. Schon die Rentenversicherung und damit auch die Rentnerinnen und Rentner müssen durch die Beitragssatzanhebung eine Belastung von zusätzlich 660 Millionen Euro schultern, ohne dabei etwaige Zusatzbeiträge zu berücksichtigen. Im Ergebnis dieser geplanten Regelung entzögen sich neben den Versicherten der PKV auch die Arbeitgeber immer stärker ihrer Mitverantwortung für ein solidarisches Krankenversicherungssystem.

Wir fordern, zur Stärkung der Einnahmebasis in der GKV und zur Vermeidung von Beitragserhöhungen das Lohnniveau anzuheben. Dies sollte u. a. durch die Einführung eines für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer geltenden gesetzlichen Mindestlohns, der eine Aufstockung durch Leistungen des SGB II unnötig macht, sowie durch die Beseitigung der Missstände im Bereich der Leiharbeit erreicht werden. Die Vorleistungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind, heute mehr denn je, seitens der Arbeitgeber zu berücksichtigen. Sie müssen deshalb für angemessene Einkommen und Lohnsteigerungen sorgen. Dies führt dann auch zu steigenden Beitragseinnahmen in der GKV.

Des Weiteren stehen vielfältige Mittel zur Verfügung, die die Einnahmeseite der GKV zusätzlich stärken und dabei den Gedanken der Solidarität im Gesundheitswesen widerspiegeln. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere unter 1.2 ausgeführten Forderungen, wie z. B. die vollständige Deckung des Gesundheitsfonds, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrundlage, die Einbeziehung von weiteren Einkünften in die Beitragsbemessung sowie die Beteiligung der PKV an den Risiken in der GKV durch einen Solidarausgleich.

3.1.2 Zur Bewertung der Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V n. F.

Wir lehnen den geplanten Ausbau der einseitigen, nunmehr pauschalen bzw. einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge kategorisch ab. Denn solche Zusatzbeiträge bedeuten die endgültige Abkehr vom System der paritätischen und solidarischen Finanzierung der GKV und eine nicht zu rechtfertigende einseitige Belastung der Versicherten.

Pauschale Zusatzbeiträge entsprechen auch nicht dem Grundsatz einer leistungsgerechten Beitragserhebung. Sie sind ein Fremdkörper in der solidarischen

Krankenversicherung. Sie belasten Empfänger niedriger Einkommen überdurchschnittlich stark und sind damit hochgradig unsozial. Pauschale, einkommensunabhängige Zusatzbeiträge sind nichts anderes als Kopfpauschalen.

Durch diese Zusatzbeiträge könnte der Krankenkassenbeitrag für die Arbeitnehmer zudem faktisch auf bis zu 10,2 Prozent (8,2 Prozent allgemeiner Beitrag plus nichtausgleichspflichtigem Zusatzbeitrag in Höhe von zwei Prozent) steigen; erst danach würde überhaupt ein Ausgleich stattfinden können. Der SoVD befürchtet, dass ständig steigende Zusatzbeiträge in Kombination mit dem erleichterten Wechsel in die PKV dazu führen, dass Besserverdienende oberhalb der Versicherungspflichtgrenze diese Möglichkeit zum Wechsel nutzen, um den Zusatzbeiträgen in der GKV zu entgehen. Damit bestünde die Gefahr, dass die Einnahmebasis weiter erodiert.

Auf Grund der Doppelbelastung aus Beitragserhöhung und Zusatzbeiträgen und der stagnierenden bzw. zurückgehenden Reallöhne, der Nullrunden bei den Rentnerinnen und Rentnern sowie des steigenden Beitrags zur Arbeitslosenversicherung würde das zum Konsum zur Verfügung stehende Einkommen zudem weiter sinken. Das politische Versprechen „Mehr Netto vom Brutto“ wäre gebrochen.

Entgegen der Entwurfsbegründung führen die Zusatzbeiträge nicht zu einem qualitätsorientierten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Allein die Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrages wird den Wettbewerb beeinflussen. Die Krankenkassen werden versuchen, ihre Ausgaben so gering wie möglich zu halten, um einen möglichst geringen Zusatzbeitrag zu erheben. Dies ist aber nicht immer im Interesse der Patienten. Denn in der Folge muss befürchtet werden, dass Einsparungen vor allem durch die restriktivere Bewilligung von Heil- und Hilfsmitteln usw. realisiert werden. Ergänzend befürchten wir, dass es zu weniger Beratungsleistungen durch den Abbau von Geschäftsstellen und Personal kommt.

Schließlich tragen die Zusatzbeiträge auch nicht zu einer zukunftsfähigen Stabilisierung der Finanzierungsgrundlage der GKV bei. Wie die Erfahrungen anderer Länder zeigen, werden die Zusatzbeiträge und damit die Belastung der Versicherten sprunghaft anwachsen und zukünftig möglicherweise sogar den Arbeitgeberanteil übersteigen. Spätestens dann würden Maßnahmen zur Kostenbegrenzung unvermeidbar werden.

Wir wollen aber bereits im Vorfeld verhindern, dass notwendige Kostenbegrenzungen vor allem durch eine Einschränkung des Leistungskataloges erreicht werden können. Eine zusätzliche Absicherung hätte individuell über Zusatzversicherungen zu erfolgen. Zusatzversicherungen, die nur diejenigen abschließen könnten, die finanziell dazu in der Lage sind. Die medizinische Versorgung von sozial Benachteiligten und Rentnerinnen und Rentnern würde sich massiv verschlechtern.

3.1.3 Zur Tragung der Zusatzbeiträge nach §§ 242 Abs. 4 und 5, 251 Abs. 6 SGB V n. F.

Grundsätzlich steht für den SoVD fest, dass der beabsichtigte Paradigmenwechsel in der GKV verhindert werden muss. Daher darf es keine Zusatzbeiträge geben. Sollte an den Zusatzbeiträgen dennoch festgehalten werden, so wird zumindest anerkannt, dass der

Gesetzentwurf vorsieht, dass Empfänger von Arbeitslosengeld II generell ihre Zusatzbeiträge nicht selbst zahlen müssen. Denn die Zusatzbeiträge werden zurzeit nicht in den Regelsätzen berücksichtigt. Die Tragung der Zusatzbeiträge würde dazu führen, dass auf Grund der ständig steigenden Zusatzbeiträge das soziokulturelle Existenzminimum aus den Regelsätzen nicht mehr bestritten werden kann.

Wir fordern aber, dass in diesen Fällen die kassenindividuellen Zusatzbeiträge von den jeweiligen Trägern an die Krankenkassen gezahlt werden. Es ist falsch, hier einen neuen Verschiebebahnhof zu installieren und zumindest bis 2014 allein die Versichertengemeinschaft die Kosten für diese Zusatzbeiträge tragen zu lassen. Nichts anderes stellt die Finanzierung dieser Durchschnittszusatzbeiträge aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds dar. Es ist nicht Aufgabe der Versichertengemeinschaft, in der GKV die Zusatzbeiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld II zu tragen. Dies ist die gesamtgesellschaftliche Aufgabe des Staates und hat daher zumindest über Steuermittel zu erfolgen, wie dies in einer reinen Absichtserklärung aber erst ab 2015 geplant ist.

Im Übrigen verschärft diese Regelung die bestehende Einnahmeproblematik der GKV. Neben der bestehenden Unterfinanzierung in diesem Bereich durch die geringen Beiträge, die die GKV für Empfänger von ALG II erhält, muss die GKV vorerst auch die Durchschnittszusatzbeiträge für diese Personengruppe selbst erbringen, die Differenz zwischen den Durchschnittszusatzbeiträgen und den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen muss die GKV auch zukünftig allein tragen.

Mit unserer Forderung, dass bei Beziehern von ALG II die Bundesagentur für Arbeit die kassenindividuellen Zusatzbeiträge zu tragen hat, wird zudem vermieden, dass neue Gerechtigkeitsprobleme entstehen. Es ist schwer vermittelbar, warum Geringverdiener knapp oberhalb der Grenze zur Hilfebedürftigkeit ihre Zusatzbeiträge selbst zu zahlen haben und dann auch noch anteilig die Zusatzbeiträge derjenigen ALG II Bezieher finanzieren, die über Zusatzeinnahmen verfügen. Denn für diese Gruppe soll, scheinbar aus Vereinfachungsgründen, nur der durchschnittliche Zusatzbeitrag mittels des ab 2015 einzuführenden Steuerzuschusses finanziert werden.

Zudem benachteiligt diese Regelung Versicherte, die erst durch die Zahlung der Zusatzbeiträge hilfsbedürftig würden (§ 26 Abs. 4 S. 2 SGB II). In diesen Fällen übernimmt die Bundesagentur für Arbeit den Zusatzbeitrag nur dann, wenn der Wechsel zu einer anderen Krankenkasse eine unzumutbare Härte darstellen würde. Damit fallen z. B. diejenigen nicht unter diese Regelung, die nach Ablauf des Sonderkündigungs-rechtes hilfebedürftig werden und an die entsprechende Krankenkasse gebunden sind. Diese Personen müssten also weiterhin die Zusatzbeiträge in voller Höhe selbst tragen. Dies konterkariert aber § 26 Abs. 4 S. 2 SGB II, der Hilfebedürftigkeit vermeiden will. Eine ähnliche Problematik ergibt sich für Empfänger von Sozialgeld. Diese unterfallen ebenfalls dem § 26 Abs. 4 SGB II, so dass auch hier die Zusatzbeiträge nicht zwingend übernommen werden müssen. Im Übrigen wird eine Härte auch nicht an der finanziellen Belastung durch die Zahlung des Zusatzbeitrages festgemacht, sondern an dem Wechsel der Krankenkasse an sich.

Im Rahmen des § 241 Abs. 5 SGB V n. F. ist es grundsätzlich richtig, dass von Empfängern von Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben, von Wehr- und Zivildienstleistenden, von Mitgliedern, die Verletztengeld nach dem SGB VII bzw. Versorgungskrankengeld nach dem BVG erhalten, keine Zusatzbeiträge erhoben werden. Es kann aber nicht sein, dass diese fehlenden Zusatzbeiträge wiederum durch die Versicherten in der GKV refinanziert werden müssen. Es muss sichergestellt werden, dass in diesen Fällen die Träger die Zusatzbeiträge zu übernehmen haben oder zumindest ein Bundeszuschuss in entsprechender Höhe gewährt wird. Die Versicherten in der GKV haben nicht die Aufgabe, Zusatzbeiträge anderer Personengruppen zu finanzieren.

Aus unserer Sicht ist auch unklar, inwieweit die Formulierung, dass auch Mitglieder vergleichbarer Entgeltersatzleistungen keine Zusatzbeiträge zu tragen haben, tatsächlich hinreichend bestimmt ist. Um Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden ist es erforderlich, an dieser Stelle genauer auszuführen, was vergleichbare Entgeltersatzleistungen sind. In der Gesetzesbegründung wird hier von bestimmten Entgeltersatzleistungen gesprochen. Beispielhaft werden dann aber sowohl Entgeltersatzleistungen nach dem Bundeselterngeldgesetz, aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, aus der Gesetzlichen Unfallversicherung, aus der Gesetzlichen Rentenversicherung und auch aus der Arbeitslosenversicherung genannt. Kriterien für Entgeltersatzleistungen, die nicht unter diese Regelung fallen sollen, enthält der Entwurf nicht. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum beispielsweise Bezieher von ALG I, als Entgeltersatzleistung aus der Arbeitslosenversicherung, die Zusatzbeiträge scheinbar als einzige selbst tragen müssen.

Zudem ist unklar, ob z. B. freiwillig versicherte Empfänger von Elterngeld keine Zusatzbeiträge zahlen müssen, obwohl sie hinsichtlich der allgemeinen Beitragspflicht im Gegensatz zu Pflichtversicherten den normalen Mindestbeitrag zahlen müssen und wieso nunmehr hinsichtlich der Zusatzbeiträge eine differenzierende Bewertung vorgesehen ist. In diesem Zusammenhang wäre es angebracht, freiwillig versicherte Bezieher von Elterngeld vollständig von der Beitragspflicht zu befreien.

Der SoVD verlangt, dass es hinsichtlich der Versicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 und Nr. 8 SGB V weiterhin bei einheitlichen Regelungen bleibt. Daher dürfen von behinderten Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen eine regelmäßige Leistung erbringen (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V) keine Zusatzbeiträge erhoben werden. Andernfalls würden versicherungspflichtige Behinderte nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB von den Zusatzbeiträgen befreit werden, versicherungspflichtige Behinderte nach § 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V müssten die Zusatzbeiträge aber selbst tragen bzw. die Träger tragen sie.

Insgesamt zeigt sich, dass die geplanten Zusatzbeiträge differenzierend und lückenhaft ausgestaltet sind. Die Fraktionen der CDU/CSU und FDP sollten, wenn sie schon erkennen, dass die Einführung von Zusatzbeiträgen äußerst problematisch ist, auf die Zusatzbeiträge gänzlich verzichten und nicht ein Regime mit Ausnahmeregelungen unterschiedlichster Qualität schaffen.

Sollten dennoch Zusatzbeiträge für unverzichtbar gehalten werden, fordert der SoVD, dass im Sinne einer einfachen, transparenten Handhabung die Regelungen dahingehend

zu ändern sind, dass die kassenindividuellen Zusatzbeiträge für die oben beschriebene Personengruppe und auch für die Bezieher von Arbeitslosengeld I und II sowie von Kurzarbeitergeld usw. von den jeweiligen Trägern direkt an die Krankenkasse überwiesen werden.

3.1.4 Zum Säumniszuschlag nach § 242 Abs. 6 SGB V n. F.

Der SoVD lehnt auch das Vorhaben, bei einer Säumnis von sechs Zusatzbeiträgen einen Säumniszuschlag in Höhe von mindestens 30 Euro, maximal aber drei Zusatzbeiträgen zu erheben, ab. Zusätzlich soll noch der Sozialausgleich gestrichen werden.

Es besteht kein sachlicher Grund für diese Regelung. Bisher stehen ausreichend Instrumentarien zur Verfügung, säumige Beitragszahler zur Zahlung zu bewegen (Mahnverfahren, Ruhen der Leistung). Wenn diese Maßnahmen nicht gewirkt haben sollten, so ist schon zweifelhaft, ob dann ein erhöhter Säumniszuschlag tatsächlich wirken würde.

Zudem ist noch nicht einmal sicher, ob diese Regelungen tatsächlich nicht gewirkt haben. Zwar haben die Krankenkassen in diesem Bereich Außenstände, ob dies aber zum Großteil auf Zahlungsverweigerung beruht oder aber auf schlichter Unkenntnis, dass der Zusatzbeitrag nicht automatisch vom Einkommen abgezogen wurde, bleibt offen und ist bisher nicht belegt. Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass nach Zahlen einzelner Krankenkassen vor allem die Ausfallquote bei Beziehern von ALG II besonders hoch ist. Durch den vorliegenden Gesetzentwurf müssen diese aber keine Zusatzbeiträge mehr zahlen. Dies erhärtet die Zweifel, ob es tatsächlich dann noch eines weiteren Sanktionselementes bedarf.

Eine solche Regelung würde außerdem den Eindruck erzeugen, dass eine generelle Zahlungsunwilligkeit besteht. Dagegen wird der Aspekt der Zahlungsunfähigkeit nicht berücksichtigt. Gerade Bezieher geringer Einkommen werden durch die zunehmenden Belastungen Probleme haben, zusätzlich bis zu zwei Prozent des Einkommens als Zusatzbeitrag abzuführen.

Im Ergebnis würde diese Regelung sogar dazu führen, dass sich säumige Zahler einer Vielzahl verschiedenster Sanktionen ausgesetzt sehen. Ergänzend fällt dann auch noch der Sozialausgleich weg. Das heißt, säumige Zusatzbeitragszahler werden in eine Schuldenspirale gestürzt.

Versicherten, die durch Zusatzbeiträge finanziell überfordert werden und deswegen dem Sozialausgleich unterliegen, den Sozialausgleich zu streichen, weil sie finanziell überfordert sind, widerspricht sich.

3.1.5 Zur Ermittlung des Sozialausgleichs nach § 242b SGB V n. F.

Der SoVD hält den Weg hin zu Kopfpauschalen für verhängnisvoll und grundsätzlich für einen sozialpolitischen Irrweg. Daher lehnen wir auch den damit verbundenen Sozialausgleich ab. Er ist weder sozial noch gerecht. Die soziale Komponente fehlt ihm,

da jeder grundsätzlich ohne Ausgleich mit bis zu zwei Prozent zusätzlich belastet werden kann. Erst danach könnte ein Ausgleich greifen, der aber nicht an Hand des kassenindividuellen Zusatzbeitrages, sondern an Hand des Durchschnittsbeitrages gebildet wird. Erhebt die Krankenkasse einen höheren Beitrag, greift der Ausgleich nicht.

Das hieße dann aber, dass Versicherte von einer Krankenkasse zur nächsten wechseln müssten, wenn sie auf den Sozialausgleich angewiesen sind. Es kommt zu einer ständigen Wanderungsbewegung hin zu den Krankenkassen, deren Zusatzbeiträge dem Durchschnittszusatzbeitrag entsprechen oder darunter liegen, unabhängig vom tatsächlichen Leistungsumfang und der Leistungsqualität der Krankenkasse, z. B. im Bereich der Prävention. Hier droht eine Art Mehrklassenmedizin innerhalb der GKV. Denn wer es sich leisten kann, der wird auch über die Belastungsgrenze hinaus Zuzahlungen leisten, um spezielle Angebote in Anspruch zu nehmen.

Gerade für chronisch Kranke wäre es außerdem nicht hinnehmbar, dass diese, falls sie zu den Leistungsempfängern gehören, aus ihren gewohnten, gefestigten kassenindividuellen und bewährten Disease-Management-Programmen (DMP), für chronische Erkrankungen wie z. B. Diabetes, aussteigen müssten. Für die Betroffenen wäre dieses Ergebnis, nur weil sie den Differenzbetrag zwischen kassenindividuellen und durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht zahlen können und andere Krankenkassen solche Programme nicht oder nur in anderer Form anbieten, schon vor dem Hintergrund einer Patientenorientierung, der Therapietreue und auch aus Qualitätssicherungsaspekten nicht zu rechtfertigen.

Zudem wären von dieser Regelung gerade behinderte Mitmenschen betroffen. Diese müssten öfter die Krankenkassen wechseln. Bei dem Vorliegen von komplexen Krankheitsbildern ist dies aber mit einem übermäßigen bürokratischen Aufwand verbunden, der sich schwerlich rechtfertigen lässt.

Insgesamt setzt damit die Verknüpfung der Belastungsgrenze mit dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag das patientenfeindliche Signal, die Kosten soweit zu minimieren, dass maximal der durchschnittliche Zusatzbeitrag erhoben wird. Die Entwicklung qualitätssteigernder, patientenfreundlicherer, innovativerer Versorgungsstrukturen, die erst langfristig wirken und unter Umständen gerade in der Anfangsphase Mehrkosten verursachen können, wird somit erschwert.

Der Sozialausgleich ist hinsichtlich der Ermittlung der Belastungsgrenze nicht konsequent. So ergibt sich bei kinderlosen ALG I Beziehern eine Belastungsgrenze, die über zwei Prozent liegt. Denn im Rahmen einer Fiktion wird bei Beziehern von ALG I auf 67 Prozent des der Leistung zu Grunde liegenden Arbeitsentgeltes abgestellt. Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass Bezieher von Arbeitslosengeld ohne Kinder nur 60 Prozent des zu Grunde liegenden Arbeitsentgeltes erhalten. Wird die Grenze aber an Hand der 67 Prozent berechnet, ergibt sich für kinderlose Leistungsbezieher eine tatsächliche Belastungsgrenze, die bei 2,23 Prozent liegt. Eine nähere Begründung für diese Ungleichbehandlung ist nicht ersichtlich. Wir fordern daher, im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses zumindest für eine einheitliche Regelung zu sorgen, die stets die Berücksichtigung des gleichen Prozentsatzes gewährleistet.

Der Sozialausgleich ist auch nicht gerecht. Durch seine Anknüpfung an die beitragspflichtigen Einkommen haben Versicherte mit einem Einkommen zwischen der geplanten Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2011 von 3.712,50 Euro/Monat und der geplanten Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2011 von 4.129,17 Euro/Monat eine Belastungsgrenze, die geringer ist als die Zwei-Prozent-Grenze für alle übrigen Versicherten (bei 4.129,17 Euro/Monat liegt die Grenze bei 1,8 Prozent). Für den Sozialausgleich muss daher mindestens jedes Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze berücksichtigt werden.

Es ist auch unlogisch, dass andere Einkünfte, wie z. B. aus Vermögen, keine Berücksichtigung finden, um die finanzielle Leistungsfähigkeit wirklichkeitsgerecht abbilden zu können. So könnten z. B. Vermögende mit einer geringen gesetzlichen Rente ebenfalls Anspruch auf Sozialausgleich haben. Rentnerinnen und Rentner mit mittleren Renten ohne Vermögen wären hier schlechter gestellt.

Letztendlich kann der Sozialausgleich sogar ausgleichend wirken, wenn nur ein geringerer Zusatzbeitrag als der Durchschnittszusatzbeitrag erhoben wird. In dem Fall, in dem nämlich der kassenindividuelle Zusatzbeitrag unter der Zwei-Prozent-Grenze liegt, der durchschnittliche Zusatzbeitrag aber über der Zwei-Prozent-Grenze, würde trotzdem ein Ausgleich an Hand des durchschnittlichen Beitrages erfolgen. Eine Belastungssituation im Sinne des Gesetzes wäre aber tatsächlich nie eingetreten.

Insgesamt darf es nicht so sein, dass durch die stetig steigenden Zusatzbeiträge und den ergänzenden Sozialausgleich immer mehr Versicherte dem Sozialausgleich unterliegen. Sie werden zum Bittsteller, obwohl es geeignete Maßnahmen gibt, dies zu unterbinden. Das stetige Anwachsen der Anzahl von Empfängern staatlicher Sozialleistungen hätte langfristig eine katastrophale Wirkung auf den gesamtgesellschaftlichen Konsens in der Bundesrepublik Deutschland.

3.1.6 Zum Verwaltungsverfahren nach § 242b SGB V n. F.

Entgegen der Begründung des Gesetzentwurfes kann von einem unbürokratischen Verfahren nicht gesprochen werden. Die Krankenkassen werden gerade bei Versicherten mit mehreren Einkünften mit einem zusätzlichen Verwaltungsaufwand belastet. Sie müssten die jeweiligen Einkünfte abfragen, den Sozialausgleich durchführen und das Ergebnis wiederum den beitragsabführenden Stellen mitteilen.

Bei Rentnerinnen und Rentnern müssten die Krankenkassen die erforderlichen, aktuellen Daten zur Höhe der Rente bei der Rentenversicherung abfragen. Zudem müssten nicht regelmäßig Beschäftigte über ihr Recht auf einen Sozialausgleich regelmäßig informiert werden. Steigende Verwaltungskosten sind damit vorprogrammiert.

Zudem müssen die Krankenkassen nunmehr selbst prüfen, ob bei den Mitgliedern z. B. nach § 5 Abs. 4a SGB V ein Befreiungstatbestand hinsichtlich der Zusatzbeiträge besteht. Auch hier könnte zusätzlicher Verwaltungsaufwand entstehen.

3.1.7 Zur Festlegung des Durchschnittsbeitrages nach §§ 220, 242a SGB V n.F.

Wir erachten es als sachdienliche Regelung, wenn das Bundesversicherungsamt auf Grund der Schätzung der Einnahmen des Gesundheitsfonds und der Ausgaben der Krankenkassen den zur Deckung der Mindereinnahmen erforderlichen Betrag ermittelt und daraus den durchschnittlichen Zusatzbeitrag errechnet.

Es ist jedoch falsch, bei der Rechenformel das erwartete Defizit durch die Anzahl der Mitglieder zu teilen. Durch die Zusatzbeitragsbefreiungen ist es sachgerecht, die von den Zusatzbeiträgen befreiten Personengruppen aus der Anzahl der Mitglieder herauszunehmen. Nur dadurch wird die Zahl derjenigen gewonnen, die tatsächlich Zusatzbeiträge zahlen. Allein die tatsächlichen Zusatzbeitragszahler gleichen jedoch das Defizit aus. Erfolgt keine Änderung dieser Regelung, wird immer durch eine zu hohe Zahl der Mitglieder geteilt, so dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag immer zu gering ausfällt. Es kann nicht sein, dass weniger Mitglieder für das gleiche Defizit zahlen und dies zu höheren tatsächlichen Zusatzbeiträgen führt, als es das Bundesversicherungsamt auf Grund der vorgegebenen Formel errechnen kann. Diese höheren Zusatzbeiträge könnten dann durch den zu niedrig errechneten Durchschnittsbeitrag nicht entsprechend ausgeglichen werden.

Der SoVD fordert zudem, dass das Bundesversicherungsamt entweder den durchschnittlichen Zusatzbeitrag dann auch selber rechtswirksam festlegt oder aber das Bundesministerium für Gesundheit an den ermittelten Wert gebunden ist. Nach dem vorliegenden Entwurf muss das Ministerium den Wert nur auswerten. Damit ist dem Ministerium ein Ermessensspielraum eingeräumt. Es kann damit bei einer anderen Sichtweise durchaus einen anderen durchschnittlichen Zusatzbeitrag festlegen. Dann kann es das Volumen des Sozialausgleichs durch eine niedrigere Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages selbst bestimmen.

Schließlich ist auch bedenklich, dass der Einfluss des Bundesministeriums der Finanzen auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages gesetzlich fixiert wird. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist eine rein mathematische Größe. Finanzielle Interessen des Bundes müssen bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages außen vor bleiben. Das im Gesetzentwurf vorgesehene Einvernehmen mit dem Finanzministerium bei der Bestimmung des Beitrages lässt jedoch befürchten, dass hierdurch auch das Bundesministerium der Finanzen fiskalischen Einfluss erhalten soll.

Wir fordern in diesem Zusammenhang, dass jede Gefahr der politischen und damit fiskalischen Einflussnahme auf den Sozialausgleich unterbunden wird. Im Gesetzgebungsverfahren muss an dieser Stelle klargestellt werden, dass das Bundesministerium nur bei berechtigten, durchgreifenden Zweifeln an den Zahlen des Bundesversicherungsamtes von diesen abweichen darf, im Übrigen aber an diese gebunden ist.

3.1.8 Zur Finanzierung des Sozialausgleichs und der Zusatzbeiträge nach §§ 221, 271 SGB V n. F.

Der SoVD verlangt, die vollständige Finanzierung des Sozialausgleichs und der Zusatzbeiträge nach § 241 Abs. 4 SGB V n. F. aus Steuermitteln ab dem Jahr 2011 in dem Gesetzesvorhaben festzulegen. Die bisherigen Regelungen sind unzureichend und führen dazu, dass die Versichertengemeinschaft der GKV den Sozialausgleich und die nicht erhobenen Zusatzbeiträge selbst finanzieren müsste.

Zwar soll es im Jahr 2011 einen einmaligen Steuerzuschuss für die GKV in Höhe von zwei Mrd. Euro geben, dieser soll aber bis zum Jahre 2014 reichen, um sämtliche anfallenden Kosten für den Sozialausgleich sowie für die durchschnittlichen Zusatzbeiträge der ALG II Empfänger zu begleichen. Sollten die zwei Mrd. nicht ausreichen, tragen die Versicherten über höhere Zusatzbeiträge diese Kosten selbst.

Unklar ist auch, inwiefern der Sozialausgleich nach 2014 aus Steuermitteln finanziert wird. Der § 221b SGB V n. F. legt lediglich fest, dass der Bund Beträge zur Finanzierung des Sozialausgleiches leistet, ohne genau festzulegen, dass diese Beträge für die vollständige Finanzierung tatsächlich ausreichen. Selbst in der Begründung dieser Norm ist nur von entsprechenden Beträgen die Rede. Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang, dass lediglich bezüglich der Höhe der Ausgaben für die Zusatzbeiträge für Empfänger von Leistungen nach dem SGB II ein Zuschuss in voller Höhe im Gesetz verankert ist.

Wie die nicht erhobenen Zusatzbeiträge nach § 242 Abs. 5 SGB V n. F. refinanziert werden sollen, ist nicht klar. Der SoVD fordert aber, dass auch diese Zusatzbeiträge vollständig ausgeglichen werden müssen.

Wir fordern den Gesetzgeber daher auf, gesetzlich zu verankern, dass der notwendige Finanzbedarf des Sozialausgleiches und die Finanzierung des Zusatzbeitrages für ALG II-Empfänger sowie der weiteren Personengruppen nach § 242 Abs. 5 SGB V n. F. zumindest vollständig aus Bundesmitteln gedeckt ist, und zwar ab dem Jahr 2011. Eine Regelung ab 2015 erweckt nämlich den Eindruck, dass die Bundesregierung die Finanzierung des Solidarausgleiches auf die nächste Legislaturperiode verschieben möchte. Eine zumindest partielle Steuerfinanzierung ab 2015 müsste erst 2014 beschlossen werden.

3.2 Zum Wechsel in die PKV nach § 6 SGB V n. F.

Der SoVD verurteilt das Vorhaben der Fraktionen der CSU/CSU und FDP, den Wechsel in die PKV wieder nach einjähriger Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze zu ermöglichen.

Die bestehenden Möglichkeiten, sich der Solidargemeinschaft in der GKV zu entziehen, werden dadurch weiter verstärkt, der Ausstieg aus dem Solidaritätsprinzip wird forciert. Gerade finanziell leistungsfähige Bevölkerungsgruppen müssen ihren Anteil an der Finanzierung der GKV tragen. Sie aus ihrer Verantwortung zu entlassen, widerspricht dem Grundgedanken einer solidarischen Krankenversicherung.

Durch diese Maßnahme könnten der GKV bis zu 400 Mio. Euro jährlich an Einnahmen entzogen werden. Diese Maßnahme steht also konträr zu dem Gesetzesvorhaben, die Finanzierungsbasis der GKV zu stärken bzw. zu stabilisieren. Dazu könnten dann noch Mindereinnahmen durch das statistisch bedingte Absinken der Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2011 um voraussichtlich 400 Euro entstehen. Diese bisher noch nicht bezifferten Mindereinnahmen entstehen dadurch, dass sich der Personenkreis, der der Wechselmöglichkeit unterfällt, vergrößert.

Der SoVD fordert daher, diese Regelung zu streichen. Es muss darum gehen, allen Bürgerinnen und Bürgern den gleichen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung mit einem einheitlichen Leistungskatalog zu sichern und nicht darum, bestimmten Personengruppen, die tendenziell gesünder sind als die sozial Benachteiligten, den Wechsel aus einem Solidarsystem in das Individualsystem der PKV zu erleichtern.

3.3 Zu den die Leistungserbringer betreffenden Einzelregelungen

Die mit diesem Gesetzentwurf zu a) geplanten Ausgabenbegrenzungen sind nach unserer Ansicht zu kurz gegriffen und nicht zielführend.

Wir begrüßen, dass mit den bereits in anderen Gesetzentwürfen geplanten Änderungen im Arzneimittelbereich die dortigen Wirtschaftlichkeitspotentiale erschlossen werden sollen. Dennoch bleiben in diesem Bereich die Folgeschritte aus. Das Wirtschaftlichkeitspotential bei Arzneimitteln ist durch einfache Maßnahmen, wie z. B. der Einführung der vierten Hürde einer Kosten-Nutzen-Bewertung, der Positivliste und der Absenkung des Mehrwertsteuersatzes, weiter auszuschöpfen. Zudem befürchten wir, dass die geplanten Einsparungen in diesem Bereich zu hoch angesetzt sind. Denn die derzeit in der parlamentarischen Beratung befindlichen Änderungsanträge zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) könnten z. B. durch die Vorgabe der Kriterien für die Nutzenbewertung, durch Ausnahmeregelungen bezüglich der Orphan-Drugs die erhofften Einsparungen geringer ausfallen lassen.

Weiterhin planen die Fraktionen der CDU/CSU und FDP mit diesem Gesetzentwurf lediglich Regelungen zur Begrenzung des Ausgabenwachstums in der Vergütung der Leistungserbringer. Die vom SoVD geforderten Strukturreformen werden dagegen nicht angegangen. Wir fordern Regelungen zur wirksamen Bekämpfung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Dazu gehört unter anderem, parallele Versorgungsstrukturen durch Fachärzte im niedergelassenen und stationären Bereich auf den Prüfstand zu stellen. Damit können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen und gleichzeitig die Versorgungsstruktur insgesamt verbessert werden.

Da Strukturreformen auch langfristig Wirkung zeigen müssen, fordert der SoVD, dass der Schwerpunkt nicht nur auf der kurativen Medizin, sondern auch auf der präventiven Medizin liegen muss. Prävention verhindert Krankheiten und führt damit mittel- und langfristig zu sinkenden Behandlungskosten. Diesen Aspekt greift der Gesetzentwurf nicht auf.

Kein Einsparpotential sieht der Gesetzentwurf offensichtlich bei den Apothekern. Diese werden nicht genannt, obwohl dort Sparpotentiale durchaus vorhanden wären.

3.3.1 Zur Festschreibung der Verwaltungsausgaben nach § 4 SGB V n. F.

Während die anderen Leistungserbringer lediglich eine Begrenzung der Ausgabenzuwächse zu dem Vorhaben besteuern, dürfen die Verwaltungskosten der Krankenkassen überhaupt nicht wachsen. Dies ist aber durch die weiteren Regelungen des Entwurfes illusorisch. Es ist nämlich zu befürchten, dass das Verfahren des Sozialausgleichs sowie der Einzug der in Zukunft flächendeckenden Zusatzbeiträge zu erheblich mehr Bürokratie und damit zu Kostensteigerungen führen werden. Dies gilt auch für etwaige Lohnsummenzuwächse oder Zuwächse in der Materialbeschaffung bei den Krankenkassen. Zudem sind den Krankenkassen zugewiesene neue Aufgaben, wie z. B. Preisverhandlungen des GKV-Spitzenverbandes mit Pharmaunternehmen im Rahmen des AMNOG entsprechend zu berücksichtigen.

Kürzungen könnten dann aber z. B. durch einen Abbau der Beratungsleistung realisiert werden, da Personal eingespart und/oder Geschäftsstellen geschlossen werden. Dies würde dann aber zu Lasten der Versicherten und Patienten gehen.

Zudem kann das Nullwachstum nicht mit den überdurchschnittlich hohen Kosten der Verwaltungsausgaben in der GKV begründet werden. Es ist nämlich gerade so, dass in der GKV die Verwaltungsausgaben einen Anteil von fünf Prozent ausmachen, in der PKV jedoch zehn Prozent oder darüber.

3.3.2 Zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V n. F.

Der SoVD lehnt Einschränkungen bei den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ab. Nach § 73b SGB V n.F. dürfen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nur noch abgeschlossen werden, wenn sich der durchschnittliche Fallwert der teilnehmenden Ärzte nicht von dem durchschnittlichen Fallwert der von den kassenärztlichen Vereinigungen honorierten Hausärzte unterscheidet. Überschreitungen sind nur bei Effizienzsteigerungen etc. möglich. Die Verträge werden vom Bundesversicherungsamt dahingehend geprüft, ob diese Effizienzsteigerungen etc. prognostisch möglich sind. Zudem bleiben bisher bestehende Verträge (inkl. bereits abgeschlossener Schiedsverfahren) erhalten.

Sollen aber hausarztzentrierte Verträge qualitätssteigernd sein, müssen sie entsprechend ausgestaltet sein. Dann können sie sicherstellen, dass der so genannten sprechenden Medizin Vorrang eingeräumt wird und der Hausarzt eine Lotsenfunktion übernimmt. Das ist aber immer mit einer Mehrleistung der Ärzte verbunden. Insofern ist die Begrenzung auf den durchschnittlichen Hausarzt-Fallwert der kassenärztlichen Vereinigungen nicht zielführend. Unterschiedliche Aufgaben würden durch diese Anbindung tendenziell gleich vergütet werden. Es ist aber nicht ersichtlich, warum die Hausärzte mehr Leistungen zum gleichen Preis erbringen sollten.

Erfolge in der hausarztzentrierten Versorgung lassen sich wahrscheinlich auch eher langfristig und nicht kurzfristig messen. Es ist daher fraglich, inwiefern das Bundesversicherungsamt prognostisch Einsparungen und Effizienzsteigerungen beziffern und bewerten kann. Wirklich effizienten Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung wird durch diese Änderung ein Riegel vorgeschoben. Zudem begünstigt diese Regelung im Ergebnis die Krankenkassen, die bisher entgegen der ausdrücklichen gesetzlichen Regelung keinen Vertrag nach § 73b SGB V abgeschlossen haben.

3.3.3 Zur (zahn-)ärztlichen Vergütung nach §§ 85, 87, 87 d SGB V n. F.

Der SoVD kritisiert, dass der Gesetzentwurf den Bereich der ärztlichen und auch zahnärztlichen Vergütung nicht stärker in ihr Reformvorhaben mit einbezieht. Der Gesetzentwurf wird den, in den letzten Jahren erheblichen, Steigerungsraten in der Vergütung nicht gerecht. Es ist unzureichend, wenn sich die Bundesregierung lediglich auf Begrenzungen des Ausgabenwachstums beschränkt.

Der SoVD fordert eine umfassende Reform, die auch das bestehende Vergütungssystem umfasst. Diese Reform muss von einer Angebotsplanung hin zu einer patientenorientierten, kleinteiligen Versorgungsplanung gehen. In einer solchen Planung müssen neben demographischen auch soziale Faktoren berücksichtigt werden. Weiterhin müssen die Leistungen der einzelnen Akteure besser koordiniert und sektorübergreifend/berufsübergreifend vernetzt werden. Dies eröffnet Sparpotentiale durch die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen und sichert eine patientenzentrierte, kosteneffiziente Versorgung.

In diesem Zusammenhang nimmt der SoVD aufmerksam und besorgt zur Kenntnis, dass ein Konzept zur Konvergenz der ärztlichen Vergütung erarbeitet werden soll, ohne zu erklären, in welchem Bereich Konvergenz hergestellt werden soll. Wir befürchten, dass es im Rahmen dieses Konzeptes zu erheblichen Honorarzuwächsen kommen wird und/oder aber in hohem Maß unterschiedliche Vergütungsstrukturen entwickelt werden, ohne dabei aber die Qualität der Versorgung zu verbessern. Zudem befürchten wir, dass durch eine Konvergenz der Vergütungsregelungen die Grundlage für den Einstieg in Kostenerstattungssysteme gelegt werden soll. Wir werden diesen Prozess daher kritisch begleiten.

Zudem ist im Bereich der zahnärztlichen Vergütung dann auch noch der Bereich von Änderungen ausgeschlossen, der am stärksten die Patienten belastet: der Zahnersatz. Es besteht die Gefahr, dass ein geringes Ausgabenwachstum in anderen Bereichen mit einem stärkeren Wachstum in diesem Bereich kompensiert wird. Da die Patienten als Festbetrag aber nur einen Bruchteil der Kosten erstattet bekommen, ist zu befürchten, dass sie durch Aufzahlungen in diesem Bereich zusätzlich belastet werden würden.

3.3.4 Zur Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung

Im Bereich der Krankenhäuser planen die Fraktionen der CDU/CSU und FDP lediglich, die Ausgabenzuwächse zu begrenzen. So ist im Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag von 30 Prozent auf Mehrleistungen im Vergleich zu 2010 vorgesehen, ab dem Jahr 2012 ist der Abschlag zu vereinbaren. Das Ausmaß dieses Abschlages ist also nicht sicher. Diese Maßnahmen sind nicht zielführend. Wir fordern tatsächlich wirksame Mengenkontrolle unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs und der Qualität.

Die geplanten Maßnahmen begrenzen das Mengenwachstum dagegen nur scheinbar, ohne qualitative Regelungen zu implementieren. Zwar werden die Mehrleistungen 2011 nicht voll, aber, laut Gesetzentwurf, zumindest in betriebswirtschaftlich sinnvoller Weise vergütet. Hinzu kommt, dass das Mengenwachstum im folgenden Jahr dann wieder voll vergütet werden kann. Eine wirksame Mengenkontrolle stellt diese Regelung damit nicht dar.

Die ergänzende Ausgabenwachstumsbegrenzung auf die Hälfte des Wachstums der Grundlohnsumme könnte zu weiteren Einsparungen im Personalbereich führen und damit zu Lasten der Patienten gehen. Dabei wurde bereits in der Vergangenheit gerade im Bereich des pflegerischen Personals, auch durch Ausgliederungen, erheblich gekürzt. So wurden bereits zwischen 1998 und 2008 ca. 10 Prozent des nichtärztlichen Personals abgebaut. Weitere Kürzungen in diesem Bereich halten wir für unvertretbar.

3.4 Zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Der SoVD fordert, dass im Zusammenhang mit der Änderung des § 12 Abs. 1c Versicherungsaufsichtsgesetzes zugleich die bestehende unklare Rechtslage für privatversicherte ALG II-Empfänger geklärt werden muss. Die geplante Neuregelung führt dazu, dass privatversicherte ALG II-Bezieher von den zuständigen Trägern als Zuschuss zu ihrer Krankenversicherung den Betrag bekommen, den die Träger auch an die GKV zahlen. Der von den ALG II-Beziehern zu tragende halbe Basistarif liegt jedoch schon momentan mehr als 160 Euro über diesem Betrag. Dieser Mehrbetrag muss derzeit aus der Grundsicherung finanziert werden. Dies ist nicht hinnehmbar, da dies im Ergebnis zu einer Bedarfsunterdeckung des sozio-kulturellen Existenzminimums führt.

Zur Vermeidung dieser Unterdeckung ist es sachgerecht, dass auch ALG II-Empfänger, die in der PKV versichert sind, vor dem Hintergrund der ebenfalls nicht deckenden Beiträge für ALG II-Empfänger in der GKV nur einen Beitrag an die PKV zahlen müssen, der dem Beitrag in der GKV entspricht. Insgesamt wäre es aus Sicht des SoVD in einem zweiten Schritt zudem erforderlich, sowohl der GKV als auch der PKV zumindest die durchschnittlichen Ausgaben für einen Versicherten als Beitrag zu gewähren. Dieser Beitrag entspräche in etwa einem Betrag von ca. 250 Euro/Monat statt der aktuellen rd. 125 Euro/Monat. Es ist ordnungspolitisch völlig verfehlt, dass mit dieser Unterdeckung die GKV-Beitragszahler den Bundeshaushalt mit fast 5 Mrd. Euro jährlich entlasten. Mit einem kostendeckenden Beitragssatz könnte die von den Koalitionsfraktionen geplanten Zusatzbeiträgen im Durchschnitt um rd. 8 Euro monatlich geringer ausfallen. Dieser

erhöhte Beitrag wäre dann gegebenenfalls aus Steuermitteln zu refinanzieren, denn es dient der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Absicherung des sozio-kulturellen Existenzminimums. Schließlich kommt es durch die geplante Neuregelung zu einer Bevorteilung der PKV und deren Versicherter gegenüber der GKV. Zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit beteiligt sich der zuständige Träger an dem hälftigen Basistarif, das heißt unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages. Bei freiwillig Versicherten in der GKV wird, wie unter 3.2.2 erläutert, der Zusatzbeitrag jedoch nur im Ausnahmefall übernommen. Der Gesetzentwurf begründet diese Ungleichbehandlung nicht.

Zu dem ergibt sich bei privat Versicherten die Situation, dass zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit der durchschnittliche Zusatzbeitrag berücksichtigt wird, bei dem Bezug von ALG II wird jedoch nur auf den Betrag abgestellt, der auch der GKV zufließen würde. Damit wird dann der Zusatzbeitrag nicht mehr berücksichtigt werden.

Auch vor diesem Hintergrund fordern wir den Gesetzgeber auf, einheitliche und in sich stimmige Regelungen sowohl für PKV- wie auch für GKV-Versicherte im Bezug von ALG II bzw. zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit zu schaffen.

3.5 Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

3.5.1 Zu den Änderungsanträgen 2 und 3

Durch die Änderungsanträge 2 und 3 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0072) vom 05.10.2010 soll die bereits bestehende Kostenerstattung ausgeweitet werden.

Der SoVD lehnt Kostenerstattungsregelungen sowie deren Ausbau als Fremdkörper in der GKV generell ab. Wir sehen nach wie vor keine Gründe, die Kostenerstattungsregelungen in einer solidarischen Krankenversicherung rechtfertigen könnten. Das in der GKV geltende Sachleistungsprinzip wird durch systemfremde Kostenerstattungsregelungen schrittweise zerstört. Die Umsetzung dieses Antrages würde also neben der bestehenden Abkehr vom Prinzip der Parität nunmehr auch noch das Prinzip der Sachleistung massiv einschränken.

Im Übrigen führen schon die heute bestehenden Regelungen zu einer nicht hinnehmbaren Mehrbelastung der Patienten. Der von den Koalitionsfraktionen eingebrachte Änderungsantrag sieht für die Versicherten, wenn sie Kostenerstattung wählen, lediglich ein Anspruch auf Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung vor, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Mehrbelastung tritt dadurch ein, dass nach GOÄ in der Regel der 2,3-fache Gebührensatz in Rechnung gestellt wird. Dies geht unter anderem auch aus dem Änderungsantrag 5 hervor, der explizit von zusätzlichen Ergänzungstarifen zur Kostenerstattung spricht. Das heißt aber, dass Krankenkassen in der Regel nicht alle Kosten übernehmen. Die Zielsetzung der Änderungsanträge ist ganz offensichtlich, dass sowohl den Leistungserbringern höhere Einnahmen, als das auch der PKV zusätzliche Geschäftsfelder durch Zusatzversicherung verschafft werden sollen. Diese

Zusatzversicherung könne nur bei privaten Versicherungs-unternehmen abgeschlossen werden.

Im Übrigen wäre aber auch der 5-prozentige Verwaltungsabschlag in dieser Höhe rechtfertigungsbedürftig. Verwaltungskosten erhöhen sich nicht generell mit der Höhe der Rechnung, eine prozentuale Koppelung wäre schon aus diesem Grunde nicht gerechtfertigt. Verwaltungskosten müssten, wenn überhaupt, pauschal erhoben werden. Im Übrigen könnten Verwaltungskosten aber besser in die Prämie eingepreist werden. Dies entspräche auch dem Interesse der Patienten. Denn dieser muss bereits vorher wissen, welcher Betrag auf Grund von Verwaltungskosten nicht erstattet wird. In diesem Zusammenhang wäre es natürlich patientenfreundlicher, diese „versteckten" Zusatzkosten in die Berechnung der Prämie einzubeziehen.

Der SoVD erkennt die Notwendigkeit der derzeitigen Praxis, dass ein Teil des bisherigen Verwaltungsabschlages auf Grund fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfungen erfolgte. Diese Notwendigkeit bleibt aber auch mit den Regelungen des Änderungsantrages bestehen. Eine Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der medizinischen Notwendigkeit ist auch danach nicht gewährleistet. Denn der Patient wird oftmals nicht wissen, welche Leistungen nebeneinander abgerechnet werden können und ob diese Leistungen auch tatsächlich erbracht wurden, ob sie notwendig sind und ob bestimmte Leistungen in einer Praxis gehäuft erbracht werden. Auch bei Tarifen zur Kostenerstattung besteht damit die Gefahr der Unwirtschaftlichkeit. Diese mangelnde Prüfmöglichkeit darf aber nicht den Patienten in Form eines Verwaltungsabschlages belasten. Vielmehr zeigt diese Problematik, dass Kostenerstattungsregelungen die bisher bestehenden Kontrollmechanismen aushebeln. Der Vergleich zwischen GKV und PKV zeigt zudem, dass im Bereich der PKV die Leistungsausgaben seit Jahren wesentlich stärker gestiegen sind als bei der GKV.

Im Übrigen befürchten wir, dass neben dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit auch der Aspekt der Qualitätssicherung Schaden nimmt. Denn bei Kostenerstattungsregelungen ist keinesfalls gesichert, dass zum Beispiel im Bereich der Hilfsmittel tatsächlich vorrangig die Qualität und nicht der Preis berücksichtigt wird.

Sollten derartige Regelungen eingeführt werden, ist es erforderlich, dass es bei stationären Behandlungen zu einer zügigen Bestätigung der Kostenübernahme kommt. Vor allem im Bereich der PKV wird dies teilweise anders gehandhabt. Dies ist aber ein unverantwortlicher Umgang mit der Gesundheit der Patienten. Weiterhin befürchten wir, dass generell die Erstattung der Kosten erhebliche Zeit in Anspruch nehmen wird. Das heißt, die Patienten wären über einen längeren Zeitraum vorleistungspflichtig. Sollte die Möglichkeit der Kostenerstattung tatsächlich ausgebaut werden, so fordern wir, dass zumindest die Bewilligung und die Erstattung binnen 14 Tagen erfolgen.

Ob und inwieweit, wie es der Antrag beschreibt, eine eingehende Information des Patienten zu den höheren Kosten überhaupt tatsächlich erfolgen kann, beurteilen wir äußerst kritisch. Im Zweifel wird, da es, im Gegensatz zum bisherigen § 13 SGB V, keinen schriftlichen Nachweis über das Beratungsgespräch mehr geben soll, der Patient schwer nachweisen können, dass er nicht über die volle Höhe der Eigenleistung

aufgeklärt wurde. Vor dem Hintergrund eines patientenzentrierten Gesundheitswesens und den Bestrebungen, die Rechte der Patienten zu stärken, ist dies nicht hinnehmbar.

Schließlich würden durch die flächendeckende Anwendung solcher Regelungen das komplette System der vertraglichen Beziehungen in der GKV sowie das System der ärztlichen Honorierung ausgehebelt werden. Der Patient wäre dann Vertragspartner des Arztes und würde von den Krankenkassen eine nachträgliche Rechnungserstattung erhalten. Momentan ist dem Arzt eine sofortige Rechnungserstellung außerhalb der GOÄ unmöglich, da er seinen individuellen Punktwert, der den Rechnungsbetrag mitbestimmt, nicht kennt. Die bisherige Honorierung wäre damit vollkommen neu zu gestalten, wenn nicht nach GOÄ abgerechnet werden soll. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wären als Vertragspartner weitgehend überflüssig.

Zudem erachten wir, wenn es schon Kostenerstattungstarife geben soll, die verkürzten Kündigungsfristen von drei Monaten, bei § 13 SGB V n. F., und einem Jahr für den Kostenerstattungstarif nach § 53 SGB V n. F. als nicht sachgerecht. Die Krankenkassen würden schon wegen der häufigen Wechselmöglichkeiten Schwierigkeiten haben, die Wahltarife vernünftig zu kalkulieren. Es ist zu befürchten, dass gesunde Patienten zunächst Kostenerstattungstarife wählen, um dann im Bedarfsfall zügig in das Solidarsystem zurückkehren zu können bzw. die Behandlung so lange aufschieben, bis eine Rückkehr ins Solidarsystem möglich ist.

Im Übrigen können Kostenerstattungsregelungen generell nicht mit mehr Transparenz und einer Kostendämpfung begründet werden. Zum einen gibt es dafür keine Beweise, zum anderen kann vermutet werden, dass sich dies auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirkt. Wir befürchten, dass medizinisch notwendige Leistungen wegen der Eigenbeteiligung nicht in Anspruch genommen werden. Das Versorgungsniveau würde sinken.

Der SoVD sieht den Ausbau der Tarife zur Kostenerstattung als Weg hin zu einer Drei-Klassen-Medizin. Privat Versicherte würden am besten behandelt werden. Danach diejenigen, die Tarife mit Kostenerstattung wählen und zurückbleiben würden diejenigen, die sich solche Tarife nicht leisten können. Sie müssten noch längere Wartezeiten in Kauf nehmen.

Im Übrigen ist der Begriff Kostenerstattung irreführend, denn richtigerweise ist dies dann nur eine Teilkostenerstattung und deshalb schlagen wir vor, sollte die Koalition daran festhalten, dies dann auch durchgehend im Gesetzentwurf bzw. in dem Änderungsantrag so zu benennen.

Schließlich ist es für den SoVD unverständlich, dass nun nichtmehr die Aufsichtsbehörde, sondern ein Wirtschaftsprüfer die Tragfähigkeit der Tarife prüfen soll. Sachgerecht ist es, die zuständige Aufsichtsbehörde in ihren Kompetenzen zu stärken. Auch sie wäre in der Lage, die Tarife versicherungsmathematisch zu prüfen. Das BVA hat die Kompetenz, eine Quersubventionierung dieser Tarife mit dem allgemeinen Haushalt zu verhindern. Bisher gibt es im Übrigen keinen Beleg dafür, dass eine solche Quersubventionierung tatsächlich stattgefunden hat.

3.5.2 Zum Änderungsantrag 5

Mit diesem Änderungsantrag wird festgelegt, dass Krankenkassen Zusatzversicherungen vermitteln können, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen. Dazu gehören insbesondere Ergänzungstarife zur Kostenerstattung.

Schon wegen unserer grundsätzlichen Bedenken gegen Regelungen zur Kostenerstattung lehnen wir die daraus resultierende Neuregelung ab.

Aber auch inhaltlich ist die Änderung des bestehenden § 194 SGB V nicht notwendig. Denn bereits bisher ist den Krankenkassen die Vermittlung von Zusatzverträgen erlaubt. § 194 Abs. 1a SGB V enthält schon heute eine nicht abschließende Aufzählung, unter die auch diese Verträge fallen würden.

Im Übrigen nimmt es der SoVD mit Sorge zur Kenntnis, dass durch die Änderung statuiert wird, dass eine vollständige Kostenerstattung bei Kostenerstattungstarifen scheinbar nicht zum gesetzlichen Krankenversicherungsschutz gehören soll. Denn der Änderungsantrag beschreibt die Ergänzungstarife ausdrücklich als den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzend. Dieser Änderungsantrag zeigt, dass ein geplanter weiterer Ausbau der von uns abgelehnten Kostenerstattungsregelung dergestalt erfolgen würde, dass die GKV nicht die vollen Kosten einer medizinisch notwendigen Behandlung trägt. Das wiederum würde massiv die einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen, die Rentnerinnen und Rentner, die Arbeitslosen und die behinderten Menschen betreffen.

In ihrer Gesamtheit betrachtet zeigen die Änderungsanträge der Fraktion der CDU/CSU und FDP zur Kostenerstattung, wohin sich die GKV entwickeln könnte, wenn diese Vorhaben nicht gestoppt werden. Soll nämlich die vollständige Kostenerstattung nicht mehr Umfang eines gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes sein, so stellt dies nichts anderes dar, als eine Verkürzung des generell einheitlichen Leistungsumfangs der GKV. Eine Verkürzung des Leistungsumfanges, der dazu führt, dass die GKV in Zukunft nur noch eine Grundversorgung auf niedrigem Niveau bietet. Die Absicherung weiterer Risiken müsste dann über die PKV erfolgen. Gesundheitliche Risiken würden zunehmend privatisiert. Die grundgesetzliche, sozialpolitische Aufgabe des Staates kann so aber nicht erfüllt werden. Daher warnt der SoVD ausdrücklich davor, diese Änderungsanträge anzunehmen und das Tor zu einer solchen Entwicklung, die sich die Mehrheit der Bevölkerung gerade nicht wünscht, zu öffnen.

3.5.3 Zum Änderungsantrag 4

Begrüßen kann der SoVD nur, dass die Fraktionen der CDU/CSU und FDP mit diesem Antrag die Vergütungsregelungen für pädiatrische Spezialambulanzen zur Vermeidung einer Unterfinanzierung zeitlich verlängert. Parallel dazu muss aber der Druck aufgebaut werden, entsprechende Vergütungsvereinbarungen dann auch tatsächlich abzuschließen, damit es nicht bei einer gesetzlichen Regelung bleibt, die nicht mit Leben erfüllt ist.

4. Zum Antrag zu b)

Der SoVD stellt, ebenso wie die Antragssteller, fest, dass die Belastung der Versicherten des GKV-Systems stetig zugenommen hat, die der Arbeitgeber jedoch nicht in demselben Maße. Diese Situation ergibt sich auch in der Pflegeversicherung. Dies ist in hohem Maße ungerecht und verletzt ein weiteres Mal den Grundsatz der Parität. Die Ursachen dafür liegen, wie es auch die Antragssteller feststellen, unter anderem in der Nichtberücksichtigung höherer Einkommen und der Entwicklung der Lohnquote am Volkseinkommen. Hinzukommt, dass durch Selbstbeteiligung, Zu- und Aufzahlungen, Leistungsausgrenzungen, usw. die Parität immer weiter zu Gunsten der Arbeitgeberseite verschoben wurde.

Um diese Ungerechtigkeiten zu vermeiden, sollen die bestehenden Systeme der Kranken- und der Pflegeversicherung zu solidarischen Bürgerversicherungen weiterentwickelt werden. Dieses Bemühen wird von uns unterstützt werden. Durch eine Bürgerversicherung kann verhindert werden, dass durch einseitige Belastungen die Solidarsysteme endgültig zerstört bzw. durch eine Kapitaldeckung Risiken privatisiert werden.

Der SoVD unterstützt die Forderung der Antragsteller, jeden Bürger und jeder Bürgerin ohne Vorbedingungen den Zugang zu medizinischen und pflegerischen Leistungen zu gewähren, die am Bedarf des Einzelnen orientiert sind. Die entsprechenden Leistungen müssen dabei stets als Sachleistungen erbracht werden und müssen einem für alle gültigen, das medizinisch Notwendige umfassenden und den Fortschritt berücksichtigenden Leistungskatalog entsprechen. Nur eine derartige medizinische Versorgung ist diskriminierungsfrei in jeglicher Hinsicht und beseitigt die heute bestehende Mehrklassenmedizin.

Zum Konzept einer Bürgerversicherung gehört für die Antragssteller wie auch für den SoVD die generelle Versicherungspflicht der hier lebenden Wohnbevölkerung. Nur dadurch kann die umfassende gesamtgesellschaftliche Solidarität zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen erreicht werden, die prägend für die sozialen Sicherungssysteme sind. Damit einhergehen muss die Auflösung des GKV-PKV-Dualismus in Deutschland. Für den SoVD bedeutet das, dass die bisherigen PKV-Versicherten schrittweise in die GKV integriert werden sollten.

Entgegen der Auffassung der Antragssteller hält es der SoVD aber nicht für erforderlich, einen eigenständigen Versicherungsanspruch ab der Geburt zu garantieren. Der SoVD hält an dem bestehenden Konzept der Familienmitversicherung fest. Eine Bewertung, ob sich aus diesen divergierenden Ansichten tatsächliche Unterschiede ergeben, muss aber einem ausführlichen Gesetzentwurf vorbehalten bleiben.

Der SoVD unterstützt die Antragsteller auch darin, dass sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung die paritätische Finanzierung unter Berücksichtigung der Zu- und Aufzahlungen, der Leistungsausgrenzungen, usw. wiederhergestellt werden muss. Nur dadurch können auch die Arbeitgeber ihrer Verantwortung gerecht werden. Sie haben ein Interesse an der Gesundheit der Arbeitnehmer, denn dies drückt sich in einer stärkeren Leistungsfähigkeit aus.

Zudem müssen neben den arbeitsbezogenen Einkünften auch die kapitalbezogenen Einkünfte z.B. aus Vermögen, Vermietung und Verpachtung verbeitragt werden. Nur dies kann nämlich die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit realitätsgerecht abbilden. Nur diese Leistungsfähigkeit ist einer jeden Beitragsbemessung zu Grunde zu legen. Klein- und Kleinstanleger müssen durch die Einführung von Freibeträgen bzw. Freigrenzen geschützt werden.

Zur Vereinheitlichung der Beitragsbemessung in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung halten wir es für erforderlich, die Beitragsbemessungsgrenze schrittweise an die Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung anzupassen. Ob eine perspektivische Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze, wie es die Antragssteller fordern, vor dem Hintergrund des Äquivalenzprinzips erfassungsrechtlich Bestand hat, wagen wir zu bezweifeln.

Wir unterstützen auch die Forderung nach einem einheitlichen Beitragssatz und einer Beibehaltung der Umlagefinanzierung. Besonders die Umlagefinanzierung ist ein Bestandteil der Solidarität zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen. Mit den Antragsstellern setzten wir uns zudem für eine Reform des Morbi-RSA ein. Auch wir erkennen an, dass die gesundheitlichen Risiken innerhalb der jeweiligen Krankenkassen unterschiedlich verteilt sind und deswegen ein zielgenauerer Finanzausgleich geschaffen werden muss. Neben der Berücksichtigung der Erkrankungsschwere fordern wir aber, dass auch Aspekte der jeweiligen Präventionsanstrengung der einzelnen Krankenkasse in den Morbi-RSA mit einfließen müssen. Denn Leistungen der Prävention stärken langfristig die Gesundheit. Das ist im Sinne des Morbi-RSA aber kontraproduktiv, da gesündere Mitglieder zu geringeren Zuweisungen führen.

Ob und inwieweit aus ordnungspolitischer Sicht im Rahmen solidarischer Kranken- und Pflege-Bürgerversicherungen nur gesetzliche Versicherungen die erforderlichen Leistungen erbringen dürfen, ist eher zweitrangig. Maßgeblich ist allein, dass die sich die an der Bürgerversicherung beteiligenden Versicherungen den selben Rahmen-bedingungen (keine Risikoselektion, Umlageverfahren, paritätische Beitragsfinanzierung, einheitlicher Leistungskatalog, Sachleistungsprinzip…) unterwerfen.

Schließlich stimmt der SoVD mit den Antragsstellern darin überein, dass im Bereich der Pflege der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert werden muss, um für alle Menschen mit Pflegebedürftigkeit ein möglichst hohes Maß an Teilhabe und Selbstbestimmung zu sichern. Daneben ist auch eine kontinuierliche Anpassung der Pflegesätze erforderlich.

5. Fazit

Der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP würde erneut vorrangig und einseitig Versicherte sowie Patientinnen und Patienten belasten. Am stärksten betroffen sind dabei die sozial Benachteiligten sowie die Rentnerinnen und Rentner.

Diese Belastungen würden nicht oder nur marginal sozial ausgeglichen. Den erforderlichen Sozialausgleich trägt die Versichertengemeinschaft auch noch teilweise selbst.

Der Gesetzentwurf wendet sich vom Prinzip der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung ab. Kostensteigerungen tragen allein die Versicherten. Die besser Verdienenden in der GKV dürften wieder schneller in die PKV wechseln.

Unwirtschaftliche Strukturen werden nicht beseitigt. Eine Reform der Versorgungsstruktur wird nicht in Angriff genommen. Es bleibt lediglich bei der Begrenzung des Ausgabenwachstums in den Jahren 2011 und 2012. Zu befürchten ist darüber hinaus, dass die geplante Änderung der ärztlichen Vergütung durch das Konvergenzkonzept zu erneuten, überdurchschnittlichen Honorarzuwächsen in der Zukunft führen wird.

Die Vorschläge des SoVD zur Gestaltung einer solidarischen Krankenversicherung, die allen Bürgerinnen und Bürgern einen gleichberechtigten Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Medizin sichert, zeigen dagegen wirksame Alternativen zu den Regelungen dieses Gesetzentwurfes auf.

Die zur nachhaltigen Finanzierung der GKV unbedingt erforderliche Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung wird in dem Gesetzentwurf nicht berücksichtigt.

Wir fordern den Gesetzgeber nachdrücklich auf, diesen Gesetzentwurf in seiner jetzigen Form nicht umzusetzen.

Dementsprechend lehnen wir auch die Änderungsanträge zu dem Gesetzentwurf ab. Eine Ausnahme hierzu bildet nur der Antrag 4, der die Finanzierung der pädiatrischen Spezialambulanzen sichern möchte.

Der Antrag zu b) fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf zur Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung in der Kranken- und in der Pflegeversicherung vorzulegen. Die dabei zu berücksichtigenden Leitlinien entsprechen im Wesentlichen den Anforderungen des SoVD an eine Reform der Kranken- und Pflegeversicherung. Wir können den Antrag daher in seinen wesentlichen Elementen mittragen.

Berlin, den 15. Oktober 2010
DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(13)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
15.10.2010

Bundesagentur für Arbeit, Regensburger Str. 104, 90478 Nürnberg

Bundesagentur für Arbeit
Zentrale

Katharina Lauer
Sekretariat des Ausschusses für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht: 11.10.2010
Mein Zeichen: SP III 31
(Bei jeder Antwort bitte angeben)

Name: Frau Rausch
Durchwahl: 0911 179 4795
Telefax: 0911 179 1046
E-Mail: Zentrale.SP-III-31@arbeitsagentur.de
Datum: 14. Oktober 2010

Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit (BA) zum Gesetzesentwurf zur nachhaltigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), BR-Drs. 581/10

1) Vorbemerkung

Bei der Prüfung des Gesetzesentwurfes sind aus Sicht der BA folgende Grundsätze zu beachten:

- Das für die Ermittlung des Sozialausgleiches bei Arbeitslosen vorgesehene Verfahren sollte nicht dazu führen, dass die begrenzten Ressourcen der BA zur Administration von im Einzelfall geringfügigen Beträgen eingesetzt werden müssen. Eingeleitete Schritte zur Verbesserung der Betreuung von Arbeitslosen und dadurch zur Reduzierung der Dauer der faktischen Arbeitslosigkeit würden damit konterkariert.

- Notwendige Vorlaufzeiten, um die vorgesehene grundlegenden Prozessänderungen umzusetzen, sollten beachtet werden, da ansonsten für betroffene Arbeitslose als auch für die BA eine erhebliche Belastung entsteht.

2) Artikel 1 des Gesetzesentwurfes

A) Wesentlicher Inhalt

Der Entwurf hat im Hinblick auf SGB III Leistungen folgenden wesentlichen Inhalt:

Dienstgebäude
Regensburger Str. 104
90478 Nürnberg

Telefon
0911 179 0
Telefax
0911 179 3600

Internet
www.arbeitsagentur.de

Bankverbindung
BA-Service-Haus
Bundesbank
BLZ 76000000
Kto.Nr. 76001600
BIC: MARKDEF1760
IBAN:
DE24760000000076001600

Öffnungszeiten
00000000000000000000000000

Sie erreichen uns:
Haltestelle Scharrerstraße
Straßenbahnlinie 6
Haltestelle Meistersingerhalle
Straßenbahnlinie 9,
Buslinie 36, 55

- Der paritätisch zu tragende Beitragssatz erhöht sich von 14,0 % auf 14,6 % (§ 241 SGB V n.F.).
- Der ermäßigte Beitragssatz erhöht sich von 14,3 % auf 14,9 % (§ 243 SGB V n.F.).
- Als neue Rechengröße wird der „durchschnittliche Zusatzbeitrag“ eingeführt (§ 242a SGB V).
- Übersteigt der durchschnittliche (nicht der kassenindividuelle) Zusatzbeitrag die Belastungsgrenze von 2 % der beitragspflichtigen Einnahmen, ist bei Beziehern von Arbeitslosengeld (Alg) ein Sozialausgleich durchzuführen und der von der BA zu zahlende Krankenversicherungsbeitrag für das Alg entsprechend zu verringern (§ 242b Abs. 1 SGB V n.F.)
- Zur Berechnung der Belastungsgrenze bei Beziehern von Alg werden als beitragspflichtige Einnahme 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt als neue Rechengröße eingeführt (§ 242b Abs. 1 SGB V).
- Der Sozialausgleich ist an den Bezieher von Alg auszubezahlen, unabhängig davon, ob dessen Krankenkasse einen Zusatzbeitrag tatsächlich erhebt.
- Die Rechtsänderungen treten zum 01.01.2011 in Kraft.

B) Folgen für die BA

Die Änderungen des Gesetzes wirken sich für die BA im Wesentlichen wie folgt aus:

a) Finanzielle Auswirkungen

- Durch die Erhöhung der Beitragssätze errechnet sich eine finanzielle Mehrbelastung für die BA in Höhe von 120 Mio. Euro für das Jahr 2011.

- Für die Durchführung des Sozialausgleiches entsteht ein erheblicher personeller Aufwand, der aus den bestehenden Ressourcen nicht ohne Qualitätseinbuße bestritten werden kann.

b) Administrative Auswirkungen

- Der Sozialausgleich ist als eine das Alg ergänzende Leistung zu bewilligen. In den Fällen der Rückforderungen des Arbeitslosengeldes ist auch der Sozialausgleich zurückzuverlangen, eine Rechtsgrundlage besteht dafür derzeit nicht. Die korrekte Berechnung, Zahlung und Rückforderung ist prüffähig zu dokumentieren. Der Sozialausgleich ist deshalb in Bescheiden und Leistungsnachweisen individuell auszuweisen und wird damit zu einem im Einzelfall durchgängig mitzuführenden Wert.
  Hierfür ist erforderlich, die Berechnungslogik im zentralen IT-Verfahren COLIBRI tiefgreifend zu ändern. Bescheide, Schreiben, Nachweise sind entsprechend anzupassen.

  Für die erforderlichen Verfahrensanpassungen des zentralen IT-Verfahrens COLIBRI ist ein Aufwand bis ca. 1000 Personentagen zu erwarten.

  Folgt man dem Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP – Drs. 17/3040 – dann ist für das zentrale IT-Verfahren COLIBRI mit einem nicht unerheblichen Mehraufwand zu rechnen.

- Die Berücksichtigung des Sozialausgleichs wird dauerhaft zu Rückfragen der Leistungsbezieher bzw. Erstattungspflichtigen führen.

  Bei dem für 2014 vom BMG erwarteten durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 16 Euro sind ca. 30 % der Bezieher von Arbeitslosengeld vom Sozialausgleich betroffen. Es wird sich überwiegend ein Sozialausgleich von wenigen Euro errechnen. Gleichwohl wird mit Rückfragen von ca. 20 % der ca. 1 Mio Leistungsbezieher gerechnet. Bei durchschnittlich 5 Minuten Bera-

tungsbedarf ergeben sich jährlich ca. 1 Mio. Beratungsminuten, das sind ca. 2.000 Personentage.

- Wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag festgelegt bevor die technische Unterstützung zur Verfügung steht, besteht ein hoher verwaltungstechnischer Aufwand, da jeder einzelne Fall vom Mitarbeiter der BA per Hand zu berechnen ist. Da bisher unbekannte Parameter zu der Berechnung herangezogen werden, ist von einer Bearbeitungsdauer pro Fall von mindestens 30 Minuten auszugehen. Die Berechnung und die Buchungen, Auszahlung des Sozialausgleiches an den Bezieher von Arbeitslosengeld und Kürzung der KV-Beiträge, sind durchzuführen. Je nach der festgelegten Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages, kommen von Beginn an bis zu 300.000 der Bezieher von Arbeitslosengeld in Betracht, für die eine Prüfung vorgenommen werden muss. Dies ergibt einen Mehrbedarf von 84,5 Jahresarbeitskräften.

c) Zeithorizont für die Realisierung

Die erforderlichen Verfahrensanpassungen können nicht vor Mitte 2012 umgesetzt werden.

d) Alternativlösung

Als Alternativlösung wird vorgeschlagen, dass der angestrebte Sozialausgleich bei Beziehern von Alg von den Krankenkassen selbst durchgeführt wird. Die Krankenkassen können aus Entgeltmeldungen ermitteln, ob und ggf. in welcher Höhe der Sozialausgleich durchzuführen ist. Sie können den kassenindividuellen Zusatzbeitrag entsprechend verringern und den Minderbetrag in einer Summe in Rechnung stellen.

Die hierfür erforderlichen zusätzlichen Entgeltdaten kann die BA in ihre Meldungen aufnehmen. Eine solche Erweiterung der Meldedaten wäre – nach Abstimmung mit dem GKV Spitzenverband - mit vergleichsweise geringem Aufwand umsetzbar, allerdings nicht bis zum 01.01.2011.

Für die Durchführung des Sozialausgleiches haben die Krankenkassen die erforderliche Verfahrensinfrastruktur zu errichten. Standardmäßig führen sie den Sozialausgleich für unständig Beschäftigte sowie bei fehlender Ausgleichsmöglichkeit durch den Arbeitgeber durch (§ 424b Abs. 2, 5 SGB V). Die Durchführung des Sozialausgleiches auch für die Bezieher von Alg ist deshalb für sie mit keinem oder nur geringem strukturellen Zusatzaufwand verbunden. Für Bezieher von Entgeltersatzleistungen kann der Sozialausgleich zudem aufgrund der DEÜV-/DÜBAK-Meldungen ohne gesonderte Antragstellung und somit vollmaschinell durchgeführt werden.

Für die Krankenkassen ergibt sich zudem ein weiterer Vorteil. Für die Krankenkassen besteht ein großes Problem darin, dass der Zusatzbeitrag von einer erheblichen Zahl der Versicherten schlicht nicht gezahlt wird. Dies betrifft gerade Versicherte mit geringen beitragspflichtigen Einnahmen. Führen die Krankenkassen den Sozialausgleich durch, können sie ihren Anspruch auf den Zusatzbeitrag direkt mit dem Anspruch des Versicherten auf den Sozialausgleich aufrechnen. Der Anspruch der Krankenkasse auf den Zusatzbeitrag kann so auf einfache Weise zum Teil oder voll realisiert werden.

3) Artikel 3 des Gesetzesentwurfes

Als Folgeänderung zur Änderung des § 243 SGB V wird der Verweis in § 133 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB III angepasst. Die Änderung soll zum 01.01.2011 in Kraft treten.

Die BA geht davon aus, dass dem Grundsatz des § 133 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB III folgend, nach dem für die Dauer des Anspruchs der Lohnsteuerabzug aus dem Jahr der Anspruchsentstehung

maßgebend ist, diese Änderung bei der Ermittlung des Leistungsentgelts nur für Ansprüche anzuwenden ist, die nach dem 31.12.2010 entstehen.
Im Ergebnis bedingt diese Änderung keinen erhöhten Verwaltungsaufwand.

Im Auftrag

Christian Rauch
Geschäftsführer
Spezifische Produkte und Programme SGB III

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(38)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block II
19.10.2010

marburger bund
Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.

Stellungnahme des Marburger Bund Bundesverbandes

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein

Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)
BT-Drucksache 17/3040

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Tel. 030 746 846 – 0
Fax 030 746 846 – 16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 18.10.2010

Der Marburger Bund teilt die Einschätzung der Bundesregierung, dass Deutschland ein qualitativ hochleistungsfähiges Gesundheitssystem mit einem für alle Bürgerinnen und Bürger offenen Zugang besitzt, das auch im internationalen Vergleich bestehen kann. Eine strukturelle Weiterentwicklung und die Sicherstellung einer nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung muss oberste Priorität haben.

Es ist ein Dilemma der gesundheitlichen Versorgung, dass die medizinischen Möglichkeiten schneller wachsen als die Bereitschaft, dafür finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Wenn aber die Finanzmittel für eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung nicht ausreichen, sind Leistungseinschränkungen die unausweichliche Konsequenz. Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des langen Lebens wird auch in Zukunft Investitionen in Personal und Infrastruktur nach sich ziehen müssen, um das Gesundheitswesen demographiefest zu machen und die Versorgung der älter werdenden und länger arbeitenden Bevölkerung sicher zu stellen.
Soweit Ausgabenbegrenzungen unausweichlich sind, müssen diese angemessen und fair auf die verschiedenen Leistungserbringer verteilt werden.
Bezogen auf die Krankenhäuser lässt der vorgelegte Gesetzentwurf dies nicht ausreichend erkennen.

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 2 (§§ 6 und 9)

<u>Wechsel in die Private Krankenversicherung</u>

Der Marburger Bund begrüßt die Regelung, wonach ein Wechsel in die PKV zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresentgeltgrenze möglich ist. Damit wird die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-WSG wieder hergestellt.
Insbesondere Arbeitnehmer, die bereits unmittelbar nach dem Studium als akademische Berufsanfänger mit ihrem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen und nie gesetzlich versichert waren, können jetzt wieder eigenverantwortlich entscheiden, ob sie sich privat oder aber freiwillig gesetzlich versichern wollen.
Dies stärkt neben der Wahlfreiheit auch den Wettbewerb zwischen GKV und PKV.

Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) und
Artikel 10 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Dauerhafter Mehrleistungsabschlag für zusätzlich vereinbarte Krankenhausleistungen

Die bereits vorhandenen Belastungen der Krankenhäuser werden durch die geplante Kürzung der Vergütung bei zusätzlichen Leistungen weiter verstärkt. Demnach soll für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für das Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 30 % eingeführt werden.

Derartige pauschale Abschläge treffen die leistungsstarken Krankenhäuser und insbesondere Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung überproportional und führen zu entsprechenden Verzerrungen zwischen den Kliniken. Insgesamt werden den Krankenhäusern durch die vorgesehene Regelung weitere Morbiditätsrisiken aufgebürdet.

Von daher plädieren wir dafür, die Höhe des Abschlages zu reduzieren und/oder spezielle Ausnahmen(z.B. Notfälle/Schwerverletzte/Transplantationen etc.) zu definieren.
Zu begrüßen ist, dass der Gesetzestext expressis verbis klarstellt, dass die Abschläge bei der Ermittlung des Landesbasisfallwertes nicht absenkend berücksichtigt werden, da es anderenfalls zu einer doppelten Vergütungsminderung kommen würde.

Entgegen dem noch im Diskussionsentwurf vorgesehenen Prüfauftrag sieht der Gesetzesentwurf nunmehr ab 2012 verbindlich vor, dass die Höhe der Abschläge auf der Ortsebene krankenhausindividuell zwischen den Vertragspartnern ausgehandelt werden soll.
Damit kommt es systempolitisch zu einer Abkehr des Prinzips „gleicher Preis für gleiche Leistung“ und zu einem Einstieg in Rabattverhandlungen, die nach Auffassung des Marburger Bundes kein geeignetes Instrumentarium zur Finanzierung von stationären Leistungen darstellen.
Zudem betrifft die dauerhafte Vergütungskürzung nur den stationären Bereich, während Ausgabenbegrenzungen im vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bereich nur auf die Jahre 2011 und 2012 begrenzt sind.

Zu Nummer 3 (§ 10)

Halbierte Grundlohnrate als Obergrenze

Bereits seit langem ist erkannt, dass die Deckelung der Krankenhausbudgets durch die Anbindung an die Grundlohnrate kein geeignetes Mittel zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser darstellt, da weder die Dynamik des medizinischen Fortschritts noch die von den Kliniken nicht zu verantwortenden Kostensteigerungen abgebildet werden. Zudem darf ein leistungsorientiertes Vergütungssystem grundsätzlich nicht gedeckelt werden.

Die Schere zwischen steigenden Ausgaben in Folge des erhöhten Behandlungsbedarfs und den begrenzten Einnahmen geht immer weiter auseinander. Diese Entwicklung hat zu einer chronischen Unterfinanzierung geführt und in wesentlichem Maße zu den Finanzproblemen der Krankenhäuser sowie der Überlastung und Überforderung des Klinikpersonals beigetragen.

Erfreulicherweise wurde durch die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) ein struktureller Prozess der Veränderung insofern eingeleitet, als das Statistische Bundesamt beauftragt wurde, einen Orientierungswert zu entwickeln, der die spezifischen Kostenstrukturen und –entwicklungen im stationären Bereich besser als die bisherige Veränderungsrate berücksichtigt.

Umso bedauerlicher ist es, dass dieser Orientierungswert nun nicht zügig eingeführt wird und es stattdessen erneut wie in der Vergangenheit zu Kostendämpfungsmaßnahmen kommen soll. Die vorgesehene Halbierung der ohnehin niedrigen Grundlohnrate für die Jahre 2011 und 2012 als Obergrenze für den Anstieg der Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist willkürlich und unangemessen. Sie wird die Klinikträger zu weiteren Einschränkungen zwingen.

Ärzte und Pflegekräfte erhöhen Jahr für Jahr durch ihre Leistungen die Arbeitsproduktivität, ohne dass dies in der finanziellen Ausstattung der Kliniken angemessen berücksichtigt wird. Ausweislich der Zahlen des Statistischen Bundesamtes stieg die Zahl der stationären Patienten im Jahre 2009 auf 17,8 Millionen, das heißt im Vergleich zum Vorjahr um 290 000 (+ 1,6 %), gleichzeitig sank die Verweildauer erneut auf nunmehr durchschnittlich 8,0 Tage

(2008: 8,1 Tage). Da die Personalkosten im Krankenhaus deutlich über 60 % liegen, muss mit einem entsprechenden Abbau des ohnehin schon knappen Personals gerechnet werden.

Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser im Wettbewerb um geeignetes Personal – insbesondere um Ärztinnen und Ärzte – weiter benachteiligt werden. Unter diesen Vorgaben kann die bereits jetzt sehr hohe Zahl von 5.500 unbesetzten Arztstellen nicht reduziert werden.

Der Marburger Bund wiederholt daher seine Forderung nach einer hundertprozentigen Refinanzierung der Personalkosten und spricht sich dafür aus, zumindest Öffnungsklauseln für die Berücksichtigung von Lohnsteigerungen vorzusehen wie dies bereits in der Vergangenheit üblich war und gemäß § 6 Abs.1 Bundespflegesatzverordnung bei psychiatrischen Kliniken möglich ist.
Zudem wurde die Veränderungsrate für 2011 mit 1,15 % deutlich höher als erwartet festgestellt und die konjunkturelle Entwicklung lässt den Schluss zu, dass diese auch in 2012 über 1 % liegen wird.
Von daher appelliert der Marburger Bund an den Gesetzgeber, die geplante Kürzung der Veränderungsrate zu überdenken um die Krankenhäuser nicht über Gebühr zu belasten.

Insgesamt plädiert der Marburger Bund dafür, die Kostendämpfungsmaßnahmen für den stationären Bereich auf das Jahr 2011 zu begrenzen.
Angesicht des von führenden Wirtschaftsforschungsinstituten und der OECD prognostizierten Wirtschaftswachstums und des vermeintlich geringeren Defizits der GKV für das Jahr 2011 ist eine Kostendämpfungspolitik für den stationären Bereich „auf Vorrat“ in keiner Weise zu begründen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(31)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
19.10.2010

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 25.10.2010

Entwurf eines Gesetzes zur
nachhaltigen und sozial ausgeglichenen
Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG),
vom 28.09.2010 - BT-Drs. 17/3040
einschließlich der Änderungsanträge der Regierungsfraktionen vom 05.10.2010 (Ausschussdrucksache 17(14)0072)

Stand 18. Oktober 2010

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46-0

Geschäftsführungseinheit Finanzen
Geschäftsführungseinheit Versorgung
Geschäftsführungseinheit Politik & Unternehmensentwicklung

ÜBERSICHT:	**Seite**
I. VORBEMERKUNG	**3**
II. GESETZENTWURF UND ÄNDERUNGSANTRÄGE	**5**
Stärkung der Finanzierungsgrundlagen und Sozialausgleich:	
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, • Nummer 3a –neu- (§ 53 SGB V) – Wahltarif Kostenerstattung (Änderungsantrag 3 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP) • Nr. 18 b) - § 242 Abs. 6 – Verspätungszuschlag beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag	**5**
Ausgabenbegrenzung:	
Vertragsärztliche Versorgung Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch • Nr. 7 - § 87 (Abs. 9) und Nr. 8 § 87d SGB V	**8**
Hausarztzentrierte Versorgung Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch • Nr. 5 - § 73b SGB V	**13**
Vertragszahnärztliche Versorgung Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch • Nr. 6 § 85 a) und b) SGB V Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch • § 85 Abs. 3g (neu) SGB V	**17**
Stationäre Versorgung Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes • Nr. 1 a) und b) (§ 4 Abs. 2a KHEntgG) und Nr. 4 a) und b) (Anlage 1 KHEntgG) • Nr. 2 (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG) • Nr. 3 Buchstabe b (§ 10 Abs. 4 S. 4 KHEntgG) Artikel 10 Änderung der Bundespflegesetzverordnung • Nr. 1 (§ 6 Abs. 1 S. 3 BPflV) und Nr. 2 (§ 6 Abs. 2 S. 1 BPflV)	**19**

I. VORBEMERKUNG:

Ziel des vorgelegten Entwurfs eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) ist es, kurzfristig das für 2011 erwartete Defizit in Höhe von 11 Milliarden Euro zu schließen und mittelfristig wirkende Maßnahmen einzuleiten, die eine finanzielle Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung auch weiterhin gewährleisten. Dazu soll einerseits die Einnahmenseite gestärkt werden und andererseits die Ausgabensteigerung gedämpft werden.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass damit ein entscheidender Beitrag für die weitere Sicherstellung des vollständigen Leistungsangebots der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit der guten Versorgung der Patienten geleistet wird. Des Weiteren ist es zwar grundsätzlich anerkennenswert, dass die Lasten für die nächsten zwei Jahre auf viele Schultern verteilt werden. Jedoch hat diese Verteilung eine deutliche Schieflage zu Lasten der Beitragszahler der GKV, da der Sparbeitrag von Krankenhäusern und Zahnärzten noch zu niedrig ausfällt, während Apotheker offensichtlich und Ärzte de facto von Sparmassnahmen ausgenommen werden. Nach den politisch gewollten sehr hohen Zuwächsen bei den Vergütungen im Vorjahr wäre eine "Nullrunde", wie sie von den gesetzlichen Krankenkassen bei den Verwaltungskosten erwartet wird, für Apotheker, niedergelassene Ärzte und die Krankenhäuser sicherlich keine Zumutung.

Darüber hinaus fehlen mittelfristig wirksame Strukturmaßnahmen für mehr Wettbewerb. Zur Förderung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung könnten deutlich mehr Marktkräfte freigesetzt werden, wenn Krankenkassen zum Beispiel mit bestimmten spezialisierten Leistungserbringern in der stationären und ambulanten Versorgung selektive Verträge über planbare Behandlungen abschließen könnten. Diese marktwirtschaftliche Freiheit zur Gestaltung einer besseren Versorgung fehlt. Somit wird die Chance vertan, die weitere Belastung der Beitragszahler durch das Heben von weiteren Effizienzreserven zu vermeiden oder zumindest zu verringern.

Licht und Schatten weisen die veränderten Finanzierungsmechanismen auf. So ist zwar zu begrüßen, dass die Krankenkassen nunmehr unabhängig von der durchschnittlichen Einkommenshöhe ihrer Mitglieder den Zusatzbeitrag erheben können, den sie benötigen, um die Unterdeckung aus dem Gesundheitsfonds auszugleichen. Bisherige Wettbewerbsverzerrungen aufgrund einer einkommensschwächeren Mitgliederstruktur werden damit behoben. Jedoch ist dabei sicherzustellen, dass diese Zusatzbeiträge auch wirklich an die Kasse gezahlt werden. Gegenwärtig weisen die diesbezüglichen Regelungen noch Defizite auf. Hier ist die Regierung gefordert, wirksame Mechanismen vorzusehen, die eine effektive und vollständige Beitragserhebung ermöglichen.

Die Verlagerung künftiger Ausgabensteigerungen ausschließlich in die Zusatzbeiträge ist kritisch zu sehen. Dies darf nicht dazu führen, dass mittelfristige Strukturreformen eingestellt werden. Unnötige Kostensteigerung aufgrund überhöhter Forderungen von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern dürfen nicht direkt auf dem Rücken der Versicherten abgeladen werden. Die nach oben offenen Zusatzbeiträge sind kein Freibrief für ineffiziente Strukturen im Gesundheitswesen. Gerade in der neuen Zusatzbeitragssystematik ist die Verantwortung für die zahlenden Versicherten und somit der politische Reformdruck somit höher denn je.

Die derzeitigen Ausgleichsmechanismen zwischen den Kassen über den Gesundheitsfonds haben sich sowohl wettbewerblich wie sozial bewährt. Im Interesse der Versicherten begrüßt die AOK daher, dass die Bundesregierung diese sachgerechten Regelungen beibehält.

Nachfolgend wird zu den vorgesehnen Regelungen des Gesetzentwurfes Stellung genommen. Soweit zu einzelnen Regelungsbereichen vollständige Übereinstimmung mit der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes besteht, wird - um Doppelungen zu vermeiden -, insoweit auf dessen Stellungnahme verwiesen und von eigenen Ausführungen abgesehen.

II. GESETZENTWURF UND ÄNDERUNGANTRÄGE

Der AOK-Bundesverband trägt die Bewertungen und Änderungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes inhaltlich mit und nimmt an dieser Stelle nur insoweit Stellung, als sich davon abweichende oder ergänzende Bewertungen und Änderungsvorschläge ergeben.

Stärkung der Finanzierungsgrundlagen und Sozialausgleich

Zu Artikel 1 Nummer 3a –neu- (§ 53 SGB V) – Wahltarif Kostenerstattung (Änderungsantrag 3 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP)

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Redaktionelle Folgeänderung zum Änderungsantrag 2 (Kostenerstattung)

b) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife für besondere Versorgungsformen nach § 53 Abs. 3 wird von bislang drei Jahren auf ein Jahr verkürzt.

c) Nach Abs. 9 müssen die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, d. h. jeder Tarif soll sich selbst tragen. Die Krankenkassen haben hierüber regelmäßig gegenüber den Aufsichtsbehörden Rechenschaft abzulegen. Für Tarife der Kostenerstattung nach Abs. 4 soll künftig zusätzlich gelten, dass deren langfristige finanzielle Tragbarkeit von einem Wirtschaftprüfer oder einem Aktuar regelmäßig testiert werden muss.

B Stellungnahme

a) Wahltarife beleben den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander und gegenüber privaten Versicherungsunternehmen. Darüber hinaus besteht bei den Versicherten ein Bedarf an Leistungen aus einer Hand. Eine Einschränkung dieses Wettbewerbselements lehnt der AOK-Bundesverband daher ab. Im Gegenteil, den Krankenkassen sollten mehr Handlungsspielräume - insbesondere im Wettbewerb um die beste Kundenorientierung und Versorgung - zur Verfügung stehen. Auch Wahltarife nach § 53 Abs. 4 SGB V sind unter den bestehenden Rahmenbedingungen hierfür geeignet. Hierzu zählt, dass die Krankenkassen die Möglichkeit haben, den teilweise unterschiedlichen und individuellen Bedürfnissen ihrer Versicherten gerecht zu werden und möglichst vielen Versicherten den Zugang zu innovativen Angeboten mit dem bestmöglichen Service und Preis-Leistungsverhältnis zu ermöglichen. So kennen die Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen weder Leistungsausschlüsse noch Gesundheitsprüfungen. Sie sind unter Berücksichtigung des Solidarprinzips konzipiert und ermöglichen auch alten und kranken Versicherten den Zugang zu Zusatzangeboten, die ihnen durch die PKV verwehrt bleiben. Das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung wurde aufgrund der Bestrebungen, die Lohnnebenkosten abzusenken, immer weiter eingeschränkt. Der Bedarf des Versicherten sich gegen diese Leistungseinschränkung abzusichern, ist gegeben und stellt damit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, derer der Gesetzgeber durch die Wahltarife begegnet. Dies ist auch der Grund der unterschiedlichen steuerlichen Bewertungen der Angebote. Eine Absicherung über Angebote der PKV ist aufgrund der Zugangsbeschränkungen nicht durchgängig gegeben. Insofern gibt es sowohl von der Ausrichtung als auch von der Zielsetzung her Unterschiede zwischen den Angebotsstrukturen der GKV und PKV.

b) Die Verkürzung der Mindestbindungsfrist von drei Jahren auf ein Jahr kann geeignet sein, die Tarife für die einzelnen Versicherten attraktiver zu gestalten. Die Krankenkassen benötigen gleichzeitig für eine solide Kalkulation ihrer Tarife Planungssicherheit. Diese könnte an einen ausreichenden zeitlichen Planungshorizont geknüpft sein, der nicht durch die Bindungsfristen, sondern durch die Annahme der tatsächlichen Tarifteilnahmezeiten geprägt wird. Die Verkürzung der „Mindest"-Bindungsfrist ist nach Auffassung des AOK-Bundesverbandes dahin gehend zu interpretieren, dass es den Krankenkassen nicht verwehrt ist, in der Satzung des jeweiligen Wahltarifs auch Bindungsfristen von mehr als einem Jahr vorzusehen. Dies ist mit Blick auf den damit verbundenen und erweiterten Gestaltungsrahmen der Krankenkassen und die wettbewerbliche Zielsetzung der Wahltarife zu begrüßen. Zur Vermeidung von Fehlinterpretationen wird eine gesetzliche Klarstellung angeregt. Im Übrigen sind die aus einer Veränderung der Mindestbindungsfrist resultierenden Folgeänderungen auf § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V noch zu berücksichtigen.

c) Zu recht weist der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme daraufhin, dass die Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben des § 53 Abs. 9 Satz 1 bereits der staatlichen Aufsicht obliegt und es bisher keine Erkenntnisse dafür vorliegen, dass diese Aufsicht nicht hinreichend wäre, wodurch allein eine zusätzlich, zudem teure Berichtsform, in Form der regelmäßigen Testierung durch einen Aktuar oder Wirtschaftsprüfer zu rechtfertigen wäre.

C Änderungsvorschlag

Artikel 3a Buchst. b) wird wie folgt gefasst:

„b) Absatz 8 Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt ein Jahr. Die Satzung der Krankenkasse kann die Bindungsfrist bei den Wahltarifen nach den Absätzen 1 und 2 sowie 4 bis 7 auf bis zu drei Jahre erweitern. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist nach Satz 1 oder zum Ablauf der in der Satzung bestimmten Bindungsfrist nach Satz 2 gekündigt werden."

Die Sätze 3 bis 6 werden zu den Sätzen 4 bis 7.

Artikel 3a Buchst. c) wird gestrichen.

Artikel 1 Nr. 18 b) - § 242 Abs. 6 – Verspätungszuschlag beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags für mindestens sechs Kalendermonate hat das Mitglied der Krankenkasse einen Verspätungszuschlag zu zahlen, der höchstens drei fällige Zusatzbeiträge und mindestens 30 Euro betragen soll. Das Nähere, insbesondere die Höhe regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung. Das Mitglied hat bis zum Zustandekommen einer wirksamen Ratenzahlungsvereinbarung keinen Anspruch auf den Sozialausgleich nach § 242b. Die Krankenkasse teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nicht durchzuführen ist.

B Stellungnahme

Zutreffenderweise hat der GKV-Spitzenverband die Verschärfung von Sanktionsmechanismen bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags begrüßt, sieht jedoch die Einbeziehung des Arbeitgebers bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags aus datenschutzrechtlicher Sicht kritisch.

Ergänzend ist auszuführen, dass völlig fraglich ist, inwieweit ein einmaliger Säumniszuschlag maximal in Höhe des 3-fachen monatlichen Zusatzbeitrages bei Nichtzahlung von mindestens 6 Monatsbeiträgen einen wirklichen Sanktionsmechanismus darstellt. Da derzeit nicht beurteilt werden kann, wie hoch das Ausfallvolumen GKV-weit sein wird und dieses Ausfallrisiko mit zunehmenden Anstieg der Zusatzbeiträge in den nächsten Jahren an Bedeutung gewinnen wird, sollten die finanziellen Auswirkungen des Ausfallrisikos und die Wirksamkeit der Verspätungszuschläge nach Ablauf einen Jahres mit einem Zusatzbeitrag nach § 242a überprüft werden. Der GKV-Spitzenverband ist dabei als gesetzlicher Spitzenverband aller Krankenkassen diejenige Institution, die dazu legitimiert und in der Lage ist, entsprechende Erfahrungen bei allen Krankenkassen abzufragen und in einem Bericht zusammenzufassen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 6 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens 3 Monate nach Ablauf des Jahres, für das erstmalig ein Zusatzbeitrag nach § 242a ermittelt wurde, einen Bericht vor, in dem die finanziellen Auswirkungen der Nichtzahlung von Zusatzbeiträgen auf die jeweiligen Krankenkassen und die Wirksamkeit der Verspätungszuschläge dargestellt werden. Die Bundesregierung überprüft anhand dieses Berichtes, ob Änderungen der Vorschriften vorgenommen werden sollen.“

Ausgabenbegrenzung:

Vertragsärztliche Versorgung

Artikel 1 Nr. 7 - § 87 (Abs. 9) und Nr. 8 § 87d SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung soll für die ambulante ärztliche Versorgung bundesweit und befristet auf die Jahre 2011/12 gesetzlich einen linearen Ausgabenzuwachs vorgeben und zusätzlich in einem Schritt im Jahre 2011 die rechnerischen Leistungsbedarfsunterschiede zwischen den KVen durch regionale Anpassungsfaktoren verringern. Die regionale Anpassung wird nach Umfang und Verteilungsverfahren dem Bewertungsausschuss (BA) überantwortet.

Der neue Absatz 9 des § 87 SGB V zielt auf eine „grundsätzliche Überprüfung und Korrektur der gesamten Honorarreform“ im Laufe des Jahres 2011 ab und strebt ein „einfaches Honorarsystem“ an.

Die Regelungen sehen im Einzelnen vor:

§ 87 Abs. 9

Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit und mit ihm dem Deutschen Bundestag bis zum 30.04.2011 ein Konzept für eine „schrittweise Konvergenz der Vergütungen“ vorzulegen.

§ 87d

- **Abs. 1 reguliert die Preisseite bzw. Veränderung des Orientierungswertes**

1) Zunächst wird der Orientierungswert des Jahres 2010 in Höhe von 3,5048 Cent für die beiden Folgejahre festgehalten.
2) Die bereits beschlossene Differenzierung des Orientierungswertes bei Über- und Unterversorgung wird entsprechend ausgesetzt.
3) Punktwertanpassungen aufgrund neuer Zuschläge werden ausgesetzt.
5) Ausgesetzt werden auch Vorgaben zur Punktwertdifferenzierung aufgrund regionaler Besonderheiten und die Bildung entsprechender Indikatoren (Kosten/Versorgung).
6) An Stelle von regionalen Zuschlägen bei Unterversorgung werden Sicherstellungszuschläge wieder eingeführt.

- **Abs. 2 reguliert die Mengenseite bzw. Veränderung der Gesamtvergütung**

1) Vorgegeben werden Fristen für die Ermittlung von Gesamtvergütungen.
2) Die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind an eine veränderte Zahl der Versicherten und linear um plus 0,75 Prozent zu verändern. Die 0,75 Prozent entsprechen der halben erwarteten Morbiditätsrate. Als Rechtfertigung angeführt wird dafür u. a. die verspätete Einführung von Kodierrichtlinien.
3) Es können weiterhin Leistungen zusätzlich extrabudgetär gestellt werden (EGV). Dazu ist dann das Ausgangsvolumen der MGV für 2010 entsprechend zu verringern.

4) Zusätzlich (zu der begrenzten linearen Erhöhung) wird der Bewertungsausschuss zu einer vom Gesamtvolumen her nicht näher begrenzten asymmetrischen Anpassung des Behandlungsbedarfes für 2011 verpflichtet, wobei der Bedarf je Versicherten durch diese Anpassung in keiner KV sinken soll.
5) Die nach Abs. 2 Nr. 2 bis 4 angepassten bzw. in der KV ermittelten Gesamtvergütungen sind für die Berechnung der RLV je Arzt für 2011 zugrunde zu legen.
6) Nachberechungen wegen eines unvorhergesehenen Behandlungsbedarfs scheiden für 2011 aus.
7) Für asymmetrische Honorarzuwächse hat der Bewertungsausschuss ein verbindliches Verfahren vorzugeben, bei dem Zuwächse für Vergütungen je Versicherten vorgegeben werden, die einen festzulegenden Wert unterschreiten. Er kann dabei die jeweiligen Zuwächse begrenzen. Vergütungen je Versicherte (siehe oben) dürfen aber auch an keiner Stelle sinken.
8) Die Regelungen nach den Sätzen 2,3, 5 und 6 gelten auch für 2012. Die asymmetrische Anpassung nach Satz 4 ist danach in einem Schritt im Jahre 2011 zu vollziehen.

- **Abs. 3 regelt den ggf. rückwirkenden Honoraranspruchs des Arztes**

Stellt klar, dass der individuelle Honoraranspruch des Arztes auch dann weiter besteht, wenn die Regelungen für asymmetrische Zuwächse nicht rechtzeitig für vorlaufende Berechnungen und Ankündigungen realisiert werden konnten.

- **Abs. 4 macht Vorgaben für die Regulierung der EGV**

1) Die Gesamtvertragspartner „sollen“ bei der EGV ausgabenbegrenzende Maßnahmen treffen,
2) Ziel dabei ist, die halbe Grundlohnrate als Zuwachs nicht zu überschreiten, es sei denn, zwingenden Versorgungsgründe sprechen dafür.
3) Dazu sind Preisstaffelungen oder Mengenquotierungen vorzusehen …
4) … für die der Bewertungsausschuss ggf. Vorgaben machen kann.
5) Präventions- und Früherkennungsleistungen sind ebenso ausgenommen wie in 2009/10 neu eingeführte Leistungen („Balneophototherapie“, Neugeborenen-Hörscreening etc.).

B Stellungnahme

Da die unter Punkt D des Gesetzentwurfes genannten „finanziellen Wirkungen auf öffentliche Haushalte“ keine Einsparungen der niedergelassenen Ärzte, sondern nur für die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) aufführen, beabsichtigt die Bundesregierung offenbar neben der moderat festgelegten linearen Erhöhung für 2011 eine umso größere Erhöhung für KVen mit rechnerisch unterdurchschnittlichem Leistungsbedarf je Versicherten.

Die KBV ist politisch mit Phantasiemargen in zusätzlicher Milliardenhöhe in die Diskussion getreten und beruft sich in Verhandlungen fortgesetzt auf zudem öffentlich verbreitete Zugeständnisse aus der Politik, denen von dort offenbar auch den Unparteiischen Mitgliedern im Bewertungsausschuss gegenüber an Gewicht verholfen wird. Anders ist nicht zu erklären, dass der Bewertungsausschuss am 5. Oktober 2010 gegen die Stimmen der Kassenseite zusätzlich ein asymmetrisches Verteilungsvolumen von 500 Mio. Euro beschlossen hat. Neben der linearen Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) von 0,75 % (175 Mio. €) tritt so eine Erhöhung von bis zu 3,46 % (Bund 500 Mio. €) für die so genannte asymmetrische Verteilung. Dadurch wird **einem Spargesetz zur Folge** der Zuwachs der MGV auf 2011 (675 Mio. €) gegenüber dem Zuwachs auf

2010 (460 Mio. €) **um 46 % erhöht**. Hinzukommen wird der Zuwachs der extrabudgetären Vergütungen (EGV) von bis zu 400 Mio. €. Von daher werden den niedergelassenen Ärzten für 2011 Honorarzuwächse im Volumen weit über 1 Mrd. € beschert.

Der Gesetzentwurf gibt lineare Zuwächse der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) und der extrabudgetären Vergütungen (EGV) vor. Der Anstieg der MGV soll 0,75 Prozent betragen. Differenzierungen des Orientierungswertes, Zuschläge und Nachzahlungen werden ausgeschlossen. Von daher wäre die Einhaltung von Ausgabenobergrenzen bei der MGV sicherzustellen. Dagegen ist der auf die Hälfte des Grundlohnzuwachses begrenzte Anstieg der EGV nur mit einer „Soll-Bestimmung" eingeführt. Aus dem „Soll" würde ein auch schiedsamtsfestes „Muss", wenn dem nicht regionale Aspekte entgegengestellt werden könnten. Etwa beim ambulanten Operieren, den Onkologiepauschalen und Sachkosten /Wegegebühren und den Dialysesachkosten werden Einwände erhoben werden. Von daher ist die titulierte EGV-Begrenzung mit hohen Risiken versehen. Mit einem bundesweiten Anstieg von mehr als 400 Mio. € ist vorsichtigerweise zu rechnen. Die pauschale Begrenzung der Mengendynamik bei den Leistungen der EGV nimmt im Übrigen keine Rücksicht auf Besonderheiten einzelner Leistungssegmenten sowie des privilegierenden Charakters der Einzelleistungsvergütung und führt zu widersprüchlichen Ergebnissen.

Die so formulierte Ausgabenbegrenzung wird zudem durch Vorgaben zum Beschluss asymmetrischer regionaler Anpassungsfaktoren durch den Bewertungsausschuss für das Jahr 2011 vollends aufgehoben. Zwar sagt die Begründung, die „regionalen Anpassungsfaktoren" sollten „auch… die Verteilung des bisherigen Zuwachses gerechter gestalten" (Begründung zu Abs. 2 Satz 4). Tatsächlich aber will die Bundesregierung den Krankenkassen regional zusätzliche Finanzierungslasten auferlegen, deren Umfang und Verteilung sich an einem vom Bewertungsausschuss (BA) zu festzulegenden Benchmark orientieren soll.

Am 5. Oktober 2010 hat der Bewertungsausschuss bereits auf dieser, noch in Kraft befindlichen gesetzlichen Grundlage Beschlüsse getroffen mit den eingangs genannten finanziellen Mehrbelastungen für die GKV von im Volumen weit über 1 Mrd. €. Dass sich damit der Steigerungsbetrag der in Regelleistungsvolumen verteilten morbiditäts*orientierten* Gesamtvergütung von 460 Mio. € in 2010 auf 675 Mio. € in 2011 um 46 Prozent erhöhen wird, lag in der Neuregelung des öffentlich als Nullrunde bezeichneten Spargesetzes begründet, ohne hinreichend demokratisch offengelegt und vertreten worden zu sein.

Im Kern scheint es mithin nicht um die ärztliche Versorgung der Versicherten zu gehen, sondern um die Vermehrung der finanziellen Ausstattung der niedergelassenen Ärzte. Nach bisher schon ungeahnten Honorarsteigerungen in den Jahren 2009 und 2010 sollen weitere Steigerungen dazu kommen, ohne dass die Politik selbst dafür erkennbar die Verantwortung übernimmt.

Um dieses Ergebnis zu erreichen, wird das Ziel einer Morbiditätsorientierung der Vergütung außer acht gelassen. Denn zu den wenigen Vorgaben des GKV-FinG-E für die asymmetrische Fortentwicklung der Gesamtvergütungen gehört, dass sie sich nicht an den versichertenbezogenen Gesamtvergütungen der Krankenkassen orientierten soll, sondern - ohne kassenbezogen differenzieren zu dürfen - an der nicht weiter hinterfragten jeweiligen Vergütungsposition der Kassenärztlichen Vereinigung. Regionale Verhältnisse und etwa die jeweils unterschiedliche Arbeitsteilung mit dem stationären Sektor sollen dabei unbeachtet bleiben. Damit führte dieser ergebnisorientierte politische Eingriff das Vergütungssystem ordnungspolitisch weiter vom Morbiditätsbezug weg. Bisher schon erfolgt die Aufbringung der Mittel in Bezug auf die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung unter hohem Aufwand diagnosebezogen, um im zweiten Schritt dann paradoxer-

weise die differenzierte, patientenindividuelle ärztliche Behandlung in den Praxen zumeist nach groben Pauschalen zu honorieren. Das GKV-FinG-E geht noch einen Schritt weiter in die falsche Richtung und bewegt nur noch finanzformal „asymmetrisch“ Gesamtvergütungen je Kassenärztlicher Vereinigung.

Öffentliche Erklärungen der KBV, das Vergütungssystem sei nicht mehr reformierbar, finden damit ihre Bestätigung. Für die nach § 87 Abs. 9 (neu) angestrebte Revision des ambulanten Vergütungssystems sollte dann aber nach Auffassung der AOK auch dringend gerade bei der Verwendung der Mittel in der Versorgung auf eine medizinisch begründbare Allokation Wert gelegt werden, statt wiederum nur die Mittelaufbringung zu Gunsten der KV zu ändern. Dies erfordert – so weit als möglich – die Ablösung von Einzelleistungen und Pauschalen je Fall durch indikationsbezogene Fallpauschalen. Sie beschreiben den Standard des im Lande medizinisch gebotenen von der Leistungsseite her und bringen einen betriebswirtschaftlichen Bezug durch die Feststellung des im Lande dafür regelmäßig betriebenen Aufwandes. Damit würden versorgungsinhaltlich fundierte Stabilitätsmasse verwandt, die – wie im stationären Bereich – zu einem stabilen Vergütungssystem führen können.

Eine solche, konzeptionell überfällige Weichenstellung ist nicht von einem kurzfristig erforderlichen Gesetz zur Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV zu erwarten. Zu erwarten wäre aber auch von einem solchen begrenzten Vorhaben, dass die in den KVen organisierten Ärzte die Konsolidierungslasten der GKV ebenso wie Zahnärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie und die Krankenkassen selbst mittragen. Zwar orientiert sich die Begründung dem Tenor nach weithin an der Aufgabe der Ausgabenbegrenzung, und ein „zusätzlicher“ regionaler Anpassungsbedarf wird weder nachvollziehbar hergeleitet, noch werden „zusätzliche“ Honorarsteigerungen gerechtfertigt. Die in §87 Abs. 9 auch über einen Schritt im Jahre 2011 hinaus vorgegebene „Konvergenz der Vergütungen“ ist jedoch ordnungspolitisch mangels inhaltlicher Begründung und in anbetracht der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen ambulant und ambulant / stationär nicht zu rechtfertigen. Gleichwohl wird dem Bewertungsausschuss ein nicht näher charakterisiertes oder begrenztes Anpassungsverfahren überantwortet.

Kurzum: Durch den Entwurf würde eine gesetzlich unzureichend beschriebene, begrenzte und begründete Anpassungsaufgabe an den Bewertungsausschusses übertragen.

C Änderungsvorschläge

1. §87 Abs. 9 ist entbehrlich, weil es sich um eine Absichtserklärung ohne rechtlich relevante Substanz handelt.

2. Der Gesetzgeber sollte in § 87d Abs. 2 Satz 4 des SGB V i.d.F. GKV-FinG-E das Wort „zusätzlich“ durch das Wort „dabei“ ersetzen und in der Begründung deutlich machen, dass die Anpassung der Gesamtvergütungen innerhalb der im Übrigen genannten Ausgabenobergrenzen zu vollziehen ist. Dazu ist in der Begründung zu Satz 4 im ersten Satz das Wort „zusätzlich“ zu streichen. In Satz 2 der Begründung ist das Wort „auch“ zu streichen.

3. Darüber hinaus sollte eine regionale Anpassung nach § 87d Abs. 2 Satz 4 in mindestens 2 Jahresschritten erfolgen. Dazu ist in § 87d Abs. 2 letzter Satz auch Satz 4 aufzuführen.

4. Hilfsweise ist zu bestimmen, dass in den Regelungen nach § 87d Abs. 2 Satz 4 und Satz 7 jedenfalls Belastungen der Krankenkassen auszuschließen sind, die zu Er-

hebung von Zusatzbeiträgen für die Versicherten führen. Auf die Begründung zu § 73b Abs. 5a eines GKV-FinG-E wird Bezug genommen. Was für Verträge und Entscheidungen von Schiedsstellen gilt, muss auch für Entscheidungen des Bewertungsausschusses gelten.

5. Der Gesetzgeber sollte darüber hinaus in § 87d Abs. 4 Satz 1 SGB V i.d.F. eines GKV-FinG-E regeln, dass die Gesamtvertragspartner die Weiterentwicklung des Volumens der extrabudgetären Leistungen (EGV), die für den Zeitraum 2011 und 2012 an der halben Veränderung der Grundlohnsumme orientiert werden soll, für die Folgejahre an der allgemeinen Morbiditätsentwicklung ärztlicher Leistungen zu orientieren haben. Dadurch würde an dieser Stelle einer medizinisch nicht begründbaren Mengenentwicklung entgegengewirkt.

Hausarztzentrierte Versorgung

Artikel 1 Nr. 5 § 73b SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt mit der Änderung der Vorschrift des §73b SGB V das Wirtschaftlichkeitsgebot in der HzV zu stärken. Hierzu sind Neuregelungen vorgesehen, die die nachfolgenden drei Elemente enthalten:

1. Im Rahmen eines neuen Absatzes 5a wird die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für alle nach dem Kabinettsbeschluss zustande gekommenen HzV-Verträge ausdrücklich vorgeschrieben. Danach soll entweder eine Begrenzung der Fallwerte in der HzV auf das Niveau der KV-Versorgung oder eine Begrenzung der HzV-Vergütung auf den ermittelten Bereinigungsbetrag den Grundsatz der Beitragssatzstabilität erfüllen. Für Verträge, die vor dem Kabinettsbeschluss zustande gekommen sind, soll die bisherige Fassung des § 73b SGB V auch für Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 31.12.2012 anzuwenden sein.

2. In Absatz 8 neu wird klargestellt, dass die Vertragsparteien bei Vereinbarung von Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen, vertraglich sicherzustellen haben, dass Aufwendungen für diese Leistungen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Die bislang fakultativ ausgestaltete Regelung wird nunmehr durch eine verpflichtende Formulierung ersetzt.

3. Im Rahmen eines neuen Absatzes 9 werden die Krankenkassen verpflichtet, die nach dem Kabinettsbeschluss zustande gekommenen HzV-Verträge der zuständigen Aufsichtsbehörde zur Prüfung der Einhaltung der gesetzgeberischen Vorgaben vorzulegen. Der Aufsicht wird eine Zwei-Monatsfrist für Beanstandungen eingeräumt

B Stellungnahme

Mit der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Änderung des § 73b SGB V wurden die Krankenkassen verpflichtet, hausarztzentrierte Versorgungsverträge mit Gemeinschaften abzuschließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten. Soweit sich die Vertragsparteien nicht einigen können, ist die Gemeinschaft berechtigt, ein Schiedsverfahren zu beantragen. Eine Schiedsperson legt dann den Vertrag fest.

Die durch die Neuregelung geschaffene Privilegierung des Deutschen Hausärzteverbandes bzw. seiner regionalen Mitglieder hat in besonderem Maße zu ordnungspolitischen und rechtssystematischen Problemen geführt. Das vom Gesetzgeber als Ausnahme vorgesehene Schiedsverfahren bei Nichtzustandekommen eines HzV-Vertrages wurde, nachdem die Hausärzteverbände eine Flut von Schiedsverfahren angestrengt haben, zur Regel. Die Schiedspersonen haben bisher fast ausnahmslos Verträge festgelegt, die im Wesentlichen den Vorstellungen des Deutschen Hausärzteverbandes bzw. der Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) entsprechen. Kassen wurden damit gezwungen, Verträge umzusetzen, die aus ihrer Sicht unwirtschaftlich sind. Übergeordnete gesetzliche Grundsätze und Rahmenbedingungen für das vertragliche Handeln von Krankenkassen (z. B. Beitragssatzstabilität, Quersubventionierungsverbot, Refinanzierungsgebot) wurden jedoch von den Schiedspersonen nicht in ausreichendem Maße geprüft und beachtet.

Auch regional unterschiedliche Ausgangslagen in der Verordnungs- und Versorgungssituation wurden nicht ausreichend berücksichtigt. Damit drohen diesen Krankenkassen für die im Schiedsverfahren festgelegten HzV-Verträge erhebliche Mehrausgaben, ohne dass diesen Mehrausgaben eine entsprechend verbesserte Versorgungsqualität gegenüberstehen würde.

Eine Veränderung des § 73b SGB V wird deshalb ausdrücklich begrüßt. Als ordnungspolitisch sachgerecht wird vorrangig eine Lösung angesehen, bei der die HZV durch Aufhebung des Kontrahierungszwangs wieder konsequent in den Kreis der wettbewerblichen Selektivverträge außerhalb des Kollektivvertragssystems zurückgeführt wird. Hierzu wäre der § 73b SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung wieder herzustellen, so dass HZV-Verträge durch die Krankenkassen vertragswettbewerblich vergeben werden können. Die Verantwortung für Vertragsschlüsse würde damit wieder im pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkassen liegen, die auch die finanziellen Konsequenzen zu tragen haben.

Soweit der Gesetzgeber eine Wiederherstellung des § 73b SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung nicht favorisiert, wird eine weitere gesetzgeberische Klarstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die hausarztzentrierte Versorgung in § 73b SGB V befürwortet.

Bei der Ausgestaltung der gesetzlichen Änderungen sollten folgende fachliche Aspekte berücksichtigt werden:

Zu Absatz 5a neu (Konkretisierung der Beitragssatzstabilität)

a) Ein ausdrücklicher Verweis auf den **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** ist in diesem Kontext als Klarstellung zwar hilfreich, in Verbindung mit dem Vertrauensschutz könnte dies im Umkehrschluss hingegen so verstanden werden, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für bislang geschlossene Verträge nicht gegolten habe. Dies ist jedoch für die HzV nicht zutreffend. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität galt auch bisher schon, fand aber bei den Schiedspersonen – ebenso wie die weiteren Selbsttragungsgebote des § 73b Abs. 8 SGB V und des § 53 Abs. 9 SGB V - bislang keine ausreichende Beachtung. Insofern empfiehlt sich, die Gültigkeit des Grundsatzes unabhängig von einer Stichtagsregelung an rechtstechnisch besser geeigneter Stelle, ausdrücklich klarzustellen, z. B. entsprechend der Regelung in § 63 Abs. 3 Satz 1 SGB V durch die Ergänzung der Worte „ ;der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend.“ in § 73b Abs. 5 Satz 4 SGB V. Die Ausdehnung des Vertrauensschutzes auf Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 31.12.2012 für vor dem Kabinettsbeschluss zustande gekommene Verträge wird abgelehnt, da dies den Zeitraum, für den unterschiedliche Maßstäbe bei den HzV-Verträge gelten, unnötig weiter verlängert.

b) Um Auslegungsdiskussionen zu vermeiden, welche Verträge unter den **Vertrauensschutz** fallen, sollte in Absatz 5a eindeutiger formuliert werden. Um dies zu gewährleisten, sollte textlich zwischen einvernehmlichen Vertragsschlüssen und den durch Schiedspersonen festgelegten Verträgen unterschieden werden, so wie es auch in Absatz 9 neu vorgesehen wurde. Auch dort werden die im Schiedsverfahren festgelegten Verträge gesondert aufgeführt. Zur Rechtssicherheit wird zudem empfohlen, für einvernehmliche Vertragsschlüsse den Begriff „rechtswirksam“ zu verwenden, für durch Schiedspersonen festgelegte Verträge jedoch den Begriff „bestandskräftig“ (siehe Formulierungsvorschlag). Dies stellt klar, dass für im Schiedsverfahren bereits festgesetzte Verträge nur dann vom Vertrauensschutz erfasst

werden, wenn sie mit Rechtsbehelfen nicht mehr angefochten werden können. Vorher kann kein Vertrauensschutz entstehen. Hierdurch wird der Wille des Gesetzgebers, der ausdrücklich nur Verträge schützen will, die vor dem Kabinettsbeschluss „rechtsgültig“, d.h. rechtskräftig bzw. vollzogen sind, aufgegriffen und konkret umgesetzt.

Die Präzisierung um das Wort „bestandskräftig“ führt zudem zu einer weiteren Klarstellung der Frage, ob es sich bei dem Schiedsspruch der Schiedsperson um einen **Verwaltungsakt** handelt, denn nur ein Verwaltungsakt kann Bestandskraft erlangen. Hierfür spricht zum einen die Regelung des § 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V, die die fehlende aufschiebende Wirkung der Klage gegen die Festlegung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson regelt. Für eine hoheitliche Tätigkeit der Schiedsperson spricht auch, dass der Gesetzgeber in § 73b Abs. 4 in den Sätzen 1, 2 und 5 SGB V für das Zustandekommen des Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 eine rechtliche Abschlussverpflichtung und - bei fehlender Umsetzung - einen Anspruch der privilegierten Gemeinschaft auf Festsetzung durch den Schiedsspruch einer Schiedsperson vorsieht.

c) Von der in Satz 2 beabsichtigten **Begrenzung** durch einen **Vergleich von Fallwerten** wird aus fachlich-methodischen Gründen abgeraten. Die Einschätzung in der Gesetzesbegründung, dass der Fallwert ein geeigneter Orientierungsmaßstab sei, wird nicht geteilt. Endloser Streit um die Ermittlung der maßgeblichen Fallwerte wäre vorprogrammiert:

- Der **Fallwert ist keine fest definierte Größe**. Er ist im SGB V nicht bestimmt. Je nach Kontext wird darunter etwas anderes verstanden.
  - Ist der (prospektive) Fallwert aus dem Kontext der Berechnung der Regelleistungsvolumen gemeint?
  - Sind im Fallwert die neuen QZV- und extrabudgetären Leistungen enthalten oder nur die RLV-Leistungen?
  - Ist der ex-post festgestellte Fallwert inkl. aller Vergütungsbestandteile (RLV, QZV, extrabudgetäre Leistungen, abgestaffelte Leistungen usw.) gemeint? Dieser könnte ggf. erst vergleichsweise spät ermittelt werden.
  - Ist der Fallwertvergleich nur einmalig bei Vertragsschluss durchzuführen oder jedes Quartal? Die Fallwerte in der Kollektivversorgung schwanken von Quartal zu Quartal.
- Die **Referenzgröße** („durchschnittlicher Fallwert aller an der HzV teilnehmenden Ärzte in der KV) ist **methodisch ungeeignet**. Das gewünschte Ziel (Ausgabenneutralität) wird damit nicht erreicht. Gleiche Fallwerte in Kollektiv- und HzV-Vollversorgung bedeuten nicht, dass auch die Ausgaben für die Krankenkasse gleich wären.
  - Ein hausärztlicher KV-„Fall“ ist nicht gleichzusetzen mit einem HzV-„Fall“.

    In der Kollektivversorgung ist ein Arztkontakt mit einem Arzt im Quartal ein (Abrechnungs-)Fall. In den vorherrschenden HzV-Vollversorgungsverträgen gibt es kontaktunabhängige Pauschalen. Zählen diese auch als „Fälle“, selbst wenn in einem Quartal kein Arztkontakt bestand?

    Versicherte „verursachen“ in der hausärztlichen Kollektivversorgung durchschnittlich mehr als einen Fall je Quartal, da sie mehrere Hausärzte in An-

spruch nehmen. In der HzV kann grundsätzlich nur ein Hausarzt kontaktiert werden (= 1 Fall). Die Divisoren zur Ermittlung der Fallwerte weichen also in beiden Vergütungssystemen grundsätzlich voneinander ab und verzerren insofern das Ergebnis des Vergleichs.

- Die Referenzgröße bildet nicht die **unterschiedlichen Morbiditäten** ab - weder zwischen den Kassen noch zwischen den Versichertenkollektiven der HzV-Teilnehmer bzw. der Nicht-HzV-Teilnehmer. Auch der Bezug der Referenzgröße nur auf teilnehmende Ärzte ändert daran nichts.

- Ursache für die methodischen Mängel ist, dass Fallwerte die **Umsatzperspektive** eines **Arztes** widerspiegeln, nicht aber die Ausgabenperspektive einer Krankenkasse.

Deshalb wird empfohlen, nur die Begrenzung auf den Bereinigungsbetrag wie in Satz 3 vorgeschlagen umzusetzen. Dies ist die sachgerechtere, einfachere und klarere Lösung, die zudem auch noch die Morbidität „automatisch“ mit abbildet. Die extrabudgetären Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht explizit bereinigt werden müssen, aber in der Kollektivversorgung dennoch entfallen, sollten der Vollständigkeit halber ebenfalls berücksichtigt werden können.

Zu Absatz 8 neu (Klarstellung der Refinanzierung) und zu Absatz 9 neu (Vorlagepflicht und Beanstandungsrecht)

Keine Bewertung. Hinreichend sachgerechte Klarstellung bzw. Regelung.

C Änderungsvorschläge

Wiederherstellung des § 73b SGB V in seiner am 31.12.2008 gültigen Fassung.
Hilfsweise wird vorgeschlagen, folgende Änderungen an § 73b SGB V vorzunehmen:

1. In § 73b Abs. 5 Satz 4 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz ergänzt „der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend.“

2. In § 73b wird nach Absatz 5 folgender Absatz 5a eingefügt

   „(5a) In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem … (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) rechtswirksam werden oder deren Festlegung im Wege eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a Satz 1 nach diesem Zeitpunkt bestandskräftig wird, darf die Vergütung je Versicherten den aufgrund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelten Bereinigungsbetrag je Versicherten nicht überschreiten. Vergütungen an die Kassenärztliche Vereinigung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die aufgrund der Verträge wegfallen, können berücksichtigt werden.“

Vertragszahnärztliche Versorgung

Artikel 1 Nr. 6 § 85 a) und b) SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Beitrag der Zahnärzteschaft zur Ausgabenbegrenzung in der GKV.

Die Ausgaben für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der Grundlohnrate verändern. Entsprechend dürfen sich auch die Gesamtvergütungen (ohne Zahnersatz und Leistungen der Individualprophylaxe sowie Früherkennung) in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der nach § 71 Abs. 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate verändern.

B Stellungnahme

Die Beschränkung auf die hälftige Weitergabe der Grundlohnsumme für die Jahre 2011 und 2012 für die vertragszahnärztliche Versorgung ist zunächst zu begrüßen.

Nicht nachvollzogen werden kann, warum der Zahnersatz und Zahntechnik von der Ausgabenbegrenzung ausgenommen wird. Begründet wird die Forderung damit, dass in den letzten drei Jahren der prozentuale Anstieg der Ausgaben für die Versorgung mit Zahnersatz regelmäßig deutlich höher lag, als im gleichen Zeitraum die Beitragseinnahmen der Kassen gestiegen sind, so dass die Versichertengemeinschaft an dieser Stelle überproportional belastet wurde.

C Änderungsvorschlag

Die gesetzlichen Regelungen sind entsprechend abzuändern und für den Bereich Zahnersatz und Zahntechnik sowie für die Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen aufzunehmen.

Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 85 Abs. 3g (neu) SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Stufenweise Ost-Westangleichung im vertragszahnärztlichen Bereich, ohne Zahnersatz, für den Vertragszeitraum 2012 und 2013 für die neuen Bundesländer jeweils in Höhe von 2% und für Berlin jeweils in Höhe von 2.5% .

B Stellungnahme

Die einseitige Ost-Westangleichung der zahnärztlichen Honorare wird weiterhin abgelehnt.

Den AOKs entstünden bei Umsetzung des Gesetzesvorschlages für das Jahr 2012 Mehrkosten in Höhe von 12.3 Mio. Euro und im Jahr 2013 in Höhe von 12.4 Mio. Euro. Die Aufwendungen der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen nach wie vor in den neuen Bundesländern auf einem vergleichbaren Niveau wie in den alten Bundesländern. Für das Jahr 2009 wendete die AOK-West, je Versicherten 149,95 Euro und die AOK-Ost 144,29 Euro auf. Das heißt, dass für die höheren Einnahmen der Zahnärzteschaft in den alten Bundesländern nicht ursächlich die Einnahmen aus der vertragszahnärztlichen Versorgung im Rahmen der GKV verantwortlich sind, sondern vielmehr die Einnahmen aus Privatliquidationen nach der Gebührenordnung der Zahnärzte, welche wiederum aus dem höheren Anteil der privat Versicherten resultiert. Es kann nicht die Aufgabe der GKV sein, wirtschaftliche Strukturkomponenten auszugleichen. Dies gilt auch für den Tatbestand, dass in den alten Bundesländern weniger Zahnärzte pro Einwohner zu verzeichnen sind, dafür aber mehr Gemeinschaftspraxen existieren.

Die Ursache für einen durchschnittlich geringeren Einnahmenüberschuss der Zahnärzteschaft in den neuen Bundesländern ist daher eher mit den dort bestehenden wirtschaftlichen Bedingungen begründbar. Es besteht die Gefahr, dass die Versicherten in den neuen Bundesländern die Mehrausgaben über mögliche Zusatzbeiträge zu finanzieren hätten

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Einführung eines § 3g neu ist zu streichen.

Stationäre Versorgung

Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Nr. 1 a) und b) (§ 4 Abs. 2a KHEntgG) und Nr. 4 a) und b) (Anlage 1 KHEntgG)

A Beabsichtigte Neuregelung

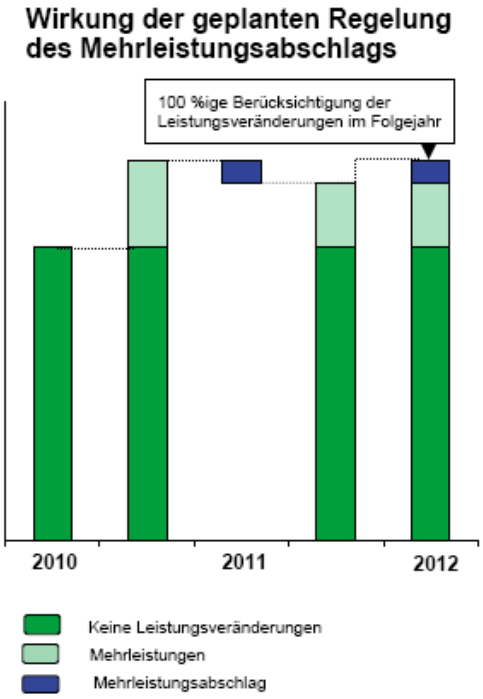
Für das Jahr 2011 gilt für zusätzlich gegenüber dem Vorjahr vertraglich vereinbarte akutstationäre Leistungen ein gesetzlicher Mehrleistungsabschlag von 30 %. Ab dem Jahr 2012 ist die Höhe des Mehrleistungsabschlags – wie bereits im Jahr 2009 – vertraglich von den Vertragsparteien auf Ortsebene zu vereinbaren. Ausgenommen von dem Mehrleistungsabschlag sind Leistungen, deren Sachkostenanteil bei mehr als 66 % liegt.

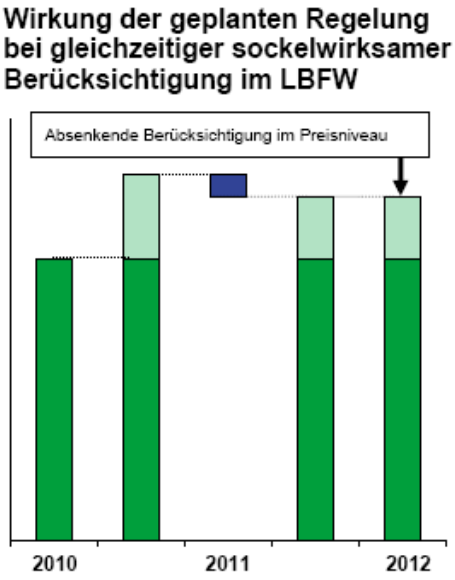
B Stellungnahme

Der geplante Mehrleistungsabschlag wird als kurzfristige Maßnahme zur GKV-Ausgabenstabilisierung begrüßt. Allerdings ist die Höhe von 30 % zu niedrig bemessen. Denn die Höhe der variablen Kosten für zusätzliche Leistungen im Krankenhaus liegen bei 35 % liegen. Hinreichende Gründe für einen Prozentsatz jenseits der variablen Kosten werden nicht angeführt. Daher muss die Höhe des Mehrleistungsabschlags 65 % betragen. Sonderregelungen für zusätzlich Leistungen mit einem hohen Sachkostenanteil sind nicht notwendig. Auch hier sind aufgrund von Mengenrabatten auf Seiten der Zulieferer Preisabschläge umsetzbar.

Die ab dem Jahr 2012 frei vorgegebene Verhandlung der Abschlagshöhe – wie schon im Jahr 2009 – birgt großes Konfliktpotenzial in den örtlichen Budgetverhandlungen und wird zu etlichen Schiedsstellenverfahren führen. Es ist nicht davon auszugehen, dass in den freien Verhandlungen eine Größenordnung von 30 % erreicht kann, wenn selbst die Bundesregierung bei der finanziellen Auswirkung dieser Maßnahme ab dem Jahr 2012 von einem rund 20 Prozent geringerem Einsparvolumen ausgeht.

Bezüglich der unbefristeten Einführung des Mehrleistungsabschlages zur Begrenzung der Krankenhausausgaben ist zu beachten, dass Mehrleistungen nur im ersten Jahr rabattiert werden und danach in voller Höhe zu finanzieren sind. Eine nachhaltige Ausgabenbegrenzung entsteht nur, wenn die Mehrleistungen sockelwirksam in Höhe der tatsächlichen variablen Kosten finanziert werden bzw. im Landesbasisfallwert berücksichtigt werden.





C Änderungsvorschlag

§ 4 Abs. 2a KHEntgG ist wie folgt zu ändern:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für die Jahre 2011 und 2012 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 65 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts zu vereinbaren. Die Berücksichtigung der Mehrleistungen im Landesbasisfallwert gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 bleibt davon unberührt.“

In § 10 Abs. 4 Satz 3 wird das Wort „niedrigere“ durch das Wort „veränderte“ und das Wort „höherer“ durch das Wort „veränderter“ ersetzt.

Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Nr. 2 (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG)

A Beabsichtigte Neuregelung:

Damit für zusätzlich erbrachte Leistungen keine doppelte Vergütungsminderung erfolgt, soll das Mehrleistungsabschlagsvolumen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts erhöhend berücksichtigt werden.
Der Gesetzgeber sieht die Gefahr der doppelten Vergütungsminderung darin, dass einerseits die Mehrleistungsabschläge die krankenhausindividuellen Erlössummen (Budgets) mindern und andererseits die geminderten Erlössummen den Ausgangswert für den Landesbasisfallwert im Folgejahr bilden.
Die Berücksichtigung der Leistungsveränderungen gemäß § 10 Abs. 3 S.1 Nr. 4 KHEntgG bleibt von der geplanten Regelung unberührt.

B Stellungnahme

Die Gefährdung der Realisierung der Einsparvolumina durch Mehrleistungsabschläge entsteht dadurch, dass nicht - wie im Kabinettbeschluss angenommen - die gekürzten Krankenhausbudgets, sondern weiterhin die ungekürzten Krankenhausbudgets die Basis für Landesbasisfallwerte bilden. Sofern die gekürzten Krankenhausbudgets die Grundlage bilden würden, so würden die Krankenhausbudgets gemäß dem Berechnungsschema B2 lfd. Nr. 6 die Erlössumme für die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 enthalten.
Der Gesetzgeber normiert in § 10 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG als Grundlage die Erlöse aus Fallpauschalen, d.h. B2 lfd. Nr. 3. Die Position B2 lfd. Nr. 3 ist das Produkt aus dem Landesbasisfallwert und der Summe der vereinbarten effektiven Bewertungsrelationen. Abschläge für Mehrleistungen werden hier nicht berücksichtigt. Eine Erhöhung der nicht gekürzten Erlössumme für Fallpauschalen um die Notfall- und Mehrleistungsabschläge im Landesbasisfallwert ist daher weder erforderlich noch sachgerecht.
Bei Umsetzung der geplanten Änderung wird das angestrebte Einsparvolumen von 350 Mio. EUR in 2011 und 270 Mio. EUR in 2012 komplett neutralisiert. Stattdessen wird die GKV mit nicht sachgerechten Mehrausgaben in Höhe von ~ 325 Mio. EUR ab dem Jahr 2012 belastet.
Die geplante Änderung in § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 KHEntgG wird aus den genannten Gründen seitens des AOK-Bundesverbandes abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die geplante Änderung in § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 ist zu streichen. Im Gegenzug ist eine neue Nr. 8 aufzunehmen. § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 wird wie folgt gefasst:
„Abschläge für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a sowie die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3“
In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 wird die Angabe „§ 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3“ gestrichen.

Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Nr. 3 Buchstabe b (§ 10 Abs. 4 S. 4 KHEntgG)
Artikel 10 Änderung der Bundespflegesetzverordnung Nr. 1 (§ 6 Abs. 1 S. 3 BPflV) und Nr. 2 (§ 6 Abs. 2 S. 1 BPflV)

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Preise für aktutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürfen in den Jahren 2011 und 2012 lediglich in Höhe der halben statt der vollen Grundlohnrate wachsen. Auch für die Ermittlung der Berichtigungsrate zur anteiligen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen in der Psychiatrie/Psychosomatik gilt für die beiden Jahre die halbe Grundlohnrate.

B Stellungnahme

Die Kappung der maximalen Steigerungsrate der Landesbasisfallwerte sowie die Begrenzung des Zuwachses des Gesamtbetrages in der Psychiatrie/Psychosomatik auf die halbe Grundlohnrate wird begrüßt.
Um sicherzustellen, dass die halbierte Veränderungsrate auch bei der Vereinbarung nach § 10 Abs. 9 (Bundesbasisfallwert) Anwendung findet, ist § 10 Abs. 9 anzupassen. Allerdings wird im Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik die Anwendung der halben Grundlohnrate bei der Ermittlung der o. g. Berichtigungsrate teilweise konterkariert, da durch die Berechnungssystematik nicht die Hälfte, sondern Dreiviertel der Grundlohnrate zur Anwendung kommt. Bleibt diese Regelung bestehen, führt dies zu geschätzten GKV-Mehrausgaben von 7,5 Mio. Euro im Jahr 2011 und von 15 Mio. Euro im Jahr 2012.
Die geplante Streichung „und 4“ in § 4 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 Satz 1 BPflV ist eine redaktioneller Folgeänderung zur Aufhebung dieses Satzes durch Artikel 1 des GKV-FinG.

C Änderungsvorschlag

§ 10 Abs. 9
Es wird folgender Satz 7 angefügt:„Für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors in den Jahren 2011 und 2012 gilt abweichend von Satz 5 die halbierte Veränderungsrate.“
Die geplante Änderung in § 6 Abs. 2 Satz 1 BPflV (Artikel 10 Nr. 2) ist zu streichen.

Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) und zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP hierzu (BT-Drucks. 17/3040)

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(21)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block II
15.10.2010

Generelle Bewertung

Die KZBV hat den vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung eines GKV-FinG mit Enttäuschung zur Kenntnis genommen. Es ist zu konstatieren, dass dieser hinsichtlich der vertragszahnärztlichen Versorgung lediglich zwei unmittelbare Neuregelungen enthält.

- Zunächst soll in § 85 Abs. 2d und 3f SGB V E die bereits seit Jahrzehnten andauernde Budgetierung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen für die Jahre 2011 und 2012 fortgeschrieben und auf höchstens die Hälfte der jeweils festgestellten Grundlohnsummenentwicklung begrenzt werden.

- In § 85 Abs. 3g SGB V E sollen in den Jahren 2012 und 2013 die Punktwerte und Gesamtvergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz im Bereich der neuen Bundesländern und des Landes Berlin um insgesamt 5,0 bzw. 4,0 v.H. zusätzlich erhöht werden.

Insbesondere durch die zusätzlichen Bestimmungen zur weiteren und sogar noch intensivierten Budgetierung der Gesamtvergütungen würde dieses überkommene Steuerungselement nicht nur erneut bestätigt, sondern der undifferenzierten Kostendämpfungspolitik der Vergangenheit ein weiteres Kapitel hinzugefügt und die damit

verbundenen negativen Effekte im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung weiter intensiviert.

Mit dem nunmehr diskutierten Gesetzesvorhaben würde zudem der bisher stets vermittelte politische Generalkonsens ohne Not verlassen, mit dem die dringende Notwendigkeit für eine grundlegende Strukturreform in diesem Bereich anerkannt worden ist. Nach Jahrzehnten einer ständig rigideren Kostendämpfungspolitik, die eine angemessene Weiterentwicklung des Niveaus der vertragszahnärztlichen Versorgung zunehmend eingeschränkt hat und nunmehr bereits seit Jahren gänzlich verhindert, besteht in der deutschen Zahnärzteschaft gerade angesichts der zuvor geäußerten gesundheits- und sozialpolitischen Bewertungen durch die Regierungskoalition keinerlei Verständnis für eine neuerliche Verzögerung der dringend erforderlichen Reformmaßnahmen. Bedauerlicherweise beinhalten auch die vorliegenden Änderungsanträge der Regierungsfraktionen keine diesbezüglichen Ansätze.

Angesichts der nunmehr bereits seit Jahren erfolgten Angleichung der Lebensverhältnisse und der Kostenstrukturen in den neuen Bundesländern an das Westniveau bleibt die nunmehr vorgesehene, schrittweise Anhebung der Ostvergütungen hinter den öffentlichen politischen Ankündigungen zurück. Diese beschränkt sich auf ca. 50 % der tatsächlichen Vergütungsdifferenz. Die damit verbundene Aussage in der Begründung, weitere Anpassungsschritte blieben den Vertragsparteien vorbehalten, kann gerade angesichts der weiterhin restriktiven Bestimmungen des Gesetzentwurfes zur Budgetierung der Gesamtvergütungen von der Zahnärzteschaft in den neuen Bundesländern nicht als eine realistische Perspektive betrachtet werden. Hiermit würde vielmehr der sachlich durch nichts begründete Vergütungsabstand lediglich reduziert, in dieser Höhe aber politisch ausdrücklich perpetuiert.

Die KZBV fordert daher alle Beteiligten nachdringlich auf, zu den im Vorfeld geäußerten politischen Aussagen auch tatsächlich zu stehen und die erforderlichen Reformmaßnahmen kurzfristig umzusetzen. Auch angesichts der fortbestehenden Finanzierungsprobleme der GKV besteht hierzu auch ein mehr als ausreichender Regelungsspielraum, da vom Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nachweisbar bereits seit Jahrzehnten keine beitragssatzrelevanten Ausgabensteigerungen mehr

ausgegangen sind, dieser Bereich vielmehr seit Jahren Sparbeiträge für die GKV in Milliardenhöhe erbringt. Gerade vor diesem Hintergrund muss der unverständliche, leistungsfeindliche und zwischenzeitlich auch die Versorgungsqualität beeinträchtigende Reformstau vom Gesetzgeber endlich aufgelöst werden.

Die KZBV bietet in diesem Zusammenhang auch ausdrücklich eine nochmalige, detaillierte Darlegung der zugrundeliegenden Sachverhalte an.

Bewertung vorgesehener Einzelnormen mit Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung

1. § 13 Abs. 2 SGB V E

Die Neuregelungen sind im Grundsatz zu begrüßen, da sie eine, wenn auch nur geringgradige Liberalisierung der Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung beinhalten. Diese führen allerdings nicht zu einer durchgreifenden Vereinfachung des Verfahrens, so dass dieses insgesamt nach wie vor einer gleichberechtigten Ausgestaltung der Kostenerstattung neben dem Sachleistungsprinzip entgegensteht.

Auch wenn nunmehr eine schriftliche Bestätigung der erfolgten Beratung durch den Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer nicht mehr vorgesehen ist, verbleibt es im Grundsatz bei dem verwaltungsaufwendigen und für den Versicherten mit vielfältigen Imponderabilien belasteten Verfahren durch die Krankenkassen, welches die konkrete Höhe des Erstattungsanspruches weiterhin der Regelungshoheit der Krankenkasse überantwortet. Dies insbesondere auch deshalb, weil weiterhin keine Verpflichtung zur Erstattung entsprechend jeweils der Höhe der Vergütungen, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, vorgesehen ist. Gerade angesichts dieser, im Einzelfall unkalkulierbaren, finanziellen Risiken, wird die Wahl der Kostenerstattung für den Versicherten nach wie vor unattraktiv ausgestaltet. Daran vermag auch die Verkürzung der Bindungsfrist auf ein Kalendervierteljahr nichts zu ändern.

Die Zahnärzteschaft fordert daher weiterhin eine echte Liberalisierung und Gleichstellung der Kostenerstattung in der Form, dass diese vom Versicherten für jede einzelne Behandlung ohne vorgeschaltetes Verwaltungsverfahren mit der Sicherheit gewählt werden kann, in jedem Falle den Betrag erstattet zu bekommen, den die jeweilige Leistung für die Krankenkasse im Sachleistungssystem gekostet hätte.

2. § 71 Abs. 3 SGB V E

Durch die vorgesehene Neufassung soll die bisher bestehende Verpflichtung des BMG zur Festsetzung u.a. auch differenzierter Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen getrennt nach dem Beitrittsgebiet und dem übrigen Bundesgebiet beseitigt werden. In der diesbezüglichen Begründung wird dazu ausgeführt, hierbei handele es sich lediglich um eine Klarstellung, da das BMG bereits seit dem Jahr 2008 infolge geänderter Bestimmungen zu den Statistiken der Krankenkassen nicht mehr über die erforderlichen Daten für eine Festsetzung differenzierter Veränderungsraten verfügt habe und daher zu deren Festsetzung auch nicht mehr verpflichtet gewesen sei.

Soweit entgegen den sachlichen Erfordernissen und den langjährigen Forderungen der Zahnärzteschaft weiterhin an der strikten Budgetierung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen unter Anbindung an die, vom BMG jährlich festzusetzende Grundlohnsummenentwicklung festgehalten wird, muss es auch bei den bisherigen Bestimmungen hinsichtlich der Festsetzung differenzierter Veränderungsraten verbleiben. Gerade unter den Bedingungen der strikten Budgetierung boten alleine Orientierungen an differenzierten Veränderungsraten im Beitrittsgebiet die einzige realistische Möglichkeit einer Annäherung der dortigen Vergütungen an das Westniveau. Angesichts der Tatsache, dass, auch insofern entgegen den Forderungen der Zahnärzteschaft, in § 85 Abs. 3g SGB V E keine vollständige, sondern lediglich eine teilweise Anpassung der Punktwerte und Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet an die entsprechenden Werte im übrigen Bundesgebiet vorgesehen ist, sind weiterhin differenzierte Veränderungsraten festzusetzen.

Entgegen den Aussagen in der Begründung besteht diese Verpflichtung des BMG auch zurzeit weiterhin und dieses ist auch ungeachtet der veränderten Bestimmungen zu den statistischen Lieferungen der Krankenkassen zu entsprechenden Festsetzungen tatsächlich in der Lage. Hierzu hat bereits das SG Gotha (Urteil v. 09.06.10, S 7 KA 771/09) zutreffend festgestellt, dass insbesondere durch den Wegfall von § 313a SGB V a.F. hinsichtlich der getrennten Datenlieferungen der Krankenkassen im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich die Verpflichtungen des BMG gem. § 71 Abs. 3 SGB V nicht entfallen sind. Danach konnte sich das BMG auch nicht darauf berufen, die Datenerhebung sei ihm wegen Zeitlablauf übermäßig erschwert, bzw. unmöglich geworden, denn dieser Zustand sei ggfs. vom BMG selbst durch Unterlassen herbeigeführt worden.

Die vorgesehene Neuregelung würde daher keine Klarstellung, sondern eine rückwirkende Beseitigung der bisherigen Verpflichtungen des BMG beinhalten, die aus den genannten Gründen jedenfalls mit einer Fortführung der Budgetierungspolitik insgesamt nicht im Einklang steht und die vertragszahnärztliche Versorgung in den neuen Bundesländern in unnötiger und sachwidriger Weise zusätzlich gefährdet.

3. § 85 Abs. 2d, 3f SGB V E

Durch die vorgesehenen Neuregelungen sollen die Punktwerte und Gesamtvergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz sich in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der jeweils festgesetzten Grundlohnsummenentwicklung verändern dürfen. Hierbei soll es sich ausweislich der diesbezüglichen Begründung um einen Beitrag der Vertragszahnärzte zur Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung handeln.

Die Zahnärzteschaft ist grundsätzlich bereit, in gleichem Maße wie alle anderen Beteiligten zu erforderlichen Sparmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung beizutragen. Hierbei muss allerdings die bisherige Sonderentwicklung berücksichtigt werden, nach der gerade von der vertragszahnärztlichen Versorgung in den letzten Jahren niemals beitragssatzrelevante Ausgabensteigerungen aus-

gegangen sind. Vielmehr hat dieser Bereich trotz gleichzeitig erreichter, erheblicher Verbesserungen in der Zahngesundheit der Bevölkerung innerhalb der GKV jährliche Einsparungen in Milliardenhöhe bewirkt.

Zudem handelt es sich bei der vertragszahnärztlichen Versorgung um den letzten Sektor, der nach wie vor einer undifferenzierten Budgetierung der Gesamtvergütungen unterworfen ist, woran in dem Gesetzentwurf entgegen langjährigen Forderungen der Zahnärzteschaft auch weiter festgehalten wird. Vor diesem Hintergrund und angesichts der weiteren Tatsache, dass der Gesetzentwurf entgegen ausdrücklicher, öffentlicher Zusagen aller Koalitionsfraktionen die dringend erforderlichen strukturellen Reformmaßnahmen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung völlig unberücksichtigt lässt, besteht in der Zahnärzteschaft keinerlei Verständnis für vom Gesetzgeber nochmals verschärfte Budgetierungsmaßnahmen, wie sie nunmehr vorgesehen sind. Zumindest müssen solidarisch motivierte Sparbeiträge auch solidarisch von allen Betroffenen getragen werden. Soweit es daher entsprechend der Stellungnahme des Bundesrates zu entsprechenden Bestimmungen im KHEntgG bzw. BPflV zu Reduzierungen der prozentualen Begrenzungen kommen sollte, müssten diese naturgemäß in allen Leistungsbereichen in gleicher Weise gelten.

4. § 85 Abs. 3g SGB V E

Die seit langen Jahren überfällige Angleichung der Vergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz in den neuen Bundesländern und im Land Berlin an das Westniveau soll nunmehr einerseits auf die Jahre 2012 und 2013 verschoben und anderseits in ihrer Höhe auf insgesamt zusätzlich 5,0 v.H. im Beitrittsgebiet bzw. 4,0 v.H. im Land Berlin begrenzt werden.

So begrüßenswert die grundsätzliche Bereitschaft für eine zusätzliche Anhebung der Punktwerte und der Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern ist, muss konstatiert werden, dass die vorgesehenen Anhebungen die tatsächlichen Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Punktwerten bzw. Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet einerseits und im übrigen Bundesgebiet andererseits le-

diglich ca. zur Hälfte ausgleichen würden. Die danach ggfs. fortbestehenden Vergütungsunterschiede würden durch eine entsprechende gesetzliche Regelung nicht beseitigt, sondern damit indirekt gerade bestätigt und zementiert. Die diesbezüglich in der Begründung enthaltene Aussage, weitere Anpassungsschritte blieben den Vertragsparteien vorbehalten, kann angesichts der alleine im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung weiterhin fortgeschriebenen und durch die zusätzlichen Bestimmungen in § 85 Abs. 3d, 3f SGB V E sogar nochmals bestätigte strikte Budgetierung der Gesamtvergütungen für die betroffenen Vertragszahnärzte und damit auch deren Angestellten keine realistische Perspektive hinsichtlich weiterer Vergütungsanpassungen darstellen.

Zudem sollen die seit langem überfälligen Vergütungsanpassungen nunmehr in zwei Schritte aufgespalten und auf die Jahre 2012 und 2013 aufgeschoben werden. Der Wirkungseintritt dieser, bereits in ihrer Höhe unzureichenden Vergütungsanhebung wird damit sachwidrig noch um weitere Jahre verzögert. Gerade diese Tatsache muss bei den Betroffenen den Eindruck einer fortbestehenden Schlechterstellung gegenüber den Vertragszahnärzten und deren Mitarbeitern im übrigen Bundesgebiet erwecken.

Es wird daher konkret gefordert, die vorgesehene Anhebung der Punktwerte und der Gesamtvergütungen in einem Schritt im Jahre 2011 vorzunehmen und dabei eine zusätzliche Anhebung um insgesamt 10,6 v.H. im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und um insgesamt 8,8 v.H. im Land Berlin vorzusehen.

Zur Notwendigkeit weiterer, struktureller Reformmaßnahmen

Sowohl nach den Inhalten der Koalitionsvereinbarung als auch der, auf dieser Grundlage verschiedentlich getätigten öffentlichen Aussagen aus den Koalitionsfraktionen bestand Einvernehmen darin, dass unter der Geltung der jahrzehntelangen strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ein erheblicher Reformstau besteht, der bereits negative Auswirkungen auf

die Sicherstellung einer angemessenen und qualitativ hochstehenden vertragszahnärztlichen Versorgung entfaltet und daher dringend kurzfristig aufgelöst werden muss. Es bestand ferner Einvernehmen darin, dass einige wesentliche Problemfelder kurzfristig einer gesetzlichen Neuregelung zugeführt werden müssen. Die KZBV muss mit Bedauern registrieren, dass diese politischen Zusagen im vorliegenden Referentenentwurf nahezu vollständig unberücksichtigt bleiben. Dies ist umso irritierender, als gerade wesentliche Problembereiche, wie derjenige der Budgetierung der Gesamtvergütungen nicht nur unverändert bleiben, sondern durch zusätzliche Einschränkungen in ihrer Wirkung nochmals verschärft und damit im Grundsatz auch nochmals bestätigt werden. Entgegen den eindeutigen, öffentlichen Ankündigungen erfolgt damit gerade keine problemgerechte Reformpolitik, sondern eine bloße Fortschreibung der überkommenen Kostendämpfungsgesetzgebung, die ihre fatalen Auswirkungen auf Inhalt, Umfang und Qualität der Versorgung in der Vergangenheit hinlänglich erwiesen hat. Es ist zwar in diesem Zusammenhang begrüßenswert, wenn in der Begründung des Gesetzentwurfes zu § 85 Abs. 3g ausgeführt wird, weitere Regelungen zur strukturellen Fortentwicklung des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems würden noch im Laufe dieser Legislaturperiode erfolgen, dabei handelt es sich allerdings wiederum nur um eine unverbindliche Absichtserklärung, die den erheblichen Reformstau in diesem Bereich unberührt lässt.

Die KZBV fordert daher kurzfristig und somit im Rahmen des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens eine Umsetzung der seit langem diskutierten und zugesagten strukturellen Reformen ein, wobei im Folgenden lediglich einige zentralen Problemfelder angesprochen werden sollen.

1. Beseitigung der Budgetierung der Gesamtvergütungen

Die augenblicklichen Bestimmungen in den §§ 71, 85 Abs. 2 und 3 SGB V, durch die die Vereinbarungen der Veränderungen der Gesamtvergütungen an die jeweils vom BMG festzustellende Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt werden und die in dieser Form alleine noch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung gelten, erfordern eine dringende Revision.

Die bisherigen Regelungen haben insbesondere in ihrer Interpretation durch die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wonach dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ein absoluter Vorrang gegenüber allen anderen Bemessungskriterien des § 85 Abs. 3 SGB V zukommt, dazu geführt, dass in der Praxis Vergütungsabschlüsse oberhalb der jeweiligen Grundlohnsummensteigerung auch bei nachweisbaren, überproportionalen Kostensteigerungen in der vertragszahnärztlichen Praxis und ungeachtet erheblicher Einsparungen der Krankenkassen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht erreicht werden können. Dies hat in den zurückliegenden Jahren zu einer nicht mehr hinnehmbaren relativen Abschmelzung der Vergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen geführt. Zudem bestand in dieser Situation auch für den Erweiterten Bewertungsausschuss keine Möglichkeit, eine fachlich eigentlich dringend erforderliche Novellierung des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen vorzunehmen. Gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland werden dadurch zunehmend von der wissenschaftlichen Entwicklung abgekoppelt.

Es ist daher konkret zu fordern, die strikte Anbindung der Veränderungsvereinbarungen gem. § 85 Abs. 3 SGB V an die jeweilige Veränderungsrate der Grundlohnsumme und damit auch deren jährliche Festsetzung durch das BMG in den §§ 71, 85 Abs. 3 SGB V zu beseitigen. Ebenso ist die generelle Verpflichtung der Gesamtvertragspartner in § 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V zu beseitigen, unabhängig von der Ausgestaltung der Gesamtverträge im Übrigen feste Ausgabenobergrenzen und Verfahren zu deren Einhaltung zu vereinbaren.

Die Zahnärzteschaft spricht sich nicht grundsätzlich gegen eine angemessene Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität auch in diesem Zusammenhang aus. Dieses muss aber gleichgewichtig neben den übrigen Bemessungskriterien gem. § 85 Abs. 3 SGB V ermöglicht und der bisher unterstellte absolute Vorrang dieses Grundsatzes beseitigt werden.

2. Berücksichtigung der Versichertenstruktur im Rahmen der Gesamtvergütungen.

Infolge der langjährigen gesetzlichen Budgetierung der Gesamtvergütungen mussten im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung in der Regel feste Ausgabenobergrenzen vereinbart werden, die sich am durchschnittlichen Leistungsbedarf der Mitglieder der jeweiligen Krankenkassen orientiert haben. Veränderungen des tatsächlichen Leistungsbedarfs der Mitglieder dieser Krankenkassen, die sich als Folge von Wanderungsbewegungen von Mitgliedern und deren Familienversicherten zwischen den Krankenkassen ergeben haben, konnten in diesem System keine Berücksichtigung finden. Die schrittweise Öffnung der Krankenkassen infolge eines verstärkten Wahlrechtes der Versicherten haben diese Wanderungsbewegungen in den letzten Jahren deutlich verstärkt. Dies hat dazu geführt, dass die zu vereinbarenden Gesamtvergütungen nicht mehr die tatsächliche Versichertenstruktur der betreffenden Krankenkassen widerspiegeln.

Die bisherigen Bestimmungen in § 85 Abs. 3, Abs. 3c SGB V lassen eine prospektive oder retrospektive Berücksichtigung dieser Entwicklungen nicht zu und sind daher dahin zu novellieren, dass neben der Zahl auch die Struktur der Versicherten, d.h. die durchschnittliche Leistungsmenge je Versicherten der jeweiligen Krankenkassen bzw. der Kassenart unabhängig von deren Ursache berücksichtigungsfähig gemacht werden. Um den Gesamtvertragspartnern entsprechende Beurteilungsgrundlagen zur Verfügung zu stellen, sind die Krankenkassen zu verpflichten, die Versichertenzahlen getrennt nach Mitgliedern der AKV bzw. KVdR und deren jeweiligen Familienangehörigen differenziert nach den Altersgruppen der Statistik KM 6 quartalsweise bekannt zu geben.

3. Rechtsgrundlage für die Honorarverteilungsmaßstäbe

Zurzeit ist in § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V vorgesehen, dass die Honorarverteilung zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbart wird. Inhalt und Durchführung von Honorarverteilungsmaßnahmen haben allerdings keinerlei Auswirkungen auf die Höhe der getrennt davon zu vereinbarenden Gesamtvergütungen. Vielmehr

dienen diese Maßnahmen einer möglichst gerechten und gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütungen und stellen daher ein Internum der KZVen gegenüber ihren Mitgliedern dar. Es fehlt somit an einer Berechtigung diese Maßnahme auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner durchzuführen, die notwendigerweise aufwendige Abstimmungsmaßnahmen unter den beteiligten Krankenkassen bzw. Landesverbänden voraussetzen.

Es ist daher zu fordern, wiederum zur Festsetzung der Honorarverteilungsmaßstäbe als autonome Satzung der KZVen zurückzukehren, die weiterhin im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu erfolgen hat. Dadurch wird sichergestellt, dass die Honorarverteilungsmaßstäbe zeitnah und unter angemessener Berücksichtigung der Interessen aller Mitglieder der KZV festgesetzt werden.

4. Beseitigung der Bestimmungen zum degressiven Punktwert

Bisher enthält § 85b bis f SGB V Bestimmungen zur degressiven Ausgestaltung des Punktwertes im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung bei Überschreitung bestimmter Punktmengengrenzen. Diese Bestimmung hat sich als ineffizient erwiesen, da sie gezielt umsatzstarke Praxen betrifft, die diese Situation auch nach den Inhalten der diesbezüglichen Rechtsprechung zum Anlass nehmen können, ihren Leistungsumfang in den degressionsfreien Bereich hinein zu reduzieren. Dies steht einer wettbewerblichen Orientierung der Versorgung ebenso entgegen wie einer ausreichenden vertragszahnärztlichen Versorgung, insbesondere in gering- bzw. unterversorgten Gebieten. Diese negativen Auswirkungen werden durch das vergleichsweise geringe Einsparvolumen der Norm nicht gerechtfertigt. Diese ist daher aufzuheben.

5. Besetzung der Schiedsstelle gem. § 75 Abs. 3c SGB V

Zurzeit sieht § 75 Abs. 3c SGB V hinsichtlich der Schiedsstelle für die Vergütungen für Leistungen gegenüber Versicherten im Basistarif bzw. in den Standardtarifen der PKV neben den unparteiischen Mitgliedern und einer paritätischen Vertre-

tung der Leistungserbringer und Kostenträger zusätzlich stimmberechtige Mitglieder des BMF und des BMG vor. Diese, im Sozialrecht einmalige, disparitätische Besetzung der Schiedsstelle stellt einen Fremdkörper im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung dar. Die vorgesehene Besetzung ist bereits verfassungsrechtlich zweifelhaft und jedenfalls geeignet, seitens der Vertragsparteien Vorbehalte gegenüber deren ausgeglichener Besetzung und damit deren erforderlicher Objektivität und Neutralität zu begründen und zu fördern. Ebenso wie bei den vergleichbaren Regelungen hinsichtlich der Schiedsämter (§ 89 Abs. 2 SGB V) oder Schiedsstellen (§ 129 Abs. 8 SGB V) muss daher auch insofern eine tatsächlich paritätische Besetzung erfolgen und auf die Aufnahme zusätzlicher Vertreter des BMF und BMG verzichtet werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(33)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block II
12.10.2010

KBV
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Stand: 12.10.2010

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

A.
Allgemeine Bemerkung

I. Thematische Beschränkung der Stellungnahme

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beschränkt sich in ihrer Stellungnahme auf die Regelungsvorschläge zu Art. 1 Nr. 5 (§ 73b SGB V) sowie Art. 1 Nr. 7, Nr. 8 und Nr. 10 (§§ 87 Abs. 9, 87d – neu –, § 105 Abs. 5) [s. Abschnitt B]. Ferner möchte die Kassenärztliche Bundesvereinigung erneut allgemein auf die Problematik der Regelungen in § 73b Abs. 4 SGB V (hausarztzentrierte Verträge durch Monopolstellung privilegierter Gemeinschaften) hinweisen und erneut eine kritische Überprüfung dieser Regelung auch im jetzigen Gesetzgebungsverfahren erbitten (nachstehend II.).

II. Die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Überprüfung des § 73b Abs. 4 SGB V i.d.F. des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008 (BGBl. I, S. 2426)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält im Zusammenhang mit § 73b Abs. 4 SGB V nur eine Neuregelung der Vergütung nicht für ausreichend.

Begründung:

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in jüngerer Zeit mehrfach darauf hingewiesen, dass die Neufassung des § 73b Abs. 4 und 4a SGB V durch das GKV-OrgWG mit einer verpflichtenden Regelung für die Krankenkassen, mit privilegierten Gemeinschaften der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner – also faktisch dem Hausärzteverband – Pflichtverträge zu schließen, sowohl versorgungspolitisch verfehlt, als auch verfassungsrechtlich und gemeinschaftsrechtlich nicht vertretbar ist. Letzteres hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits bei den Anhörungen zum Gesetzgebungsverfahren ausgeführt. Durch § 73b Abs. 4 SGB V i.d.F. des GKV-OrgWG ist die bis dahin durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bestehende Fassung über die hausarztzentrierte Versorgung mit den Möglichkeiten auch der Teilnahme von Kassenärztlichen Vereinigungen faktisch beseitigt worden. Es zeigt sich nunmehr auch, dass die Parallelität der Versorgung in der kollektivvertraglich geordneten Versorgung und der selektivvertraglich geregelten hausarztzentrierten Versorgung in der Pflichtpartnerschaft von Krankenkassen und einem privilegierten Verband zu Unzuträglichkeiten in der Bewältigung verschiedener Probleme führt.

2. Durch verschiedene Vorgänge ist in jüngster Zeit eine Situation entstanden, die es aus unserer Sicht dringend erforderlich macht, die Problematik des § 73b Abs. 4 SGB V in der zuvor beschriebenen Fassung durch den Gesetzgeber aufzugreifen und daraus Folgerungen zu ziehen. Dies hätte bereits in dem Gesetzgebungsverfahren über das GKV-Änderungsgesetz erfolgen sollen, ist aber nicht geschehen. Wir sehen eine erneute Gelegenheit in diesem Gesetzgebungsverfahren.

3. Die Gründe für unsere Haltung haben wir schon einmal näher erläutert:

- Verfassungswidrigkeit und Gemeinschaftsrechtswidrigkeit der neuen Vorschrift über die hausarztzentrierte Versorgung in Bezug auf die obligatorische Vertragspartnerschaft mit privilegierten Gemeinschaften;

- die datenschutzrechtliche Problematik der privaten Abrechnungsstellen bei Selektivverträgen in der hausarztzentrierten Versorgung;

- die die Versorgungssicherheit gefährdende Parallelität der kollektivvertraglichen und selektivvertraglichen Regelungen in § 73b SGB V.

4. Im Einzelnen dürfen wir dazu noch Folgendes ausführen:

a) Verfassungs- und Gemeinschaftsrechtswidrigkeit

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung macht sich die von Verfassungs- und Europarechtlern vertretene Auffassung zu eigen, welche sie auch bereits im Gesetzgebungsverfahren vorgetragen hat, wonach die Vorschrift

- gegen die allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) auf Seiten der Versicherten durch die Einschränkung des Rechts auf freie Arztwahl verstößt;

- die negative Koalitionsfreiheit nach Art. 9 Abs. 1 GG auf Seiten der nicht vertragsschließenden Ärzte einschränkt. Denn nur eine Mitgliedschaft in einer „Gemeinschaft“ i.S.d. § 73 b SGB V) ermöglicht eine über die allgemeine hausärztliche Versorgung privilegierte Mitwirkung an der besonderen hausärztlichen Versorgung;

- gegen die Berufszugangsfreiheit bzw. die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 3. Abs. 1 GG und dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz verstößt;
  Insbesondere ist der damit verbundene Eingriff in die genannten Grundrechte deshalb unverhältnismäßig, weil auch die tatsächliche Eignung der aktuellen Fassung hausarztzentrierter Versorgung in fachlich-medizinischer Hinsicht bezweifelt wird;

- gegen das dem Gleichheitsgebot des Art. 3 GG innewohnenden Gebot der Systemgerechtigkeit, gegen das Prinzip der Regelungskohärenz sowie den Grundsatz der Normenwahrheit verstößt.

- auch gegen das Wettbewerbsrecht der Europäischen Union (Unionsrecht) verstößt, weil sie mit dem gemeinschaftsrechtlichen Vergaberecht und dem gemeinschaftsrechtlichen Beihilferecht nicht vereinbar ist.

b) Abrechnung

Im Anschluss an eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 10. Dezember. 2008, in der die Einbeziehung privater Abrechnungsstellen in die Abrechnung ambulanter Notfallleistungen durch Krankenhäuser als rechtswidrig befunden worden ist, da hierfür keine Rechtsgrundlage existierte, waren die Gründe der Entscheidung verallgemeinert worden, indem generell die Einbeziehung privater Abrechnungsstellen bei der Übermittlung von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten als unzulässig angesehen worden ist, sofern nicht eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen würde. Dies betrifft auch die Abrechnung der Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung, z.B. über die private Managementgesellschaft des Hausärzteverbandes.

Durch die 15. AMG-Novelle wurde daraufhin eine Änderung u.a. des § 295 SGB V vorgenommen. Durch diese Änderung wurde die Datenübermittlung an private Abrechnungsstellen im Rahmen der Abrechnung von Selektivverträgen in einer bis zum 30. Juni 2010 befristeten Regelung vorübergehend zugelassen (§ 120 Abs. 6 – neu – SGB V, § 295 Abs. 1b – neu – SGB V).

Nach Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die auch im Gesetzgebungsverfahren ebenso wie neuerdings gegenüber dem BMG im Zusammenhang mit dem GKV-Änderungsgesetz geäußert worden ist, hält diese Übergangsregelung die Standards, die das Bundessozialgericht für den bereichsspezifischen Datenschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde legt, nicht ein.

Durch GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄG), welches als Regierungsentwurf ist das Beendigungsdatum aus Art. 19 Abs. 7 der AMG-Novelle für die zuvor be-

schriebenen Übergangsregelungen verlängert werden (statt 30.06.2010, nunmehr bis 30.06.2011). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat diese Fristverlängerung im Rahmen einer Anhörung zum damaligen Referentenentwurf des BMG und in einer schriftlichen Stellungnahme abgelehnt.

Inzwischen hat sich die Kritik an der beabsichtigten Weiterführung der unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten nicht standardgemäßen Übergangsregelung verstärkt. In einer Expertise hat das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) nicht nur unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten, sondern auch in einer mehr übergreifenden Betrachtung das Verfahren der hausarztzentrierten Versorgung für verfassungswidrig angesehen (Stellungnahme vom 11.02.2010). Auch die Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder vom 17./18. März 2010 fordert in einer Entschließung eine unverzügliche materiell-rechtliche Vorgabe für die Einschaltung privater Abrechnungsstellen, die denselben Schutz der Sozialdaten garantieren, wie er bei der Abrechnung über Kassenärztliche Vereinigungen gewährleistet ist. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch aufsichtsrechtlich eingeschritten worden (Schleswig-Holstein, Bremen).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung tritt daher erneut dafür ein, dass die im GKV-Änderungsgesetz vorgesehene Übergangsregelung nicht weitergeführt wird, sondern dass, wie es der Datenschutzbeauftragte des Landes Schleswig-Holstein fordert, die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Abrechnung eingeschaltet werden. Diese Forderung besteht unabhängig davon, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die gesamte Regelung des § 73b SGB V in der bestehenden Fassung für versorgungspolitisch verfehlt hält. Es geht gegenwärtig darum, vor allem drängende Probleme zu lösen.

c) Die Versorgungssicherheit gefährdende Unsinnigkeit der Parallelregelung

Mit der systematischen Parallelregelung verletzt die Vorschrift die gesetzliche Gewährleistungsfunktion des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen und verletzt den Grundsatz der Widerspruchsfreiheit. Mit dem faktischen Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen aus der hausarztzentrierten Versorgung und damit auch partiell aus der hausärztlichen Versorgung überhaupt wird deren Funktion für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung nachhaltig gestört.

In der Auseinandersetzung um die Notwendigkeit und Sinnfälligkeit von Selektivverträgen werden – unbeschadet politischer Motive – die Abgrenzungsprobleme und die neuen Transaktionsprobleme der Parallelität der Versorgungsstrukturen häufig übersehen oder unterbewertet. Die rechtssystematische Kongruenz dieser Parallelität ist – wie sich an vielen Schnittstellen und Problemen zeigen lässt – derart misslungen, dass die Defizite ebenfalls verfassungsrechtliche Bedeutung für die Solidität einer sachgerechten Normenanwendung erhalten.

Inzwischen stellt sich nämlich heraus, dass eine Reihe ungelöster Fragen und Defizite die Ausgestaltung des Systems der hausarztzentrierten Versorgung in der vorliegenden gesetzlichen Gestalt für die Versorgung der Versicherten ebenso wie für die Tätigkeit der Vertragsärzte, die daran teilnehmen, nachteilig werden lassen. Fragen, wie Leistungsumfang, Bindung an Vorgaben der Krankenkassen bei der Therapie, Vertretungsprobleme, Parallelinanspruchnahme der Versicherten sowohl im System der hausarztzentrierten Versorgung als auch in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, die mit dem Kollektivvertrag geregelt ist, sowie insbesondere das wachsende Problem der Bereinigung der Gesamtvergütungen, das ausschließlich den Kassenärztlichen Vereinigungen als Verwaltungslast aufgebürdet ist, zeigen die Verfehltheit des Ansatzes.

5. Fazit

Es ist an der Zeit, einen gesetzgeberischen Schritt zur Beseitigung des § 73b Abs. 4 SGB V i.d.F. des GKV-OrgWG zu veranlassen. Auch wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Gesamtkonzeption der Selektivverträge in § 73b und § 73c SGB V für kritikwürdig hält und dazu in einem Miteinander von kollektivvertraglichen Regelungen und Ergänzungsverträgen mit Krankenkassen ebenfalls auf der Grundlage von Kollektivverträgen die bessere Lösung sieht, wäre es ein erster Schritt, wenn § 73b Abs. 4 SGB V in der in Rede stehenden Fassung wieder auf die ursprüngliche Regelung in § 73b SGB V i.d.F. des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zurückgeführt würde.

B.
Stellungnahme zu Einzelregelungen

I. Zu Art. 1 Nr. 5 = § 73b SGB V

1. Zum Regelungsvorschlag in Art. 1 Nr. 5 Buchst. a) = § 73b Abs. 5a SGB V

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert eine Überprüfung der Vergleichsregelung in § 73b Abs. 5a Satz 2 SGB V mit dem Ziel der Streichung.

Begründung:

In § 73b Abs. 5a Satz 2 SGB V wird vorgeschlagen, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) insbesondere dann erfüllt sein soll, wenn die Vertragsparteien entsprechender Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) vereinbaren, "dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht überschreitet; ..(..)".

Diese Regelung würde dazu führen, dass die Einschreibung "junger und gesunder" Versicherter in HzV-Verträge systematisch begünstigt würde. Die Einschreibung "kranker und alter" Versicherter, welche in überdurchschnittlichem Maße Leistungen in Anspruch nehmen, würde dagegen systematisch sanktioniert.

Grund: Der die Quartalskosten für die hausärztliche Versorgung je Versicherten repräsentierende Fallwert ist bei "jungen und gesunden" Versicherten niedriger als der durchschnittliche Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Bei chronisch kranken und alten Versicherten liegt der Fallwert dagegen regelhaft über dem Durchschnitt. Dies würde unter der angedachten Regelung dazu führen, dass jeder chronisch kranke und alte Versicherte mit überdurchschnittlichem Fallwert, der sich in einen HzV-Vertrag einschreibt, die Gefahr erhöht, dass im HzV der Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzt würde. Je mehr junge und gesunde Versicherte sich in einen HzV-Vertrag einschreiben, desto sicherer wird es für die am Selektivvertrag teilnehmenden Kassen und Ärzte dagegen, dass die Einhaltung der Beitragssatzstabilität formal gewährleistet würde und ggf. überdies noch "Luft" dafür bliebe, den

am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten und Versicherten Boni bzw. Beitrags-Rückerstattungen zu zahlen.

In Konsequenz dieser Regelung würde ein systematischer Fehlanreiz dazu geschaffen, "junge und gesunde" Versicherte in HZV-Verträge einzuschreiben und chronisch kranke und alte Versicherte dagegen im Kollektivvertrag zu belassen. Dies würde über kurz oder lang dazu führen, dass der Fallwert für die hausärztliche Versorgung im Kollektivvertrag - und damit nach der o.g. geplanten Regelung zugleich auch der Grenzwert für die Erfüllung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im HzV-Vertrag - zunehmend ansteigt. Damit würde neben dem oben aufgezeigten ethisch höchst fragwürdigen Selektionsanreiz zugleich eine stetige Kostensteigerung in der HzV vorprogrammiert, die genau das Gegenteil der mit dem GKV-FinG geplanten Kostenregulierung erreichen würde.

Die in § 73b Abs. 5a Satz 3 SGB V alternativ dazu dargestellte Voraussetzung für die Erfüllung der Beitragssatzstabilität, "wenn die Vergütung je Versicherten den aufgrund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelten Bereinigungsbetrag je Versicherten nicht überschreitet", erscheint dagegen geeignet und frei von Fehlanreizen.

Grund: Die Bereinigung der kollektivvertraglichen Gesamtvergütung je in einen HzV-Vertrag wechselnden Versicherten erfolgt entsprechend des versichertenindividuellen Behandlungsbedarfs im Einzelfallnachweis der Abrechnungsdaten der Krankenkasse. Dies bedeutet, dass für einen gesunden Versicherten, der sich in einen HzV-Vertrag einschreibt, ein entsprechend seines unterdurchschnittlichen Fallwertes kleinerer Betrag aus der kollektivvertraglichen Gesamtvergütung bereinigt wird als für einen chronisch kranken Versicherten, der entsprechend seines individuellen überdurchschnittlich hohen Fallwertes bereinigt wird. Wenn nun wie in § 73b Abs. 5a Satz 3 SGB V angedacht, die Vergütung je Versicherten im HzV mit dem aus der kollektivvertraglichen Gesamtvergütung entnommenen Bereinigungsbetrag je Versicherten verglichen wird, um die Erfüllung der Beitragssatzstabilität festzustellen, erscheint dies sachgerecht. Dadurch wird sichergestellt, dass eine vergleichbare Versorgung eines Versicherten mit vergleichbarem Gesundheitszustand im HzV nicht mehr kosten darf als im Kollektivvertrag. Schreiben sich unter diesen Bedingungen vermehrt "gesunde" Versicherte in einen HzV ein, ist der Bereinigungsbetrag je Versicherten im Durchschnitt geringer. Entsprechend kleiner müssen auch die Vergütungen im HzV ausfallen, damit der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzt wird. Schreiben sich dagegen vermehrt chronisch kranke Versicherte in einen HzV ein, fällt der Bereinigungsbetrag

je Versicherten umso höher aus, entsprechend höher kann dann auch die Vergütung je Versicherten im HzV ausfallen. Die Fehlanreize der Vorgabe nach § 73b Abs. 5a Satz 2 SGB V zur systematischen Selektion bei der Einschreibung von Versicherten in HzV und Förderung der Unwirtschaftlichkeit in der HzV werden hier vermieden.

Aus diesem Grund empfiehlt die Kassenärztliche Bundesvereinigung dringend die Streichung von §73b Abs. 5a Satz 2 SGB V und die Streichung des Wortes "auch" in Satz 3(aktuell) desselben Absatzes, welcher dann zu Satz 2 würde.

Sollte an der Regelung nach §73b Abs. 5a Satz 2 SGB V dennoch festgehalten werden, fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Reduzierung der Fehlanreize folgende Konkretisierung dieser Regelung: "Die Vorgabe nach Satz 1 wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche alters- und geschlechtsbezogene Fallwert den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden durchschnittlichen alters- und geschlechtsbezogenen Fallwert für die hausärztliche Versorgung nach § 73 aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht überschreitet, ..(..)".

Erläuterung: Die Konkretisierung des Fallwertvergleichs auf den durchschnittlichen alters- und geschlechtsbezogenen Fallwert behebt den oben genannten Fehlanreiz zwar nicht, wird diesen aber deutlich reduzieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung geht weiterhin davon aus, dass in dem Fallwertvergleich die Fallwerte im HzV-Vertrag mit den Fallwerten im Kollektivvertrag verglichen werden. Hierfür muss zur Vermeidung von Unklarheiten der Fallwert im Kollektivvertrag als Fallwert für die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V konkretisiert werden. Aus der aktuellen unspezifischen Formulierung könnte sonst - was weder sachgerecht noch korrekt umsetzbar wäre - auch der sich im Gesamtdurchschnitt sowohl der selektivvertraglichen als auch der kollektivvertraglichen hausärztlichen Versorgung ergebende Fallwert heraus interpretiert werden.

2. Zum Regelungsvorschlag in Art. 1 Nr. 5 Buchst. b) = § 73b Abs. 8 SGB V

Die vorgeschlagene Modifikation zu einer verpflichtenden Regelung der Gegenfinanzierung einer über die Regelleistungen hinausgehenden Versorgungshöhe wird unterstützt.

II. Zu Art. 1 Nr. 7 = § 87 Abs. 9 SGB V

Die vorgesehene Ergänzung eines § 87 Abs. 9 SGB V, mit welchem der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen damit beauftragt wird, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. April 2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vorzulegen, wird nachhaltig unterstützt. Der Entwurf entspricht hiermit einer wesentlichen Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Schaffung einer Perspektive für die Ermittlung des je Versicherten insbesondere in Abhängigkeit von der Morbidität erforderlichen vertragsärztlichen Behandlungsbedarfs nach bundesweit einheitlichen Kriterien. Nach der mit dem ersten Schritt der vertragsärztlichen Vergütungsreform im Jahr 2009 umgesetzten Preisvereinheitlichung auf Basis eines bundeseinheitlichen Orientierungswertes ist dieser Schritt erforderlich, damit jeder Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse unabhängig von seinem Wohn- und Aufenthaltsort in unserem Lande entsprechend seiner Erkrankung die notwendige vertragsärztliche Behandlung unter vergleichbaren Qualitäts- und Vergütungsbedingungen erfahren kann.

III. Zu Art. 1 Nr. 8 = § 87d - neu - SGB V

1. Steuerung des Honorarzuwachses für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87d Abs. 2 SGB V

   Der Entwurf des GKV-FinG sieht in § 87d Abs. 2 Satz 2 SGB V eine lineare Erhöhung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs je Versicherten um 0,75% vor. Basis ist hierbei der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf. In § 87d Abs. 2 Satz 4 SGB V des Entwurfs heißt es weiter:

   > "Zusätzlich ist der Behandlungsbedarf je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2011 je Krankenkasse um einen nicht nach Krankenkassen differenzierten regionalen Anpassungsfaktor zu erhöhen, soweit sich nach Berechnungen gemäß Satz 7 ein Anpassungsbedarf ergibt."

   Damit ist die asymmetrische Zuwachsverteilung vorgesehen.

   Wenn auch die asymmetrische Steigerung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2011 nach § 87d Abs. 2 Satz 4 SGB V wie die lineare Steigerung

nach § 87d Abs. 2 Satz 2 SGB V auf Basis des für das Jahr 2010 vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs erfolgt, ergeben sich folgende Probleme:

a) Sofern der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf zum Ausgangspunkt der Feststellung der Grenzwerte Über- bzw. Unterschreitung nach § 87d Abs. 2 Satz 7 SGB V gemacht würde, würden die Bezirke von Kassenärztlichen Vereinigungen mit umfassenden selektivvertraglichen Bereinigungen im Jahr 2010 durch das Verfahren bevorteilt. Grund: ihr überproportional bereinigter Behandlungsbedarf je Versicherten würde einen bundesdurchschnittlichen Grenzwert überproportional unterschreiten. Dieses würde eine ungerechtfertigt hohe asymmetrische Steigerung für diese Kassenärztlichen Vereinigungen nach sich ziehen.

b) Soweit der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten zwar nicht zum Ausgangspunkt der Feststellung der Grenzwertüber- bzw. -unterschreitung nach § 87d Abs. 2 Satz 7 SGB V gemacht wird, dann aber zum Ausgangspunkt einer prozentualen asymmetrischen Veränderungsrate werden sollte, werden die Bezirke von Kassenärztlichen Vereinigungen mit im Jahr 2010 überproportionalen selektivvertraglichen Bereinigungen dagegen ungerechtfertigterweise benachteiligt. Grund: der asymmetrische Anpassungsbedarf würde zwar auf Grundlage des für das Jahr 2010 vereinbarten, unbereinigten Behandlungsbedarfs je Versicherten festgestellt, dann aber bei Anwendung auf die für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf auf einen zu kleinen Sockel angewendet.

c) Ein drittes Problem ergibt sich zuletzt daraus, dass zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2011, welche nach den gültigen gesetzlichen Bestimmungen bis zum 31. August 2010 abgeschlossen sein muss, der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf noch gar nicht bekannt ist. Hierzu wäre es erforderlich, dass im Bewertungsausschuss bereits sämtliche für das 4. Quartal 2010 vereinbarte selektivvertragliche Bereinigungen bekannt wären. Darüber hinaus sind derzeit noch weit über 1.000 Schiedsverfahren zu den vorhergehenden Bereinigungszeiträumen des Jahres 2010 anhängig.

Dies bedeutet, dass der nach dem Gesetzentwurf in § 87d Abs. 2 Satz 2 und 4 SGB V geplante Aufsatz auf den für das Jahr 2010 vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf je Versicherten auch unabhängig von den o. g. sachlichen Gegengründen mangels der dafür benötigten Daten de facto nicht umsetzbar ist.

Vorschlag:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt daher vor, den in § 87d Abs. 2 Satz 2 und 4 geplanten Aufsatz analog der aktuell gültigen Vorgaben auf den für das Jahr 2010 vereinbarten, unbereinigten Behandlungsbedarf je Versicherten zu ändern. Die hierfür erforderlichen Daten liegen dem Bewertungsausschuss zum Zeitpunkt seiner Beschlussfassung vollständig vor. Weiterhin werden die oben genannten methodischen Probleme nicht auftreten. Die so auch dem bisherigen Vorgehen des Bewertungsausschusses in den Jahren 2009 und 2010 entsprechenden Anpassungen würden auch keine Mehrausgaben zu Lasten der Krankenkassen nach sich ziehen, weil die für das Jahr 2011 zugelassenen linearen und asymmetrischen Zuwachsanteile für jeden Versicherten innerhalb eines Selektivvertrages entsprechend mit zu bereinigen sind.

2. Verteilungssumme für die asymmetrische Verteilung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält es für erforderlich, dass die Verteilungssumme gesetzlich festgelegt wird, und zwar auf einen Betrag von 670 Mio. Euro für das Jahr 2011.

3. Honorarzuwachsbegrenzungsregelung für außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Leistungen (§ 87d Abs. 4 SGB V)

Nach § 87d Abs. 4 Satz 1 SGB V des Entwurfs des GKV-FinG ist vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2010 mit Wirkung für das Jahr 2011 Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V vereinbaren. Eine entsprechende Vereinbarung soll auch für das Jahr 2012 getroffen werden. Dabei soll das Ausgabenvolumen der Jahre 2011/2012 für diese Leistungen das um die Hälfte der für das Jahr 2011/2012 nach § 71 Abs. 3 SGB V für das gesamte

Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate erhöhte Ausgabenvolumen des Jahres 2011/2012 nicht überschreiten. Nach der Begründung zu dem Gesetzentwurf sollen durch diese Maßnahmen medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklungen der sogenannten extrabudgetär zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen begrenzt werden.

Ausgenommen von dieser Regelung sind die Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie ab dem Jahr 2009 neu eingeführte ärztliche Leistungen, soweit diese auf eine Veränderung des gesetzlichen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 SGB V beruhen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung interpretiert die geplante Regelung so, dass entsprechend dem Verweis in § 87d Abs. 4 Satz 1 ausschließlich diejenigen vertragsärztlichen Leistungen von der Ausgabenbegrenzung betroffen sind, die nach § 87a Abs. 3 Satz 5 tatsächlich auf Basis regionaler Vereinbarungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden. Nicht betroffen von diesen Regelungen sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung dagegen die unabhängig von § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V unmittelbar durch die Beschlussfassungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Neuordnung bzw. Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung mit direkter Relevanz für die Höhe des Orientierungswertes aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgenommenen Leistungen.

Sollten auch die durch den Erweiterten Bewertungsausschuss selbst aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgenommenen Leistungen mit in die Ausgabenzuwachsbegrenzungsregelung nach § 87d Abs. 4 SGB V des GKV-FinG einbezogen werden, wäre dies absolut kontraproduktiv:

Zum Einen würde dies die durch den Erweiterten Bewertungsausschuss gewünschte besondere Förderung dieser Leistungen konterkarieren. Das in der Begründung genannte Ziel einer Begrenzung medizinisch nicht begründbarer Ausgabenentwicklungen würde damit verfehlt und durch die Sanktionierung von Leistungen, welche höhere Folgekosten oder die Anwendung teurerer Alternativverfahren vermeiden sollen, in das Gegenteil verkehrt.

Zum Anderen würde der vertragsärztliche Bereich bei der Erbringung von ambulanten Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffen nach § 115b SGB V im Vergleich mit Krankenhäusern, die nach dem Stand des Diskussionsentwurfes des GKV-FinG diese Leistungen auch weiterhin in unbegrenzter Menge zum vollen Preis der Euro-Gebührenordnung erbringen können, drastisch benachteiligt. Die unter der Ausgabenzuwachsbegrenzung für stationäre Leistungen unter diesen Rahmenbedingungen entstehenden Anreize für Krankenhäuser zur Ausweitung von ambulanten Operationen und stationsersetzenden Leistungen nach § 115b SGB V würde darüber hinaus zu weiteren Leistungsverlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich führen. Diese Leistungsverlagerungen würden, was die Erbringung entsprechender prä- und postoperativer Leistungen anbelangt, auch den vertragsärztlichen Bereich massiv betreffen, ohne dass stationär-ambulante Verlagerungseffekte nach den gesetzlichen Planungen des GKV-FinG in den Jahren 2011 und 2012 bei der Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Honorare geltend gemacht werden könnten. Der in der Koalitionsvereinbarung der Regierungsparteien ausdrücklich beabsichtigte Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren würde hierdurch verfehlt.

Überdies würde auch durch eine Einbeziehung der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten belegärztlichen Leistungen in die Ausgabenbegrenzungsregelung nach § 87d Abs. 4 SGB V des GKV-FinG das genaue Gegenteil der ebenfalls in der Koalitionsvereinbarung ausdrücklich formulierten Zielsetzung der Beibehaltung und Stärkung des bestehenden Belegarztsystems erreicht werden. Auch dies bitten wir im weiteren Umgang mit dem Regelungsvorschlag nach § 87d Abs. 4 nachdrücklich zu bedenken.

4. Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (§ 87d Abs. 2 Satz 6 Entwurf)

Zur Regelung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V sieht der Regelungsvorschlag in § 87d Abs. 2 Satz 6 SGB V vor:

- Die Regelungen nach § 87 Abs. 3 Satz 4 SGB V sowie nach § 87a Abs. 4 Nr. 1, 3 und 4 SGB V finden für das Jahr 2011 darüber hinaus keine Anwendung.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist der Auffassung, dass diese Regelung auch vor dem Hintergrund der angespannten Wirtschaftslage zu weit gehend ist. Der Bewertungsausschuss hat in seinen Regelungen für die Jahre 2009 und 2010 bewusst zwischen dem mehr allgemeinen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf aufgrund von Akuterkrankungen und einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf aufgrund von Ausnahmeereignissen unterschieden. Die Vorgaben zur Berücksichtigung eines nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf Grund von Ausnahmeereignissen wurde gezielt zur kurzfristigen und pragmatischen Sicherstellung der Finanzierung der nicht innerhalb der regulären morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen planbaren vertragsärztlichen Versorgung im Falle von

- Pandemien, Epidemien und Endemien nach Feststellung durch das zuständige Gesundheitsamt, das Robert-Koch-Institut (RKI) oder die World Health Organization (WHO) sowie im Falle von
- Naturkatastrophen oder anderen Großschadensereignissen, bei denen Katastrophenalarm ausgelöst wurde,

geschaffen und hat sich z.B. erst jüngst bei dem Umgang mit der neuen Influenza. A/H1N1 (Schweineinfluenza) bewährt.

Die Regelung nach § 87d Abs. 2 Satz 2 SGB V soll in Verbindung mit der Regelung nach § 87d Abs. 2 Satz 6 SGB V offensichtlich erreichen, den Zuwachs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aus Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten für die Jahre 2011 und 2012 abschließend auf eine lineare Erhöhung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs je Versicherten um je Jahr 0,75% zu begrenzen. Während die Nichtanwendung der Regelungen zur Berücksichtigung des nichtvorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf Grund von Akuterkrankungen im Zusammenhang mit der vorgenannten Zielsetzung folgerichtig erscheint, würde mit einer Aussetzung der Regelungen zur Berücksichtigung des nichtvorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf Grund von Ausnahmeereignissen ein im Einvernehmen der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zu Stande gekommener wesentlicher Fortschritt in der Sicherstellung einer angemessenen Finanzierung der vertragsärztlichen Versorgung im Seuchen- oder Katastrophenfall ohne Not aufgegeben.

Deshalb schlägt die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor, in dem vorgenannten Vorschlag nach § 87d Abs. 2 Satz 6 SGB V den Punkt durch ein Semikolon zu ersetzen und wie folgt fortzufahren:

„; der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen nach § 87a Abs. 3 Satz 4 bleibt hiervon unberührt."

IV. Zu Art. 1 Nr. 10 = § 105 Abs. 5 SGB V

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt die Aufhebung der ab 1. Januar 2010 auf die Sicherstellung nur in der vertragszahnärztlichen Versorgung geregelten besonderen finanziellen Sicherstellungsmaßnahmen. Damit wird eröffnet, dass auch in der vertragsärztlichen Versorgung wieder Sicherstellungszuschläge für die Sicherstellung in Fällen von Unterversorgung und lokalem Versorgungsbedarf geleistet werden können, und zwar unter Beteiligung der Krankenkassen.

Begrüßt wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch, dass nach Art. 12 Abs. 3 des Entwurfs diese Vorschrift mit der Wiederinkraftsetzung des bisherigen Regelungskontextes der Sicherstellungszuschläge mit Wirkung vom 1. Januar 2010 in Kraft.

C.
Schlussbemerkung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung darf sich vorbehalten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens gegebenenfalls ergänzende Vorschläge einzubringen.

Dr. Köhler

Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(47)
gel. ESV zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block II
22.10.2010

Dr. Christopher Hermann

Heilbronner Straße 184
70191 Stuttgart

Telefon +49 711 2593-110
Telefax +49 711 2593-580
E-Mail:
dr.christopher.hermann@bw.aok.de

Frau
Dr. Carola Reimann, MdB
Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

SCHRIFTLICHE STELLUNGNAHME

von

Herrn Dr. Christopher Hermann

zum

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKVFinanzierungsgesetz – GKV-FinG)

anlässlich der

öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
am 25. Oktober 2010 in Berlin.

Stuttgart, 22. Oktober 2010

. . .

1) Grundsätze

Mit § 73b SGB V ist bereits seit dem GRG 1989 eine gesetzgeberische Entwicklungslinie verbunden mit dem Ziel, die hausarztzentrierte Versorgung zu stärken. Dieses Ziel wird programmatisch weiterhin von politischen Parteien, Selbstverwaltungsorganen und substantiell namentlich vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen betont, um den Herausforderungen und Wandlungen in der medizinischen Versorgung in Zukunft gerecht werden zu können.

Aufgrund der beharrlichen Verweigerung der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben sah sich der Gesetzgeber mit der aktuellen Fassung des § 73b SGB V durch das GKV-OrgWG veranlasst, den gesetzlichen Anspruch von Versicherten und Ärzten auf eine spezielle hausarztzentrierte Versorgung einzulösen. Die aktuelle Fassung kann somit als eine Reaktion auf das Versagen von großen Teilen der Selbstverwaltung und Aufsichten gesehen werden. Ein Eingriff, wie mit dem GKV-FinG vorgesehen, in die aktuelle Struktur und Dynamik der HZV-Entwicklung würde neben einer weiteren Verunsicherung in den Berufsperspektiven von Hausärzten vor allem erhebliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenkassen für die Jahre 2011/2012 bewirken.

Es ist aus rechtssystematischer und ordnungspolitischer Perspektive in keiner Weise nachvollziehbar, warum gesetzeskonform handelnde Krankenkassen nun einen relativen Nachteil erleiden sollen, gegenüber Krankenkassen, die das SGB V offensichtlich lediglich in der Funktion eines „Ratgebers“ sehen. Die Benachteiligung erfolgt unmittelbar daraus, dass z.B. die AOK Baden-Württemberg im Rahmen der HZV in Absprache mit den Vertragspartnern massiv in den Aufbau verbesserter Qualifikationsstrukturen und interessenfreier Fortbildung investiert hat. In Baden-Württemberg hat dies mittlerweile zur flächendeckenden Etablierung von über 300 Qualitätszirkeln geführt, die datengestützt und mit externer professioneller Unterstützung hochengagiert arbeiten. Die Ergebnisse hieraus kommen allerdings allen Krankenkassen – zumindest in Teilen – zugute. Daraus ergibt sich zwingend entweder eine angemessene vergleichbare Finanzierungsbeteiligung anderer Krankenkassen (das heißt dauerhaft gleiche Rechtsgrundlage) oder das klaglose Akzeptieren, dass die Versorgung in den Praxen von Versicherten unterschiedlicher Krankenkassen auch differenziert ausfällt, etwa was die Annahme neuer Patienten oder die Intensität der Behandlung und Betreuung betrifft.

2) Bestandsschutz

Die AOK Baden-Württemberg hat sich im Vertrauen auf die Nachhaltigkeit des gesetzgeberischen Handelns bewusst entschieden, erhebliche finanzielle Mittel in die Stärkung der hausärztlichen Versorgung zu investieren. Das bedeutet eine nachdrücklich wettbewerblich ausgerichtete Strategieentscheidung. Hiermit völlig unvereinbar ist übrigens die willkürliche s.g. asymmetrische Vergütungssteigerung gem. § 87d Abs.2 SGB V idF des GKV-FinG, welche eine an einen als Referenzwert gesetzte fiktive „Anpassung des Behandlungsbedarfs“ von Versicherten regelt – entweder der Behandlungsbedarf war bzw. ist vorhanden oder eben nicht. Darüber hinaus stellt diese Regelung die in der Allgemeinen Begründung zum GKV-FinG hervorgehobene weitere wettbewerbliche Ausrichtung deutlich in Frage.

Eine Eingrenzung des Bestandsschutzes lediglich bis 31.12.2012 negiert massiv die Eigenverantwortung und Wettbewerbsorientierung von Krankenkassen. Insbesondere im Zusammenhang mit den Neuregelungen zum Zusatzbeitrag ist es systemimmanent im Interesse jeder Krankenkasse, keine unnötigen Ausgaben zu produzieren. Insofern ist die geltende Regelung ohne Anpassung durch das GKV-FinG im Gesamtkontext einer aktuellen Wettbewerbsgleichheit, der Stärkung der hausärztlichen Versorgungsebene insgesamt sowie dem bereits aufgrund des Koalitionsvertrags bestehenden Überprüfungsvorbehalt ab 2013 absolut ausreichend.

Die vorgesehene Änderung durch das GKV-FinG würde hingegen absehbar zu weiteren intensiven Rechts- und Bewertungsstreitigkeiten über die Angemessenheit der Vergütung und deren Refinanzierung führen, die alle Beteiligten davon abhalten würde, kreativ nach Verbesserungen in der Versorgung zu trachten. Eine objektive zielgenaue angemessene Vergütungshöhe aufsichtsrechtlich zu bewerten, wie dies im Rahmen des neuen Abs. 9 zu § 73 b SGB V geschehen soll, stößt insbesondere auf die absolute Schwierigkeit, dass dafür bereits zu Vertragsabschluss die spätere Teilnehmerstruktur und die zu erzielenden Effizienzgewinne bekannt sein müssten. Das sind jedoch Einschätzungen, wie sie nur einer unternehmerisch handelnden Krankenkasse zustehen oder eben – wenn diese dazu nicht in der Lage ist – einem Schiedsverfahren vorbehalten bleiben müssen.

Hierbei steht natürlich auch die vertragschließende Krankenkasse in einer eigenständigen Verantwortung. Das GKV-FinG impliziert eine (althergebrachte) Logik, dass allein die ärztlichen Vertragspartner für das Erreichen von Effizienzzielen verantwortlich seien. Wird dies nicht bzw. nicht absehbar erreicht, schmälert dies automatisch deren Vergütung. Effizienzgewinne lassen sich aber nur gemeinsam durch die Vertragspartner erwirtschaften. Warum sollen Krankenkassen, die hier ihren Aufgaben nicht nachkommen wollen (oder können), dafür nunmehr vom Gesetzgeber belohnt werden, indem sie den Ärzten dann weniger Vergütung bezahlen müssen?

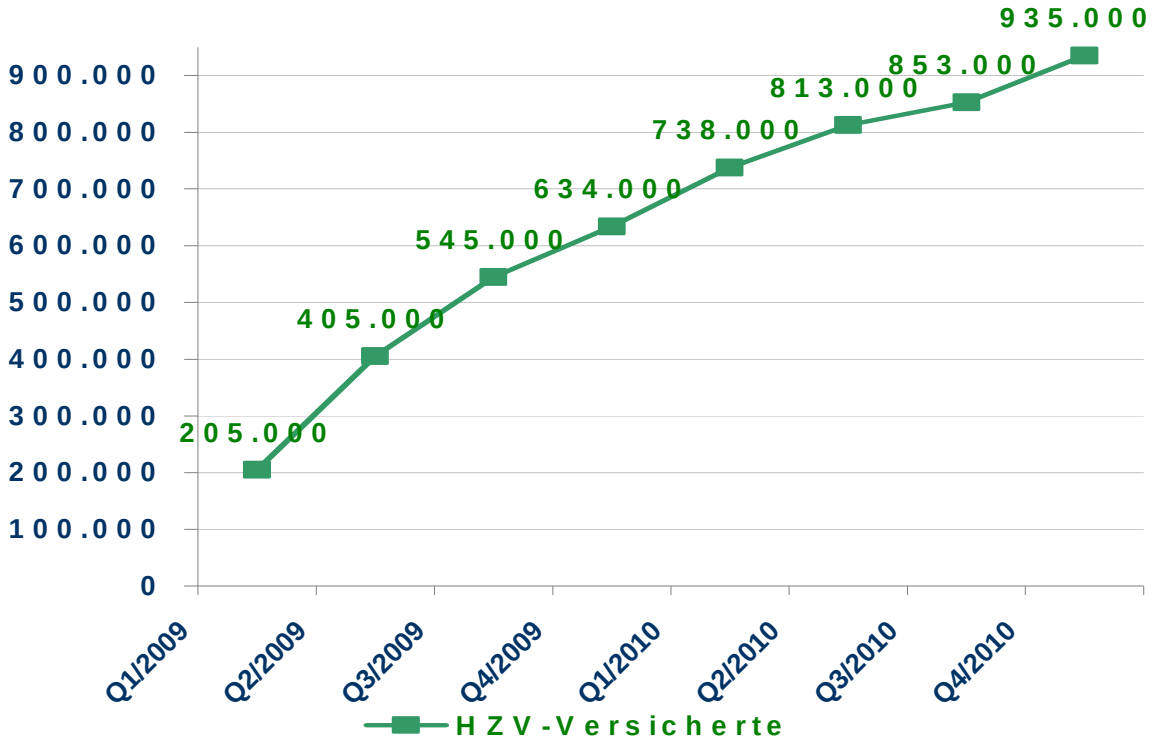
3) Ökonomische Bewertung und „Einsparziel 0,5 Mrd. EUR“

Es ist nicht ersichtlich, inwiefern eine behauptete Belastung aus HZV-Verträgen überhaupt in die im Gesetzentwurf prognostizierte Finanzlücke der GKV im Jahr 2011 in Höhe von 11 Mrd. EUR eingeflossen ist. Unabhängig davon erscheint das „HZV-Einsparziel“ des GKV-FinG i.H. von 0,5 Mrd. EUR ohnehin nicht realistisch. Eine entsprechende Mehrbelastung könnte nur dann entstehen, wenn zeitnah sowohl eine sehr hohe bundesweite Teilnahmequote und ungünstige Teilnehmerstruktur erreicht würde als auch gleichzeitig nur geringe Effizienzgewinne erwirtschaftet würden. Von beidem ist, wie das Beispiel der AOK Baden-Württemberg zeigt, nicht auszugehen.

Die Entwicklung der teilnehmenden Versicherten an der HZV der AOK Baden-Württemberg zeigt eine kontinuierliche Steigerung, allerdings in einem leicht degressiven Verlauf. In einem Zeitraum von über 2 Jahren haben sich knapp ein Viertel aller Versicherten der AOK Baden-Württemberg für die HZV entschieden. Aufgrund der intensiven Beförderung durch alle Vertragspartner scheinen diese Werte jedoch kaum in die Fläche übertragbar.

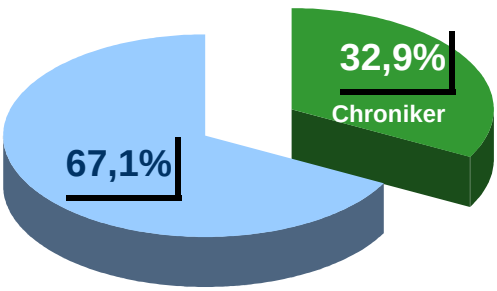
. . .

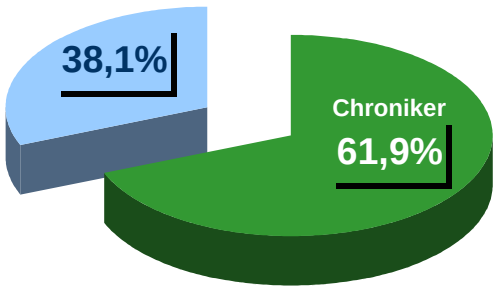
Entwicklung teilnehmende Versicherte in der HZV



Der Anteil der chronisch Kranken in der HZV ist mit fast 62 % exorbitant höher als in der Regelversorgung. Dort liegt der Anteil nur bei knapp 33 %.

Chroniker-Anteile 2009





. . .

Deutliche Effizienzvorteile ergeben sich in der HZV bereits derzeit im Bereich der Arzneimittelversorgung. So konnte seit Mitte 2009 die Umsetzung der ausgeschriebenen Wirkstoffrabattverträge der AOK Baden-Württemberg innerhalb der HZV deutlich besser umgesetzt werden als in der Regelversorgung. Der Abstand zwischen HZV-Versorgung und Regelversorgung hat dabei kontinuierlich zugenommen und liegt im 2. Quartal 2010 bereits bei über 31%.

Abgabe von Rabattarzneimitteln aus Wirkstoffverträgen Juni 2009 bis Juni 2010

	Q2_2009 (Jun)	Q3_2009	Q4_2009	Q1_2010	Q2_2010
HZV-Teilnehmer	51,6%	65,1%	73,4%	75,4%	72,2%
Nicht-HZV-Teilnehmer	52,2%	57,8%	60,4%	58,8%	55,1%
Prozentualer Unterschied	-1,0%	12,6%	21,4%	28,2%	31,1%

Datengrundlage: Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg; einbezogen sind nur Verordnungen von Ärzten, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen sind. Der prozentuale Anteil bezieht sich auf die abgegebenen Packungen.

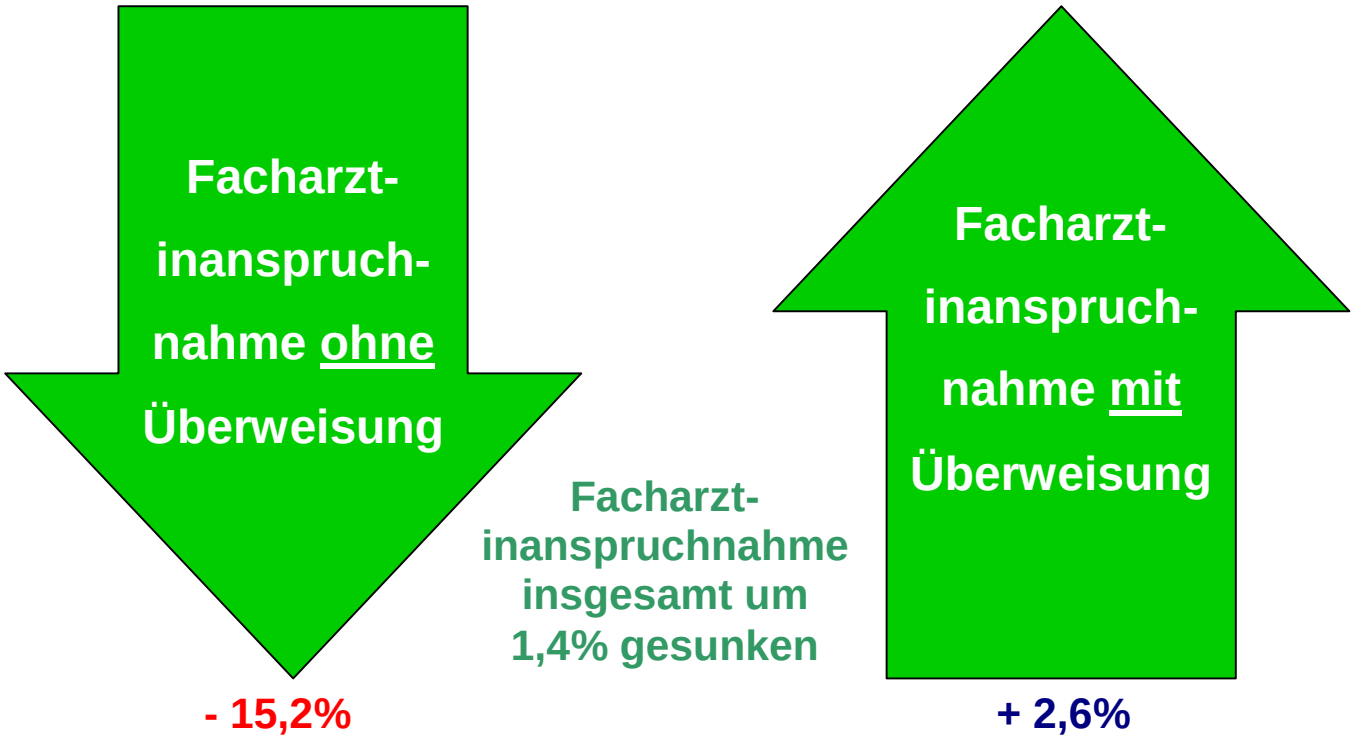
Sogenannte MeToo-Arzneimittel sind ein wesentlicher Treiber für die Ausgabenentwicklung in der GKV. Innerhalb der HZV konnte die Steigerung gegenüber der Entwicklung insgesamt zumindest abgeschwächt werden. Während sich der Anstieg bei der AOK Baden-Württemberg insgesamt im 1. Halbjahr 2010 gegenüber dem Vorjahreszeitraum auf 1,37 %-Punkte belief, betrug er innerhalb der HZV nur 0,73 %-Punkte.

	HZV		AOK BW	
	1. Hj. 2009	**1. Hj. 2010**	**1. Hj. 2009**	**1. Hj. 2010**
Anteil MeToo-Arzneimittel	16,36%	17,09%	15,71%	17,08%

Datengrundlage: Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg; einbezogen sind nur Verordnungen von Ärzten, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen sind. Der prozentuale Anteil bezieht sich auf die abgegebenen Packungen.

Die Hausarztzentrierte Versorgung soll durch eine besser gesteuerte Inanspruchnahme von Leistungen einen wichtigen Beitrag zur Effizienzsteigerung leisten. Die Inanspruchnahme von Fachärzten rückt dabei immer in den Fokus. Im Vergleich zur Situation vor der Einführung der HZV konnten auch hier bereits deutliche Veränderungen erreicht werden. Die ungesteuerte Inanspruchnahme von Fachärzten nahm bei den Versicherten, die im ganzen Jahr 2009 in der HZV eingeschrieben waren, gegenüber dem Jahr 2008 um über 15 % ab. Trotz einer Zunahme der (damit gesteuerten) Überweisungen zu Fachärzten hat die fachärztliche Inanspruchnahme durch diese Versicherten insgesamt um 1,4 % abgenommen.

Facharztinanspruchnahme von Versicherten, die 2009 durchgängig an der HZV teilgenommen haben



Herausgerechnet wurden die Facharztbesuche ohne Überweisungsschein bei Frauen- und Augenärzten sowie Laborärzte. Selektionsgrundlage sind HZV-Versicherte in Q1/2009, die in allen Quartalen 2009 eingeschrieben waren.

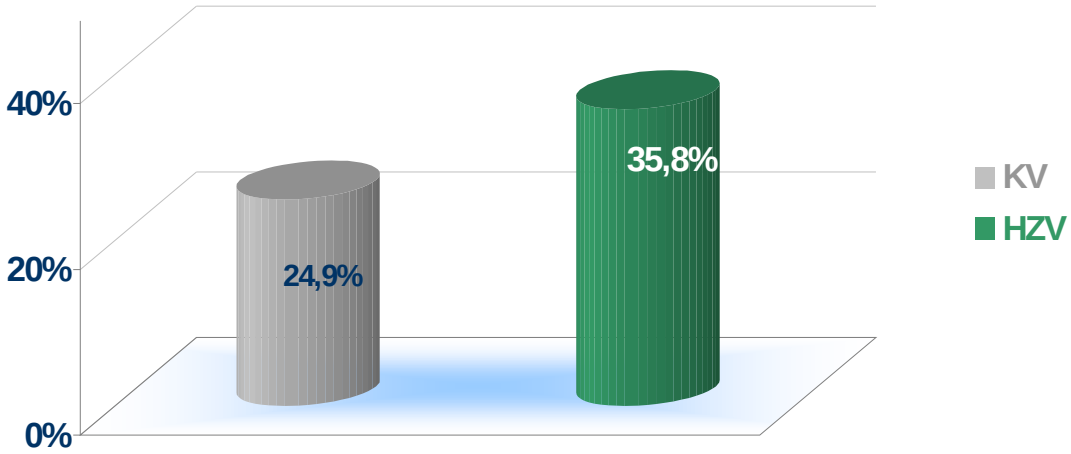
Darüber hinaus sei angemerkt, dass die durch die AOK Baden-Württemberg etablierte Verknüpfung der HZV mit Verträgen nach § 73c SGB V zu weiteren Effizienzgewinnen führen wird. Grundsätzlich beinhalten diese 73c-Verträge bereits eine Vergütungslogik der indikationsbezogenen Vergütungspauschalen. Damit wird auf der Ebene der Arztvergütung ein direkter Morbiditätsbezug hergestellt (d.h. weitere Ablösung von formal erbrachten Leistungen) und damit auch ein Anschluss an die morbiditätsorientierte Zuweisungslogik des Gesundheitsfonds geschaffen. Diese Form der zukunftsfähigen Arztvergütung im Rahmen einer integrierten Versorgungssteuerung ist untrennbar an die HZV gekoppelt; damit würde ein Infragestellen der HZV auch diese Ansätze unterbinden.

4) Versorgungsqualität

Mit der HZV wird entgegen vielen vorschnellen Behauptungen auch eine deutliche Steigerung der Versorgungsqualität erreicht. Präventionsleistungen werden bereits jetzt deutlich besser in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Sowohl beim Check-up (+ 68%) als auch bei Influenza-Schutzimpfungen (+ 44%) ist der Versorgungsgrad trotz pauschalierter Vergütung (aber Bonus für Erreichen von Versorgungszielen i.S. eines Pay-for-Performance-Ansatzes) markant höher als in der Regelversorgung.

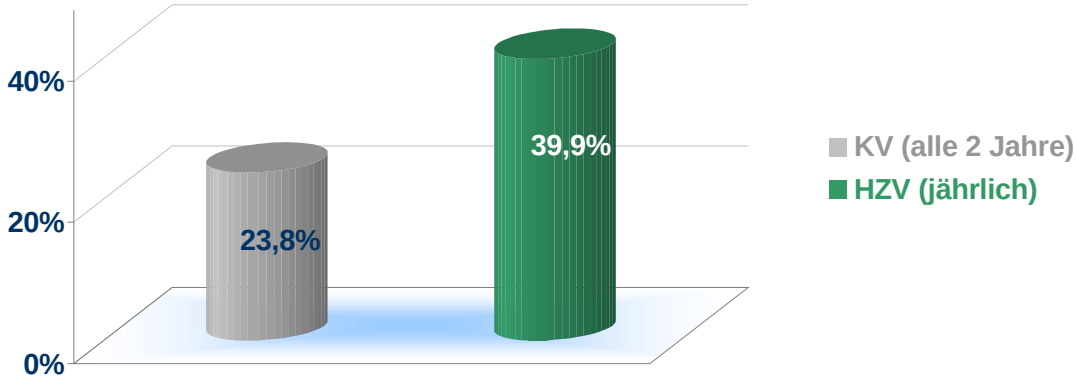
. . .

Durchschnittliche Influenza-Impfquote ab 60 Jahren 2009



Basis 4. Quartal, in dem i.d.R. mehr als 2/3 dieser Impfungen stattfinden. In den Vergleich wurden so genannte Betriebsimpfungen nicht aufgenommen.

Durchschnittliche Check-Up-35-Quote 2009



Vergleich HZV-Teilnehmer zur KV-Versorgung

Darüber hinaus wurden auf der Grundlage des HZV-Vertrages der AOK Baden-Württemberg zwischenzeitlich weit über 600 Medizinische Fachangestellte zur Versorgungsassistentin (Verah) qualifiziert. Deren besonderes Aufgabengebiet wird durch eine universitär angebundene Fortbildungskommission definiert und fortgeschrieben. Dadurch werden die allseits geforderten niederschwelligen arztentlastenden Unterstützungsfunktionen und Teamstrukturen gerade für große Landarztpraxen umfassend etabliert.

. . .

5) Bereinigung

Die HZV-Umsetzung stößt von Anfang an auf massive Umsetzungsschwierigkeiten durch eine subtile administrative Verweigerungshaltung der sich von einer Auflösung des monopolistischen Selbstverwaltungsrahmens „bedroht“ fühlenden Akteure. Dies gilt insbesondere für das Thema der Bereinigung gem. § 73b Abs. 6 SGB V. Obwohl im SGB V an keiner Stelle geregelt, hat der (Erweiterte) Bewertungsausschuss für sich hier ein umfassendes Regulierungsrecht aus seiner Zuständigkeit für die Vorgaben zur Berechnung der Regelversorgungsvergütung abgeleitet. Für den Bereich der Festlegung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV), also der Finanzierungsebene zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung (KV), mag dies noch nachvollziehbar sein. Für die Ebene der Regelleistungsvolumina (RLV), also vornehmlich die Verteilungsebene zwischen KV und Arztpraxis, ist dies weder nachvollziehbar noch notwendig.

Sofern alle Eingriffe in die RLV-Ebene unterbleiben, ergibt sich jeweils binnen eines Teilnahmejahres eines Versicherten in einem Selektivvertrag ein selbstregulierendes System, indem sich schlicht die MGV je Arztgruppe und damit der Fallwert in der Kollektivversorgung entsprechend des Bereinigungsbetrages reduziert. Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss hingegen hat in einem vielstufigen, langwierigen und klagebewehrten Beschlussverfahren eine extrem dichte und komplexe Regulierung geschaffen, die sich durch Konfliktpotential in der Umsetzung, hohen administrativen Aufwand und gleichwohl massive Benachteiligungen der an Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte manifestiert. Festzuhalten ist auf der Grundlage des Beschlusses des EBA in seiner 17. Sitzung am 16.12.2009 insbesondere das folgende Ergebnis:

- ungelöste weil unpräzise bzw. praktisch nicht durchführbare Regelung zur MGV-Bereinigung bei KV-wohnort-übergreifender Bereinigung mit der Folge nahezu flächendeckender Klageverfahren
- praktisch unsinnige Vorlauf- und Meldefristen bei HZV-Teilnahme wg. ex-ante Berücksichtigung bei der RLV-Festlegung (Zeitfenster von Vertragsbeitritt bis praktischer Teilnahme von bis zu 5 Monaten); dennoch zumeist rückwirkende RLV-Korrektur, weil Beschlüsse und Umsetzung auf Landesebene mit den Forderungen nicht Schritt halten
- RLV-Bereinigungsumsetzung auf Landesebene ist gemeinsam und einheitlich vertraglich zu lösen. Damit wird ein Wettbewerbsthema (Selektivvertrag) in seiner weiteren administrativen Umsetzung – ordnungspolitisch völlig verfehlt – dem „gemeinsam und einheitlich“-Regelungsbereich zugeführt
- Eine willkürliche „Belastungsgrenze“ des Fallwerts in der Kollektivversorgung von 2,5 %, die jeglicher Logik entbehrt und individuelle regionale Sachlagen vollständig ignoriert, indem davon auf Landesebene nicht abgewichen werden darf
- Ungleichbehandlung von Ärzten, die am Selektivvertrag teilnehmen bzw. nicht teilnehmen bei der Fallzahlanpassung, indem bei „Selektivärzten“ individuell gekürzt wird und bei „Kollektivärzten“ der Fallzahlrückgang über eine allgemeine Fallwertabsenkung sozialisiert wird

Nach derzeitigem Kenntnisstand zielen die jüngsten Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19.10.2010 im Wesentlichen auf eine Fortsetzung der dargestellten Überregulierung und Benachteiligung der Selektivversorgung. Die Chronologie der Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA)/ Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) zur Bereinigungsproblematik im Rahmen von Selektivverträgen nach

. . .

§§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V im historischen Zeitverlauf dokumentiert die Schwerfälligkeit und in hohen Anteilen „Verteidigungshaltung“ des monopolistischen Kollektivsystems.

Fazit:
Insgesamt drängt sich in der Bewertung des GKV-FinG zur Änderung des § 73b SGB V der Eindruck auf, als ginge es gerade nicht um die Behebung von Selektivvertragshemmnissen und die Förderung der hausärztlichen Versorgungsstruktur sondern vielmehr um ein Wiedererstarken der gemeinsam und einheitlich gepflegten gegenseitigen Handlungsblockaden und eine Restauration ordnungspolitisch überkommener monopolistischer KBV-Strukturen, die eine vermeintlich einfachere zentralstaatliche Einflussnahme absehbar erscheinen lassen, die wettbewerbliche Ausrichtung des GKV-Systems aber außer Sichtweite rücken. Wettbewerb und Wahlfreiheit erfordern Freiräume für die Beteiligten und Innovationskraft bei den Handelnden.

IGE Innovationszentrum Technologien für Gesundheit & Ernährung

Technische Universität Berlin

TU Berlin • Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie • Prof. Dr. Henke
Sekr. H 51 • Straße des 17. Juni 135 • D 10623 Berlin

Fakultät VII
Wirtschaft und Management

Institut für Volkswirtschaftslehre
Fachgebiet Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie

Professor Dr. Klaus-Dirk Henke

Dr. Carola Reimann, MdB
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(49)
gel. ESV zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
24.10.2010

24. Oktober 2010

Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25. Oktober 2010, Block I in der Zeit von 12.00 – 14.30 Uhr

a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen - Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKVFinanzierungsgesetz – GKV-FinG)
(BT-Drs. 17/3040)

b) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen
(BT-Drs. 17/1238)

Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit gebe ich folgende kurze Stellungnahme als Einzelsachverständiger für die oben genannte Anhörung ab:

Drei Vorbemerkungen

Die zukünftige Finanzierung der Gesundheitsausgaben insgesamt und die Finanzierung der Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen angesichts der demographischen Herausforderungen, der medizinisch-technologischen Entwicklungen und immer vorhandener Effizienzreserven seit Jahren und auch auf absehbare Zeit im Vordergrund der gesundheits- und wirtschaftspolitischen Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland.

Goldstandards zur nachhaltigen und einer sozial ausgewogenen Finanzierung gibt es bisher nicht, weder bei uns noch in anderen Ländern. Alle vergleichbaren Nationen stehen vor ähnlichen Fragen und suchen, genau wie der Deutsche Bundestag, nachAntworten und Lösungen. Da es jedoch keine Patentrezepte für eine dauerhafte Finanzierung – weder seitens der Politik und Exekutive noch seitens der Wissenschaft - gibt, müssen sich die Abgeordneten des Deutschen Bundestages immer wieder bemühen, anstehende Deckungslücken im Rahmen der politischen Willensbildung möglichst langfristig und ausgewogen zu schließen. Ohne Kompromisse in einer Regierungskoalition und ohne erforderliche parlamentarische Mehrheiten lassen sich bestehende Gesetze nicht verändern. Kompromisse sind der Preis der parlamentarischen Demokratie auch dann, wenn die Interventionsspirale sich immer weiterdreht und eine Systemlogik daher oft nicht mehr er erkennen ist.

Mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds haben sich die Finanzierungsgrundlagen der GKV stark verändert. Neben die politisch bestimmten Pflichtbeiträge auf der Grundlage der versicherungspflichtigen Einkommen treten nunmehr Prämienzahlungen in Form der Zusatzbeiträge und ggfs. Rückerstattungen. Der Wettbewerb verschiebt sich damit von Unterschieden zwischen den vormals kassenartenspezifischen Beitragssätzen zu den Boni, Rückzahlungen, Zusatzbeiträgen und Wahltarifen in Verbindung mit zusätzlichen Leistungen der einzelnen gesetzlichen Krankenversicherungen (Satzungsleistungen, neue Versorgungs- und Vertragsformen, etc.). Bei den Wahltarifen gibt es Tarife mit Selbstbehalt oder Beitragsrückgewähr Und die Teilnahme an neuen Versorgungsformen wie z.B. einer integrierten Versorgung, an Hausarztmodellen oder an strukturierten Behandlungsprogramme kann mit Erstattungen oder Zuzahlungsnachlässen (z.B. bei der Praxisgebühr) verbunden sein. Des Weiteren haben gesetzlich Versicherte durch die Wahl des Kostenerstattungsprinzips die Möglichkeit, Leistungen nach der GO-Ä wie Privatversicherte abzurechnen.
Vor diesem Hintergrund hat sich der Wettbewerb von der Einnahmeseite auf die Ausgabenseite mit den impliziten Rückwirkungen auf den tatsächlichen Beitragssatz verlagert.

Zusatzbeiträge

Durch den kostenneutralen Gesundheitsfonds wird weder eine nachhaltige Finanzierung noch der beschriebene Wettbewerb gestört; im Gegenteil er bildet mit dem Risikostrukturausgleich die Grundlage für einen fairen Wettbewerb unter den gesetzlichen Versicherungen.

- Die Beseitigung der Lohnabhängigkeit der Zusatzbeiträge,
- der partielle Wegfall der Arbeitgeberbeiträge,
- die Mindestversicherungspflicht mit Sozialausgleich und
- neue Formen der Finanzierung und Vergütung

seien als Beispiele genannt, die bei der anstehenden und zukünftigen Weiterentwicklung unseres Krankenversicherungsschutzes diskutiert werden.

Der Einstieg in eine anteilige Finanzierung aus allgemeinen Deckungsmitteln des Bundes (für versicherungsfremde Leistungen und die im Gesetzentwurf vorgesehene Liquiditätsreserve) führt dabei zu einer Konvergenz in der Finanzierung. Beveridge- und Bismarcksysteme rücken näher aneinander.

Die Diskussion um die zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens wird auch weiterhin durch Zielkonflikte geprägt. Auf der einen Seite soll die überwiegend am Einkommen orientierte Mittelaufbringung mit ihren Verwerfungen durch die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze gewahrt bleiben, und auf der anderen Seite wird mit Hilfe einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge eine am Versicherungsprinzip ausgerichtete Finanzierung hergestellt. Der Gesundheitsfonds ermöglicht beides und überwindet die oben genannten Zielkonflikte. So wird die einkommensabhängige Mittelaufbringung beibehalten, während die Krankenkassen über den Fonds risikoäquivalente Zuweisungen erhalten, mit denen sie sich unter den genannten Bedingungen im Wettbewerb um die Versicherten behaupten müssen.

Die Einkommensunabhängigkeit der Zusatzbeiträge ist ihr Proprium. Überdies befreien die Zusatzbeiträge die Arbeitgeber von ihrer Beteiligung und entlasten somit den Arbeitsmarkt durch geringere Lohnzusatzkosten, während bei Rückzahlungen und der Gewährung von Boni der Vorteil beim Versicherten allein bleibt.

Die Prämienzahlungen und Zusatzbeiträge haben privatrechtlichen Charakter und zeigen in die Richtung einer weiteren Entstaatlichung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Den individuellen Zahlungen liegen private Entscheidungen vor dem Hintergrund eines Preis-Leistungs-Verhältnisses

zugrunde. Insoweit sich die Zusatzbeiträge also zwischen den verschiedenen Krankenversicherungen unterscheiden, rücken sie in die Nähe von Prämienzahlungen, zumal ein Kassenwechsel möglich ist.

Absolute Zusatzbeiträge und Erstattungen sind zu begrüßen, da sie an die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Preissignal aussenden. Schließlich sind sie es, die Entscheidungen über den individuellen Vorteil aus dem Vergleich von Qualität und dem Preis für diese Gesundheitsversorgung fällen. Der Arbeitgeber beeinflusst nicht mehr die Mitgliedschaft seiner Arbeitnehmer in einer bestimmten Krankenversicherung.

Sozialausgleich

Die vorgesehene Trennung der Zusatzbeiträge von einer Überforderungsklausel zeigt in die richtige Richtung, da es sich um individuelle und nicht um Zwangsabgaben handelt. Die Sozialverträglichkeit sollte ausschließlich mit der Ausgestaltung der Zwangsbeiträge hergestellt werden (siehe hierzu vor allem W. Richter, Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes: Entgleiste Reformdebatte wieder auf Spur, in Druck). Die Versorgung, die allen Versicherten der GKV zugutekommt und politisch erwünschte Umverteilungsvorgänge werden über Zwangsbeiträge und Zuschüsse aus den allgemeinen Deckungsmitteln finanziert. Ein Einkommensausgleich findet also somit über die Mittelaufbringung statt.

Ein Sozialausgleich bei den Zusatzbeiträgen entbehrt bei grundsätzlicher Betrachtung der Wettbewerbslogik. Warum soll ein Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Entscheidung eines anderen Mitglieds bezahlen, das sich für eine gesetzliche Krankenversicherung entschieden hat, die Zusatzbeiträge erhebt (möglicherweise ganz bewusst, weil dort die Qualität der Versorgung aus individueller Sicht besonders geschätzt wird). Die gleiche Aussage trifft zu bei der Bemessung von Boni und Rückerstattungen; auch sie müssen von der Beitragsabhängigkeit getrennt bleiben.

In dem Maße wie zukünftig Ausgabensteigerungen bei politisch festgesetzten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerzahlungen allein über Zusatzbeiträge finanziert werden, können diese jedoch eine Höhe erreichen, die unter Verteilungsaspekten einer Abfederung bedarf, wie sie im Gesetzesentwurf mit der Liquiditätsreserve vorgesehen ist. Das BMG wird auf der Grundlage der Schätzung des Schätzerkreises im Benehmen mit dem Finanzministerium den durchschnittlichen Zusatzbeitrag festlegen (§ 242a SGB V – neu), an dem sich bei einem Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich ergibt. Die Mittel werden aus der bereits erwähnten Liquiditätsrücklage aufgebracht. Für bestimmte Personengruppen werden keine Zusatzbeiträge erhoben.

GKV und PKV

Bei diesem Thema komme ich auf meine Vorbemerkungen zurück. Wir leben in einer parlamentarischen Demokratie, und diese kommt zwangsläufig zu Entscheidungen in Form von Kompromissen, wie sie im Parlament durch Mehrheiten beschlossen werden. Die von Legislaturperiode zu Legislaturperiode bestehenden Mehrheiten beschließen die wünschenswerten gesundheitspolitischen Entwicklungen. Und in diesem „Trial-and-error-Prozess“, diesem „Stop-and Go“ kommt es vor, dass der Status-Quo-Ante wieder hergestellt wird. Das wird mit der Reduktion der Wartezeit für einen Wechsel in die PKV von drei Jahren auf ein Jahr geschehen. Es ist nicht auszuschließen, dass bei anderen Mehrheitsverhältnissen in einer anderen Legislaturperiode bestehende Beschlüsse wiederum verändert werden. Der Koalitionsvertrag vom Oktober 2009 sieht diese Rückkehr zu einer früher bestehenden Regel vor und zeigt, wie Koalitionspartner in unterschiedlichen Koalitionen ihre eigenen Beschlüsse ändern.

Nach dieser sehr nüchternen Einschätzung der gesundheitspolitischen Realitäten will ich nicht verhehlen, dass ich das Nebeneinander von der PKV und GKV in der bestehenden Form zwar

historisch erklären, aber aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht nicht begründen kann. M. E. reicht eine gesetzliche Pflicht zur privaten Absicherung des Krankheitsrisikos, wobei definiert werden muss, welche Gesundheitsleistungen zum Gegenstand einer Pflichtversicherung gehören. Die GKV benötigt auch angesichts ihrer sich seit mehreren Jahren wandelnden Funktion im Wettbewerb und angesichts des wachsenden Anteils der unternehmerischen Tätigkeiten der einzelnen Krankenversicherung einen privatwirtschaftlichen Rechtsmantel in der sozialen Marktwirtschaft. Dieser dauerhafte Rechtsrahmen muss ihr neben ihrer hoheitlichen Funktion erlauben als wirtschaftliches Unternehmen zu handeln.

Ein genossenschaftlicher Rechtsrahmen wäre hier ein geeigneter Ansatz, der in der gesundheitsökonomischen Literatur ausgearbeitet wurde. Versicherungs- und Beitragsbemessungsgrenzen könnten entfallen und die aus demographischer Sicht möglicherweise wünschenswerte Kapitaldeckung wäre ebenfalls möglich. Der Hinweis auf die Niederlande zeigt, dass eine über die bereits bestehende Annäherung innerhalb der Zusatzversicherungen hinausgehende Kooperation durchaus möglich ist. Versicherungs- und Verteilungsaufgaben ließen sich in einer solchen Neuorganisation mit entsprechender Versicherungsaufsicht entsprechend klarer regeln. Allokation und Distribution blieben getrennt.

Zusatzversicherungen und private Ausgaben für andere Gesundheitsleistungen unterliegen den Regeln des Marktes, während die Grund- oder Basisversorgung über den Gesundheitsfonds finanziert wird. Und die gewinnorientierten oder nicht gewinnorientierten Versicherungen stehen im Wettbewerb um die Qualität der Versorgung sowie preislich mit Zusatzbeiträgen, Wahltarifen, Prämienauszahlungen etc. (siehe hierzu im Einzelnen Henke, K.D., Richter, W. D. (2009) zur Zukunft des Gesundheitsfonds. Wirtschaftsdienst, Jg. 89, 727 – 732.

Arbeitgeberbeiträge

Finanzierungsmodelle zur Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge in der GKV sind nicht neu. Immer wieder hat es in den letzten 30 Jahren Vorschläge zur Auszahlung und zur staatlichen Begrenzung des Arbeitsgeberbeitrags gegeben. Die Preisfunktion des Beitragssatzes bzw. der Prämien wird in diesen Fällen gestärkt. Aus gesetzlichen Krankenkassen entwickeln sich mehr und mehr Versicherungsunternehmen, die ihren Namen verdienen.

Bei der Einführung der Sozialversicherung gegen Ende des 19. Jahrhunderts war die Begründung des Arbeitgeberbeitrags recht eindeutig. Aufgrund des niedrigen Lohnniveaus konnten die Arbeiter die vollen Beiträge aus ihrem Lohn nicht tragen. So verwies Bismarck in einer Reichstagsrede darauf, dass „der Lohn der Arbeiter im Ganzen keinen Überschuss und keine Ersparnis gestattet“ und der Unternehmer deshalb diese Mittel dazulegen muss. Der Arbeitgeber-Beitrag entstand somit nicht aus dem Verständnis heraus, dass der Arbeitsgeber die dem Arbeitnehmer zukommenden Sozialleistungen grundsätzlich mitfinanzieren müssen.

Dass sich diese Rahmenbedingungen grundlegend geändert haben, ist nicht zu bestreiten. Der Einfluss der Gewerkschaften hat im 20. Jahrhundert dazu geführt, dass die große Mehrheit der Arbeitnehmer ein nicht mehr am Existenzminimum liegendes Auskommen hat und der Freizeitwert in vielen Fällen eine Größenordnung erreicht, die dazu führt, dass der Wunsch nach weniger Arbeit bei entsprechend geringerer Entlohnung keine Seltenheit ist.

Menschen in Deutschland treffen zunehmend eigene Entscheidungen auch in Bezug auf ihre Gesundheitsversorgung; ein bürgerzentriertes Gesundheitsmanagement gewinnt an Gestalt. So steigen die Ausgaben für Gesundheitsleistungen im zweiten Gesundheitsmarkt ständig an. Es besteht also Zahlungswilligkeit für zusätzliche Leistungen. An der Finanzierung dieser zusätzlich privat nachgefragten Leistungen sollte der Arbeitgeber nicht beteiligt werden.

Allerdings kann argumentiert werden, dass die Arbeitgeber auch ein eigenes Interesse an der Gesunderhaltung ihrer Arbeitnehmer besitzen. Demzufolge können sie weiterhin an der Finanzierung der Zwangsbeiträge beteiligt werden. In der gesetzlichen Unfallversicherung, einem anderen Zweig der gesetzlichen Sozialversicherung, zahlen die Arbeitgeber im Übrigen die Beiträge allein und in Form risikoorientierter Prämien.

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 206 288-0
Fax: +49 (0) 30 206 288-88
eMail: politik@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(24.2)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
15.10.2010

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) vom 05.10.2010 (Ausschussdrucksache 17(14)0072)

Spitzenverband

Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 4 Abs. 4 SGB V) – Ausgaben für Mitgliederwerbung

A) Beabsichtigte Änderung

Es soll nach den Verwaltungsvorschriften nach § 79 Abs. 2 SGB IV sichergestellt werden, dass Verwaltungsausgaben, die der Mitgliederwerbung dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden.

B) Stellungnahme

Bei der angestrebten Regelung handelt es sich um die Konkretisierung der Verbuchung von Vertriebsaufwendungen. Je nach Ausgestaltung der genutzten Vertriebswege der Krankenkassen ergeben sich unterschiedliche wettbewerbliche Wirkungen.

C) Änderungsvorschlag

Jenseits einer gesetzlichen Regelung ist beim nächsten Erlass zum Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine entsprechende Regelung zu treffen.

Spitzenverband

Änderungsantrag 2 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Zu Artikel 1 Nummer 3a –neu- (§ 13 SGB V) – Kostenerstattung

A) Beabsichtigte Änderung

Die Möglichkeit der Kostenerstattung soll flexibler gestaltet werden; dabei

a) soll die Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung auf ein Kalendervierteljahr verkürzt werden,
b) sollen die Abschläge für die Verwaltungskosten auf bis zu fünf Prozent des Erstattungsbetrages begrenzt sowie die Abschläge für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfungen gestrichen werden,
c) soll die schriftliche Bestätigung gegenüber dem Leistungserbringer über die im Vorfeld erfolgte Beratung über Folgekosten aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich ist eine Ausweitung von Wahlmöglichkeiten der Versicherten, die der Belebung des Wettbewerbs und der Verbesserung der Versorgung dient, zu begrüßen. Für alle wählbaren Leistungen muss aber gelten, dass sie von den betreffenden Versicherten selbst getragen werden. So darf die Ausweitung der Kostenerstattung nicht dazu führen, dass Versicherte, die keine Kostenerstattung wählen, diese letztlich mitfinanzieren. Die beabsichtigte Verringerung der Mindestbindungsfrist auf ein Vierteljahr sowie die Begrenzung der Abschläge für zusätzliche Verwaltungskosten auf maximal 5 Prozent sind daher abzulehnen.

Die Verkürzung der Mindestbindungsfrist auf ein Vierteljahr in Kombination mit der bereits heute vorhandenen Möglichkeit, die Kostenerstattung auf einzelne Leistungsbereiche zu begrenzen, ist nicht zielführend, kann das

Arzt-Patienten-Verhältnis belasten und löst hohe Bürokratiekosten aus. Für die Versicherten, die bei Wahl der Kostenerstattung zusätzlich ein privatrechtliches Vertragsverhältnis mit ihrem Behandler eingehen, wird es sehr schwierig zu differenzieren, welche medizinischen Leistungen im einzelnen noch gesetzliche Leistungen und welche rein private Leistungen sind, z. B. die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen. Neben dem Umstand, dass sie in der Regel ohnehin höhere Rechnungen erhalten als ihre Krankenkasse erstatten kann, tragen sie also das Risiko, dass für bestimmte Leistungen überhaupt keine Erstattung erfolgt. Zum Schutz der Versicherten muss die Regelung also mindestens wieder mit einer vorangehenden Aufklärungspflicht der Krankenkassen verknüpft werden, ohne die die Wahl der Kostenerstattung nicht wirksam ist. Problematisch ist, dass die vorgeschriebene ärztliche Informationspflicht nicht mehr schriftlich dokumentiert werden soll. Die Stellung des Patienten – wegen der Informationsasymmetrie ohnehin im Nachteil - wird so weiter geschwächt. Im Übrigen wäre eine mangelhafte Beratungsleistung des Arztes kaum zu beweisen. Eine solche Beratung kann ihren Zweck, den Versicherten über Vor- und Nachteile einer Kostenerstattung aufzuklären und damit zu schützen, nicht mehr erfüllen. Stattdessen hat der Arzt hohe Anreize, Versicherte zur Kostenerstattung zu bewegen, ohne tatsächliche Konsequenzen bei fehlerhafter Aufklärung oder unwirtschaftlicher Behandlungsweise befürchten zu müssen. Eine gesetzliche Regelung darf darüber hinaus keine Anreize dafür bieten, dass etwa die Vergabe von zeitnahen Terminen beim Facharzt von einer Wahl der Kostenerstattung abhängig gemacht wird.

Die Krankenkassen müssen mit einem erheblich gestiegenen EDV-Aufwand nachverfolgen, welcher Versicherte wann die Kostenerstattung gewählt bzw. wieder abgewählt hat. Dies hat Auswirkungen auf die Berechnung der Vergütung, da für Versicherte mit Kostenerstattung die Gesamtvergütung entsprechend zu kürzen ist. Hier kann es zu erheblichen Schwankungen kommen, die jedoch erst mit einem Zeitverzug beobachtbar sind. Sollte die mit der Gesetzesänderung bezweckte Ausweitung der Kostenerstattung tatsächlich eintreten, kann dies zu erheblichen Verwerfungen zwischen der prospektiven Zuteilung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina

anhand der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) und den nachträglich erforderlichen Kürzungen der MGV aufgrund der Kostenerstattung kommen.

Insgesamt führt eine Ausdehnung der Kostenerstattung zu steigendem Verwaltungsausgaben (keine KV-Abrechnung, Anrechnung auf Gesamtvergütung usw.) und zu Schwierigkeiten bei allen qualitäts- und kostensteuernden Regelungen auf Kollektivvertragsebene (Richtgrößen, Gesamtvergütungen, Ausgabenvolumina, Wirtschaftlichkeitsprüfungen etc.). In diesem Zusammenhang sind die Limitierung der Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten auf fünf Prozent und der Wegfall der Abschläge für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kritisieren. Da das Kostenerstattungsverfahren im Vergleich zur Sachleistungsgewährung deutlich verwaltungsaufwändiger ist, erst recht mit Blick auf die vorgesehene verkürzte Mindestbindungsfrist, führen die Neuregelungen in der Konsequenz dazu, dass GKV-Versicherte, die keine Kostenerstattung nach § 13 SGB V wählen, den durch die Ausweitung der Kostenerstattung erhöhten Verwaltungsaufwand mittragen müssen. Damit würde der Gesetzgeber eine Quersubventionierung bewirken. Grundsätzlich widerspricht die Ausweitung des verwaltungsaufwändigen Instituts der Kostenerstattung dem erklärten Ziel des GKV-FinG, die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen stabil zu halten.

Insgesamt stellt die Kostenerstattung eine Ausnahme von dem in der gesetzlichen Krankenversicherung systemeigenen Sachleistungsprinzip dar, auf das praktisch alle Vergütungssysteme, Prüfmechanismen und Datenströme zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer ausgerichtet sind. Das Kostenerstattungsprinzip ist damit als obligatorisches Gestaltungsinstrument für die GKV nicht geeignet. Im Rahmen des Sachleistungsprinzips ermöglichen es die vorhandenen Steuerungsinstrumente, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu optimieren. Zugleich schützt es die Patienten vor finanzieller Überforderung. Das Sachleistungsprinzip legt die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit und damit für die Versorgungseffizienz, die der Patient in aller Regel nicht beurteilen kann, in die Hände der vertragsschließenden Parteien. Hierzu gehört auch ein funktions-

fähiges System der Wirtschaftlichkeitsprüfung, das in einem Kostenerstattungssystem nicht greift. Der Hinweis in der Gesetzesbegründung, die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit werde durch den Versicherten gewährleistet, unterstellt diesem eine Urteilsfähigkeit hinsichtlich der erbrachten und verordneten Leistungen, die angesichts der Wissensunterschiede zwischen Arzt und Patient sowie der Notlage, in der sich ein Versicherter mit einer Akuterkrankung häufig befindet, nicht vorkommt.

Die Empirie zeigt, dass Systeme der Kostenerstattung zumeist mit erheblichen Steuerungsdefiziten zu kämpfen haben. Dies ist auch ein wesentlicher Grund dafür, dass sich die private Krankenversicherung seit langem für die Einführung eigener direkter Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern einsetzt (vgl. auch die Absicht des Gesetzgebers, die privaten Krankenversicherungsunternehmen mit dem AMNOG an den Ergebnissen der Preisverhandlungen des GKV-Spitzenverbandes für neue Arzneimittel partizipieren zu lassen). Bereits die vorgeschlagene Flexibilisierung der Regelungen zur Kostenerstattung könnte die Wirkungen der Steuerungsinstrumente der GKV konterkarieren.

Ungeachtet der Ablehnung dieses Änderungsantrags wird darauf hingewiesen, dass nach Artikel 1 Nr. 1 des Entwurfs eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG, Bundestagsdrucksache 17/2413) § 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V ebenfalls geändert werden soll. Als Folge dieser Änderung ist in Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb des AMNOG eine weitere Änderung in § 129 Abs. 1 SGB V vorgesehen.

Da die Änderungen nach den jeweiligen Gesetzentwürfen jeweils zum 1. Januar 2011 in Kraft treten sollen, sind die im AMNOG geplanten Änderungen durch die vorgesehene Neufassung nach Artikel 1 Nr. 3a des GKV-FinG nicht mehr schlüssig. Hinzu kommt, dass der Entwurf eines AMNOG auf einen anderen Gesetzesstand („... , das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 14. April 2010 (BGBl. I S. 410) geändert worden ist, ...“) Bezug nimmt als der

Entwurf des GKV-FinG („... , das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist, ...“).

In diesem Zusammenhang wird auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 22.09.2010 zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz verwiesen, in der die Änderung des § 13 Abs. 2 SGB V ebenfalls abgelehnt wird.

C) Änderungsvorschlag

Änderungsantrag 2 wird gestrichen.

Spitzenverband

Änderungsantrag 3 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Zu Artikel 1 Nummer 3a –neu- (§ 53 SGB V) – Wahltarif Kostenerstattung

A) Beabsichtigte Änderungen

a) Redaktionelle Folgeänderung zum Änderungsantrag 2 (Kostenerstattung)
b) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife für besondere Versorgungsformen nach § 53 Abs. 3 wird von bislang drei Jahren auf ein Jahr verkürzt.
c) Nach Abs. 9 müssen die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, d. h. jeder Tarif soll sich selbst tragen. Die Krankenkassen haben hierüber regelmäßig gegenüber den Aufsichtsbehörden Rechenschaft abzulegen. Für Tarife der Kostenerstattung nach Abs. 4 soll künftig zusätzlich gelten, dass deren langfristige finanzielle Tragbarkeit von einem Wirtschaftprüfer oder einem Aktuar regelmäßig testiert werden muss.

B) Stellungnahme

a) Wahltarife beleben den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander und gegenüber privaten Versicherungsunternehmen. Darüber hinaus besteht bei den Versicherten ein Bedarf an Leistungen aus einer Hand. Eine Einschränkung dieses Wettbewerbselements lehnt der GKV-Spitzenverband daher ab. Im Gegenteil, den Krankenkassen sollten mehr wettbewerbliche Handlungsspielräume - insbesondere im Wettbewerb um die beste Versorgung - zur Verfügung stehen. Auch Wahltarife nach § 53 Abs. 4 SGB V sind hierfür unter den bestehenden Rahmenbedingungen geeignet. Hierzu zählt, dass die Krankenkassen die Möglichkeit haben, die Höhe der Kostenerstattung an den privat(zahn)ärztlichen Vergütungsrahmen anzupassen, so dass sich das

finanzielle Risiko für die in den Tarif eingeschriebenen Versicherten relativiert. Hierzu zählt auch, dass die Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen weder Leistungsausschlüsse noch Gesundheitsprüfungen kennen. Darüber hinaus wird auf die Stellungnahme zu Änderungsantrag 2 verwiesen.

b) Die Verkürzung der Mindestbindungsfrist von drei Jahren auf ein Jahr kann geeignet sein, die Tarife aus Sicht der einzelnen Versicherten attraktiver zu gestalten. Die Krankenkassen benötigen gleichzeitig für eine solide Kalkulation ihrer Tarife Planungssicherheit. Diese geht einher mit einem ausreichenden zeitlichen Planungshorizont. Ob dieser mit nur einem Jahr Bindung noch gegeben ist, ist zu bezweifeln. Die Verkürzung der Mindestbindungsfrist erhöht in jedem Fall die Unsicherheit der Krankenkasse hinsichtlich der Größe und Risikostruktur der jeweiligen Risikogemeinschaft.

c) Die Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben des § 53 Abs. 9 Satz 1 obliegt gegenwärtig der staatlichen Aufsicht. Die Krankenkassen entscheiden in eigener Verantwortung, in welcher Weise sie ihrer Verpflichtung nach Satz 2, regelmäßig Rechenschaft über die auskömmliche Finanzierung ihrer Tarife abzulegen, nachkommen. Die Aufsichtsbehörden wiederum entscheiden, ob ihnen die Rechenschaftsberichte der Krankenkassen ausreichen.

   Dem GKV-Spitzenverband liegen bis dato keine Erkenntnisse vor, die es angezeigt erscheinen lassen, den Krankenkassen eine bestimmte, zudem teure Berichtsform, nämlich die regelmäßige Testierung durch einen Aktuar oder Wirtschaftsprüfer, vorzuschreiben. Die damit einhergehende verpflichtende Verlagerung von Aufsichtsfunktionen auf Dritte ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Änderungsantrag 3 wird gestrichen.

Spitzenverband

Änderungsantrag 4 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Zu Artikel 1 Nr. 10a –neu- (§ 120 SGB V) - Pädiatrische Spezialambulanzen

A) Beabsichtigte Änderung

Der eingebrachte Änderungsantrag sieht vor, die bisherige Bereinigungsmöglichkeit der verhandelten Pauschalen im Landesbasisfallwert zu entfristen. Weiter wird eine neue Schiedsstellenregelung vorgesehen, die festzustellen hat, ob die ergänzenden Pauschalen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen notwendig sind bzw. in welcher Höhe diese abzuschließen sind, sofern eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande kommt.

B) Stellungnahme

Wird dem Änderungsantrag entsprochen, muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sichergestellt werden, dass die Entfristung der Bereinigungsvorschrift im Gesetz Berücksichtigung findet. Den pädiatrischen Spezialambulanzen ist darüber hinaus eine diagnose- und leistungsbezogene Vergütungsperspektive innerhalb des EBM zu eröffnen. Dies hat folgenden Hintergrund:

- Die pädiatrischen Spezialambulanzen sind historisch aus den Erlösen für stationäre Behandlung quersubventioniert worden. Die mit der DRG-Konvergenzphase verbundenen Verteilungswirkungen erlauben diesen Umstand nicht länger, da die Erlöse aus Fallpauschalen leistungsbezogen gezahlt werden. Quersubventionierung ist nicht mehr möglich. Da die Verhandlungen mit den pädiatrischen Spezialambulanzen noch nicht deutschlandweit gleichermaßen angelaufen sind, ist eine Entfristung der Bereinigungsvorschrift notwendig. Bislang zur Quersubventionierung der pädiatrischen Spezialambulanzen genutzte stationäre Mittel sind entsprechend umzuwidmen. Die vorgeschlagene Entfristung der Bereinigungsvorschrift ist zwingend notwendig und sachgerecht.

- Eine weitere, separate Vergütungslösung, wie für die pädiatrischen Spezialambulanzen in den Kinderkliniken, wird vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich nicht befürwortet. Eine solche Lösung widerspricht dem Grundsatz, gleiche Leistungen gleich zu vergüten, und schafft zusätzliche Schnittstellen und Bürokratie (permanente, komplexe Verhandlungsaufwände). Der Bewertungsmaßstab ambulanter Leistungen ist der EBM und soll es auch bleiben.

  Pädiatrische Spezialambulanzen erhalten aufgrund der Regelung des § 120 Abs. 1a SGB V für dem Grunde nach gleiche Leistungen zukünftig mehr Geld als niedergelassene Ärzte. Dies ist nur dann zu rechtfertigen, wenn es sich faktisch um höherwertigere Leistungen handelt, die sich aus der Häufung komplexerer Fallgestaltungen bei den pädiatrischen Spezialambulanzen ergeben. Der Nachweis eines durchgängig komplexeren Fallspektrums steht allerdings weiterhin aus.

  Dennoch gilt, dass die Versorgungsform der pädiatrischen Spezialambulanz als generell sinnvoll zu erachten ist. Das Wissen in seltenen Spezialdisziplinen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin wird gebündelt und mit dem Krankenhaus verbunden. Hinzu kommt, dass der Anteil ermächtigter Ärzte (an den Kliniken) in den relevanten Disziplinen bis zu 50 Prozent bzw. in einzelnen Disziplinen (Kinderdiabetologie) sogar bis 100 Prozent geht. Aus diesen Gründen begrüßt der GKV-Spitzenverband die vorausgehende Feststellung des Versorgungsbedarfs durch die Schiedsstelle vor der Festsetzung von Pauschalen. Perspektivisch sollten diese Leistungen aber im EBM anhand von Diagnosen und Patientenkriterien vergütet werden, um die mit der Besonderheit der Leistungen begründete Vergütungshöhe rechtfertigen zu können. Eine gesonderte gesetzliche Vergütungsregelung für die pädiatrischen Spezialambulanzen ist auf Dauer nicht vertretbar. Der Charakter der jetzigen Lösung als Übergangslösung ist auch im Gesetz deutlich hervorzuheben.

  Eine systemkonforme, langfristig tragbare und der tatsächlichen medizi-

nischen und ökonomischen Schwere der behandelten Patienten angemessene Lösung zur Finanzierung der Spezialambulanzen an Kinderkliniken muss daher im EBM gefunden werden. Die bestehende Übergangslösung ist zeitlich zu befristen, eine entsprechende Abbildung im EBM, als dem relevanten Bewertungsmaßstab für ambulante Leistungen, zu etablieren. Diagnosebezogene Fallpauschalen sind gemäß § 87 Abs. 2c für die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden sind, vorgesehen – ein Instrument, das sich insbesondere vor dem Hintergrund der geschilderten Problematik eignet. Vereinbaren die Vertragsparteien des Bewertungsausschusses für Leistungen nach Satz 1 keine diagnosebezogene Fallpauschalen gemäß § 87 Abs. 2c, bleibt die Übergangslösung so lange erhalten, bis dies geschieht.

Zudem sollte in der Gesetzesbegründung eine Klarstellung erfolgen, dass die Sachkosten und allgemeinen Praxiskosten nach § 120 Abs. 1 Satz 2 SGB V bereits über den EBM abgedeckt sind und hier keine Vergütungsdefizite bestehen. Diese Klarstellung würde - neben der angestrebten Regelung zur Berücksichtigung im Landesbasisfallwert - die Verhandlungen vor Ort deutlich vereinfachen und beschleunigen.

C) Änderungsvorschlag

In Ergänzung der im Änderungsantrag 4 vorgeschlagenen Änderungen wird § 120 Abs. 1a Satz 1 SGB V wie folgt gefasst:

„Soweit der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 1 Satz 1 für die in diesem Satz genannten Leistungen keine diagnosebezogenen Fallpauschalen gemäß § 87 Absatz 2c vereinbart hat, sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich ergänzend zur Vergütung nach Absatz 1 für die in kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen

von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen mit dem Krankenhausträger fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten."

Spitzenverband

Änderungsantrag 5 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Zu Artikel 1 Nummer 12a –neu- (§ 194 Abs. 1a Satz 2 SGB V) – Vermittlung von Zusatzversicherungen durch Krankenkassen

A) Beabsichtigte Änderung

Mit der Regelung soll klargestellt werden, dass die Krankenkassen private Krankenversicherungsverträge vermitteln dürfen, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen. Die bisherige Aufzählung möglicher Arten von Zusatzversicherungsverträgen wird um Ergänzungstarife zur Kostenerstattung erweitert.

B) Stellungnahme

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes ermöglicht § 194 Abs. 1a bereits in seiner heutigen Fassung die Vermittlung von Verträgen privater Krankenversicherungsunternehmen, die den gesetzlichen Versicherungsschutz ergänzen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Änderungsantrag 6 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 201 SGB V) – Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Formulierung der neuen Nummer 1a in § 201 Abs. 4 SGB V entspricht unverändert der Fassung des Gesetzentwurfs zum GKV-FinG. Es wird daher auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzentwurfs verwiesen.

Vorgeschlagen wird, in § 201 Abs. 6 Satz 2 SGB V anstatt der (ehemaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Vereinbarungspartner im Rahmen des maschinell unterstützten Meldeverfahrens aufzunehmen.

B) Stellungnahme

Bei der Änderung des § 201 Abs. 6 Satz 2 handelt es sich um eine redaktionelle - bisher versäumte - Anpassung in Folge des Aufgabenübergangs von den ehemaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum 1. Juli 2008.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Änderungsantrag 7 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Zu Artikel 1 Nr. 16b –neu- (§ 232a Abs. 1a SGB V –neu-) - Pauschalierung schwankender weiterer beitragspflichtiger Einnahmen bei Beziehern von Arbeitslosengeld II

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung bewirkt, dass beitragspflichtige Einnahmen von Beziehern von Arbeitslosengeld II, bei denen zu erwarten ist, dass sie in unterschiedlicher Höhe anfallen werden (insbesondere schwankendes Arbeitsentgelt), in der gleichen Weise beitragsmindernd im Sinne des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zu berücksichtigen sind, wie dies im Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach der Arbeitslosengeld II/Sozialgeld-Verordnung (Alg II-V) bei vorläufigen Entscheidungen über das Arbeitslosengeld II der Fall ist.

Für die Ermittlung der auf die fiktive Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Arbeitslosengeld II anzurechnenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen wird eine prognostische Durchschnittsbetrachtung angestellt, die nach Ablauf des Alg II-Bewilligungszeitraums nur dann zu berichtigen ist, wenn der tatsächliche Durchschnittswert um mehr als 20 Euro abweicht.

B) Stellungnahme

Der Vorschlag wird befürwortet, da aufgrund der insoweit vorgenommenen Gleichschaltung der Einkommensanrechnung im Beitragsrecht der Krankenversicherung und im Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende sowie aufgrund der Toleranzgrenze von 20 Euro eine Verwaltungsvereinfachung sowohl für die Leistungsträger nach dem SGB II als auch für die Krankenkassen erreicht wird.

C) Änderungsvorschlag

Grundsätzlich keiner, im ersten Satz ist allerdings auf Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu verweisen (redaktionelle Klarstellung).

Spitzenverband

Änderungsantrag 8 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Zu Artikel 8 Nummer 1 (§ 4 KHEntgG) - Pflegestellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Änderung

Mit dem eingebrachten Änderungsantrag werden die von den Krankenhäusern an die Krankenkassen im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms zu übermittelnden Daten konkretisiert, um die Wirkungsweise des Pflegestellen-Förderprogramms valide bewerten zu können. Die Krankenhäuser sollen

- die Stellenbesetzung zum Stichtag 30.06.2008,
- die konkrete Anzahl der aufgrund des Förderprogramms zusätzlich beschäftigen Pflegekräfte (unterteilt nach Voll- und Teilzeitkräften) und
- die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres

in Form einer Bestätigung des Jahresabschlussprüfers den Krankenkassen vorlegen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt den Änderungsantrag ausdrücklich. Die Erfahrungen mit der Erstellung des Berichtes zum ersten Förderjahr (2009) zeigten grundlegende Schwierigkeiten, die Umsetzung des Förderprogramms transparent darzustellen. Alle in der Formulierung ergänzten Einzeltatbestände bedürfen des entsprechenden Nachweises gegenüber den Krankenkassen. Die Umsetzung des vorliegenden Änderungsantrages ist unverzichtbar für eine künftig differenzierte und transparente Berichterstattung.

Allerdings sollte ergänzt werden, dass auch die Stellenbesetzung zum Stichtag 30.06.2008 und die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres differenziert nach Voll- und Teilzeitkräften von den Krankenhäusern vorzulegen ist. Damit würden alle relevanten Informationen vorliegen, um die Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms darzustellen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 10 Satz 11 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers – jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte - über die Stellenbesetzung am 30.06.2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen.“

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
Mail politik@gkv-spitzenverband.de
Internet www.gkv-spitzenverband.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(24.1)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
15.10.2010

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG, Bundestagsdrucksache 17/3040)

Spitzenverband

Vorbemerkungen

(1) Das für das Jahr 2011 ohne weitere gesetzliche Änderungen drohende Finanzdefizit von geschätzten rd. 10 Mrd. Euro wird mit Umsetzung des vorgelegten Gesetzentwurfs für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) voraussichtlich ausgeglichen. Damit erhalten die Krankenkassen Planungssicherheit. Es kommt nicht zur flächendeckenden Erhebung von Zusatzbeiträgen. Schließungen oder Insolvenzen von Krankenkassen werden weitgehend ausgeschlossen.

(2) Das drohende Finanzdefizit wird aber im Wesentlichen durch die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent sowie durch die in Aussicht gestellte ergänzende Bundesbeteiligung in Höhe von 2 Mrd. Euro geschlossen. Die Beitragssatzerhöhung belastet Versicherte und Arbeitgeber ab dem Jahr 2011 in einer Größenordnung von 6,3 Mrd. Euro. Die Honorar- und Einnahmenzuwächse der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser werden hingegen lediglich marginal begrenzt. Durch eine konsequentere Sparpolitik könnten die jetzt vorgesehenen hohen zusätzlichen finanziellen Belastungen der Beitragszahler vermieden werden, ohne die Versorgungsqualität für die Versicherten zu mindern.

(3) Mit dem vorgelegten Entwurf wird die Einführung eines vollständig aus Steuern finanzierten Sozialausgleichs lediglich in Aussicht gestellt. Die mit § 221b SGB V vorgeschlagene Regelung vertagt die Beantwortung der für das Reformziel eines „gerechteren Sozialausgleichs“ entscheidenden Finanzierungsfrage auf das Jahr 2014. Die vollständige Finanzierung des Sozialausgleichs ab dem Jahr 2015 durch den Fiskus wird ausdrücklich nicht festgeschrieben. Dies bedeutet, dass der bis einschließlich 2014 notwendige Sozialausgleich nur bis zur Höhe von 2 Mrd. Euro mit den einmalig nach

dem Haushaltsbegleitgesetz 2011 gewährten Steuergeldern finanziert werden kann, der ab 2015 durchzuführende Sozialausgleich nach geltender Rechtslage unter Umständen vollständig oder partiell durch entsprechende Kürzungen der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen finanziert werden muss. Zuweisungskürzungen führen unmittelbar zur Erhebung von (künftig ausschließlich einkommensunabhängigen) Zusatzbeiträgen, sodass der Sozialausgleich bei nicht ausreichenden Steuerzuschüssen letztlich durch Pauschalbeiträge der Mitglieder finanziert wird. Um eine solche Entwicklung, die auch dem politisch Gewollten widerspricht, auszuschließen, ist in § 221b SGBV –neu– ein vollständiger Ausgleich der für den Sozialausgleich aufgewendeten Mittel des Gesundheitsfonds durch den Bund vorzusehen.

(4) Das Reformziel eines „gerechteren Sozialausgleichs“ wird auch deshalb nicht erreicht, weil der Anspruch auf Sozialausgleich allein auf Basis der beitragspflichtigen Einnahmen und nicht des gesamten Einkommens festgestellt werden soll. Dies wird insbesondere zu Lasten der Mitglieder mit niedrigeren Einkommen gehen, die neben ihren beitragspflichtigen Einnahmen, z. B. ihrer gesetzlichen Rente, keine weiteren nicht beitragspflichtigen Einnahmen erzielen.

(5) Da alle über der Einnahmenentwicklung liegenden Ausgabensteigerungen künftig durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge finanziert werden sollen (vgl. u. a. Gesetzentwurf, Seite 3, dritter Absatz), ist von einem stetig steigenden Finanzbedarf für den Sozialausgleich auszugehen. Um die Belastung des Bundes durch den Sozialausgleich zu mindern und zugleich die Entscheidung für die geforderte gesetzliche „Übernahmegarantie“ zu erleichtern, wird angeregt, den Sozialausgleich belastungsgerecht auszugestalten, d. h. einen sozialen Ausgleich nur dann vorzusehen, wenn tatsächlich eine reale Belastung durch Zusatzbeiträge besteht. Angesichts der bestehenden fiskalischen Restriktionen ist es nicht vertretbar, dass der Fiskus Krankenkassenmitglieder auf Basis eines prospektiv kalkulierten, durchschnittlichen Zusatzbeitrages auch dann finanziell entlastet, wenn sie

tatsächlich mit keinem oder einem niedrigeren kassenindividuellen Zusatzbeitrag belastet sind. Dies führt überdies zu Wettbewerbsverzerrungen.

(6) Kritisch zu beurteilen ist, dass der Gesundheitsfonds nach § 252 Abs. 2a SGB V –neu- die (vollen) durchschnittlichen Zusatzbeiträge auch an diejenigen Krankenkassen entsprechend der Anzahl ihrer Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V abzuführen hat, die von ihren Mitgliedern keine oder unterdurchschnittlich hohe Zusatzbeiträge erheben. Hier entstehen nicht gerechtfertigte Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten des Finanzbedarfs von Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Zusatzbeitragsbedarf.

(7) Die Umsetzung der Reform im Bereich der Beitrags- und Meldeverfahren verlangt von den Krankenkassen als Einzugstellen sowie von den Beitrag abführenden Stellen, insbesondere Arbeitgebern, erhebliche Anstrengungen und Investitionen. Der bürokratische Aufwand für die zahlreichen Änderungen von Informations- und Zahlungsströmen ist hoch. Davon unbenommen werden die Neuregelungen unter Berücksichtigung der im Einzelnen dargestellten Änderungsnotwendigkeiten insgesamt als verfahrenstechnisch umsetzbar beurteilt.

(8) Die im Entwurf vorgesehenen Änderungen der Regelungen zur Versicherungsfreiheit von besser verdienenden Arbeitnehmern in den §§ 6 und 9 SGB V (Rückkehr zur Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-WSG) lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Die Regelung hat voraussichtlich zur Folge, dass vermehrt junge, gesunde und gutverdienende Mitglieder von der GKV in die PKV wechseln. Daraus ergeben sich für die GKV in den Jahren 2011 und 2012 schon nach der im Gesetzentwurf formulierten Einschätzung Mindereinnahmen von voraussichtlich 200 Mio. Euro pro Jahr. Damit steht diese Regelung im Widerspruch zu den Bemühungen des Gesetzgebers, die GKV-Finanzen zu konsolidieren, und führt dazu, dass gemäß der Finanzierungsregeln des Entwurfs der Druck zur Erhebung von Zusatzbeiträgen steigt.

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 1 (§ 4 Abs. 4 – Verwaltungsausgaben der Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung begrenzt die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Jahre 2011 und 2012 auf den Stand der Verwaltungsausgaben des Jahres 2010. Veränderungen der jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten und der für die Verwaltungskostenzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds maßgeblichen Bestimmungsgrößen (Versichertenzahl und Morbiditätsstruktur) sind zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund des drohenden Milliardendefizits im kommenden Jahr ist die Einbeziehung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände in die Sparbemühungen des Gesetzgebers nachvollziehbar. Betrachtet man aber die zaghaften Ausgabenbegrenzungen im Bereich der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen sowie der stationären Versorgung, so muss man die Sparpolitik als unausgewogen bewerten. Während den Krankenkassen für die Jahre 2011 und 2012 eine Nullrunde verordnet wird, werden in den genannten Versorgungsbereichen lediglich die Ausgabenzuwächse geringfügig begrenzt. Schlüssiger wäre es, eine Nullrunde konsequent für alle Bereiche anzuordnen – mit den im Einzelfall notwendigen Ausnahmetatbeständen, die dezidiert zu begründen wären.

Dringend notwendig ist es zudem, die Verwaltungsausgabenbegrenzung so auszugestalten, dass wesentliche gesundheitspolitische Zielsetzungen und die Ausgaben dämpfenden Maßnahmen des Gesetzgebers nicht konterkariert werden. Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen und ihren Verbänden vielfältige neue Aufgaben zugewiesen, deren Wahrnehmung für die Haushalte der Krankenkassen und Verbände im laufenden Jahr noch nicht oder noch

nicht vollständig ausgabenwirksam sind. Ein genereller, ausnahmsloser Ausgabendeckel für Verwaltungsausgaben bezogen auf das Jahr 2010 gefährdet die Wahrnehmung solcher Aufgaben. Der GKV-Spitzenverband fordert deshalb eine gesetzliche Öffnungsklausel, die sicherstellt, dass Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für Aufgaben, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben, z. B. durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), in den Jahren 2011 und 2012 gänzlich neu oder in größerem Umfang als 2010 wahrzunehmen sind, von der Ausgabenbegrenzung ausgenommen werden.

Nur beispielhaft sei an dieser Stelle auf die neuen Aufgaben verwiesen, die den Krankenkassen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf im Bereich des Melde- und Beitragswesens sowie für die Durchführung des Sozialausgleichs übertragen werden. So nimmt etwa im Zusammenhang mit den Aufgaben der Krankenkassen nach § 242b Abs. 3 SGB V –neu- die Kommunikation mit den beitragsabführenden Stellen bei der Durchführung des Sozialausgleichs erheblichen Umfang an, bedenkt man, dass mehr als 30 Prozent der Mitglieder der GKV zeitgleich beitragspflichtige Einnahmen aus mehreren Quellen beziehen. Eine weitere neue Aufgabe entsteht durch den verpflichtenden Aufbau von – seitens der Krankenversicherung für gänzlich entbehrlich gehaltenen - Weiterleitungsstellen, die ab dem Jahr 2012 funktionsfähig sein sollen.

Die geforderte Klausel muss sinnvoller Weise auch für alle Rationalisierungsinvestitionen der Krankenkassen und ihrer Verbände gelten, die - etwa im Bereich der Informationstechnologie - als sächliche Verwaltungskosten anfallen und gerade dem Ziel dienen, die Verwaltungseffizienz zu erhöhen und die Verwaltungskosten nachhaltig zu begrenzen. Hier gilt es zu vermeiden, dass notwendige Investitionen ausgesetzt oder verschoben werden und hierdurch ein Investitionsstau zu Lasten der Wirtschaftlichkeit der Verwaltungsabläufe entsteht. Für eine Behandlung dieser Kosten als außerbudgetäre Ausgaben spricht auch die Tatsache, dass das damalige Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bereits bei der letzten Verwaltungskostenbudgetierung in den Jahren 2004 – 2007 die Meinung vertreten hat,

dass IT-Investitionen durch die Begrenzung der Verwaltungskosten nicht verhindert werden dürfen.

Auch die Verwaltungsausgaben für die im Jahr 2011 durchzuführenden Sozialwahlen sind von der Verwaltungskostendeckelung auszunehmen.

Die Verwaltungskostendeckelung sollte – insbesondere aus arbeitsmarkt- und gesellschaftspolitischen Erwägungen – nicht zu Lasten junger Menschen gehen. Wie bereits im Rahmen der Verwaltungskostendeckelung durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2000 praktiziert, sollte auch im GKV-FinG eine Ausnahmeregelung für die Einstellung und Übernahme von Auszubildenden vorgesehen werden.

Eine Berücksichtigung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur – neben der Veränderung der jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten – erscheint wenig sachgerecht. Im Regelfall bewegen sich die saldierten Versichertenzugänge und -abgänge unterhalb von 3 % der Versicherten einer Krankenkasse. Es ist in diesen Dimensionen erfahrungsgemäß nicht zu erwarten, dass die Zu- und Abgänge die durchschnittliche Morbiditätsstruktur der jeweiligen Krankenkasse widerspiegeln. Selbst wenn die Kassenwechsler im Einzellfall zufällig repräsentativ für die Morbidität der abgebenden Krankenkasse sind, kann dies im Regelfall nicht gleichzeitig auch für die aufnehmende Krankenkasse angenommen werden (et vice versa). Eine sachgerechte Berücksichtigung von Morbiditätsveränderungen scheitert bereits daran, dass die durch Zuweisungsbescheid festgestellte Morbidität immer auf die Vergangenheit bezogen ist, die Regelung aber erst dann als Schutzmechanismus für Krankenkassen mit starken Mitgliederstrukturveränderungen sinnvoll wird, wenn sie im Rahmen der Planung der Verwaltungskosten für das kommende Haushaltsjahr aktuelle oder zukünftig erwartete Veränderungen berücksichtigt. Hierfür können Werte aus Zuweisungsbescheiden des Gesundheitsfonds nicht herangezogen werden. Deshalb sollte die Berücksichtigung von Veränderungen auf die jahresdurchschnittliche Versichertenzahl begrenzt bleiben.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 1 werden in Satz 4 –neu- die Worte „sowie der für die Zuweisung nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c maßgeblichen Bestimmungsgrößen“ gestrichen.

Nach den neu eingefügten Sätzen 2-4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, soweit Mehrausgaben aufgrund gesetzlicher Regelungen entstehen, die in den Jahren 2011 und 2012 erstmalig umzusetzen sind, für die Durchführung der Sozialwahlen im Jahr 2011, für von den Aufsichtsbehörden anzuerkennende Rationalisierungsinvestitionen sowie für die Einstellung oder Übernahme von Auszubildenden durch die Krankenkassen.“

Der im Entwurf vorgesehene Satz 5 wird Satz 6 und wie folgt gefasst:

„Die Sätze 2, 3 und 5 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.“

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 2 (§ 6 SGB V - Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Arbeitnehmer scheiden künftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze aus der Krankenversicherungspflicht aus; die dreijährige Wartefrist fällt weg. Damit wird die Rechtslage wieder hergestellt, die vor dem GKV-WSG bis zum 2. Februar 2007 bestand.

Ferner sieht die Neuregelung vor, dass Arbeitnehmer, die eine neue Beschäftigung aufnehmen, sowie Berufsanfänger, die mit ihrem Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze direkt überschreiten, zwischen der PKV und der GKV wählen können.

B) Stellungnahme

Die im Entwurf vorgesehenen Änderungen der Regelungen zur Versicherungsfreiheit von besser verdienenden Arbeitnehmern in den §§ 6 und 9 SGB V (Rückkehr zur Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-WSG) lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Die Regelung hat voraussichtlich zur Folge, dass vermehrt junge, gesunde und gutverdienende Mitglieder von der GKV in die PKV wechseln. Daraus ergeben sich für die GKV in den Jahren 2011 und 2012 schon nach der im Gesetzentwurf formulierten Einschätzung Mindereinnahmen von voraussichtlich 200 Mio. Euro pro Jahr. Damit steht diese Regelung im Widerspruch zu den Bemühungen des Gesetzgebers, die GKV-Finanzen zu konsolidieren, und führt dazu, dass gemäß der Finanzierungsregeln des Entwurfs der Druck zur Erhebung von Zusatzbeiträgen steigt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 2 wird gestrichen.

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 3 (§ 9 – Freiwillige Versicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Rechtsänderung wird die Rechtslage vor dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wiederhergestellt. Danach können zum einen die gutverdienenden Berufsanfänger und zum anderen die aus dem Ausland zu- bzw. zurückgezogenen Arbeitnehmer, die erstmals im Inland beschäftigt werden und der Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen, der GKV freiwillig beitreten. Dieses Wahlrecht zugunsten der GKV muss innerhalb von drei Monaten nach Beschäftigungsaufnahme ausgeübt werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen der Neuregelung des § 6 SGB V. Die beabsichtigte Neuordnung der Versicherungsfreiheit nach § 6 SGB V wird abgelehnt.

Sollte an der geplanten Rechtsänderung des § 6 SGB V festgehalten werden, ist das vorgesehene Beitrittsrecht folgerichtig. Die Klarstellung, dass eventuell im Ausland ausgeübte Beschäftigungen keinen Einfluss auf ein freiwilliges Beitrittsrecht haben, ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 3 wird gestrichen, soweit die vorgeschlagene Streichung des Artikels 1 Nr. 2 - Änderung des § 6 SGB V - Berücksichtigung findet; andernfalls kein Änderungsvorschlag zum Beitrittsrecht.

Angeregt wird jedoch, eine konkrete Regelung zum Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft zu schaffen. Damit soll eine mögliche Versicherungslücke, die entstehen kann, wenn das Beitrittsrecht erst nach der Beschäftigungsauf-

nahme erklärt wird, geschlossen werden. Gleichzeitig würde damit verhindert, dass sich der Beschäftigte in dieser kurzen Zeit gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abzusichern hätte. § 188 Abs. 2 Satz 1 SGB V sollte daher wie folgt gefasst werden:

„Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 2 oder 3 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10 oder mit dem Beginn der Beschäftigung im Inland.“

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 4 (§ 71 – Beitragssatzstabilität; hier: anzuwendende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nachdem die Verpflichtung der Krankenkassen zur rechtskreisgetrennten Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen zum 31.12.2007 entfallen ist, wird durch die Änderung klargestellt, dass die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V vom Bundesministerium für Gesundheit nur noch als bundesdurchschnittliche Veränderungsrate festzustellen ist. Ferner wird klargestellt, dass die zugrunde liegenden Daten nicht vom Bundesministerium für Gesundheit selbst erhoben werden, sondern von den Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds im Rahmen der Statistiken nach § 79 SGB IV gemeldet werden. Zwei abgelaufene Übergangsregelungen werden aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung ist sachgerecht und erforderlich, weil die Rechtmäßigkeit der Festlegung einer ausschließlich bundesdurchschnittlichen Veränderungsrate gerichtlich angegriffen wird. Eine nach Rechtskreis getrennte Feststellung ist seit dem 01.01.2008 objektiv nicht mehr möglich.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 5 (§ 73b - Hausarztzentrierte Versorgung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der gesetzlichen Änderung wird das Vergütungsniveau der Hausarztverträge künftig begrenzt. Dabei ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten, was insbesondere als erfüllt gilt, wenn die durchschnittlichen Fallwerte im Selektivvertrag die durchschnittlichen Fallwerte der hausärztlichen Versorgung im Kollektivvertrag nicht übersteigen oder wenn die Vergütung je Versicherten im Selektivvertrag den Bereinigungsbetrag je Versicherten gemäß Abs. 7 Satz 2 nicht überschreitet. Verträge, die vor dem 22. September 2010 zu Stande gekommen sind, auch bei Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis zum 31. Dezember 2010, werden hiervon allerdings ausgeschlossen. Ein Sonderkündigungsrecht besteht nicht.

Daneben wird künftig explizit vorgegeben, dass die Vertragspartner vertraglich sicher zu stellen haben, dass Ausgaben für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Bisher war dies lediglich als Möglichkeit vorgegeben.

Verträge, die nach der Beschlussfassung im Kabinett am 22. September 2010 zustande kommen, sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen und können von dieser innerhalb von zwei Monaten beanstandet werden. Dies gilt auch für Verträge, die im Rahmen eines Schiedsverfahrens geschlossen wurden.

B) Stellungnahme

Es ist insgesamt zu begrüßen, dass der Gesetzgeber die Regelungen des § 73b SGB V mit dem Ziel anpasst, eine finanzielle Überforderung der Krankenkassen und mit den Verträgen verbundene Mehrausgaben, denen keine

Einsparungen an anderer Stelle gegenüber stehen, künftig zu vermeiden. Aufgrund der bisherigen Konstruktion des § 73b und insbesondere durch den Kontrahierungszwang und die Monopolstellung der Hausärzteverbände, konnte dies in der Vergangenheit nicht ausgeschlossen werden.

Damit Selektivverträge eine echte Alternative zur bisherigen kollektivvertraglichen Versorgung darstellen können, sollte den Vertragspartnern allerdings deutlich mehr Vertragsfreiheit und Gestaltungsspielraum für selektivvertragliche Möglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung eingeräumt werden. Die Regelungen zur hausärztlichen Versorgung in § 73b SGB V widersprechen, auch nach den beabsichtigten gesetzlichen Änderungen, weiterhin den Grundsätzen des Vertragswettbewerbs, da sie weder den Kontrahierungszwang noch das Verhandlungsmonopol der Hausärzteverbände aufheben. Würde der Gesetzgeber auf diese wettbewerblichen Einschränkungen verzichten, wäre es auch nicht notwendig, die vertraglich zu vereinbarenden Vergütungen zu begrenzen, um die Krankenkassen vor einer finanziellen Überforderung zu schützen.

Soweit der Gesetzgeber sich nicht zu einer Abschaffung des wettbewerbswidrigen Kontrahierungszwangs und des Verhandlungsmonopols der Hausarztverbände entschließen kann, ist insbesondere für nicht freiwillig geschlossene Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung eine Anbindung der Vergütung an die Maßstäbe des Kollektivvertrages nachvollziehbar.

Die in Absatz 5a Satz 2 vorgesehene Begrenzung der selektivvertraglich gezahlten Vergütungen durch einen Vergleich der Fallwerte erscheint aus methodisch-fachlicher Sicht nur eingeschränkt umsetzbar. Der Fallwert an sich ist kein fest definierter Begriff und wird je nach Kontext unterschiedlich verstanden. Daneben ist der selektivvertragliche Fall nicht mit dem hausärztlichen KV-Fall gleichzusetzen.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung geht davon aus, dass durch die Begrenzung der selektivvertraglichen Vergütungen ein Einsparpotenzial von 0,5 Mrd. Euro realisiert werden kann. Dem GKV-Spitzenverband fehlt zurzeit

(noch) ein umfassender Überblick über die bis zum 22.09.2010 wirksam geschlossenen Selektivverträge, die gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht meldepflichtig sind; zudem werden die Mehraufwendungen für Verträge, die dem gesetzlich vorgesehenen Bestandsschutz unterliegen bzw. die möglichen Einsparpotentiale durch die gesetzliche Regelung maßgeblich davon abhängen, wie viele Versicherte an den betreffenden Verträgen teilnehmen.

Kritisch muss angemerkt werden, dass die Neuregelung nicht auf bereits abgeschlossene oder im Schiedsamt festgesetzte Verträge angewendet wird, selbst wenn diese über eine Anschlussvereinbarung mit Geltungsdauer bis einschließlich 31.12.2012 verfügen. Damit führt die geplante Regelung, trotz der grundsätzlich zu begrüßenden Absicht, unangemessene Zusatzbelastungen der Krankenkassen durch Verträge nach § 73b zu vermeiden, zu Wettbewerbsverzerrungen. Krankenkassen mit bereits geschlossenen Verträgen werden dadurch im Wettbewerb benachteiligt.

C) Änderungsvorschlag

Um den Vertragswettbewerb zu fördern und unwirtschaftliche Mehrausgaben der Krankenkassen zu vermeiden, sind der Kontrahierungszwang und das Vertragsmonopol des Hausärzteverbandes zu beseitigen. Es sollte in jedem Fall sicher gestellt werden, dass es durch die neu getroffenen Regelungen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen kommt. Hierzu sollte der Bestandsschutz für Verträge, die vor dem Kabinettbeschluss zu Stande kommen, aufgehoben oder zumindest auf Verträge beschränkt werden, die nicht im Rahmen eines Schiedsverfahrens geschlossen worden sind.

In Artikel 1 Nr. 5 werden die Änderungen des §73b wie folgt ergänzt bzw. angepasst:

a) In § 73b Abs. 1 wird das Wort „haben“ durch das Wort „können“ und das Wort „anzubieten“ durch das Wort „anbieten“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 können die Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge schließen mit

1. Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirkes der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten,
2. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
3. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
4. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
5. Kassenärztlichen Vereinigungen.“

c) Absatz 5a –neu- wird wie folgt gefasst:

„In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 vergütungswirksam werden, ist bei der nach Absatz 5 Satz 1 zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten. Die Vorgabe nach Satz 1 wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass die Vergütung je Versicherten den aufgrund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelten Bereinigungsbetrag je Versicherten nicht überschreitet. Die Vorgabe nach Satz 1 wird auch erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert den sich in der KV ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung Ärzte nicht überschreitet; der sich in der KV ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertrages nach Absatz 4 sind. Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend für Verträge, die vor dem 22. September 2010 in einem Schiedsverfahren nach Absatz 4a Satz 1 festgelegt wurden.“

d) Absatz 9 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Verträge nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 vergütungswirksam werden, sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen.“

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuch)
Nr. 6 (§ 85 Abs. 2d und 3f –neu- Gesamtvergütung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz sowie die Gesamtvergütungen ohne Zahnersatz sowie ohne Leistungen für Individualprophylaxe und Früherkennung dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 nur um die Hälfte der Veränderungsrate verändern.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Begrenzung der Anhebung der Punktwerte und Gesamtvergütungen für die Jahre 2011 und 2012 wird begrüßt. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Leistungen für Zahnersatz sowie die Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung von dieser Regelung nicht betroffen sind.

Die finanziellen Auswirkungen lassen sich wie folgt darstellen: Wenn unterstellt wird, dass die nach § 71 Abs. 3 SGB V festzustellende Veränderungsrate der Grundlohnsumme in voller Höhe weitergegeben wird, halbieren sich aufgrund der vorgesehenen gesetzlichen Regelung die Mehrausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen bei den Krankenkassen. Die für die Jahre 2011 und 2012 noch zu vereinbarenden Punktwertsteigerungen und Ausgabensteigerungen für Individualprophylaxe und Früherkennung sowie für Zahnersatz sind von der gesetzlichen Begrenzung des Anstieges nicht betroffen.

Für die Kalkulation der Einsparungen werden die Ausgaben für das Jahr 2008 und eine zu erwartende Grundlohnsummensteigerung für die Jahre 2011 und 2012 von je plus 1 % zugrunde gelegt.

Ausgaben zahnärztliche Behandlung ohne ZE: (KZBV Jahrbuch)	7.932,4 Mio. Euro
abzüglich	
Ausgaben für Individual-Prophylaxe:	425,7 Mio. Euro
Ausgaben Früherkennung:	10,8 Mio. Euro
Summe	7.495,9 Mio. Euro

Für die Kalkulation der Einsparungen wird von rund 7,5 Milliarden Euro ausgegangen. Bei einer angenommenen Grundlohnsummensteigerung von plus 1 % ergeben sich für die Jahre 2011 und 2012 insgesamt Einsparungen von ca. 75 Mio. Euro für die Krankenkassen.

Der Gesetzentwurf geht für 2011 von Einsparungen in Höhe von 20 Mio. Euro und für 2012 von 40 Mio. Euro aus. Durch die parallel in Artikel 2 vorgesehene stufenweise Anhebung der Punktwerte und Gesamtvergütungen in den neuen Ländern und Berlin werden nach der Gesetzesbegründung für das Jahr 2012 Mehrausgaben in Höhe von 40 Mio. Euro, ab dem Jahr 2013 jährliche Mehrausgaben in Höhe von 45 Mio. Euro entstehen. Damit wird der Zahnärzteschaft insgesamt kein Sparbeitrag auferlegt.

Kritisch zu bewerten ist die Vorgabe in § 85 Abs. 2d –neu-, dass die am 31.12.2010 geltenden Punktwerte die Ausgangswerte für die Punktwertanpassungen in 2011 und 2012 sein sollen. Bei unterjährigen Punktwertanpassungen für 2010 liegen die Punktwerte am 31.12.2010 über den jahresdurchschnittlichen Punktwerten. Es sollte folglich auf die durchschnittlichen Punktwerte des Jahres 2010 abgestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Der Anstieg der Ausgaben für Zahnersatz sowie für Individualprophylaxe-Leistungen und für Früherkennungsmaßnahmen sollte in gleicher Weise begrenzt werden. In § 85 Abs. 2d –neu- ist auf die durchschnittlichen Punktwerte des Jahres 2010 abzustellen.

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. X (§ 85 – Gesamtvergütung; hier: Vergütungen der Onkologievereinbarungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Laut Begründung zum Gesetzentwurf (vgl. Seite 40) sollen auch medizinisch nicht begründete Ausgabensteigerungen bei den Vergütungen der Onkologievereinbarungen für die Jahre 2011 und 2012 begrenzt werden. Für die Umsetzung des politisch Gewollten fehlt eine gesetzliche Regelung.

B) Stellungnahme

In Analogie zu § 87d Abs. 4 SGB V –neu- sind auch für die Vergütungen der Onkologievereinbarungen Maßnahmen zur Begrenzung von Preisentwicklungen zu treffen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 6 wird Buchstabe a) wie folgt ergänzt:

Nach § 85 Abs. 2d –neu- wird folgender Abs. 2e eingefügt:

"Die am 31.12.2010 geltenden Kosten der Pauschalen für die onkologische Versorgung gemäß Absatz 2 Satz 4 gelten in den Jahren 2011 und 2012 unverändert fort."

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 7 (§ 87 Abs. 9 -neu- Konvergenz der ärztlichen Vergütungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bewertungsausschuss wird verpflichtet, dem BMG bis zum 30. April 2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vorzulegen. Das BMG hat das Konzept umgehend dem Bundestag vorzulegen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene gesetzliche Regelung ist völlig unbestimmt und stellt daher keine geeignete Vorgabe für den Bewertungsausschuss dar. Auch die Begründung lässt nicht erkennen, warum und mit welcher Zielsetzung eine Konvergenz der Vergütungen erfolgen soll.

Eine Konvergenz der Vergütungen ist bereits mit der Honorarreform 2009 erfolgt. Die über Jahre nicht angepassten Kopfpauschalvergütungen und die zwischen den Kassenarten sowie zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedlichen Punktwerte sind durch die Einführung des bundeseinheitlichen Orientierungswertes zum 01.01.2009 beseitigt worden. Noch bestehende Unterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Vergütung je Versicherter beruhen daher nicht auf Preisdifferenzen, sondern ausschließlich auf Unterschieden in den abgerechneten Leistungsmengen. Diese Unterschiede, die wiederum durch das unterschiedliche regionale Versorgungsniveau bedingt sind, können nicht einfach nivelliert werden. Es besteht mit Blick auf die angestrebte „schrittweise Konvergenz“ die offensichtliche Gefahr, dass ein durch Überversorgung bestimmtes Vergütungsniveau zum Maßstab für Angleichungsprozesse in Regionen werden soll, die bisher eine völlig ausreichende und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleisten. Im Ergebnis ist mit erheblichen Mehrkosten für die Versicher-

ten zu rechnen, mit denen keine Verbesserung der Versorgung bewirkt, sondern lediglich die Vergütung der Leistungserbringer erhöht wird.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 7 ist ersatzlos zu streichen.

Falls an der Regelung festgehalten wird, muss auf jeden Fall ergänzt werden, dass die Konvergenz nur zu einer „gerechteren“ Verteilung der Gesamtvergütungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen führen soll und deshalb für die Krankenkassen aus dieser Neuverteilung insgesamt keine zusätzlichen Ausgaben resultieren dürfen.

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 8 (§ 87d –neu- Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in den Jahren 2011 und 2012)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in den Jahren 2011 und 2012 wird im § 87d neu geregelt.

Abs. 1: Der Orientierungswert in den Jahren 2011 und 2012 wird nicht angepasst und verbleibt damit bei 3,5048 Cent. Gleichfalls werden auch die Zu- und Abschläge bei Unter- oder Überversorgung gem. § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 ausgesetzt.

Abs. 2: Der Behandlungsbedarf für die Jahre 2011 und 2012 wird um jeweils 0,75% auf der Basis des vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarfs 2010 je Krankenkasse erhöht. Weitere Anpassungsfaktoren (Verlagerung von Leistungen, Klassifikationsverfahren, Wirtschaftlichkeitsreserven) und die Berücksichtigung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs finden keine Anwendung. Unberührt bleibt die Einführung von neuen Leistungen.

Der Bewertungsausschuss soll ein Verfahren zur weiteren Anpassung des Behandlungsbedarfs je Versicherten im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2011 beschließen, soweit der durchschnittliche Behandlungsbedarf je Versicherten einen vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Wert unterschreitet. Der Bewertungsausschuss hat weitgehende Gestaltungsfreiheiten. Diese Regelung bezieht sich auf das Jahr 2011.

Abs. 3: Bestehende Regelleistungsvolumen gelten fort, falls nicht rechtzeitig über ihre Anpassung entschieden wurde.

Abs. 4: Der Ausgabenanstieg der extrabudgetär vergüteten Leistungen soll auf die halbe Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V (Grundlohnrate) begrenzt werden. Davon nicht betroffen sind die Leistungen der Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie ab dem Jahr 2009 neu eingeführte Leistungen.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen gesetzlichen Regelung wird beabsichtigt, den Ausgabenzuwachs bei der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 zu begrenzen. Es zeichnet sich nunmehr deutlich ab, dass die beabsichtigte Gesetzesänderung sogar zu erheblichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen wird. Diese Mehrausgaben ergeben sich insbesondere aus den Regelungen der Absätze 2 und 4 des neuen § 87d:

a. Der über die lineare Basisanhebung von 0,75% hinausgehende „asymmetrische Honorarzuwachs“ (vgl. Begründung) der Gesamtvergütung für das Jahr 2011 gemäß Absatz 2 soll den Kassenärztlichen Vereinigungen, die an dem Zuwachs der letzten Jahre unterdurchschnittlich beteiligt waren, zugute kommen. Für diese Regelung fehlt jede sachliche Begründung. Alleiniger Beweggrund für diese Regelung sind die unterschiedlichen Honoraranstiege der Vergangenheit. Diese haben ihre Ursache jedoch in der Umsetzung der ersten Schritte zur Morbiditätsorientierung des GKV-WSG in den Jahren 2009 und 2010. Die asymmetrische Anpassung konterkariert insofern die politisch gewollte Morbiditätsorientierung, die mit Blick auf die Gesamtvergütungen bereits erreicht wurde.

b. Die vorgesehene Regelung zum asymmetrischen Honorarzuwachs führt nicht zu einer sachgerechten Bemessung der Vergütungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die in der Regelung aufgeführte Abweichung zum durchschnittlichen Behandlungsbedarf der Versicherten ist kein geeigneter Bemessungsfaktor. Die Vergütungsunterschiede bzw.

Spitzenverband

Unterschiede im Behandlungsbedarf zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen resultieren aus Unterschieden der Leistungsinanspruchnahme, der Arztdichte und der Arztstruktur. So weist z. B. die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe eine im Bundesvergleich hohe Vergütung je Arzt auf, obwohl die Vergütung je Versicherten unterdurchschnittlich ausfällt. Der Grund dafür liegt in der geringeren Arztdichte. Gleichzeitig partizipierte die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe überdurchschnittlich von den Honoraranhebungen der letzten Jahre. Die Berücksichtigung unwirtschaftlicher und medizinisch unnötiger Leistungserbringung, die sich auch in Unterschieden beim Behandlungsbedarf zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen niederschlagen, ist nicht vorgesehen. Die vorgesehene Regelung zur asymmetrischen Verteilung der Honorarzuwächse wird deshalb zu keiner „gerechteren“ Verteilung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung führen; sie erzeugt lediglich weitere finanzielle Forderungen der Ärzte. Aktuell ist dies nach dem im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-FinG getroffenen Beschluss vom Erweiterten Bewertungsausschuss zur asymmetrischen Verteilung der Vergütung zu beobachten, dessen Entscheidung von den Ärzten zum Anlass genommen wird, weitergehende Vergütungsforderungen zu stellen.

c. Die vorgesehene Gesetzesregelung zur Ausgabenbegrenzung der extrabudgetären Leistungen ist zu unbestimmt, um den sehr dynamischen Ausgabenanstieg in diesem Bereich wirksam zu begrenzen. Die Regelung bezieht sich nur auf „medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklungen“ (Gesetzentwurf Seite 2), schließt ca. ¼ der Leistungen von jeglicher Begrenzung aus und überlässt die Umsetzung der Landesebene. Insgesamt ist zu erwarten, dass wirksame Ausgaben begrenzende Vereinbarungen für diese Leistungen nicht oder nur unzureichend zustande kommen und dass sich der sehr dynamische Ausgabentrend der letzten Jahre ungebremst fortsetzen wird.

Neben diesen zentralen gesetzlichen Regelungen zur Ausgabenbegrenzung wird sich der Verzicht der Steuerung der Niederlassung nach § 87 Abs. 2e

Satz 1 Nr. 2 und 3 über Zu- und Abschläge auf den Punktwert (Preis) in unter- bzw. überversorgten Regionen negativ auf die Versorgung in schlechter versorgten Regionen auswirken. Das Ziel der Regelung bestand darin, die Niederlassung von Ärzten in schlechter versorgten Regionen gegenüber der Niederlassung in überversorgten Regionen finanziell attraktiver auszugestalten. Mit der Aufgabe dieses Instrumentes wird darauf verzichtet, die bestehenden Verzerrungen der ärztlichen Versorgung aktiv abzubauen. Die Weiterführung der Sicherstellungszuschläge nach § 105, durch die auch in den Vorjahren eine Verbesserung der Versorgung nicht erreicht werden konnte, stellt hierfür keinen Ersatz dar.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der vorliegende Gesetzentwurf nicht zu der notwendigen Ausgabenbegrenzung bei der ärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 führt. Ganz im Gegenteil ist damit zu rechnen, dass die Ausgaben der ärztlichen Vergütung weiterhin dynamisch ansteigen werden und bestehende Verwerfungen in der Versorgung durch die Aussetzung von Steuerungsinstrumenten nicht abgebaut werden können.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 8 wird § 87d –neu- wie folgt geändert:

1) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Darüber hinaus finden die Festlegungen nach § 87 Absatz 2e Satz 1 Nummer 2 und 3 im Jahr 2011 und 2012 keine Anwendung für Ärzte, die vor dem 1.1.2011 (Altfälle) zugelassen worden sind.“

2) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 4 und 7 in Absatz 2 werden gestrichen.

b) In Satz 5 wird die Zahl „4“ durch die Zahl „3“ ersetzt.

3) Absatz 3 wird gestrichen.

4) Absatz 4 wird Absatz 3 und die Sätze 3 und 4 werden durch die folgenden Sätze 3 bis 5 ersetzt:

“Hierzu haben die Vertragspartner Vereinbarungen zu treffen, durch die Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 zu vergüten sind. Dabei ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 1 um den tatsächlichen Behandlungsbedarf dieser Leistungen im Jahr 2010, hochgerechnet aus den Leistungsbedarfen des ersten Halbjahres 2010, bewertet mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zuzüglich der hälftigen Steigerungsrate für das Jahr 2011 aus § 71 Absatz 3 zu erhöhen; die Vertragspartner sollen für diese Leistungen Regelungen nach § 87b Absatz 2 Satz 7 treffen, soweit dies erforderlich ist. Der Bewertungsausschuss beschließt (Einfügen: Datum 3 Wochen nach Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Umsetzung der in Satz 3 genannten Regelungen.“

Die bisherigen Sätze 5 und 6 werden Sätze 6 und 7.

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 9 (§ 87e –neu- Zahlungsanspruch bei Mehrkosten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 87d –alt- wird - inhaltlich unverändert - § 87e

B) Stellungnahme

rein redaktionelle Änderung

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 10 (§ 105 Abs. 5 - Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufhebung des § 105 Abs. 5 SGB V werden die Sicherstellungszuschläge, die zugunsten der pretialen Steuerung in § 87 Abs. 2e SGB V zum 31. Dezember 2009 ausgelaufen waren, erneut eingeführt. Die Sicherstellungszuschläge gehören zu den Maßnahmen, mit deren Hilfe die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung gewährleisten können, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für ein bestimmtes Gebiet eine bestehende oder drohende Unterversorgung bzw. einen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat. Die Finanzierung erfolgt paritätisch durch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen.

B) Stellungnahme

Durch die geplante Aussetzung der pretialen Steuerung in den Jahren 2011 und 2012 ist es folgerichtig, den Verantwortlichen auf regionaler Ebene eine andere Möglichkeit zu eröffnen, um die ärztliche Niederlassung in Regionen, die von Unterversorgung betroffen oder bedroht sind, in diesem Zeitraum sicher zu stellen.

Kritisch ist hierbei jedoch anzumerken, dass die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen nicht auf die Jahre 2011 und 2012 begrenzt wurde. Sofern die Regelungen des § 87 Abs. 2e SGB V ab dem Jahr 2013 fortgeführt werden, kann es zu einer Doppelfinanzierung von Maßnahmen zur Niederlassungsförderung durch die Krankenkassen kommen, wenn beide Regelungen parallel angewendet werden. Es wird daher vorgeschlagen, auch die Aufhebung des § 105 Abs. 5 SGB V auf die Jahre 2011 und 2012 zu begrenzen.

Die Wiedereinführung der Sicherstellungszuschläge wird für die Krankenkassen mit finanziellen Mehrbelastungen verbunden sein. Die finanziellen Auswirkungen sind dabei auch im Zusammenhang mit der Aussetzung des § 87 Abs. 2e für die Jahre 2011 und 2012 zu betrachten, der ursprünglich eine Punktwertdifferenzierung bei Über- und Unterversorgung und damit eine Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisanreize vorsah. Nach Simulationen des Institutes des Bewertungsausschusses hätte die Anwendung der differenzierten Orientierungswerte und der im Bewertungsausschuss beschlossenen Konvergenzregelungen im Jahr 2010 zu sehr geringen zusätzlichen Honorarausgaben von bis zu 5 Mio. Euro geführt. Nach dem Auslaufen der Konvergenzregelung allerdings hätten sich aufgrund der Abschläge für überversorgte Regionen Einsparungen in Höhe von ca. 1,23 Mrd. Euro ergeben.

Des Weiteren handelt es sich bei den Sicherstellungszuschlägen lediglich um Maßnahmen zur Förderung von ärztlichen Niederlassungen, nicht jedoch um Maßnahmen, mit denen der massiven Überversorgung begegnet werden kann. In einer Situation, in der lediglich 800 Ärzte fehlen, um in jedem Planungsbereich eine bedarfsgerechte Versorgung sicher stellen zu können und andererseits 25.000 Ärzte mehr zugelassen sind, als hierfür benötigt werden, sind dringend Maßnahmen erforderlich, die gleichzeitig eine Steuerung der ärztlichen Niederlassung und einen Abbau der unwirtschaftlichen Überversorgung ermöglichen. Es wird daher empfohlen, die im § 87 Abs. 2e angelegte pretiale Steuerung schnellstmöglich erneut in Kraft zu setzen. Daneben sollten weitere Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung geprüft werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 10 wird am 01.01.2011 in Kraft, am 01. 01.2013 wieder außer Kraft gesetzt; siehe Änderungsvorschlag zu Artikel 15.

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 11 (§ 171a Abs. 1 Satz 1 – Kassenartenübergreifende Vereinigungen von Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Klarstellung, dass die Ersatzkassen – neben den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen - zu den Krankenkassen zählen, die sich nach § 171a SGB V kassenartenübergreifend vereinigen können.

B) Stellungnahme

Es wird ein gesetzestechnischer Fehler des GKV-OrgWG korrigiert.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 12 (§ 190 Abs. 3 – Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung zu Buchst. a wird die Rechtslage vor dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wiederhergestellt. Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Arbeitnehmer wird beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht zum Jahresende wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nur dann als freiwillige Mitgliedschaft fortgeführt, wenn die erforderlichen Vorversicherungszeiten erfüllt sind.

Darüber hinaus (Regelung zu Buchst. b) wird den Arbeitnehmern, die zum 31. Dezember 2010 aus der Versicherungspflicht ausscheiden, ohne dass die Vorversicherungszeiten für die freiwillige Mitgliedschaft erfüllt sind, die Fortsetzung der Mitgliedschaft in der GKV eingeräumt. Ferner wird Berufsanfängern die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung ohne Erfüllung der Vorversicherungszeiten eröffnet, die bei Aufnahme einer Beschäftigung zunächst versicherungspflichtig werden und bei denen die Versicherungspflicht im Laufe des Kalenderjahres der Beschäftigungsaufnahme endet.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen der Neuregelung des § 6 SGB V. Die beabsichtigte Neuordnung der Versicherungsfreiheit nach § 6 SGB V wird abgelehnt.

Sollte an der geplanten Rechtsänderung des § 6 SGB V festgehalten werden, sind die Regelungen zum Übergang von der Pflichtversicherung in die freiwillige Versicherung folgerichtig. Die in diesem Zusammenhang etablierte Regelung für aus der (nur für kurze Zeit bestehenden) Versicherungspflicht ausscheidende Berufsanfänger, deren Pflichtmitgliedschaft in eine freiwillige Mitgliedschaft umgewandelt wird, wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 12 wird gestrichen, soweit die vorgeschlagene Streichung des Artikels 1 Nr. 2 (Änderung des § 6 SGB V) Berücksichtigung findet; andernfalls kein Änderungsvorschlag

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 13 (§ 201 – Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung der Vorschrift haben die Rentenversicherungsträger nunmehr auch die Verpflichtung, der zuständigen Krankenkasse unverzüglich die aktuelle Höhe einer Rentenzahlung mitzuteilen, sofern die Krankenkasse diese Angaben für die Prüfung eines ggf. durchzuführenden Sozialausgleichs anfordert.

B) Stellungnahme

Zur Prüfung und Durchführung eines Sozialausgleichs durch die Krankenkassen nach § 242b Abs. 3 Satz 1 SGB V -neu- ist die Erweiterung der Mitteilungspflicht der Deutschen Rentenversicherung gegenüber den Krankenkassen sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 14 (§ 220 – Aufbringung der Mittel; hier: Aufgaben des GKV-Schätzerkreises)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für das Einführungsjahr des Gesundheitsfonds getroffene Regelung einer vollständigen Deckung der voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen durch die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds als Vorgabe für die Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung ist durch Zeitablauf nicht mehr notwendig und wird aufgehoben. Der allgemeine Beitragssatz wird künftig in § 241 gesetzlich festgeschrieben. Die bisherigen Mechanismen zur Anpassung des Beitragssatzes entfallen.

Die Aufgaben des GKV-Schätzerkreises werden deshalb neu normiert. Diente die Prognose des Schätzerkreises bislang als Grundlage für die Entscheidung der Bundesregierung über die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes, wird der Zweck der Ermittlung der voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen und der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Wegfall der Beitragssatzfestlegung durch die Bundesregierung neu definiert und der Schätzauftrag um die Schätzung der voraussichtlichen jahresdurchschnittlichen Zahlen der Versicherten und Mitglieder der Krankenkassen erweitert. Die Schätzungen dienen nunmehr dem Bundesministerium für Gesundheit als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a als zentraler Bezugsgröße des Sozialausgleichs im Bereich der Zusatzbeiträge.

B) Stellungnahme

Da die jährliche Festlegung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung entfällt, auf den sich bislang die Definition der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Schätzerkreises bezog, bedarf es einer Neunormierung seiner Aufga-

ben. Der Schätzbedarf ergibt sich allerdings nicht ausschließlich und nicht einmal vorrangig aus der Notwendigkeit, eine rechnerische Grundlage für die zentrale Bezugsgröße im beabsichtigten Sozialausgleich für den Zusatzbeitrag zu schaffen. Mit der Schätzung der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds legt der GKV-Schätzerkreis - wie auch bislang - das Volumen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Folgejahr fest.

Ausgangspunkt der Berechnung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V sind die für das Folgejahr für alle Krankenkassen vom GKV-Schätzerkreis prognostizierten Ausgaben. Da der Gesundheitsfonds nicht mehr ausschütten kann, als er – nach Abzug der zum Aufbau bzw. der jährlichen Wiederauffüllung seiner Liquiditätsreserve erforderlichen Mittel – eingenommen hat, sind die ausgehend von der Ausgabenseite errechneten Fondszuweisungen wettbewerbsneutral um einen für alle GKV-Mitglieder gleichen Betrag zu kürzen. Dieser Betrag wird auf der Grundlage der Prognosen des GKV-Schätzerkreises zur Einnahmen-, Ausgaben-, Mitglieder- und Versichertenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (ohne landwirtschaftliche Krankenkassen) vom Bundesversicherungsamt festgelegt.

Da mit der gesetzlichen Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V auf 15,5 v. H. die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds Jahr für Jahr in geringerem Maße zunehmen werden als die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen, ergibt sich ein immer höherer Kürzungsbetrag und damit der politisch gewollte wachsende Bedarf, die Deckungslücke durch immer höhere (einkommensunabhängige) Zusatzbeiträge zu schließen. Die erforderlichen Informationen für die Kalkulation ihres Zusatzbeitrags erhalten die Krankenkassen ebenfalls aus der Schätzung des GKV-Schätzerkreises. Damit ist der Bedarf an einem entsprechend definierten Schätzauftrag auch ohne einen Sozialausgleich für Zusatzbeiträge in hohem Maße gegeben.

Ferner ist bereits an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass eine Bezugnahme auf die für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V „maßgeblichen Werte“ bei der Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (Artikel 14) zu sachlich ungeeigneten Bezügen führt

(siehe Einzelstellungnahmen zu Artikel 14). Dies ist bei der Neunormierung der Aufgabe des GKV-Schätzerkreises zu berücksichtigen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 14 Buchstabe b) wird wie folgt gefasst:

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt jährlich bis zum 15. Oktober die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen als Grundlage *für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 und* für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a für das Folgejahr.“

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 15 (§ 221 Abs. 1 – Bundesbeteiligung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Verweis auf Absatz 1 Satz 3 wird redaktionell korrigiert, da ein Satz 3 nicht vorhanden ist.

B) Stellungnahme

Es wird ein gesetzestechnischer Fehler korrigiert, der mit der Änderung des § 221 im Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität vom 2. März 2009 entstanden war.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 16 (§ 221b -neu– Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Sozialausgleich nach § 242b zum Schutz vor finanzieller Überforderung durch den GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitrag erfolgt durch eine individuelle Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Mitgliedsbeitrags durch die den Beitrag abführende Stelle. Die insoweit verringerten Beitragszahlungen mindern die Einnahmen des Gesundheitsfonds, aus denen die Zuweisungen an die Krankenkassen nach §§ 266 und 270 zu finanzieren sind. Nach § 271 Abs. 2 SGB V -neu- wird der Sozialausgleich aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bestritten. Ab dem Jahr 2015 leistet der Bund für diesen Sozialausgleich monatliche Zahlungen an den Gesundheitsfonds. Diese sind der Liquiditätsreserve zuzuführen. Die Höhe der Zahlungen des Bundes wird erst im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt.

B) Stellungnahme

Mit dem vorgelegten Entwurf wird die Einführung eines vollständig aus Steuern finanzierten Sozialausgleichs lediglich in Aussicht gestellt. Die mit § 221b SGB V vorgeschlagene Regelung vertagt die Beantwortung der für das Reformziel eines „gerechten Sozialausgleichs“ entscheidenden Finanzierungsfrage auf das Jahr 2014. Die vollständige Finanzierung des Sozialausgleichs ab dem Jahr 2015 durch den Fiskus wird ausdrücklich nicht festgeschrieben. Dies bedeutet, dass der bis einschließlich 2014 notwendige Sozialausgleich nur bis zur Höhe von 2 Mrd. Euro mit den einmalig nach dem Haushaltsbegleitgesetz 2011 gewährten Steuergeldern finanziert werden kann, der ab 2015 durchzuführende Sozialausgleich nach geltender Rechtslage unter Umständen vollständig oder partiell durch entsprechende Kürzungen der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen finanziert werden muss. In § 271 wird zwar geregelt, dass der Sozialausgleich

aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzieren ist. Da die Liquiditätsreserve nach § 271 Abs. 2 Satz 2 mindestens 20 % der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds entsprechen muss, führt ein Unterschreiten dieser Mindesthöhe der Liquiditätsreserve dazu, dass für das Folgejahr eine Wiederauffüllung zwingend vorgeschrieben ist. Der Gesundheitsfonds muss dann die Zuweisungen an die Krankenkassen in Höhe des festgestellten Fehlbetrages kürzen, sofern dieser nicht aus Steuermitteln ausgeglichen wird. Zuweisungskürzungen führen unmittelbar zur Erhebung von (künftig ausschließlich einkommensunabhängigen) Zusatzbeiträgen, sodass der Sozialausgleich bei nicht auskömmlichen Steuerzuschüssen somit durch Pauschalbeiträge der Mitglieder finanziert wird. Um eine solche Entwicklung, die dem politisch Gewollten widerspricht, zumindest für die Zeit ab 2015 auszuschließen, fordert der GKV-Spitzenverband einen vollständigen Ausgleich der für den Sozialausgleich nach § 242b aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgewendeten Mittel durch den Bund.

Um die Belastung des Bundes durch den Sozialausgleich zu mindern und zugleich die Entscheidung für die geforderte gesetzliche „Übernahmegarantie“ zu erleichtern, wird angeregt, den Sozialausgleich belastungsgerecht auszugestalten, d. h. einen sozialen Ausgleich nur dann vorzusehen, wenn tatsächlich eine reale Belastung durch Zusatzbeiträge besteht. Angesichts der bestehenden fiskalischen Restriktionen ist es nicht vertretbar, dass der Fiskus Krankenkassenmitglieder auf Basis eines prospektiv kalkulierten durchschnittlichen Zusatzbeitrages finanziell entlastet, auch wenn diese tatsächlich mit keinem oder einem niedrigeren Zusatzbeitrag belastet sind. Auch aus wettbewerblicher Sicht sind steuerfinanzierte Ausgleichszahlungen an nicht belastete Mitglieder abzulehnen. Denn es handelt sich letztlich um Wechselprämien, die der Staat zusätzlich an Krankenkassenmitglieder zahlt, die in eine Krankenkasse mit niedrigeren Zusatzbeiträgen wechseln. Ist dies bereits für sich genommen ordnungspolitisch fragwürdig, kommt noch hinzu, dass ein Wechsel von Kasse A zu Kasse B (beide unterhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitrags) mit einer Wechselprämie von 3 Euro belohnt würde, wenn dies der Unterschied im Zusatzbeitrag beider Kassen ist, wäh-

rend ein Wechsel von Kasse C zu Kasse D (beide oberhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitrags) bei gleicher Differenz der Zusatzbeiträge keine Wechselprämie auslösen würde. Noch problematischer wird es, wenn die Mitglieder der übrigen Krankenkassen diese impliziten Wechselprämien über einen höheren Zusatzbeitrag finanzieren müssen, sofern kein vollständiger steuerfinanzierter Ausgleich für den Sozialausgleich der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds stattfindet.

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass sich der Ausgabenanstieg ab dem Jahr 2012 in jährlich steigenden GKV-durchschnittlichen Zusatzbeiträgen nach § 242a niederschlagen wird, was durch das Auslaufen des bisherigen jährlichen Anstieges der Bundesbeteiligung nach § 221 ab dem Jahr 2013 beschleunigt wird. Dies wird dazu führen, dass für den Sozialausgleich jährlich immer mehr Mittel aufgewendet werden müssen, die kaum aus der jeweils einmal aufgebauten Liquiditätsreserve ohne zusätzliche Zuführungen gedeckt werden können. Die Bundesregierung ist zu einer konsequenten Umsetzung des angekündigten steuerfinanzierten Sozialausgleichs aufgefordert.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 16 wird § 221b Satz 2 SGB V -neu- wie folgt gefasst:

„Die Höhe der Zahlungen ergibt sich aus der vom Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der im Vorjahr erfolgten Meldungen der den Beitrag abführenden Stellen über die Höhe der Verringerung des einkommensabhängigen Mitgliedsbeitrags nach § 242b Abs. 2 und 3 und der Meldungen der Krankenkassen über die Verringerung des Mitgliedsbeitrags für Selbstzahler nach § 242b Abs. 4 sowie der nach § 242b Abs. 3 und 5 von den Krankenkassen erstatteten Beträge für zu viel gezahlte Beiträge festgestellten Höhe des im Vorjahr erfolgten Sozialausgleichs.“

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 17 (§ 241 – Allgemeiner Beitragssatz)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zukünftig sollen über die Einnahmenentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen durch Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert werden. Eine Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes an die Finanzentwicklung der GKV soll deshalb zukünftig nicht mehr durch Rechtsverordnung der Bundesregierung stattfinden. Der allgemeine Beitragssatz wird gesetzlich festgelegt und beträgt ab dem 01.01.2011 wieder 15,5 Prozent, wie vor der durch das Konjunkturpaket II aus Steuermitteln finanzierten Absenkung zum 1. Juli 2009.

B) Stellungnahme

Das drohende Finanzdefizit 2011 in Höhe von rd. 10 Mrd. Euro wird im Wesentlichen durch die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent geschlossen. Die Beitragssatzerhöhung belastet Versicherte und Arbeitgeber ab dem Jahr 2011 in einer Größenordnung von 6,3 Mrd. Euro. Die Honorar- und Einnahmenzuwächse der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser werden lediglich marginal begrenzt. Durch eine konsequentere Sparpolitik könnten die jetzt vorgesehenen hohen finanziellen Belastungen der Beitragszahler vermieden werden, ohne die Versorgungsqualität für die Versicherten zu mindern.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 18 a) (§ 242 Abs. 1 – Kassenindividueller Zusatzbeitrag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach der aktuell geltenden Rechtslage kann der Zusatzbeitrag als Pauschale oder in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen festgelegt werden. Künftig dürfen die Krankenkassen nur einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag in festen Eurobeträgen erheben. Die bisherige Begrenzung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags auf maximal 8 Euro sowie die Begrenzung der Höhe der Zusatzbeiträge auf 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds entfallen. Die Berücksichtigung einer eventuellen finanziellen Überforderung des Mitglieds erfolgt nicht mehr über die Begrenzung der Zusatzbeiträge, sondern im Rahmen des Sozialausgleichs.

B) Stellungnahme

Die Regelung trägt dem Ziel der künftigen Ausrichtung des Zusatzbeitrags und des damit einhergehenden Sozialausgleichs in der in dem Regierungsentwurf skizzierten Weise ausreichend Rechnung.

C) Änderungsvorschlag

Redaktioneller Hinweis: Durch die Aufhebung der Sätze 2 und 3 werden die Sätze 4, 5 und 6 zu den Sätzen 2, 3 und 4 –neu-.

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 18 b) (§ 242 Abs. 4 und 5 – Kassenindividueller Zusatzbeitrag; hier: besondere Mitgliedergruppen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für eine Mitgliedergruppe ist künftig anstelle eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag aller Krankenkassen zu zahlen. Betroffen sind versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II, unabhängig davon, ob sie über weitere beitragspflichtige Einnahmen verfügen, z. B. eine Rente beziehen, oder einen anderen versicherungspflichtigen Tatbestand erfüllen, z. B. eine Beschäftigung ausüben. Die Anwendung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags beim Bezug von Arbeitslosengeld II gilt auch in den Fällen, in denen die zuständige Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag erhebt.

Darüber hinaus entfällt für einige Personenkreise die Verpflichtung zur Zahlung des Zusatzbeitrags. Dies gilt für

1. zur Berufsausbildung Beschäftigte mit einem monatlichen Arbeitsentgelt bis zu 325 Euro,
2. Mitglieder, die ein freiwilliges soziales bzw. ökologisches Jahr leisten,
3. nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V versicherungspflichtige Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V versicherungspflichtige behinderte Menschen,
5. nach § 5 Abs. 4a Satz 1 SGB V versicherungspflichtige Auszubildende in einer außerbetrieblichen Einrichtung,
6. Mitglieder während des Bezugs von bestimmten Entgeltersatzleistungen (insbesondere Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld) oder während der Inanspruchnahme der Elternzeit,
7. Mitglieder während der Ableistung des Wehr- oder Zivildienstes bzw. einer Wehr- oder Eignungsübung,

8. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 SGB V – bei zulässiger Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses oder bei unbezahltem Urlaub während der Schwangerschaft - fortbesteht.

B) Stellungnahme

Das Verfahren der Anwendung eines durchschnittlichen Zusatzbeitrags für Bezieher von Arbeitslosengeld II ist den Anforderungen der Verwaltungsökonomie für die öffentliche Verwaltung geschuldet. Es wäre als solches nicht zu beanstanden, wenn damit nicht die besonderen Regelungen zur Tragung und zur Verteilung der Beiträge verbunden wären (vgl. Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 21 und 22).

Die Vorschrift über die Nichterhebung des Zusatzbeitrags für die Bezieher der ausdrücklich im Gesetzentwurf genannten und vergleichbaren Entgeltersatzleistungen entspricht weitgehend der aktuellen Praxis der Krankenkassen. Diese Regelung ist allerdings nur dann konsistent, wenn sie in ihrer Ausrichtung neben den versicherungspflichtigen Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V fortbesteht, unter anderem auch die freiwilligen Mitglieder bei Erfüllung sonstiger Tatbestände des § 192 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V sowie alle Arbeitnehmer während des Bezugs von beitragspflichtigen Einnahmen nach § 23c SGB IV umfasst. Sollte der Gesetzgeber in den fraglichen Fallkonstellationen eine andere Zielsetzung verfolgen, ist diese kritisch zu bewerten. Die Aufzählung der Personengruppen, die keinen Zusatzbeitrag zu zahlen haben, lässt im Übrigen nicht eindeutig erkennen, ob damit auch die Sachverhalte erfasst sind, in denen das Mitglied über weitere beitragspflichtige Einnahmen (z. B. Rente, Versorgungsbezüge) verfügt. Hier wäre eine Klarstellung des gesetzlich Gewollten hilfreich.

Für die Umsetzung der geplanten Nichterhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für die oben im Abschnitt A) unter Nummer 1 bis 5 genannten Personen stehen den Krankenkassen keine geeigneten Mittel zur Verfügung, da sie solche Sachverhalte auf Grundlage der aktuell geltenden Melde-

vorschriften nicht aufdecken oder nicht eindeutig abgrenzen können. Damit den Krankenkassen die für die Umsetzung der geplanten Nichterhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für die genannten Personenkreise notwendigen Informationen zur Verfügung stehen, wird der GKV-Spitzenverband darauf hinwirken, dass in Abstimmung mit den am Gemeinsamen Meldeverfahren beteiligten Spitzenorganisationen der Sozialversicherung entsprechende Identifikationsmerkmale im Meldeverfahren nach der DEÜV geschaffen werden; die notwendigen Ergänzungen bedürfen der Genehmigung des BMAS.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 18 b) (§ 242 Abs. 6 – Kassenindividueller Zusatzbeitrag; hier: Verspätungszuschlag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags für mindestens sechs Kalendermonate muss in der Satzung der Krankenkassen ein einmaliger Verspätungszuschlag vorgesehen werden, der in der Höhe auf die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens 30 Euro beträgt. Das Mitglied hat bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des einmaligen Verspätungszuschlags keinen Anspruch auf den Sozialausgleich. Eine rückwirkende Durchführung des Sozialausgleichs kommt selbst nach der Begleichung der ausstehenden Beträge nicht in Betracht. Dagegen ist ein Sozialausgleich beim Abschluss einer Ratenzahlungsvereinbarung nicht ausgeschlossen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Sofern der Sozialausgleich über die den Beitrag abführenden Stellen (z. B. Arbeitgeber) abgewickelt wird, sind diese durch die zuständige Krankenkasse über die Unterbrechung in der Durchführung des Sozialausgleichs ohne Angabe von Gründen zu informieren.

B) Stellungnahme

Die - im Vergleich zum geltenden Recht wesentliche - Verschärfung von Sanktionsmechanismen bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt, da diese die Zahlungsbereitschaft der Mitglieder erhöht und auf diesem Wege die Krankenkassen bei einer vollständigen Erhebung der Beiträge unterstützt.

Das vorgesehene Verfahren entspricht allerdings nicht in Gänze der verfolgten Intention, insbesondere die Einbeziehung des Arbeitgebers bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags durch den Arbeitnehmer zu vermeiden, und ist aus datenschutzrechtlicher Sicht u. U. angreifbar. Problematisch ist darüber

hinaus, dass die Krankenkasse im Normalfall (z. B. bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern ohne weitere beitragspflichtige Einnahmen) nicht weiß, dass und für welche Mitglieder die beitragsabführende Stelle einen Sozialausgleich durchführt. Die vorgesehene Mitteilungspflicht gegenüber der beitragsabführenden Stelle über Beginn und Ende des Sozialausgleich-Durchführungszeitraums lässt sich daher verfahrenspraktisch nicht konkret auf die Mitglieder beschränken, für die ein Sozialausgleich durchgeführt wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 19 (§ 242a -neu– Durchschnittlicher Zusatzbeitrag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist die Bezugsgröße für den Sozialausgleich nach § 242b SGB V -neu-. Der Sozialausgleich greift, sobald der vom Bundesministerium für Gesundheit nach Auswertung der Ergebnisse des GKV-Schätzerkreises nach § 220 Abs. 2 SGB V für das Folgejahr abschließend festgelegte, im Bundesanzeiger bis zum 1. November eines Kalenderjahres bekanntgegebene durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen die Belastungsgrenze von 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ergibt sich rechnerisch aus der Differenz der voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen und der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds - zuzüglich der zur Auffüllung der gesetzlichen Mindestrücklage nach § 261 Abs. 2 Satz 2 erforderlichen Mittel soweit die Inanspruchnahme der Rücklage auf unerwartete außergewöhnliche Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzuführen ist. Der ermittelte Wert ist durch die Zahl der Mitglieder und die Zahl 12 zu teilen.

B) Stellungnahme

Der Rechenweg zur Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags ist sachgerecht. Aus Gründen der Verwaltungsökonomie ist die Beschränkung auf eine prospektive Ermittlung positiv zu bewerten.

Es ist sachgerecht und notwendig, die gesetzlich vorgeschriebene Wiederauffüllung der Rücklage nach § 261 bei der Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags zu berücksichtigen. Eine Definition dessen, was „außergewöhnliche, bei der Festsetzung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages noch nicht vorhersehbare Ausgaben“ sind, erscheint schwierig, weshalb die

Spitzenverband

Begründung zum Gesetzentwurf beispielhaft nur den Pandemiefall benennt. Aus Gründen der Rechtssicherheit der Festlegung sollte auf eine Definition mittels eines einzelnen Beispiels verzichtet werden. Stattdessen sollte der GKV-Schätzerkreis generell auf der Grundlage der Statistiken der Krankenkassen nach § 79 SGB IV eine Schätzung vornehmen, ob und inwieweit die Rücklage der Krankenkassen geringer ist als die gesetzliche Mindestrücklage (das Unterschreiten einer satzungsmäßigen Rücklage könnte prinzipiell auch durch Absenkung im Rahmen einer Satzungsänderung gelöst werden und muss deshalb mit dem die gesetzliche Mindestrücklage übersteigenden Bedarf nicht bei der Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags berücksichtigt werden). Mit Verweis auf § 261 Abs. 4 SGB V erscheint es vertretbar, die jährliche Auffüllung der Rücklagen bei der rechnerischen Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags fiktiv auf ¼ des gesetzlichen Rücklagesolls zu begrenzen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 19 wird im eingefügten § 242a Abs. 1 Satz 2 -neu- der 2. Halbsatz („soweit unerwartete außergewöhnliche Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten sind“) gestrichen und die Begründung wird im Sinne der obigen Stellungnahme ergänzt.

In der Begründung ist klarzustellen, dass die Ausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkassen bei der Ermittlung der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen unberücksichtigt bleiben, da der Sozialausgleich nach § 242b für die Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkassen keine Anwendung findet. Weiterhin wird eine Klarstellung der Frage empfohlen, ob der durchschnittliche Zusatzbeitrag als voller Euro-Betrag oder als Euro-Betrag mit zwei Nachkommastellen festzulegen ist.

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 19 (§ 242b -neu– Sozialausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einführung eines innerhalb der GKV stattfindenden Sozialausgleichs soll Mitgliedern im Falle der finanziellen Überforderung durch den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag im Gegenzug der einkommensabhängige Krankenversicherungsbeitrag entsprechend herabgesetzt werden. Der Sozialausgleich soll grundsätzlich automatisch, also ohne einen Antrag des Versicherten, durchgeführt werden. Ein Anspruch auf Sozialausgleich besteht, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a die Belastungsgrenze von 2 Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen übersteigt. Der Sozialausgleich soll ab 2012 maschinell von der den Beitrag abführenden Stelle (Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Arbeitsagentur, Zahlstelle von Versorgungsbezügen) vorgenommen werden. Für bestimmte Personenkreise (Selbstzahler, unständig Beschäftigte und mehrfach beschäftigte Arbeitnehmer mit Arbeitsentgelten innerhalb der Gleitzone) führt die Krankenkasse des Mitglieds den Sozialausgleich durch. Darüber hinaus fungiert die Krankenkasse – insbesondere bei Mitgliedern mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen – als Schnittstelle zwischen den Beitrag abführenden Stellen und ihren Mitgliedern. Mitglieder, von denen nach § 242 Abs. 5 keine Zusatzbeiträge erhoben werden oder deren Zusatzbeiträge von Dritten getragen werden, sind vom Sozialausgleich ausgenommen.

B) Stellungnahme

Mit dem Sozialausgleich nach § 242b wird ein bisher in der Sozialversicherung völlig neues Verfahren eingeführt. Die Durchführung des Sozialausgleichs wird den Krankenkassen als Einzugstellen sowie von den Beitrag abführenden Stellen erhebliche Anstrengungen und Investitionen insbesondere im Meldewesen und in der ergänzenden Kommunikation miteinander abverlangen.

Der mit der Umsetzung der zahlreichen Änderungen von Informations- und Zahlungsströmen einhergehende bürokratische Aufwand ist hoch.

C) Änderungsvorschlag

In § 242b SGB V -neu- ist klarzustellen, dass in den Fällen, in denen die Krankenkassen den Sozialausgleich durchführen und im Rahmen ihrer Zuständigkeit zu viel gezahlte Beiträge erstatten, diese Erstattungen gegenüber dem Gesundheitsfonds abzurechnen sind.

Im Übrigen ist die bei der Durchführung des Sozialausgleichs verwendete Begrifflichkeit „Beitragssatzanteil“ missverständlich, da nicht ein Prozentsatz, sondern der in Euro ausgedrückte Beitragsanteil des Mitglieds verringert werden soll.

Zu Absatz 1:

Die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bilden neben dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag die Berechnungsgrundlage für den Sozialausgleich. Bei pflichtversicherten Mitgliedern ohne anderweitigen Versicherungsschutz nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V würde die derzeitige Formulierung dazu führen, dass der Sozialausgleich einerseits und die Krankenversicherungsbeiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen andererseits von unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen zu berechnen wären.

Bei der Durchführung des Sozialausgleichs sind Versorgungsbezüge sowie Arbeitseinkommen nur zu berücksichtigen, wenn sie insgesamt die Beitragsfreigrenze nach § 226 Abs. 2 SGB V übersteigen. Diese Beitragsfreigrenze ist bei der Beitragsbemessung dieses Personenkreises hingegen nicht zu berücksichtigen (nach § 3 Abs. 4 der „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ des GKV-Spitzenverbandes in Verbindung mit § 240 Abs. 1 Satz 1 und § 227 SGB V). Zur Sicherstellung einer einheitlichen Verfahrensweise wird deshalb vorgeschlagen, Satz 5 wie folgt zu fassen:

„Die in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummern 3 und 4 genannten beitragspflichtigen Einnahmen werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs Pflichtversicherter – mit Ausnahme der in § 5 Absatz 1 Nummer 13 genannten Personen - nur berücksichtigt, wenn sie insgesamt 5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen."

Bei der Ermittlung, ob die beitragspflichtigen Einnahmen für den Sozialausgleich die Belastungsgrenze überschreiten, findet die Begrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen der Seeleute auf die Durchschnittsheuer nach § 233 keine Anwendung. Die Orientierung des Sozialausgleichs an den tatsächlichen Einkünften der Seeleute wird bei den Seeleuten, die neben den Entgelten aus der Seefahrt noch weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, durch die Formulierung des § 28a Abs. 4a SGB IV konterkariert. Die monatliche Meldung des Arbeitgebers bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen verlangt nach § 28a Abs. 4a SGB IV die Vorgabe des rentenversicherungspflichtigen Entgelts (Dies entspricht bei Seeleuten der Durchschnittsheuer). Der Sozialausgleich soll sich jedoch an den tatsächlichen Einnahmen orientieren. Von daher wird vorgeschlagen, auf eine Änderung des § 28a Abs. 4a SGB IV zu verzichten und in § 242b Abs. 1 den Satz 3 und in Abs. 2 den Satz 2 zu streichen.

Zu Absatz 2

Die Regelung in Satz 8, wonach der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil einer Einmalzahlung mit dem allgemeinen Beitragssatz zu verbeitragen ist, geht davon aus, dass für Arbeitnehmer generell der allgemeine Beitragssatz für die Beitragsberechnung heranzuziehen ist. Sie berücksichtigt nicht, dass es auch Arbeitnehmer gibt, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben und deren Krankenversicherungsbeiträge aufgrund dessen nach dem ermäßigten Beitragssatz berechnet werden. Von daher wird vorgeschlagen, statt des allgemeinen Beitragssatzes auf den „für den Beschäftigten maßgeblichen Beitragssatz" abzustellen.

Spitzenverband

Zu Absatz 6:

Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nach § 242 Abs. 5 von der Erhebung des Zusatzbeitrags ausgenommen sind, haben keinen Anspruch auf Sozialausgleich. Der Ausschluss von dem Anspruch auf Sozialausgleich stellt insofern ausschließlich auf den Bezug einer Entgeltersatzleistung ab. Die Regelung wird dahingehend ausgelegt, dass auch die Arbeitnehmer keinen Anspruch auf Sozialausgleich haben, denen der Arbeitgeber während des Bezugs einer Entgeltersatzleistung Arbeitsentgelt weitergewährt, und zwar unabhängig davon, ob es sich nach § 23c Abs. 1 Satz 1 SGB IV um beitragspflichtiges oder beitragsfreies Arbeitsentgelt handelt. Eine Klarstellung dieses Sachverhalts wird empfohlen.

Die Vorschrift über den Ausschluss des Sozialausgleichs für Mitglieder, deren Zusatzbeitrag nach dem dritten Kapitel SGB XII übernommen wird, wird als eine abschließende Regelung verstanden, die unabhängig davon anzuwenden ist, ob der Zusatzbeitrag in voller Höhe oder nur teilweise (z. B. weil die Hilfebedürftigkeit nur in diesem Umfang besteht) durch den Sozialhilfeträger übernommen wird. Sofern der Gesetzgeber bei derartigen Fallkonstellationen eine andere Zielsetzung verfolgt, bedarf es einer Klarstellung. In diesem Kontext wird deutlich, dass die unveränderte Fassung des § 32 SGB XII inkonsistent ist, sofern diese Vorschrift die Übernahme der Zusatzbeiträge maximal in der Höhe vorsieht, die sich aus der Anwendung des ab dem 1. Januar 2009 geltenden Rechts ergibt.

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 20 (§ 243 – Ermäßigter Beitragssatz)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 241 SGB V) wird der ermäßigte Beitragssatz gesetzlich auf 14,9 Prozent festgesetzt.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 17 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 21 (§ 251 – Tragung der Beiträge durch Dritte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass die Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufzubringen sind. Darüber hinaus wird als Folgevorschrift zur Aufhebung der Verpflichtung zur Zahlung des Zusatzbeitrags durch behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten die Regelung über die Tragung des Zusatzbeitrags bei derartigen Fallkonstellationen gestrichen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Finanzierung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages für die Leistungsbezieher nach dem SGB II aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist hinsichtlich der finanziellen Konsequenzen für die gesetzliche Krankenversicherung als Ganzes mit der Befreiung dieses Personenkreises von dem Zusatzbeitrag vergleichbar. Damit wälzt der Bund die ihm zuzurechnende Aufgabe der Übernahme des Zusatzbeitrags für Bezieher von Arbeitslosengeld II de facto auf die Solidargemeinschaft der Beitragszahler ab. Bei stetig steigenden Zusatzbeiträgen handelt es sich auch nicht um Bagatellgrößen: Bei 2,5 bis 3 Mio. Beziehern von Arbeitslosengeld II bedeutet die vorgesehene Regelung noch in diesem Jahrzehnt jährliche Einnahmenminderungen der GKV von mehr als 1 Mrd. Euro, die von den übrigen Mitgliedern über entsprechend höhere Zusatzbeiträge auszugleichen sind. Ein erneuter Verschiebebahnhof zu Lasten der GKV wird entschieden abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die Tragung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags für Bezieher von Arbeitslosengeld II aus der Liquiditätsreserve muss vollständig aus Steuermitteln gedeckt sein.

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 22 (§ 252 - Beitragszahlung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus den Mitteln der Liquiditätsreserve aufzubringenden Zusatzbeiträge hat der Gesundheitsfonds monatlich entsprechend der Anzahl der betreffenden Mitglieder an die jeweiligen Krankenkassen weiterzuleiten.

B) Stellungnahme

Das vorgeschlagene Verfahren wird in Gänze kritisch bewertet.

Durch die vorgesehenen Verteilungsmechanismen erhalten auch die Krankenkassen, die keinen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben bzw. deren kassenindividueller Zusatzbeitrag unterhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitrags liegt, die Zuweisungen in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags für jedes Mitglied, das zur vorgenannten Gruppe gehört. Dies verursacht nicht hinnehmbare Wettbewerbsverzerrungen innerhalb der GKV.

C) Änderungsvorschlag

Das Verfahren zur Verteilung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge zwischen den Krankenkassen muss wettbewerbsgerecht und entsprechend der getragenen Beitragslast gestaltet werden. Hierfür sind nur solche Krankenkassen in die Verteilung der Zusatzbeiträge einzubeziehen, die tatsächlich einen Zusatzbeitrag erheben. Die Höhe der Zuweisungen hat sich sowohl an der Anzahl der jeweils betroffenen Mitglieder als auch an der Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrags zu orientieren.

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 23 (§ 255 – Beitragszahlung aus der Rente; hier: Bescheiderteilung der Rentenversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung betrifft allein die Verpflichtung der Träger der Rentenversicherung zur Erteilung von Bescheiden bei Änderung der Rentenzahlbeträge.

B) Stellungnahme

keine

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 24 (§ 256 – Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragsnachweis im Zahlstellenverfahren wird um die Information des Krankenversicherungsbeitrages, der ohne den Sozialausgleich hätte gezahlt werden müssen, ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist grundsätzlich erforderlich, damit die Krankenkassen den Umfang des gezahlten Sozialausgleichs feststellen bzw. überprüfen können.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 25 (§ 271 Abs. 2 – Gesundheitsfonds; hier: Liquiditätsreserve)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufwendungen für den Sozialausgleich nach § 242b sowie für die Tragung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II nach § 251 Abs. 6 Satz 3 –neu- sollen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Der bis Ende 2012 vorgesehene Aufbau der Liquiditätsreserve auf die gesetzlich bestimmte Mindesthöhe soll ab dem Jahr 2009 nicht mehr „in vier jährlichen Schritten“, sondern „schrittweise“ erfolgen. Es wird klargestellt, dass ein Überschuss der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds über die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen der Liquiditätsreserve zuzuführen ist.

B) Stellungnahme

Der Sozialausgleich nach § 242b zum Schutz vor finanzieller Überforderung durch den GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitrag soll von den Beitrag abführenden Stellen durch eine individuelle Verringerung der monatlichen einkommensabhängigen Mitgliedsbeiträge erfolgen. Die insoweit verringerten Beitragszahlungen mindern die Einnahmen des Gesundheitsfonds, aus denen die Zuweisungen an die Krankenkassen nach §§ 266 und 270 zu finanzieren sind. Da die Liquiditätsreserve den finanziellen Puffer des Gesundheitsfonds darstellt, ist es aus rein verfahrenstechnischen Gründen nachvollziehbar, dass die Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds in Folge des Sozialausgleichs nach § 242b unmittelbar auf die Liquiditätsreserve durchschlagen. Dennoch ist die Festlegung, dass die Aufwendungen für den Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzieren sind, zu hinterfragen. Bereits die Verschiebung der Entscheidung über die Höhe der nach § 221b zu leistenden Bundesmittel für den Sozialausgleich auf das Jahr 2014 und die voraussichtlich nicht ausreichende Finanzierung des Sozi-

alausgleichs in den Jahren 2012 bis 2014 durch den ergänzenden Bundeszuschuss von 2 Mrd. Euro zeigen, dass diese ergänzende Regelung zur Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nicht rein verfahrenstechnischen Charakter hat. Die Regelung hat erkennbar auch eine zumindest vorübergehende Durchführung des Sozialausgleichs ohne weitere Belastung des Bundes zum Ziel. Dies wird von der gesetzlichen Krankenversicherung abgelehnt. Es ist in § 221b sicherzustellen, dass der Sozialausgleich tatsächlich aus Steuern finanziert wird. Die hierfür erforderlichen Bundesmittel sind dann richtigerweise der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zuzuführen.

Auch wenn im Folgejahr die für das Vorjahr festgestellten Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds wieder vollständig aus Bundesmitteln ausgeglichen und der Liquiditätsreserve zugeführt werden, kann die Liquiditätsreserve bei unverändertem Volumen nicht beliebig vielen Verwendungszwecken dienen. Deshalb ist die nunmehr zusätzlich vorgesehene Finanzierung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II aus der Liquiditätsreserve abzulehnen. Zudem handelt es sich dabei um einen erneuten Verschiebebahnhof zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Es darf auch nicht übersehen werden, dass die Inanspruchnahme der Liquiditätsreserve für diesen sachfremden Zweck mit steigender Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags immer weiter zunehmen wird. Zwar lässt die Vorgabe, dass die Liquiditätsreserve ab Ende 2012 *mindestens* 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds betragen soll, auch einen höheren Umfang zu, soweit es – so die Begründung zum Gesetzentwurf - für die Erfüllung der Zwecke der Liquiditätsreserve erforderlich sei. Ein unbegrenztes Aufblähen der Liquiditätsreserve ist jedoch nicht akzeptabel. Andererseits ist auch sicherzustellen, dass eine durch die Finanzierung des Sozialausgleichs und der Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II eingeschränkte finanzielle Pufferfunktion der Liquiditätsreserve nicht dazu führt, dass die Krankenkassen durch eine deswegen erforderliche Inanspruchnahme des Liquiditätsdarlehens nach § 271 Abs. 3 mit der Rückzahlung im Haushaltsjahr (und sei es nur liquiditätsmäßig) belastet werden.

Spitzenverband

Sobald nähere Erfahrungen über die tatsächliche Inanspruchnahme der Liquiditätsreserve für die verschiedenen Verwendungszwecke vorliegen, sollte eine sachgerechte Definition der Obergrenze für die Höhe der Liquiditätsreserve erfolgen.

Eine erste notwendige Begrenzung der Zuführung in die Liquiditätsreserve ist bereits im laufenden Gesetzgebungsverfahren sinnvoll und möglich. Mit der Prognose der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds legt der GKV-Schätzerkreis bekanntlich das Volumen der Gesundheitsfondszuweisungen fest. Dieses wird den Krankenkassen für das folgende Haushaltsjahr garantiert. Das Einnahmenrisiko liegt somit beim Gesundheitsfonds. Dadurch wird die Planungssicherheit der Krankenkassen erhöht. Aus der Schätzerkreisprognose ergibt sich aber auch eine Einschätzung, ob und in welchem Umfang die Liquiditätsreserve im kommenden Jahr voraussichtlich aufgefüllt wird. Diese Schätzung kann jedoch für die tatsächliche Zuführung in die Liquiditätsreserve am Ende des Haushaltsjahres nicht maßgeblich sein. Liegen die tatsächlich realisierten Einnahmen des Gesundheitsfonds niedriger als die in der Herbstsitzung des Schätzerkreises prognostizierten Einnahmen, muss der Aufbau der Liquiditätsreserve um den Differenzbetrag von tatsächlichen und geschätzten Einnahmen gemindert werden. Würde nämlich in die Liquiditätsreserve mehr eingestellt, als dem Gesundheitsfonds aufgrund der tatsächlich ungünstigeren Einnahmenentwicklung am Ende eines Jahres verbleiben, müssten im folgenden Jahr die Zuweisungen an die Krankenkassen entsprechend gekürzt werden. Diese Kürzung stünde im Widerspruch zum Grundsatz, dass der Gesundheitsfonds das Risiko verringerter Einnahmen trägt. Dieser wesentliche Vorzug des Gesundheitsfonds sollte nur dann durchbrochen werden, wenn in der Liquiditätsreserve nicht genügend Mittel vorhanden sind, die gesetzlichen Verwendungszwecke der Liquiditätsreserve im folgenden Jahr zu erfüllen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 25 wird wie folgt gefasst:

„§ 271 wird wie folgt gefasst:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1wird nach dem Wort „Einnahmeausfälle“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „§ 272 Abs. 2“ die Wörter „sowie die Aufwendungen für den Sozialausgleich nach § 242b und zusätzlich die Zahlungen für die Zusatzbeiträge nach § 251 Absatz 6 Satz 3“ eingefügt.

bb) Folgende Sätze werden angehängt:

„Die die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen übersteigenden voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 242a Absatz 1 Satz 1 sind der Liquiditätsreserve zuzuführen. Unterschreiten die tatsächlichen Einnahmen die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen, so ist die Zuführung der Liquiditätsreserve entsprechend zu mindern, soweit die vorhandenen Mittel voraussichtlich ausreichen, die gesetzlichen Verwendungszwecke der Liquiditätsreserve zu erfüllen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Darlehen ist im Haushaltsjahr zurückzuzahlen, soweit es nicht durch die Inanspruchnahme der Liquiditätsreserve zur Finanzierung des Sozialausgleichs nach § 242b bedingt ist.“

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 26 (§ 284 Abs. 1 – Sozialdaten der Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden ermächtigt, Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung zu erheben und zu speichern, die der Durchführung des Sozialausgleichs dienen.

B) Stellungnahme

Die Durchführung des Sozialausgleichs nach § 242b macht die Erhebung und Speicherung von Sozialdaten durch die Krankenkassen erforderlich. Die vorgenommene Ergänzung ist notwendig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 27 (§ 291a – Elektronische Gesundheitskarte; hier: Nicht-Berücksichtigung bei der Deckelung der Verwaltungskosten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die Ausgaben für die Telematikinfrastruktur keine Verwaltungskosten der Krankenkassen sind und somit von der Begrenzung der Verwaltungskosten nach § 4 Abs. 4 Satz 2 -neu- nicht umfasst sind.

B) Stellungnahme

Die Ausnahme der Ausgaben der Telematikinfrastruktur von der Verwaltungskostendeckelung der Jahre 2011 und 2012 ist sachgerecht und wird begrüßt. Zur Notwendigkeit weiterer Ausnahmeregelungen vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 4 Absatz 4).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
§ 85 Abs. 3g –neu- Gesamtvergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Angleichung der zahnärztlichen Vergütungen ohne Zahnersatz sollen die Punktwerte und die Gesamtvergütungen in den neuen Ländern in den Jahren 2012 und 2013 jeweils um 2,5% bzw. im Land Berlin um 2% erhöht werden.

B) Stellungnahme

Aus der einseitigen Anhebung der Punktwerte und Gesamtvergütungen für die neuen Bundesländer und Berlin in den Jahren 2012 und 2013 ergeben sich Mehrausgaben der Krankenkassen in Höhe von 5% für die neuen Bundesländer und von 4% für Berlin.

Nach Einschätzung der Bundesregierung ist für 2012 mit Mehrausgaben in Höhe von 40 Mio. Euro und für 2013 mit Mehrausgaben in Höhe von 45 Mio. Euro zu rechnen. Hinzu kommen die Basiseffekte für die Jahre nach 2013. Diese einseitige Honoraraufstockung wird abgelehnt. Die Mehrausgaben werden zunächst zu höheren Belastungen der Beitragszahler führen. Perspektivisch sind sie durch die Versicherten – vor allem in den neuen Bundesländern – über Zusatzbeiträge zu finanzieren.

Für die höheren Einnahmen der Zahnärzte in den alten Bundesländern sind die GKV-Einnahmen nur zu einem geringen Teil verantwortlich. Es gibt vielmehr eine Reihe anderer Ursachen, beispielsweise wesentlich mehr Gemeinschaftspraxen, mehr Einnahmen aus privat abgerechneten Leistungen, einen stärkeren Selbstzahlermarkt und weniger Zahnärzte je Einwohner. All diese Fakten begründen keine einseitige Anpassung der Punktwerte und der Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern und Berlin. Vielmehr entspricht der durchschnittlich geringere Einnahmenüberschuss der zahnärztli-

chen Praxen in den neuen Bundesländern den dort bestehenden wirtschaftlichen Bedingungen.

Die vorgesehene Regelung belastet die Versicherten der Krankenkassen in den neuen Bundesländern, deren Einkommensniveau in keiner Weise mit dem der Zahnärzte vergleichbar ist. Es liegt auch noch immer deutlich unter dem Einkommensniveau der Versicherten in den westlichen Bundesländern. Während Umsätze und Gewinne der Zahnärzte in Ost und West in den vergangenen Jahren kontinuierlich gewachsen sind, liegen die sozialversicherungspflichtigen Einkommen in den neuen Bundesländern weiterhin erheblich unter dem Westniveau (Haushalts-Nettoeinkommen im Jahr: alte Bundesländer 21.474 Euro, neue Bundesländer 16.712 Euro, Stand 2007).

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 wird gestrichen.

Spitzenverband

Artikel 3 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)
§ 133 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 – Leistungsentgelt

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung, da der ermäßigte Beitragssatz nach dem Entwurf künftig nicht mehr per Rechtsverordnung von der Bundesregierung, sondern gesetzlich festgelegt wird.

B) Stellungnahme

rein redaktionelle Änderung

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 1 (§ 23 – Fälligkeit von Beiträgen bei Durchführung des Sozialausgleichs)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wird das Verfahren zur Durchführung des Sozialausgleichs aufgrund mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen von der Krankenkasse im Vorfeld geprüft (§ 242b Absatz 3 SGB V), kann der Arbeitgeber die Beiträge zunächst in Höhe des Vormonats berechnen und erst im Folgemonat eine korrekte Beitragsberechnung durchführen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum Sozialausgleich nach § 242b. Sie trägt dem Ziel der künftigen Ausrichtung der Beitragsfälligkeit und des damit einhergehenden Sozialausgleichs in der in dem Gesetzentwurf skizzierten Weise ausreichend Rechnung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 2 a) (§ 28a Abs. 1 – Meldepflichten des Arbeitgebers)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung der Meldetatbestände wird die gesetzliche Grundlage für die Meldepflicht der Arbeitgeber zur Durchführung des Sozialausgleichs bei Mehrfachbeschäftigungen und/oder zeitgleichem Bezug weiterer sozialversicherungspflichtiger Einnahmen geschaffen.

B) Stellungnahme

Die Regelung trägt dem Ziel der künftigen Ausrichtung des Zusatzbeitrags und des damit einhergehenden Sozialausgleichs in der in dem Gesetzentwurf skizzierten Weise grundsätzlich Rechnung. Die Regelung führt aber in der derzeitigen Ausgestaltung dazu, dass Arbeitgeber gegebenenfalls auch für privat krankenversicherte Beschäftigte entsprechende monatliche Meldungen erstatten müssten, welche aufgrund einer nicht bestehenden Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ins Leere führten. Das Gleiche gilt für Arbeitgeber, die Personen beschäftigen, welche bereits nach § 5 Abs. 2a SGB V krankenversicherungspflichtig sind und bei denen nach § 242 Abs. 4 SGB V –neu– ausschließlich ein Zusatzbeitrag nach § 242a SGB erhoben wird und mithin ein Sozialausgleich ausgeschlossen ist. Auch in dieser Konstellation sind entsprechende monatliche Meldungen entbehrlich bzw. führten zu unnötigem Bürokratieaufwand.

In § 242b Abs. 2 Satz 5 SGB V ist geregelt, dass die den Beitrag abführenden Stellen auch die jeweiligen Krankenkassen darüber zu informieren haben, wenn der Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragssatzanteils beglichen werden kann. Für die weitere Prüfung des Anspruchs auf einen Sozialausgleich benötigen die Krankenkassen u. a. die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Damit die Krankenkassen möglichst unbürokratisch die erfor-

derlichen Daten erheben können, sollte diese Informationspflicht in eine Meldepflicht nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 SGB IV umgewandelt werden.

Unter Berücksichtigung des im § 242b Absatz 5 SGB V beabsichtigten Verfahrens zur Prüfung des Anspruchs auf Sozialausgleich durch die Krankenkassen ist es erforderlich, den in Rede stehenden Meldetatbestand auch auf die Arbeitgeber von unständig Beschäftigten zu erweitern. Eine monatliche Entgeltmeldung des Arbeitgebers wird wesentlich dazu beitragen, den Verwaltungsaufwand bei der Prüfung des Anspruchs auf Sozialausgleich für alle Beteiligten zu reduzieren.

C) Änderungsvorschlag

In § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 SGB IV –neu- werden nach dem Wort „Arbeitgebern“ ein Komma und die Wörter „bei unständiger Beschäftigung, im Fall des § 242b Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches“ eingefügt.

Spitzenverband

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 2 b) (§ 28a Abs. 4a – Meldepflichten des Arbeitgebers)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Meldetatbestand im Absatz 1 wird inhaltlich konkretisiert.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte in der Aufzählung der Meldeangaben auch der Zeitraum aufgenommen werden, in dem das Arbeitsentgelt erzielt wurde. Dies bringt Klarheit für die technische Umsetzung und Ausgestaltung innerhalb der Entgeltabrechnungsprogramme. Darüber hinaus ist für die Verteilung der Beiträge bei Mehrfachbeschäftigung eine Differenzierung zwischen laufendem und einmalig gezahltem Arbeitsentgelt erforderlich.

Der Meldetatbestand der Mehrfachbeschäftigung erfasst auch geringfügige Beschäftigungsverhältnisse; zumal nach § 28a Absatz 9 eine entsprechende Anwendung der Absätze 1 bis 8 bewirkt wird. Dies schließt die Ergänzung der Meldetatbestände um die Mehrfachbeschäftigung mit ein.

Das aus einer geringfügigen Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt gehört jedoch nicht zu den beitragspflichtigen Einnahmen nach § 242b Absatz 3 SGB V. Ein Sozialausgleich findet nicht statt. Die abzugebende monatliche Meldung entfaltet keine Wirkung. Es sollte klargestellt werden, dass der Meldetatbestand der Mehrfachbeschäftigung bei Vorliegen einer geringfügigen Beschäftigung nicht besteht.

C) Änderungsvorschlag

In § 28a Abs. 4a Satz 2 Nr. 3 -neu- wird nach dem Wort „Beschäftigungsbetriebes“ das Wort „und“ gestrichen.

In Ziffer 4 werden nach dem Wort „beitragspflichtige“ die Wörter „laufende und einmalig gezahlte“ eingefügt und nach dem Wort „Euro“ das Komma gestrichen sowie das Wort „und“ eingefügt.

Nach der Ziffer 4 wird eine neue Ziffer 5 eingefügt:

„5. der Zeitraum, in dem das unter Ziffer 4 genannte Arbeitsentgelt erzielt wurde.“

In § 28a Abs. 9 wird am Satzende der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und der Halbsatz „ ausgenommen sind die Regelungen des Abs. 1 Satz 1 Nummer 10 und Abs. 4a.“ eingefügt.

Spitzenverband

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 3 (§ 28f – Beitragsnachweis)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragsnachweis im Arbeitgeberverfahren wird um die Information des ungekürzten Krankenversicherungsbeitrages, der ohne den Sozialausgleich hätte gezahlt werden müssen, ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist grundsätzlich erforderlich, damit die Krankenkassen den Umfang des gezahlten Sozialausgleichs feststellen bzw. überprüfen können.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 4 (§ 28h – Einzugsstellen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt zunächst in Nummer 1 das Meldeverfahren (in Form eines maschinellen Abrufs), mit dem die Krankenkasse den am Sozialausgleich beteiligten Stellen im Rahmen des Verfahrens nach § 242b Absatz 3 SGB V mitteilt, welches Beitragsbemessungsverfahren anzuwenden ist.

Die Vorschrift regelt im Übrigen in Nummer 2, dass in den Fällen, in denen Entgelte aus mehreren geringfügigen Beschäftigungen bei verschiedenen Arbeitgebern zusammenzurechnen und nach den besonderen Vorschriften der Gleitzone zu verbeitragen sind, die Krankenkasse den beteiligten Arbeitgebern jeweils den korrekten „anteiligen abzuführenden Beitrag“ mitzuteilen hat.

Die Vorschrift regelt ferner in Nummer 3, dass in den Fällen des Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenzen durch das Zusammentreffen von mehreren sozialversicherungspflichtigen Entgelten, in denen bisher allein auf Antrag des Arbeitgebers oder Beschäftigten eine anteilige Beitragserstattung (§ 231 SGB V) durchgeführt worden ist, die Krankenkasse ebenfalls die anteiligen Gesamtsozialversicherungsbeiträge den beteiligten Arbeitgebern oder anderen Meldepflichtigen mitteilt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung des § 28h Absatz 2a Nummer 1 dient dem Ziel eines zeitnah durchzuführenden Sozialausgleichs und einer zeitnahen Mitteilung an die den Beitrag abführenden Stellen, wenn ein Mitglied mehrere beitragspflichtige Einnahmen hat (vergleiche auch Ausführungen zur Neuregelung des § 242b Absatz 3 SGB V).

Spitzenverband

Die Arbeitgeber sowie andere Beitrag abführende Stellen werden insoweit von einer eigenen Feststellung des Sozialausgleichsanspruchs entlastet. Bei den Neuregelungen des § 28h Abs. 2a Nummern 2 und 3 soll der Arbeitgeber zusätzlich von bürokratischem Aufwand entlastet werden.

Die derzeitige Ermittlung der anteiligen beitragspflichtigen Einnahmen bei Mehrfachbeschäftigten und Arbeitsentgelten über der Beitragsbemessungsgrenze sowie im Rahmen der sogenannten Gleitzonenregelung (Arbeitsentgelte zwischen 400,01 EUR und 800 EUR) wird mit diesen Regelungen auf die Krankenkassen übertragen und ein zusätzliches Meldeverfahren eingerichtet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 5 (§ 28o – Auskunfts- und Vorlagepflicht)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Erweiterung der Auskunfts- und Vorlagepflicht des Beschäftigten wird der Arbeitgeber in die Lage versetzt, seiner Meldeverpflichtung nach § 28a Abs. 1 Satz 1 Nummer 10 gerecht zu werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung trägt dem Ziel der künftigen Ausrichtung des Zusatzbeitrags und des damit einhergehenden Sozialausgleichs in der in dem Gesetzentwurf skizzierten Weise ausreichend Rechnung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 5 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)
§ 184d – Durchführung des Ausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wie bei der Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften soll auch bei der Lastenverteilung zwischen den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften eine Klage gegen die notwendigen Feststellungen zur Durchführung des Ausgleichs durch den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung keine aufschiebende Wirkung haben.

B) Stellungnahme

Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung wird die Neuregelung als sachgerecht bewertet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 6 (Änderung des KVLG 1989)
Nr. 1 (§ 1 Satz 3 – Verwaltungskosten der Landwirtschaftlichen Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung werden die Landwirtschaftlichen Krankenkassen von der in § 4 Abs. 4 Satz 2-5 SGB V –neu– bestimmten Begrenzung der Verwaltungskostenausgaben ausgenommen.

B) Stellungnahme

Für die Landwirtschaftlichen Krankenkassen besteht mit § 18a KVLG 1989 eine spezielle Vorschrift zur Reduzierung der jährlichen Verwaltungs- und Verfahrenskosten bis zum Jahr 2014 um 20 Prozent bezogen auf das Ausgabenniveau des Jahres 2004.

Folglich macht eine gesetzliche Begrenzung der Verwaltungsausgaben für die Jahre 2011 und 2012 auf das Ausgabenniveau des Jahres 2010 keinen Sinn.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 6 (Änderung des KVLG 1989)
Nr. 2 bis 5 (Weitere Änderungen für den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Neuregelungen in der allgemeinen Krankenversicherung sowie um redaktionelle Anpassungen.

B) Stellungnahme

Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung werden die Neuregelungen als folgerichtig und sachgerecht bewertet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 7 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)
Nr. 1 (§ 16 - Anwendung krankenversicherungsrechtlicher Vorschriften)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Durchführung des Sozialausgleichs durch die den Beitrag abführende Stelle (hier: Künstlersozialkasse) sowie zur Aussetzung des Sozialausgleichs bei mehrmaliger Nichtzahlung des Zusatzbeitrags sollen auch für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz krankenversicherungspflichtigen Künstler und Publizisten gelten.

B) Stellungnahme

Die Übertragung der Regelungen zum Sozialausgleich bei dem Personenkreis der krankenversicherungspflichtigen Künstler und Publizisten auf die Künstlersozialkasse als die den Beitrag abführende Stelle ist sachgerecht. Dies muss allerdings von Beginn an sichergestellt sein. Insofern wird die durch die Anwendung des § 242b Abs. 7 SGB V der zuständigen Krankenkasse auferlegte Pflicht, den Sozialausgleich für das Jahr 2011 durchzuführen, abgelehnt. Die Künstlersozialkasse verfügt über sämtliche Angaben zur Durchführung des Sozialausgleichs. Sollte im Jahre 2011 das Sozialausgleichsverfahren bereits Wirklichkeit werden, so ist es der Künstlersozialkasse durchaus zumutbar, entsprechende Verfahren, die künftig ohnehin einzurichten sind, kurzfristig zu etablieren.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 7 Nr. 1 (§ 16 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KSVG) wird der Verweis auf die Anwendung der Regelung des § 242b Abs. 7 SGB V gestrichen.

Spitzenverband

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 1 a) (§ 4 Abs. 2 Satz 3 – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung soll sicherstellen, dass das Erlösbudget um die Summe der Abschläge des nach § 4 Abs. 2a KHEntgG neu vorgesehenen Mehrleistungsabschlags abgesenkt wird und somit keine „künstlichen“ Mindererlösausgleiche entstehen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 8 Nr. 1 Buchstabe b (§ 4 Abs. 2a – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen, sofern der Alternativvorschlag berücksichtigt wird.

Spitzenverband

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 1 b) (§ 4 Abs. 2a – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht krankenhausspezifische Mehrleistungsabschläge für vereinbarte Leistungen vor. Der Mehrleistungsabschlag ist für das Jahr 2011 in Höhe von 30 Prozent vorgesehen. Ab dem Jahr 2012 ist die Höhe des Abschlags durch die Vertragsparteien auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses zu vereinbaren. Daneben sind Ausnahmeregelungen für Leistungen mit einem hohen Sachkostenanteil vorgesehen.

Der Abschlag ist als einheitlicher Abschlag vom Landesbasisfallwert umzusetzen und in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Leistungen sind in den Erlösbudgets der Folgejahre in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwertes zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die Intention der Bundesregierung zu Einsparmaßnahmen zu begrüßen. Die konkrete Form ist jedoch nicht befriedigend, weil sie die hausspezifischen Budgets revitalisiert und so zur Konservierung bestehender Strukturen beiträgt. Der GKV-Spitzenverband schlägt deshalb eine alternative Regelung vor:

Alternativ wird vorgeschlagen, anstelle des Mehrleistungsabschlags eine gesetzlich bestimmte Absenkung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2011 vorzusehen und dies mit einer Stärkung der Verhandlungsbasis der Krankenkassen auf Landesebene zu kombinieren.

Aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist dieser Vorschlag ordnungspolitisch einer Korrektur des Mehrleistungsabschlages auf Krankenhausebene

vorzuziehen. Die Absenkung der Landesbasisfallwerte ist geeignet, den Ausgabenanstieg nachhaltig zu begrenzen.

Alternativvorschlag	1. Absenkung der Landesbasisfallwerte um 1 Prozent. Dies entspricht einer Kostenreduktion um 500 Mio. Euro in der Basis. 2. Bewertung zusätzlicher Leistungen im Landesbasisfallwert in Höhe der variablen Kosten.
Korrigierter Mehrleistungsabschlag	1. Die Korrektur des Mehrleistungsabschlags auf 65 Prozent führt zu einem Einsparvolumen von ca. 700 Mio. Euro in den Jahren 2011 und 2012. 2. Die Halbierung der Veränderungsrate führt zu Einsparungen in Höhe von 330 Mio. Euro.

Falls die Alternative nicht mehrheitsfähig ist und es beim vorgeschlagenen Mehrleistungsabschlag auf Hausebene bleibt, wäre dieser allerdings noch zu korrigieren. Einer Korrektur des Mehrleistungsabschlages bedarf es aus folgenden Gründen:

1. Falscher Prozentsatz
   Nur variable Kosten fallen bei zusätzlicher Erbringung der Leistungen im Krankenhaus erneut an. Die Fixkosten sind demgegenüber bereits vollständig finanziert und nicht erneut zu finanzieren. Im Allgemeinen wird von einem variablen Kostenanteil in Höhe von 35 Prozent ausgegangen. Finanziert werden darf demnach nur der variable Kostenanteil in Höhe von 35 Prozent. Die Abschlagshöhe müsste also 65 Prozent betragen, nicht 30 Prozent (vgl. Personalkostenanteil im Kostenbrowser des InEK). Auch der Mehrleistungsabschlag in Höhe von 65 Prozent für erbrachte, aber nicht vereinbarte Leistungen des Krankenhauses sowie die gesamte bisherige Argumentation des Gesetzgebers in diesem Kontext basiert auf dieser Logik. Zusätzliche Leistungen werden derzeit in den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert mit teilweise deutlich höheren Prozentsätzen absenkend berücksichtigt. Der GKV-Spitzenver-

band spricht sich aus diesem Grund dafür aus, den Mehrleistungsabschlag auf 65 Prozent zu erhöhen.

2. Zum Zusammenhang zwischen Mehrleistungen auf Haus- und Landesebene
   Unabhängig davon ist es äußerst problematisch, den Mehrleistungsabschlag auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses umzusetzen, sofern die Abschlagshöhe nicht mindestens 65 Prozent beträgt. Dies würde die Symmetrie bei der Berücksichtigung von Ausgaben absenkenden und erhöhenden Tatbeständen im Landesbasisfallwert stören, weil das Argument der Fixkostendegression bereits auf Hausebene verbraucht ist. Entzöge der Gesetzgeber den Krankenkassen auf Landesebene dieses Argument durch den Mehrleistungsabschlag auf der Ebene des Einzelhauses, würde kein Geld gespart. Im Gegenteil: die Krankenkassen würden mehr bezahlen müssen als bisher. Der GKV-Spitzenverband spricht sich aus diesem Grund dafür aus, den Mehrleistungsabschlag auf die Jahre 2011 und 2012 zu begrenzen, um die Landesbasisfallwertverhandlungen nicht zu gefährden. Der Mehrleistungsabschlag darf nicht erhöhend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt werden, wie dies im vorliegenden Entwurf durch die Änderung in § 7 vorgesehen ist. Die Ausgaben absenkende Wirkung des Jahres 2011 würde damit im Jahr 2012 wieder aufgehoben und die Ausgabenbelastung für die Krankenkassen im Jahr 2012 sogar höher als ohne die Einführung eines Mehrleistungsabschlags. Die Gefährdung der Realisierung der Einsparvolumina durch Mehrleistungsabschläge entsteht dadurch, dass nicht - wie im Gesetzentwurf angenommen - die gekürzten Krankenhausbudgets, sondern weiterhin die ungekürzten Krankenhausbudgets die Basis für Landesbasisfallwerte bilden. Denn in § 10 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG wird ausgeschlossen, dass die gekürzten Krankenhausbudgets im Folgejahr den Landesbasisfallwert absenken dürfen (vgl. Klarstellung in der 15. AMG-Novelle für das Jahr 2009). Die Höhe des nicht zu finanzierenden Fixkostenanteils von 65 Prozent sollte explizit Teil der Vorgaben der Verhandlung des Landesbasisfallwertes sein (vgl. Alternativvorschlag). Sonderregelungen für zusätzliche Leistungen mit einem hohen Sach-

kostenanteil sind nicht notwendig. Auch hier sind aufgrund von Mengenrabatten auf Seiten der Zulieferer Preisabschläge umsetzbar. Darüber hinaus ergeben sich durch die Formulierung des Artikels 8 Nr. 2 schon heute Umsetzungsprobleme. Da die Landesbasisfallwerte prospektiv verhandelt werden, wird seitens der Krankenhäuser gefordert (eine entsprechende Forderung liegt bereits von der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft vor), die Summe der in 2011 zu erwartenden Mehrleistungsabschläge schon beim Landesbasisfallwert 2011 zu berücksichtigen, also den Landesbasisfallwert um diese zu erhöhen. Das hätte zur Folge, dass sich die Leistungsveränderungen auf Landesebene und die Mehrleistungen auf der Krankenhausebene aufheben würden.

3. Leistungsgerechte Vergütung statt Strukturkonservierung
Der Mehrleistungsabschlag genügt auch ordnungspolitisch nicht den Anforderungen an eine leistungsgerechte Gesundheitspolitik. Über fünf Jahre hinweg hat der Gesetzgeber unter dem Motto „Das Geld soll der Leistung folgen“ vergangenheitsbezogene Krankenhausbudgets in leistungsorientierte Budgets überführt. Dass dies gelungen ist, zeigt nicht zuletzt der DRG-Katalog 2011. Internationale Spitzenwerte zeugen von der hohen Qualität der Abbildung des Leistungsgeschehens der deutschen Krankenhäuser. Mit der Einführung des DRG-Systems wurden die Leistungen der Krankenhäuser erstmals umfassend transparent. Die Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung wurde deutlich verbessert. Patienten können heute das Krankenhaus bewusster auswählen als jemals zuvor. Patienten nutzen diese Möglichkeit. Wird ein Mehrleistungsabschlag eingeführt, der die Krankenhäuser, die mehr Leistungen erbringen, weil sie durch gute Qualität mehr Patienten anziehen, durch Abschläge „bestraft“, so ist dies nicht im Sinne der Versicherten. Ein Wettbewerb der Krankenhäuser um ihre Kunden ist gewollt und mit positiven Veränderungen verbunden. Die Preissenkungsspielräume durch Fixkostendegression sind auf Landesebene oder durch den Abschluss von Einzelverträgen auf freiwilliger Basis zu erschließen. Der GKV-Spitzenverband spricht sich aus diesem Grund dafür aus, den Mehrleistungsabschlag auf Hausebene auf die Jahre 2011 und 2012 zu

begrenzen, um die Leistungsstruktur der Krankenhäuser nicht zu konservieren. Die kostendegressive Berücksichtigung zusätzlicher Schweregrad- und Fallzahlsteigerungen sollte Teil der Vorgaben der Verhandlung des Landesbasisfallwertes bleiben (vgl. Alternativvorschlag).

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zugunsten des Alternativvorschlags des GKV-Spitzenverbandes zu streichen.

Sofern der Alternativvorschlag nicht berücksichtigt wird, sollte Absatz 2a wie folgt geändert werden:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für die Jahre 2011 und 2012 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 65 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts zu vereinbaren. Die Berücksichtigung der Mehrleistungen im Landesbasisfallwert gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 bleibt davon unberührt.“

In § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz ergänzt:

„als Summe der Mehrleistungsabschläge nach § 4 Absatz 2a ist die Summe der vereinbarten Beträge des Vorjahres maßgebend.“

Spitzenverband

Alternativvorschlag des GKV-Spitzenverbandes zu Artikel 8 Nr. 1:

1. Anpassung der Landesbasisfallwerte
   Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 10 Abs. 1 und 9 KHEntgG)
2. Anteilige Mehrkostenfinanzierung im Landesbasisfallwert
   Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 10 Abs. 3 KHEntgG)

A) Beabsichtigte Neuregelung

1.
Die Ausgangsbasis der Landesbasisfallwertverhandlungen für das Jahr 2011 wird um 1 Prozent korrigiert, um den Ausgabenanstieg um insgesamt 500 Mio. Euro zu reduzieren. Durch die Anpassung der Landesbasisfallwerte ist die Berechnung des Bundesbasisfallwerts entsprechend anzupassen.

2.
Im Rahmen der Verhandlungen des Landesbasisfallwertes werden Leistungsveränderungen (Fallzahl und Schweregrade), soweit diese nicht Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind, in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen berücksichtigt. Die durchschnittliche Höhe der variablen Kosten ist hierbei verbindlich auf 35 Prozent gesetzlich festzulegen.

B) Stellungnahme

1.
Im vergangenen Jahr sind die Krankenhausausgaben um 6 Prozent - dies entspricht rund 3,5 Mrd. Euro - angestiegen. Auch im laufenden Jahr ist mit Ausgabensteigerungen in vergleichbarer Höhe zu rechnen. Sowohl im Jahr 2009 als auch im Jahr 2010 liegen die Ausgabensteigerungen deutlich über der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen (2009: 1,41 Prozent; 2010: 1,54 Prozent). Zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs

werden die Landesbasisfallwerte 2011 um einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent korrigiert.

Da der Bundesbasisfallwert auf der Basis der mit den Casemixvolumina gewichteten Landesbasisfallwerte berechnet wird, ist die geplante Absenkung der Landesbasisfallwerte auch im Bundesbasisfallwert nachzuvollziehen.

2.
Zur Vermeidung der nicht beabsichtigten Ausgabensteigerungen ist es notwendig, dass die Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landesbasisfallwert dauerhaft auf den variablen Kostenanteil in Höhe von 35 Prozent begrenzt wird. Der erste Grund hierfür ist die krankenhausspezifische Produktivitätsentwicklung: durch den medizinischen Fortschritt können viele Krankheiten wirksamer und vor allen Dingen schneller behandelt werden. Der nach wie vor beeindruckende Verweildauerrückgang ist sichtbares Zeichen dieser Produktivitätsentwicklung. Ein zweiter guter Grund für sinkende Produktionskosten ist die Fallzahlmehrung im Verbund mit Fixkostendegression. Mit steigender Menge sinken die Durchschnittskosten, weil lediglich die variablen Kosten steigen.

Eine preisliche Steuerung auf Landesebene ist einer mengenbezogenen Rabattierung auf Einzelhausebene vorzuziehen. Negative Anreize werden vermieden. Vergleiche Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 1 Absatz 2a.

C) Änderungsvorschlag

1.
In § 10 Abs. 1 KHEntgG werden die Sätze 3 und 4 neu eingefügt:

„Basis für die Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2011 ist der um Fehlschätzungskorrekturen gem. § 10 Abs. 1 Satz 3 korrigierte vereinbarte Landesbasisfallwert 2010. Dieser wird um 1 Prozent abgesenkt.“

In § 10 Abs. 9 KHEntgG wird folgender Satz 6 neu eingefügt:

„Basis für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwertes und des einheitlichen Basisfallwertkorridors 2011 sind abweichend von Satz 5, erster Halbsatz, die um 1 Prozent abgesenkten Landesbasisfallwerte des Jahres 2010."

2.
In § 10 Abs. 3 Nr. 4 KHEntgG wird hinter den Wörtern „variablen Kosten" „zu 35 Prozent" ergänzt.

Spitzenverband

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 2 (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 – Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung ergänzt den Mehrleistungsabschlag in der Auflistung der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 1 (§ 4 Abs. 2a – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009) Punkt 2

Im Rahmen des KHRG wurde in § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG die Zu- und Abschläge für Erlösausgleiche neu aufgenommen. In § 10 Abs. 3 Satz 1 Nummer 7 wird auf die Nummer 4 verwiesen, so dass auch die Mehrerlösausgleiche neben der Berücksichtigung auf Krankenhausebene noch einmal erhöhend im Landesbasisfallwert berücksichtigt würden. Dies ist nicht sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist wie folgt zu ändern, sofern der Alternativvorschlag des GKV-Spitzenverbandes nicht berücksichtigt wird.

§ 7 Absatz 1 Satz 1 wird um folgende Nr. 8 ergänzt:

„Abschläge für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a sowie die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3“

In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 wird die Angabe „§ 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3“ gestrichen.

Spitzenverband

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 3 a) aa) (§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 – Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die Erlössumme nur dann um Zuschläge bereinigt werden darf, wenn diese Leistungen bisher über den Landesbasisfallwert finanziert worden sind. Regelungen, derer es nach Abschluss der DRG-Konvergenzphase nicht mehr bedarf, werden gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Regelung soll sicher stellen, dass eine Bereinigung der Erlössumme nur dann erfolgt, wenn die durch einen neuen Zuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 4 finanzierten Leistungen bislang nicht in die Berechnung der Relativgewichte eingeflossen sind und somit nicht über den Basisfallwert finanziert wurden. Voraussetzung für den Übergang in die Regelfinanzierung ist, dass ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss vorliegt, der den Leistungskatalog der GKV erweitert. Nur dann darf auf eine Bereinigung des Erlösbudgets verzichtet werden. Hierbei ist zu beachten, in welchem Umfang bisherige Regelleistungen entfallen. Das Erlösbudget ist um die substituierten Kosten zu bereinigen. Außer Acht gelassen wird, dass diese Regelung auch für weitere Zuschlagssachverhalte gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 4 KHEntgG Anwendung findet. So sind zukünftig alle hausspezifischen Zuschläge beispielsweise für Zentren und Schwerpunkte nicht mehr im Landesbasisfallwert abzugsfähig und müssen damit zusätzlich im Landesbudget finanziert werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Regelung explizit auf die Tatbestände zu beschränken, für die ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegt, der den Leistungskatalog erweitert.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist im Sinne der Stellungnahme anzupassen.

Spitzenverband

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 3 a) bb) (§ 10 Abs. 3 Satz 4 -neu– Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes für die Jahre 2011 und 2012 abweichend die halbierte Veränderungsrate für die Ausgabenentwicklung in den Leistungsbereichen zugrunde zu legen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur Anwendung der halbierten Veränderungsrate.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 3 b) (§ 10 Abs. 4 – Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtige Neuregelung sieht vor, bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes für die Jahre 2011 und 2012 abweichend die halbierte Veränderungsrate als Obergrenze zugrunde zu legen.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur Anwendung der halbierten Veränderungsrate

Um sicherzustellen, dass die halbierte Veränderungsrate auch bei der Vereinbarung nach § 10 Abs. 9 (Bundesbasisfallwert) Anwendung findet, ist § 10 Abs. 9 anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

§ 10 Abs. 9
Es wird folgender Satz 7 angefügt:

„Für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors in den Jahren 2011 und 2012 gilt abweichend von Satz 5 die halbierte Veränderungsrate.“

Spitzenverband

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 3 c) (§ 10 Abs. 13 Satz 2 – Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verpflichtung des BMG, das Verfahren zur Anpassung der Landesbasisfallwerte an den Bundesbasisfallwert ab dem Jahr 2015 vorzulegen, entfällt ersatzlos.

B) Stellungnahme

Die Bemühungen, den Grundsatz „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ durch die Konvergenz der Landesbasisfallwerte auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwert sicherzustellen, werden aufgegeben. Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass die wissenschaftliche Untersuchung zu den Ursachen der unterschiedlichen Höhe der Basisfallwerte der Länder durchgeführt wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 4 (Anlage 1 - Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB))

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung ergänzt in der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung den vorgesehenen Mehrleistungsabschlag.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 1 (§ 4 Abs. 2a – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zugunsten des Alternativvorschlags des GKV-Spitzenverbandes zu streichen.

Spitzenverband

Artikel 9 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes)
§ 12 Abs. 1c VAG – Höchstbeitrag im Basistarif

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Krankenversicherungsbeitrag der im Basistarif der privaten Krankenversicherung versicherten Personen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag errechnet sich nach geltendem Recht aus dem allgemeinen Beitragssatz der GKV und der Beitragsbemessungsgrenze zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitrags. Satz 2 der o. g. Vorschrift bestimmt die für die Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages anzuwendende Rechenmethode.

Da mit dem Gesetzentwurf in § 242a Abs. 2 Satz 1 SGB V –neu- vorgesehen ist, dass das BMG jährlich zum 1. November einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag für das Folgejahr bekannt gibt, wird die bisher in Satz 2 bestimmte Rechenmethode durch einen Verweis auf den veröffentlichten Zusatzbeitrag nach § 242a Abs. 2 SGB V ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 10 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)
Nr. 1 (§ 6 Abs. 1 Satz 3 – Grundsatz der Beitragssatzstabilität)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 6 Abs. 1 Satz 3 regelt die Anwendung der halbierten Veränderungsrate für diejenigen Krankenhäuser, die der BPflV unterliegen. Der Gesamtbetrag der Erlöse darf in den Jahren 2011 und 2012 maximal um die halbierte Veränderungsrate steigen.

B) Stellungnahme

Auch bei denjenigen Krankenhäusern, die der BPflV unterliegen, soll der Anstieg der Krankenhausbudgets durch die Halbierung der Veränderungsrate begrenzt werden. Die Regelung ist die konsequente Übertragung der entsprechenden Regelung aus dem Bereich des KHEntgG. Allerdings haben die Krankenhäuser nach wie vor durch umfassende Ausnahmetatbestände (§ 6 Abs. 1 Satz 4) die Möglichkeit, ihre Budgets über die Veränderungsrate hinaus zu steigern. Diese Ausnahmeregelungen bleiben auch 2011 und 2012 in Kraft, greifen durch die Halbierung der Veränderungsrate jetzt sogar bereits entsprechend häufiger. Kostenrelevanz erhält dies im Wesentlichen durch die im Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften in § 6 Abs. 4 konkretisierte Regelung zur Umsetzung der Psych-PV. Diese Regelung zur Berechnung der im Rahmen der Psych-PV zu finanzierenden Stellen erleichtert es den Kliniken erheblich, die Budgetobergrenze zu überschreiten. Bereits im Gesetzgebungsprozess hatte der GKV-Spitzenverband darauf hingewiesen, dass hierdurch Mehrkosten in Höhe von über 200 Mio. Euro entstehen. Für den Bereich der BPflV ist somit damit zu rechnen, dass durch die Regelung keine nennenswerten Einsparungen erzielt werden können. Um die Zielsetzung, die Kostensteigerungen im Krankenhausbereich angemessen zu begrenzen, zu erreichen, ist es deshalb not-

wendig, sämtliche Ausnahmen, die ein Überschreiten der Budgetobergrenze ermöglichen, in den Jahren 2011 und 2012 auszusetzen.

C) Änderungsvorschlag

In § 6 Abs. 1 Satz 4 werden nach Nr. 8 die Worte

„in den Jahren 2011 und 2012 sind die Ausnahmetatbestände Nr. 1 bis Nr. 8 nicht anzuwenden,“

eingefügt.

Spitzenverband

Artikel 10 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)
Nr. 2 (§ 6 Abs. 2 Satz 1 – Grundsatz der Beitragssatzstabilität)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 6 Abs. 2 Satz 1 regelt die Berücksichtigung von über die Veränderungsrate hinausgehenden Tarifsteigerungen. Für die Jahre 2011 und 2012 ist für die Berechnung der Tariferhöhungsrate die jeweils halbierte Veränderungsrate maßgeblich.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 10 Nr. 1

C) Änderungsvorschlag

In § 6 Abs. 2 wird nach Satz 5 als Satz 6 angefügt:

„In den Jahren 2011 und 2012 ist die Regelung der Sätze 1 bis 4 nicht anzuwenden.“

Spitzenverband

Artikel 11 (Änderung der Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung)
§ 11b DEÜV - Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung sowie bei Bezug von weiteren beitragspflichtigen Einnahmen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsvorschlag wird die Frist der erstmaligen und weiteren Übermittlung der Entgeltmeldung nach § 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 SGB IV geregelt.

B) Stellungnahme

Die Mitteilung der zuständigen Krankenkasse stellt im Gesamtkontext eher einen Einzelfall dar; dies sollte im Aufbau der beabsichtigten Neuregelung deutlich werden.

C) Änderungsvorschlag

In dem nunmehr vorgesehenen § 11b DEÜV sind im Satz 1 die Wörter „oder die Krankenkasse“ zu streichen.

Darüber hinaus wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt entsprechend, wenn die Mitteilung durch die Krankenkasse erfolgt.“

Spitzenverband

Artikel 12 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung)
§ 8 - Entgeltunterlagen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die von den Krankenkassen im Rahmen der Durchführung des Sozialausgleichs übermittelten Daten sind von dem Arbeitgeber zu den Entgeltunterlagen zu nehmen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum Sozialausgleich nach § 242b SGB V. Sie trägt dem Ziel der künftigen Ausrichtung des Meldeverfahrens und des damit einhergehenden Sozialausgleichs in der in dem Gesetzentwurf skizzierten Weise ausreichend Rechnung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 13 (Aufhebung der GKV-Beitragssatzverordnung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnung wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung der in §§ 241, 243 SGB V –neu- vorgesehenen gesetzlichen Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Spitzenverband

Artikel 14 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)
Nr. 1 (§ 36 – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zur Neunormierung der gesetzlichen Aufgabe des GKV-Schätzerkreises wird die Datengrundlage für die Feststellung der Grundpauschale durch das Bundesversicherungsamt neu bestimmt, indem der Bezug hergestellt wird zu den für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 242a –neu- maßgeblichen Werten.

Die Bekanntgabe der Grundpauschale kann wegen des Inkrafttretens der Regelungen zum 1. Januar 2011 erst zum 5. Januar 2011 statt zum 15. November des Vorjahres stattfinden. Ebenso kann die Mitteilung der Grundpauschale an die Versicherten durch die Krankenkassen erst zum 15. Januar 2011, statt zum 31.12. des Vorjahres, erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Bezugnahme auf die für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a -neu- maßgeblichen Werte ist nicht sachgerecht. Weder ist die Mitgliederzahl, die bei der Ermittlung und Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags entscheidend ist, für die Festlegung der Grundpauschale zu berücksichtigen, noch die Höhe der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, noch die in § 242a –neu- vorgesehene Berücksichtigung einer Wiederauffüllung der Rücklagen nach § 261 SGB V.

In der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 220) ist bereits dargelegt, dass eine Definition der Aufgaben des GKV-Schätzerkreises richtigerweise zunächst an der Schätzung der für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V ansetzen sollte und die Ermittlung der Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach

§ 242a SGB V für den Schätzauftrag nur ergänzenden Charakter hat. Die Notwendigkeit einer entsprechenden Definition der gesetzlichen Aufgabe des GKV-Schätzerkreises zeigt sich hier nun konkret, da die in Artikel 14 Nr. 1 gewählte Bezugnahme auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag für die Ermittlung der Grundpauschale (siehe oben) ungeeignet ist.

Die Mitteilung der Höhe der Grundpauschale durch die Krankenkassen enthält keine für die Versicherten praktisch relevante oder nützliche Information und schafft nur unnötigen Verwaltungsaufwand. Die Mitteilungspflicht sollte gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 36 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt stellt die Grundpauschale im Voraus für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der vom GKV-Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 SGB V als Grundlage für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 für das betreffende Jahr prognostizierten voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie der voraussichtlichen jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten der Krankenkassen fest.“

§ 36 Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.

Spitzenverband

Artikel 14 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) Nr. 2 (§ 37 – Zuweisungen für sonstige Ausgaben)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zur Neunormierung der gesetzlichen Aufgabe des GKV-Schätzerkreises wird die Datengrundlage für die Feststellung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben durch das Bundesversicherungsamt neu bestimmt, indem der Bezug hergestellt wird zu den für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 242a SGB V maßgeblichen Werten.

Bei der Ermittlung der Zuweisungen von Verwaltungskosten ist in den Ausgleichsjahren 2011 und 2012 die Höhe der Verwaltungskosten der GKV im Jahr 2010 zugrunde zu legen.

Die Bekanntmachung der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds kann wegen des Inkrafttretens der Regelungen zum 1. Januar 2011 erst zum 5. Januar 2011 statt zum 15. November des Vorjahres erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Bezugnahme auf die für die Festlegung nach § 242a –neu- maßgeblichen Werte ist nicht sachgerecht. Weder ist die Mitgliederzahl, die bei der Ermittlung und Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V entscheidend ist, für die Festlegung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben zu berücksichtigen, noch die in § 242a SGB V vorgesehene Berücksichtigung einer Wiederauffüllung der Rücklagen nach § 261 SGB V.

In der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 220) ist bereits dargelegt, dass eine Definition der Aufgaben des GKV-Schätzerkreises richtigerweise zunächst an der Schätzung der für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach

§§ 266 und 270 SGB V ansetzen sollte und die Ermittlung der Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V eher ergänzenden Charakter hat. Die Notwendigkeit einer entsprechenden Definition der gesetzlichen Aufgabe des GKV-Schätzerkreises zeigt sich auch hier, da die in Artikel 14 Nr. 2 gewählte Bezugnahme auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrags für die Ermittlung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben ebenfalls ungeeignet ist.

Die Regelung, dass bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen für Verwaltungskosten in den Ausgleichsjahren 2011 und 2012 die nach der Jahresrechnung des Jahres 2010 festgestellte Höhe der Nettoverwaltungskosten der GKV zugrunde zu legen sind, trägt grundsätzlich zur Rechtssicherheit der Zuweisungsbescheide bei. Diese Regelung wäre sachgerecht, wenn die Verwaltungskosten der Jahre 2011 und 2012 in der GKV strikt auf das Niveau des Jahres 2010 begrenzt würden. Da die in Artikel 1 Nr. 1 begründeten Ausnahmen für die vorgesehene Verwaltungskostenbegrenzung dringend erforderlich sind, wären hierdurch veranlasste, im Rahmen der Öffnungsklausel (siehe Änderungsvorschlag Artikel 1 Nr. 1) zulässige Mehrausgaben in den Jahren 2011 und 2012 in noch einzurichtenden Konten separat zu buchen und vom Bundesversicherungsamt bei der Ermittlung der Höhe der Verwaltungskostenzuweisungen in den Ausgleichsjahren 2011 und 2012 der Höhe der Nettoverwaltungskosten des Jahres 2010 zuzurechnen.

C) Änderungsvorschlag

In § 37 Absatz 1 Satz 2 (sowie in Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 2) werden die Wörter „der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen“ durch die Wörter „der nach § 220 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V für das betreffende Jahr prognostizierten voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie der voraussichtlichen jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten der Krankenkassen“ ersetzt.

Spitzenverband

Dem neu durch Artikel 14 Nr. 2 b) in Absatz 1 hinzugefügten Satz sind nach der Zahl „2010“ die Worte „zuzüglich der kontenmäßig separat erfassten Ausgaben für Ausnahmetatbestände nach § 4 Absatz 4 Satz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ anzufügen. Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum Änderungsvorschlag betreffend Artikel 1 Nr. 1.

Spitzenverband

Artikel 14 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) Nr. 3 (§ 40 – Mitgliederbezogene Kürzung der Zuweisungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zur Neunormierung der gesetzlichen Aufgabe des GKV-Schätzerkreises wird die Datengrundlage für die Feststellung der mitgliederbezogenen Kürzung der Zuweisungen durch das Bundesversicherungsamt neu bestimmt, indem der Bezug zu den für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 242a SGB V maßgeblichen Werten hergestellt wird.

Die Bekanntmachung der vorläufig ermittelten Höhe der mitgliederbezogenen Kürzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds kann wegen des Inkrafttretens der Regelungen zum 1. Januar 2011 erst zum 5. Januar 2011 statt zum 15. November des Vorjahres erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Bezugnahme auf die für die Festlegung nach § 242a SGB V maßgeblichen Werte ist nicht sachgerecht, da die in § 242a SGB V vorgesehene Berücksichtigung einer Wiederauffüllung der Rücklagen nach § 261 SGB V für die Festlegung der mitgliederbezogenen Kürzung nicht maßgeblich ist.

In der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 220) wird bereits dargelegt, dass eine Definition der Aufgaben des GKV-Schätzerkreises richtigerweise zunächst an der Schätzung der für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V ansetzen sollte und die Ermittlung der Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V eher ergänzenden Charakter hat. Die Notwendigkeit einer entsprechenden Definition der gesetzlichen Aufgabe des GKV-Schätzerkreises zeigt sich erneut, da die in Artikel 14 Nr. 3 gewählte Bezugnahme auf den durchschnitt-

lichen Zusatzbeitrag für die Ermittlung der mitgliederbezogenen Kürzung der Zuweisungen (siehe oben) ungeeignet ist.

C) Änderungsvorschlag

In § 40 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „der von der Bundesregierung festgelegten Beitragssätze nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen“ durch die Wörter „der nach § 220 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 für das betreffende Jahr maßgeblichen Prognosen“ ersetzt.

Spitzenverband

Artikel 15 (Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Hiervon abweichende Regelungen werden in den Absätzen 2 bis 6 bestimmt.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 2: Die Regelung nach Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (Beitragssatzstabilität; hier anzuwendende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen) soll mit Wirkung zum 1. Januar 2008 in Kraft treten. Die Regelung ist geeignet, Rechtsklarheit herbeizuführen. Mit dem rückwirkenden Inkrafttreten wird die bisherige Praxis der Festlegung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V lediglich bestätigt, d. h. es wird nicht nachträglich in abgeschlossene Sachverhalte der Vergangenheit eingegriffen.

Zu Absatz 3: Die Regelung ist sachgerecht.

Zu Absatz 5: Die Regelung nach Artikel 1 Nr. 2 (Versicherungsfreiheit; hier: verkürzter Eintritt der Versicherungsfreiheit) wird wegen der destabilisierenden Wirkung auf die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung abgelehnt. Wird der vorgeschlagenen Streichung des Artikels 1 Nr. 2 gefolgt, muss auch die spezielle Inkrafttretensvorschrift als Folgeregelung entfallen.

Zu Absatz 6: Da die Einführung des neuen Meldeverfahrens bei den Beitrag abführenden Stellen (insbesondere Arbeitgebern und Rentenversicherung) und den Krankenkassen einer Vorlaufzeit für die Anpassung der Software bedarf, ist ein Inkrafttreten zu einem früheren Zeitpunkt als dem 1. Januar 2012 nicht möglich.

Spitzenverband

Entsprechend der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 105 Abs. 5) wird ein Außerkrafttreten dieser Änderung zum 1.1.2013 vorgeschlagen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 15 wird mit "Inkrafttreten und Außerkrafttreten" überschrieben.

Es wird folgender Absatz 2a eingefügt:

"Artikel 1 Nr. 10 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2011 in Kraft und tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2013 außer Kraft."

Spitzenverband

Ergänzender Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes

Erhebung und Speicherung der Steueridentifikationsnummer durch die Krankenkassen zur Erfüllung ihrer Datenübermittlungspflichten nach dem Einkommensteuergesetz (§ 284 SGB V, § 94 SGB XI, § 23c SGB IV)

A) Regelungsbedarf

Die Krankenkassen sind nach § 32b Abs. 3 EStG verpflichtet, die Daten über die im Kalenderjahr gewährten, dem Progressionsvorbehalt unterliegenden Leistungen sowie die Dauer des Leistungszeitraums für jeden Empfänger bis zum 28. Februar des Folgejahres nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung an die Finanzverwaltung zu übermitteln. Darüber hinaus besteht nach § 10 Abs. 2a Satz 4 EStG die Verpflichtung, die im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung - soweit diese nicht mit der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung oder der Rentenbezugsmitteilung zu übermitteln sind - unter Angabe der Vertrags- oder Versicherungsdaten, des Datums der Einwilligung und der Identifikationsnummer (§ 139b der Abgabenordnung) nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch Datenfernübertragung an die zentrale Stelle (§ 81 EStG) bis zum 28. Februar des dem Beitragsjahr folgenden Kalenderjahres zu übermitteln.

Voraussetzung für beide Übermittlungsverfahren ist die Erhebung und Speicherung der Steueridentifikationsnummer. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) geht aber davon aus, dass die Sozialversicherungsträger bislang keine Befugnis zur Erhebung der Identifikationsnummer haben; die Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkassen seien abschließend im Katalog des § 284 Abs. 1 Satz 1 SGB V geregelt.

Zur Klarstellung der Befugnis der Kranken- und Pflegekassen zur Datenerhebung und Datenspeicherung sollten daher die einschlägigen Vorschriften im SGB V (§ 284 Abs. 1) und SGB XI (§ 94 Abs. 1) ergänzt werden.

Spitzenverband

Bei der Ermittlung der Steueridentifikationsnummer zur Umsetzung der Datenübermittlungspflicht nach § 32b Abs. 3 EStG könnte zudem der Verwaltungsaufwand für alle Träger entsprechender Sozialleistungen (Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit) erheblich reduziert werden, wenn die Arbeitgeber der Sozialleistungsempfänger berechtigt wären, auf den nach § 23c Abs. 2 SGB IV auszustellenden (Verdienst-)Bescheinigungen die Steueridentifikationsnummer des Versicherten anzugeben.

Als Maßnahme zum Bürokratieabbau bei den Sozialleistungsträgern sollte § 23c Abs. 2 SGB IV entsprechend ergänzt werden.

B) Änderungsvorschläge

1. In § 284 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird nach Nummer 14 folgende Nummer 15 ergänzt:

„15. die Datenübermittlungspflichten nach §§ 10 Absatz 2a Satz 4 und 32b Absatz 3 EStG“

2. In § 94 Abs. 1 SGB XI wird nach der Nummer 11 folgende Nummer 12 ergänzt:

„12. die Datenübermittlungspflicht nach § 10 Absatz 2a Satz 4 EStG“

3. In § 23c Abs. 2 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz ergänzt:

„ auf der Bescheinigung ist die Steueridentifikationsnummer (§ 139b AO) des Leistungsempfängers anzugeben.“

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health – WHO Collaborating Center

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Die Vorsitzende
Dr. Carola Reimann, MdB
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(48)
gel. ESV zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
23.10.2010

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

AG 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie

Telefon: (0521) 106 - 4565
Telefax: (0521) 106 - 89049
E-Mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de
www.uni-bielefeld.de/gesundhw
Raum: L6-122

Bielefeld, 23.10.2010

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) (Bundestagsdrucksache 17/3040)

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

haben Sie vielen Dank für die Einladung zur Teilnahme an der oben genannten Anhörung. In der Anlage erhalten Sie meine schriftliche Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

Block I: Beitragssatz, Zusatzbeiträge, Sozialausgleich

Versicherungsfreiheit (§ 6 SGB V)

Von der Wiedereinführung einer Möglichkeit zum Wechsel in die PKV nach einer nur einjährigen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze werden vor allem Junge, Gesunde und Singles Gebrauch machen, denn diese Personenkreise können sich von einem Wechsel einen finanziellen Vorteil erwarten. Schon jetzt sind die Einkommen der PKV-Mitglieder im Durchschnitt höher und der Gesundheitszustand im Durchschnitt besser als bei gesetzlich Krankenversicherten. Diese Ungleichgewichte würden sich mit der anvisierten Änderung des § 6 SGB V weiter verstärken. Damit wird zugleich die Finanzierungsbasis der GKV geschwächt, weil sie aufgrund dieser Bestimmung in erster Linie Versicherte mit überdurchschnittlichem Einkommen und unterdurchschnittlichem Behandlungsbedarf verliert.

Die gesetzlichen Krankenkassen werden im Wettbewerb um diese Personenkreise mit der PKV nicht mithalten können, weil sie vielfältigen sozialrechtlichen Vorschriften unterliegen, von denen die privaten Krankenversicherer befreit sind. Die in den letzten Jahren zu beobachtenden Bemühungen, die gesetzlichen Krankenkassen über Wahltarife (Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung) für Besserverdienende attraktiver zu machen, haben angesichts der großen Unterschiede zwischen gesetzlichem Beitrag und privater Prämie sehr wahrscheinlich nur einen geringen Effekt auf die Haltefähigkeit der GKV. Insofern ist auch die in der Gesetzesbegründung aufgestellte Behauptung, die in Rede stehende Fristenverkürzung verstärke den Wettbewerb zwischen GKV und PKV, irreführend. Zudem führen diese Tarife innerhalb der GKV zu einer wachsenden Ungleichbehandlung von Alten und Kranken, für die solche Tarife nicht in Frage kommen, auf der einen Seite sowie Jungen und Gesunden auf der anderen Seite. Die Spaltung der Gesellschaft, die aus der Trennung von privat und gesetzlich Krankenversicherten resultiert, findet auf diese Weise in der GKV-Gemeinschaft ihre Fortsetzung.

Allgemeiner Beitragssatz (§ 241 SGB V)

Die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung sind in den vergangenen Jahrzehnten nicht primär wegen einer ausufernden Ausgabenentwicklung gestiegen, sondern wegen der schrumpfenden Einnahmebasis. Seit Mitte der 70er Jahre schwankt der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt etwa zwischen 5,6 und 6,6 Prozent – lediglich das Jahr 2009 markiert (in erster Linie wegen des Wirtschaftseinbruchs in der Folge der Finanzmarktkrise) mit 7,1 Prozent einen Ausreißer. Insgesamt stellt sich also die Ausgabenentwicklung keineswegs als dramatisch dar. Wichtige Gründe für die Erosion der Einnahmebasis sind die Beschränkung der Beitragsbemessungsgrundlagen auf Löhne und Gehälter (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) sowie die Beschrän-

kung des pflichtversicherten Personenkreises. Seit Mitte der 70er Jahre bleibt der Anstieg der Löhne und Gehälter deutlich hinter dem Anstieg des Volkseinkommens zurück und verzeichnen die gesetzlichen Krankenkassen eine starke Abwanderung von Versicherten in die PKV. Allein zwischen 1996 und 2009 stieg die Zahl der Krankheitsvollversicherten vom 7,0 auf 8,7 Millionen Personen.

Eine stabile und nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung setzt voraus, dass diese Beschränkung aufgegeben wird: Sie erfordert die Erweiterung der Beitragsbemessung auf andere Einkunftsarten (z.B. Einnahmen aus Kapitalgeschäften, aus Vermietung und Verpachtung) sowie die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die gesetzliche Krankenversicherung. Da der vorliegende Gesetzentwurf auf diese Maßnahmen verzichtet, wird er nicht zu einer stabilen und nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Die nun vorgesehene Anhebung der Beitragssätze auf 15,5 Prozent steht in der Tradition der seit Jahrzehnten verfolgten Gesundheitspolitik. Sie verstärkt die bestehenden Gerechtigkeitsdefizite in der Krankenversicherung: Da der Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen die skizzierten Strukturveränderungen nicht vorsieht, wird die Beitragssatzanhebung nur wirksam für die sozialversicherungspflichtigen Arbeitsentgelte, nicht aber für Arbeitseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und für Einkommen aus anderen Einkunftsarten. Nicht zuletzt soll darauf hingewiesen werden, dass der Gesetzentwurf auf eine Rückkehr zur bis 2005 geltenden paritätischen Finanzierung des Beitragssatzes verzichtet. Zwar soll der Anstieg um 0,6 Beitragssatzpunkte zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen werden, aber der von CDU/CSU, SPD und Bündnis 90/Die Grünen eingeführte Sonderbeitrag für die Versicherten in Höhe von 0,9 Prozent bestehen bleiben.

Das beabsichtigte Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags wäre ein weiterer großer Schritt weg vom Grundsatz der paritätischen Finanzierung, der bereits 2005 mit der erwähnten Einführung des Sonderbeitrags aufgeweicht worden war. Während die Arbeitgeber bisher automatisch an den steigenden Kosten der Krankenversorgung beteiligt wurden, würden die voraussichtlich weiter ansteigenden GKV-Ausgaben künftig einseitig den Versicherten aufgebürdet werden. Die im Koalitionsentwurf anvisierte Maßnahme ist aus unterschiedlichen Gründen abzulehnen. Erstens verletzt sie den Grundsatz des sozialen Interessenausgleichs zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern, der der paritätischen Finanzierung zugrunde liegt. Zweitens begründet sich die paritätische Finanzierung auch mit der spezifischen Rolle der Arbeitgeber bei der Entstehung von medizinischem Versorgungsbedarf und mit dem Nutzen, den sie aus einer hochwertigen Krankenversorgung. Zahlreiche empirische Untersuchungen belegen, dass die Erwerbsarbeit zu den wichtigsten Entstehungsursachen von Erkrankungen und gesundheitlichem Versorgungsbedarf zählt. Dies geschieht, indem Arbeitgeber die Arbeitskraft ihrer Beschäftigten nutzen, um eigene Zwecke zu verfolgen, nämlich Gewinne zu erzielen und zu erhöhen. Zwar bringen die Arbeitgeber allein die Beiträge für die gesetzliche Unfallversi-

cherung auf, jedoch kompensiert diese nur einen sehr kleinen Teil der durch die Arbeit entstehenden Gesundheitsschäden, nämlich die Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Die Kosten für die Behandlung des bei weitem größten Teils dieser Gesundheitsschäden, nämlich der arbeitsbedingten Gesundheitsbelastungen, werden hingegen der gesetzlichen Krankenversicherung auferlegt. In dem Maße, wie die Arbeitgeberbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von den GKV-Ausgaben abgekoppelt werden, wird es ihnen gestattet, Produktionskosten zu externalisieren und der Gesellschaft aufzuerlegen. Drittens profitiert der Arbeitgeber von einer hochwertigen Krankenbehandlung auch deshalb, weil diese dazu beiträgt, die Arbeitsfähigkeit erkrankter Arbeitskräfte rasch wiederherzustellen und damit die direkten und indirekten Kosten der Arbeitsunfähigkeit zu begrenzen. Auch dieser Effekt begründet eine paritätische Lastenverteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern bei der Finanzierung der Krankenversicherung.

Schließlich sinkt mit der Festschreibung des Beitragssatzes auch das Interesse der Arbeitgeber an einer wirkungsvollen Kostendämpfung und droht damit deren gesellschaftspolitisches Gewicht für eine Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung verloren zu gehen.

Zusatzbeitrag und Sozialausgleich (§§ 221b, 242, 242a, 242b SGB V)

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht eine Mischfinanzierung aus Versichertenbeiträgen, Steuerzuschüssen und einer einkommensunabhängigen Arbeitnehmerpauschale vor. Die bisherige Begrenzung des Zusatzbeitrags soll aufgehoben werden; der Zusatzbeitrag ist demzufolge – wie bisher – ausschließlich von den Arbeitnehmern und – anders als bisher – ausschließlich als Pauschalbeitrag zu entrichten. Auf diese Weise soll der Zusatzbeitrag in den nächsten Jahren ein wachsendes Gewicht erhalten und damit zum Türöffner für die Umstellung des Finanzierungssystems auf eine Kopfpauschale werden. Ein steuerfinanzierter Zuschuss soll dafür sorgen, dass die Belastung durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht mehr als zwei Prozent des individuellen Bruttoeinkommens beträgt.

Die Realisierung dieser Vorhaben würde eine grundsätzliche Abkehr vom derzeitigen Finanzierungsmodus in der GKV und einen Einstieg in eine Finanzierung auf der Grundlage einer Kopfpauschale bedeuten. Der Grundsatz einer solidarischen Finanzierung würde damit vollständig aufgegeben werden. Dies betrifft erstens die Lastenverteilung zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Ausschließlich die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssten die aller Voraussicht nach steigenden Ausgabenüberhänge in der GKV tragen. Während der Arbeitgeberbeitragssatz bei 7,3 Prozent eingefroren wird, müssten die Arbeitnehmer bis zu 10,2 Prozent ihres Einkommens für die GKV entrichten. Zweitens würde das gegenwärtig schon existierende Gerechtigkeitsdefizit unter den Versicherten weiter verstärkt, denn die Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen würden durch den pauschalen Zusatzbeitrag in besonderer Weise belastet werden. Geht man mit dem Bundesversicherungsamt von einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag in Höhe von monatlich 16 Euro im Jahr 2014

aus, so zahlt ein Versicherter mit einem Bruttoeinkommen von 800 Euro einen Beitragssatz von 10,2 Prozent, bei 2.000 Euro 9,0 Prozent und bei 3.750 Euro 8,6 Prozent. Bei Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze geht der Beitragssatz noch einmal deutlich zurück und beträgt z.B. bei einem Einkommen von 6.000 Euro nur noch 5,4 Prozent. Allerdings zählt die degressive Belastung von Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze schon jetzt zu den gravierenden Gerechtigkeitsdefiziten in der GKV. Dieses Merkmal wird durch die vorgesehenen Reformen in zweierlei Hinsicht verschärft: zum einen wird die größere wirtschaftliche Leistungskraft höherer Einkommen bei einem pauschalen, unbegrenzten Zusatzbeitrag nicht berücksichtigt, zum anderen greift die Degression auf Grund des pauschalen Zusatzbeitrags nun auch bei den Pflichtversicherten.

Für viele können die Folgen noch gravierender sein, nämlich wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitrag über dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag liegt. Da die Kasse von den Versicherten eine Zusatzpauschale in unbegrenzter Höhe erheben kann, aber der Sozialausgleich nur nach dem vom Bundesversicherungsamt (BVA) jährlich prognostizierten durchschnittlichen Zusatzbeitrag bemessen wird, gleicht er nicht eine kassenindividuell höhere Belastung aus.

Hinzu kommt, dass parallel die private Krankenversicherung als Krankheitsvollversicherung bestehen bleibt, ja der Zugang für Besserverdienende zu diesem Versicherungssegment sogar erleichtert werden soll (s.o.). Kein anderes Land zumindest in der EU-15 gestattet einem derart großen Teil seiner Bevölkerung den Ausstieg aus der solidarisch finanzierten Krankenbehandlung. Auch die beiden Gesundheitssysteme in Europa, die eine Kopfpauschale bei der Finanzierung ihres Gesundheitswesens anwenden (Niederlande, Schweiz) verfügen über ein einheitliches Krankenversicherungssystem für die ganze Bevölkerung.

Die Belastung Besserverdienender über die Finanzierung des Steuerzuschusses wird deren Entlastung bei der Aufbringung der Krankenversicherungsbeiträge nicht ausgleichen. Ein erheblicher Teil des gesamten Steueraufkommens besteht aus Verbrauchssteuern, bei denen der Steuersatz für alle Personen – unabhängig vom Einkommen – gleich hoch ist. Zu einem relevanten Teil finanzieren die Leistungsempfänger den Steuerzuschuss also selbst. Darüber hinaus bestehen vor dem Hintergrund der makro-ökonomischen bzw. makro-politischen Vorgaben (Verschuldung der öffentlichen Haushalte, Vorgaben der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion, Verankerung einer Schuldenbremse im Grundgesetz, Festhalten an Steuersenkungsplänen in der Koalition) erhebliche Zweifel an der Stabilität und Nachhaltigkeit der staatlichen Transferzahlungen.

Angesichts der Konstruktion des vorgesehenen Finanzierungssystems ist die Bezeichnung des steuerfinanzierten Zuschusses zur Begrenzung der Durchschnittsbelastung als „Sozialausgleich“ unzutreffend.

Die Koalitionsfraktionen verfolgen mit der Finanzierungsreform nicht nur das Ziel einer Abkoppelung der Arbeitgeberbeiträge von den Lohnkosten, sondern schreiben ihr auch eine ordnungspolitische Funktion zu: Die pauschale Bemessung des Zusatzbeitrags soll als eindeutig identifizierbares Preissignal wirken und damit den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verstärken. Demgegenüber ist einzuwenden, dass die Finanzlage der Krankenkassen stark von der Zusammensetzung der jeweiligen Versichertengemeinschaft beeinflusst wird, denn der Risikostrukturausgleich bleibt nach wie vor nur auf einen Teil der Krankheiten beschränkt. Daher ist der Zusatzbeitrag auch kein zuverlässiger Indikator für die Leistungsfähigkeit und Effizienz einer Krankenkasse. Diejenigen Krankenkassen, die einen überdurchschnittlichen Anteil von Personen mit erhöhtem Behandlungsbedarf versichern, werden auch weiterhin im Wettbewerb strukturell benachteiligt. Insofern haben wir es mit einem verzerrten Wettbewerb zu tun. Für die Ausrichtung des Kassenhandelns bedeutet dies, dass Krankenkassen auch künftig versuchen werden, ihre Wettbewerbsposition durch Risikoselektion zu verbessern.

Block II: Begrenzung der Ausgaben

Einfrieren der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen (§ 4 SGB V)

Wenn es um Einsparmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung geht, wird häufig auf die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen verwiesen. Sie geraten auch deshalb ins Visier von Sparanstrengungen, weil zurecht das Postulat existiert, ein möglichst hoher Teil der Beiträge solle direkt „beim Patienten ankommen", also für die unmittelbare Krankenversorgung aufgewendet werden. Verwaltungsausgaben werden vor diesem Hintergrund misstrauisch betrachtet. In der Tat kann und muss gefragt werden, ob alle Ausgaben für Verwaltung notwendig oder gerechtfertigt sind. Dies gilt etwa für die Gehälter mancher Führungskräfte in den Krankenkassen, die das Bundesverfassungsgericht im Übrigen der mittelbaren Staatsverwaltung zurechnet.

Insgesamt aber bleibt festzuhalten, dass die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen mit einem Anteil von rund sechs Prozent im internationalen Vergleich sehr niedrig sind. Dies gilt insbesondere im Vergleich zu dem stark privatwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitswesen der Vereinigten Staaten, aber auch im Vergleich zu jenen Krankenversicherungssystemen, die ähnliche institutionelle Merkmale aufweisen wie Deutschland (Schweiz, Niederlande).

Zudem werden Verwaltungsausgaben in der politischen Rhetorik häufig mit überflüssiger Bürokratie gleichgesetzt, in vielen Fällen zu Unrecht. Ein großer Teil der Verwaltungsausgaben ist unmittelbar auf die Versorgung bezogen und unmittelbar von deren Umfang abhängig. Verwaltungsausgaben dienen auch der Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens. Gerade der politisch vorangetriebene Wandel der Krankenkassen vom payer zum player hat deren Verwaltungsaufwand (z.B. für Werbung, Qualitätssicherungs- und andere Kontrollmaßnahmen, Transaktionskosten für den Abschluss von Versorgungsverträgen) beträchtlich erhöht. Die wachsende Komplexität der Aufgaben bringt eine immanente Tendenz zur Erhöhung des Verwaltungsaufwands hervor. Unter diesen Gesichtspunkten erscheint die vorgesehene Begrenzung der Verwaltungsausgaben als nicht berechtigt. Schließlich sei auch darauf hingewiesen, dass die Ausgaben für Verwaltung mit der Einführung des Wettbewerbs, mit der Ökonomisierung und Privatisierung des Krankenversorgungssystems steigen. Denn die Einführung finanzieller Anreize bringt zum Zweck der Vermeidung von Ausweichreaktionen der Leistungsanbieter eine Erhöhung des Kontrollaufwands mit sich. Darüber hinaus steigt der Bedarf an Werbung und mit der Differenzierung der Versicherungskonditionen ebenfalls der Aufwand für die Prüfung von Versichertenansprüchen. Wettbewerb und Bürokratie sind keine Gegensätze, sondern zwei Seiten einer Medaille.

Begrenzung der Ausgaben für Krankenhausbehandlung (§§ 7 und 10 KHEntG, § 6 BPflV)

Einsparungen sollen vor allem durch die Erhebung eines Mehrleistungsabschlags in Höhe von 30 Prozent und durch eine Halbierung der Veränderungsrate in den Jahren 2011 und 2012 erzielt wer-

den. Durch eine Reduzierung der Vergütung für Leistungen, die über die vereinbarte Menge hinausgehen, drohen entweder ein Qualitätsverlust oder eine Leistungsverweigerung, weil diese Leistungen kaum in der notwenigen Qualität kostendeckend erbracht werden können. Die Halbierung der Veränderungsrate begünstigt einen weiteren Personalabbau und eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in der Krankenhausversorgung. Die Kräfteverhältnisse zwischen den Berufsgruppen geben Grund zu der Vermutung, dass sich dieser Trend vor allem zu Lasten des Pflegepersonals auswirken würde. Schon jetzt stellen die aus den Arbeitsbedingungen resultierenden Belastungen für Ärzte und Pflegepersonal eine Gefahr für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten dar. Die genannten Vorhaben stellen administrative Ausgabenbegrenzungen dar; eine Erschließung von Rationalisierungsreserven wird damit nicht erreicht. Eine Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven würde eine erhebliche Erhöhung der Krankenhausinvestitionen voraussetzen, um die vielfach nicht gegebenen baulichen Voraussetzungen für effiziente Arbeitsabläufe in der Krankenhausversorgung zu schaffen.

Ausgabenbegrenzung für Vertrags(zahn)ärzte und in der hausarztzentrierten Versorgung (§§ 73b, 85 und 87d SGB V)

Auch für die Vertrags(zahn)ärzteschaft soll die Zuwachsrate der Gesamtvergütung im Verhältnis zur Grundlohnsummensteigerung halbiert und das Honorarniveau in der hausarztzentrierten Versorgung bei Neuverträgen begrenzt werden. In den vergangenen Jahren haben die Vertragsärzte kräftige Honorarsteigerungen realisieren können. Unter diesem Gesichtspunkt kommen sie mit den genannten Maßnahmen überaus glimpflich davon. Die Honorarbegrenzung für die hausarztzentrierte Versorgung beinhaltet allerdings die Gefahr, dass – unbeschadet des Problems der Schaffung eines defacto-Vertragsmonopols für den Hausärzteverband – damit die finanzielle Attraktivität der Hausarzttätigkeit sinkt. Soll die hausärztliche Lotsen- und Koordinierungsfunktion ein Schlüssel für die Lösung der Versorgungsprobleme in einer älter werdenden Gesellschaft sein, so ist es erforderlich, dass die hausärztliche Tätigkeit auch finanziell gegenüber der Spezialistentätigkeit attraktiver wird.

Insgesamt handelt es sich bei den vorgesehenen Maßnahmen um lediglich kurzfristig ausgerichtete administrative Ausgabenbegrenzungsversuche. Es unterbleiben hingegen durchgreifende Strukturreformen, die auf die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und in der Krankenhausversorgung zielen.

Gesamtwürdigung

Die vorgesehene Reform trägt nicht zu einer stabilen, nachhaltigen und sozial gerechten Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Vielmehr führt sie zu einer Verschärfung der sozialen Schieflage bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, indem sie künftige Ausgabenüberhänge ausschließlich den Arbeitnehmern auferlegt und innerhalb der Versichertengemeinschaft vor allem die Bezieher geringer und mittlerer Einkommen belastet. Gleichzeitig wird auf not-

wendige Strukturreformen bei der Gestaltung des Versicherungs- und Versorgungssystems verzichtet. Daher ist mit großem Nachdruck eine Ablehnung der Reform zu empfehlen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(12)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
15.10.2010

Stellungnahme des IKK e.V. zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 25.10.2010

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Finanzierungsgesetz)

(BT-Drs. 17/3040)

Gemeinsame Vertretung der
Innungskrankenkassen e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-10
info@ikkev.de

I. Grundsätzliche Anmerkungen

Der IKK e.V. als Vertretung der Innungskrankenkassen auf Bundesebene begrüßt grundsätzlich, dass der Gesetzgeber Bemühungen unternimmt, das für 2011 zu erwartende Defizit der GKV in Höhe von 10 bis 11 Mrd. € zu vermindern. Allerdings bewerten wir kritisch, dass das Defizit zum größten Teil über Beitragssatzerhöhungen gedeckt werden soll. Eine stärkere Begrenzung der Ausgabensteigerungen bei den Leistungserbringern wäre möglich und notwendig gewesen. Die aus den Beitragssatzsteigerungen resultierenden Belastungen der Versicherten hätten dadurch deutlich begrenzt werden können.

Mit Blick auf die konkretisierenden Sparanforderungen an die unterschiedlichen Beteiligten stellt sich die Frage, weshalb die **Einsparungen** in den verschiedenen Ausgabenbereichen so asymmetrisch verteilt werden sollen. Während die gesetzlichen Krankenkassen für ihre Verwaltungsausgaben eine Nullrunde verordnet bekommen, wird bei der ärztlichen Vergütung und bei den Ausgaben für Krankenhäuser, die im Übrigen den Großteil der Ausgabensteigerungen der letzten Jahre ausmachen, nur eine marginale Begrenzung der künftigen Ausgabenanstiege angestrebt. Zudem ist fraglich, inwieweit durch die beabsichtigten Neuregelungen tatsächlich eine Begrenzung der Ausgabensteigerungen bei den Leistungserbringern in Höhe der im Entwurf genannten Einsparsummen von 3,5 Mrd. € in 2011 und 4 Mrd. € in 2012 erzielt werden kann.

Für Krankenkassen, Krankenhäuser, Zahnärzte und Hausärzte werden im Referentenentwurf dezidierte Angaben über die Einsparpotenziale der ausgabenbegrenzenden Maßnahmen angegeben. Lediglich für den **vertragsärztliche**n **Bereich** sind keine Einsparziele benannt, weshalb davon ausgegangen werden muss, dass diese äußerst gering ausfallen werden. Der zu erwartende nahezu unbegrenzte Ausgabenzuwachs im vertragsärztlichen Bereich passt daher überhaupt nicht in das Gesamtbild der sektorenübergreifend angestrebten Bemühungen, Ausgabenbegrenzungen zu erreichen. Diese selektive Bevorzugung einer einzelnen Leistungserbringergruppe lehnen wir auch vor dem Hintergrund ab, dass nahezu unbegrenzt wachsende Vergütungen für die vertragsärztliche Versorgung in einer Zeit signifikant ansteigender Belastungen für Versicherte und Arbeitgeber unverantwortlich sind.

Im Gegensatz zur Nullrunde für die Krankenkassen wird das Vergütungswachstum für Krankenhäuser und Zahnärzte lediglich auf die halbe Veränderungsrate begrenzt. Vor dem Hintergrund dieser bereits **begrenzten Einsparpotentiale** halten wir es nicht für zielführend, wenn parallel im Referentenentwurf Ausgabensteigerungen gesetzlich fixiert werden. Sowohl beispielsweise die Ausklammerung des Bereiches Zahnersatz bei der Begrenzung der Gesamtvergütung der Zahnärzte als auch die Ost-West-Angleichung der zahnärztlichen Vergütungsniveaus unterlaufen die angestrebten Einsparziele. Die Ost-West-Angleichung der zahnärztlichen Vergütungsniveaus in den neuen Bundesländern ist auch deshalb wenig zielführend, weil die Fallwerte in den neuen Bundesländern vielfach über denen der alten Bundesländer liegen, so dass die Notwendigkeit eines Ausgleiches auch im Hinblick auf die in § 71 SGB V zwingend vorgeschriebene Beitragssatzstabilität nicht ersichtlich ist. Ursachen für das geringere Einkommen der ostdeutschen Zahnärzte dürfte in der höheren Zahnarztdichte (mehr Zahnärzte je Tsd. Einwohner) und der im Ver-

gleich zu den alten Bundesländern eingeschränkten Realisierung von Privateinnahmen durch Zusatzvereinbarungen mit den Patienten zu finden sein.

Der IKK e.V. begrüßt die geplante Verlagerung des Sozialausgleiches von der Kassenebene auf die Ebene des Gesundheitsfonds. Durch die Neugestaltung der Überforderungsklausel wird erstmals ein vollständiger **Finanzkraftausgleich** zwischen den Krankenkassen eingeführt. Die bisherige Konstruktion der sozialen Belastungsgrenze bei den Zusatzbeiträgen führte dazu, dass Kassen mit vielen Geringverdienern im Kassenwettbewerb benachteiligt wurden, da sie zur Erhebung höherer Zusatzbeiträge gezwungen waren als Kassen mit vielen besserverdienenden Versicherten. Die angestrebte Ansiedlung des Sozialausgleiches auf der Ebene des Gesundheitsfonds stellt nunmehr endlich Chancengleichheit im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen her.

Wir sehen hingegen kritisch, dass hinsichtlich der Höhe des jährlichen **Steuerzuschusses zur Finanzierung des Sozialausgleiches** lediglich eine Absichtserklärung für eine Regelung dieses Tatbestandes im Jahr 2014 vorgesehen ist. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass der Sozialausgleich ab 2015 nur partiell über Steuern finanziert wird, infolgedessen die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen diese Differenz über höhere Zusatzbeiträge finanzieren müssten. Der IKK e.V. fordert daher, dass die Festlegungsprinzipien über die Höhe des jährlichen Steuerzuschusses zum Gesundheitsfonds bereits im GKV-Finanzierungsgesetz rechtlich fixiert werden.

Darüber hinaus sehen wir kritisch, dass die jährliche **Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages** für das Folgejahr durch das BMG zukünftig im Einvernehmen mit dem Finanzministerium zu erfolgen hat. Aus dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag ergibt sich rechnerisch automatisch der notwendige Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds. Es ist zu befürchten, dass kurzfristige fiskalische und haushaltspolitische Erwägungen des Finanzministeriums die Prognosen des Schätzerkreises zur Höhe des zu erwartenden Fondsdefizits und des daraus resultierenden durchschnittlichen Zusatzbeitrages dominieren werden. Eine fiskalpolitisch motivierte Absenkung des Steuerzuschusses für den Sozialausgleich hätte ein höheres Fondsdefizit zur Folge, infolgedessen die Kassen höhere Zusatzbeiträge erheben müssten. Der Sozialausgleich würde in diesem Falle nicht mehr von allen Bürgern, sondern wie bislang ausschließlich von den GKV-Mitgliedern getragen werden.

Im Referentenentwurf ist vorgesehen, dass nur das sozialversicherungspflichtige Einkommen für die **Bemessung eines Anspruchs auf Sozialausgleich** herangezogen wird. Das bedeutet, dass die Situation entstehen kann, dass ein Arbeitnehmer mit geringem Lohneinkommen einen Sozialausgleich erhält, obwohl er über ein hohes Kapitaleinkommen verfügt. Die Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Bemessung des Anspruchs auf Sozialausgleich war ursprünglich ein zentrales Gerechtigkeitsargument für die Einführung einer einkommensunabhängigen Prämie. Eine Korrektur einiger verteilungspolitisch zum Teil fragwürdiger Ausgestaltungen der bisherigen Beitragsbemessung ist bedauerlicherweise nicht mehr vorgesehen.

Der Referentenentwurf sieht eine paritätische Anhebung der Beitragssätze zur Krankenversicherung ab 2011 um 0,6 Prozentpunkte vor. Damit wird das zu erwartende Defizit zumindest in 2011 paritätisch finanziert. Parallel wird der Beitragssatz der Arbeitgeber jedoch bei 7,3% eingefroren. Das bedeutet, dass ab 2012 alle Kostensteigerungen in der GKV ausschließlich von den Versicherten zu tragen sein werden. Damit wird die **paritätische Finanzierung** der GKV weiter ausgehöhlt.

Es ist geplant, die maximale **soziale Belastungsgrenze** eines Mitglieds durch Zusatzbeiträge von einem auf zwei Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens anzuheben. Da die Zusatzbeiträge als fixer Eurobetrag erhoben werden, kommt es zu einer stärkeren Belastung der Bezieher geringer Einkommen. Diese stärkere Belastung geringer Einkommen wird relativiert, wenn man den geplanten zusätzlichen Steuerzuschuss zum Fonds zur Finanzierung des Sozialausgleiches heranzieht, da höhere Einkommen einen höheren Anteil zum Steueraufkommen bereitstellen. Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass hohe und mittlere Einkommen ihre Zusatzbeiträge von der Steuer absetzen können, was geringen Einkommen nur begrenzt oder gar nicht möglich ist. Zudem finanzieren geringe Einkommen ihren Steuerzuschuss auch noch partiell mit: Weil der Steuerzuschuss nicht ausschließlich über die Einkommenssteuer, sondern aus dem gesamten Steueraufkommen aufgebracht werden soll, sind auch Mittel aus den Verbrauchssteuern – wie z.B. der Mehrwertsteuer – im Steuerzuschuss enthalten. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, den Sozialausgleich im Sinne des Ziels des Gesetzentwurfes sozial ausgewogener zu gestalten und zu ermöglichen, den Steuerzuschuss ausschließlich über direkte Steuern zu finanzieren.

Das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung ist in 2011 auch deshalb so hoch, weil der Leistungskatalog noch immer eine Vielzahl **versicherungsfremder Leistungen** beinhaltet. Diese verursachen jährliche Ausgaben in Höhe eines zweistelligen Milliardenbetrages. Eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird solange erschwert, wie diese gesamtgesellschaftlichen Leistungen nicht angemessen über Steuermittel finanziert werden. Der IKK e.V. fordert deshalb, den Steuerzuschuss sukzessive auszubauen und zur Stabilisierung in die mittel- und langfristige Finanzplanung des Bundes aufzunehmen.

Zukünftig soll es Versicherten wieder ermöglicht werden, bereits nach einmaligem Überschreiten der **Versicherungspflichtgrenze**, die Solidargemeinschaft zu verlassen und die in die private Krankenversicherung zu wechseln, obwohl diese möglicherweise über Jahrzehnte von der beitragsfreien Familienversicherung oder verminderten Beitragssätzen profitiert haben. Darüber hinaus werden der GKV umfangreiche Finanzmittel entzogen. Diese Neuregelung widerspricht daher dem Gesetzesziel einer „nachhaltigen“ und „sozial ausgewogenen“ Weiterentwicklung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung diametral.

Da die vom GKV–Spitzenverband vorgelegte Stellungnahme mit den Spitzenorganisationen der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und somit auch mit dem IKK e.V. abgestimmt ist, beschränken wir uns in den folgenden spezifischen Anmerkungen auf besonders wichtige Aspekte bzw. auf ergänzende Auffassungen des IKK e.V. zu den in der Stellungnahme des GKV-SV formulierten Anmerkungen und Vorschlägen.

Hinsichtlich der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG – Drs. 17/3040 -) schließen wir uns der abgestimmten Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes an.

II. Spezifische Anmerkungen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 (§ 4 Abs. 4 SGB V – Verwaltungsausgaben der Krankenkassen)

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass die **Verwaltungsausgaben der Krankenkassen** für die Jahre 2011 und 2012 auf dem Stand des Jahres 2010 eingefroren werden sollen.

Bewertung

Grundsätzlich ist es angemessen, dass die Krankenkassen ebenfalls einen Beitrag zur Deckung des hohen Defizits der GKV im Jahr 2011 und 2012 leisten sollen. Allerdings stellt sich die Frage, weshalb die Ausgaben der Krankenkassen umfänglich auf dem Stand 2010 eingefroren werden, hingegen die zu erwartenden Ausgabensteigerungen der Leistungserbringer nur marginal begrenzt werden sollen. Zielführender wäre es gewesen, allen Ausgabenbereichen eine Nullrunde zu verordnen. Eine Nullrunde für die Verwaltungskosten der Krankenkassen lässt darüber hinaus außen vor, ob eine Kasse bereits jetzt schon wirtschaftlich handelt oder ob noch viele Einsparmöglichkeiten bestehen.

Jenseits dessen ist es notwendig, gewisse - von den Kassen nicht beeinflussbare - Sondertatbestände beim Einfrieren der Verwaltungskostenbudgets außen vor zu lassen. Neben neuen gesetzlichen Aufgaben, wie z.B. der Erhebung von Zusatzbeiträgen und der Durchführung des Sozialausgleiches, gilt es auch effizienzsteigernde Investitionen in die IT-Infrastruktur von der Budgetierung auszunehmen. Hierdurch würde vermieden, dass notwendige sächliche IT-Investitionen aufgrund der Budgetierung ausgesetzt oder verschoben werden und sich ein absehbarer Investitionsstau bildet, der wiederum die Verwaltungskosten der Krankenkasse nach Auslauf der Begrenzung in die Höhe treibt. Für eine Behandlung dieser Kosten als außerbudgetäre Ausgaben spricht auch die Tatsache, dass das seinerzeitige Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bereits bei der letzten Verwaltungskostenbudgetierung in den Jahren 2004–2007 IT-Investitionen von der Begrenzung der Verwaltungskosten ausgenommen hatte.

Darüber hinaus sollten Lohn- und Gehaltssteigerungen aufgrund bereits geschlossener Tarifverträge mit Wirkung ab 2011 nicht im Basisjahr 2010 berücksichtigt werden. Auch die zum 1. Januar 2011 um 0,3 Prozentpunkte steigenden Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung führen zu einem von den Krankenkassen nicht beeinflussbaren Anstieg der persönlichen Verwaltungskosten und sind daher von der Budgetierung auszunehmen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 (§ 6 SGB V – Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern)

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist beabsichtigt, die **dreijährige Wartefrist** abzuschaffen. Arbeitnehmer sollen zukünftig - wie vor dem Inkrafttreten des GKV-WSG - nach nur einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze aus der Krankenversicherungspflicht ausscheiden.

Bewertung

Der IKK e.V. sieht diese Neuregelung kritisch. Laut Referentenentwurf ist es das Ziel des GKV-Finanzierungsgesetzes eine „nachhaltige und soziale ausgewogene Finanzierung“ zu entwickeln. Das mit dem Gesetzentwurf verfolgte Ziel der finanziellen Stabilisierung der GKV wird durch die Erleichterung des Wechsels besser verdienender Versicherter in die private Krankenversicherung jedoch konterkariert. Konsequenz dieser Neuregelung sind abnehmende Beitragseinnahmen der GKV, daraus resultierend höhere Defizite des Gesundheitsfonds, die wiederum durch höhere Zusatzbeiträge für die in der gesetzlichen Krankenversicherung verbliebenden gering- und mittelverdienenden Versicherten refinanziert werden müssten.

Darüber hinaus stellt sich vor dem Hintergrund des Gesetzesziels der sozialen Ausgewogenheit die Frage, weshalb es Versicherten bereits nach einmaligem Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze ermöglicht werden soll, die Solidargemeinschaft zu verlassen, obwohl diese möglicherweise über Jahrzehnte von der beitragsfreien Familienversicherung oder verminderten Beitragssätzen profitiert haben. Die beabsichtigte und als Reformziel deklarierte „sozial ausgewogene“ Weiterentwicklung der Finanzierung wird durch diese beabsichtigte Neureglung konterkariert.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 (§ 73b SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser gesetzlichen Neuregelung wird angestrebt, das **Vergütungsniveau für Hausarztverträge** ab 2011 zu begrenzen. Für Verträge, die vor dem Kabinettsbeschluss zustande gekommen sind, gilt Bestandsschutz. Ausgaben für Leistungen, die über die Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehen, müssen zukünftig durch Effizienzsteigerungen oder Einsparungen finanziert werden. Deshalb sind Hausarztverträge zukünftig den zuständigen Aufsichten vorzulegen und können innerhalb von zwei Monaten von diesen beanstandet werden.

Bewertung

Der IKK e.V. begrüßt die Bestrebungen des Gesetzgebers, die Ausgabenzuwächse für Hausarztverträge, denen bislang keine erkennbaren Vorteile für Krankenkassen und ihren

Versicherten gegenüberstehen, zukünftig zu begrenzen. Daher ist kritisch zu beurteilen, dass der Kontrahierungszwang und das Vertragsmonopol der Hausarztverbände nach § 73b SGB V unverändert fortbestehen sollen. Um den Prinzipien eines freiheitlichen und funktionierenden Vertragswettbewerbs gerecht zu werden und unberechtigte Mehrausgaben zu vermeiden, halten wir es für notwendig, § 73b SGB V zu streichen und allen abgeschlossenen Verträge nach § 73b SGB V - unabhängig von der Art des Zustandekommens – die Möglichkeit der frühzeitigen Auflösung einzuräumen.

Der geplante Bestandsschutz für bereits geschlossene Hausarztverträge ist wettbewerbsverzerrend und wird daher ebenfalls abgelehnt. Da die Vergütung zukünftiger Hausarztverträge begrenzt werden soll, werden jene Kassen mit höheren Ausgaben für Hausarztverträge bestraft, die sich gesetzeskonform verhalten und die gesetzlich geforderten Hausarztverträge bereits abgeschlossen haben.

Insbesondere der Bestandsschutz für Verträge, die vor dem Kabinettsbeschluss abgeschlossen wurden, wird abgelehnt, da laufende Schiedsverfahren seit dem ersten Bekanntwerden der beabsichtigten Neuregelung eine Dynamik erhalten, die das eigentliche Ziel, die hausärztliche Versorgung zu verbessern, zuwiderlaufen. Zudem werden die beabsichtigten Einsparbemühungen dadurch gezielt unterlaufen.

Ein weiteres Problem betrifft den Vergleich der Vergütung mit den Fallwerten des Kollektivertrages. Die Daten des Kollektivvertrages liegen der einzelnen Kasse nicht vor, da für die Fallwertberechnung die effektiven Finanzwirkungen der Honorarverteilungsmaßstäbe (Punktwerte, Abstaffelungen u. v. m) bekannt sein müssen. Die Daten müssen vor Verhandlungsbeginn bzw. vor dem Schiedstermin bekannt sein. Die Berechnungen können nur, nach Definition der zu berücksichtigenden Leistungen und Basiszeiträume, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen geleistet werden. Zwingend im Gesetz müssen deshalb folgende Punkte verankert sein:

- Der Bewertungsausschuss beschließt ein zwingend anzuwendendes Berechnungsverfahren, die dafür notwendigen Datenlieferungen, Basisdaten- und Zeiträume der Fallwertberechnung sowie Lieferfristen.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen übergeben den Krankenkassen auf Anforderung unentgeltlich diese Daten und Berechnungen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 (§ 221b SGB V – Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich)

Beabsichtigte Neuregelung

Zur **Finanzierung des Sozialausgleiches** werden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab 2015 jährliche Zuschüsse aus Bundesmitteln zugeführt. Die Höhe des Zuschusses wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt.

Bewertung

Eine gesetzliche Festschreibung der Steuerfinanzierung des Sozialausgleiches wird lediglich in Aussicht gestellt und auf das 2014 verschoben. Damit besteht die Gefahr, dass der

Sozialausgleich ab 2015 nicht vollständig über Steuermittel finanziert werden wird. Die an den Gesundheitsfonds sozialausgleichsbedingt verminderten Überweisungen der Arbeitnehmerbeiträge erhöhen bei einem Steuerzuschuss, der die Ausgaben für den Sozialausgleich nicht vollumfänglich abdeckt, das Defizit des Fonds, welches wiederum durch höhere Zusatzbeiträge ausschließlich durch Mitglieder in der GKV ausgeglichen werden muss. Die Konsequenz eines unzureichenden Steuerzuschusses wäre somit, dass der Sozialausgleich weiterhin partiell innerhalb der GKV verbleiben würde. Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten und der PKV-Versicherten zur Finanzierung des Sozialausgleiches - eine zentrale Begründung für die Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge - würde damit unterlaufen.

Der IKK e.V. fordert erstens eine gesetzliche Regelung, dass die notwendigen Mittel für den Sozialausgleich vollumfänglich über zusätzliche Steuermittel des Bundes finanziert werden und zweitens, dass die Festsetzung der Höhe des jährlichen steuerlichen Zuschusses für den Sozialausgleich nicht auf 2014 verschoben, sondern bereits im vorliegenden GKV-Finanzierungsgesetz geregelt wird.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 a) (§ 242 Abs. 1 SGB V – Kassenindividueller Zusatzbeitrag)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Berücksichtigung der finanziellen Überforderung eines Mitglieds erfolgt zukünftig nicht mehr über die Verminderung des Zusatzbeitrages durch die Krankenkasse, sondern durch Überweisung sozialausgleichsbedingt verminderte Arbeitnehmerbeiträge durch die Arbeitgeber an den Gesundheitsfonds.

Bewertung

Es ist zu begrüßen, dass die Berücksichtigung der finanziellen Überforderung eines Mitglieds zukünftig nicht mehr auf der Ebene der Krankenkasse, sondern auf der Ebene des Gesundheitsfonds erfolgen wird. Die bisherige Konstruktion der sozialen Belastungsgrenze bei den Zusatzbeiträgen führte dazu, dass Kassen mit vielen Geringverdienern im Kassenwettbewerb benachteiligt wurden. Da die Kassen nur einen Zusatzbeitrag von maximal 1% des Einkommens erheben durften, spielte das Einkommen der Mitglieder für die Höhe der Zusatzbeiträge eine entscheidende Rolle. Bislang waren Kassen mit vielen Geringverdienern in ihrem finanziellen Handlungsspielraum und im Wettbewerb um Versicherte benachteiligt, da sie zur Erhebung höherer Zusatzbeiträge gezwungen wurden als Kassen mit hauptsächlich besserverdienenden Versicherten. Die Ansiedlung des Sozialausgleiches auf der Ebene des Gesundheitsfonds stellt nunmehr Chancengleichheit im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen her.

Die aktuell im Gesetz festgelegte Deckelung des von einer Kasse zu erhebenden Zusatzbeitragsvolumens auf 1% des Einkommens seiner Mitglieder erhöhte zudem die Gefahr unverschuldeter Insolvenzen und Schließungen bei den Krankenkassen. Mit dem auf die Fondsebene verlagerten Sozialausgleich wird die Beitragsautonomie der Krankenkassen erhöht und das unverschuldete Insolvenz- und Schließungsrisiko der Kassen verringert.

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences

FACHBEREICH
PFLEGE UND
GESUNDHEIT

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(4)
gel. ESV zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
14.10.2010

Hochschule Fulda · Postfach 2254 · D-36012 Fulda

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Die Vorsitzende
Dr. Carola Reimann, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Der Dekan

Prof. Dr. Stefan Greß

Marquardstraße 35
D-36039 Fulda

stefan.gress@hs-fulda.de

Sekretariat
06 61/96 40-600

Durchwahl
06 61/96 40-601

Telefax
06 61/96 40-649

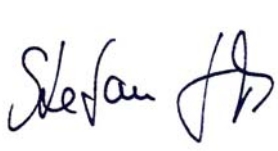
Fulda, 14. Oktober 2010

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum GKV-Finanzierungsgesetz (Beitragssatz, Zusatzbeiträge, Sozialausgleich) am Mittwoch, den 25. Oktober 2010, 12.00 bis 14.30 Uhr

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

ich danke Ihnen für die Einladung zur Teilnahme an der oben genannten Anhörung und die Gelegenheit zur Abgabe der beigefügten schriftlichen Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Stefan Greß

Zertifikat seit 2006
audit familiengerechte hochschule

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) – hier: Beitragssatz, Zusatzbeiträge, Sozialausgleich

Zu Nummer 2: Änderung des § 6 SGB V – Versicherungsfreiheit

Die vorhandene Empirie zeigt, dass Versicherte in der PKV ein deutlich höheres Durchschnittseinkommen haben als in der GKV und im Durchschnitt deutlich gesünder sind. Ein Teil der erwartbar Gesunden kann sich den Umverteilungsmechanismen in der GKV durch den Wechsel in die private Krankenvollversicherung entziehen. Dies führt zu einer negativen Risikoauslese zu Lasten der GKV. Der Gesetzgeber hat im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die aus dem verzerrten Wettbewerb der beiden Krankenversicherungssysteme resultierende Risikoauslese vor allem durch eine Begrenzung der Wechselmöglichkeiten von GKV zu PKV eingeschränkt. Die vorgesehen Rücknahme der entsprechenden Regelung der im GKV-WSG beschlossen Drei-Jahres-Frist für das Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze wird nicht – wie in der Gesetzesbegründung behauptet – den Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung stärken. Der verzerrte Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungssystemen wird vielmehr die Selbstselektion der Versicherten verstärken, die Risikoauslese verschärfen und die Finanzierungsbasis der GKV weiter schwächen. Auf Seiten der Privatversicherer profitieren vor allem die Anbieter, die ein differenziertes Tarifangebot mit Locktarifen für Neuversicherte vorhalten und damit auf einen stetigen Zufluss von günstigen Risiken aus der GKV angewiesen sind.

Zu Nummer 16: § 221b SGB V – Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich

Kritiker eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs haben in der Vergangenheit wiederholt Zweifel an der Stetigkeit und Nachhaltigkeit eines aus Haushaltsmitteln aufzubringenden Sozialausgleichs geäußert. Diese Kritiker – zu denen auch der Unterzeichnete gehört – sehen sich durch die in § 221b vorgesehenen Regelungen bestätigt. Ein steuerfinanzierter Sozialausgleich ist erst ab dem Jahr 2015 vorgesehen. Bis dahin wird der Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds – gleichermaßen aus der „Portokasse“ – finanziert. Dieses Vorgehen ist aus fiskalischer Sicht in höchstem Maße unseriös und bestätigt nachhaltig die Zweifel an einer nachhaltigen Finanzierung eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs.

Zu Nummer 17: Änderung § 241 SGB V – Allgemeiner Beitragssatz

Die zentrale Ursache der seit Jahrzehnten mehr anhaltenden Beitragssatzsteigerungen in der GKV liegt in der Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis. Einerseits machen die GKV-Ausgaben seit über 20 Jahren einen relativ stabilen Anteil von 6 bis 7 Prozent am Bruttoinlandsprodukt aus. Andererseits sind die beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Mitglieder aber deutlich hinter dieser Entwicklung zurückgeblieben. An dieser Problemdiagnose ansetzende Maßnahmen müssten demzufolge bewirken, dass sich die Finanzierungsbasis der GKV in Zukunft wenigstens im selben Maße entwickelt wie die gesamte Wirtschaftskraft bzw. wie das Volkseinkommen. Dazu würde es des Einbezugs derjenigen Teile des Volkseinkommens in die GKV-Finanzierung bedürfen, die hierbei bislang unberücksichtigt bleiben: Arbeitseinkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze, Einkommen aus anderen Quellen sowie Einkommen von Personen, die als Privatversicherte zumindest bislang überhaupt nicht regelhaft zur Mitfinanzierung herangezogen werden. Hierzu kann es aber nur kommen, wenn die bestehende Finanzierungsbasis in substanziellem Ausmaß ergänzt wird – sei es durch Beitragszahlungen auf bislang beitragsfreie Einkommensarten bzw. Einkommensteile oder durch Steuermittel, die auf unterschiedlichen Wegen zur Stabilisierung der GKV-Finanzen beitragen können. Keine dieser Maßnahmen sind im GKV-FinG enthalten. Ohne Ausweitung der Finanzierungsbasis müssen letztlich wieder dieselben Personen mit denselben Einkommen den Großteil der gesamten Finanzierungslast schultern. Ein Zuwachs an Stabilität und Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung wird durch die simple Beitragssatzerhöhung ohne Ausweitung der Finanzierungsbasis nicht erreicht.

Auch die bestehenden horizontalen und vertikalen Gerechtigkeitsdefizite werden verstärkt. Durch die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes werden zunächst alle Einkommen gleichmäßig höher belastet – allerdings nur die beitragspflichtigen Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Einkommen aus Vermögen oder aus Vermietung und Verpachtung werden auch künftig nicht berücksichtigt. Gleiches gilt für Arbeitsentgelte jenseits der Beitragsbemessungsgrenze. Der Finanzierungsanteil von Personen mit beitragspflichtigen Einnahmen steigt zu Gunsten von Personen mit nicht beitragspflichtigen Einnahmen. Diese Belastungswirkungen sind nicht neu, sondern der bestehenden Beschränkung der Beitragserhebung auf bestimmte Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze geschuldet. Sie bestehen jedoch unverändert fort und werden durch die Beitragssatzerhöhung auf 15,5 Prozent noch verschärft.

Zu Nummer 18: Änderung § 242 SGB V – Kassenindividueller Zusatzbeitrag und
Zu Nummer 19: 242a SGB V – Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

In verteilungspolitischer Hinsicht gravierender als die Erhöhung des Beitragssatzes wirken die in Zukunft obligatorisch pauschal zu erhebenden kassenindividuellen Zusatzbeiträgen. Es entstehen neue Belastungsunterschiede, die sich aus verteilungspolitischer Sicht alles andere als gerecht darstellen. Hieran ändert die als Sozialausgleich bezeichnete Begrenzung der Zusatzbeitrags-Belastung auf maximal zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens wenig. Die relative Belastung durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge unterhalb der 2-Prozent-Grenze sinkt mit steigendem Einkommen. Im Ergebnis ist die Wirkung der GKV-Finanzierung damit erstmals durchgängig regressiv – die relative Belastung sinkt durchgängig mit steigendem Einkommen.

Positiv an den Reformplänen der Bundesregierung ist zu bewerten, dass zwei bislang aus der dysfunktionalen Konstruktion des Zusatzbeitrags resultierende Wettbewerbsprobleme künftig beseitigt werden sollen. Das gilt erstens für die bisherige Überforderungsklausel, die insbesondere Krankenkassen mit vielen einkommensschwachen Mitgliedern – unbeschadet aller Wirtschaftlichkeitsbemühungen – unvermeidlich in die Insolvenz getrieben hätte. Dass die Politik jetzt endlich handelt und diesen groben Konstruktionsfehler beim Zusatzbeitrag beseitigt, erscheint somit mehr als überfällig. Das zweite Problem der bisherigen Zusatzbeitragsregelung aus wettbewerblicher Sicht resultierte daraus, dass sich der Sozialausgleich auf den tatsächlich erhobenen Zusatzbeitrag einer Kasse bezog. Zukünftig soll sich der Sozialausgleich auf den GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitrag beziehen. Damit bleibt es auch für Geringverdiener lohnend, in eine günstigere Kasse zu wechseln, weil der auf Basis des durchschnittlichen Zusatzbeitrags ermittelte Ausgleich in jedem Fall erhalten bleibt.

Diese in wettbewerblicher Sicht sinnvolle Regelung setzt allerdings zwingend voraus, dass der Zusatzbeitrag auch tatsächlich ein unverzerrtes Preissignal aussendet. Der im Hinblick auf das ausgabenrelevante Krankheitspanorama unvollständige morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich führt im Ergebnis jedoch zu einer Benachteiligung von Krankenkassen mit überdurchschnittlichen vielen Versicherten mit „falschen“ Krankheiten, weil diese im Risikostrukturausgleich infolge der gesetzlichen Beschränkung auf maximal 80 Krankheiten nicht in Form eigenständiger Risikozuschläge berücksichtigt werden. Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass die offene Flanke des Kassenwettbewerbs nicht in einem mangelnden Preis-, sondern in einem nicht erkennbaren Qualitätswettbewerb besteht. Zur Realisierung eines Qualitätswettbewerbs zur Realisierung von mehr Qualität und

Wirtschaftlichkeit im Sinne von Patienten und Versicherten benötigen die Krankenkassen vor allem adäquate Instrumente – insbesondere verbesserte Möglichkeiten zum Abschluss selektiver Verträge. Der Ausbau einer konsistenten Wettbewerbsordnung zur Realisierung eines solchen Vertragswettbewerbs ist jedoch im vorliegenden Gesetzentwurf in keiner Weise zu erkennen.

Ein praktisches Problem im Zusammenhang mit dem Instrument Zusatzbeitrag entsteht durch die absehbaren Zahlungsausfälle. Schon bislang werden bis zu einem Drittel der Zusatzbeiträge nicht bezahlt. Diese Entwicklung ist in mehrerlei Hinsicht problematisch. Erstens werden Krankenkassen zukünftig in steigendem Ausmaß zu Inkassostellen, um säumige Versicherte zur Beitragszahlung zu bringen. Abgesehen davon, dass den Krankenkassen hierzu nur beschränkte Sanktionsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, erhöht dies massiv die mit dem Instrument Zusatzbeitrag verbundenen Bürokratiekosten. Zweitens entstehen durch die Zahlungsausfälle Wettbewerbsverzerrungen wenn – und hiervon ist auszugehen – der Anteil säumiger Versicherter ungleich zwischen den Krankenkassen verteilt ist. Drittens wird sich das Problem verschärfen, wenn der Zusatzbeitrag in Zukunft einen immer größeren Anteil der GKV-Ausgaben finanzieren muss. Die Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen, dass der Anteil säumiger Versicherter nach dem Anstieg der pauschal von den Versicherten zu erhebenden Pauschalbeiträge massiv angestiegen ist.

Zu Nummer 19: § 242b SGB V – Sozialausgleich

Für die Administration des im Gesetzentwurf vorgesehenen Sozialausgleichs ist die Zusammenführung von Einkommensinformationen der betroffenen Mitglieder aus verschiedenen Quellen notwendig. In anderen Ländern mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich (Niederlande, Schweiz) wird diese Aufgabe von den Finanzbehörden wahrgenommen. Im Gesetzentwurf sind hierfür Krankenkassen, Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger zuständig. Es ist zweifelhaft, ob diese Kompetenzzuordnung datenschutzrechtlichen Anforderungen standhält. Dieses Vorhaben wird darüber hinaus die ohnehin schon substanziellen Bürokratiekosten des Sozialausgleichs in die Höhe treiben. Von einem automatisierten Verfahren kann in diesem Zusammenhang keine Rede sein. Geradezu grotesk ist die im Gesetzentwurf enthaltene Schätzung der Bürokratiekosten (3 Mio. Euro pro Jahr) durch den Sozialausgleich (vgl. S. 7 des Gesetzentwurfs). Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit einem weitgehend reibungslos organisierten Sozialausgleich über die Finanzbehörden in den Niederlanden schätzt der Unterzeichnete die Bürokratiekosten bei Krankenkassen, Arbeitgebern und Rentenversicherungsträgern in Deutschland auf mindestens 250 Mio. Euro pro Jahr.

Gesamtwürdigung

Das GKV-FinG soll in seiner Gesamtheit laut Gesetzesbegründung eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellen, das derzeitige Finanzierungssystem der GKV wettbewerbsfreundlicher gestalten und die Beitragszahler durch einen gerechten Sozialausgleich vor einer übermäßigen Belastung schützen. Keines dieser Ziele wird nach Auffassung des Sachverständigen durch den Gesetzentwurf erreicht. Vielmehr werden bestehende Verteilungsungerechtigkeiten der GKV-Finanzierung verschärft und die Bürokratiekosten durch einen nicht nachhaltig finanzierten Sozialausgleich in die Höhe getrieben. Von einer Annahme des Gesetzentwurfs ist daher dringend abzuraten.

Fulda, den 14. Oktober 2010

Prof. Dr. Stefan Greß

Leiter des Fachgebiets
Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda

Stellungnahme

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

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

Diakonie Bundesverband

Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.

Gesetzentwurf GKV-Finanzierungsgesetz
BT-Drucksache 17/3040

Berlin, den 19. Oktober 2010

Vorstand Sozialpolitik

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

Ansprechpartner:
Dr. Peter Bartmann
bartmann@diakonie.de

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

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

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

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

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

A. Stellungnahme zu politischen Zielsetzungen und Maßnahmen

I. Begrenzung der Ausgaben durch Preis- und Mengenbeschränkungen

Der Gesetzentwurf sieht eine Begrenzung der Ausgabenzuwächse durch eine Beschränkung der Preiserhöhung und Mengenausweitungen im Bereich der vertragsärztlichen und stationären Versorgung für 2011 und 2012 vor. Dieser kurzfristige Eingriff soll der Stabilisierung der Beitragssätze dienen und folgt den bekannten Regeln der Kostendämpfungspolitik. Die in zurückliegenden Jahren entwickelten Instrumente (Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen, Orientierungswert für die Kostensteigerung im stationären Bereich) werden zurzeit nicht genutzt.
Das Diakonische Werk der EKD plädiert für eine umgehende Rückkehr zu einer ordnungspolitischen Steuerung, die für Krankenkassen und Leistungserbringer ein berechenbares Umfeld schafft. Ein solches Umfeld ist für die zur Diakonie zählenden Krankenhäuser und Kliniken, aber auch für andere Leistungserbringer eine notwendige Voraussetzung, um langfristig und nachhaltig die Krankenversorgung und Rehabilitation in unserem Land mitzugestalten. Zu den besonderen Regelungen für Krankenhäuser nehmen wir im Einzelnen unten Stellung.

II. Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

Erhöhung und Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes (§ 241 SGB V-E):
Im Gesetzentwurf ist die Erhöhung des allgemeinen, paritätisch getragenen Beitragssatzes um je 0,3 Prozent vorgesehen. Wie die Koalitionsfraktionen in der Begründung ausführen, ergeben sich aus der Erhöhung des Beitragssatzes „allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau". Insofern soll die notwendige Erhöhung gesamtwirtschaftlich unproblematisch sein. Unter dieser Voraussetzung leuchtet die Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes, insbesondere des Arbeitgeberanteils zur Begrenzung der so genannten Lohnnebenkosten nicht ein.
Das Diakonische Werk der EKD empfiehlt, dass die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin im Wesentlichen aus einkommensabhängigen Beiträgen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern sowie unter Heranziehung anderer Einkommensarten finanziert werden. Die einseitige Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes lehnt die Diakonie ab.

Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge (§§ 242 ff. SGB V-E):
Der Entwurf gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge in unbegrenzter Höhe direkt zu erheben. Dadurch soll eine wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenkassen über den Preis gewährleistet werden.
Das Diakonische Werk der EKD lehnt die Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge auch bei funktionierendem Sozialausgleich aus den folgenden Gründen ab:

- **Ungeordneter Preiswettbewerb**
  Die Krankenkassen stehen auch bei den bisherigen Zusatzbeiträgen in einem scharfen Preiswettbewerb. Dieser Preiswettbewerb würde durch die Reform weiter intensiviert. Es fehlt jedoch noch an einer konsistenten Wettbewerbsordnung. Ohne eine solche Wettbewerbsordnung führt ein verschärfter Preiswettbewerb bei den Leistungen zu Rationierungen und Qualitätsverlusten. Bereits heute erhalten wir von unseren Mitgliedseinrichtungen Problemanzeigen, dass Krankenkassen bei Leistungen, die sie genehmigen müssen, sich deutlich restriktiver verhalten als in der Vergangenheit und notwendige Leistungen teilweise verzögern, verkürzen oder vorenthalten. Dies gilt nach unserer Erfahrung besonders für Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter (§§ 40 f. SGB V) sowie der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe (§§ 37 f. SGB V). Da die Krankenkassen die großen Ausgabenblöcke (für Arzneimittel, Krankenhausleistungen und ambulante ärztliche Leistungen) nur in geringem Maße beeinflussen können, wirkt sich ein verschärfter Preiswettbewerb negativ auf diese Leistungsbereiche aus, in denen sie durch Genehmigungsvorbehalte bzw. Belegungsrechte oder Einzelverträge größere Einflussmöglichkeiten haben. Die häusliche Krankenpflege für psychisch kranke Menschen (§ 37 SGB V), die Soziotherapie (§ 37a SGB V), aber auch die ambulante mobile Rehabilitation (§ 40 SGB V) sind Beispiele dafür, dass ein reiner Preiswettbewerb der Krankenkassen untereinander dazu führt, dass die Erbringung einzelvertraglich geregelter Leistungen durch hohe Qualitätsanforderungen in Verbindung mit nicht auskömmlichen Vergütungen praktisch verhindert wird. Auf der Seite der Krankenkassen rechnen wir mit weiteren Fusionen und der Gefahr, dass eine unkontrollierbare Marktmacht sowohl gegenüber den Versicherten als auch den Leistungserbringern entsteht.
  Das Diakonische Werk der EKD fordert eine konsistente, dem Sozialrecht und seinen übergeordneten Zielen angemessene Wettbewerbsordnung. Krankenkassen und Leistungserbringer sollen in allen Leistungsbereichen Rahmenvereinbarungen über die Leistungserbringung abschließen, in denen Qualitätsstandards und tarifliche Vergütungen vereinbart werden. Innerhalb dieser Rahmenbedingungen soll es einen Wettbewerb der Leistungserbringer und der Krankenkassen um eine qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Patientenversorgung geben.
- **Verschleierung der steigenden Belastungen im Gesundheitswesen**
  Durch die Finanzierung der Gesundheitsausgaben aus scheinbar unterschiedlichen Quellen, nämlich Beiträgen / Zusatzbeiträgen / Steuermitteln sowie Zuzahlungen und Eigenkäufe der Versicherten wird der Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen verschleiert und einer verantwortungsvollen politischen Diskussion und Steuerung entzogen.
  Das Diakonische Werk der EKD plädiert für eine größere Transparenz bei den Gesundheits-

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

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

- **Überhöhte Gesamtbelastung für Menschen mit niedrigem Einkommen und schwerwiegenden Gesundheitsproblemen**
  Bei schlechter Gesundheit summieren sich die Ausgaben für Versicherte mit niedrigem Einkommen. Sie müssen
  8,3 Prozent für den allgemeinen Beitrag und Arbeitnehmer-Sonderbeitrag,
  + bis zu zwei Prozent ihres beitragspflichtigen Einkommens als Zusatzbeitrag,
  + ein bis zwei Prozent ihres Bruttoeinkommens für Zuzahlungen sowie
  + weitere neun Prozent des verfügbaren Nettoeinkommens für den Kauf von rezeptfreien Arzneimitteln und Brillen und andere von der GKV nicht oder nur teilweise getragenen Leistungen aufwenden.

  Somit geben Menschen mit niedrigem Einkommen und schwerwiegenden Gesundheitsproblemen ungefähr ein Fünftel des Einkommens für die Versicherung und Pflege ihrer Gesundheit aus. Die folgende Abbildung verdeutlicht die Belastungen für Einpersonenhaushalte mit einem Einkommen von 800€.
  Das Diakonische Werk der EKD setzt sich für eine Gesetzliche Krankenversicherung ein, die alle *notwendigen* gesundheitlichen Leistungen *vollständig* trägt.

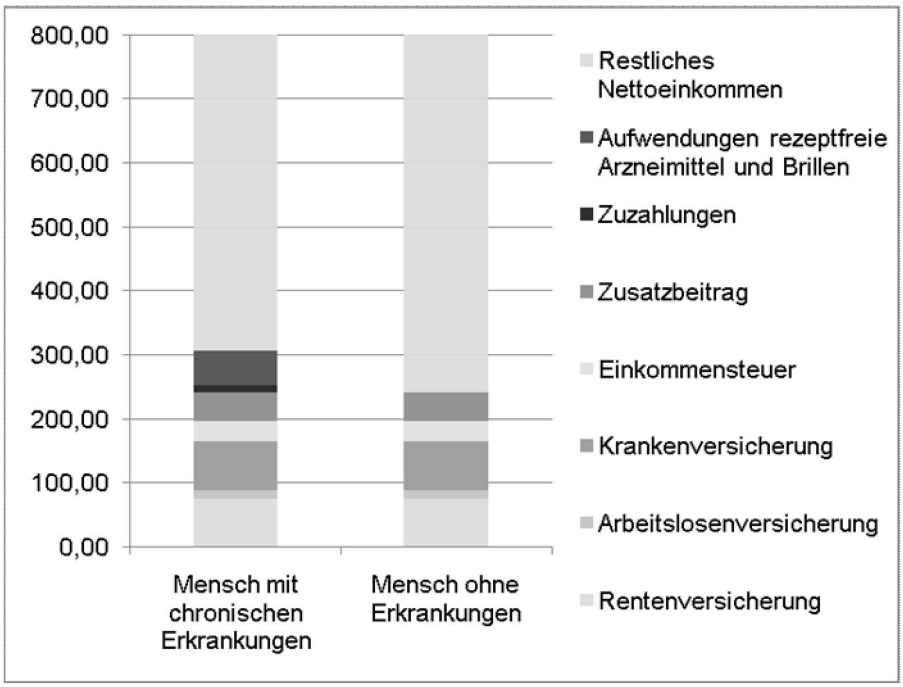


Abbildung: Finanzielle Belastungen von Menschen mit chronischen Erkrankungen und niedrigem Einkommen (800 € pro Monat).

- **Erhebung der Zusatzbeiträge bei den Versicherten (§§ 242, 242a SGB V-E)**
  Das Diakonische Werk der EKD hält den Quellenabzug für die sinnvollste Variante der Beitragserhebung im Bereich der sozialen Sicherung. Durch den seit Jahrzehnten bewährten Quellenabzug können die weiter unten erwähnten Probleme mit dem Zusatzbeitragseinzug vermieden werden. Insofern ist es sehr zu begrüßen, dass für die Grundsicherungsberechtigten der Quellenabzug vorgesehen ist und bei einer Reihe von Personengruppen, die dem Arbeitsmarkt aus unterschiedlichen Gründen nicht zur Verfügung stehen, auf den Zusatzbeitrag ganz verzichtet wird. Umso bedauerlicher ist es, dass die der Bundesregierung seit langem bekannte Problematik privat krankenversicherter Grundsicherungsbezieher nicht gelöst wurde (GKV-FinG Art. 6/ VAG § 12. Näheres dazu s u.).

- **Mitfinanzierung aus Steuermitteln**
  Der Entwurf sieht für 2011 einen weiter erhöhten Steuerzuschuss sowie ab 2015 Steuerzuschüsse zur Finanzierung des Sozialausgleichs (§ 221b SGB V-E) vor. Begründet wird dies damit, dass durch Steuern die Bürgerinnen und Bürger nach ihrer tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit am Sozialausgleich beteiligt werden. In diesem Zusammenhang möchten wir auch darauf aufmerksam machen, dass die im Gesetzentwurf weiterhin verwendete Formulierung „Liquiditätsreserve“ (§§ 221b, 271 Abs. 2 SGB V) widersprüchlich ist, da sie nahelegt, dass der Gesundheitsfonds den Zuschuss des Bundes gemäß § 271 Abs. 3 SGB V zum Jahresende zurückführen muss.
  Ob das Steuersystem dazu besser geeignet ist, als eine verbreiterte Beitragsbemessung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, ist aus unserer Sicht fraglich. Seit längerem setzt sich die Diakonie dafür ein, dass der Steuerzuschuss zur GKV verlässlich und klar geregelt wird. Wir treten dafür ein, dass GKV-Leistungen von allgemeinem Interesse aus Steuermitteln finanziert werden, und dass bei Beziehern von Grundsicherung und Sozialhilfe *Durchschnittsbeiträge* zur GKV vom Kostenträger übernommen werden. So könnte die finanzielle Eigenständigkeit der GKV gestärkt werden.

- **Zukunft des Gesundheitsfonds**
  Vor dem Hintergrund der neuen Beitragssystematik stellen sich für die Diakonie auch Fragen zur Zukunft des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. In diesem Zusammenhang verweisen wir erneut auf die Problematik, dass seltene Krankheiten, deren Behandlung sehr aufwändig ist, nicht im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. An zweiter Stelle möchten wir noch einmal auf die Problematik des up-codings bei den Diagnosen für den morbi-RSA hinweisen, die unseres Wissen noch nicht befriedigend gelöst ist und Krankenkassen und Ärzten in der oben beschriebenen Wettbewerbssituation unter Umständen problematische Anreize setzt.

III. Gerechter Sozialausgleich

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass für Versicherte ein Sozialausgleich (§ 242b SGB V-E) durchgeführt wird, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag mehr als zwei Prozent ihres beitragspflichtigen Einkommens überschreitet. Der Sozialausgleich soll im Regelfall von der abführenden Stelle (dem Arbeitgeber oder der Rentenversicherung) ohne Antrag des Versicherten durchgeführt werden. Der allgemeine Beitrag des Versicherten soll so vermindert werden, dass seine finanzielle Belastung nach Zahlung des Zusatzbeitrags nicht mehr als zwei Prozent seines beitragspflichtigen Einkommens beträgt. Die Belastung wird jedoch höher sein, wenn die Krankenkasse einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erhebt. Dadurch sollen die Versicherten einen Anreiz erhalten, die Krankenkasse mit dem günstigsten Zusatzbeitrag zu wählen. Der Sozialausgleich wird ausgesetzt, wenn ein Versicherter mit seinen Zusatzbeiträgen mehr als sechs Monate im Rückstand ist.
Die Diakonie begrüßt die Absicht der Koalitionsfraktionen die Krankenkassenbeiträge weiterhin am Einkommen der Versicherten zu orientieren. Sie hält jedoch den vorgeschlagenen Weg einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge in Verbindung mit einem nachgängigem Sozialausgleich für nicht sinnvoll, da

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

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

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

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

B. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 6 Versicherungsfreiheit der Arbeitnehmer mit höherem Einkommen

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Arbeitnehmer bereits nach Ablauf eines Jahres, in dem ihr Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschreitet, Versicherungsfreiheit erlangen. Wie im Entwurf vermerkt, ist aufgrund dieser Regelung mit Mindereinnahmen der GKV um 0,2 Mrd. Euro zu rechnen. Die erweiterte Versicherungsfreiheit schwächt die Finanzbasis der GKV, dient also nicht dem Zweck des Gesetzes. Zudem wird der beschränkte Wettbewerb der PKV mit der GKV um Neukunden intensiviert, dieser hat nach Auffassung vieler Sachverständiger in beiden Versicherungssystemen problematische Folgen.
Nach Auffassung der Diakonie schränkt das Nebeneinander von GKV und PKV, das durch diese Regelung gestärkt wird, die Solidarität im Gesundheitswesen und die Effizienz im Einsatz der verfügbaren Mittel ein. Hier sieht die Diakonie grundlegenden Reformbedarf: Die Gesetzliche Krankenversicherung wird durch den Verlust einkommensstarker Mitglieder in ihrer Leistungsfähigkeit für die Mehrheit der Bevölkerung geschwächt. Unter der Voraussetzung, dass die Beibehaltung des dualen Krankenversicherungssystem für die Bundesregierung ein wichtiges politisches Anliegen ist, empfiehlt die Diakonie, die Gesetzliche Krankenversicherung durch Mittelzuflüsse zu stärken, die von einkommensstarken Haushalten aufgebracht werden.

§ 9 Freiwillige Versicherung in der GKV

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

EU-Bürger ohne Krankenversicherungsschutz

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

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

§ 13 Kostenerstattung
Im Änderungsantrag der CDU/CSU-Fraktion zum GKV-FinG ist vorgesehen, den Versicherten die Wahl der Kostenerstattung anstelle der Sachleistung zu erleichtern. Künftig sollen Versicherte nur noch drei Monate an die Option der Kostenerstattung gebunden sein; außerdem werden die Abschläge der Krankenkassen auf die Erstattungsbeträge auf fünf Prozent beschränkt. Mit der Stärkung der Option der Kostenerstattung ist u.a. die Hoffnung verbunden, dass die Versicherten die ihnen gestellten Rechnungen prüfen und auf wirtschaftliche Leistungserbringung hinwirken.
Aus der Sicht der Diakonie ist es die Aufgabe der Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu überprüfen. Versicherte sind aufgrund von Informationsasymmetrien dazu kaum in der Lage. Mit der Wahl der Kostenerstattung übernehmen die Versicherten das Risiko, von der Arztpraxis oder anderen Leistungserbringern Rechnungen zu erhalten, die die Leistungspflicht der GKV überschreiten. Aus diesen Gründen rät die Diakonie von einer Ausweitung der Kostenerstattungen ab.

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

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

§ 120 SGB V (pädiatrische Spezialambulanzen)
Nach dem Änderungsantrag 4 der Koalitionsfraktionen wird die Vergütung der pädiatrischen Spezialambulanzen an Krankenhäusern durch eine Schiedsstellenregelung und eine Vorschrift zur Budgetbereinigung präzisiert.
Das Diakonische Werk der EKD begrüßt ausdrücklich, dass die Bundesregierung die spezialisierte ambulante Versorgung chronisch kranker und behinderter Kinder durch die oben genannten Vergütungsregelungen stärkt und somit auf bekannte Finanzierungsprobleme der entsprechenden Spezialeinrichtungen reagiert.

§ 221b Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich
Die Zahlungen sollen laut Begründung keinen Zuschuss oder Darlehen der Liquiditätsreserve gemäß § 271 Abs.3 SGB V darstellen, sondern dem Vermögensstock des Gesundheitsfonds dienen. Hier sollte eine Klarstellung erfolgen, dass die Zahlungen nicht unter § 271 Abs. 3 SGB V fallen und somit nicht zum Jahresende auszugleichen sind.

§§ 242, 242a Einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag
Wie oben erläutert, empfiehlt das Diakonische Werk der EKD, dass sich die Krankenkassen wesentlich aus einkommensabhängigen Beiträgen finanzieren und diese durch Quellenabzug erheben.
Angesichts der Bedeutung, die die Bundesregierung der Erhebung von Zusatzbeiträgen bei den Versicherten beimisst, begrüßt das Diakonische Werk der EKD die Ausnahmeregelungen für verschiedene schutzbedürftige Personengruppen nachdrücklich. Positiv hervorzuheben sind nach Auffassung der Diakonie

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

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

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

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

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

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

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

ausgleichs zusammen, um die Lage der Betroffenen erheblich zu verschlechtern. Zusätzlich zur Verpflichtung, den überfälligen Zusatzbeitrag nachzuzahlen und zu dem als Sanktion erhobenen Verspätungszuschlag, verringert der Wegfall des Sozialausgleichs nach § 242a SGB V-E das verfügbare Einkommen, aus dem diese Zahlungsrückstände zu entrichten sind. In einer solchen Lage ist zwar die vorgesehene Möglichkeit der Ratenzahlung für stark verschuldete bzw. überschuldete Haushalte zu begrüßen. Es stellt sich aber die Frage, wie aussichtsreich diese Regelung sein kann, wenn zugleich der Wegfall des Sozialausgleichs das zur Verfügung stehende Einkommen verringert. Denn in diesem Fall tragen auch finanziell schlechter gestellte Haushalte den vollen Betrag des kassenindividuellen Zusatzbeitrages, obwohl dieser nach der Wertung des SGB V deren Leistungsfähigkeit übersteigt.
Zudem vermag die in § 242 Abs. 6 Satz 6 SGB V-E getroffene Bestimmung, die es den Krankenkassen verbietet, den Arbeitgebern den Grund für das Aussetzen des Sozialausgleichs mitzuteilen, die datenschutzrechtlichen Bedenken gegen diese Regelung nicht zu entkräften. Da Zahlungsversäumnisse der einzige Grund für das Aussetzen des Sozialausgleichs sind, erlaubt auch eine unbegründete Mitteilung der Krankenkasse den Rückschluss auf diese Ursache. Für den Arbeitgeber ist es zudem problematisch, dass er seine Mitarbeiter im Auftrag Dritter sanktionieren muss. Dadurch wird das Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer gefährdet.
Unter diesen Voraussetzungen erweist sich schließlich die Verknüpfung des Sozialausgleichs mit der Beitragsabführung durch den Arbeitgeber als verfehlt. Sofern es notwendig wird, ausstehende Zusatzbeiträge zwangsweise einzutreiben, gibt § 66 SGB X den gesetzlichen Krankenkassen als bundesunmittelbaren Körperschaften die Möglichkeit zur Vollstreckung nach dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz. Dies scheint gerade vor dem Hintergrund einer beabsichtigten Entlastung der Arbeitgeber die weniger belastende Verfahrensgestaltung zu sein. Dabei ist eine Sanktion (Verspätungszuschlag) vertretbar.

§ 251 Abs. 6 Tragung der Zusatzbeiträge
Der Entwurf sieht die Tragung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge für Grundsicherungsberechtigte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vor.
Dies ist aus der Sicht der Diakonie zu begrüßen. Wie oben bereits erwähnt, empfiehlt das Diakonische Werk der EKD eine ähnliche Klarstellung auch für GKV-Mitglieder, deren Beiträge vom Sozialhilfeträger übernommen werden. Die erforderlichen Mittel sollten dem Gesundheitsfonds aus dem Bundeshaushalt zufließen.

Zu Artikel 5: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009 (Mehrleistungsabschläge)
Der Gesetzentwurf sieht einen Mehrleistungsabschlag für Krankenhausleistungen um pauschal 30 Prozent vor. Dieser Abschlag ist aus der Sicht der zur Diakonie gehörigen Krankenhäuser zu hoch. Die im Jahr 2009 erstmals hausindividuell verhandelten Mehrleistungsabschläge haben gezeigt, dass im Durchschnitt ein zwanzigprozentiger Abschlag vereinbart wurde. Zudem ist ein Mehrleistungsabschlag nicht bei Krankenhausleistungen mit einem hohen Sachkostenanteil angemessen, der zum Teil mehr als zwei Drittel der Vergütung beträgt. Ein pauschaler Mehrleistungsabschlag trifft alle Leistungsarten und mit hohem Sachkostenanteil von mehr als 2/3. Schließlich wirken sich die Abschläge negativ auf die Vergütung einzelner Leistungen aus. Beispielsweise wird die Vergütung von Geburten dadurch zunehmend abgesenkt und Spezialleistungen werden im Umkehrschluss aufgewertet. Dies führt dazu, dass Leistungen der Grundversorgung, aufgrund der schlechteren Rendite, für die Krankenhäuser zunehmend unattraktiver werden.
Die Abschläge auf Mehrleistungen dürfen keinesfalls bei der Ermittlung der Landesbasisfallwerte Berücksichtigung finden. Mehrleistungen werden überwiegend von Maximalversorgern erbracht. Würden die Mehrleistungsabschläge in die Berechnung des Landesbasisfallwertes einfließen, so hätte dies eine Minderung der Erlöse für alle Krankenhäuser zur Folge. Dabei ist zu befürchten, dass vor allem kleine Krankenhäuser gegenüber Maximalversorgern benachteiligt werden.
Die Diakonie plädiert für die Beibehaltung der 2009 erstmals angewandten Vorgehensweise, hausindividuelle Abschläge mit den einzelnen Krankenhäusern zu vereinbaren. In jedem Fall ist eine doppelte Anrechnung der Mehrleistungsabschläge dadurch zu vermeiden, dass hausindividuell erfolgte Abschläge bei der Ermittlung des Landesbasisfallwertes nicht berücksichtigt werden. Falls die Koalitionsfraktionen an der vorgesehenen Regelung festhalten, so ist diese als außerordentliche konjunkturell bedingte Maßnahme auf das Jahr 2011 zu beschränken.

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

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

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

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

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

Kerstin Griese
Vorstand Sozialpolitik
19. Oktober 2010

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Postfach 12 03 15 · 10593 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Dr. Carola Reimann, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Per E-Mail: Katharina.Lauer@bundestag.de

15.10.2010/sue

Bearbeitet von
Jürgen Blocher

Telefon 0221/3771-2 60
Telefax 0221/3771-1 77

E-Mail:
juergen.blocher@staedtetag.de

Aktenzeichen
53.05.07 D

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(11)
gel. VBe zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
15.10.2010

Stellungnahme zum
Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen – Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKVFinanzierungsgesetz – GKV-FinG)

Ihr Schreiben vom 11. Oktober 2010; Geschäftszeichen: PA 14 – 5410-22

Sehr geehrte Frau Dr. Reimann,

vielen Dank für Ihre Einladung zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände wird bei der Anhörung vertreten durch Herrn Beigeordneten Jörg Freese (Deutscher Landkreistag).

Für die Gelegenheit zur Übermittlung einer schriftlichen Stellungnahme an das Sekretariat des Ausschusses für Gesundheit bedanken wir uns und nehmen zum Gesetzentwurf wie folgt Stellung:

Nach Auffassung der Bundesregierung kann eine Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung „nicht nur die Einnahmenseite betrachten, sondern muss mit notwendigen Maßnahmen auf der Ausgabenseite verbunden sein“. Die Leistungserbringer sind bereit, hierzu einen angemessenen und fairen Beitrag zu leisten. Es sollte allerdings nicht mehr abgeschöpft werden, als zur Deckung des tatsächlichen Finanzbedarfes dringend erforderlich ist.

Deutschland hat ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung. Dies ist insbesondere in den Krankenhäusern nur zu erhalten, wenn auch hier eine ausreichende Finanzierung gewährleistet wird. Dies gilt insbesondere bei der Finanzierung der Tariflast.

1. Verbesserung der Finanzsituation der GKV

Die Bundesregierung sieht unmittelbaren Handlungsbedarf im Hinblick auf ein von ihr prognostiziertes Defizit der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2011 in Höhe von bis zu 11 Mrd. Euro. Kurz vor dem Kabinettsentwurf des Gesetzes haben sich die Eckdaten allerdings deutlich geändert. Das Defizit der Gesetzlichen Krankenversicherungen scheint nunmehr deutlich geringer auszufallen, als zum Zeitpunkt des Regierungsentwurfes angenommen.

Der GKV-Schätzerkreis hat am 30. September 2010 eine aktuelle Schätzung zur Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung in 2010 und erstmals für das Jahr 2011 vorgenommen.

Das ursprünglich für 2010 angenommene Defizit von 3,9 Mrd. Euro fällt nunmehr um 2 Mrd. Euro geringer aus. Für 2011 hält der Schätzerkreis an einem erhöhten Defizit fest, geht dabei aber von ca. 10 Mrd. Euro Ausgabenzuwachs aus, was unrealistisch ist. Allein durch die Ausgabenbegrenzungsmaßnahmen dürften die GKV-Leistungsausgaben für Krankenhäuser deutlich niedriger als prognostiziert ausfallen.

Dies sollte die Bundesregierung unter politischen Handlungsdruck setzen. Die Bedeutung des Sicherstellungsauftrages im Interesse der Patienten und die Verlässlichkeit politischen Handelns sollte wieder in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt werden.

Durch die verbesserte Finanzsituation der GKV entstandene Spielräume müssen für Nachbesserungen an den Kostendämpfungsmaßnahmen genutzt werden, um die Belastungen für die Krankenhäuser abzumildern.

2. Kostenbelastungen und Tarifsteigerungen

Die kommunalen Spitzenverbände erwarten, dass die Kostenbelastungen und die Tarifsteigerungen im Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden.

Dies ist nach den neuen Schätzungen auch zwingend erforderlich. Für 2011 wird mit einer Grundlohnrate gerechnet, nach der die Grundlohnsummenentwicklung (Rate nach § 71 SGB V) für 2012 bei unter 1,5 % liegen würde, während im selben Jahr mit höheren Tarifabschlüssen 3 % zu rechnen ist.

Wir sehen die Gefahr, dass das immer weiter steigende Defizit zwischen Einnahmen und Ausgaben der Krankenhäuser zum Personalabbau führen wird, was insbesondere die Pflege treffen könnte. Die Bundesregierung sollte nicht in Kauf nehmen, dass die Qualität der Patientenversorgung sinkt.

Allein aus diesem Grund sind die Kostendämpfungsmaßnahmen für 2012 für uns nicht akzeptabel.

Ursprünglich war gesetzlich vorgesehen, dass ab 2011 der krankenhausspezifische Kostenorientierungswert angewendet werden sollte. Die Aussetzung der mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von der Vorgängerregierung beschlossenen Einführung des Orientierungswertes für Kosten anstelle der Grundlohnrate ist sachwidrig und konterkariert das mit dem KHRG eingeführte Pflegestellenprogramm.

Kommt es in 2011 stattdessen zur erneuten Anwendung einer Grundlohnrate bedeutet dies bereits einen massiven Sparbeitrag, da die realen Kostensteigerungen hiervon nicht erfasst sind.

Das Festhalten an der im Gesetzesentwurf vorgesehenen Anwendung der halbierten Grundlohnrate würde die Sparbeiträge noch erhöhen. Die für 2011 ermittelte Grundlohnrate ist um mehr als das Doppelte höher, als im Gesetzentwurf angenommen.

Für ein Sparen auf Vorrat können wir angesichts der negativen Auswirkungen auf die Patientenversorgung kein Verständnis aufbringen.

Wir fordern für 2011 die Anwendung der Grundlohnrate in einer Höhe, die dem aktuellen und realistischen Finanzbedarf der Gesetzlichen Krankenkassen anzupassen ist.

Die Krankenhäuser brauchen zudem eine klare Perspektive mit Festlegung, dass der Orientierungswert kommt.

Die kommunalen Spitzenverbände fordern daher für zumindest ab 2012 die Installierung des Kostenorientierungswertes. Dies würde eine dringend notwendige (anteilige) Refinanzierung der Personalkostensteigerungen ermöglichen.

3. Mehrleistungsabschlag

Politik und damit der Gesetzgeber haben den Krankenhäusern mit der Einführung der DRG’s stets zugesichert, dass mit dem Ende der Konvergenz auf einen einheitlichen Landesbasisfallwert alle Leistungen – und damit auch die zusätzlichen Leistungen - zu 100 % des jeweiligen Entgeltes vergütet werden. Ein Abschlag auf Mehrleistungen ist der Einstieg in die komplette Überwälzung des Morbiditätsrisikos von den Krankenkassen auf das individuelle Krankenhaus und inakzeptabel.

Aus der Morbiditätsentwicklung, der demographischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt resultieren zusätzliche stationäre Leistungen, die Personalkosten verbunden sind. Politik muss verlässlich sein, die kommunalen Spitzenverbände erwarten die Einlösung der Zusagen und eine Entlastung der Personalsituation für ärztliches und pflegerisches Personal.

Wir appellieren an die Verantwortlichen, es für die Kliniken, wie bei allen anderen ärztlichen Leistungsbereichen, bei festen Vergütungen zu belassen.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

Dr. Manfred Wienand
Beigeordneter
des Deutschen Städtetages

Jörg Freese
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages

Uwe Lübking
Beigeordneter
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(1)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
12.10.2010

DER PARITÄTISCHE GESAMTVERBAND

Stellungnahme

zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV – FinG)

Deutschland hat ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung bietet. Die Finanzierungsverantwortung dafür wurde in den vergangenen Jahren einseitig auf die Bürgerinnen und Bürger abgewälzt und damit die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens beendet. Es gilt nun, ein Gesundheitssystem mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung und einer nachhaltigen, solidarischen Finanzierung zu rekonstruieren.

Das Gesetzgebungsverfahren für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV – FinG) wurde eingeleitet, um einem von der Bundesregierung prognostizierten Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 11 Mrd. Euro in 2011 zu begegnen. Die offenkundig gewordenen Defizite, die Mängel bei der Schaffung und Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, sowie die Probleme der Finanzierbarkeit liegen nicht in den Grundsätzen einer solidarischen und gerechten sozialen Sicherung begründet. Daher sieht der Paritätische weder eine Notwendigkeit für Leistungskürzungen, noch eine Notwendigkeit für einen Bruch mit den bewährten Prinzipien der sozialen Krankenversicherung. Reformen im Gesundheitswesen müssen sich an den Kriterien der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Gerechtigkeit und Umsetzbarkeit messen lassen. Wir brauchen bei einer Reform eine Steigerung von Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit, Solidarität und Qualität in der Versorgung.

Der nun vorliegende Regierungsentwurf wird den Grundprinzipien einer hochwertigen und gerechten Versorgung nicht gerecht. Zum einen sollen qualitativ hochwertige Leistungen beschränkt werden, zum anderen sollen die Finanzierungslasten einseitig den Bürgerinnen und Bürgern aufgebürdet werden. Beide Reformansätze lehnt der Paritätische ab.

Der Paritätische kritisiert darüber hinaus grundsätzlich, dass der Entwurf die bestehende Deckungslücke für die Krankenversicherungsbeiträge von in der PKV-Pflichtversicherten Sozialleistungsempfängern enthält.

Seit 01.01.2009 sind zuvor in der PKV-Versicherte ohne Krankenversicherungsschutz verpflichtet, sich in der PKV zu versichern. Dies ist in § 5 Abs. 5a SGB V bestimmt. Die PKV wurde gleichzeitig verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, der den sich aus der Beitragsbemessungsgrenze des Vorjahres ergebenden Höchstbeitrag der GKV nicht übersteigen darf. Dies ist in § 12 Versicherungsaufsichtsgesetz gere-

gelt. Für hilfsbedürftige Versicherte muss die PKV die Beiträge nochmals halbieren, so dass diese sich im Basistarif für maximal 290,62 Euro/Monat versichern können. Die ARGEN übernehmen jedoch lediglich einen Anteil in Höhe der Beiträge für Pflichtversicherte in der GKV in Höhe von 129,54 Euro. Es bleibt eine von den einkommensarmen Personen monatlich selbst zu tragende Summe in Höhe von bis zu 161,08 Euro.

Unstreitig ist jedoch, dass die Mindestkrankenversicherung nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 2008 – 2 BvL 1/06 zum Existenzminimum gehört und damit einen unabweisbaren Bedarf begründet. Verschiedene Landessozialgerichte haben deshalb entschieden, dass Jobcenter und Sozialämter die ungedeckten Kosten zusätzlich übernehmen müssen, obwohl die Kostenübernahme eigentlich durch § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II begrenzt ist. Der Gesetzgeber hat es jedoch seit 2007 unterlassen, die entstandene Gesetzeslücke zu schließen. Die Folge ist eine wachsende Verschuldung der zurzeit etwa 15.000 Betroffenen und eine inakzeptable Rechtsunsicherheit für diese Personengruppe, für Versicherungen und Jobcenter gleichermaßen.

Aus Sicht des Paritätischen bedarf es einer gesetzlichen Regelung, die einen individuellen Leistungsanspruch auf Übernahme der Kosten einer Pflichtversicherung gewährleistet. Er spricht sich jedoch dagegen aus, dass die Übernahme zu Lasten der Grundsicherungsträger bzw. des Bundes erfolgt. Der Paritätische schlägt statt dessen vor, den Höchstbeitrag für die verpflichtende Versicherung im Basistarif der PKV auf den zulässigen Höchstbeitrag für gesetzlich Versicherte Empfänger zu beschränken und damit die beiden Tarife von GKV und PKV mit ihrem bereits jetzt identischen Leistungsanspruch auch seitens der Mindestbeiträge gleichzustellen.

Zu den geplanten Änderungen nimmt der Paritätische wie folgt Stellung:

Zu § 6 SGB V:

Die beabsichtigte Regelung zielt darauf, in § 6 Abs. 1 S. 1 SGB V und verbundenen Regelungen den Wechsel in die private Krankenversicherung (PKV) zu erleichtern und die erst mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte Voraussetzung einer dreijährigen Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze auf ein Jahr zu reduzieren.

Der Paritätische lehnt die geplante Neuregelung ab, da sie dem Charakter der Gesetzlichen Krankenversicherung als eines solidarischen Versicherungssystems widerspricht. Gerade für besonders gut verdienende, besonders gesunde „gute Risiken“ wird ein Wechsel in eine Private Versicherung erleichtert. Durch die Schwächung des Ausgleichscharakters der GKV wird auch ihre bisher noch bestehende Ausnahmestellung gegenüber dem europäischen Wettbewerbs- und Beihilfenrecht Wett signifikant geschwächt.

Die prognostizierten Mindereinnahmen von insgesamt rund 0,24 Milliarden Euro in PKV und GKV hält der Paritätische für durchaus optimistisch. Trotz der geplanten Anhebung der Versicherungspflichtgrenze ist auf der Basis der Übertritte in den Jahren vor der Einführung des Kriteriums des dreimaligen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze mit höheren Einnahmeausfällen zu rechnen.

Die geplante Neuregelung würde dazu führen, die unsolidarische Finanzierung des Gesundheitswesens weiter fortzuschreiben und zu verfestigen. Der Paritätische spricht sich deshalb für die Beibehaltung der bestehenden Regelung bei gleichzeitiger Anhebung der Versicherungspflichtgrenze in der GKV auf das Niveau der entsprechenden Grenze in der Rentenversicherung aus. Grundsätzlich fordert der Paritätische einen Systemwechsel hin zu einer sozialen Bürgerversicherung, in der alle steuerlichen Einkommen bei der Beitragsbemessung herangezogen und Beitragsbemessung und Versicherungspflichtgrenze angehoben werden.

Zu §§ 241 SGB V

Mit dem Gesetzentwurf soll der allgemeine Beitragssatz auf 15,5 Beitragssatzpunkte angehoben und gesetzlich festgeschrieben werden. Darüber hinausgehende Ausgabensteigerungen gehen zu Lasten der Mitglieder der GKV, die zusätzlich durch die Anhebung des Beitragssatzes um 0,6 Beitragssatzpunkte belastet werden. Die Abkehr von der paritätischen Finanzierung des Gesundheitswesens wird fortgeschrieben.

Der Paritätische lehnt die geplante Anhebung der Beitragssätze, die Fortschreibung der einseitigen Lastenverschiebung auf die Versicherten und damit die weitere Abkehr von der paritätischen Finanzierung ab. Die geplanten Maßnahmen sind weder alternativlos noch durch den internationalen Wettbewerb geboten.

Die Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung könnten im Gegenteil nachhaltig und signifikant gesenkt werden, wenn die Finanzierungsgrundlage der GKV auf das Einkommen insgesamt als Bemessungsgrundlage verbreitert wird. Die Einbeziehung aller Einkommensarten für die Beitragsbemessung entspricht den Grundsätzen der Sozialversicherung. Dem wachsenden Stellenwert von zusätzlichen Einkommensquellen neben Lohn und Rente muss Rechnung getragen werden. Deshalb sollte die Beitragsbemessung auf alle Einkommensarten bis zur Beitragsbemessungsgrenze erweitert werden. Durch eine solche Verbreiterung der Finanzierungsbasis könnte kurzfristig eine nachhaltige Senkung der Krankenversicherungsbeiträge erreicht werden. Ein solches Verfahren würde eine massive Senkung der Lohnnebenkosten bedeuten und aufgrund des halben Beitragssatzes und der Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze gleichzeitig für alle Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zumutbar bleiben.

Da durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten eine genauere Erfassung der Leistungsfähigkeit der Versicherten möglich ist, empfiehlt sich in dem Zusammenhang eine Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze an das bereits in der Gesetzlichen Rentenversicherung geltende Niveau. Damit wird auch der Versicherungscharakter gegenüber einem steuerfinanzierten System hervorgehoben.

Empfohlen wird, die Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf 100 % der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung auszuweiten. Dadurch wird die Beitragsbemessungsgrundlage erweitert, die Abhängigkeit der Beitragseinnahmen von den Löhnen verringert und der veränderten Gewichtung der Einkommensarten im Sinne einer solidarischen Finanzierung Rechnung getragen. Die finanziellen Grundlagen der GKV werden dadurch weiter verstärkt, die

Nachhaltigkeit der Finanzierung und eine dauerhafte Senkung der Beiträge gesichert.

Die in Deutschland bestehende Möglichkeit, dass sich ausgerechnet der einkommensstärkste Teil der Bevölkerung durch einen Wechsel in eine Private Krankenversicherung dem Solidarausgleich entziehen kann, ist anachronistisch und findet weltweit nahezu kein Pedant. Aus diesem Grund ist die Versicherungspflichtgrenze künftig aufzuheben und eine allgemeine Versicherungspflicht der Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorzusehen. Den rechtlich notwendigen Übergangsfristen und dem notwendigen Bestandsschutz ist dabei soweit als notwendig Rechnung zu tragen.

Bis dahin ist zu prüfen, inwieweit private Krankenversicherungen angemessen in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden können, damit sich nicht ausgerechnet der einkommensstärkste Teil der Bürger dem allgemeinen Solidarausgleich entziehen kann.

Zu §§ 242, 242a und 242b SGB V

Mit der Neuregelung dieser Paragraphen soll den Kassen die Möglichkeit genommen werden, den Zusatzbeitrag als Pauschale oder in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen zu erheben. Gleichzeitig soll die bisherige Begrenzung der Beiträge auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen entfallen. Zudem soll die Monitoringklausel zur bisherigen Überforderungsklausel gestrichen werden, wonach dem Bundestag über Erfahrungen mit der Überforderungsklausel zu berichten ist. Darüber hinaus sollen Säumniszuschläge in erheblicher Höhe eingeführt werden.

Der Paritätische lehnt die geplanten Neuregelungen ab. Die einseitige Belastung der Versicherten wird damit deutlich erhöht und fortgeschrieben. Der Paritätische weist darauf hin, dass allein das Volumen der Zuzahlungen der Versicherten bei über 14 Milliarden € liegt. Die Belastungen der Versicherten dadurch noch weiter zu erhöhen und die bisherige Begrenzung der Zusatzbeiträge auf ein Prozent zu streichen, ist unangemessen und unnötig. Der Paritätische weist darauf hin, dass die Planungen insbesondere chronisch kranke und behinderte Menschen treffen würden. Ihre Belastungen sind bereits jetzt überproportional.

Der Paritätische fordert, die bestehende Überforderungsklausel beizubehalten. Zur solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens wird auf die Ausführungen zu § 241 SGB V verwiesen.

A) Artikel 5, Krankenhausentgeltgesetz
§ 4 Absatz 2a KHEntgG

Zur Minderung des Ausgabenzuwachses für Krankenhausleistungen sollen für Mehrleistungen nach § 7 Absatz 1, Satz 1 Nr. 1 und 2 ein gesetzlicher Mehrleistungsabschlag von 30 % eingeführt werden. Weiter soll die Höhe des Abschlags in 2012 vertraglich vereinbart werden. Diese Regelung lehnen wir ab, da für eine Vergütung in Höhe von 70 % die genannten Leistungen nicht in der erforderlichen Qualität erbracht werden können. Außerdem findet bereits auf Landesebene eine Absenkung von Leistungssteigerungen nach § 10 Absatz 3, Satz 1 Nr. 4 KHEntgG statt.

§ 10 Absatz 4 KHEntgG
Die Höhe der Veränderungsrate soll für die Jahre 2011 und 2012 halbiert werden. Damit würde die ohnehin zu niedrige Rate um 50 % abgesenkt. Dies ist unverständlich, da die zu niedrige Rate durch einen Orientierungswert für die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern ersetzt werden sollte, der nun nicht zur Anwendung kommen soll. Mit einer Halbierung der zu niedrigen Veränderungsrate wären tariflich bedingte Personalkostensteigerungen nicht finanzierbar, was zwangsläufig zu einem weiteren Personalabbau führen müsste. Aus diesem Grund lehnen wir die vorgesehene Änderung ab.

B) Artikel 7, Bundespflegesatzverordnung
§ 6 Absatz 1 BPflV
Der Zuwachs des von den Vertragsparteien vor Ort zu verhandelnden Gesamtbetrages soll für die Jahre 2011 und 2012 auf die Höhe der halbierten Veränderungsrate nach § 71 SGB V begrenzt werden. Dies soll für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gelten, für besondere Einrichtungen nach § 17 b Absatz 1, Satz 15 KHG, sowie für zu vereinbarende Entgelte nach § 6 Absatz 1 und 2a KHEntgG. Diese Regelung lehnen wir ab, da hierdurch Leistungen nicht in der erforderlichen Qualität erbracht werden können, sowie die Personal- und Sachkostensteigerungen nicht refinanziert werden können.

§ 6 Absatz 2 BPflV
Die halbierte Veränderungsrate soll im Krankenhausbereich durchgängig Anwendung finden, auch für die Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen in 2011 und 2012. Diese Regelung wird abgelehnt. Durch diese Regelung wäre es nicht möglich, das Personal in den Krankenhäusern nach Tariflohn zu bezahlen.

Die Budgetabschlüsse der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sollen Grundlage für eine budgetneutrale Umstellung auf ein neues pauschalierendes Entgeltsystem ab dem Jahr 2013 sein. Ohne eine ausreichende Finanzierung der genannten Einrichtung ist eine solche Umstellung nicht möglich.

Berlin, 08. Oktober 2010
Paritätischer Gesamtverband

Bleibtreustraße 24
10707 Berlin
Telefon 030/ 8871437330
Telefax 030/ 8871437340

Von-der-Wettern-Str.27
51149 Köln
Telefon 02203/ 5756-0
Telefax 02203/ 5756-7000

www.hausaerzteverband.de

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(23)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block II
15.10.2010

Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
BT- Drucksache 17/3040

- Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) -

Köln / Berlin, 15. Oktober 2010

A. Vorbemerkung:

Ziel des angestrebten Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung [nachfolgend: GKV-FinG] ist die Entwicklung und Bereitstellung von Instrumenten zur Vermeidung einer von der Bundesregierung prognostizierten Unterfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung von bis zu 11 Mrd. Euro. Hierzu sieht die Bundesregierung Maßnahmen auf 3 Ebenen für notwendig und zielführend an: Dies sind eine (1) Ausgabenbegrenzung bei den Krankenkassen und den Leistungserbringern, die (2) Stärkung der Finanzierungsgrundlagen durch eine Erhöhung des Beitragssatzes und der Weiterentwicklung des Zusatzbeitrages sowie (3) die Bereitstellung von Überforderungsregelungen für einen sog. gerechten Sozialausgleich. Dabei versteht die Bundesregierung ihre gesetzgeberischen Vorschläge insgesamt als wettbewerbsfreundliche Regelungen.

Der Deutsche Hausärzteverband wird sich in seiner nachfolgenden Stellungnahme auf die angestrebten Änderungen im Bereich der [vgl. unter **B. I.**) Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V konzentrieren. Kurz bewertet werden die angestrebten Neuregelungen der vertragsärztlichen Vergütung gemäß §§ 87 ff. SGB [vgl. unter **B. II.**] und die Regelungen betreffend den Wechsel von der Gesetzlichen Krankenversicherung [GKV] in die Private Krankenversicherung [PKV] (vgl. unter **B. III.**).

B. Stellungnahme

Allgemeine Überlegungen

Die dem Gesetzentwurf für ein GKV-FinG zugrundeliegende Annahme eines Finanzdefizits in der Gesetzlichen Krankenversicherung von bis zu 11 Mrd. Euro im Jahr 2011 muss vor dem Hintergrund der Konjunkturentwicklung und der damit einhergehenden positiven Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt [vgl. Herbstgutachten der führenden Wirtschaftsforschungsinstitute, veröffentlicht am 14. Oktober 2010] ernsthaft bezweifelt werden. Bereits im vergangenen Jahr sind die Vorhersagen zur Unterfinanzierung in der GKV nicht eingetreten. Tatsächlich entwickelte sich die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung 2009 wesentlich besser als erwartet. Nach dem vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Jahresabschluss konnten die gesetzlichen Krankenkassen 2009 einen Überschuss von 1,4 Mrd. Euro erzielen. So deutet auch die kürzlich veröffentlichte Prognose des GKV–Schätzerkreises selbst unter Einbeziehung der in der Gesetzgebung befindlichen Neuregelungen [GKV-FinG, Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes - AMNOG, Haushaltsbegleitgesetz 2011] darauf hin, dass die Grundannahme eines Defizits von 11 Mrd. Euro nicht zutreffen wird.

Das GKV-FinG soll nicht nur seinem Titel nach ein reines Finanzierungsgesetz sein. Diese Behauptung findet sich ebenfalls an zahlreichen Stellen in dem vorliegenden Gesetzentwurf. Tatsächlich aber greift dieses Gesetz insbesondere in den Bereichen der Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), aber auch im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung (§§ 87 ff. SGB V), massiv in die Versorgungsstruktur ein, was für die Hausarztzentrierte Versorgung näher unter **B.I.** dargestellt wird.

Mit einem solchen Eingriff in eine sich gerade etablierende Struktur einer neuen, wettbewerbsorientierten, klaren und effizienten Versorgungsform im Bereich der hausärztlichen Versorgung wird der Weg zurück in ein tradiertes System der Überbürokratisierung, der Intransparenz und Fehlplanung beschritten. Führt man sich in diesem Zusammenhang die Feststellungen des Sachverständigenrates in seinem

Sondergutachten 2009 zum Status quo und der Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland vor Augen, muss dringend den alarmierenden Fehlentwicklungen im Bereich der hausärztlichen Versorgung entgegengewirkt werden. Wenn der Sachverständigenrat feststellt

> *„Die hausärztliche Versorgung erfüllt im deutschen Gesundheitswesen wesentliche Funktionen der gesundheitlichen Primärversorgung. Zur Sicherung der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung kommt es daher entscheidend auf ihre nachhaltige Funktionsfähigkeit an. Eine intensive Auseinandersetzung mit der hausärztlichen Versorgung erscheint besonders notwendig, weil auf der einen Seite ihre Nachhaltigkeit nicht gesichert erscheint (u. a. infolge drohenden Nachwuchsmangels) und auf der anderen Seite mit dem demografischen Wandel sowie der Veränderung des Krankheitsspektrums der Bevölkerung auf die primärmedizinische Versorgung der häufigsten Gesundheitsprobleme besondere Herausforderungen zukommen. Dabei bildet die hausärztliche Primärversorgung ein wichtiges Element einer umfassenden versicherten- bzw. populationsorientierten Versorgung und zielt mit ihr darauf ab, den individuellen Bedürfnissen einer wachsenden Zahl chronisch Erkrankter zu entsprechen und die präventiven Möglichkeiten auszuschöpfen."*

drängt sich die Frage auf, ob das bisherige System für diese Herausforderungen Lösungen bereithält und nicht durch jahrzehntelange Vernachlässigung der hausärztlichen Versorgung dafür verantwortlich ist, dass der Beruf des Hausarztes unattraktiv geworden ist und in wenigen Jahren flächendeckend die hausärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann? Wenn das gewollt wäre, dann ist der mit den geplanten Neuregelungen zu § 73b SGB V beschrittene Weg einer erneut massiven Verunsicherung junger Ärztinnen und Ärzte, die die Berufswahl des Hausarztes in Betracht ziehen, der „richtige" Weg, die hausärztliche Versorgung als Fundament der medizinischen Versorgung einer immer älter werdenden Gesellschaft nach und nach abzuschaffen.

Insbesondere in den neuen Bundesländern, in denen es bisher keine Versorgungsverträge i.S.d. § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V gibt [mit Ausnahme einzelner sog.

Add-on-Verträge], ist die Arztzahlentwicklung im hausärztlichen Versorgungsbereich besorgniserregend. In der neuesten „Studie zur Alterstruktur und Arztzahlenentwicklung" der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [KBV] und der Bundesärztekammer [BÄK] von August 2010 wird insoweit erwartet, dass *„... in den nächsten zehn Jahren – je nach Bundesland – zwischen 38% und 48% aller Hausärzte in Ruhestand gehen, ohne dass ausreichender Nachwuchs in Sicht ist, um diese Lücke schließen zu können."* Es ist wohl kein Zufall und nicht nur auf die regionale Wirtschafts- und Struktursituation zurückzuführen, wenn in dieser Studie ferner festgestellt wird: *„Besonders drastisch sind die Hausarztzahlen in Sachsen-Anhalt und Thüringen eingebrochen..."*, wogegen *„....im Süden Deutschlands zurzeit kaum Hausärzte fehlen..."*, denn hier werden bereits seit längerer Zeit erfolgreich Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung angeboten und umgesetzt.

***

Der Deutsche Hausärzteverband lehnt die in dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP enthaltenen Änderungen des § 73b SGB V [nachfolgend: SGB V-E] als systemisch verfehlte Teillösungen ab. Die angestrebten Neuregelungen greifen massiv in die Versorgungs- und Vergütungsstruktur der Hausarztzentrierten Versorgung [HzV] ein und dienen lediglich der Erreichung kurzfristiger politischer Ziele. Dabei bedarf es vielmehr einer umfassenden Neuordnung der selektivvertraglichen Versorgung nach den §§ 73b, 73c und 140 a ff. SGB V. Hierzu ist eine grundlegende Neuordnung der vorgenannten Regelungen im System des 5. Sozialgesetzbuches, insbesondere was deren Verhältnis zur kollektivvertraglichen Versorgung anbelangt, notwendig. Die selektivvertragliche und kollektivvertragliche Versorgung müssen gleichberechtigt und diskriminierungsfrei im 5. Sozialgesetzbuch verankert werden. Die vertragsärztliche Versorgung soll dabei durch Verträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch Verträge der Vertragspartner der besonderen Versorgungsformen gleichrangig geregelt werden.

Im Einzelnen:

I. Artikel 1 Nr.5 [§ 73b SGB V-E]

Artikel 1 Nr. 5 a) und b) - Neuregelungen der Finanzierung und Vergütung

Die angestrebte Anbindung der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V-E an die kollektivvertragliche Versorgung und Vergütung ist abzulehnen. Die Regelungen in § 73b Abs. 5a und 8 SGB V-E sind versorgungspolitisch und rechtsdogmatisch verfehlt, soweit sie über die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei Honorarzuwächsen [§ 71 Abs. 2 SGB V] hinausgehen.

Die zur „Erfüllung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität" offensichtlich gewollte Orientierung am Vergütungsniveau des Kollektivvertrages bindet die Hausarztzentrierte Versorgung noch stärker als bisher an das Kollektivvertragssystem. Die Bezugsgrößen „Fallwert" - dieser Begriff ist gesetzlich nicht definiert und unklar - und „Bereinigungsbetrag" sind auf Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen steuerbare und jederzeit veränderbare Preisgrundlagen. Im Ergebnis wird damit die Preisbildung, die nach der Systematik des Gesetzes den Vertragspartnern der Selektivverträge obliegt, in die Sphäre der Kassenärztlichen Vereinigungen verlagert, ohne dass die hausärztlichen Vertragspartner hierauf Einfluss nehmen könnten. Anstatt die Hausarztzentrierte Versorgung von der kollektivvertraglichen Versorgung zu entkoppeln, wird hier das Gegenteil angestrebt. Dies führt im Ergebnis dazu, dass die Hausarztzentrierte Versorgung als ursprünglich wettbewerblich gewollte Versorgungsform ihren Sinn verliert. Schließlich provoziert die Regelung in § 73b Abs. 5a SGB V-E, dass in vielerlei Hinsicht unterschiedliche Leistungen miteinander verglichen werden und ohne Rücksicht auf die Unterschiede die gleiche Vergütung erfolgt. Das betrifft namentlich die mögliche Außerachtlassung von Differenzen bei der Morbidität, der Art der Leistung und der Qualität und Quantität der Leistungen.

Hinzu kommt, dass die Vergütungssysteme in der kollektivvertraglichen und der Hausarztzentrierten Versorgung nur eingeschränkt vergleichbar sind. Während die Vergütungsstrukturen in der Hausarztzentrierten Versorgung Anreize für eine gezielte Versorgung Kranker, insbesondere chronisch und multimorbid Kranker, schaffen, verwaltet das kollektivvertragliche Vergütungssystem überholte Leistungs- und Abrechnungsstrukturen. Bereits durch die transparente und einfache Vergütungsstruktur in den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung bleibt dem einzelnen Arzt mehr Zeit für seine Patienten. Dies wird verstärkt durch bestimmte Versorgungs- und Vergütungselemente, wie z.B. der Etablierung einer qualifizierten Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis [VERAH] oder der „kontaktunabhängigen Pauschale". Letztere führt dazu, dass bei ständigem Vorhalten einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Anreiz entfällt, den „gesunden Patienten" quartalsweise in die Hausarztpraxis einzubestellen. So bleibt einerseits mehr Zeit für die Versorgung der tatsächlich kranken Patienten, andererseits können hierdurch Kosten eingespart werden und dies nicht nur im Bereich der hausärztlichen Versorgung, sondern gerade auch im Bereich der veranlassten Leistungen.

Ungeachtet der rechtlichen Bedenken, die gegenüber der Regelung des § 73b Abs. 5a SGB V-E in der Fassung des Gesetzesentwurfs der Regierungsfraktionen bestehen, ist es mit Blick auf den dort gewählten „Stichtag" für die Geltung der geplanten Neuregelungen abzulehnen, dass hierdurch insbesondere die Kassen, die bewusst den Abschluss der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung - gerade auch im Rahmen der Schiedsverfahren nach § 73b Abs. 4a SGB V-E verzögert oder blockiert haben - einen wettbewerbsverzerrenden, gleichzeitig aber ökonomischen Vorteil erzielen. Bereits aus diesem Grund wäre bei separater Betrachtung der „Stichtagsfrage" der in dem Gesetzentwurf vorgesehene Zeitpunkt der Geltung der §§ 73b Abs. 5a und 8 SGB V-E nicht vertretbar, erst recht nicht für Erstverträge, also bei Verträgen mit denjenigen Krankenkassen, die nach dem Stichtag bzw. nach Inkrafttreten des Gesetzes erstmalig einen Vertrag schließen bzw. ein solcher Vertrag durch Schiedsentscheidung festgesetzt wird. Erstverträge, mithin auch die Verträge, die auf der Grundlage der noch nicht

abgeschlossenen Schiedsverfahren nach § 73b Abs. 4a SGB V festgesetzt werden, wären demnach zwingend und in jedem Fall von der beabsichtigten Neuregelung auszunehmen.

***

Auch die Neuregelung des § 73b Abs. 8 SGB V-E ist mit Blick auf § 73b Abs. 5a SGB V-E dogmatisch und systematisch verfehlt, zumindest aber unklar. Dort ist bestimmt, dass die Zusatzleistungen jenseits des § 73 Abs. 1 SGB V zukünftig durch Einsparungen refinanziert werden müssen. Diese Regelung könnte man ihres Anwendungsbereiches beraubt sehen, wenn die Zusatzleistungen ebenfalls den Schranken des § 73b Abs. 5a SGB V-E unterworfen würden. Das wäre dann der Fall, wenn die Regelungen in § 73b Abs. 5a SGB V-E immer das Gesamtvolumen beschränken, das in den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung finanziert werden darf und dieses Gesamtvolumen das Volumen, das bei Anwendung der KV-Regelungen entstünde, nicht überschreiten dürfte. Somit wäre kein Platz mehr für die Regelung des § 73b Abs. 8 SGB V-E, weil bei dieser Lesart keine zusätzlichen Vergütungsvolumina über Einsparungen produziert werden könnten. In diesem Fall verstieße man immer gegen die Gesamtvolumengrenze aus dem KV-Vergleich.

Versteht man hingegen § 73b Abs. 5a S. 2 SGB V-E so, dass hier nur auf eine Durchschnittshöhe der Vergütung pro Fall Bezug genommen wird, ergäbe sich ggf. ein anderes Ergebnis. Differiert nämlich die Fallzahl, die für den KV-Bereich und für den HzV-Bereich angesetzt wird, weil z. B. im HzV-Bereich zusätzliche „Fälle" durch Zusatzleistungen entstehen, kann das HzV-Volumen höher als das Vergleichsvolumen des KV-Bereiches sein, weil dann immer noch die Grenze der Durchschnittsvergütung pro Fall eingehalten wird. Für dieses höhere Volumen würde dann die Regelung des § 73b Abs. 8 SGB V-E eingreifen, sodass für diese noch ein Platz verbleibt, selbst wenn man prinzipiell auch die Zusatzleistungen bei der Berechnung der Schranken des § 73b Abs. 5a SGB V-E mit berücksichtigt. Infolgedessen besteht bei der aktuellen Gesetzeslage jedoch keinerlei Sicherheit, dass die Schiedspersonen, die Aufsichtsbehören und die Gerichte dazu

gezwungen werden, die Zusatzleistungen bei § 73b Abs. 5a SGB V-E außer Betracht zu lassen.

Zudem geht der gesetzgeberische Ansatz für eine Neuregelung des § 73b Abs. 8 SGB V-E unzutreffend davon aus, dass die Kosten und Aufwendungen für die über die kollektivvertragliche Versorgung hinausgehenden Anorderungen im Bereich der personellen und sächlichen Ausstattung sowie der Qualität aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen refinanziert werden müssen. Mehr Leistung und mehr Qualität müssen zusätzlich vergütet werden und es kann nicht sein, dass Hausärzte diese Mehrleistungen, in die sie auch noch wirtschaftlich investieren müssen, im Ergebnis selbst finanzieren sollen.

Artikel 1 Nr. 5c - Neuregelung der Aufsichtsrechte

Die für die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V angestrebte Verschärfung der aufsichtsrechtlichen Eingriffsrechte nach § 73b Abs. 9 SGB V-E ist aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes kritisch zu bewerten. Dies gilt zunächst in rechtssystematischer Hinsicht: Die Aufsichtsbehörden sind im Wege der Rechtsaufsicht zuständig für die Krankenkassen, nicht jedoch für die Selektivvertragspartner. Gleichwohl wirkt sich eine etwaige Beanstandung unmittelbar – als faktische Rechtsaufsicht – auch gegenüber den privatrechtlich organisierten Vertragspartnern aus. Ferner ist die Beanstandungsfrist von 2 Monaten zu hinterfragen: Durch die Fristunterbrechung [gemeint ist wohl eine Hemmung der Frist?] bis zum Eingang der von der zuständigen Aufsichtsbehörde angeforderten Informationen und Stellungnahmen ist absehbar, dass hierdurch das Inkrafttreten der Verträge nach § 73b SGB V und der Beginn der Versorgung unverhältnismäßig weit nach hinten verlagert werden. Dies vor allem bei Erstverträgen [s.o.] nach § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V. In der Verwaltungspraxis würde sich schließlich eine Vielzahl von Durchführungsproblemen ergeben, z.B. bei Zuständigkeit mehrerer Aufsichtsbehörden für einen Vertrag.

Wenn man überhaupt eine solche Neuregelung in Betracht zieht, dann müssten in diesem Zusammenhang Regelungen zur fristgebundenen Datenübermittlung der Krankenkassen an die zuständigen Aufsichtsbehörden gesetzlich bestimmt werden. Ebenso müssten die an die Aufsichtsbehören zu übermittelnden Daten ihrer Qualität, ihrer Aktualität und ihrem Umfang nach gesetzlich genau bezeichnet werden und für den Fall der nicht fristgerechten und/oder unvollständigen Datenübermittlung Sanktionen erfolgen.

II. Artikel 1 Nr. 6 – 9 [§§ 85, 87, 87d SGB V-E]

Der Deutsche Hausärzteverband spricht sich gegen eine Begrenzung des Ausgabenzuwachses bei der Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung aus. Der sich hier wiederfindende Weg zurück in die Zeiten der Budgetierung der ärztlichen Honorare ist in Ansehung des demographischen Wandels und der steigenden Morbidität der falsche Weg. Dabei sind Regelungen, mit denen nicht nur die ärztlichen Honorare, sondern im Ergebnis auch die Morbidität der GKV-Versicherten festgeschrieben werden sollen, abzulehnen. Schließlich bestehen auch hier erhebliche rechtliche Bedenken, wenn geregelt wird, dass der Bewertungsausschuss bis „spätestens zum 13. Oktober 2010 ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs der Versicherten…“ beschließen soll. Eine Beschlussfassung des Bewertungsausschusses ohne einfachgesetzliche Rechtsgrundlage – diese kann nicht der Kabinettsbeschluss vom 22. September 2010 sein – ist schlichtweg unzulässig und nicht umsetzbar.

III. Artikel 1 Nr. 2 [§ 6 SGB V-E]

Die Erleichterung des Wechsels von der Gesetzlichen Krankenversicherung in die Private Krankenversicherung ist kritisch zu beurteilen. Ausgehend davon, dass überwiegend junge und gesunde Versicherte in die PKV wechseln werden, führt dies zu einer Morbiditätsverdichtung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit zu tiefgreifenden strukturellen Finanzierungsproblemen. Dies gilt

insbesondere im Hinblick auf das „Festschreiben der Morbidität“ gemäß den angestrebten Neuregelungen in § 87 d SGB V-E.

****

Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender

Joachim Schütz
Geschäftsführer und Justitiar

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(20)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
15.10.2010

Deutscher Gewerkschaftsbund

Bundesvorstand

Stellungnahme des

Deutschen Gewerkschaftsbundes zur

öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit

zum

a.) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen – Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKVFinanzierungsgesetz – GKV-FinG)

(BT-Drs. 17/3040)

b.) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, … und der

Fraktion DIE LINKE.

Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen

(BT-Drs. 17/1238)

am 25. Oktober 2010

DGB Bundesvorstand
VB Annelie Buntenbach
Bereich Sozialpolitik

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin

Rückfragen an:
Knut Lambertin

Tel.: 030 24060-706
Fax: 030 24060-226

I. Allgemeine Bewertung:

Der Deutsche Gewerkschaftsbund teilt die Haltung, die im Entwurf des Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG-E) zum Ausdruck kommt, dass wir in Deutschland bisher ein leistungsfähiges Gesundheitssystem haben. Es stellt sicher, dass die weit überwiegende Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner eine auch im internationalen Vergleich hochwertige Gesundheitsversorgung nutzen können.

Für etwa 90 Prozent der Bürgerinnen und Bürger sind gesetzliche Krankenkassen und somit die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Träger ihrer gesundheitlichen Versorgung. Ca. 10 Prozent sind im Geschäftsbereich der Krankenvollversicherung Kundinnen und Kunden der privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Mit dem vorliegenden GKV-FinG-E soll der Systemwechsel weg von der sozialen gesetzlichen Krankenversicherung endgültig vollzogen werden:

Die geplante Einführung der Kopfpauschale, - im Entwurf als einkommensunabhängiger kassenindividueller Zusatzbeitrag bezeichnet -, das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages sowie der sog. Solidarausgleich, der nicht die vollen Belastungen für die Versicherten ausgleichen wird, markieren den Ausstieg aus der solidarischen und paritätisch finanzierten GKV.

Die von der Regierungskoalition dargestellten Vorteile der Reform halten einer Überprüfung nicht stand, denn dieser Systemwechsel ist nicht gerecht und nicht sozial ausgewogen. Auch die Behauptung, der Entwurf sorge für mehr Nachhaltigkeit, höhere Effizienz und positive Beschäftigungseffekte wird nicht schlüssig begründet.

Die GKV wird mit den vorgeschlagenen Regelungen:

<u>Ungerechter</u>

Durch das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages sowie die Einführung der Kopfpauschale wird der Grundsatz der paritätischen Finanzierung dauerhaft verletzt. Damit wird angesicht des negativen Trends in der Bruttoreallohnentwicklung sowie der stetig gewachsenen Betriebsüberschüsse/Selbstständigen- und Vermögenseinkommen auf der anderen Seite auch das Prinzip der Beitragsleistung nach wirtschaftlicher Leis-

tungsfähigkeit ad absurdum geführt. Zudem stimmt das Argument mit der Steuerfinanzierung, die gerechter sei als Sozialversicherungsbeiträge, so nicht. Durch das Gesamtdeckungsprinzip sowie den hohen und ständig wachsenden Anteil an Verbrauchssteuern ist das Steuersystem verteilungsungerechter als Sozialversicherungsbeiträge.

Weniger nachhaltig

Die moderate Erhöhung der Arbeitgeberbeiträge um 0,3 Beitragssatzpunkte ist auch auf das Drängen des DGB, eine paritätische Beitragsgestaltung aufrechtzuerhalten, zurückzuführen. Sie reicht aber nicht aus, weil die Schieflage bei der Finanzierung der GKV zu Lasten der Versicherten nicht aufgehoben wird. Angesichts der steigenden Ausgaben für arbeitsbedingte Erkrankungen ist es aber unverantwortlich, die Arbeitgeber nicht paritätisch an den weiter steigenden Kosten für Gesundheit zu beteiligen. Andere Einkommensarten bleiben auch weiterhin außen vor und der Wechsel zu den PKV-Unternehmen wird sogar erleichtert. Insgesamt wird damit die Einnahmebasis der GKV weiter geschmälert – und die Nachhaltigkeit der Finanzierung verringert.

Im GKV-FinG wird behauptet, dass Nachhaltigkeit nur durch Wettbewerb erreicht werden kann. Doch Wettbewerb bleibt nach dem GKV-FinG-E nur der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Doch dieser führt seit 1996 weit überwiegend zu einem Wettbewerb um junge gesunde und überdurchschnittlich verdienende Versicherte. Es ist fahrlässig, diese negativen Entwicklung über Preissignale noch weiter zun befördern. Vielmehr sind Strukturveränderungen und eine Wiedereinsetzung der vollständigen paritätischen GKV-Finanzierung notwendig.

Unsozialer

Der angebliche Solidarausgleich für die Kopfpauschale entpuppt sich als, zunächst von Versicherten über die Liquiditätsreserve der GKV selbst, zu zahlenden Finanzausgleich. Erst im Jahr 2014 soll festgelegt werden, in welcher Höhe ab 2015 Steuermittel zur Verfügung gestellt werden. Zwischen dem theoretischen Wert, „durchschnittlicher Zusatzbeitrag", und der Kopfpauschale, kassenindividueller „einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag" genannt, wird für viele Versicherte ein Delta entstehen. Und die Pauschale wird im Laufe der Jahre immer größer werden. Wissenschaftlichen Berechnungen zufolge, wird die Kopfpauschale 2025 knapp 97 Euro im Monat oder 1164 Euro im Jahr betragen, selbst wenn die jährlichen Ausgaben auch nur zwei Prozent stärker als die Einnahmen steigen. Jeder Arbeitnehmer mit einem Einkommen von bis zu 4.828 Euro hätte Anspruch auf einen Sozialausgleich. Das wären alle Mitglieder der GKV.

Eine Stärkung der Beitragsautonomie kann der DGB nicht erkennen. Die Bundesregierung versucht so nur, für den Großteil der Bevölkerung zu verschleiern, dass sie für die Einführung von Kopfpauschalen („einkommensunabhängige Zusatzbeiträge") verantwortlich ist. Damit werden gesetzliche Krankenkassen und ihre soziale Selbstverwaltung zum Sündenbock für die Politik der Bundesregierung gemacht. Die Nettoeinkommen sinken umso dramatischer desto geringer die Einkommen sind.

Beschäftigungsfördernde Wirkung nicht erkennbar

Der DGB kann nur schwer nachvollziehen, dass die Bundesregierung immer noch glaubt, die GKV-Beiträge seien eine Gefahr für die deutsche Exportwirtschaft. Denn tatsächlich ist nicht die absolute Höhe der Arbeitskosten maßgeblich für die Wettbewerbsposition der Unternehmen, sondern es ist die Entwicklung der Lohnstückkosten.

Dem DGB liegen wissenschaftliche Berechnungen vor, die Folgendes deutlich machen: Aus volkswirtschaftlicher Sicht können Lohnsteigerungen, die mit paritätisch finanzierten Beitragssatzsteigerungen einhergehen, Beschäftigung dauerhaft um rund 300.000 Personen generieren. Durch die höheren Löhne und die gestiegene Beschäftigung würde der private Verbrauch erheblich zulegen. Und Deutschlands Einkommensverteilung wäre nicht so ungleich, wie sie es heute ist.

Die Ausweitung der Kostenerstattung in der GKV, die in den Änderungsanträgen der Regierungskoalition zum GKV-FinG beabsichtigt wird, verletzt das Sachleistungsprinzip der GKV. Der DGB befürchtet, dass mit dieser Angleichung von GKV und PKV außerhalb des Pflichtversichertensegments sich die europarechtliche Beurteilung der gesetzlichen Krankenkassen durch den EuGH verändert. Das könnte dann eine Privatisierung der GKV, d.h. der gesundheitlichen Versorgung von etwa 90 Prozent der Bevölkerung bedeuten.

Im GKV-FinG-E werden Probleme hinsichtlich der Finanzierung angesprochen, aus Sicht des DGB, jedoch unvollständig dargestellt. Insbesondere geschieht diesbezüglich des Verhältnisses von Ausgaben und Einnahmen sowie den Belastungen der gesetzlich Krankenversicherten:

- Der DGB problematisiert seit Jahren einen Rückgang sozialversicherungspflichtiger Vollerwerbsarbeit zugunsten von Teilzeitarbeit und prekärer Beschäftigung. Zum einen schwächt dies die Einnahmebasis der GKV und zum anderen werden dadurch höhere Kosten im Bereich der arbeitsbedingten Er-

krankungen hervorgerufen. Grund sind gesetzliche Regelungen, die Mini-, Midijobs und Leiharbeit, aber auch befristete Beschäftigung erst in diesem Ausmaße möglich gemacht haben. Solche Beschäftigungsformen gehen oft einher mit einer höheren gesundheitlichen Belastung.

- Die öffentlichen Haushalte (ohne Sozialversicherungen) entledigen sich seit Jahren der Kosten für die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger, beispielsweise durch zu niedrige Investitionsausgaben im Krankenhausbereich. 1992 trugen die öffentlichen Hände noch 11 Prozent der Gesundheitsausgaben (17,6 Mrd. Euro), waren es 2008 nur noch 4,9 Prozent (13 Mrd. Euro) Mrd. Euro. Auch hier liegen die Gründe in staatlichem Handeln der föderalen Ebenen.
- Kosten für gesamtgesellschaftliche Leistungen, z.B. durch nicht kostendeckende Beitragssätze für ALG-II-Leistungsbezieher, werden seit Jahren gesetzgeberisch der GKV übertragen. Bezogen auf das Jahr 2008 betrugen diese gesamtgesellschaftlichen Leistungen nach wissenschaftlichen Berechnungen etwa 10,7 Mrd. Euro pro Jahr. Nach Gusto hat der Gesetzgeber hier zulasten der Beitragszahler Politik gemacht und sich der Verantwortung entzogen.
- Um die beschriebene Politik zu kaschieren und die GKV nicht dauerhaft zu überdehnen, wurden immer mehr GKV-Leistungen ausgegliedert und müssen nun von den Privathaushalten finanziert werden. Die Gesundheitsausgaben der Privathaushalte betrugen im Jahr 2008 ca. 35,3 Mrd. Euro (zum Vergleich 1992: 16,5 Mrd. Euro). Nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2001 beliefen sich allein die Zuzahlungen in jenem Jahr auf 9,9 Mrd. Euro pro Jahr. Seither müssen diese deutlich gestiegen sein.

Damit einher gegangen ist eine drastische Umverteilung zulasten der privaten Haushalte und eine Entlastung der Arbeitgeber und Staatshaushalte (ohne Sozialversicherungen). Der DGB fordert daher die Bundesregierung auf, diese Fakten endlich zur Kenntnis zu nehmen und diese Fehlentwicklungen rückgängig zu machen.

Insgesamt bewertet der DGB den GKV-FinG-E wie folgt: Gemessen an sozialstaatlichen Ansprüchen, mehr Gerechtigkeit, Solidarität und Nachhaltigkeit bei der Finanzierung der GKV, verlässt die Bundesregierung diese Grundlage, indem sie mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Strukturprinzipien brechen will. Dabei geht sie von einem nicht vollständigen Bild der Problemlage bzw. höchst

umstrittenen bis falschen Fakten sowie einer nicht nachvollziehbaren Begründung aus.

II. Zum Gesetzentwurf im Einzelnen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch):

Zu Nr. 1 (§ 4 – Krankenkassen), Nr. 24 (§ 291a – Elektronische Gesundheitskarte):

Der GKV-FinG-E sieht vor, die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen 2011 und 2012 auf dem Niveau 2010 festzuschreiben.

Mit dieser Deckelung der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen wird der Eindruck geweckt, hier gäbe es eine problematische Entwicklung. Dabei liegen die Verwaltungskosten tatsächlich seit 20 Jahren bei etwa 5 bis 6 Prozent - und nun bei 5,1 Prozent (2009). Im Vergleich dazu betragen die Verwaltungs- und Abschlusskosten der privaten Krankenversicherungsunternehmen 14,6 Prozent.

Tatsächlich richtet sich diese Deckelung gegen mögliche Gehaltssteigerungen der Beschäftigten und deren Arbeitsbedingungen sowie den Service für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Zudem muss berücksichtigt werden, dass auch mit diesem Entwurf den Kassen weitere Verwaltungsaufgaben übertragen werden, die nicht vom Bund gegenfinanziert werden, z.B. beim Beitrags- und Meldewesen im Zuge der Einführung der Kopfpauschale. Allein die Ausgaben für die Telematik-Infrastruktur sind hiervon ausgenommen.

Die Deckelung der Verwaltungsausgaben widerspricht des Weiteren den Regelungen im AMNOG-E. Auch durch dieses Gesetz werden den Krankenkassen neue Aufgaben übertragen, beispielsweise Preisverhandlungen mit den Pharmaherstellern. Der GKV-FinG-E zielt auf eine Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen ab, den es ebenfalls nicht umsonst gibt. Die Kosten des Wettbewerbs werden aber weder benannt noch beziffert.

Der DGB fordert die Bundesregierung auf, die Deckelung der Verwaltungskosten zu streichen.
Alternativ bietet der DGB Regierung und BDA gemeinsame Gespräche darüber an, wie eine Gegenfinanzierung zusätzlicher Aufgaben erfolgen kann.

Zu Nr. 2 (§ 6 – Versicherungsfreiheit):

Mit dieser Regelung soll die Frist nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze auf höchstens 1 Jahr verkürzt werden, so dass ein gesetzlich Versicherter als Kunde der privaten Krankenversicherungswirtschaft eine private Krankenvollversicherung abschließen kann.

Damit wird die Einnahmebasis der GKV weiter geschmälert, d.h. kassenindividuelle Kopfpauschalen katalysiert. Bisher gesetzlich Krankenversicherte können so einfacher aus der GKV abgeworben werden. Auch ist eine Stärkung der Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung, wie es als Gesetzeszweck formuliert wird, nicht erkennbar.

Der DGB hält diese Regelung für eine nicht vertretbare bewusste Subventionierung der PKV-Unternehmen, deren Notwendigkeit er nicht erkennen kann. In den vergangenen Jahren haben sich insbesondere die PKV-Unternehmen als „das funktionierende System" (vgl. Jahresberichte des PKV-Verbandes) dargestellt. Ausgehend von der Annahme, dass hier keine falsche Aussage getroffen wird, ist entsprechend die von der Bundesregierung vorgeschlagene Gesetzesänderung nicht nachvollziehbar – ebensowenig wie der Entwurf zum Jahressteuergesetz 2011, der ebenfalls Regelungen zugunsten der Finanzen der privaten Krankenversicherungswirtschaft enthält, zumal weder PKV-Verband noch einzelne private Krankenversicherungsunternehmen über eine schwierige finanzielle Situation geklagt haben. Diese Unsicherheit resp. Lücke in der Darstellung könnte jedoch zur Verunsicherung bei den Kundinnen und Kunden der Versicherungsbranche führen. Aus Sicht des DGB mangelt es an einer nachvollziehbaren Begründung für diese Regelung.

Der GKV-FinG-E enthält eine Einschätzung der Regierung, dass diese Regelung diese Regelung zu Mindereinnahmen von 200 Mio. Euro führen wird. Nach anderen Schätzungen betragen die Verluste eine Halbe Mrd. Euro.

Der DGB fordert eine Streichung dieser Vorschrift.

Zu Nr. 3 (§ 9 – Freiwillige Versicherung):

Hier werden die Zugangsvoraussetzungen für eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV geändert.

Dabei handelt es sich weitgehend um eine Folgeänderung und daher wird auf die Stellungnahme zu Nr. 2 verwiesen.

Zu Nr. 4 (§ 71 – Beitragssatzstabilität):

Nach der Aufhebung der getrennten Rechtskreise, - neue Länder – alte Bundesländer-, werden mit dieser Regelung notwendige Rechtsanpassungen vorgenommen.

Der DGB teilt die Absicht.

Zu Nr. 5 (§ 73b – Hausarztzentrierte Versorgung):

Hier wird eine Ausgabenbegrenzung für Selektivverträge für die hausarztzentrierte Versorgung vorgesehen. Bestandsschutz erhalten Verträge, die bis zum Kabinettbeschluss abgeschlossen werden.

Der DGB unterstützt diese Maßnahme, da sie ein Ungleichgewicht zwischen Hausärzteverbänden und gesetzlichen Krankenkassen abschwächt. Leider wird dieses Ungleichgewicht nicht nachhaltig gelöst.

Der DGB gibt zu bedenken, dass die Wirkungsweise von Selektivverträgen in der ambulanten Versorgung bisher noch nicht erforscht worden ist.

Der DGB empfiehlt dringend, diese Forschungslücke zu schließen.

Zu Nr. 7 (§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte):

Mit dieser Regelung wird der Bewertungsausschuss beauftragt, dem BMG ein neues Konzept für die Konvergenz der Vergütungen ärztlicher Leistungen vorzulegen.

Der DGB versteht diese Regelung als Vorbereitung auf eine strukturelle Anhebung der Vergütungsniveaus. Bereits in diesem Jahr stieg die Vergütung der Regelleistungen um 460 Millionen Euro. Für das kommende Jahr wurde bereits ein Anstieg um 675 Millionen Euro beschlossen.

Der DGB rät dringend, eine gerechtere Verteilung innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft sowie den Abbau von Überversorgung zum Maßstab zu machen und eine weitere Belastung der GKV-Versicherten auszuschließen, die nur der noch höheren Honorierung des Standes der niedergelassenen Ärzte dienen würde.

Zu Nr. 10 (§ 105 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung):

Mit dieser Regelung werden die Sicherstellungszuschläge wieder eingeführt, die die Kassenärztlichen Vereinigungen für unterversorgte und von Unterversorgung bedrohte Gebiete zahlen können.

Der DGB befürchtet, dass dies zu weiteren finanziellen Belastungen der GKV-Versicherten führen wird.

Der DGB fordert, den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur die Steuerungsverantwortung für unterversorgte Gebiete, sondern auch die Finanzverantwortung zu übertragen, d.h. eventuell notwendige Sicherstellungszuschläge müssen aus den vorhandenen Mitteln finanziert werden.

Zu Nr. 13 (§ 201 – Meldepflichten bei Rentenantragsstellung und Rentenbezug), Nr. 14 (§ 220 – Aufbringung der Mittel; Grundsatz), Nr.15 (§ 221b – Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich), Nr. 19 (§ 242b – Sozialausgleich) sowie Art. 12 (Änderung der Beitragsverfahrensordnung):

Die vorgesehenen Regelungen beinhalten die Umsetzung des sog. Sozialausgleichs für die Kopfpauschale.

Der DGB stellt fest, dass ein Sozialausgleich faktisch nicht stattfindet. Zunächst soll der Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve bezahlt werden. Für die Zukunft, spätestens ab 2014, lassen die Hürden für einen angeblichen Sozialausgleich (Zwei-Prozent-Regelung) darauf schließen, dass (a) entweder der steuerliche Ausgleich gering gehalten werden soll oder (b) mit einem deutlichen Anstieg der Kopfpauschalen gerechnet wird.

Der Druck durch eine nach oben nicht mehr begrenzte Kopfpauschale auf die Nettoeinkommen nimmt erneut zu. Das heute vorhandene Gerechtigkeitsdefizit bei der Finanzierung des Gesundheitswesens wird weiter anwachsen. Die größere wirtschaftliche Leistungskraft höherer Einkommen wird bei einem einem einheitlichen und nach oben nicht mehr begrenzten Zusatzbeitrag nicht berücksichtigt.

Ein Ausgleich bei einem Durchschnittsverdiener von 2.300 Euro (im Jahr 2009) würde erst bei einer fiktiven durchschnittlichen Kopfpauschale von mehr als 46 Euro wirksam werden. Zudem ist der bürokratische Aufwand, der damit verbunden wäre, ist sozialpolitisch nicht zu rechtfertigen.

Anzahl der Personen, die das Verfahren zum Sozialausgleich durchlaufen würden: Bei einem Zusatzbeitrag von 20 Euro würden 18,5 Mio. Mitglieder der GKV an dem Verfahren des Sozialausgleichs teilnehmen (bei 50 Euro: 38,2 Mio. Mitglieder). Dies sind 35 Prozent aller Mitglieder (bei 50 Euro: 72,4 Prozent aller Mitglieder).

Der DGB fordert, diese Regelung sowie die Einführung der Kopfpauschale zu streichen.

Zu Nr. 17 (§ 241 – Allgemeiner Beitragssatz):

Mit dieser Regelung soll der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz auf 15,5 Prozent angehoben werden.

Der DGB wertet dies als Ersatzhandlung statt einer sozial gerechten Reform. Die Koalition will den Beitragssatz um 0,6 Prozentpunkte auf 15,5 Prozentpunkte erhöhen, um das drohende Defizit in 2011 zu decken. Mit dieser Beitragserhöhung bleibt auch die Mehrbelastung der GKV-Mitglieder durch den Arbeitnehmer-Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten erhalten. Das bedeutet, dass nur die Beitragssatzerhöhung paritätisch aufgeteilt wird. Von einer paritätischen Beitragsgestaltung, wie sie der DGB gefordert hat, kann weiterhin keine Rede sein. Noch immer müssen die GKV-Mitglieder allein beim Beitragssatz rund neun Milliarden Euro jährlich an Mehrbelastungen durch den Sonderbeitrag tragen, insgesamt zahlen sie jährlich mindestens 15 Mrd. Euro an Beiträgen, Zuzahlungen und Praxisgebühren mehr als die Arbeitgeber. Das ergibt nach wissenschaftlichen Berechnungen ein Belastungsverhältnis in der GKV von 40:60 zuungunsten der Versicherten und zugunsten der Arbeitgeber.

Der DGB fordert die Bundesregierung auf, die paritätische GKV-Finanzierung wiedereinzusetzen und den Sonderbeitrag der Versicherten von 0,9 Prozentpunkten zu beseitigen.

Zu Nr. 18 (§ 242 – Kassenindividueller Zusatzbeitrag), Nr. 19 (§ 242a – Durchschnittlicher Zusatzbeitrag), Nr. 21 (§ 251 – Tragung der Beiträge durch Dritte), Nr. 22 (§ 252 – Beitragszahlung), Nr. 23 (§ 255 – Beitragszahlung aus der Rente):

Diese Regelungen beinhalten die Einführung der Kopfpauschale, zunächst als kassenindividueller einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag getarnt, sowie Strafvorschriften für säumige Zahler.

Der DGB lehnt jegliche Form von Kopfpauschalen als sozial ungerecht strikt ab. Die Folgen für die Nettoeinkommen, darunter auch Rentnerinnen und Rentner, sind umso dramatischer desto geringer die Einkommen sind. Alle künftigen Belastungen sollen – über die Beiträge der Versicherten in Höhe von 8,2 Prozentpunkten hinaus – in Form von nach oben offenen pauschalen Zusatzbeiträgen ausschließlich von den Versicherten getragen werden. Mit dieser Form der Kopfpauschale wird der Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung der GKV vorangetrieben. Mehrbelastungen der Versicherten durch Zusatzbeiträge sollen vorgeblich ausgeglichen werden, wenn zwei Prozent des Bruttoeinkommens überschritten werden. Maßgeblich sind jedoch nicht die tatsächlichen pauschalen Zusatzbeiträge der Krankenkassen, sondern ein geschätzter durchschnittlicher Zusatzbeitrag, der – über alle Kassen hinweg – theoretisch nötig wäre, um ein zu erwartendes Defizit zu decken. Die Mehrbelastungen durch Zusatzbeiträge werden also nicht realistisch ausgeglichen, sondern nur anhand eines Durchschnittswertes – und dies auch erst ab einer Grenze von zwei Prozent des Einkommens.

Anzahl der betroffenen Haushalte: Liegt der durchschnittliche Zusatzbeitrag bei 20 Euro (alternativ in Klammern jeweils die Angaben für 50 Euro), so wären 14,8 Mio. Haushalte betroffen (bei 50 Euro Zusatzbeitrag: 27,8 Mio. Haushalte). Von diesen Haushalten weisen 21,4 Prozent (also 3,1 Mio. Haushalte) mindestens ein Kind unter 16 Jahren auf (bei 50 Euro Zusatzbeitrag: 19,2 % der Haushalte, also 5,3 Mio.)

Unabhängig davon, dass die Kopfpauschale vom DGB abgelehnt wird, ist festzustellen, dass in der Entwicklungsphase des Gesetzentwurfes weitere soziale Ungerechtigkeiten hinzugetreten sind. In dem noch Ende August vorliegenden Referentenentwurf wird für Bezieher von Sozialleistungen (Arbeitslosengeld I und II, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Übergangsgeld und Verletztengeld) zwar der durchschnittliche Zusatzbeitrag (§ 242 a Absatz 1) erhoben (§ 242 a Absatz 4) jedoch geregelt, dass dieser Beitrag von der den Beitrag abführenden Stelle getragen wird (§ 251 Absatz 6).

Zu begrüßen ist, dass der Kreis der Versicherten, für die kein Zusatzbeitrag erhoben wird im Gesetzentwurf der Regierungsfraktionen von Ende September erweitert wurde (§ 242 Absatz 5). Nicht nachzuvollziehen und konsequent abzulehnen ist jedoch die Verschärfung für Bezieher von Arbeitslosengeld I und Kurzarbeitergeld (§ 242 b Absatz 1 Satz 6, 7 und 8). Wer bereits seinen Lebensunterhalt von Entgeltersatzleistungen bestreitet und gezwungen ist sich einzuschränken, kann nicht noch weitere Einschränkungen durch die Kopfpauschale hinnehmen.

Gleichzeitig soll geregelt werden, dass der durchschnittliche Beitrag (§ 242 a Absatz 1) von Mitgliedern, die Arbeitslosengeld II beziehen, aus den Mitteln des Liquiditätsfonds aufgebracht wird (§ 251 Absatz 6). Damit ist die Regelung von § 242 Ab-

satz 4, dass von Mitgliedern, die Arbeitslosengeld II beziehen der durchschnittliche Beitrag (§ 242 a Absatz 1) erhoben wird, verzichtbar.

Der DGB lehnt ebenfalls die geplanten Strafvorschriften im Sozialgesetzbuch ab. Er ist der festen Überzeugung, dass Sozialrecht- und Strafrecht weiterhin getrennt bleiben müssen.

Der DGB fordert nachdrücklich die Streichung dieser Regelungen.

Zu Nr. 25 (§ 271 – Liquidiätsreserve):

Der sog. Sozialausgleich soll entsprechend dieser Regelung erst 2015 durch Steuern finanziert werden, so diese Regelung. Bis dahin sollen die notwendigen Mittel aus der Liquiditätsreserve der gesetzlichen Krankenkasse finanziert werden. Der Sozialausgleich entzieht dem Fonds Mittel, die für den morbiRSA fehlen. Sodann entsteht eine Belastung der Kassen mit vielen Versicherten mit hoher Morbidität.

Der DGB fordert sicher zustellen, dass genügend finanzielle Mittel für den morbiRSA und zu Sicherung der Liquidität zur Verfügung stehen.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - § 85 - Gesamtvergütung):

Mit dieser Regelung wird die Vergütung für zahnärztliche Leistungen in den Jahren 2013 und 2014 in den neuen Bundesländern um +2,5 Prozent und für Berlin um +2 Prozent angehoben.

Der DGB gibt zu Bedenken, dass dies nach Schätzungen zu Mehrausgaben in der zahnärztlichen Versorgung von 4 bzw. 5 Prozent führen kann. Die Lohnentwicklung in den neuen Ländern kann mit dieser Ausgabendynamik nicht Schritt halten.

Der DGB lehnt diese Regelung ab.

Zu Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch - Nr.1 bis 4 (Leistungen und Beiträge sowie Meldepflicht des Arbeitgebers, Gesamtsozialversicherungsbeitrag):

Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen beinhalten bezüglich der Verfahren der Beitragszahlung und der Meldepflichten Regelungen zur Umsetzung des sog. Sozialausgleiches.

Der DGB fordert Streichung.

Zu Artikel 6 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte):

Nach dieser Regelung soll die landwirtschaftliche Krankenversicherung aus der Kappung der Verwaltungskosten ausgenommen werden.

Schon jetzt muss die Krankenversicherung der Landwirte ihre Verwaltungskosten bis 2014 um 20 Prozent kürzen.

Der DGB stimmt dieser Vorschrift zu und verweist auf seine Kritik an der Deckelung der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen hin.

Zu Artikel 5 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes – Nr. 1 bis 4 – Allgemeine Vorschriften, Endgeltarten und Abrechnung, Vereinbarungsverfahren), Art. 7 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung):

Mit dieser Vorschrift werden die bisher geregelten Ausgabensteigerungen in der stationären Versorgung gedeckelt.

Der DGB ist sieht die deutliche Gefahr, dass dies zulasten der Qualität und der Sicherheit der Versorgung geht – und damit zulasten der Patienten und des Personals.

Der DGB empfiehlt daher dringende Überprüfung.

Zu Artikel 9 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes):

Mit dieser Regelung soll der Basistarif, den private Krankenversicherungsunternehmen anbieten müssen, um die theoretische Kopfpauschale, den „durchschnittlichen Zusatzbeitrag", angehoben werden.

Die Regierung begründet den Zusatzbeitrag damit, dass das „heutige Finanzierungssystem der GKV wettbewerbsfreundlicher" ausgestaltet werden müsse. Dazu seien unverzerrte „Preissignale notwendig. Unverständlich ist daher die Übertragung auf den Basistarif.

Der DGB fordert, für Leistungsbezieher nach SGB II oder SGB XII die Tarife des Basistarifs auf den Erstattungsrahmen der GKV abzusenken.

Zu Art. 14 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung):

Die vorgeschlagenen Regelungen enthalten Vorschriften zur Anpassung an die neue Beitragssatzfestlegung, inkl. Kopfpauschale und sog. Sozialausgleich.

Der DGB lehnt diese Regelungen ab.

Zu ÄA 2 der CDU/CSU- sowie der FDP-Fraktion (§ 13 SGB V - Kostenerstattung):

Mit der geplanten Änderung werden die Regelungen zur Kostenertstattung in der GKV ausgeweitet.

Damit wird eines der Strukturprinzipien der GKV, das Sachleistungsprinzip, verletzt, d.h. die Systemänderung weiter vorangetrieben. Es ermöglicht Leistungserbringern ähnlich wie bei der angebotsinduzierten Nachfrage nach Leistungen, eine ähnliche Beeinflussung des Versicherten, Kostenerstattung zu wählen. Viele Ärzte werden großes Interesse an der Kostenerstattung haben, das ist für sie lukrativer und schneller und bietet ihnen mehr Möglichkeiten, außerdem den Versicherten zusätzliche Leistungen anbieten zu können, welche von der Kasse nicht erstattet werden. Folgen werden die Entsolidarisierung der gesetzlichen Krankenversicherung und eine Angleichung an die Policen der privaten Krankenversicherungsunternehmen sein. Zusätzlich ist zu befürchten, dass die Versicherten auf Kosten sitzen bleiben und der Verwaltungsaufwand steigt.

Der DGB lehnt diesen Änderungsantrag ab.

Zu ÄA 3 der CDU/CSU- sowie der FDP-Fraktion (§ 53 SGB V - Wahltarife):

Die geplante Regelung sieht vor, die Mindestbindungsfrist für die Wahltarife auf ein Jahr abzusenken – mit Ausnahme der Wahltarife für besondere Versorgungsformen.

Mit diesen Wahltarifen ist es Krankenkassen ermöglicht worden, Mitgliedern Prämien zu zahlen, wenn sie einen Selbstbehalt vereinbaren oder ein Jahr lang keine Leistungen (außer Vorsorge) in Anspruch genommen haben. Kassen dürfen den Versicherten Prämien von bis zu 600 Euro im Jahr für die Wahl eines dieser Tarifmodelle und bis zu 900 Euro für die Kombination von zwei Tarifen erstatten. Die ausgezahlten Prämien stehen nicht mehr für die Versorgung zur Verfügung. Zudem werden Anreize gegeben, Leistungen zu vermeiden und damit Krankheiten zu verschleppen. Der Versiche-

rungsgedanke wird somit auf den Kopf gestellt. Glücklicherweise haben diese Tarife keine Massenwirkung erreicht.

Der DGB steht diesen Wahltarifen - mit Ausnahme der Wahltarife für besondere Versorgungsformen - kritisch gegenüber und fordert daher deren Abschaffung.

Zu ÄA 5 der CDU/CSU- sowie der FDP-Fraktion (§ 194 SGB V – Satzung der Krankenkassen):

Mit dieser Regelung wird das Angebot der gesetzlichen Krankenkassen um Zusatzversicherungen privater Krankenversicherungsunternehmen für Kostenerstattung erweitert.

Der DGB lehnt die Kostenerstattung in der GKV als strukturfremd ab (s. auch Begründung zu ÄA 2).

III. Zum Antrag „Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen" der Fraktion DIE LINKE

Mit diesem Antrag will DIE LINKE den Bundestag beauftragen, die Bürgerversicherung einzuführen.

Der DGB strebt ebenfalls eine Weiterentwicklung der im Prinzip bewährten GKV zur Bürgerversicherung an.

Der DGB hat dazu eine Kommission "Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft"mit Frauen- und Jugendverbänden, Wohlfahrts- und Sozialverbänden sowie Wissenschaftlern initiiert und dazu auch die Arbeitnehmerorganisationen der im Bundestag vertretenen Parteien eingeladen. Die Ergebnisse werden noch im Herbst vorliegen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(25)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
18.10.2010

Deutscher Caritasverband

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz) BT Drucksache 17/3040

Die Bundesregierung will angesichts des für 2011 zu erwartenden Defizits in Höhe von bis zu 11 Mrd. Euro einige strukturelle Probleme des heutigen Finanzierungssystems der GKV beheben. Dies soll durch eine Stabilisierung der Ausgaben, eine solide Finanzierung, einen funktionsfähigen Wettbewerb und einen zielgenauen und gerechten Sozialausgleich geschehen. Der Deutsche Caritasverband nimmt im Folgenden Stellung. Die Stellungnahme erfolgt aus dem Blickwinkel gesellschaftlich benachteiligter Menschen, als deren Anwalt und Partner sich die Caritas versteht. Deshalb werden in einem zweiten Teil auch die nicht im GKV-Finanzierungsgesetz aufgegriffenen, notwendigen Änderungen des SGB V für Benachteiligte benannt.

I. Stellungnahme zum GKV-Finanzierungsgesetz

1. Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung in der GKV

Gesetzentwurf

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sollen durch verschiedene Maßnahmen wie zum Beispiel einen Abschlag auf Mehrleistungen von Krankenhäusern und begrenzte Vergütungsniveaus in der ärztlichen Versorgung beschränkt werden.

Bewertung

Eine Begrenzung der Ausgaben ist als Teil einer Politik zur Sicherung eines nachhaltigen Gesundheitssystems erforderlich. Allerdings erscheint fraglich, ob eine Begrenzung der Ausgaben durch fixe Obergrenzen oder Kappung von Steigerungsraten ohne beglei-

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakt Deutscher Caritasverband e. V.
Dr. Thomas Becker, Telefon: 0761 200-245
Dr. Verena Liessem, Telefon: 0761 200-224
Dr. Clarita Schwengers, Telefon 0761 200-676
Claire Vogt, Telefon 0761 200-165
Lorenz-Werthmann-Haus
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i.Br.

Dr. Elisabeth Fix, Telefon 030 284447-46
Berliner Büro
Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin

tende strukturelle Reformen sinnvoll ist. Eine Ausgabenbegrenzung dieser Art kann im schlechtesten Fall zu impliziter Rationierung (verdeckte Vorenthaltung von notwendigen und sinnvollen medizinischen und pflegerischen Leistungen) führen.

Empfehlung
Der Deutsche Caritasverband fordert eine Untersuchung darüber, ob und wenn ja in welchem Umfang implizite Rationierung in Krankenhäusern und/oder der ärztlichen und pflegerischen Versorgung auftritt.

Zu den weiteren Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung in der GKV hat der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) eine Stellungnahme abgegeben[1], die sich mit den Auswirkungen der Reform auf den Krankenhausbereich befasst. Der KKVD ist ein Fachverband des Deutschen Caritasverbandes und vertritt die Interessen der bundesweit 435 katholischen Krankenhäuser.

2. Begrenzung des allgemeinen Beitragssatzes und Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge (§ 241 und § 242 SGB V neu)

Gesetzentwurf
Der allgemeine Beitragssatz wird auf 15,5 Prozent festgeschrieben (§ 241 SGB V neu). Künftige über die Einnahmen hinausgehende Ausgabensteigerungen in der GKV sollen durch einkommensunabhängige, kassenindividuelle Zusatzbeiträge finanziert werden. Die Zusatzbeiträge werden bis auf wenige Ausnahmen von den Mitgliedern der Krankenkasse alleine getragen. Zur Abfederung negativer sozialer Auswirkungen wird ein Sozialausgleich eingeführt.

Bewertung
Ausgabensteigerungen werden kassenindividuell durch den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag finanziert. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wächst mit der Ausgabensteigerung der GKV. Die kassenindividuellen Zusatzbeiträge können – je nach Wirtschaftlichkeit, Versichertenstruktur oder regionalen Besonderheiten – vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag abweichen. Im Sozialausgleich werden ausschließlich Verwerfungen durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag ausgeglichen.

Empfehlung
Der Deutsche Caritasverband spricht sich nicht grundsätzlich gegen einkommensunabhängige Finanzierungselemente der Gesetzlichen Krankenversicherung aus. Allerdings muss über den Sozialausgleich auch künftig sichergestellt sein, dass sozial benachteiligte Menschen und Menschen mit geringem Einkommen durch die Beitragsentwicklung nicht unverhältnismäßig belastet werden (siehe Näheres dazu unten).

[1] Vgl. Stellungnahme des KKVD vom 06.09.2010 zum Referentenentwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes, die aufgrund der im Kabinettsentwurf unveränderten Regelungen weiterhin aufrecht erhalten bleibt.

3. Regelungen zum Zusatzbeitrag (§ 242 SGB V i.V. mit § 251 SGB V neu)

Gesetzentwurf

§ 242 Abs. 4 SGB V neu sieht vor, dass von Empfängern von Arbeitslosengeld II nur der durchschnittliche Zusatzbeitrag erhoben werden darf. Seine Finanzierung erfolgt gemäß § 251 Abs. 6 S. 3 SGB V neu aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Des Weiteren sieht § 242 Abs. 5 SGB V neu vor, für Menschen mit Behinderung, die in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen, in Blindenwerkstätten i.S. des § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind, kein Zusatzbeiträge zu erheben. Diese Regelung gilt auch für die Empfänger von Entgeltersatzleistungen wie Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Verletztengeld, Versorgungsgeld und Übergangsgeld.

Unklar ist, welche Rechtsfolgen die Neuregelung zum Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V neu für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen, entfaltet. Für diese Personen wurde der Zusatzbeitrag bisher nach § 32 Abs. 4 SGB XII vom Sozialhilfeträger übernommen. Dies betrifft u. a. auch Menschen mit Behinderungen, die Tagesförderstätten besuchen. Diese Regelung gilt jedoch nur für den Zusatzbeitrag in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung. Im vorliegenden Gesetzentwurf findet sich keine Folgeregelung im SGB XII.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt es ausdrücklich, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Regelung gestrichen wurde, nach welcher die Krankenkassen den Differenzbetrag zwischen kassenindividuellem und durchschnittlichem Zusatzbeitrag von den Empfängern von Arbeitslosengeld II entsprechend den jeweiligen Regelungen ihrer Satzung hätten einfordern können. Dies hätte die Empfänger Existenz sichernder Leistungen vor allem bei Vorliegen von erheblichen Differenzen überfordert. Ebenso positiv ist die Ausnahme von Menschen mit Behinderung, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten tätig sind, zu bewerten.

Kritisch ist hingegen zu beurteilen, dass eine Regelung zur Übernahme von Zusatzbeiträgen von Sozialhilfeempfängern fehlt. Die Situation dieser Personengruppe ist vergleichbar zu den Empfängern von Leistungen nach dem SGB II. Auch eine Übernahme der Zusatzbeiträge von Menschen mit Behinderung in Tagesförderstätten hält die Caritas für notwendig.

Für nicht sachgerecht erachtet der Deutsche Caritasverband ferner die Finanzierung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Aufgabe der Liquiditätsreserve ist es, unterjährige Schwankungen in den Einnahmen und nicht vorhergesehene konjunkturell bedingte Einnahmeausfälle auszugleichen. In diese Systematik passt die Übernahme der durchschnittlichen Zusatzbeiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld II nicht. Darüber hinaus wird der Gesundheitsfonds aus den Beiträgen der Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Die Übernahme der Gesundheitskosten von Empfänger von Arbeitslosengeld II ist aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte dementsprechend aus Steuermitteln finanziert werden.

Sachgerecht wäre daher die Übernahme des durchschnittlichen Zusatzbeitrages durch die jeweilige Behörde (z.B. die BA oder der Sozialhilfeträger), weil der durchschnittliche Zusatzbeitrag eine Funktion des alten allgemeinen Beitragssatzes übernimmt. Gleichzeitig müsste der jeweilige Haushalt entsprechend über allgemeine Steuermittel aufgestockt werden, damit diese Leistungen nicht zu Lasten anderer Aufgaben (z. B. Eingliederung in das Arbeitsleben) gehen und alle Bürgerinnen und Bürger an der Finanzierung beteiligt werden.

Lösungsvorschlag
Der Deutsche Caritasverband fordert, dass auch für Empfänger von Sozialhilfeleistungen nach SGB XII nur der durchschnittliche und nicht der kassenindividuelle Zusatzbeitrag erhoben wird. Dieser ist vom Sozialhilfeträger zu übernehmen.

§ 242 Abs. 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(4) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 wird für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a der Zusatzbeitrag nach § 242a erhoben, auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben. Gleiches gilt für nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Bezieher von Leistungen nach dem Zwölften Buch."

§ 32 Abs. 4 SGB XII wird wie folgt angepasst:

„Die Übernahme der Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 umfasst bei Versicherten nach dem Fünften Buch auch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V."

Außerdem schlägt der Deutsche Caritasverband vor, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag für Empfänger von Arbeitslosengeld II aus den Mitteln der Bundesagentur für Arbeit finanziert wird, deren Haushalt entsprechend durch allgemeine Steuermittel aufgestockt werden muss.

Nach § 251 Abs. 6 S. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 wird für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 4 von der den Beitrag abführenden Stelle getragen."

4. Sozialausgleich nach § 242 b SGB V neu

Gesetzentwurf
In den Fällen, in denen der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt, wird ein Sozialausgleich durchgeführt. Dabei wird der einkommensabhängige Mitgliedsbeitrag entsprechend verringert. Maximal wird der Mitgliedsbeitrag auf null Euro reduziert. Hat das Kassenmitglied dann immer noch Ansprüche aus dem Sozialausgleich, kann es diese bei der Krankenkasse geltend machen. Die Durchführung des Sozialausgleichs obliegt in der Regel den Beitrag abführenden Stellen. Ausnahmen gelten in den Fällen, in denen das Mitglied selbst die Beiträge abführt oder in atypischen Beschäftigungsverhältnissen arbeitet. Der Sozialausgleich wird nur für diejenigen Mitglieder durchgeführt, die auch die Kosten der Zusatzbeiträge selbst tragen.

Bewertung
Der Sozialausgleich stellt sicher, dass die (fiktive) Belastung eines Kassenmitglieds durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht mehr als zwei Prozent seiner beitragspflichtigen Einnahmen beträgt. Allerdings ist es durchaus möglich, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, den ein Mitglied zahlen muss, oberhalb (oder unterhalb) des durchschnittlichen Zusatzbeitrags liegt. Der Sozialausgleich gleicht also nicht die tatsächlich geleisteten Zahlungen, sondern einen Durchschnittsbetrag aus. Sozialausgleichsberechtigte Mitglieder einer Krankenkasse mit einem hohen kassenindividuellen Zusatzbeitrag haben also einen Anreiz, die Kasse zu wechseln. Einige Mitglieder können mit einem Kassenwechsel aber überfordert sein. Die Durchführung des Sozialausgleichs erscheint in den meisten Fällen – bis auf die oben genannten Sonderregelungen – unkompliziert. Sie setzt aber die Bindung an die beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds und die ausschließliche Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags voraus.

Lösungsvorschlag
Für Menschen, denen es aufgrund einer besonderen Härte nicht möglich ist, in eine andere Kasse zu wechseln – weil sie mit dem Wechsel überfordert sind (z. B. durch eine Krankheit, Wohnungslosigkeit, Behinderung oder Suchtabhängigkeit) oder in Programme einer bestimmten Kasse eingeschrieben sind (hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V oder Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V etc.) –, muss es die Möglichkeit geben, einen zeitlich befristeten oder unbefristeten Sozialausgleich der vollständigen Beiträge zu erhalten.

II. Weitere notwendige Änderungen im SGB V, die nicht im GKV-Finanzierungsgesetz berücksichtigt sind

1. Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG)

Situation
Im Falle von Hilfebedürftigkeit eines privat Versicherten zahlt der zuständige Träger weiterhin den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht keine Veränderungen der bestehenden Situation vor, sondern nimmt in Artikel 9 lediglich redaktionelle Folgeanpassungen von § 12 Abs. 1c VAG vor.

Bewertung
Diese Regelung führt regelmäßig zu Beitragsschulden des Hilfebedürftigen bei der privaten Krankenversicherung: Der volle Beitrag zum Basistarif darf den Höchstbeitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe des Tarifs für die freiwillig Versicherten nicht überschreiten. Dieser beträgt derzeit ca. 640 Euro. Der um die Hälfte reduzierte Beitrag liegt bei ca. 320 Euro. Der Leistungsträger nach SGB II übernimmt allerdings nur Beiträge in der Höhe dessen, was er für Empfänger von Leistungen nach SGB II in der Gesetzlichen Krankenversicherung zahlt. Das sind derzeit ca. 144 Euro. Die resultierende Lücke von ca. 176 Euro muss der Hilfebedürftige aus dem Regelsatz selbst zahlen. Da der Regelsatz diese Kosten nicht vorsieht, bedeutet das regelmäßig eine finanzielle Überforderung des Hilfebedürftigen bzw. Schulden bei der Krankenversicherung. Beim

Ende der Hilfebedürftigkeit können diese Beitragsschulden zu einem Ruhen des Versicherungsschutzes führen.

Lösungsvorschlag
Der Deutsche Caritasverband hat wiederholt die Änderung des § 12 Abs. 1c VAG mit folgendem Ziel gefordert:

Das Private Krankenversicherungsunternehmen muss die Versicherungsprämie im Basistarif bei ALG-II- oder Sozialgeld-Bezug so reduzieren, dass sie dem GKV-Beitrag für ALG-II-Bezieher entspricht und durch den Zuschuss des SGB-II-Leistungsträgers vollständig abgedeckt wird.

Das VAG ist daher, wie folgt, zu ändern:

In § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Text angefügt: „der Versicherer kann in diesem Fall nur einen Beitrag in dieser Höhe verlangen."

Falls diese Regelung nicht durchsetzbar ist, müsste der Beitrag über den Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende vollständig finanziert werden.

2. Krankenversicherungsschutz junger Erwachsener zwischen 23 und 24 Jahren

Situation
Junge Erwachsene unter 25 Jahre gehören, sofern sie arbeitslos und mittellos sind und im elterlichen Haushalt leben, zur Bedarfsgemeinschaft der Eltern. Dies gilt selbst dann, wenn die jungen Erwachsenen bereits eine Ausbildung abgeschlossen haben und in der Regel keine Unterhaltspflicht der Eltern mehr nach dem BGB besteht. Gleichzeitig sind sie wegen Überschreitung der Altersgrenze von 23 Jahren nicht mehr familienversichert in der GKV, wenn sie sich nicht in schulischer oder beruflicher Ausbildung befinden. Sie sind aber versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, sofern sie nicht privat versichert sind oder der Privatversicherung zuzuordnen sind. Reicht das Einkommen der Eltern bzw. der anderen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft theoretisch zur Bedarfsdeckung der gesamten Bedarfsgemeinschaft aus, gelten junge Erwachsene nicht als hilfebedürftig im Sinne des SGB II. Dadurch besteht kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Krankenversicherungsbeiträge gegen den Kostenträger des SGB II. Junge Erwachsene müssen sich entweder bei der Krankenversicherung oder bei Eltern und Freunden verschulden, um die Kostenbeiträge aufbringen zu können. Leben die Eltern im „prekären Wohlstand" und sind sie u.U. finanzielle Verpflichtungen eingegangen, die bei der Berechnung des SGB II – Anspruchs nicht einkommensmindernd berücksichtigt werden, sind sie selbst bei Gutwilligkeit nicht in der Lage, die Kinder zu unterstützen. Es besteht das Risiko, dass die jungen Erwachsenen – sofern sie Beitragsschuldner bei der Krankenversicherung werden – vor einem Einstieg in das Berufsleben in die Überschuldung geführt und gleichzeitig auf eine Basisversorgung verwiesen werden.

Bewertung
Die Regelungen des SGB II für junge Erwachsene unter 25 Jahre und die Familienversicherungsmöglichkeit in der GKV für nicht erwerbstätige und nicht in Schul- oder Berufsausbildung befindliche Kinder lässt für junge Erwachsene von 23 und 24 Jahren eine Lücke im Versicherungsschutz entstehen.

Lösungsvorschlag
Die Lücke im Versicherungsschutz für junge Menschen muss geschlossen werden durch Anhebung der Altersgrenze in der Familienversicherung für arbeitslose und nicht in schulischer oder beruflicher Ausbildung befindliche Kinder, die im Haushalt der Eltern leben, auf die Altersgrenze, die in der Familienversicherung für Kinder in Ausbildung gilt: Vollendung des 25. Lebensjahres (analog zu § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V).

3. Beitragsnachforderungen trotz Unkenntnis von Versicherungspflicht

Situation
Viele Rückkehrer und bisher noch nicht Versicherte, die der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen, trifft das Problem von Beitragsschulden, weil sie sich aufgrund mangelnder Kenntnis nicht rechtzeitig zum 01.04.2007 versichert haben. Nach den Erfahrungen der Freien Wohlfahrtspflege wussten und wissen viele Menschen nicht, dass seit 01.04.2007 schon ein Versicherungsverhältnis besteht und sie einerseits bereits das Recht hatten, Leistungen in Anspruch zu nehmen und anderseits auch die Pflicht hatten, Beiträge zu zahlen.

Bewertung
Diese Probleme treten verstärkt bei Menschen in sozialen Notlagen, wie beispielsweise bei Wohnungslosen auf. Zwar haben die Krankenkassen gemäß § 186 Abs. 11 SGB V in ihren Satzungen eine Ermäßigung, Stundung oder einen Erlass des Beitrags vorzusehen, sofern der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht zu spät angezeigt hat. Trotz der vom BMG zugesagten Prüfung im Einzelfall machen nicht alle Kassen von diesen Möglichkeiten Gebrauch. Die durch Beitragsnachforderungen entstehenden Schulden häufen sich Monat für Monat an, ohne dass die Betroffenen faktisch je die Möglichkeit haben werden, diese Schulden zu begleichen.

Lösungsvorschlag
In Fällen, in denen die Betroffenen die Gründe der Nichtanzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht zu vertreten haben, sind die Beiträge rückwirkend zu erlassen. Der Deutsche Caritasverband schlägt folgende Klarstellung im Gesetz vor:

§ 186 Abs. 11 SGB V ist um folgenden Satz zu ergänzen: „Für Zeiträume seit dem 01.04.2007, in denen sich der Versicherte in einer sozialen Notlage, insbesondere infolge von Wohnungslosigkeit oder Sucht befand, wird vermutet, dass er die Nichtanzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht zu vertreten hat; von der Erhebung eines Beitrags ist in diesem Fall abzusehen.“

III. Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und FDP (Ausschuss-Drs. 17 (14)0072)

1. Kostenerstattung (Änderungsantrag 2)

Gesetzentwurf

In § 13 Abs. 2 SGB V wird S. 3 gestrichen (Bestätigung der Beratung durch den Leistungserbringer). Des Weiteren werden die Abschläge für die Verwaltungskosten der Krankenkassen auf die Höhe von 5 Prozent des Erstattungsbetrags begrenzt. Abschläge für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfungen entfallen. Die Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung wird auf ein Kalendervierteljahr begrenzt.

Bewertung

Das Entfallen der schriftlichen Bestätigung der erfolgten Beratung durch den Leistungserbringer über Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, ist aus Verbraucherschutzgesichtspunkten kritisch zu bewerten. Der Verbraucher muss sich im Klaren sein, welche Leistungen von der Krankenkasse erstattet werden und bei welchen Leistungen dies nicht der Fall ist. Diesem Zweck dient die schriftliche Bestätigung der Aufklärung durch die Leistungserbringer. Die Begrenzung der Bindung des Versicherten an die Kostenerstattung auf drei Kalendermonate statt auf bisher ein Jahr ermöglicht dem Versicherten eine höhere Flexibilität, sollte sich der Kostenerstattungsmodus im individuellen Fall als nicht günstig erweisen. In jedem Fall muss die Kostenerstattung auch weiterhin auf freiwilliger Basis erfolgen und als Wahltarif ausgestaltet sein. Die Kostenerstattung darf nicht dazu führen, dass Versicherte, die weiterhin Sachleistungen in Anspruch nehmen, bei der Behandlung oder Auswahl des Arztes benachteiligt und somit ausgegrenzt werden. Im Sinne der Verbrauchertransparenz erachten wir im Übrigen die Möglichkeiten, von der Krankenkasse eine Patientenquittung über die im letzten Geschäftsjahr angefallenen Leistungen zu erhalten (§ 305 SGB V) für ausreichend und adäquat.

Lösungsvorschlag

§ 13 Abs. 2 SGB V ist nach Satz 3 um folgenden Satz 4 zu ergänzen: „Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen."

2. Wahltarif Kostenerstattung (Änderungsantrag 3)

Gesetzentwurf

Die Mindestbindungsfrist für die Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach § 53 Abs. 3 SGB V (§ 63, § 73b, § 73c, § 137f, § 140a SGB V) wird von drei Jahren auf ein Jahr begrenzt. Des Weiteren muss sich die Krankenkasse die langfristige finanzielle Tragbarkeit des Wahltarifs von einem Wirtschaftsprüfer oder Aktuar regelmäßig testieren lassen.

Bewertung

Die Absenkung der Mindestbindung des Versicherten an Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach § 53 Abs. 3 SGB V ermöglicht eine höhere Flexibilität und stärkt seine Wahlfreiheit.

3. Vermittlung von Zusatzversicherungen durch die Krankenkassen (Änderungsantrag 5)

Gesetzentwurf
Verträge der Krankenkassen für die Vermittlung privater Zusatzversicherungen sollen nach § 194 Abs. 1a SGB V künftig auch für Ergänzungstarife zur Kostenerstattung möglich sein.

Bewertung
Innerhalb des Systems der Kostenerstattung ist diese Regelung sachgerecht.

4. Pauschalierung schwankender Einkommen von ALG II-Empfängern (Änderungsantrag 7)

Zur Verwaltungsvereinfachung soll bei schwankenden beitragspflichtigen Einnahmen, die neben dem Bezug von Arbeitslosengeld II anfallen, entsprechend den Regelungen in der ALG II-Verordnung ein monatlicher Durchschnittswert gebildet werden können. Erweist sich nach Ablauf des Bewilligungszeitraums, dass der tatsächliche monatliche Durchschnittswert um mehr als 20 Euro abweicht, ist der tatsächliche monatliche Durchschnittswert als weitere beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen.

Bewertung
Die nachträgliche Berichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen führt für den Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende und für die Krankenkassen bzw. den Gesundheitsfonds zu einem hohen Verwaltungsaufwand bei der Beitragsberichtigung und dem Meldeverfahren von Arbeitslosengeld II-Beziehern. Die Bildung eines Durchschnittswerts wird im Rahmen der ALG II-Verordnung bereits praktiziert. Dieses Verfahren bietet sich auch für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge an und wird deshalb begrüßt.

Deutscher Caritasverband e.V.
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakt:

Dr. Thomas Becker, Abteilungsleiter Sozialpolitik und Publizistik, Deutscher Caritasverband e.V., Tel. 0761 200-245, thomas.becker@caritas.de

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, Deutscher Caritasverband e.V., Berliner Büro, Tel. 030 284447-46, elisabeth.fix@caritas.de

Dr. Verena Liessem, Volkswirtschaftliche Referentin Koordination Sozialpolitik, Deutscher Caritasverband e.V., Tel. 0761 200-224, verena.liessem@caritas.de

Dr. Clarita Schwengers, Referatsleiterin Koordination Sozialpolitik, Deutscher Caritasverband e.V., Tel. 0761 200-676, clarita.schwengers@caritas.de

Claire Vogt, Juristische Referentin Koordination Sozialpolitik, Deutscher Caritasverband e.V., Tel. 0761 200-165, claire.vogt@caritas.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(7)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
15.10.2010

Stellungnahme

des dbb beamtenbund und tarifunion

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25. Oktober 2010 zum

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) – BT-Drs. 17/3040

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen - BT-Drs. 17/1238

Berlin, 13. Oktober 2010

dbb beamtenbund und tarifunion
Friedrichstraße 169/170 - 10117 Berlin - Tel.: +49 30 4081 40 - Fax: +49 30 4081 4999
http://www.dbb.de

Allgemein

Die Bundesregierung hat richtig erkannt, dass das System der deutschen Krankenversicherung vor großen Herausforderungen steht. Der nun vorgelegte Entwurf lässt die im Titel genannten Schlagworte *sozial ausgewogen* und *nachhaltig* allenfalls ansatzweise erkennen. Aus Sicht des dbb beamtenbund und tarifunion belastet die vorgesehene Reform ungleichgewichtig die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer - besonders die Geringverdiener. Von der erhofften Nachhaltigkeit kann keine Rede sein.

Auch der dbb kann sich nicht der Tatsache verschließen, dass demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt finanziert werden müssen. Durch die in Artikel 10 vorgesehene Aufhebung der *Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 29. Oktober 2008* wird die mit dem *Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität* vollzogene Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 Prozent nivelliert. Der dbb trägt den daraus resultierenden Anstieg des allgemeinen Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte auf 15,5 Prozent mit und begrüßt, dass die Bundesregierung hier Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen an der Beitragssatzsteigerung beteiligt.

Scharf kritisiert der dbb jedoch die künftige Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages auf 7,3 Prozent. **Dies bedeutet den endgültigen Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung**. Die Forderung des dbb, den bisher schon allein von den Versicherten zu tragenden Beitrag von 0,9 Prozentpunkten wieder in die paritätische Finanzierung einzubauen, blieb unberücksichtigt. Die Arbeitgeber sind nun an künftigen Kostensteigerungen bedingt durch medizinischen Fortschritt und demografischen Wandel nicht mehr beteiligt.

Scharf kritisiert der dbb weiterhin die Aufhebung der Deckelung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge und insbesondere deren einkommensunabhängige Erhebung. Der vorgesehene Sozialausgleich greift zudem erst dann, wenn der Zusatzbeitrag mehr als zwei Prozent des individuellen Einkommens ausmacht. Für Geringverdiener sind jedoch bereits die im Falle eines Zusatzbeitrages zusätzlich zu entrichtenden maximal zwei Prozent des Einkommens eine besondere Belastung. Diese sind zusätzlich zur Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes für viele kaum noch zu schultern. Der dbb fordert diesbezüglich eine Neukonzeptionierung des Sozialausgleiches, die das Attribut *sozial* auch verdient. **Aus Sicht des dbb würde eine vollständige Rückkehr zur paritätischen Finanzierung - abgesehen vom steuerfinanzierten Teil – den Verzicht auf Zusatzbeiträge ermöglichen und damit einen komplizierten Sozialausgleich überflüssig machen.**

zu Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Begrenzung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen

Mit großer Sorge sieht der dbb die in § 4 Abs. 4 vorgesehene Begrenzung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. Gemäß Gesetzentwurf folgen hieraus Einsparungen in Höhe von je ca. 300 Millionen Euro in den Jahren 2011 und 2012. Aus Sicht des dbb ist die Sparpolitik in diesem Bereich verfehlt, da durch den zu installierenden Sozialausgleich ein enormer Verwaltungsaufwand auf die Krankenkassen zukommt. Insbesondere sind in diesem Zusammenhang die in § 242b SGB V genannten Koordinierungs- und Meldepflichten im Falle mehrerer Beschäftigungsverhältnisse des jeweils betroffenen Arbeitnehmers zu nennen. Auch bereits feststehende Lohnerhöhungen aus Gesetz oder Tarifvertrag dürfen bei der Kalkulation des Finanzbedarfs nicht vernachlässigt werden.

Erleichterter Wechsel in die PKV

Mit der in § 6 Abs. 1 vorgesehenen Aufhebung der 3-jährigen Wartezeit für einen Wechsel in die PKV setzt der Entwurf eine Festlegung im Koalitionsvertrag um.

Der vorgesehene erleichterte Wechsel in die PKV bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze lässt die ehemals bewährte Friedensgrenze zwischen GKV und PKV wieder aufleben und trägt so einer Forderung des dbb Rechnung, diese weder mit ihren finanziellen noch zeitlichen Voraussetzungen wesentlich zu verändern. Das gilt umso mehr, als in § 9 Abs. 1 Nummer 9 SGB V Personen, die zum 31. Dezember 2010 aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, die Möglichkeit eingeräumt wird, innerhalb von sechs Monaten freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung zu werden.

Zusatzbeitrag und Sozialausgleich

Nicht hinnehmbar ist aus Sicht des dbb die mit dem geplanten Sozialausgleich einhergehende Doppelbelastung im Falle von Zahlungsschwierigkeiten eines Versicherten.

Einerseits wird im neu eingefügten Abs. 5 des § 242 SGB V durch einen Säumniszuschlag in Höhe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge (mindestens 30 Euro) eine neue Sanktion eingeführt. Da bereits heute rund ein Drittel aller

Versicherten, die einen Zusatzbeitrag zu entrichten haben, säumig sind, trägt der dbb die Installation eines derartigen Säumniszuschlags als offenbar notwendiges Durchsetzungsinstrument noch mit.

Andererseits wird jedoch festgelegt, dass der in § 242b eingeführte Sozialausgleich bis zur vollständigen Begleichung der ausstehenden Beiträge ausgesetzt wird. Eine rückwirkende Anwendung des Sozialausgleiches nach Begleichung der ausstehenden Zahlungen ist nicht vorgesehen.

Der dbb sieht hierin die Gefahr sozialer Härten, da in vielen Fällen Zahlungsverzug nicht mit Zahlungsunwilligkeit gleichzusetzen, sondern vielmehr in mangelnden finanziellen Ressourcen zu sehen ist. In der Folge wird das Aussetzen des Sozialausgleichs für den Versicherten dazu führen, dass sich seine finanzielle Situation weiter verschärft und der Sozialausgleich de facto gänzlich entfällt. Der dbb fordert in diesem Zusammenhang, die zusätzliche Sanktion eines ausgesetzten Sozialausgleichs zurückzunehmen.

zu Artikel 5: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Der dbb lehnt die beiden zentralen Punkte der Änderungen im KHEntG entschieden ab. Es sind dies die in § 10 Abs. 3 Satz 4 KHEntG für die Krankenhäuser vorgesehene Begrenzung des Kostenanstiegs auf maximal die Hälfte der Grundlohnsummensteigerung sowie die vorgesehenen Mehrleistungsabschläge für so genannte extra-budgetäre Leistungen. Letztere regelt der in § 4 neu eingefügte Absatz 2a. Er sieht für das Jahr 2011 einen Vergütungsabschlag in Höhe von 30 Prozent vor. Im Folgejahr soll ein entsprechender Abschlag durch Verhandlungen der Vertragsparteien geregelt werden.

Viele Krankenhäuser kämpfen derzeit bereits um die wirtschaftliche Existenz. Die Wirtschafts- und Finanzkrise lässt hinsichtlich der Grundlohnsummensteigerung nichts Gutes erwarten. In der Folge müssen die Krankenhäuser ihre Kosten noch stärker senken. Wie in der Vergangenheit werden derartige Einsparungen zu einem großen Teil auf dem Rücken der Beschäftigten und der Patienten ausgetragen. Sei es durch Personalabbau oder durch eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen. Der dbb hat in der Vergangenheit mehrfach auf die prekäre Lage des Krankenhauspersonals hingewiesen und eine Reform der Finanzausstattung gefordert. Durch die nun mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung der Ausgabensteigerungen wird sich die Notlage vieler Krankenhäuser weiter zuspitzen.

zu Artikel 6: Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Die Berechnungsgrundlagen des Maximalbeitrages im Basistarif werden mit dem Gesetzentwurf in § 12 Absatz 1c aktualisiert. Die vorgesehene Erhöhung

des maximalen Beitrags um den durchschnittlichen Zusatzbeitrag wird vom dbb abgelehnt. Häufig zahlen Versicherte im Basistarif bereits in jungen Jahren den Maximalbeitrag. Dieser erhöht sich nun um den durchschnittlichen Zusatzbeitrag. Versicherte im Basistarif werden diesbezüglich gegenüber GKV-Versicherten schlechter gestellt, da sie keine Möglichkeit haben, durch einen Kassenwechsel dem Zusatzbeitrag zu entgehen. Inkonsistent ist außerdem, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag folglich nur von denjenigen Versicherten zu tragen ist, die den Maximalbeitrag bezahlen.

Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Ausschussdrucksache 17(14)0072

Die in den Änderungsanträgen 2 und 3 der Fraktionen CDU/CSU und FDP vorgesehene Stärkung der Kostenerstattung in der GKV ist zwar hinsichtlich der Erhöhung der Transparenz und einem damit möglichweise damit verbundenen stärkeren Kostenbewusstsein sicherlich positiv zu bewerten. Der dbb sieht jedoch die Gefahr, dass Patienten aus finanziellen Erwägungen auf medizinisch erforderliche Behandlungen verzichten könnten, wenn die Vorverauslagung der Kosten ihre finanziellen Möglichkeiten übersteigt, oder sie Zuzahlungen und Abschläge vermeiden wollen. Weiterhin bezweifelt der dbb, ob der zusätzliche Aufwand, den die Krankenkassen durch die Abrechnung der Kostenerstattung erleiden, in einem vernünftigen Verhältnis zu möglichen Einsparungen steht. Zumindest müsste das Einfrieren der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen vor diesem Hintergrund überdacht werden.

Die in Änderungsantrag 5 vorgesehene Vermittlungsmöglichkeit von Zusatzversicherungen durch die gesetzlichen Krankenversicherungen wird vom dbb grundsätzlich nicht beanstandet, da sich auch nach der Neuregelung das Gleichgewicht zwischen GKV und PKV nicht wesentlich verschiebt.

* * * * *

Den Willen zu einer nachhaltigen Reform der gesetzlichen Krankenversicherung kann der dbb im vorgelegten Entwurf nicht erkennen. Vielmehr handelt es sich um weitere, einseitige Belastungen der Arbeitnehmer als kurzfristige Krisenintervention.

* * * * *

Zum Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE
Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen
BT-Drucksache 17/1238

Das mit dem Antrag DER LINKEN angestrebte Vorhaben, eine Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einzuführen, wäre mit der Einbeziehung auch der Beamten in das neue System verbunden und wird vom dbb beamtenbund und tarifunion entschieden abgelehnt. Dies würde den Weg in eine Einheitsversicherung bedeuten, die sich das aufgrund seiner Altersrückstellungen attraktive System der privaten Krankenversicherung ohne Grund einverleiben würde.

Viel wichtiger ist es aus Sicht des dbb, beide Versicherungsmodelle in ihrem jeweiligen System zu stärken und zukunftsfest zu machen. Die Einbeziehung der Beamten kann jedenfalls nicht zur Lösung der bestehenden, langfristigen Finanzierungsprobleme in einer wie auch immer gearteten Bürgerversicherung beitragen: Einkommensstruktur, Familienstand und Lebenserwartung machen die Beamten nicht unbedingt zu so genannten „guten Risiken“.

Beamte sind weiterhin über das Beihilfesystem abzusichern. Der dbb bekennt sich ausdrücklich zum Nebeneinander der Systeme von privater und gesetzlicher Krankenversicherung.

Die im Antrag vorgeschlagene Weiterentwicklung des Morbi-RSA erhöht aus Sicht des dbb die ohnehin schon bestehende Komplexität und führt zu mehr Bürokratie.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(27)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
18.10.2010

Stellungnahme der Deutschen Rentenversicherung Bund

für die Öffentliche Anhörung

vor dem Ausschuss für Gesundheit

des Deutschen Bundestages

am 25. Oktober 2010

zu dem

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

- BT-Drucksache 17/3040 -

Zu dem Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) – BT-Drucksache 17/3040 – nimmt die Deutschen Rentenversicherung Bund wie folgt Stellung:

I. Vorbemerkung

Von einer grundsätzlichen sozialpolitischen Bewertung des Gesetzentwurfs eines GKV-Finanzierungsgesetzes durch die Deutsche Rentenversicherung Bund wird abgesehen, weil es hierbei ganz überwiegend um strukturelle Fragen und damit verbundene Wirkungen des Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung geht. Die nachfolgenden Bewertungen und Anmerkungen beschränken sich deshalb auf die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen, die unmittelbar den Aufgabenbereich der Deutschen Rentenversicherung betreffen.

II. Grundsätzliche Anmerkungen

Der Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes sieht u. a. die Einführung eines Sozialausgleiches vor, der direkt bei den Arbeitgebern und für Rentenbezieher direkt bei den Rentenversicherungsträgern durchgeführt bzw. umgesetzt werden soll.

1. Deutlicher Anstieg des Verwaltungsaufwandes bei den Rentenversicherungsträgern

In den einleitenden Ausführungen zum Gesetzentwurf wird darauf verwiesen, dass der Sozialausgleich „im Rahmen der EDV-gestützten Abrechnung von Löhnen, Gehältern und Renten leicht handhabbar“ sei. In Bezug auf die durch das Gesetz entstehenden Bürokratiekosten heißt es, dass u. a. den Sozialversicherungsträgern aufgrund der Durchführung des Sozialausgleichs „geringe Mehrbelastungen durch den erforderlichen Verwaltungsaufwand“ entstehen. Für die Rentenversicherungsträger trifft dies nicht zu, weil bei ihnen die Durchführung des Sozialausgleichs zu einem erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand und damit verbunden zu erheblichen Kosten führen wird.

- Damit die Rentenversicherungsträger den vorgesehenen Sozialausgleich im Rahmen ihrer EDV-Programme überhaupt umsetzen bzw. für jeden Einzelfall berechnen können, bedarf es zunächst zahlreicher umfangreicher Anpassungen, sowohl in den Kernverfahren als auch im Rentenzahlverfahren sowie im maschinellen KVdR-Meldeverfahren. Neben sonstigen Funktionserweiterungen sind außerdem die Darstellungen in den Rentenbescheiden (einschließlich Rentenberechnung), das Kontoauszugsverfahren und das

Rentenbezugsmitteilungsverfahren anzupassen. Erfahrungsgemäß werden zudem nicht sämtliche Vorgänge vollmaschinell berechnet werden können, sondern müssen durch die Sachbearbeitung bearbeitet werden. Allein für das hierfür erforderliche Personal entstehen voraussichtlich Mehrkosten von bis zu 7 Millionen EUR jährlich.

- Von der Umsetzung des Sozialausgleichs für die Rentenbezieher tangiert sind nicht allein die Rentenversicherungsträger. Die vorgesehenen Regelungen erfordern auch eine Erweiterung bzw. Modifizierung bestehender Verfahren beim Renten Service der Deutschen Post AG und bei den Krankenkassen, wodurch auch diesen zusätzlicher Verwaltungs- und Kostenaufwand entstehen wird.

- Sofern aufgrund verspäteter Meldungen der beteiligten Stellen (z. B. der Krankenkassen) rückwirkende Korrekturen in Bezug auf einen zunächst durchgeführten Sozialausgleich vorzunehmen sind, wird dies zu weiterem Verwaltungsaufwand führen. So müssten die Rentenversicherungsträger in den Fällen, in denen die Krankenkasse im Falle des Bezuges weiterer beitragspflichtiger Einnahmen feststellt, dass kein Anspruch auf Sozialausgleich besteht, den zunächst ausschließlich auf den Rentenzahlbetrag gewährten Sozialausgleich rückabwickeln. Die zu wenig gezahlten Mitgliedsbeiträge zur Krankenversicherung wären aus der Rente nachzuerheben und für die Zukunft der (ungeminderte) Mitgliedsbeitrag von 8,2 v. H. einzubehalten und an den Gesundheitsfonds abzuführen. Wenn die Krankenkasse im Rahmen der ihr obliegenden Anspruchsprüfung bei Bezug weiterer beitragspflichtiger Einnahmen feststellt, dass ein geringerer Sozialausgleichsanspruch besteht und der Sozialausgleich von einer anderen Beitrag abführenden Stelle durchzuführen wäre, müssten die Rentenversicherungsträger ebenfalls den zunächst gewährten Sozialausgleich rückabwickeln. Die zu wenig gezahlten Mitgliedsbeiträge zur Krankenversicherung sowie zusätzliche Mitgliedsbeiträge aus 2 v. H. des Rentenzahlbetrages (also insgesamt 10,2 v. H.) wären aus der Rente nachzuerheben und für die Zukunft ein erhöhter Mitgliedsbeitrag von 10,2 v. H. einzubehalten und an den Gesundheitsfonds abzuführen. Die Rentenbezieher müssten von den Rentenversicherungsträgern nach vorheriger Anhörung hierüber einen Bescheid erhalten.

  Eine Aussage darüber, in wie vielen Fällen neben der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung weitere beitragspflichtige Einnahmen bezogen werden und ggf. ein Sozialausgleichsanspruch besteht, kann nicht getroffen werden. Die Statistiken der gesetzlichen Rentenversicherung enthalten keine Informationen über Art und Höhe von (beitragspflichtigem) Einkommen außerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Versorgungsbezüge). Eine Ausnahme bilden lediglich Versichertenrenten vor Erreichen der Regelaltersgrenze, bei denen aufgrund des Bezuges von Einkommen die individuellen Hinzuverdienstgrenzen überschritten werden, sowie Renten wegen Todes mit Einkom-

mensanrechnung. Zum 31. Dezember 2009 handelte es sich hier um insgesamt ca. 3,8 Mio. Renten.

- Sowohl bei der Einführung des Sozialausgleichs als auch bei dessen zukünftiger dauerhafter Umsetzung entstünde also den Rentenversicherungsträgern – entgegen den einleitenden Ausführungen zum Gesetzentwurf – ein beträchtlicher Verwaltungs- und Bürokratieaufwand. Deshalb stellt sich die grundsätzliche Frage, ob es angesichts dieses Befundes überhaupt gerechtfertigt bzw. sinnvoll ist, die Aufgabe der Umsetzung bzw. Durchführung des ausschließlich das System der gesetzlichen Krankenversicherung betreffenden Sozialausgleichs für die Rentenbezieher den Rentenversicherungsträgern zu übertragen. Da den Krankenkassen in vielen Fallgestaltungen ohnehin die Prüfung bzw. Überprüfung eines gewährten Sozialausgleichsanspruchs obliegen soll und ihnen dadurch auch zusätzlicher Verwaltungsaufwand entstehen wird, erscheint die Durchführung des Sozialausgleichs von Beginn an allein durch die Krankenkassen zur Vermeidung des dargestellten erheblichen Verwaltungsmehraufwandes bei den Rentenversicherungsträgern wesentlich sinnvoller.

- Sollte es bei der Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger für die Durchführung des Sozialausgleichs bleiben, sollte jedoch geregelt werden, dass der Rentenversicherung die durch die Durchführung des Sozialausgleichsverfahrens entstehenden Verwaltungskosten zu erstatten sind. Das Sozialausgleichsverfahren ist keine den originären Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung betreffende Aufgabe, es handelt sich vielmehr um eine originär das System der gesetzlichen Krankenversicherung betreffende und aus Steuermitteln zu finanzierende besondere Aufgabe, deren Umsetzung nicht zu einer zusätzlichen (Kosten-) Belastung der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Rentenversicherung führen darf. Der Gesetzentwurf selbst erwähnt mehrfach die Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs. Diese muss auch für die Kosten der verwaltungsmäßigen Umsetzung des Sozialausgleichs gelten.

2. <u>Durchführung des Sozialausgleichsverfahrens durch die Rentenversicherungsträger</u>

Falls es bei der Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger für die Durchführung des Sozialausgleichsverfahrens bleibt, sollte das Verfahren für die Bezieher von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung wie folgt geregelt werden:

Sofern der Rentenversicherungsträger nicht bereits aus anderen Gründen Kenntnis vom Bezug weiterer beitragspflichtiger Einnahmen des Rentenbeziehers hat, prüft er stets bezogen auf die von ihm gewährte Rente den Anspruch auf Sozialausgleich und führt diesen bei bestehendem Anspruch in Form einer Verringerung des vom Rentner zu tragenden Mitglieds-

beitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung durch. Das gilt solange, bis der Rentenversicherungsträger von der Krankenkasse eine gegenteilige Mitteilung bezüglich des Sozialausgleichsanspruchs erhält.

Dieses Verfahren setzt entgegen § 242b Abs. 3 SGB V-E voraus, dass die Rente – unabhängig von ihrer tatsächlichen Höhe – stets als „Haupteinkommensquelle“ gilt, so dass in diesen Fällen immer der Träger der Rentenversicherung die den Sozialausgleich durchführende Beitrag abführende Stelle ist. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Untergrenze von 260 EUR, bis zu der der Rentenversicherungsträger nicht automatisch als „Haupteinkommensquelle“ gelten soll, wird abgelehnt. Denn in den Fällen, in denen der Rentenversicherungsträger aufgrund eines Rentenzahlbetrages von bis zu 260 EUR nicht die (den Sozialausgleich durchführende) „Haupteinkommensquelle“ wäre und daher nach § 242b Abs. 3 SGB V-E den erhöhten Beitragsanteil von 10,2 v. H. von der Rente einzubehalten hätte, wäre mit erheblichen negativen Reaktionen der betroffenen Rentenbezieher zu rechnen. Diese würden den erhöhten Beitragseinbehalt und die damit verbundene Minderung des Rentenauszahlungsbetrages – wie das in der Vergangenheit schon mehrfach bei Beitragssatzerhöhungen in der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall war – als Rentenkürzung empfinden. Die nach § 242b Abs. 3 SGB V-E vorgesehene Möglichkeit einer Absenkung des dem Rentner faktisch zur Verfügung stehenden Rentenauszahlungsbetrages wird deshalb abgelehnt. Sie hätte unweigerlich einen Vertrauensverlust für die Rentenversicherung in der Öffentlichkeit zur Folge.

Die vorgesehene Regelung sollte infolgedessen so modifiziert werden, dass Kürzungen der Rentenauszahlungsbeträge durch die Rentenversicherungsträger als Folge eines überhöhten Sozialausgleichs bei einer anderen Beitrag abführenden Stelle – auch bei einem monatlichen Rentenzahlbetrag von bis zu 260 EUR – ausgeschlossen sind. Sollte es jedoch bei der im Gesetzentwurf vorgesehenen Untergrenze von bis zu 260 EUR verbleiben, bedarf es für den Fall des Bezuges mehrerer Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Versicherten- und Hinterbliebenenrente) einer Regelung, dass diese Renten für die Prüfung der Untergrenze zusammenzurechnen sind, und zwar unabhängig davon, ob sie von einem oder mehreren Rentenversicherungsträgern gezahlt werden.

3. Notwendige Vorarbeiten durch die Krankenkassen

In den Fällen mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen des Rentners hat die Krankenkasse den Anspruch auf Sozialausgleich zu prüfen und das Ergebnis den Beitrag abführenden Stellen (also auch dem zuständigen Rentenversicherungsträger) mitzuteilen (§ 242b Abs. 3 SGB V-E).

Fristen für die Durchführung dieser Prüfung sind im Gesetz nicht genannt. Damit die Rentenversicherungsträger keine umfangreichen Korrekturen vornehmen müssen (vgl. hierzu Ausführungen unter 1.), wird eine zügige Prüfung durch die Krankenkassen erforderlich sein. Es sollte gesetzlich geregelt werden, dass die Krankenkassen dies sicherzustellen haben.

4. Erhöhung des allgemeinen Beitragsatzes auf 15,5 v. H.

Für die Rentenversicherungsträger ist es zwingend erforderlich, dass der ab dem 1. Januar 2011 geltende allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung bis spätestens 1. November 2010 rechtsverbindlich festgesetzt wird. Andernfalls könnten die aufgrund des Beitragssatzanstiegs erforderlichen Berechnungen nicht durchgeführt und die z. T. notwendigen Bescheide mangels fehlender Rechtsgrundlage nicht rechtzeitig erteilt werden, was u. a. auch rückwirkende Beitragsnacherhebungen für die Zeit ab 1. Januar 2011 zur Folge hätte. Dies wäre mit einem erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand verbunden. Betroffen hiervon wären auch erstmalige Rentenfestsetzungen mit einem laufenden Zahlungsbeginn im Januar 2011, bei denen eine rechtzeitige Bescheiderteilung zur Unterrichtung der Neurentner über den Rentenauszahlungsbetrag unerlässlich ist.

Während der allgemeine Beitragssatz bisher durch Rechtsverordnung bis zum 1. November für das Folgejahr festgelegt wird, sieht der Gesetzentwurf vor, dass für die Zeit ab 1. Januar 2011 der neue Beitragssatz in Höhe von 15,5 v. H. im Gesetz festgeschrieben wird. Aufgrund des voraussichtlich erst im Dezember 2010 abgeschlossenen Gesetzgebungsverfahrens kann also der neue allgemeine Beitragssatz ab 2011 nicht bereits Anfang November 2010 verbindlich gesetzlich feststehen.

Da offensichtlich auch nicht daran gedacht ist, für 2011 nochmals eine Rechtsverordnung zu erlassen, bedarf es einer verbindlichen politischen Klärung, wie die Rentenversicherungsträger mit dieser Problematik umgehen sollen.

Sowohl bei Rtenerstfestsetzungen und Rentenneufeststellungen als auch nahezu für den gesamten Rentenbestand (ca. 22 Mio. Fälle in der allgemeinen Rentenversicherung) müssen die ab Januar 2011 zu zahlenden Renten sowie die Beitragszuschüsse für freiwillig und privat krankenversicherte Rentenbezieher spätestens im November 2010 berechnet werden, weil nach den technischen Verfahrensabläufen für die Aufnahme oder die Änderung von laufenden Zahlungen stets ein zeitlicher Vorlauf von zwei Kalendermonaten benötigt wird. Die Umrechnung des Rentenbestandes soll nicht von den Rentenversicherungsträgern selbst vorgenommen werden, sondern – wie auch schon bei vergangenen Beitragssatzänderungen oder den Rentenanpassungsverfahren – im Rahmen einer Sonderaktion unter Einbeziehung des Renten Service der Deutschen Post AG stattfinden.

Wenn aufgrund eines noch nicht feststehenden allgemeinen Beitragssatzes diese Umrechnung nicht spätestens im November 2010 beim Renten Service der Deutschen Post AG durchgeführt werden würde, müssten die Rentenversicherungsträger den gesamten Rentenzahlbestand zu einem späteren Zeitpunkt selbst neu berechnen. Dies hätte neben zusätzlichem Verwaltungsaufwand auch zur Folge, dass das in diesem Zusammenhang weitestgehend anwendbare und ebenfalls aufwand- und kostenreduzierende Kontoauszugsverfahren nicht genutzt werden könnte. Sämtliche Rentenbezieher müssten dann also per Bescheid über den geänderten Beitragseinbehalt aus ihrer Rente und die rückwirkende Beitragsnacherhebung für die Zeit ab Januar 2011 informiert werden.

5. Auswirkungen der „Weiterentwicklung“ der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge

Durch den Zusatzbeitrag wird das Netto-Rentenniveau vor Steuern sinken. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag macht einen größeren Anteil an der Eckrente aus, als am Durchschnittsentgelt. Folglich wird die Verhältniszahl – das Netto-Rentenniveau vor Steuern – kleiner. Bisher hat eine Veränderung des Beitragssatzes die Rente und das Entgelt prozentual in gleichem Maße beeinflusst. Das Netto-Rentenniveau vor Steuern blieb hierdurch annähernd unverändert. Mit einem einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag von beispielsweise 20 Euro wird die Eckrente mit ca. 1,6 Prozent belastet, das Durchschnittsentgelt aber nur mit etwa 0,8 Prozent. Dies führt dazu, dass die Netto-Eckrente vor Steuern stärker sinkt als das Netto-Durchschnittsentgelt vor Steuern. Das Netto-Rentenniveau vor Steuern sinkt daher.

6. Weitere Anmerkungen zum Gesetzentwurf

- Die Durchführung des Sozialausgleichs soll durch eine individuelle Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragssatzanteils des Mitglieds durchgeführt werden, den es – zumindest bei versicherungspflichtigen Rentenbeziehern – in dieser Form nicht gibt. Der vom Rentenbezieher aus der Rente zu tragende Beitragsanteil ist nach dem den Rentenversicherungsträgern nach § 249a SGB V vorgeschriebenen Berechnungsweg nicht anhand des sich ab 2011 rein rechnerisch ergebenden Beitragssatzanteils von 8,2 v. H. zu ermitteln. Dieser Beitragssatzanteil wird folglich auch nicht in den Bescheiden oder anderen Informationen ausgewiesen. Der Beitragsanteil des Rentners wird vielmehr in der Weise berechnet, dass der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers (die Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes) von dem auf die Rente entfallenden Gesamtbeitrag abgezogen wird. Damit würde insbesondere auch die nach § 242b Abs. 3 SGB V-E vorgesehene Ermittlung eines um die Belastungsgrenze nach § 242b Abs. 1 SGB V-E erhöhten Beitragsanteils des Mitglieds nicht dem

derzeit von den Rentenversicherungsträgern nach § 249a SGB V praktizierten Berechnungsverfahren entsprechen.

- Aus dem Gesetzentwurf geht nicht eindeutig hervor, von welchem Zeitpunkt an der Sozialausgleich im Einzelfall durchzuführen ist. In den vorgesehenen Meldetatbeständen fehlt es – mit Ausnahme der Meldungen nach § 242 Abs 6 Satz 6 SGB V-E – an einer Aussage über den maßgebenden Beginn bzw. das Ende des Sozialausgleichsverfahrens. Darüber hinaus ist unklar, nach welchen Berechnungsgrundsätzen der Sozialausgleichsanspruch zu ermitteln ist, d. h. ob der Ausgleichsanspruch bei sich im Laufe eines Kalendermonats ändernden Verhältnissen analog § 223 SGB V taggenau zu berechnen ist oder ob angesichts der Tatsache, dass es sich bei dem festzusetzenden durchschnittlichen Zusatzbeitrag um einen Monatswert handelt, das Monatsprinzip gelten soll.

- Kranken- und Verletztengeldbezieher sollen nach § 242 Abs. 5 SGB V-E von der Erhebung von Zusatzbeiträgen ausgenommen werden, was nach § 242b Abs. 6 SGB V-E einen Ausschluss auf einen Sozialausgleichsanspruch bewirkt. Unklar ist, ob dieser Ausschluss auch dann gelten soll, wenn neben einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung Kranken- oder Verletztengeld bezogen wird.

- § 28f Abs. 3 SGB IV-E regelt zwecks Feststellung des Umfangs der vom Arbeitgeber „gezahlten“ Sozialausgleiche eine entsprechende Aufzeichnungs- bzw. Nachweispflicht. Gleiches gilt aufgrund eines entsprechenden Verweises in § 256 Abs. 1 Satz 3 SGB V-E für die Zahlstellen von Versorgungsbezügen. Für die Rentenversicherung ist eine derartige Nachweispflicht hingegen nicht vorgesehen.

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(34)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block II
15.10.2010

Berlin, den 15. Oktober 2010

Vorläufige Stellungnahme

der

Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

BT-Drs. 17/3040 vom 28.09.2010

und den Änderungsanträgen der Fraktionen
der CDU/CSU und FDP

Inhaltsverzeichnis:

I. Allgemeiner Teil 3

II. Besonderer Teil 8

A Zu Artikel 8 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes 8

B Zu Artikel 10 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung 20

C Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP 22

I. Allgemeiner Teil

Die Bundesregierung hat mit dem Referentenentwurf des Bundesministeriums vom 25.08.2010 das Gesetzgebungsverfahren für ein *„Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)“* eingeleitet. Mit dem Gesetz soll das deutsche Gesundheitssystem vor allem im Hinblick auf eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung weiterentwickelt werden. Die Bundesregierung sieht unmittelbaren Handlungsbedarf im Hinblick auf ein von ihr prognostiziertes Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2011 in Höhe von bis zu 11 Mrd. Euro. Nach Auffassung der Bundesregierung kann eine Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung *„nicht nur die Einnahmenseite betrachten, sondern muss mit notwendigen Maßnahmen auf der Ausgabenseite verbunden sein. Die Leistungserbringer und die Krankenkassen müssen ihren Teil zur Konsolidierung beitragen“*.

Die DKG begrüßt ausdrücklich die Intention des Gesetzgebers, die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems unabhängiger von der konjunkturellen Entwicklung auszugestalten. Die konjunkturbedingten Einnahmeausfälle der GKV in Milliardenhöhe zeigen sehr deutlich, dass eine nachhaltige Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV notwendig ist. Angesichts der aktuellen Belastungen der öffentlichen Haushalte und der Konsolidierungsnotwendigkeiten haben die Krankenhäuser auch Verständnis für Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung, soweit diese tatsächlich zwingend und ohne Alternativen sind und die Verteilung der Lasten auf die Leistungserbringer fair erfolgt. Für Sonderopfer können die Krankenhäuser jedoch nicht zur Verfügung stehen. Die Begrenzung der Finanzmittelzuwächse und die dauerhaften Abschläge bei Mehrleistungen stehen zudem im Widerspruch zu den wirtschaftspolitischen Zielen der Bundesregierung, die die Gesundheitswirtschaft hinsichtlich ihrer Wachstumschancen, insbesondere ihrer Beschäftigungswirkung, zu Recht als Zukunftsmarkt bezeichnet. Schon aufgrund des demografischen Wandels und des medizintechnischen Fortschritts ist dieses Wachstum vorgezeichnet und gewünscht.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht im Krankenhausbereich Ausgabenbegrenzungen für die Jahre 2011 und 2012 vor. Darüber hinaus sollen dauerhafte Kürzungen der Vergütung von Krankenhausleistungen eingeführt werden. Die konjunkturbedingten Einnahmeausfälle in der GKV werden jedoch nur für das Jahr 2011 erwartet. Zudem zeichnet sich eine rasche Erholung der wirtschaftlichen Situation ab. Namhafte Institutionen wie die Europäische Zentralbank, die Bundesanstalt für Arbeit, das Bundeswirtschaftsministerium und Wirtschaftsinstitute wie das IFO-Institut haben ihre Konjunkturprognosen inzwischen deutlich erhöht. Die Deutsche Bundesbank erwartet nach einem Rekordanstieg von 2,2% im 2. Quartal 2010 ein Wachstum des Bruttoinlandprodukts für 2010 in Höhe von rd. 3%. Der Internationale Währungsfonds (IWF) verbessert seine Schätzung für den Zuwachs der Wirtschaftsleistung in Deutschland um 1,9 Prozentpunkte nach oben auf 3,3 % in 2010. Für 2011 rechnet der IWF mit einem Wachstum von 2,0% und verändert seine Prognose damit ebenfalls nach oben und zwar um 0,4 Prozentpunkte. Die Bundesregierung teilt nach eigenen Angaben im Wesentlichen die Erwartungen des IWF.

In der Folge hat der Schätzerkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung seine jüngste Prognose für das Jahr 2010 deutlich korrigieren müssen. Für 2010 wird nun ein Überschuss erwartet. Neben der deutlich positiven Einnahmenentwicklung trägt eine moderate Ausgabenentwicklung der GKV zu diesem Ergebnis bei. In Anbetracht der positiven Finanzentwicklung ist eine verschärfte Kostendämpfung vor allem über das Jahr 2011 hinaus nicht zu begründen. Die Krankenhäuser sind anerkanntermaßen der höchst belastete und am meisten durchrationalisierte Bereich im Gesundheitswesen. Die Fortsetzung der Kürzungen im Jahr 2012 ist für die Krankenhäuser besonders vor dem Hintergrund der zu erwartenden und auch von der Regierung befürworteten Tariflohnsteigerungen höchst problematisch. Tariflohnsteigerungen von 3% und mehr können mit einer gekürzten Veränderungsrate nicht akzeptabel finanziert werden. Die Krankenhäuser würden vorhersehbar in eine Unterfinanzierung geraten, die gegen die gesetzliche Vorgabe in § 1 KHG zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser verstoßen würde. Eine gekürzte Veränderungsrate würde die 1 Million Beschäftigten in den Krankenhäusern von der allgemeinen Lohnentwicklung abkoppeln bzw. den Rationalisierungsdruck und damit die ohnehin angespannte Personalsituation in Krankenhäusern nochmals verschärfen.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Kürzungen bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen sind in dieser Form nicht tragbar. Zum einen soll der mit dem KHRG beschlossene Einstieg in einen Kostenorientierungswert als Grundlage für die Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten für zwei Jahre ausgesetzt werden, zum anderen soll die ohnehin viel zu niedrige grundlohngebundene Veränderungsrate für die Jahre 2011 und 2012 noch halbiert werden. Insgesamt sollen mit der Halbierung der Veränderungsrate Einsparungen in Höhe von 150 Mio. Euro in 2011 und 300 Mio. Euro in 2012 realisiert werden. Aufgrund der günstigen wirtschaftlichen Entwicklung im ersten Halbjahr dieses Jahres ist die für Krankenhäuser maßgebliche Veränderungsrate für 2011 höher ausgefallen als ursprünglich angenommen. Die gewählte Systematik der Halbierung würde demnach sogar noch zu einer Erhöhung des Sparbeitrags der Krankenhäuser führen. Vor dem Hintergrund einer deutlich verbessert eingeschätzten Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenkassen ist die Kürzung der Veränderungsrate deshalb stringent auf das im Gesetzesentwurf veranschlagte Sparvolumen von 150 Mio. Euro in 2011 zu begrenzen. Selbst bei einer um den Gegenwert von 150 Mio. Euro (0,25%) reduzierten Veränderungsrate von 0,9% stehen den 2.080 Krankenhäusern in Deutschland im nächsten Jahr insgesamt nur 540 Mio. Euro als Preiskomponente zur Deckung der unabweisbaren Kostensteigerungen – insbesondere Personalkostenzuwächse – von 1,5 Mrd. Euro zur Verfügung. Um den Druck für weiteren Personalabbau zu mindern, muss daher zusätzlich ein Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen geschaffen werden.

Der GKV-Schätzerkreis geht derzeit von einer Erhöhung der Grundlohnsumme der Krankenkassen im Jahr 2010 von 1,8% und 1,2% im Jahr 2011 aus. Dies würde zu einer Veränderungsrate gem. § 71 SGB V im Jahr 2012 von ca. 1,5% führen. Eine Halbierung dieser Rate für das Jahr 2012 würde den Kliniken Finanzmittel in Höhe von 450 Mio. Euro entziehen, statt der im Gesetzentwurf veranschlagten 300 Mio. Euro. Die in den letzten Jahren durch das Pflegeförderprogramm und die in der psychiatrischen Versorgung erreichten Verbesserungen der Personalsituation werden durch den damit verursachten enormen Kostendruck auf die Krankenhäuser zunichte

gemacht. In Anbetracht der positiven Wirtschaftsprognosen muss die einnahmenorientierte Grundlohnratenbudgetierung spätestens ab dem Jahr 2012 beendet und die Entwicklung der für die Krankenhäuser zur Verfügung stehenden Finanzmittel an den Orientierungswert für die Kostenentwicklung im Krankenhaus angebunden werden.

Zusätzlich zur Kürzung der Veränderungsrate wird der Kostendruck auf die Krankenhäuser durch die vorgesehene dauerhafte Kürzung der Vergütung von zusätzlichen Krankenhausleistungen verstärkt. Die Vergütung der zusätzlichen, von Krankenhaus und Krankenkassen vor Ort vereinbarten Leistungen, soll um einen Mehrleistungsabschlag in Höhe von 30% im Jahr 2011 gekürzt werden. Die Höhe des Abschlags stellt angesichts der durch die Absenkung der Veränderungsrate bereits abgeschöpften Mittel eine enorme Belastung für die Krankenhäuser dar.

Ab dem Jahr 2012 soll die Höhe des Mehrleistungsabschlages von den Vertragspartnern auf der Ortsebene krankenhausindividuell verhandelt werden. Mit dieser unbefristeten Abschlagsregelung sollen den Krankenhäusern durch das GKV-FinG als einzigem Versorgungsbereich über das Jahr 2012 hinaus Finanzmittel entzogen werden. Zudem wird mit der Einführung von Preisverhandlungen für zusätzliche Leistungen ein wesentliches Grundprinzip des DRG-Systems – „gleicher Preis für gleiche Leistung“ – durchbrochen, das maßgeblich für die Akzeptanz des Fallpauschalensystems ist. Dieses Grundprinzip sollte nicht durch die Hintertür eines Kostendämpfungsgesetzes in Frage gestellt werden. Weiterentwicklungen der Systematik der Krankenhausfinanzierung müssen im Rahmen einer sorgfältig durchdachten Strukturreform erfolgen, mit der auch die Fragen der Verteilung der Morbiditätslasten, die Überführung von Innovationen in die Regelfinanzierung und die Überwindung der Barrieren für ambulante Krankenhausleistungen beantwortet werden müssen. Die DKG ist bereit, an der Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens konstruktiv mitzuwirken. Sofern an der Kostendämpfung mittels Abschlägen für zusätzliche Leistungen auf der Ortsebene auch für das Jahr 2012 festgehalten werden soll, sollte zumindest die fiskalisch gewollte Höhe des Abschlags vom Gesetzgeber vorgegeben werden, anstatt die Prinzipien des Vergütungssystems durch krankenhausindividuelle Abschlagsverhandlungen zu unterlaufen.

Grundsätzlich, aber erst recht bei einer unbefristeten Geltung von Mehrleistungsabschlägen auf der Ortsebene, muss auch das bisherige Verfahren zur Berücksichtigung von Mehrleistungen auf der Landesebene angepasst werden. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes wirken zusätzliche Leistungen bisher immer preisabsenkend. Ein Vergütungsabschlag auf der Ortsebene in Höhe von 30% führt in Kombination mit der absenkenden Wirkung auf den Landesbasisfallwert in einer Größenordnung von rd. 40% zu einer Refinanzierung von Mehrleistungen in Höhe von lediglich rd. 30%. Diese nahezu vollständige Verlagerung der Morbiditätslast auf die Krankenhäuser wäre nicht akzeptabel. Erfreulicherweise ist der Begründung zum Gesetzentwurf zu entnehmen, dass keine doppelte Vergütungsminderung erfolgen soll. Bedauerlicherweise ist die technische Umsetzung dieser zwingenden Voraussetzung für die Einführung von Abschlägen im Gesetzestext jedoch nicht eindeutig, so dass diese wichtige Frage letztendlich unbeantwortet bleibt.

Die DKG fordert das Parlament mit Nachdruck auf

- das Sparvolumen aus der Grundlohnratenbegrenzung in 2011 auf 150 Mio. Euro zu begrenzen und einen Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen aufzunehmen.

- die maximale Erhöhung des Landesbasisfallwerts spätestens ab dem Jahr 2012 durch den Orientierungswert für die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zu ersetzen und eine ausreichende Finanzierung der zu erwartenden Tarifsteigerungen vorzusehen.

- die Vermeidung einer doppelten Vergütungsminderung durch Abschläge auf der Ortsebene und gleichzeitig absenkender Wirkung auf den Landesbasisfallwert bereits ab dem Jahr 2011 auch im Gesetzestext unmissverständlich klarzustellen.

- den Abschlag für Mehrleistungen auf 20% zu reduzieren und sofern über das Jahr 2011 hinaus Abschläge für zusätzliche Leistungen auf der Ortsebene vorgesehen werden, die Höhe des Abschlags gesetzlich vorzugeben.

- weitere zwingend erforderliche Ausnahmen von der Anwendung des Mehrleistungsabschlags vorzusehen. Dies gilt insbesondere für krankenhausplanerische Maßnahmen wie den Aufbau neuer Kapazitäten oder Verlagerungen von Leistungen aus dem Reha- in den akutstationären Bereich.

- klarzustellen, dass reine Leistungsverlagerungen insbesondere vom Reha- in den akutstationären Bereich nicht absenkend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt werden dürfen.

- die Anwendung des Mehrleistungsabschlags auf GKV-Versicherte zu beschränken.

Die DKG sieht die Gefahr, dass mit dem Änderungsantrag 4 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zur Finanzierung der Spezialambulanzen von Kinderkliniken Defizite der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenhäuser kompensiert werden sollen. Die DKG schlägt alternativ vor, die Finanzierung von Kinderambulanzen auf einer langfristig zuverlässigen Rechtsgrundlage sicherzustellen.

In einem weiteren Änderungsantrag der Regierungskoalition soll die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers im Rahmen des Förderprogramms für Pflegepersonalstellen um verschiedene Angaben ergänzt werden. Angesichts der zu beobachtenden Schwierigkeiten bei der Vereinbarung des Zuschlags zur Umsetzung des Pflegepersonalstellen-Förderprogramms mit Krankenkassen sollte das Nachweisverfahren nicht unnötig erschwert werden. Maßnahmen, die eine Vereinbarung der Zuschläge erleichtern, wären zielführender.

Nähere Erläuterungen zu den Einzelregelungen sowie Hinweise auf technische Unstimmigkeiten des Gesetzentwurfs sowie den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP finden sich im besonderen Teil dieser Stellungnahme.

II. Besonderer Teil

A) Zu Artikel 8 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

1. Zu Artikel 8 Nr. 1 Buchstabe a - § 4 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG
Einbeziehung der Mehrleistungsabschläge in das Erlösbudget

Beabsichtigte Neuregelung

Neben den Abschlägen bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung soll auch die Summe der Mehrleistungsabschläge in das Erlösbudget einbezogen werden und dieses entsprechend mindern.

Stellungnahme

Die Mehrleistungsabschläge sollen – entgegen der Systematik im Jahr 2009 – in die Berechnung des Erlösbudgets einbezogen werden. Begründet wird die Einbeziehung damit, dass ansonsten sachlich nicht gerechtfertigte Mindererlöse nach § 4 Abs. 3 entstehen würden, wenn das prospektiv vereinbarte Leistungsvolumen mit dem tatsächlich erbrachten Leistungsvolumen übereinstimmt. Diese Schlussfolgerung ist nicht richtig. Wenn das prospektiv vereinbarte Leistungsvolumen mit dem tatsächlich erbrachten Leistungsvolumen übereinstimmt, würden bei Nichteinbeziehung in das Erlösbudget nach derzeitiger Gesetzeslage gerade keine ungerechtfertigten Mindererlöse entstehen, da die Abschläge weder beim vereinbarten Erlösbudget noch bei den tatsächlich entstehenden Ist-Erlösen berücksichtigt werden.

Eine Einbeziehung der Mehrleistungsabschläge in das Erlösbudget würde dagegen zu zusätzlichen Problemen in Verbindung mit den Erlösausgleichen nach § 4 Abs. 3 KHEntgG führen und steht zudem im Widerspruch zu § 4 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG. Bereits heute bestehen Probleme bei der Ermittlung der Erlösausgleiche, wenn Abschläge wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zur Anwendung gelangen, die gemäß § 4 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG ebenfalls in das Erlösbudget einzubeziehen sind. Auf die Problematik an dieser Stelle hatte die DKG bereits im Rahmen ihrer Stellungnahme zum KHRG hingewiesen. Dazu nachfolgend einige Erläuterungen:

Nach § 4 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG werden Mehr- oder Mindererlöse ausgeglichen, wenn die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 (bewertete DRG-Fallpauschalen und bewertete bundeseinheitliche Zusatzentgelte) und § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a (krankenhausindividuelle Entgelte und Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen) von dem nach Satz 1 gebildeten Gesamtbetrag (Erlösbudget und Erlössumme nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) abweichen. Der Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vermindert jedoch ausschließlich den (vereinbarten) Gesamtbetrag, nicht aber die einzelnen genannten abzurechnen-

den Entgelte. Bei wortgetreuer Auslegung müsste somit im Rahmen der vereinbarten Erlöse des Krankenhauses der Abschlag berücksichtigt werden, im Rahmen der Ist-Erlöse dagegen nicht. Ein solches Vorgehen wäre jedoch nicht sachgerecht, da die in der Vereinbarung und im Ist (tatsächliche Erlöse) zu berücksichtigenden Entgeltformen für Zwecke des Erlösausgleichs übereinstimmen müssen.

Zur Behebung dieser Problematik ist es notwendig, sowohl den Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung als auch den vorgesehenen Mehrleistungsabschlag nicht in die Ermittlung des Erlösbudgets einzubeziehen.

Die derzeitige Einbeziehung des Abschlags wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung kann nur mit der Übernahme aus dem in der Konvergenzphase bis 2008 geltenden B2-Formular erklärt werden. Damals minderten die Abschläge wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung jedoch neben dem Erlösbudget auch den krankenhausindividuellen Basisfallwert. Eine gesonderte Abrechnung des Abschlags erfolgte bis zum Jahr 2008 nicht. Insofern hätte bereits mit dem KHRG aufgrund der erstmaligen gesonderten Abrechnung auch dieser Abschlag nicht mehr in das Erlösbudget einbezogen werden dürfen. Schließlich werden auch alle anderen Zu- und Abschläge nicht in das Erlösbudget einbezogen. Es ergibt keinen Sinn, für den Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und den Mehrleistungsabschlag eine Ausnahme vorzusehen.

Änderungsvorschlag

§ 4 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG ist zu streichen.

2. Zu Artikel 8 Nr. 1 Buchstabe b - § 4 Abs. 2a KHEntgG
Einführung eines Mehrleistungsabschlags ab dem Jahr 2011

Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen), wird ein Abschlag festgelegt, dessen Höhe im Jahr 2011 bei 30 Prozent liegt und der ab 2012 vertraglich zu vereinbaren ist.

Stellungnahme

Mit Blick auf die bereits auf Landesebene stattfindende absenkende Berücksichtigung von Leistungssteigerungen nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG ist die Einführung eines zusätzlichen Mehrleistungsabschlags auf Ortsebene kaum zu rechtfertigen.

Grundsätzlich, aber erst recht bei einer unbefristeten Geltung von Mehrleistungsabschlägen auf der Ortsebene, muss auch das bisherige Verfahren zur Berücksichtigung von Mehrleistungen auf der Landesebene angepasst werden, um eine doppelte Vergütungsminderung auszuschließen. Erfreulicherweise ist der Be-

gründung zum Gesetzentwurf zu entnehmen, dass keine doppelte Vergütungsminderung erfolgen soll. Bedauerlicherweise ist die technische Umsetzung dieser zwingenden Voraussetzung für die Einführung von Abschlägen im Gesetzestext jedoch nicht eindeutig umgesetzt, so dass diese entscheidende Frage letztendlich unbeantwortet bleibt. Um der Intention des Gesetzgebers, wonach keine doppelte Vergütungsminderung für zusätzlich erbrachte Leistungen erfolgen soll, nachzukommen, ist es erforderlich, die im Rahmen dieser Stellungnahme geforderten Anpassungen zu § 4 Abs. 2 Satz 3 (Artikel 8 Nr. 1 Buchstabe a) sowie § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG (Artikel 8 Nr. 2) entsprechend umzusetzen.

Dies sind

- die Nichteinbeziehung der Mehrleistungsabschläge in das Erlösbudget und
- die korrekte Nennung und Auflistung der verschiedenen Zu- und Abschläge für allgemeine Krankenhausleistungen.

Nur bei Umsetzung dieser Vorschläge ist sichergestellt, dass die doppelte Vergütungsminderung auch tatsächlich unterbleibt.

Die veranschlagte Höhe des Mehrleistungsabschlags von 30% ist willkürlich gewählt. Unter Anerkennung der Schiedsstellenentscheidungen im Jahr 2009 zum damaligen Abschlag für Mehrleistungen, wo sich im Durchschnitt deutlich niedrigere Werte herausgebildet haben sowie der durch die extrem niedrige Veränderungsrate bereits abgeschöpften Mittel, wäre allenfalls noch ein Mehrleistungsabschlag in Höhe von 20% befristet für das Jahr 2011 akzeptabel.

Die Einführung eines Mehrleistungsabschlags wird unter anderem mit der betriebswirtschaftlichen Kostenbetrachtung (Trennung nach variablen und fixen Kosten) begründet. Die gleichen Argumente wurden bei der Berücksichtigung von Leistungssteigerungen in der Konvergenzphase angeführt. Hierbei sah das Gesetz daher neben Abschlagsquoten bei zusätzlich vereinbarten Leistungen auch Zuschlagsquoten bei dem Wegfall von vereinbarten Leistungen gemäß § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG a. F. vor. Schließlich bleiben auch bei einem Wegfall von Leistungen bestimmte Fixkosten bestehen, die einer Refinanzierung bedürfen. Vor diesem Hintergrund ist in Analogie zu den bis zum Jahr 2008 geltenden Vorschriften auch ein Minderleistungszuschlag einzuführen.

Nachfolgend wird auf verschiedene Detailprobleme, die mit der Einführung des Mehrleistungsabschlags in der vorgesehenen Fassung entstehen würden, eingegangen.

<u>Betroffene Entgelte und Feststellung der Leistungsveränderung</u>

Der vorgesehene Mehrleistungsabschlag soll bei zusätzlich im Erlösbudget vereinbarten Leistungen Anwendung finden. Damit wären Mehrleistungen im Bereich der DRG-Fallpauschalen (Anlage 1 FPV) und der bundeseinheitlich bewerteten Zusatzentgelte (Anlage 2 FPV) betroffen. Die Umsetzung soll dagegen durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leis-

tungen des Krankenhauses erfolgen. Es wäre sinnvoll, die Zusatzentgelte als ergänzende Vergütungselemente von der Abschlagsregelung explizit auszunehmen, zumal der Sachkostenanteil in aller Regel sehr hoch ist. Bei Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte liegt der Sachkostenanteil ohnehin regelmäßig bei 100%. Für einen Ausschluss spricht aber insbesondere, dass Leistungssteigerungen bei Zusatzentgelten bereits gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG absenkend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden, so dass auch für Zusatzentgelte ein doppelter Abzug stattfinden kann.

Krankenhausindividuelle Regelung ab 2012

Aus Sicht der DKG ist die im Gesetzentwurf angelegte unbefristete Anwendung des Mehrleistungsabschlags über das Jahr 2011 hinaus nicht akzeptabel. An Stelle einer pauschalen Lösung sieht der Gesetzentwurf ab 2012 zudem eine krankenhausindividuelle Vereinbarung der Abschlagshöhe vor. Dies dürfte zu zusätzlichen Konflikten im Rahmen der Budgetverhandlungen führen, wie sie aus dem Vereinbarungszeitraum 2009 bekannt sind. Das Gesetz sieht in diesem Zusammenhang Einsparungen in Höhe von rd. 0,27 Mrd. Euro für das Jahr 2012 vor. Im Ergebnis würde das – bei angenommener unveränderter Leistungssteigerung – auf einen im Durchschnitt niedrigeren Abschlagssatz hinauslaufen, weil für das Jahr 2011 Einsparungen in Höhe von rd. 0,35 Mrd. Euro prognostiziert werden. Mit Blick auf eine Befriedung der Budgetverhandlungen ist ein mit 20% gesetzlich vorgegebener Abschlagssatz für das Jahr 2012 einer konfliktbehafteten krankenhausindividuellen Vereinbarung vorzuziehen.

Ausnahmeregelungen

Als einzige Ausnahmeregelung, in denen der Mehrleistungsabschlag nicht zur Anwendung gelangt, sieht der Gesetzentwurf zusätzlich vereinbarte Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln vor. Damit fällt der Gesetzentwurf hinter die bereits in der Konvergenzphase geltenden Ausnahmeregelungen zur Berücksichtigung von Leistungssteigerungen zurück. Neben der abweichenden Berücksichtigung von Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil wurde beispielhaft auch die Eröffnung einer größeren organisatorischen Einheit genannt. Eine entsprechende Ausnahmeregelung ist zwingend noch aufzunehmen. Es darf nicht sein, dass im Falle des Aufbaus neuer Leistungsbereiche oder neuer Fachgebiete (insbesondere im Rahmen der Krankenhausplanung durch Feststellungsbescheid) ein Mehrleistungsabschlag zum Tragen käme. Beim Aufbau neuer Kapazitäten bedarf es einer vollständigen Finanzierung der hiermit verbundenen zusätzlich entstehenden Kosten. Ein Abschlag wäre daher nicht gerechtfertigt.

Eine analoge Ausnahmeregelung müsste auch für die Berücksichtigung von Leistungssteigerungen nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG geschaffen werden, z. B. für Konstellationen, wenn aufgrund der Krankenhausplanung Umwidmungen von Leistungsbereichen zum Beispiel aus der Rehabilitationsmedizin in den akutstationären Bereich stattfinden. Es darf nicht sein, dass bei einer reinen Verlage-

rung von Leistungen zwischen Sektoren eine Absenkung des Landesbasisfallwerts erfolgt.

Auch wäre eine Klarstellung angezeigt, wonach die Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen bei der Ermittlung des Mehrleistungsabschlags nicht zu berücksichtigen ist, zumal es sich hierbei um keine Leistungssteigerung im eigentlichen Sinne handelt.

Darüber hinaus ist ein Abschlag auch dann nicht gerechtfertigt, wenn Mehrleistungen nur deshalb in das Erlösbudget einbezogen werden, weil diese erstmals als DRG-Fallpauschale bewertet werden konnten. Beispielhaft sei hier auf die Querschnittlähmung verwiesen. Für die in der FPV 2010 noch nicht bewertete DRG B61Z *Akute und Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation* findet mit der FPV 2011 ein Split in die bewertete DRG B61A *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt* und die weiterhin unbewertete DRG B61B *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt* statt. Die im Jahr 2011 für die DRG B61A vereinbarten Fälle stellen keine Mehrleistung dar. Gleiches gilt dann, wenn bisherige besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG in das DRG-Vergütungssystem eingegliedert werden. Auch hier liegt keine Leistungssteigerung vor.

Die Anwendung des Mehrleistungsabschlags ist neben den bereits genannten Tatbeständen in zahlreichen weiteren Fällen nicht sachgerecht. Aus gutem Grund hat der Gesetzgeber bereits bei den Erlösausgleichsregelungen nach § 4 Abs. 3 KHEntgG abweichende Ausgleichsregelungen für Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten und für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung vorgesehen. Dementsprechend müssen diese auch vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen werden. Es ist nicht ersichtlich, warum die sachlich begründbaren Ausnahmeregelungen bei den Erlösausgleichen nicht auch beim Mehrleistungsabschlag Anwendung finden sollten.

Auch bei innovativen Leistungsangeboten (z. B. Schlüssellochchirurgie) oder morbiditätsbedingten Leistungssteigerungen ist ein Mehrleistungsabschlag kaum zu rechtfertigen. Gleiches gilt für die Versorgung von Frühgeborenen. Wenn nach den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verbesserung der Versorgungsqualität die Behandlung extremer Frühgeborener in Zentren konzentriert werden soll, dürfen diese Zentren nicht noch über Mehrleistungsabschläge für zusätzliche Leistungen bestraft werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Regelung aufzunehmen, wonach die Vertragsparteien in sachlich begründeten Fällen weitere Ausnahmebereiche für den Mehrleistungsabschlag und Minderleistungszuschlag vorsehen können.

Ausgestaltung

Auch wenn nähere Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags durch die Vertragsparteien erfolgen sollen, sollten bestimmte Vorgaben bereits im Gesetz getroffen werden. Dazu gehört insbesondere eine Regelung für den Normalfall eines nicht prospektiven Budgetabschlusses. Hier wäre eine Klarstellung angebracht, nach der ein entsprechender Prozentsatz bezogen auf die im restlichen Kalenderjahr zu erhebenden Entgelte zu vereinbaren ist, wenn die Vereinbarung erst während des Kalenderjahres geschlossen wird (analog § 5 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG). Auch sollte bereits die Ausgleichsfähigkeit des Abschlags aus dem Gesetz hervorgehen. Durch klare und eindeutige Vorgaben innerhalb des Gesetzestextes könnte das Konfliktpotenzial auf Ortsebene minimiert werden.

Finanzierung der Mehrleistungen

Im Gesetzentwurf wird davon ausgegangen, dass bei einem Mehrleistungsabschlag von 30% eine Finanzierung der zusätzlich vereinbarten Leistungen zu 70% erfolgt. Diese Annahme wäre nur dann richtig, wenn auf Landesebene keine Leistungssteigerungen auftreten und eine absenkende Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG nicht erfolgt. Davon ist für das Jahr 2011 in keinem Land auszugehen. Diese Annahme ist daher nicht haltbar und muss gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

Wenn schon keine Aufhebung der Vorschrift erfolgt, ist entsprechend dem bestehenden Anpassungs- und Klarstellungsbedarf § 4 Abs. 2a KHEntgG wie folgt zu fassen:

„(2a) Für das Jahr 2011 ist für Leistungsveränderungen bei DRG-Fallpauschalen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr entstanden sind, ein Vergütungsabschlag in Höhe von 20% bei Mehrleistungen (Mehrleistungsabschlag) und ein Vergütungszuschlag in Höhe von 20% bei Minderleistungen (Minderleistungszuschlag) zu vereinbaren. Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 findet keine Anwendung für zusätzlich vereinbarte Leistungen

1. mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln,
2. im Zusammenhang mit der Schaffung neuer Kapazitäten, insbesondere wenn diese in Übereinstimmung mit der Krankenhausplanung oder dem Investitionsprogramm des Landes erfolgen,
3. soweit für diese Leistungen im laufenden Kalenderjahr Entgelte außerhalb des Erlösbudgets, insbesondere krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6, vereinbart wurden und
4. die mit Fallpauschalen vergütet werden, für die gemäß Abs. 3 Sätze 4 und 5 besondere Ausgleichsregelungen gelten.

Der Minderleistungszuschlag nach Satz 1 findet keine Anwendung für weniger vereinbarte Leistungen

1. mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln,
2. im Zusammenhang mit dem Abbau von Kapazitäten, insbesondere wenn diese in Übereinstimmung mit der Krankenhausplanung oder dem Investitionsprogramm des Landes erfolgen und
3. soweit für diese Leistungen im laufenden Kalenderjahr Entgelte innerhalb des Erlösbudgets vereinbart wurden, die im Jahr 2011 über krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 vergütet werden.

Darüber hinaus können die Vertragsparteien in sachlich begründeten Fällen weitere Ausnahmebereiche für den Mehrleistungsabschlag und Minderleistungszuschlag vorsehen. Der Mehrleistungsabschlag oder Minderleistungszuschlag ist durch einen einheitlichen prozentualen Ab- oder Zuschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Wird die Vereinbarung erst während des Kalenderjahres geschlossen, ist ein entsprechender Prozentsatz bezogen auf die im restlichen Kalenderjahr zu erhebenden Entgelte zu vereinbaren. Weitere Einzelheiten zur Umsetzung, insbesondere zur Ausgleichsfähigkeit des Mehrleistungsabschlags oder Minderleistungszuschlags, können durch die Vertragsparteien vereinbart werden. Der Mehrleistungsabschlag und der Minderleistungszuschlag sind gesondert in der Rechnung auszuweisen. Die Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen stellt keine Leistungsveränderung im Sinne des Satzes 1 dar.“

3. Zu Artikel 8 Nr. 2 - § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
Ergänzung der Auflistung der Zu- und Abschläge um den Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG

Beabsichtigte Neuregelung

Die Auflistung möglicher Zu- und Abschläge wird um den Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG ergänzt.

Stellungnahme

Der Gesetzentwurf sieht eine kompensierende Berücksichtigung der Mehrleistungsabschläge über § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG vor. Dazu werden die in § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG aufgeführten sonstigen Zu- und Abschläge um die Mehrleistungsabschläge nach § 4 Abs. 2a KHEntgG ergänzt. Die Vorschrift des § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG ist jedoch seit Inkrafttreten des KHRG infolge der fehlerhaften Klammersetzung bei den sonstigen Zu- und Abschlägen nicht mehr korrekt. Entsprechend der vor Inkrafttreten des KHRG geltenden Gesetzesfassung sind unter den sonstigen Zu- und Abschlägen nur die Zu- und Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG zu verstehen. Nur diese waren bisher auch bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts relevant. Mit dem KHRG wurden jedoch noch der Zuschlag für Kappungskrankenhäuser nach § 4 Abs. 9, der Zu-

oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 und der Zu- oder Abschlag nach § 12 Satz 3 den sonstigen Zu- und Abschlägen zugeordnet. Eine erhöhende Berücksichtigung des Mehrleistungsabschlags nach § 4 Abs. 2a KHEntgG sollte daher direkt über § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG klargestellt werden und nicht über § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG. Mit der bloßen Einfügung des § 4 Abs. 2a KHEntgG innerhalb des § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG erfolgt nicht die eigentlich notwendige Korrektur dieser Vorschrift. Dazu würde auch eine vollständige Aufzählung der Zu- und Abschläge, die den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen zuzuordnen sind, gehören. Es fehlen insbesondere der Zuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG (Pflegepersonalförderprogramm) sowie der Zu- oder Abschlag nach § 4 Abs. 7 KHEntgG (Konvergenz für besondere Einrichtungen).

Nur bei einer entsprechenden Korrektur der Vorschrift ist überhaupt gewährleistet, dass die vorgesehene Vermeidung der doppelten Vergütungsminderung in Form einer Anrechnung gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG auch erfolgt.

Änderungsvorschlag

§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nummer 4 KHEntgG ist wie folgt zu fassen:

„4. der Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes), sonstige Zu- und Abschläge (§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 4 Abs. 2a) sowie Zu- oder Abschläge nach § 4 Abs. 7, § 4 Abs. 10, § 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3,“

4. Zu Artikel 8 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa - § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG
   Begrenzung des Abzugs der Erlössumme für Zuschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Der bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte vorzunehmende Abzug der Erlössumme der Zuschläge wird auf diejenigen Leistungen begrenzt, die bisher über den Landesbasisfallwert finanziert wurden.

Stellungnahme

Mit der angestrebten Klarstellung des § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG soll erreicht werden, dass Abzüge für sonstige Zuschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nummer 4 auf diejenigen Leistungen begrenzt werden, die bisher über den Landesbasisfallwert finanziert wurden. Beispielhaft werden in diesem Zusammenhang die bislang aus Elternbeiträgen und Spenden finanzierten Leistungen in der Kinderonkologie auf Grund des G-BA-Beschlusses vom 16. Mai 2006 genannt. Die Änderung ist grundsätzlich zu begrüßen.

Damit eine absenkende Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert vollständig ausgeschlossen wird, muss ergänzend jedoch noch eine Anpassung des

§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG erfolgen. Hiernach sind Ausgabenentwicklungen bei Leistungen, die nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, absenkend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen, wenn die Ausgabenentwicklung die Veränderungsrate (ab 2011 entsprechend Gesetzentwurf die halbierte Veränderungsrate) überschreitet. Werden die Zuschläge an dieser Stelle einbezogen und damit absenkend berücksichtigt, läuft die Klarstellung gemäß Nr. 6 ins Leere. Daher ist gleichzeitig klarzustellen, dass die sonstigen Zuschläge nur nach den Bestimmungen der Nr. 6, nicht aber nach Nr. 5 zu berücksichtigen sind.

Änderungsvorschlag

Keine Änderung von § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG, jedoch Klarstellung zu § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG wie oben beschrieben.

5. Zu Artikel 8 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb - § 10 Abs. 3 neuer Satz 4 KHEntgG
Berücksichtigung der halbierten Veränderungsrate bei Ausgabenentwicklungen im Nicht-Fallpauschalen-Bereich

Beabsichtigte Neuregelung

Eine Ausgabenentwicklung bei Leistungen, die nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, soll in den Jahren 2011 und 2012 bereits dann mindernd bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden, wenn die Ausgabenentwicklung für diese Leistungen die jeweils maßgebliche halbierte Veränderungsrate überschreitet.

Stellungnahme

Infolge der Anwendung der halbierten Veränderungsrate wird die Regelung des § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG noch stärker als bisher zu einem Absenkungsdruck auf die Landesbasisfallwerte führen. Dabei ist allein das Festhalten an dieser Vorschrift höchst problematisch, weil – analog zu § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG – die Gesamtheit der Krankenhäuser über die Absenkung des Landesbasisfallwerts belastet wird. Die DKG fordert daher mit Nachdruck, diese Regelung ersatzlos zu streichen.

Die Finanzierung von Krankenhausleistungen über andere Entgelte als den Fallpauschalen, insbesondere Zusatzentgelte, erfolgt bei den einzelnen Krankenhäusern in höchst unterschiedlichem Umfang. Dennoch wird mit dieser Vorschrift quasi eine Kollektivhaftung für alle Krankenhäuser vorgegeben. Hinzu kommt, dass mit Zusatzentgelten in aller Regel ohnehin nur die zusätzlich entstehenden variablen Kosten refinanziert werden und eine Absenkung des Landesbasisfallwerts daher nicht gerechtfertigt ist.

Auch eine Kollektivhaftung aller Krankenhäuser für die innovativen Leistungen im Rahmen der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nach § 6 Abs. 2 KHEntgG, die neu und damit zusätzlich in das Entgeltsystem aufgenommen werden, muss ausgeschlossen werden. Infolge der absenkenden Wirkung dieser Vorschrift auf den Landesbasisfallwert erfolgt die Finanzierung von Innovationen derzeit vielfach nicht durch die Kostenträger, sondern durch die Krankenhäuser selbst. Diese Anrechnung beim Landesbasisfallwert konterkariert die extrabudgetäre Finanzierung von NUB-Leistungen auf Ortsebene.

Nicht einbezogen dürfen auch die – aus gutem Grund – von dem DRG-Vergütungssystem ausgenommenen besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG, für die mit dem KHRG ohnehin eine eigene Konvergenzphase bei erfolgter Eingliederung in das DRG-Vergütungssystem eingeführt wurde und für die gemäß § 6 Abs. 3 KHEntgG in Verbindung mit § 6 BPflV unabhängig davon weiterhin der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt.

Darauf, dass die sonstigen Zuschläge bereits gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG zu berücksichtigen sind und daher nicht noch einmal nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG berücksichtigt werden dürfen, wurde zuvor bereits eingegangen (vgl. Ausführungen zu Artikel 8 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa - § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG).

Wenn schon keine Streichung dieser Vorschrift vorgenommen wird, ist hilfsweise allenfalls eine Regelung akzeptabel, die eine Begrenzung der Berücksichtigung von Ausgabenentwicklungen ausschließlich auf die krankenhausindividuellen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ohne besondere Einrichtungen vornimmt und gleichfalls eine Finanzierung der variablen Kosten für diese Entgelte sicherstellt. Unabhängig davon ist die Halbierung der Veränderungsrate für Ausgabenentwicklung bei Leistungen, die nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, zu streichen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Darüber hinaus ist § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG zu streichen. Hilfsweise ist die Vorschrift zumindest wie folgt zu ändern:

„5. die Ausgabenentwicklung insgesamt im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten, wobei die anteiligen variablen Kosten nicht einzubeziehen sind; dabei werden die Zuschläge zur Finanzierung der Ausbildungskosten, die Entgelte nach § 6 Abs. 2 sowie die Entgelte für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht einbezogen.“

6. Zu Artikel 8 Nr. 3 Buchstabe b - § 10 Abs. 4 KHEntgG
Ermittlung der Obergrenze über die halbierte Veränderungsrate

Beabsichtigte Neuregelung

Die Obergrenze für die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte für die Jahre 2011 und 2012 wird jeweils auf die halbierte Veränderungsrate festgelegt.

Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird nicht nur eine ohnehin viel zu niedrige Veränderungsrate nochmals halbiert, sondern auch die mit dem KHRG vorgesehene Abschaffung der Grundlohnratenbudgetierung ausgesetzt. Die Krankenhäuser nehmen enttäuscht zur Kenntnis, dass der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert für die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern nicht zur Umsetzung kommt. Mit der halbierten Veränderungsrate werden die Kostenlasten der Krankenhäuser – insbesondere Personalkostenzuwächse – nicht annähernd refinanziert. Um den Druck für weiteren Personalabbau zu mindern, sollte daher zumindest ein Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen geschaffen werden sowie die maßgebliche Veränderungsrate 2011 in Höhe von 1,15 % nicht halbiert, sondern um maximal 0,25 % abgesenkt werden.

In Anbetracht der positiven Wirtschaftsprognosen ist nicht nachvollziehbar, warum die einnahmenorientierte Grundlohnratenbudgetierung nicht zumindest ab dem Jahr 2012 wie vorgesehen beendet und die Entwicklung der für die Krankenhäuser zur Verfügung stehenden Finanzmittel an den vollen Orientierungswert für die Kostenentwicklung im Krankenhaus angebunden werden kann.

Änderungsvorschlag

Bei Beibehaltung der Veränderungsrate für das Jahr 2011 und insbesondere bei zusätzlicher Halbierung der Veränderungsrate ist ein Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen aufzunehmen. Anstelle der vorgesehenen Halbierung der Veränderungsrate ist eine maximale Absenkung um 0,25 % auf dann 0,90 % als Beitrag der Krankenhäuser zur Stabilisierung der Finanzsituation in der Gesetzlichen Krankenversicherung noch vertretbar. Spätestens ab dem Jahr 2012 ist die Veränderungsrate durch den Orientierungswert für die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zu ersetzen.

7. Zu Artikel 8 Nr. 4 – Anlage 1 KHEntgG
Änderung des Abschnitts B2

Beabsichtigte Neuregelung

Im Abschnitt B2 wird die Einbeziehung der Mehrleistungsabschläge in das Erlösbudget gemäß § 4 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG nachvollzogen.

Stellungnahme

s. Ausführungen zu Artikel 8 Nr. 1 Buchstabe a - § 4 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG

Änderungsvorschlag

In Anlage 1 „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)“ wird das Formblatt B2 wie folgt geändert:

a) Die laufende Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5 = Erlösbudget [2)]

b) Die laufende Nummer 6 wird gestrichen.

c) In Fußnote 2 werden die Wörter „sowie insbesondere des Abschlags wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung“ gestrichen.

B) Zu Artikel 10 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung

1. Zu Artikel 10 Nrn. 1 und 2 - § 6 Abs. 1 und 2 BPflV
   Halbierung der Veränderungsrate

   Beabsichtigte Neuregelung

   Mit Nr. 1 wird der Zuwachs des Gesamtbetrages für den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung für die Jahre 2011 und 2012 auf die Höhe der halbierten Veränderungsrate begrenzt. Die Ausnahmetatbestände zur Überschreitung der Obergrenze bleiben erhalten. Mit Nr. 2 wird geregelt, dass für die Jahre 2011 und 2012 auch für die Ermittlung der Berichtigungsrate zur anteiligen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen die halbierte Veränderungsrate heranzuziehen ist.

   Stellungnahme

   Die DKG hält es für zwingend erforderlich, dass die Ausnahmetatbestände zur Überschreitung der Obergrenze im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung wie vorgesehen erhalten bleiben. Allerdings ist die Durchsetzung von Ausnahmetatbeständen in den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen selten unproblematisch, so dass die Halbierung der Veränderungsrate auch im Anwendungsbereich der BPflV budgetwirksam werden wird. Auch die Absenkung der Veränderungsrate für die Ermittlung der Berichtigungsrate führt im Ergebnis dazu, dass der mögliche Budgetzuwachs geringer ausfällt als bei Ansatz der vollen Veränderungsrate, da die Tarifsteigerung, die über die Veränderungsrate hinausgeht, nur zu 50% angerechnet wird.

   Die DKG fordert den Gesetzgeber auf, die verschärften Sparmaßnahmen zu Lasten der Krankenhäuser auch im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auf das Jahr 2011 zu beschränken. Eine Ausweitung der Kostendämpfung auf das Jahr 2012 ist in Anbetracht der positiven Wirtschaftsprognosen nicht begründet. Im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung kommt erschwerend hinzu, dass die Budgetabschlüsse der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für das Jahr 2012 die Grundlage für die budgetneutrale Umstellung auf ein neues, pauschalierendes Engeltsystem im Jahr 2013 bilden soll. Daher ist eine ausreichende Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und die vollständige Umsetzung der Psych-PV in den psychiatrischen Einrichtungen im Jahr 2012 eine zwingende Voraussetzung für die termingerechte Einführung des neuen Systems. Unbegründete Sparmaßnahmen im Jahr 2012 würden die bisher erreichten Fortschritte bezüglich der Personalsituation in der Psychiatrie entgegenwirken. Durch Kostendämpfungsmaßnahmen im Jahr 2012 würde letzten Endes die termingerechte Einführung des neuen, einheitlichen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik gefährdet.

Änderungsvorschlag

Anstelle der halbierten Veränderungsrate ist allenfalls eine Absenkung der Veränderungsrate 2011 um 0,25 % auf 0,90 % als Beitrag der Krankenhäuser zur Stabilisierung der Finanzsituation in der Gesetzlichen Krankenversicherung noch vertretbar. Die Regelungen zur Ausweitung der Kostendämpfungsmaßnahmen auf das Jahr 2012 sind zu streichen.

C) Stellungnahme zu Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und FDP

1. Änderungsantrag 4: Pädiatrische Spezialambulanzen (§ 120 SGB V)

Regelungsinhalte

Mit der Neufassung des § 120 Abs. 1a SGB V wird die bisher auf das Jahr 2009 befristete Bereinigung der Krankenhausbudgets bzw. des Landesbasisfallwerts um die Höhe der Summe der vereinbarten Pauschalen unbefristet vorgegeben. Zudem wird die Schiedsstellenfähigkeit der Vergütungsvereinbarungen über die Anpassung des § 120 Abs. 4 SGB V hergestellt.

Stellungnahme

Grundsätzlich ist die angestrebte finanzielle Absicherung der pädiatrischen Spezialambulanzen aufgrund der hohen Bedeutung zu begrüßen. Die vorgesehene unbefristete Absenkung der Finanzmittel für die stationäre Krankenhausversorgung in Höhe der Summe der vereinbarten Pauschalen wird von der DKG jedoch als unbegründet strikt abgelehnt. Schon bei Aufnahme dieser Regelung mit dem KHRG war nicht nachvollziehbar, warum die defizitäre Vergütung von ambulanten Leistungen mit Finanzmitteln der stationären Versorgung ausgeglichen werden soll. Entsprechend der sektoralen Zuständigkeiten im deutschen Gesundheitswesen sah die Gesetzessystematik zu keinem Zeitpunkt eine Finanzierung von vertragsärztlichen Leistungen über die stationären Krankenhausbudgets vor.

Im Geltungsbereich des KHEntgG sieht die Regelung vor, dass die zusätzlichen Erlöse aus den ambulanten Pauschalen in voller Höhe bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts ausgabenmindernd zu berücksichtigen sind. Für die Beseitigung der Unterfinanzierung der ambulanten Leistungen werden für das Krankenhaussystem eben gerade nicht die hierfür erforderlichen Finanzmittel bereitgestellt. Es ist absurd, wenn der Ausgleich eines Defizits des ambulanten Vergütungssystems aufgrund unzulässiger Annahmen zu Lasten aller Krankenhäuser geht und somit die bereits bestehende Unterfinanzierung der stationären Krankenhausversorgung nochmals verschärft wird. Die Verantwortung für eine ausreichende Bewertung von vertragsärztlichen Leistungen liegt nach wie vor beim EBM-Bewertungsausschuss. Aus diesem Grunde waren auch die Zusatzpauschalen zur EBM-Vergütung nur als Übergangslösung zu verstehen. Die nun vorgesehene Entfristung des Abzugs der nach 2009 vereinbarten Zusatzpauschalen von den Landesbasisfallwerten entlässt letztendlich den EBM-Bewertungsausschuss aus seiner Verantwortung. Der unbefristete Entzug der Finanzmittel aus der stationären Versorgung ist auch deshalb besonders kritisch, da keinerlei Regelungen für eine Zurückführung der abgezogenen Mittel bei Reduktion oder Wegfall der Zusatzpauschalen getroffen werden. Nicht einmal eine Erhöhung des Landesbasisfallwerts bei Wegfall vereinbarter Pauschalen ist vorgesehen. Zudem besteht die missbräuchliche Gefahr, dass nach Abzug der Mittel aus den Krankenhäusern die Zulassungen der Krankenhausärzte von den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen ein-

geschränkt werden, so dass das ursprüngliche Finanzvolumen von den Spezialambulanzen nicht mehr realisiert werden kann. Auf diesem Wege würden die Finanzmittel dem Krankenhausbereich unwiederbringlich verloren gehen.

Eine akzeptable und tragfähige Lösung kann nur darin bestehen, die bestehende Unterfinanzierung im ambulanten Bereich durch angemessene Vergütungen nach dem EBM zu beseitigen. Alternativ könnte aus Sicht der DKG die Sicherstellung der Versorgung durch die Fachambulanzen nur durch eine vollständige Loslösung von den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Abkehr von der unzureichenden Vergütung nach EBM verbessert werden.

Änderungsvorschlag

Für eine mittel- und langfristige Planungssicherheit der Fachambulanzen ist es neben der Finanzierungsfrage unabdingbar, dass eine dauerhafte und in ihrer Form uneingeschränkte Zulassung erfolgen muss. Aufgrund der Spezialisierung der Fachambulanzen auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Krankheitsgeschehen und der Vorhaltung einer spezialisierten Facharztschiene wird der Bedarf für eine Ermächtigung unabhängig von dem Leistungsangebot der niedergelassenen Ärzte als gegeben angesehen.

Die DKG schlägt daher vor, mit der folgenden Regelung einen neuen Tatbestand für die Zulassung von Fachambulanzen für Kinder- und Jugendmedizin in das SGB V aufzunehmen:

„§ 119c

Ambulante Behandlung in Fachambulanzen für Kinder- und Jugendmedizin

Zugelassene Krankenhäuser mit kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten fachärztlichen Behandlung von Versicherten, die auf Überweisung erfolgt, zu ermächtigen.“

Die Regelungen zur Vergütung der Leistungen dieser Fachambulanzen sollten in § 120 Abs. 2 SGB V integriert werden. Anstatt einer den EBM ergänzenden Vergütung sollte die Vergütung zur Vereinfachung der Verhandlungen und des Abrechnungsverfahrens vollumfänglich zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart werden. Dies hätte den Wegfall der EBM-Vergütung zur Folge. Außerdem wäre durch § 120 Absatz 2 Satz 3 SGB V sichergestellt, dass die vereinbarten Vergütungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung die Leistungsfähigkeit auch der Fachambulanzen für Kinder- und Jugendmedizin gewährleisten. Daher bestünde kein Bedarf mehr nach den in § 120 Abs. 1a SGB v vorgesehenen, die EBM-Vergütung ergänzenden Pauschalen. Ggf. müsste jedoch durch den Wegfall der EBM-Vergütung und der Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen noch die Entlastung der Gesamtvergütungen geregelt werden.

§ 120 SGB V wird daher wie folgt geändert:

a) *Absatz 1a wird gestrichen.*

b) *In Absatz 2 Satz 1 und Satz 3 werden jeweils nach dem Wort „Zentren“ die Wörter* „und der Fachambulanzen für Kinder- und Jugendmedizin“ *eingefügt.*

c) *In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Zentren“ ein Komma und die Wörter* „der Fachambulanzen für Kinder- und Jugendmedizin“ *eingefügt.*

2. Änderungsantrag 8: Pflegepersonalstellen-Förderprogramm (§ 4 Absatz 10 Satz 11 KHEntgG)

Regelungsinhalte

Die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers im Rahmen des Förderprogramms für Pflegepersonalstellen soll um die Daten zur Stellenbesetzung am 30.06.2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres ergänzt werden.

Stellungnahme

Die bisherige Regelung des § 4 Abs. 10 Satz 11 zum Förderprogramm für Pflegepersonalstellen sieht eine Bestätigung des Krankenhauses über die Stellenbesetzung im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30.06.2008 und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel durch den Jahresabschlussprüfer vor. Weitere Angaben sind zur Beurteilung der Wirkung des Förderprogramms nicht notwendig. Auch in der Gesetzesbegründung zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde betont, dass einzig ein Nachweis über die Inanspruchnahme der Mittel sowie der neu geschaffenen Pflegestellen zu erfolgen hat. Hierfür ist die Bestätigung der Stellendifferenz im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30.06.2008 als auch der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel durch den Jahresabschlussprüfer vollkommen ausreichend. Eine Aussage darüber inwieweit es insgesamt zu einer Erhöhung der Pflegestellen in Deutschland gekommen ist, kann zudem nur vom Statistischen Bundesamt getroffen werden, da hierfür die Daten aller Krankenhäuser notwendig sind. Mit der Ergänzung der geforderten Daten des Änderungsantrages wären somit weiterhin keine verbesserten Aussagen zur Erhöhung der Pflegestellen in Deutschland durch den GKV-Spitzenverband möglich.

In Anbetracht der Tatsache, dass zudem in einigen Bundesländern eine flächendeckende Verweigerungshaltung einiger Krankenkassen zur Vereinbarung des Zuschlags zur Umsetzung des Pflegepersonalstellen-Förderprogramms zu verzeichnen ist, sollte das Nachweisverfahren nicht unnötig erschwert werden. Maß-

nahmen, die eine Vereinbarung der Zuschläge erleichtern, wären daher zielführender. Intention des Gesetzgebers war es, durch das Pflegepersonalstellen-Förderprogramm zusätzliche Pflegekapazitäten zu finanzieren.

Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag zu § 4 Absatz 10 Satz 11 KHEntgG ist zu streichen.