

**Deutscher Bundestag**  
**15. Wahlperiode**

**Protokoll Nr. 15/85**

**Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung**  
**Wortprotokoll**  
**85. Sitzung**

**Berlin, den 15.12.2004, 13.45 Uhr**  
**Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001**  
**Berlin**

**Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB**

**TAGESORDNUNG:**

**Öffentliche Anhörung zum**

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht  
(Verwaltungsvereinfachungsgesetz)

BT-Drucksache 15/4228

Anlage  
Anwesenheitsliste  
Sprechregister

## Anwesenheitsliste\*

### Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

#### SPD

Dreßen, Peter  
Hovermann, Eike  
Kirschner, Klaus  
Lewering, Eckhart  
Lohmann, Götz-Peter  
Lotz, Erika  
Mattheis, Hilde  
Ober, Erika, Dr.  
Reimann, Carola, Dr.  
Schmidbauer (Nürnberg), Horst  
Schmidt (Eisleben), Silvia  
Schönfeld, Karsten  
Schösser, Fritz  
Spielmann, Margrit, Dr.  
Stöckel, Rolf  
Volkmer, Marlies, Dr.  
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine  
Elser, Marga  
Friedrich (Mettmann), Lilo  
Gradistanac, Renate  
Haack (Extertal), Karl-Hermann  
Heß, Petra  
Hoffmann (Darmstadt), Walter  
Jäger, Renate  
Kühn-Mengel, Helga  
Lehn, Waltraud  
Marks, Caren  
Mützenich, Rolf, Dr.  
Roth (Esslingen), Karin  
Rupprecht (Tuchenbach), Marlene  
Schaich-Walch, Gudrun  
Zöllmer, Manfred Helmut

#### CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.  
Brüning, Monika  
Butalikakis, Verena  
Faust, Hans Georg, Dr.  
Hennrich, Michael  
Hüppe, Hubert  
Lanzinger, Barbara  
Michalk, Maria  
Müller, Hildegard  
Sehling, Matthias  
Spahn, Jens  
Storm, Andreas  
Strebl, Matthäus  
Weiß (Groß-Gerau), Gerald  
Widmann-Mauz, Annette  
Zöller, Wolfgang

Bietmann, Rolf, Dr.  
Blumenthal, Antje  
Falk, Ilse  
Fischbach, Ingrid  
Fuchs, Michael, Dr.  
Grund, Manfred  
Kaupa, Gerlinde  
Laumann, Karl-Josef  
Luther, Michael, Dr.  
Meckelburg, Wolfgang  
Meyer (Tapfheim), Doris  
Philipp, Beatrix  
Reiche, Katherina  
Seehofer, Horst  
Singhammer, Johannes  
Weiß (Emmendingen), Peter

#### B90/GRUENE

Bender, Birgitt  
Deligöz, Ekin  
Kurth, Markus  
Selg, Petra

Hajduk, Anja  
Höfken, Ulrike  
Krüger-Jacob, Jutta  
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

#### FDP

Bahr (Münster), Daniel  
Kolb, Heinrich L., Dr.  
Thomae, Dieter, Dr.

Kauch, Michael  
Lenke, Ina  
Parr, Detlef

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

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

<b>Sprechregister Abgeordnete</b>	<b>Seite/n</b>	<b>Sprechregister Sachverständige</b>	<b>Seite/n</b>
Vorsitzender Abg. <b>Klaus Kirschner</b> (SPD)	5,32	SV <b>Dr. Axel Reimann</b> (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR))	5,6,9,10,11,12,25,30
Abg. <b>Peter Dreßen</b> (SPD)	5,7,21,22,24,25	SV <b>Klaus Michaelis</b> (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA))	6,7,8,10,11
Abg. <b>Dr. Margrit Spielmann</b> (SPD)	5,7	SV <b>Klaus-Dieter Voß</b> (Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK-Bundesverband))	6,12,13,14,15,19,20,21,26,27,31
Abg. <b>Dr. Marlies Volkmer</b> (SPD)	6,9,22,23,24,25	SV <b>Dr. Pekka Helstelä</b> (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK-Bundesverband))	7,8,12,13,14,21,23,26,28
Abg. <b>Dr. Carola Reimann</b> (SPD)	8,22,23	SV <b>Dr. Andreas Kranig</b> (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V. (HVBG))	8
Abg. <b>Andreas Storm</b> (CDU/CSU)	9,12,14	SV <b>Dr. Frank Diener</b> (Deutscher Apothekerverband (ABDA))	9,22
Abg. <b>Barbara Lanzinger</b> (CDU/CSU)	10,26	SV <b>Ingo Nürnberger</b> (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	10,22
Abg. <b>Maria Michalk</b> (CDU/CSU)	11	SV <b>Gert Nachtigal</b> (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA))	10,28,29
Abg. <b>Matthäus Strebl</b> (CDU/CSU)	11	SV'e <b>Dr. Irene Vorholz</b> (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände)	14,19,24
Abg. <b>Annette Widmann-Mauz</b> (CDU/CSU)	11,13,14,30,31,32	SV <b>Bernd Finke</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS))	14,16,24,29
Abg. <b>Verena Butalikakis</b> (CDU/CSU)	13,28	SV <b>Dr. Georg Greve</b> (Bundesknappschaft (Bkn))	14,32
Abg. <b>Markus Kurth</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	15,16,17,18	SV <b>Jörg Bungart</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung (BAG UB))	15,23
Abg. <b>Petra Selg</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	16	SV <b>Herbert Mauel</b> (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))	16,27
Abg. <b>Daniel Bahr</b> (Münster) (FDP)	18,19,20,21	SV <b>Klaus Lachwitz</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH))	17,19,22
Abg. <b>Matthias Sehling</b> (CDU/CSU)	27	SV <b>Werner Hesse</b> (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e.V. (DPWV))	17
Abg. <b>Monika Brüning</b> (CDU/CSU)	28	SV <b>Reiner Metz</b> (Verband Deutscher Verkehrsunternehmen e.V. (VDV))	17,18
		SV'e <b>Kludia Buddermeier</b> (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA))	18,25
		SV <b>Dr. Stefan Hoehl</b> (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA))	19,20
		SV <b>Michael Schweiger</b> (Bundesagentur für Arbeit (BA))	20,23
		SV <b>Dr. Hans-Jürgen Sauer</b> (Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (BLB))	24
		SV <b>Matthias Triebel</b> (Bundesverband der Unfallkassen e.V. (BAGVV))	24
		SV <b>Stephan Ehrhardt</b> (Bundesagentur für Arbeit (BA))	27
		PStS <b>Franz Thönnies</b> (BMGS)	32

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht  
(Verwaltungsvereinfachungsgesetz)

BT-Drucksache 15/4228

Beginn der Sitzung 13.45 Uhr.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Ich darf Sie herzlich begrüßen zu unserer öffentlichen Anhörung. Es handelt sich um einen Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz). Ich bedanke mich bei den Verbänden, dass Sie uns mit Ihrem Sachverstand heute zur Verfügung stehen. Wir sind als Ausschuss für diesen Gesetzentwurf federführend. Für die Anhörung sind drei Stunden vorgesehen, die Zeit wird analog der Stärke der Fraktionen aufgeteilt, sodass die zwei großen Fraktionen der SPD und CDU/CSU je zwei Runden mit 36 Minuten zur Verfügung haben und die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP je 19 Minuten.

Von Seiten der Bundesregierung begrüße ich Herrn PStS Franz Thönnies.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Ich habe eine Frage an den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Welche Gründe sprechen bei der Beitragseinzugsvergütung für bzw. gegen eine Kürzung bei nicht ordnungsgemäßem Beitragseinzug durch die Einzugsstelle im Hinblick darauf, dass hier Beitragsgelder der Versicherten eingesetzt werden? Der Hintergrund meiner Frage ist, deutlich zu machen, dass eine Kürzung der Beitragseinzugsvergütung im Hinblick auf eine nicht ordnungsgemäße Erfüllung der Pflichten der Einzugsstelle berechtigt ist, da dies aus Geldern der Versicherten bezahlt wird.

SV **Dr. Axel Reimann** (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)): In der Vergangenheit ist bei Prüfungen der Rentenversicherungsträger bei den Einzugsstellen in durchaus nicht seltenen Fällen festgestellt worden, dass hier der Beitragseinzug nicht mit der erforderlichen Sorgfalt vorgenommen wurde. Es gab bisher kein wirksames Gegenmittel,

um ein solches Verhalten zu sanktionieren. Es gibt im Grunde nur die Möglichkeit des Schadenersatzes, die jedoch lediglich unter sehr engen Voraussetzungen anwendbar ist. Infolgedessen ist es aus unserer Sicht erforderlich, zumindest im Hinblick auf den konsequenten Beitragseinzug, eine entsprechende Sanktionierung vorzusehen. In der jetzt vorgesehenen Fassung sehen wir eine solche Möglichkeit.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Meine Frage richtet sich ebenfalls an den VDR und bezieht sich auf die Einführung einer Regelungsbefugnis der Sozialversicherungsträger für die Grenzbeträge zur Niederschlagung geringer Beitragsrückstände. Meine erste Frage lautet: Warum ist neben der Möglichkeit der Niederschlagung von Forderungen nach geltendem Recht eine zusätzliche pauschale Niederschlagung erforderlich?

Warum bedeutet die Regelung für die Sozialversicherungsträger eine Kostenentlastung?

Besteht nicht die Gefahr, dass Beiträge dann zu schnell und in einem zu großen Umfang niedergeschlagen werden?

SV **Dr. Axel Reimann** (VDR): Bisher ist es in der Tat so, dass es keine eigenständige Regelung über die Niederschlagung von Kleinstbeiträgen gibt. Die Sozialversicherung orientiert sich hier bislang an den Kleinstbeitragsgrenzen nach der Bundeshaushaltsordnung. Diese Grenzen liegen derzeit bei 25 Euro. Wenn man das der Führung eines Beitragskontos, beispielsweise bei einer größeren Krankenkasse, gegenüberstellt, die pro Monat schon mit Kosten von 11 Euro zu Buche schlagen, ist erkennbar, dass das Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag tatsächlich nicht mehr in einem akzeptablen Verhältnis steht. Deshalb sollte über die Begrenzung, auch bei Kleinbeiträgen, nachgedacht werden. Wir sehen keine Gefahr einer zu schnellen und umfangreichen Niederschlagung. Da alle Träger an diesen Beiträgen partizipieren, wird es darauf hinaus-

laufen, dass alle ein Interesse daran haben, diese Begrenzung in einer vernünftigen Größenordnung festzulegen.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Meine Frage an die BfA und den VDR bezieht sich auf die Änderung des Risikostrukturausgleichszahlungsverfahrens: Halten Sie die Regelung in Artikel 4 Nr. 14, die sich auf das SGB V bezieht, und den Artikel 24 Nr. 2, der sich auf die RSA-Ausgleichsverordnung bezieht, im Gesetzentwurf für ausreichend, um eine störungsfreie Durchführung des Zahlungsverfahrens im Risikostrukturausgleich sicherzustellen? In wie vielen Monaten eines Ausgleichsjahres werden die Regelungen nach Ihrer Einschätzung voraussichtlich zur Anwendung kommen?

An die Spitzenverbände der Krankenkassen möchte ich folgende Frage richten: Sie haben in Ihrer Pressemitteilung vom 4. November 2004 unter Bezugnahme auf die Regelung in Art. 4 Nr. 14 des Gesetzentwurfs von einem „Verschiebepark“ von der Rentenversicherung zur Krankenversicherung gesprochen. Unterstellt, die Regelung kommt tatsächlich in einem Monat eines Ausgleichsjahres zur Anwendung: In welcher Größenordnung wird sich die finanzielle Belastung der betroffenen Krankenkassen voraussichtlich bewegen? Welche Auswirkungen auf die Beitragssätze können hiermit verbunden sein?

**SV Klaus Michaelis (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)):** In Bezug auf den Risikostrukturausgleich weise ich zunächst darauf hin, dass die BfA diesen verwaltungstechnisch durchführt. Bei der Abwicklung des Risikostrukturausgleichs geht es nicht nur um Zahlungen zwischen den Krankenkassen. Vielmehr wird zugleich mitverrechnet, was von der Rentenversicherung im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner an die Krankenkassen an Beiträgen zu zahlen ist sowie die Beiträge, die auf Grund der Beschäftigungsverhältnisse von den Krankenkassen an die BfA zu zahlen sind. Es werden verschiedene Zahlungsströme zusammengefasst. Dieses, wie ich meine, sehr verwaltungsvereinfachende Verfahren, kann uneingeschränkt beibehalten werden bei der Umsetzung des vorliegenden Gesetzgebungsvorschlages zur Verschiebung vom 6. Kalendertag auf den 18. Kalendertag

des Monats. Die Frage, wie oft es im nächsten Jahr zum Tragen kommen könnte, sodass ein Liquiditätsdarlehen nicht in Anspruch genommen werden muss, ist natürlich nicht einfach zu beantworten. Es setzt voraus, dass man weiß, wie die Beitragseinnahmen und die Liquiditätsentwicklung des nächsten Jahres sein werden. Nach den Zahlen, die im Schätzerkreis Ende Oktober 2004 zu Grunde lagen, gehen wir im Moment davon aus, dass wir im nächsten Jahr einmal, nämlich im Dezember, eine solche Verschiebung des Risikostrukturausgleichs benötigen, um eine Inanspruchnahme des Liquiditätsdarlehens zu vermeiden.

**SV Dr. Axel Reimann (VDR):** An der Stelle kann ich mich den Ausführungen von Herrn Michaelis in vollem Umfang anschließen. Auch wir gehen davon aus, dass es allenfalls in einem Monat zum Tragen käme. Das wäre im Dezember, weil dann vorgezogene Bundeszuschussraten und eine weiteres Vorziehen anderer Bundesmittel nicht mehr möglich sein werden, so dass nur noch der Rückgriff auf die Liquiditätshilfe des Bundes, die Bundesgarantie, möglich wäre.

**SV Klaus-Dieter Voß (Bundesverband der Betriebskrankenkassen(BKK Bundesverband)):** Zunächst einmal zur Größenordnung: Wir gehen davon aus, dass sie für jeden Monat zwischen einer und zwei Millionen Euro liegt. Dies ist natürlich nicht beitragsatzwirksam, jedenfalls nicht isoliert in Anbetracht des Betrages. Dies wirft aber Probleme in der Krankenversicherung auf: Es sind unterschiedliche Kassen betroffen, und dies ist auch für die Kassen nicht kalkulierbar. Die Kassen haben eine limitierte Kreditlinie. Sie müssten für diesen Zweck, wenn sie entsprechende Mittel nicht haben – und die haben sie in der Regel nicht –, auf den Kapitalmarkt gehen und sich das Kapital dort im Rahmen begrenzter Kredite besorgen. Ob die Annahme der Rentenversicherung richtig ist, dass dieser Fall im Dezember eintritt, muss die Erfahrung zeigen. Wir sehen hier einen „Verschiebepark“, in dem der Bund die Rentenversicherung nicht mehr alimentiert und dies zu Lasten der Krankenversicherung. Dies erschwert das Verfahren unnötig. Wir sind mit der jetzigen Verfahrensweise zufrieden.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Bisher wird in vielen Fällen bei den Einzugsstellen der Papierkontoauszug benutzt. Dadurch ergeben sich Verzögerungen bei der Weiterleitung der Beiträge an die Renten- und Arbeitslosenversicherung. Die Regelung stellt in Zukunft auf den elektronischen Kontoauszug ab, was dazu führen wird, dass die Buchung und Weiterleitung beschleunigt wird. Sind Sie nicht auch der Meinung, dass die Einzugsstellen auch in diesem Bereich durch Nutzung des elektronischen Kontoauszuges den neuesten technischen Stand zur beschleunigten Abwicklung der Weiterleitung von Beiträgen zur Sozialversicherung verwenden sollten? In diesem Zusammenhang ist es auch von Bedeutung zu wissen, in welchem Umfang das Lastschriftverfahren, der elektronische Bankauszug und der Papierkontoauszug bei den Krankenkassen verwendet werden, denn den Papierkontoauszug verwenden nicht mehr alle Krankenkassen.

In dem Zusammenhang habe ich noch eine Zusatzfrage an die BfA: Ist es richtig, dass durch die Nutzung des elektronischen Bankauszuges die Laufzeiten der Beiträge vom Arbeitgeber zur Renten- und Arbeitslosenversicherung verkürzt werden können?

SV **Dr. Pekka Helstelä** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK-Bundesverband)): Wir sehen durchaus Möglichkeiten, durch eine Umstellung auf den elektronischen Bankauszug die Zahlungsvorgänge etwas zu beschleunigen. Von den AOK'n und den Betriebskrankenkassen ist zu berichten, dass dies überwiegend bereits praktiziert wird. Im Bereich der Ersatzkassen wird der Papierkontoauszug noch verwendet, dies wird aber von größeren Kassen sukzessive umgestellt. Es wird u. a. damit gerechnet, dass dies bis zum Jahresende 2005 auch bei einer großen Ersatzkasse komplett abgeschafft wird. Es gibt hier sicherlich Spielräume, das Verfahren zu beschleunigen. Allerdings ist dadurch, dass es in der Praxis immer weniger an Relevanz hat, der erhoffte Beschleunigungsgewinn natürlich entsprechend eingeschränkt. Das Lastschriftverfahren als solches wird im Wesentlichen auch angewandt. Es ist von anderen abgrenzbar.

Ein Bereich, in dem sich noch eine weitere Beschleunigung ergeben könnte, ist bei der Scheckeinzahlung von Beiträgen. Der Scheckeinzug per Post gelangt zu den Einzugsstellen, muss von dort aus weiter bearbeitet werden und landet nicht unmittelbar bei den Banken. Deshalb ist dies sicherlich auch ein Teilbereich, der allerdings prozentual nicht mehr als 30 % des Zahlungsverkehrs ausmacht. Wir halten dies auch technisch für umsetzbar, weisen aber auf die erforderlichen Umstellungszeiten hin, d. h., nach dem Inkrafttreten einer solchen Regelung wäre in etwa mit einem Jahr Vorlaufzeit zu rechnen, da Bankverbindungen vielfach zu regionalen Sparkassen, Raiffeisenbanken etc. bestehen und diese nicht auf so einfachem Wege wie bei den Großbanken umgestellt werden könnten. Grundsätzlich besteht aber auch bei kleinen Banken die Möglichkeit, entsprechende Vorkehrungen zu treffen. Wenn die Vorlaufzeiten entsprechend geregelt sind, ist es ein gangbarer Weg, das Verfahren zu beschleunigen.

SV **Klaus Michaelis** (BfA): Wir begrüßen, dass die technischen Möglichkeiten zukünftig verstärkt genutzt werden können. Das wird sicher zu einer weiteren Verkürzung der Laufzeiten in diesem Bereich führen. Allerdings kann ich mich dem anschließen, was eben gesagt wurde: Der Gewinn ist relativ begrenzt, da wir nur zwischen ein bis zwei Tagen schneller sein könnten. Aber auch das sollten wir im Interesse einer weiteren Verbesserung nutzen.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Meine Frage richtet sich an den VDR, die BfA und den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und bezieht sich auf den Anspruch auf ALG II-Weiterzahlung bei gleichzeitigem Anspruch auf Übergangs- bzw. Verletzengeld während medizinischer Rehabilitationsleistungen gegen Erstattung durch die Rentenversicherung bzw. die Unfallversicherung.

Sehen Sie eine kostenneutrale Möglichkeit, auch im Falle der Übergangs- bzw. Verletzengeldberechtigung von ALG II-Bezieher die Weiterzahlung von ALG II zu ermöglichen und so einen zweimaligen Trägerwechsel zu vermeiden?

**SV Dr. Axel Reimann (VDR):** In der Tat sehen wir eine solche Möglichkeit. Wir sehen auch eine entsprechende Notwendigkeit, weil wir sonst in die Situation kämen, dass die Übergangsgeldberechtigten bei einem Trägerwechsel prinzipiell kurzzeitig ohne finanzielle Mittel dastehen., denn das ALG II wird unter Bedarfsgesichtspunkten im Voraus bezahlt, während das Übergangsgeld im Rahmen der Rehaleistungen, gerade bei kurzfristiger Inanspruchnahme, oft erst im nachhinein gezahlt wird. Um hier nicht einen Trägerwechsel eintreten zu lassen, würden wir es ausgesprochen begrüßen, wenn es zu einer Regelung käme, in der die ALG II-leistenden Träger diese Leistung weiter erbringen und von den Rentenversicherungsträgern das Übergangsgeld dann erstattet bekämen. Dabei könnten wir uns im Wege einer weiteren Vereinfachung durchaus auch vorstellen, dieses pauschal mit der Bundesagentur oder den Trägern des ALG II zu vereinbaren.

**SV Klaus Michaelis (BfA):** Wir haben bereits mit der Bundesagentur über die Problematik gesprochen. Wir haben überlegt, wie man das verwaltungseinfach lösen kann. Die Vorteile eines Verfahrens, bei dem das Übergangsgeld zunächst nicht gezahlt wird, sondern das ALG II weitergezahlt wird und anschließend eine Erstattung seitens der Rentenversicherungsträger erfolgt, liegen auf der Hand: Erstens wird ein Trägerwechsel vermieden. Zweitens wird die Nahtlosigkeit der Zahlung im Interesse der Berechtigten sichergestellt. Drittens ist das Verfahren kostenneutral.

**SV Dr. Andreas Kranig (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V. (HVBG)):** Ich schließe mich den beiden Vordnern an und möchte ergänzen: Wir wollen die Unterbrechungen der Zahlungen gegenüber den Betroffenen vermeiden, aber auch Verwaltungsaufwand reduzieren, wie der Name des Gesetzes es bereits impliziert. Der Verwaltungsaufwand bei den Unfallversicherungsträgern wäre für relativ wenige Fälle zu leisten. Das müsste nicht nur mit der Bundesagentur, sondern auch mit den optierenden Gemeinden verhandelt werden. Das sollte möglichst durch eine gesetzliche Regelung vermieden werden, keine Auftragslösung, die mit den Trägern des ALG II zu vereinbaren wäre. Deswegen haben wir der Bundesregierung vorgeschlagen, dass

die Leistungen im Auftrag der Unfallversicherungsträger durchgängig durch die Träger des ALG II als Verletztengeld durchgängig gezahlt werden. Bisher wird auch eine Vorschusslösung diskutiert. Diese beinhaltet nach unserer Einschätzung Probleme, die vermieden werden sollten. Unser Vorschlag wäre, durchgängig das Verletztengeld in Höhe des ALG II im Auftrag durch die Träger des ALG II weiterzahlen.

**Abg. Dr. Carola Reimann (SPD):** Ich habe Fragen zum SGB V bezüglich der Wiederverwendbarkeit der Karte und richte diese an den VdAK und den AOK-Bundesverband: Was müssen Sie veranlassen, damit die Karte wieder verwendet werden kann? Welche Möglichkeiten sehen Sie als Kasse, die Weiterverwendung dieser Daten sicher zu stellen? Um welche Daten handelt es sich dabei und wie sind die datenschutzrechtlichen Aspekte gewürdigt?

**SV Dr. Pekka Helstelä (AOK-Bundesverband):** Zur Wiederverwendbarkeit der Karte ist zu sagen, dass wir einer solchen Möglichkeit sehr skeptisch entgegensehen. Zum einen, weil alle Kassenspezifischen Informationen mechanisch aufgebracht sind, also nicht auf dem Chip enthalten sind und entfernbar sein müssten, um für einen weiteren Einsatz bei einer anderen Kasse in Frage zu kommen. Wenn man dies technisch bewerkstelligen wollte, würde das die Haltbarkeit der Karten entsprechend einschränken und zugleich die Karten teurer machen. Wenn man gleichzeitig bedenkt, dass beabsichtigt ist die Europäische Krankenversicherungskarte als Aufdruck auf die Rückseite einer Karte zu bringen, auf der auch der Krankenkassenname erscheint, ist diese erstgenannte Möglichkeit praktisch nicht mehr gegeben, sodass von einer Weiterverwendung der bisherigen Karte aus technischen Gründen kaum ausgegangen werden kann.

Ich komme nun zur Frage, was bei einem Kas- senwechsel mit den im Chip enthaltenen In- formationen geschehen kann. Wenn die Karte nicht weiter genutzt wird, können die Infor- mationen auf dem Chip nicht ohne weiteres sicher übertragen werden, sodass wir davon ausge- hen, dass die Informationen auf eine neue Kar- te erneut aufgebracht werden müssten. Dabei sehen wir allerdings in den Fällen keine Prob-



leme, in denen der versicherte Patient beim selben Hausarzt oder beim selben Arzt bleibt, der im Wesentlichen für die bisher aufgebrachten Informationen zuständig ist. So muss diese Information bei dem Arzt nur erneut aufgebracht werden – und zwar nur jeweils die Information, die dieser Arzt auch hat. Es kann natürlich sein, dass gewisse Notfallinformationen über einen anderen Arztkontakt aufgebracht worden sind. Im Regelfall sollte der Hausarzt aber über sämtliche relevanten Informationen verfügen, sodass wir hier kein nennenswertes verwaltungstechnisches Problem darin sehen, die Daten erneut aufzubringen. Insbesondere würde durch ein solches Verfahren der Datensicherheit und dem Datenschutz im Wesentlichen Rechnung getragen, im Gegensatz zu anderen, technisch kaum realisierbaren aber theoretisch denkbaren Verfahren.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Ich würde gerne bei der elektronischen Gesundheitskarte bleiben und zwar bei der Erweiterung der Zugriffsrechte auf die Daten. Ich möchte den Deutschen Apothekerverband fragen, ob durch die Regelung der besonderen beruflichen Qualifikation des pharmazeutischen Personals, das nicht der Aufsichtspflicht durch den Apotheker unterliegt, Rechnung getragen wird. Das haben wir in Artikel 4 vorgesehen.

**SV Dr. Frank Diener (Deutscher Apothekerverband (ABDA)):** Der Deutsche Apothekerverband ist mit der Regelung des § 291a, die Telematik betreffend, völlig einverstanden. Die Regelungen sind sachdienlich. Es ist nötig, dass das nicht akademische Personal in den Apotheken, ähnlich wie im Krankenhausbereich oder im Arztbereich, Zugriffsrechte hat, um Dokumentationen im Auftrag des akademischen Heilpersonals durchführen zu können, beispielsweise Impfdokumentationen. Der Arzt führt die Impfungen durch, aber die Dokumentation erfolgt durch das ärztliche Personal. Telematik hat der Rechtswelt heute zu folgen. Insofern muss man in dieser digitalen Welt die heutigen papiergestützten Prozesse nachbauen, jedoch digital durchführen. Dazu dienen diese Regelungen; sie sind uneingeschränkt sinnvoll. Ich kann aus der Erfahrung mit Kollegen aus anderen Leistungssektoren sagen, dass sie das ähnlich sehen. Sie haben sich auch ähnlich in ihren schriftlichen Stellungnahmen geäußert.

**Abg. Andreas Storm (CDU/CSU):** Ein Hauptpunkt in diesem umfangreichen Gesetzentwurf ist die Verschiebung des Zahlungstermins im Rahmen des RSA durch die Rentenversicherungsträger. Deshalb habe ich Nachfragen an den VDR, den DGB, den BDA und die BfA: Trifft es zu, dass bei der Festsetzung des Rentenbeitragssatzes für 2005 die Anspruchnahme einer Liquiditätshilfe des Bundes einkalkuliert worden ist, wenn es nicht zu einer Verschiebung der Zahlungstermine im Rahmen des RSA kommt? Wenn ja: Wann und in welcher Höhe wäre diese Inanspruchnahme der Liquiditätshilfe erforderlich?

Frau Dr. Engelen-Kefer hat in ihrer Eigenschaft als alternierende Vorstandsvorsitzende des VDR vor etwa vier Wochen auf dem VDR-Presseseminar Alternativberechnungen vorgestellt. Was war der Hintergrund für diese Berechnungen? Welche Auswirkungen hätten die Ergebnisse dieser Berechnungen auf die Liquidität der Rentenversicherung und auf die Höhe der Rücklage im kommenden Jahr? Wäre, ausgehend von den Alternativberechnungen, ausgeschlossen, dass mit der vorgesehenen Verschiebung der Zahltermine im Rahmen des RSA keine Liquiditätshilfe des Bundes erforderlich wäre? Wie würde sich der Rentenbeitrag im kommenden Jahr entwickeln, wenn diese Alternativszenarien der Rentenversicherungsträger eintreffen sollten – und zwar nicht für den Beitragssatz des Jahres 2005, sondern für das Jahr 2006?

**SV Dr. Axel Reimann (VDR):** Bei der Berechnung des Beitragssatzes wird zunächst auf die Höhe der Schwankungsreserve zum Jahresende abgestellt. Maßgeblich ist nicht der unterjährige Liquiditätsverlauf. Insofern ist die Liquiditätslücke von 600 Mio. Euro, die sich zum RSA-Termin Anfang Dezember 2005 ergibt, wenn es keine Verschiebung im RSA gäbe und unter den Annahmen der Bundesregierung bei dieser Festlegung des Beitragssatzes, durchaus in Kauf genommen worden.

Sie haben des Weiteren nach Alternativberechnungen gefragt. Es ging darum, das bestehende Risikopotential im Hinblick auf die Liquidität und die Vorbelastung für das Folgejahr aufzuzeigen. Die Notwendigkeit resultiert aus der Festsetzung des Beitragssatzes auf 19,5 %,

der unter den auch von der Bundesregierung als ehrgeizig bezeichneten Annahmen letztlich zur Mindestrücklage von 0,2 Monatsausgaben am Jahresende führt. Vor diesem Hintergrund haben wir die Notwendigkeit gesehen, anhand von Alternativannahmen abzuschätzen, welche Risikopotentiale sich ergeben. Eine Annahme bezieht sich auf die Wirtschaftsannahmen der Forschungsinstitute, die für das folgende Jahr mit einer um 0,3 % geringeren Wachstumsrate der Lohnsumme operieren. Unter diesen Annahmen ergäbe sich zum Jahresende 2005 eine Schwankungsreserve in Höhe von 0,17 Monatsausgaben, d. h., die Liquidität würde zum Jahresende entsprechend um 400 - 450 Mio. Euro geringer ausfallen als unter den Annahmen der Bundesregierung. Um den gleichen Betrag würde sich der Fehlbetrag zum RSA-Termin erhöhen, d. h. Anfang Dezember würde nicht ein Betrag von 600 Mio. Euro fehlen, sondern von ca. 1 Mrd. Euro.

Wenn es zu einer Verschiebung des RSA-Termins käme, könnte damit immer noch die Inanspruchnahme der Liquiditätshilfe vermieden werden, weil die Größenordnung von 1,5 Mrd. Euro nicht zu diesem Zahltermin, etwa von der Rentenversicherung, zu leisten wären. Wenn die Entwicklung ungünstiger verlief, könnte in der Tat die Situation eintreten, dass sich trotz Verschiebung des RSA-Termins auf den 18. des Monats die Inanspruchnahme der Bundesgarantie ergeben könnte, weil zu Anfang des Monats nicht genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stünden und bereits zum Rentenzahltermin Ende November nicht entsprechende die Liquidität vorhanden wäre.

**SV Klaus Michaelis (BfA):** Für die Festsetzung des Beitragssatzes ist zum Ende des Jahres eine Schwankungsreserve von 0,2 Monatsausgaben einzuhalten. Dies ist unabhängig von etwaigen Liquiditätsengpässen im laufenden Jahr. Deshalb ist die Frage des Zusammenhanges, so wie Sie sie gestellt haben, nicht ganz zutreffend, weil die unterjährigen Liquiditätsschwankungen nichts mit der Schwankungsreserve zu tun haben. Nach den Berechnungen auf der Grundlage der Eckwerte der Bundesregierung kommt man zu den 0,2 Monatsausgaben zum Jahresende 2005. Dementsprechend wären keine negativen Auswirkungen auf den Beitragssatz 2006 zu erwarten.

**SV Ingo Nürnberger (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)):** Zu den ersten beiden Fragen haben meine Vorredner aus meiner Sicht das Richtige gesagt. Ich möchte zur dritten Frage darauf hinweisen, dass Frau Dr. Engelen-Kefer in der Pressekonferenz gesagt hat, dass die Regierung zum Optimismus geradezu gezwungen ist. Das finde ich auch richtig. Negative Prognosen führen nur dazu, dass sie sich mit Sicherheit auch bestätigen. Insofern ist es richtig, ehrgeizige Ziele vorzugeben, die allerdings nach wie vor nicht unerreichbar sind. Deswegen halte ich die Verfahrensweise für richtig. Das Problem ist ein ganz anderes: Es rächt sich jetzt, dass die Schwankungsreserve so massiv abgesenkt worden ist. Das kann ich auch selbstkritisch sagen, weil der DGB diese Absenkung der Schwankungsreserve durchaus unterstützt hat. Möglicherweise wäre es sinnvoll gewesen, auf diese drastische Absenkung zu verzichten und die Beiträge zum richtigen Zeitpunkt moderat anzuheben.

**SV Gert Nachtigal (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)):** Ich kann mit einer grundsätzlichen Anmerkung antworten: Die BDA hat sich immer gegen „Verschiebebahnhöfe“ ausgesprochen, egal ob zwischen Bundeshaushalt und den Haushalten der Sozialversicherungsträger oder auch der Sozialversicherungsträger untereinander. Von daher ist die Maßnahme, die hier jetzt vorgesehen ist, ebenso verfehlt. Wir stopfen hier ein Loch der Rentenversicherung und reißen damit auf jeden Fall eine Liquiditätslücke in der Krankenversicherung.

**Abg. Barbara Lanzinger (CDU/CSU):** Meine Frage geht an den VDR und die BfA: Wie hoch waren bei der Festsetzung des Rentenbeitrages 2005 die Prognosen für die Pflichtbeiträge und für die Beitragseinnahmen insgesamt, jeweils für die Monate Oktober, November und Dezember 2005? Wie hoch waren sie kumuliert für das Gesamtjahr 2004?

**SV Dr. Axel Reimann (VDR):** Für dieses Jahr 2004 wird für die letzten drei Monate insgesamt ein Beitragsvolumen von 38,5 Mrd. Euro geschätzt. Für das vergangene Jahr waren es rund 38,6 Mrd. Euro für den gleichen Zeitraum. Das bedeutet konkret, dass es in diesem Jahr in diesem Zeitraum etwa 100 Mio. Euro

weniger sein werden als im gleichen Zeitraum des Vorjahres. Für das Gesamtjahr schätzen wir in diesem Jahr ein Volumen von 143 Mrd. Euro an Pflichtbeiträgen, das sind beitragsatzbereinigt 500 Mio. Euro weniger als im Vorjahr. Ohne diese Beitragsatzbereinigung sind das nominal 200 Mio. Euro weniger als im Vorjahr, d. h., wir werden in diesem Jahr in der Tat weniger Beiträge einnehmen als im letzten Jahr.

**SV Klaus Michaelis (BfA):** Ich möchte noch ergänzen wie die Beitragseinnahmen aussehen: Im Jahr 2004 haben wir 45 Mrd. Euro Beitragseinnahmen in den letzten drei Monaten; die Beitragseinnahmen im gesamten Jahr 2004 belaufen sich auf 168 Mrd. Euro, und im Jahr 2005 werden sie geringfügig höher sein.

**Abg. Maria Michalk (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an den VDR: PStS Franz Thönnies hatte am letzten Wochenende Herrn Prof. Ruland vorgeworfen, bei der Festsetzung der Rentenbeiträge für das Jahr 2005 seien alle Beteiligten des Schätzerkreises – also auch der VDR und die BfA – von den selben ökonomischen Ausgangspunkten ausgegangen. Seine Kritik an den Prognosen hat er deshalb als „geschäftsschädigend“ bezeichnet, wie wir in der FAZ vom 13. Dezember 2004 nachlesen können. Wie beurteilt der VDR diesen Vorwurf?

**SV Dr. Axel Reimann (VDR):** Sie werden sicherlich nicht überrascht sein, wenn ich hier feststelle, dass wir uns dieser Einschätzung nicht anschließen können, sofern diese Kritik in dieser Form tatsächlich vorgetragen wurde. Festhalten möchte ich, dass es nicht die Aufgabe des Schätzerkreises ist, die ökonomischen Annahmen der Bundesregierung festzulegen. Vielmehr werden in dem Schätzerkreis bei den Modellrechnungen die ökonomischen Eckdaten der Bundesregierung zu Grunde gelegt.

**Abg. Matthäus Strebl (CDU/CSU):** Meine Frage betrifft die Bundesgarantie und geht an den VDR und an die BfA: In § 214 Abs. 1 SGB VI ist geregelt, wo die Bundesgarantie zum Tragen kommt, die Zahlungsverpflichtungen der Rentenversicherung zu erfüllen, wenn die Rücklagen nicht vorhanden sind. Ist bei der

Festsetzung des Rentenbeitrages 2005 mit dem BMF abgestimmt worden, dass die RSA-Zahlungen durch die BfA den Tatbestand Zahlungsverpflichtungen erfüllen und damit als Rechtsfolge die Bundesgarantie auslösen? Ist dem Bundesfinanzminister bekannt, dass er bei der Rentenversicherung im nächsten Jahr mit einem Darlehen aushelfen muss?

**SV Dr. Axel Reimann (VDR):** Wie der Bundesfinanzminister in diese Fragen eingebunden ist, kann ich nicht beurteilen. Wir wissen aber aus den Gesprächen mit dem BMF, obwohl nicht im Schätzerkreis vertreten, dass wir davon ausgehen können, dass das Finanzministerium über die Zahlungsverpflichtungen im RSA informiert ist. Den sich ergebenden Finanzbedarf im nächsten Jahr betreffen zu ganz großen Teilen vorgezogene Bundeszuschüsse nicht zum Zeitpunkt der Rentenzahlungen, sondern zu den Zeitpunkten der Zahlungen im Risikostrukturausgleich – insofern ist die entsprechende Kommunikation und Information hier sichergestellt.

**SV Klaus Michaelis (BfA):** Die Zahlungen im RSA belaufen sich Monat für Monat etwa zwischen 1,2 bis 1,3 Mrd. Euro. Wir müssen bei der BfA diese Summe am 6. und – wenn der Gesetzentwurf zum Tragen kommt – notfalls in einem Monat ausnahmsweise am 18. eines Monats zur Verfügung stellen. Ich bin sicher, dass das Bundesfinanzministerium diese Zahlen kennt, zumal sie relativ stabil sind. Ich kann nur bestätigen: Das Bundesfinanzministerium ist nicht im Schätzerkreis vertreten, aber ich gehe davon aus, dass über das Sozialministerium eine hinreichende Vertretung gewährleistet ist.

**Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):** Meine Fragen richten sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Wir haben den Vorschlag der Bundesregierung zur Änderung des RSA-Zahlungsverfahrens hier dargestellt bekommen. Könnten Sie uns sagen, ob aus Ihrer Sicht die Gründe dafür sachlich gerechtfertigt sind oder ob es sich um einen „Verschiebebahnhof“ zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt?

Zum Zweiten würde mich interessieren, wie hoch die Liquiditätspässe bei den Kassen

sind. Wir haben gehört, dass es bei den Rentenversicherungsträgern 600 Mio. Euro sind. Entspricht das auch dem Risiko bei den gesetzlichen Krankenkassen? Wäre zur Abdeckung der Liquiditätsengpässe eine Ausweitung von Kassenverstärkungskrediten erforderlich? Gibt es Kassen die ihren Kreditrahmen für Kassenverstärkungskredite nicht mehr erhöhen können und daher gezwungen wären, den Beitragssatz zu erhöhen, um die Änderung der RSA-Zahlungen zu bewältigen? Wie würde sich das mit den Appellen der Bundesregierung an die Krankenkassen vertragen, ihre Beiträge zu senken?

**SV Klaus-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): Sachliche Gründe für diese Regelung sehen wir nicht. Für diesen „Verschiebehahnhof“ gibt es finanztechnische Gründe der Rentenversicherung. Was die Liquiditätsengpässe angeht: Wenn die referierten Zahlen der Rentenversicherung stimmen, fehlen 600 Mio. Euro in der Krankenversicherung. Da die Vermögenslage der Krankenversicherung dünn ist und Kreditreserven fast gar nicht vorhanden sind, hieße es, dass die Kassen sich selbst kreditieren müssten – und dies in einer Situation, in der die Kreditlinien limitiert sind. Viele Kassen, die verschuldeten Kassen, werden ihre Kreditlinie nicht ohne weiteres erweitert bekommen. Es sei denn, der Gesetzgeber sieht weitere Ausnahmen vor. Natürlich gibt es dann erst recht weniger Spielräume für Beitragssatzsenkungen.

**SV Dr. Pekka Helstelä** (AOK-Bundesverband): Die konkrete Höhe der Liquiditätsengpässe kann ich am Beispiel der AOK beziffern. Auf einzelne AOK'n entfallen Beträge im dreistelligen Millionenbereich, die in einem Zeitraum von 10 Tagen zwischenfinanziert werden müssen. Für die AOK insgesamt ist der erwartete Liquiditätsengpass nach gegenwärtigen Zahlen auf 1 Mrd. Euro zu schätzen. Die von Herrn Voß vorgetragene Zinsbelastungen ergeben sich daraus, dass es sich hier um folgende Betrachtung handelt: 10 Tage bezogen auf 365 Tage im Jahr bei den gegenwärtigen Zinssätzen. Dadurch ergeben sich die genannten Größenordnungen und der Liquiditätsengpass von ca. 1 Mrd. Euro für die AOK insgesamt, so dass bei einzelnen AOK'n mit größerer Wahrscheinlichkeit Kreditrahmen überschritten werden.

Abg. **Andreas Storm** (CDU/CSU): Ich habe zwei Nachfragen zu dem gleichen Themenkomplex, zunächst an den VDR zu den Alternativberechnungen: Bei dem Presseseminar ist ein Szenario dargestellt worden für den Fall, dass die beitragspflichtige Lohnsumme nicht wächst. Dieses Szenario ist deswegen nicht so ganz unwahrscheinlich, weil der Einbruch der Beitragseinnahmen im Oktober, November sogar eine noch schlechtere Entwicklung nahe legen würde. Wie hoch wäre im Fall einer stagnierenden beitragspflichtigen Lohnsumme am Jahresende 2005 die Schwankungsreserve? Zu welchem Zeitpunkt müsste bereits über vorgezogene Bundesmittel entschieden werden? Wie hoch wäre zum kritischen Zeitpunkt Anfang Dezember der Finanzbedarf, der entstehen würde?

An die Spitzenverbände der Krankenkassen geht eine Frage im Hinblick auf das Liquiditätspotential, das offenbar deutlich über 600 Mio. Euro hinausgehen kann: Inwieweit würde eine solche Veränderung des Finanzierungsmodus für den RSA Auswirkungen haben auf die Beitragssatzkalkulation der gesetzlichen Krankenkassen im kommenden Jahr?

**SV Dr. Axel Reimann** (VDR): Zunächst zu Ihrer Einschätzung, ob die Beitragsrückgänge in diesem Jahr schon tatsächlich eine Schlussfolgerung für die Entwicklung im nächsten Jahr zulassen: Auf Grund des so genannten ver.di-Effektes, d. h., eine Möglichkeit der Verschiebung der Lohnauszahlung und Weihnachtsgeldauszahlung von Mitte des Monats auf Ende des Monats, wie sie im letzten Jahr schon statt finden konnte, aber wohl verstärkt in diesem Jahr stattgefunden hat, können wir über den Gesamteffekt im laufenden Jahr, zum gegenwärtigen Zeitpunkt nichts sagen. Es ist möglich, dass die großen Rückgänge, die wir im letzten Monat bei den Beiträgen verzeichnet haben, im laufenden Monat im Wesentlichen aufgeholt werden und sich damit die Einschätzung zumindestens für das laufende Jahr so bestätigt, wie das im Oktober vorgenommen wurde.

Nun zu Ihrer Frage, was passiert, wenn im nächsten Jahr in Bezug auf die beitragspflichtigen Lohnsummen nichts passiert und wir auch im zweiten Jahr eine Stagnation zu ver-

zeichnen hätten: In diesem Fall läge die Schwankungsreserve zum Jahresende nur noch bei 0,09 Monatsausgaben anstelle der vom Gesetz geforderten 0,2 Monatsausgaben. Das heißt, es gäbe eine Vorbelastung, die dann im kommenden Jahr zusätzlich ausgeglichen werden müsste. Nach unseren Berechnungen würde das für den Beitragssatz für das Folgejahr eine Anhebung auf 19,7 % bedeuten.

Hinsichtlich der Folgen für die unterjährige Liquidität, die sich bei einem solchen Szenario ergäben, würde das bedeuten, dass bereits zum Rentenzahltermin – also Ende November für die Dezemberrenten – Liquiditätshilfe des Bundes in Anspruch genommen werden müsste. Hier würde eine reine Verschiebung des RSA-Auszahlungstermins nicht mehr ausreichen, weil die Finanzlücke deutlich größer würde. Wir haben errechnet, dass zum Zeitpunkt des RSA-Termins im Dezember eine Finanzlücke von über 2 Mrd. Euro zu verzeichnen wäre. Da zu diesem Zeitpunkt aber insgesamt nur ein Zahlungsvolumen von 1,5 Mrd. Euro über den RSA und die Pflegeversicherung über eine Größenordnung abgewickelt wird, würde eine Verschiebung diese Lücke nicht schließen können.

**SV Klaus-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): Die Betroffenheit der Krankenversicherungsträger ist unterschiedlich. Herr Dr. Helstelä hat Beispiele aus dem Bereich der Ortskrankenkassen erwähnt. Generell ist zu sagen, dass bei den Betriebskrankenkassen ca. 100 Kassen Entschuldungspläne haben. Da ist die Kreditlinie voll ausgeschöpft. Spielräume, um weitere Kreditierungen abfedern zu können – beispielsweise durch den Vorgang des Verschiebens der RSA-Zahlungen –, sind nicht möglich, wenn die Kreditlinie für diese Kassen nicht erhöht wird und sie per Gesetz zu einer Anpassung der Beiträge gezwungen werden. Ob die Kassen das tun oder sich anderweitig behelfen, weiß ich nicht.

**SV Dr. Pekka Helstelä** (AOK-Bundesverband): Ich nehme wiederum das Beispiel der AOK. Es gibt in der Tat Krankenkassen, die am Kreditlimit angelangt sind. Es ist nicht zwingend zu erwarten, dass die Einführung eines solchen „Verschiebebahnhofes“ die Kassen dazu zwingen würde, ihre Beitragssätze zu erhöhen. In jedem Fall wird sie aber

zu einer sehr viel genaueren Beurteilung von Beitragssatzsenkungsspielräumen führen müssen. Die Kasse muss zunächst sehen, dass sie ihre finanzielle Stabilität und ihre Liquidität sichert. Das kann sie nur sicherstellen, indem sie ggf. mögliche Beitragssatzsenkungen zurückstellt, um zunächst die Kredite abzubauen, um dadurch wiederum einen größeren Spielraum für Kassenstärkungskredite zu erhalten.

**Abg. Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Nachfrage an Herrn Voß: Sie haben gerade gesagt, wenn die Kasse ihren Spielraum erschöpft hat, müsste entweder die Kreditlinie erweitert werden oder die Kasse müsste die Beiträge erhöhen. Andernfalls müssten sich die Kassen anderweitig behelfen. Was verstehen Sie in diesem Zusammenhang unter anderweitig behelfen?

**SV Klaus-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): Wir haben erlebt, dass die Verschuldung der Krankenkassen auch durch Zutaten entstanden ist, die von der Rechtsordnung nicht gedeckt waren. Wenn die Kreditlinie ausgeschöpft ist, die Kasse bereits am Limit fährt, weitere Belastungen auf sie zu kommen und Absenkungspotentiale nicht bestehen, bleibt nach dem Gesetz nur die Möglichkeit, den Beitragssatz anzuheben. Ob die Kassen dies immer tun, weiß ich nicht. Wie ich gehört habe, ignorieren Kassen zuweilen eingehende Rechnungen und beschaffen sich so auf anderem Wege die Liquidität. Dies ist aber von der Rechtsordnung nicht vorgesehen, und wir wollen es auch im Grunde nicht. Das hat in der Krankenversicherung zu der Situation geführt, in der wir uns nun leider befinden.

**Abg. Verena Butalikakis** (CDU/CSU): Ich springe jetzt zu dem Bereich des SGB XI, und zwar zu dem durch die Änderungsanträge vorgegebenen Artikel 9a und frage die Spitzenverbände der Krankenkassen/Pflegekassen, die kommunalen Spitzenverbände und die Arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe: Mit welcher finanziellen Belastung der GKV ist bei einer Übernahme der Kosten für die medizinische Behandlungspflege in Heimen zu rechnen? Welche Entlastung der Pflegeversicherung ist auf der anderen Seite damit verbunden? In welchem Umfang werden

Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger entlastet?

SV **Klaus-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): Diese Position macht in der GKV etwa 1 Mrd. Euro pro Jahr aus. Ganz genaue Zahlen haben wir nicht, Um diesen Faktor wird die soziale Pflegeversicherung entlastet, die Krankenversicherung belastet. Es kann natürlich sein, dass durch Ketteneffekte auch die Sozialhilfe partiell belastet würde, weil hier für die Pflegebedürftigen Freiräume entstehen. Das Volumen für die medizinische Behandlungspflege beträgt etwa 1 Mrd. Euro.

SV'e **Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Ich kann Ihnen leider aus dem Stand keine konkreten Zahlen nennen und müsste sie nachliefern. Ich habe zur Kenntnis genommen, was hier vorgebracht worden ist.

SV **Bernd Finke** (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BA-GüS)): Wir haben auch keine konkreten Berechnungen angestellt, zumal Anfang des Jahres erklärt worden ist, dass die Reform des Pflegeversicherungsgesetzes vorerst nicht kommen soll. Wir sehen es sehr kritisch, dass die Umsetzung soweit herausgezögert wird. Es ist überfällig, dass die Behandlungspflege wieder dort zugeordnet wird, wo sie hingehört. Wir sehen darin letztlich auch eine Möglichkeit der Weiterentwicklung der Pflege. Angesichts der wirklich dramatischen Finanzsituation der überörtlichen Träger der Sozialhilfe wäre das für uns ein Ventil, um in der Pflege dort, wo es nötig ist, etwas weiter zu entwickeln. Das haben wir immer als Chance gesehen und bedauern deshalb, dass die Reform derartig verzögert wird.

Abg. **Andreas Storm** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen zu den RSA-Zahlterminen. Gehe ich recht in der Annahme, dass das bei den Berechnungen des Schätzerkreises im Bereich der GKV bislang noch nicht berücksichtigt worden ist? Wenn man davon ausginge, dass die ange deuteten faktisch illegalen Möglichkeiten der Liquiditätsbeschaffung nicht genutzt werden: Welchen Beitragssatzeffekt hätte die geplante

Neuregelung im Durchschnitt im Bereich der GKV?

SV **Dr. Pekka Helstelä** (AOK-Bundesverband): Der GKV-Schätzerkreis hat sich, meines Wissens nach, mit dieser Frage nicht beschäftigt. Nach meiner Einschätzung würde sich das auf den dort zu ermittelnden Ausgleichsbedarfssatz – aus dem sich dann ein durchschnittlicher Beitragssatz hochrechnen ließe – nicht auswirken, denn die finanziellen Auswirkungen beschränken sich auf die Zinsbelastungen, die daraus erwachsen. Die vorher angesprochenen Probleme mit den Kreditspielräumen haben andere Hintergründe. Sie wirken sich nicht auf den durchschnittlichen GKV-Beitragssatz im Rahmen des Berechnungsweges aus, den der Schätzerkreis vornimmt, können aber sehr wohl die Beitragssatzstrategien der einzelnen Krankenkassen beeinflussen, ohne dass der Schätzerkreis hierauf rechnerisch Rücksicht nehmen müsste.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Ich komme zum Themenbereich der Eigeneinrichtungen der Bundesknappschaft: Sie fordern eine Anpassung der medizinischen Strukturen bei Eigeneinrichtungen der Kassen. Welche Gründe und welche Motive stehen hinter dieser Forderung? Welche Mindestanforderungen müssen nach Ihrer Ansicht erfüllt sein, um Ihren Bedürfnissen gerecht zu werden?

Weiterhin interessiert mich die Sicht eines Vertreters einer anderen Kassenart: Wird mit dem Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen ein systematischer Wettbewerbsvorteil für eine einzelne Kassenart geschaffen?

Eine Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung: Welche Folgen hätte diese Regelung für die ambulante Versorgung und für die Freiberuflichkeit des Arztberufes, wenn Kassen mit ihren eigenen Einrichtungen Verträge über integrierte Versorgung schließen würden oder sogar eigene Einrichtungen wie medizinische Versorgungszentren gründen dürften?

SV **Dr. Georg Greve** (Bundesknappschaft (Bkn)): Es ist für die Eigeneinrichtungen von enormer Wichtigkeit, dass sie sich weiterentwickeln, die Struktur an die medizinische und demographische Entwicklung anpassen können

und sie im Wettbewerb mit anderen Trägern die gleichen Möglichkeiten haben wie z. B. kommunale, private oder kirchliche Einrichtungen. In diesem Bereich besteht ein kurzfristiger Handlungsbedarf, weil z. Zt. viele Bundesländer ihre Krankenhausplanung überarbeiten und die Eigeneinrichtungen in die Lage versetzt werden müssen, die Strukturänderungen, die durch den Krankenhausplan vorgegeben werden, nachzuvollziehen. Es wäre aus unserer Sicht die Mindestanforderung, diesen kurzfristigen Handlungsbedarf nunmehr umzusetzen. Mittelfristig ist eher das Thema MVZ zu sehen: Viele Krankenhäuser werden diese Möglichkeit als Portal nutzen, um Patienten zu akquirieren, als Wettbewerbsmöglichkeit. Insofern ist hier mittelfristig auch eine entsprechende Regelung erforderlich.

**SV Klaus-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): Die Regelung des einzelnen Krankenversicherungsträgers betrifft nicht nur die Bundesknappschaft. Es gibt auch andere Kassen und Kassenarten, die Eigeneinrichtungen betreiben. Es kann schon zu einem Wettbewerbsvorteil werden für die Kassen, die Eigeneinrichtungen haben – und zwar in dem Fall auch mit der Weiterentwicklungsmöglichkeit, die hier diskutiert wird, beispielsweise die Einbeziehung in die integrierte Versorgung, Beteiligung oder Initiierung von medizinischen Versorgungszentren. Dies gilt insbesondere dann, wenn diese Netzwerke speziell für die Versicherten einer ganz bestimmten Kasse oder Kassenart geöffnet werden. Das geht dann zu Lasten der anderen Krankenversicherungsträger und ist unter Wettbewerbsgesichtspunkten ein Vorteil für die Kasse, die dieses betreibt. Das haben wir in unserer Stellungnahme zum Ausdruck gebracht. Wenn es andererseits Eigeneinrichtungen gibt, ist natürlich schwer vorstellbar, dass diese Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen und andere nicht an den Möglichkeiten einer fortschrittlichen Versorgung teilhaben sollen. Von daher sind wir in dieser Frage gespalten.

**Abg. Markus Kurth** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zunächst eine Frage an die BAG UB und an die BAGüS zum Bereich Integrationsfachdienste in § 104 SGB IX. Durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderung wurde die Strukturverantwortung von der BA auf die Länder übertragen. Es kam

zu Unsicherheiten und Unklarheiten. Jetzt gibt es meiner Kenntnis nach eine Vereinbarung zwischen der Bundesagentur und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen. Sind diese Unsicherheiten nach Ihrem Eindruck endgültig ausgeräumt? Wie stehen Sie zu den vom Bundesrat geforderten Änderungen des § 104 SGB IX und der „Rückübertragung“ dessen, was wir zuerst im Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung vorgenommen haben?

**SV Jörg Bungart** (Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung (BAG UB)): Die Grundsätze, die zwischen der BA und der BIH vereinbart worden sind, halten wir für einen wichtigen Schritt. Dennoch bleibt eine Reihe von Unklarheiten bestehen. Das hängt zum einen damit zusammen, dass diese Grundsätze noch nicht überall bei den Agenturen für Arbeit angekommen sind. Aus unserer Sicht fehlen auch konkrete Handlungsanweisungen für die Agenturen, so dass die Agenturen sich verpflichtet fühlen, hier entsprechende Vereinbarungen abzuschließen.

Es besteht noch eine Reihe von Unsicherheiten. Dies wird daran erkennbar, dass die Verträge mit den Integrationsfachdiensten erst vor kurzem verabschiedet und geschlossen wurden. Diese Verträge werden in der Regel nur für ein Jahr abgeschlossen. Man spricht von so genannten Übergangsregelungen. Das zeigt, dass noch eine große Unsicherheit besteht, wie die Finanzierung und Beauftragung der IFD über 2005 hinaus aussehen soll. Wir wissen z. Zt. noch nicht, wie die Ressourcen aussehen, um den Übergang aus den Werkstätten in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu beauftragen. Wir wissen nicht, wie die Ressourcen bei der Berufsberatung und Berufsorientierung bzw. wie die Unterstützung der BA in diesem Bereich aussieht. Offen sind weitgehend die Unterstützung von ALG II-Empfängern sowie die Ressourcen für die betriebliche Ausbildung und Unterstützung für lernbehinderte Jugendliche.

Die Agenturen sagen z. Zt., sie könnten allein auf der Basis der Grundsätze noch keine Kontingente in den einzelnen Arbeitsamtsbezirken vereinbaren. Dazu liegen uns einzelne Äußerungen aus den Agenturen vor. Ich kann das nicht flächendeckend behaupten. Somit ist es relativ schwierig, die Verträge so auszugestalten, dass entsprechende personelle Ressourcen

und Sachmittel vorliegen. Wir haben feststellen müssen, dass durch die Herausnahme der BA aus § 111 SGB IX in der Vergangenheit eine erhebliche Unsicherheit bestand, inwieweit die BA noch in der Beauftragung involviert ist. Das ist durch die Grundsätze teilweise und durch andere Äußerungen der BA die sich nach wie vor verpflichtet fühlt, deutlich gemacht worden. Wir plädieren nach wie vor dafür, § 104 SGB IX wieder dahingehend zu konkretisieren, dass die BA weiterhin in der Beauftragung bleiben muss. Es fehlen momentan bezüglich der ALG II-Empfänger verlässliche Aussagen der Kommunen, weil ca. 50 % bis 80% der Arbeitslosen, die in der Vergangenheit unterstützt worden sind, potentielle ALG II-Empfänger sein werden.

Wir sehen ein großes Problem bei der Zielgruppe des § 109 SGB IX, vor allem bei Schülern und Werkstattbeschäftigten: Wenn Sie sich die Zugangszahlen bei den Integrationsfachdiensten ansehen, liegen beide Bereiche bei 0,2 %. Das ist sicherlich nicht das, was man sich ursprünglich vorgestellt hat. Wir erhalten Rückmeldungen von vielen Eltern, die sich von der gesetzlichen Regelung und Verbesserungen, die in der Vergangenheit gemacht worden sind, grundsätzlich mehr erwartet haben. Hier können wir bei den Eltern von behinderten Kindern eine große Enttäuschung feststellen.

In den Grundsätzen sind weiterhin die Vermittlungsgutscheine geregelt. Eine Studie des IAB besagt, dass der Vermittlungsgutschein gerade für Menschen mit besonderen Vermittlungshemmnissen nur sehr rudimentär angenommen wird. Das muss sich beweisen. Hier sehen wir eine weitere Unsicherheit. Der Vermittlungsgutschein ist aus unserer Sicht nur sinnvoll, wenn eine gewisse Sockelfinanzierung vorhanden ist.

Hinsichtlich des Vorschlags des Bundesrates zur Rückübertragung finden wir, dass § 104 SGB IX entsprechend ergänzt werden müsste, so dass ganz klar die beauftragende BA im Gesetz genannt wird.

**SV Bernd Finke (BAGüS):** Ich kann dazu nichts sagen. Das betrifft nicht die Sozialhilfe, sondern nur die Integrationsämter, die heute nicht anwesend sind. Ich kann lediglich bestätigen, was mein Vorredner gesagt hat: Hin-

sichtlich der Übergangswerkstätten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und die Einbindung der Integrationsfachdienste gibt es erhebliche Defizite und Verbesserungen sind notwendig.

**Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Ich habe eine Frage zur medizinischen Behandlungspflege an den bpa. Wie sehen Sie eine Fristverlängerung der Behandlungspflege bis zum 1. Juli 2007?

**SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)):** Es ist insbesondere dadurch schwierig, dass wir in den Verträgen Regelungen bis zum Jahresende haben und eine Anschlussregelung bisher nicht erfolgt ist. Das bringt unnötige Verunsicherung auf allen Seiten. Wir hoffen, dass alle das duldsam ertragen und niemand klagt. Andernfalls haben wir ein heilloses Durcheinander. Die Zuordnung der Behandlungspflege ist im Moment nicht sachgerecht. Sie gehört eigentlich in die Krankenversicherung. Würde dies jedoch im Moment so geregelt, gäbe es wohl Chaos. Deshalb plädieren wir bei einer Verlängerung dafür, dass Regelungen eingeführt werden, mit denen erprobt werden kann, wie eine derartige Regelung aussehen könnte.

Es stellt sich die Frage, ob wie in der ambulanten Versorgung verfahren werden soll, wo der Arzt etwas verordnet, dies anschließend genehmigt oder abgelehnt werden muss, Widersprüche erfolgen können – im Pflegeheim hat man nicht die Möglichkeit zu versorgen oder nicht zu versorgen. Wir müssen immer in der Gesamtverantwortung bleiben. Deshalb plädieren wir dafür, Erprobungsregelungen aufzunehmen, nach denen man ein Abrechnungsverfahren ausprobiert und prüft, wie das sein könnte im Bezug zur Krankenversicherung. Dies würde auch die Möglichkeit eröffnen, im Modellprogramm zu erproben, wie das mit der integrierten Versorgung funktionieren könnte, um bei einer Zuordnung zur Krankenversicherung im Jahr 2007 Erkenntnisse darüber zu haben, wie das reibungslos funktionieren kann.

**Abg. Markus Kurth (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Ich habe eine Frage an die BAGH und den Paritätischen Wohlfahrtsverband zum persönlichen Budget in § 17 SGB IX. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Aufgaben des



zuerst angegangenen Leistungsträgers auf andere Leistungsträger übertragen werden können. Erläutern Sie doch bitte, in welchen Fällen eine solche Übertragung Sinn macht und ob die Gefahr besteht, dass die Zuständigkeitsfrage für die Budgetnehmer unsicherer wird. Soweit ich es wahrgenommen habe, unterstützen Sie die vorgesehene Streichung des Begriffs „regiefähige Leistung“. Hier wäre eine Erläuterung sinnvoll, welche Unklarheiten dieser Begriff Ihrer Meinung nach beinhaltet.

**SV Klaus Lachwitz (BAGH):** Das persönliche Budget ist ein echtes Novum, und wir müssen alle gemeinsam Erfahrung damit sammeln. Es soll die Selbstbestimmungsrechte der behinderten Menschen stärken. Dazu zählt, dass die Verfahrensabläufe möglichst einfach gestaltet sind und verhindert wird, dass jetzt Zuständigkeitsstreitigkeiten ausgetragen werden. Insofern meinen wir, dass derjenige handeln sollte, der nicht nur zuerst angegangen wird, sondern der in irgendeiner Form an dem persönlichen Budget beteiligt ist. Wenn sich herausstellt, dass jemand angegangen wird, der letztlich mit der Finanzierung des Budgets nichts zu tun hat, sind wir für eine möglichst schnelle Weitergabe an den Träger, der das Budget überwiegend ausführen muss. Das sollte im Gesetz klargestellt werden. Allerdings muss diese Übertragung unseres Erachtens mit Zustimmung des Budgetnehmers erfolgen.

Was den Begriff der Regiefähigkeit betrifft, ist vorgesehen, dass die Bundesregierung Änderungen vornehmen möchte, um das Budget möglichst in allen Feldern zum Einsatz zu bringen und nicht durch künstliche Begriffe zu limitieren. Was im Einzelnen regiefähig ist, ist umstritten. Deshalb sind wir der Meinung, diesen Begriff zu streichen und lediglich darauf abzustellen, welche Leistungen der Budgetnehmer begehrt.

**SV Werner Hesse (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e.V. (DPWV)):** Der Bürger hat einen Anspruch darauf, klar zu wissen, wer zuständig ist. Hierfür leistet das SGB IX einen Beitrag. Es kann aber sein, dass in der dauerhaften Bedienung eines Versicherten oder Leistungsberechtigten nicht die optimale Konstellation besteht, insbesondere wenn mehrere Sozialleistungsträger im Spiel sind. Das kann sich aufgrund der Sachnähe, der Personennähe,

der Ortsnähe und anderer Träger anbieten. Von daher ist es vernünftig, in diesem Fall zu einer anderen Zuständigkeitsregelung zu kommen. Dieses darf aber in einem Rechtsstaat nicht über den Kopf des Betroffenen hinweg geschehen. Deswegen ist es erforderlich, dass dieses mit seiner Zustimmung erfolgt.

Dass der Begriff „regiefähig“ herausgenommen wird, finden wir richtig. Wenn das persönliche Budget tatsächlich eine möglichst große Autonomie des Berechtigten erreichen will, dann muss das Spektrum der eingezogenen Leistungen so groß wie möglich gefasst sein. Das man im Einzelfall sehen muss, ob das vollständig möglich ist, ist eine andere Frage, aber es gibt keinen absoluten Anspruch darauf, dass alles einbezogen wird. Insbesondere die Sozialversicherungsträger haben eine gewisse angeborene Neigung zur Bevormundung. In diesem Falle wäre ein unbestimmter Rechtsbegriff wie „regiefähig“ eher störend.

**Abg. Markus Kurth (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Ich habe eine Frage an den Verband der Verkehrsunternehmen zu den Erstattungsregelungen in § 145 SGB IX ff: Sie kritisieren insbesondere die geplanten Neuberechnungen bei der Erstattung der Fahrgeldausfälle durch Begleitpersonen von Menschen mit Behinderung und die Einführung des so genannten Selbstbehaltes, und zwar bei betriebsindividuellen Nachweisen der tatsächlichen Beförderungsleistungen, auch durch Dritte. Können Sie diese Kritik an den Selbstbehalten mit Zahlen belegen? Liegt die tatsächliche Beförderungsleistung von Begleitpersonen höher als mit der neuen Berechnungsformel abgebildet?

**SV Reiner Metz (Verband Deutscher Verkehrsunternehmen e.V. (VDV)):** Wir kritisieren in erster Linie die Gesamtwirkung des vorgeschlagenen Maßnahmenpaketes. Die begünstigten Schwerbehinderten sollen angesichts ihrer Mobilitätseinschränkung im Alter nicht zusätzlich belastet werden. Es gab den Plan, das ursprünglich zurückzuführen. Es darf deshalb zunächst nicht übersehen werden, dass der Staat sich der Verkehrsunternehmen bedient, um seiner Gemeinwohlverpflichtung nachzukommen. Wenn man die finanziellen Gesamtwirkungen und die sehr unterschiedlich auf die einzelnen Verkehrsunternehmen wirkenden Maßnahmen ansieht, liegen wir weit

über dem, was durch die politische Ziellinie von Koch/Steinbrück ins Auge gefasst wurde, nämlich 4 %, 8 % und 12 % in drei Stufen. Wir haben Reduzierungen im Bereich des Eisenbahnverkehrs zu verzeichnen. Diese liegen im Bereich von durchschnittlich 34 %. Im Bereich des allgemeinen ÖPNV mit Bussen und Bahnen liegen wir im Mittel bei einer Kürzung von 17 %. Das heißt, wir haben es nicht mit Koch/Steinbrück in Stufen zu tun, sondern mit Koch/Steinbrück plus X in einer Stufe.

Wir erkennen an, dass im Bereich des Öffentlichen Verkehrs die öffentlichen Kassen entlastet werden sollen. Wir halten aber die Gesamtwirkung dieser Maßnahmen für völlig unangemessen und plädieren dafür, nicht die einzelnen, sehr selektiv wirkenden Maßnahmen gegenüber dem Verkehrsunternehmen vorzunehmen, sondern – wie in anderen Bereichen auch – für eine stufenweise Kürzung wie im Koch/Steinbrück-Papier ursprünglich vorgesehen.

Ich werde anhand eines Beispiels erläutern, wie diese Kürzung im Bereich von Unternehmen wirkt. Wenn Sie z. B. heute als Unternehmen einen Anteil von 6 % individuell nachweisen, bekommt ein Unternehmen, das bisher 2,5 Mio. Euro Erstattungsleistungen bekommen hat, künftig nur noch 2,2 Mio. Euro. Das sind ungefähr 16 % weniger. Das bleibt gleich, auch wenn die Zählung individuell höhere Werte ergeben würde. Wenn man nicht individuell zählt, sondern mit dem Landesprozentsatz, kommt es bei dem Kürzungsvolumen – bezogen auf dasselbe Beispiel – zu Reduzierungen von ca. 550 000,- Euro. Dabei muss hinzugerechnet werden, dass durch die im Mai beschlossene Änderung weitere 9 % reduziert wurden. Das sind 34 % weniger als bisher.

Die beiden Möglichkeiten, die die Verkehrsunternehmen haben – entweder den Pauschalsatz zu nehmen oder individuell zu zählen – sollten weiterhin bestehen bleiben. So wie das Maßnahmebündel geschnürt ist, würden aber diejenigen besonders belastet, die nicht individuell zählen, sondern den Pauschalwert zur Grundlage ihrer Berechnung machen. Demnach herrscht eine sehr starke Ungleichbehandlung als zwingende Folge dieser Regulierung. Deswegen regen wir dringend an, von einzelnen „Verschlimmbesserungen“ abzusehen und es bei den Koch/Steinbrück'schen-Kürzungen zu belassen.

Abg. **Markus Kurth** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die BDA zur maschinellen Übertragung: Halten Sie die Datenübertragung auf Grund zusätzlicher Kosten für kleine Unternehmen für möglich? Der DPVV regt an, für Vereine und Betriebe unter fünf Beschäftigten, eine Ausnahme zuzulassen.

SV'e **Kludia Buddemeier** (BDA): Wenn Sie die kleinen Unternehmen zur elektronischen Meldung verpflichten, verpflichten sie diese, sich Computer und einen Internetzugang zuzulegen. Es gibt viele kleine Unternehmen, die die Abrechnung heute noch manuell machen. Diese Unternehmen verpflichten Sie, die Abrechnung im Internet zu machen. Da Sie wahrscheinlich für Privathaushalte Ausnahmen schaffen werden, halten wir es für erforderlich, dass es diese Möglichkeit auch für kleine Unternehmen gibt.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte den Verband Deutscher Verkehrsunternehmen, die BAGH und die kommunalen Spitzenverbände fragen: Welche Maßnahmen erwarten Sie, um den drohenden Einnahmeverlust der Verkehrsbetriebe auf Grund des geänderten § 148 SGB IX auszugleichen?

SV **Reiner Metz** (VDV): Wenn es bei diesem Maßnahmebündel bliebe, insbesondere bei der Kürzung ‚auf ein Schlag‘ und in einer Größenordnung, die nicht mit einfachen Maßnahmen im Tarifbereich ausgeglichen werden können, müssen wir natürlich grundsätzlich zwei Dinge bedenken: Zum einen ist uns die Kundengruppe der schwerbehinderten Menschen sehr wichtig, weil wir im letzten Jahr eine ganze Menge an Verbesserungen der Barrierefreiheit im ÖPNV erreicht haben. Wir leiden in dem Bereich unter Kürzungen von Investitionsmitteln. Gleichwohl ist es uns unter dem Gesichtspunkt der demographischen Entwicklung sehr wichtig, an der Barrierefreiheit festzuhalten. Wenn die Ausgleichs- und Erstattungsbeiträge für diese Kundengruppe deutlich und mit einem Schlag reduziert werden, haben wir geringere Möglichkeiten, gerade in diesem Bereich verstärkt etwas zu tun. Wir würden damit einen qualitativen Rückschritt im Bereich der Barrierefreiheit erleben, wenn man

hier nicht mit einer etwas moderateren Lösung gegensteuert – wie es die beiden Ministerpräsidenten Koch/Steinbrück, angekündigt haben – und Kürzungen vornimmt, die uns auch Schwierigkeiten machen würden, die aber nicht derart nachhaltige Wirkungen hätten. Wir hätten große Probleme, laufende Nachrüstungsprogramme im Bereich der Barrierefreiheit in dem Umfang weiter zu betreiben und würden das eigentlich Erklärte sozial- und verkehrspolitische Ziel einer Verbesserung der Barrierefreiheit deutlich konterkarieren

**SV Klaus Lachwitz** (BAGH): Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass es gelungen ist, die Einschränkungen abzuwenden, die zunächst im öffentlichen Nahverkehr vorgesehen waren zu Lasten behinderter Menschen. Das ist auf verstärkte politische Initiativen der Behindertenverbände zurückzuführen. Wir können nachvollziehen, dass jetzt Probleme der Finanzierung auftreten. An dieser Stelle schließen wir uns ausdrücklich dem eben gemachten Vorschlag an, nach moderaten Lösungen zu suchen.

**SV'e Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Wir schließen uns dem an, was der VDV vorgetragen hat. Es gibt nicht viele Möglichkeiten, um Defizite aufzufangen, die durch die ausbleibenden Ausgleichs entstehen. Preiserhöhungen, Angebotseinschränkungen und das Einstellen von Nachrüstungen sind nur beschränkt möglich. Wir befürchten, dass durch die jetzt im SGB IX vorgesehene Regelung am Ende die behinderten Menschen das Nachsehen haben werden.

**Abg. Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte die Spitzenverbände der Krankenkassen und die BDA betreffend Familienangehörige, die in Familienbetrieben mitarbeiten, fragen: Soll ab 1. Januar 2005 vorab die Angestellteigenschaft geprüft werden? Wie sehen Sie die beabsichtigte Einschränkung des zu überprüfenden Personenkreises? Wäre nicht eine leistungsrechtliche Bindung der Bundesagentur für Arbeit an die Entscheidung der Einzugsstellen besser?

Sollte nicht auch für die bisher schon mitarbeitenden Familienangehörigen Rechtssicherheit geschaffen werden?

**SV Klaus-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): Es wäre wünschenswert, wenn die Einzugsstelle diese Entscheidung mit verbindlicher Wirkung für alle anderen am Gesamtsozialversicherungsbeitrag beteiligten Träger treffen würde, damit direkt zu Beginn der Beschäftigung Klarheit geschaffen wird, ob Ansprüche bestehen oder nicht. Dies würde den jetzt herrschenden Zustand beenden, wo Ansprüche in Frage gestellt werden, weil fragliche Versicherungsverhältnisse vorliegen. Das wäre eine Lösung, die im Interesse Betroffener begrüßenswert wäre.

**SV Dr. Stefan Hoehl** (BDA): Wir würden es ebenfalls begrüßen, wenn die Bundesagentur für Arbeit leistungsrechtlich an die einmal erfolgte Feststellung der Beschäftigteneigenschaft gebunden wäre. Die Gesetzesänderung, die jetzt durchgeführt und noch vor Inkrafttreten novelliert werden soll, ist durch den rechtsunsicheren Zustand erforderlich geworden. Es kann nicht sein, dass nach u. U. jahre- oder jahrzehntelanger Beitragszahlung am Ende die Beschäftigteneigenschaft durch die Bundesagentur abgelehnt wird und Personen, die Beitragszahler waren, auf einmal erfahren müssen, dass sie in der Arbeitslosenversicherung keinen Schutz genießen. Es ist ein sehr berechtigtes Anliegen, für den Beitragszahler Rechtssicherheit herbeizuführen.

Aus Sicht der BDA muss das allerdings auf einem möglichst verwaltungseinfachen Weg – sowohl für die Verwaltung als auch für die Arbeitgeber – ins Werk gesetzt werden können. Dazu wäre aus unserer Sicht eine leistungsrechtliche Bindung der Bundesagentur an eine Feststellung der Beschäftigteneigenschaft durch irgendeine Behörde, die das materielle getan hat, der richtige Weg. Vor dem Hintergrund der Verwaltungsvereinfachung begrüßen wir die erwogene Rücknahme der erweiterten Meldetatbestände durch Streichung des Verwandtenmerkmals.

**Abg. Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte an den Bundesverband der Betriebskrankenkassen eine Frage zu Eigeneinrichtun-

gen der gesetzlichen Krankenkassen stellen: Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass diese Eigeneinrichtungen der gesetzlichen Krankenkassen künftig Gründer von medizinischen Versorgungszentren nach § 95 sein können. Ist Ihnen bekannt, wie viele solcher Einrichtungen es bei den unterschiedlichen Kassenarten schon gibt? Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme?

**SV Klaus-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): Einen vollständigen Überblick über die Einrichtungen in der Krankenversicherung habe ich nicht. Im Bereich der Betriebskrankenkassen weiß ich von einem Krankenhaus der Krankenkasse BKK Hösch. Es gibt viele Träger aller Kassenarten, die Rehaeinrichtungen bzw. Vorsorgeeinrichtung betreiben. Im Sinne einer Weiterentwicklung der Versorger ist eine optimierende Versorgung im Grunde wünschenswert, wenn die Einrichtung, die an einer medizinischen Versorgung teilnimmt, auch an der Innovation teilnehmen könnte dergestalt, dass medizinische Versorgungszentren unter ihrer Beteiligung etabliert werden könnten oder auch eine integrierte Versorgung betrieben werden könnte.

Wie bereits erwähnt ist das natürlich wettbewerblich innerhalb der Krankenversicherung in dem Maße problematisch, in dem bestimmte Träger – insbesondere die Bundesknappschaft –, in einem sehr hohen Umfang über eigene Einrichtungen verfügen, von diesen neuen vertragsrechtlichen Möglichkeiten Gebrauch machen. Wenn dies geschieht und exklusiv für ihre Mitglieder gestaltet wird, können dadurch Wettbewerbsnachteile für die anderen Kassenarten im Wettbewerb entstehen. Unter Berücksichtigung des durch den Risikostrukturausgleich hochsubventionierten Beitragssatzes der Bundesknappschaft ergeben sich Marktbedingungen und Wirkungen, die für die anderen Kassenarten schwierig sind.

Grundsätzlich stellt sich die Frage: Wenn der Gesetzgeber die Eigeneinrichtungen der Krankenversicherung als Auslaufmodell sieht, jetzt aber diskutiert, diese Einrichtungen doch um neuere Versorgungsformen aufzurüsten, müsste konsequenterweise diskutiert werden, ob nicht die abgeschaffte Möglichkeit der Bildung neuer Eigeneinrichtungen erneut diskutiert und allen Trägern die Möglichkeit gegeben werden müsste, wieder Eigeneinrichtungen zu schaf-

fen. Dies wäre ein Korrektiv für die vertragliche Versorgung, die sonst über diesen Weg organisiert ist, um hier wieder eine Wettbewerbsgleichheit zu schaffen. Lösungen dieser Art bei einem Auslaufmuster bereiten schon im Vollzug und auch in der Perspektive der Einrichtung aber auch den anderen Beteiligten gewisse Probleme und Schwierigkeiten.

**Abg. Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte die BDA und die Bundesagentur für Arbeit zum Thema Insolvenzgeld fragen, wie Sie die finanziellen Belastungen für Unternehmen mit den Neuregelungen sehen. Zusätzlich eine Frage an die BDA: Glauben Sie, dass es zu einer Steigerung der Insolvenzgeldumlage vieler Unternehmen kommen könnte?

**SV Dr. Stefan Hoehl** (BDA): Die jetzt mit dem Verwaltungsvereinfachungsgesetz vorgeschlagene Novellierung des § 22 SGB IV, die zu einer Erhöhung der von der Bundesagentur abzuführenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge bei der Zahlung von Insolvenzgeld führen würde, lehnen wir ab. Nach Berechnungen der BA, die auch in der vorliegenden Stellungnahme der BA enthalten sind, würde es zu einer geschätzten Mehrbelastung dieser allein arbeitgeberfinanzierten Leistung Insolvenzgeld von etwa 55 Mio. Euro kommen. Im Gegenteil ist der Gesetzgeber aufgefordert, die Gesamtbelastung der Unternehmen mit der Insolvenzgeldumlage, die im letzten Jahr 1,7 Mrd. Euro und davor 1,9 Mrd. Euro im Jahr betragen hat, nachhaltig zu senken. Insbesondere das so genannte vorfinanzierte Insolvenzgeld, das dem Erhalt von Arbeitsplätzen dient, muss anderweitig finanziert werden, aber nicht durch eine allein unternehmensfinanzierte Insolvenzgeldumlage.

**SV Michael Schweiger** (Bundesagentur für Arbeit (BA)): Herr Dr. Hoehl hat eben den Betrag genannt, der nach unseren Berechnungen schätzungsweise in Höhe von jährlichen Mehrausgaben von 55 Mio. Euro anfallen würde. Diese Rechtsänderung dürfte auch zu nicht unerheblichen Mehrausgaben für die Arbeitgeber durch entsprechende Erhöhung der Umlage führen. Die Bestrebung zur Senkung der Lohnnebenkosten wird aus Sicht der Insolvenzgeldversicherung nicht befürwortet, dies auch vor dem Hintergrund, dass nach den Ge-

setzesmaterialien die Konkursausfallversicherung, jetzt Insolvenzgeldversicherung, in erster Linie zu Gunsten der Arbeitnehmer und nicht der Einzugsstellen eingeführt wurde.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe zum Thema elektronische Gesundheitskarte drei Fragen an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie die Notwendigkeit eines Lichtbildes für die Versicherten bestreiten? Könnten Sie das begründen, wenn es der Fall ist? Wie stehen Sie zu der Möglichkeit, dass die elektronische Gesundheitskarte auch bei einem Kassenwechsel weiterhin genutzt werden könnte? Wie sieht bei einem Kassenwechsel Ihres Erachtens nach die optimale Lösung für den Versicherten aus?

SV **Dr. Pekka Helstelä** (AOK-Bundesverband): Zum zweiten Teil Ihrer Frage habe ich eben bereits Stellung genommen: Wir beurteilen die weitere Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte nach einem Kassenwechsel sehr skeptisch.

Hinsichtlich des von uns in Zweifel gezogenen Nutzens eines Lichtbildes zur Vermeidung missbräuchlicher Anwendung der Gesundheitskarte müssen wir feststellen, dass die hierdurch entstehenden Kosten aus unserer Sicht in keinem Verhältnis zu dem erwarteten Nutzen stehen. Aus dem gegenwärtigen Modellvorhaben wissen wir, dass die Aufbringung eines Lichtbildes pro Karte in etwa drei Euro kosten wird und deshalb einen erheblichen Betrag ausmacht. Demgegenüber ist der zu erwartende Schutz vor Missbrauch bereits dadurch eingeschränkt, dass die Ärzte sich dagegen sträuben, in diesem Zusammenhang als Polizei aufzutreten und an Hand eines Vergleiches von Lichtbild und Patienten hier einen Missbrauch zu unterbinden. Dies wäre bereits möglich, wenn bei neuen Patienten grundsätzlich nach einer Identifikation gefragt werden würde. Die Kooperationsbereitschaft der Ärzteschaft ist also aus durchaus nachvollziehbaren Gründen eingeschränkt. Die Qualität eines Lichtbildes kann es zudem fragwürdig erscheinen lassen, ob hier in jedem Falle eine eindeutige Identifikation erfolgen kann. Wir sehen den zu erwartenden Nutzen sehr eingengt. Die elektronische Gesundheitskarte kann aber sehr wohl dazu beitragen, dass ein Teil des Miss-

brauches begrenzt wird: Wenn eine Karte verloren geht oder gestohlen wird, kann sie bei einer elektronischen Karte ohne jeglichen Aufwand zeitnah gesperrt werden. Eine weitere missbräuchliche Nutzung dieser Karte wäre dann auch ohne Lichtbild ausgeschlossen.

SV **Klaus-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): Es ist vorgesehen, dass in Verbindung mit der Inanspruchnahme von Leistungen online per Karte generell eine Überprüfung erfolgt, so dass über diesen Weg Ansprüche bestätigt werden, wo Leistungsbezug zu Recht möglich ist. Bestehen sie nicht, ist eine Leistung ausgeschlossen, so dass wir auch aus diesem Grund die teure Lichtbildvariante nicht benötigen.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Wenn wir bei der elektronischen Gesundheitskarte sind, möchte ich die Spitzenverbände der Krankenkassen fragen: Die Psychotherapeuten sind z. B. nicht bei der Entwicklung und Implementierung dieser elektronischen Versichertenkarte eingebunden. Wie stehen Sie dazu? Sehen Sie vielleicht sogar Bedarf und Notwendigkeit, noch weitere Verbände bei der Entwicklung und Implementierung einzubinden?

SV **Klaus-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): Die Psychotherapeuten sind eingebunden und zwar über einen Beirat, dem auch beispielsweise der Bund, die Länder, die Vertreterinnen und Vertreter der Patienten, die Wissenschaft und die Wirtschaftsverbände angehören. Dort können sich auch die Psychotherapeuten einbringen und auf Gestaltungsmöglichkeiten einwirken. Sie sind nicht als Gesellschafter am Betreiber „Protego.net“ vorgesehen. Dazu gehören im Wesentlichen die Spitzenverbände der Krankenkassen, KBV, KZBV, DKG und ABDA als diejenigen, die unmittelbar mit diesem Medium zu tun haben. Aber die Psychotherapeuten, wie auch andere Beteiligte, können über den Beirat ihre Anliegen einbringen und bei den Entscheidungsfindungen berücksichtigt werden.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Ich habe eine Frage an die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH) und an den DGB: Der Bundesrat fordert in seiner Stellungnahme zu § 17 Artikel 8 Nr. 3 SGB IX in seiner Stellung-

nahme zum Verwaltungsvereinfachungsgesetz, das persönliche Budget derart einzuschränken, dass lediglich ergänzende Nebenleistungen in ein trägerübergreifendes persönliches Budget einfließen können.

Sind Sie der Auffassung, dass es grundsätzlich möglich sein sollte, alle Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe im Rahmen eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets zu erbringen, oder sollten wir dem Vorschlag des Bundesrates folgen?

**SV Klaus Lachwitz (BAGH):** Die Antwort ist eindeutig: Hier sollten keine Einschränkungen vorgenommen werden, wenn es wirklich darum geht, das Selbstbestimmungsrecht behinderter Menschen im gesamten Sozialleistungsbereich einzuleiten. Wir sind von einer Sicherstellung noch weit entfernt und können nicht wieder beginnen, nach Haupt- und Nebenleistungen zu sortieren. Insofern plädieren wir ganz klar für eine umfassende Anwendung des persönlichen Budgets. Wir werden es bis 2007 erproben und alle gemeinsam Erfahrungen damit haben.

**SV Ingo Nürnberger (DGB):** Der § 17 SGB IX wurde bereits mehrfach geändert. Wir finden diese Änderungen sehr positiv. Der Bundesrat hat Recht, dass der § 17 SGB IX nunmehr sehr weit gefasst werden soll. Allerdings gibt der Bundesrat keine stichhaltige Begründung, warum eine engere Definition erforderlich oder geboten sein sollte. Bei den Leistungen nach Satz 4 bleibt es zudem bei der Begrenzung auf wiederkehrende Bedürfnisse. Ich bin der Meinung, dass es sich in der Praxis zeigen wird, ob alle Beteiligten vernünftig damit umgehen bzw. was machbar und sinnvoll ist. Die Erprobungsphase läuft gerade erst an. Gerade im Hinblick auf die Erprobung ist es sinnvoll, den Bereich der erfassbaren Leistungen möglichst weit zu fassen. Die Forderungen des Bundesrates sind deshalb abzulehnen.

**Abg. Dr. Carola Reimann (SPD):** Ich habe noch eine Frage zur Arzneimittelsicherheit und zur elektronischen Patientenkarte: Es ist vorgesehen, die Prüfung der Arzneimittelsicherheit mit aufzunehmen. Ist es erforderlich und bringt

es Erleichterung, diese Daten auf der Gesundheitskarte zu speichern?

**SV Dr. Frank Diener (ABDA):** Wir halten es eindeutig für erforderlich. Diese Umformulierung kam auf unsere Anregung zustande. Es muss möglich sein, bei der Sicherheitsprüfung nicht nur die Arzneimittel heranzuziehen, sondern auch zugrunde liegende Diagnosen, chronische Erkrankungen, Allergien usw. zu erfassen. Das ist aus therapeutischer Sicht sinnvoll, damit in der Arztpraxis, im Krankenhaus und in der Apotheke entsprechende Zukunftsprozeduren berücksichtigt werden können.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Ich habe an die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Frage zum Sonderkündigungsrecht bei der Fusion von Krankenkassen: Das Bundessozialgericht hat am 2. Dezember 2004 entschieden, dass Versicherten bei der Fusion zweier Krankenkassen ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt wird, wenn der Beitragssatz angehoben wurde. Wäre es Ihres Erachtens sinnvoll, im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens eine entsprechende gesetzliche Klarstellung durchzuführen?

**SV Klaus-Dieter Voß (BKK-Bundesverband):** Auch im Vorfeld der von uns begrüßten BSG-Rechtssprechung sind wir im Verhältnis zu unseren Kassen dafür eingetreten, dass auch bei Kassenfusionen verbunden mit einer Beitragssatzveränderung Sonderkündigungsrechte eingeräumt werden. Leider sind nicht alle Kassen diesen Empfehlungen gefolgt, auch die hier streitbeteiligte Kasse nicht. Natürlich kann es nach dieser Rechtssprechung nicht schaden, wenn dies entsprechend im SGB V klarstellt wird. Ich denke aber, dass die Kassen – gestützt auf dieses Urteil – Disziplin entwickeln und das Sonderkündigungsrecht bei entsprechenden Tatbeständen auch den Versicherten einräumen werden. Das dürfte insgesamt für die Krankenversicherung gelten.

**Abg. Peter Dreßen (SPD):** Ich habe eine Frage an die BAG UB: Künftig sollen neben den Integrationsämtern und der Bundesagentur für Arbeit auch die Rehabilitationsträger die Integrationsfachdienste beauftragen und ihre Arbeit vergüten. Die gesetzlichen Voraussetzungen

hierfür sind geschaffen, und die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten ist geregelt. Sehen Sie dennoch Schwierigkeiten? Könnten Schwierigkeiten auch darauf zurückzuführen sein, dass einzelne Integrationsfachdienste zu spät damit begonnen haben, sich auf die neue Rechtslage einzustellen?

In diesem Zusammenhang habe ich eine Frage an die Bundesagentur für Arbeit: Die Vermittlung arbeitsloser behinderter Menschen wird auch in Zukunft eine Aufgabe der Bundesagentur für Arbeit sein. Wie wird die Bundesagentur für Arbeit sicherstellen, dass die Arbeitsagenturen vor Ort, die mit den Integrationsämtern vereinbarten „Grundsätze zur Nutzung und Mitfinanzierung der Integrationsfachdienste“ anwenden und umsetzen?

Sind aus Ihrer Sicht die im Vorfeld geäußerten Befürchtungen begründet, das Vermittlungsgeschäft könnte den Integrationsfachdiensten wegbrechen?

**SV Jörg Bungart (BAG UB):** Die Rehaträger sind bisher noch in relativ geringem Ausmaß an der Beauftragung, der Finanzierung der Integrationsfachdienste beteiligt. Es haben Gespräche im Zusammenhang mit den gemeinsamen Empfehlungen nach § 113 SGB IX stattgefunden, dass dies in Zukunft zunehmen soll. Die Entwicklung muss abgewartet werden. Sie sprachen an, inwiefern die Integrationsfachdienste in den Verhandlungen entsprechend aufgestellt sind. Das ist bundesweit sicherlich sehr unterschiedlich. Je nachdem, wie die Situation bei der Beauftragung in der Vergangenheit war. Das hat natürlich auch damit zu tun, dass die gemeinsame Empfehlung relativ spät zu einem Kompromiss gefunden hat.

Einen Punkt möchte ich noch ansprechen, und zwar unter dem Stichwort Ersatzkriterium. Für viele behinderte Menschen ohne SB-Ausweis besteht momentan die Gefahr, dass sie in der Zukunft nicht mehr unterstützt werden können, wenn nicht die Rehaträger hier entsprechend in die Beauftragung für behinderte Menschen ohne Ausweis eintreten. Dazu gibt es schon sehr konkrete Aussagen zu den Kapazitäten in den einzelnen Diensten.

**SV Michael Schweiger (BA):** Die Agenturen für Arbeit haben in der Zusammenarbeit mit

den Integrationsfachdiensten gute und konsolidierte Erfahrungen. Wir sprechen von stabilen Vermittlungszahlen von über 7.500 Integrationen jährlich in den ersten Arbeitsmarkt durch die Integrationsfachdienste. Die Agenturen für Arbeit wollen weiterhin die Unterstützungsleistung der Integrationsfachdienste für Integrationen nutzen. Die in der Fragestellung zitierten Grundsätze sind zusammen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen erarbeitet worden und stehen auch hier allen unseren Dienststellen im internen Intranet zur Verfügung. Wir werden demnächst eine Handlungsempfehlung an unsere Dienststellen herausgeben. Die Umsetzung liegt jetzt aus unserer Sicht in erster Linie bei den Integrationsämtern. Sie müssen, entsprechend den Grundsätzen, vergleichbare Kooperationen anbieten.

Zum zweiten Teil der Fragestellung: Nach unserer Einschätzung wird das Vermittlungsgeschäft voraussichtlich nicht wegbrechen. Es wird durch andere Länderverteilungsschlüssel bei den Geldmitteln aus der Ausweisabgabe Verschiebungen bei den Platzzahlen geben. Das ist wohl unausweichlich. In erster Linie sind auch hier die Länder bzw. Integrationsämter für den Erhalt des Vermittlungsgeschäftes der Integrationsfachdienste verantwortlich. Das entspricht der Strukturverantwortung. Die Frage ist, ob die Länder ihre Strukturverantwortung wahrnehmen und aus den ihnen ab 1. Januar 2005 neu hinzukommenden Mitteln der Ausgleichsabgabe entsprechende Vermittlungsplätze mit finanzieren werden.

**Abg. Dr. Carola Reimann (SPD):** Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen zu § 231 SGB V: Dort geht es um die Rückerstattung von Beitragsanteilen aus der Rente an den Rentenversicherungsträger. Ich hätte gerne gewusst, wie hoch Sie die Größenordnung einschätzen?

**SV Dr. Pekka Helstelä (AOK-Bundesverband):** Vor zwei Jahren wurde in diesem Sachzusammenhang eine Größenordnung von zwölf Millionen Euro geschätzt.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Ich möchte zur Unfallversicherung kommen und frage den Berufsverband der landwirtschaftlichen Be-

rufsgenossenschaften: Der Deutsche Bauernverband hat Vorschläge zu einer Reform der landwirtschaftlichen Unfallversicherung unterbreitet, die insbesondere weitreichende Leistungseinschränkungen vorsehen. Teilen Sie die Auffassung der Bundesregierung, dass eine Überprüfung des Reformbedarfs hinsichtlich des Leistungsrechts in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung nur im Zusammenhang mit einer Reform der gesamten gesetzlichen Unfallversicherung erfolgen sollte?

**SV Dr. Hans-Jürgen Sauer** (Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (BLB)): Sie bringen mich in eine schwierige Situation, weil die Frage sich an den Berufsstand des Deutschen Bauernverbandes wendet. Wir sind als Bundesverband landwirtschaftlicher Berufsgenossenschaften mit unseren Sozialpartnern u.a. dem Deutschen Bauernverband verbunden – und ich soll dies jetzt bewerten. Wir haben uns in der Selbstverwaltung über die Weiterentwicklung der LUV, die Leistungsreformvorschläge, die wir zur sachgerechten und beitragsmäßigen Stabilisierung als notwendig erachten, Gedanken gemacht. Es ist insofern schon richtig, dass Reformvorschläge, die die Unfallrente in ihrer Struktur betreffen, gemeinsam mit der gewerblichen Unfallversicherung angegangen werden. Dies sollte bald geschehen. Wir haben Vorüberlegungen angestellt und damit die Struktur der Verletztenrente sachgerecht neu ausgerichtet. Den Vorschlägen, die die Bundesregierung in einem ersten Schritt eingebracht hat, stimmen wir inhaltlich zu. Wir haben lediglich zwei kleine Korrekturvorschläge, die aber in der Richtung der notwendigen Beitragsstabilisierung sachgerecht sind. Insofern verweise ich auf unsere schriftliche Stellungnahme.

**Abg. Peter Dreßen** (SPD): Ich habe eine Frage an die BAGüS. Im Gesetzgebungsverfahren zum SGB II und zum SGB XII ist im Konsens mit den Ländern aus Gründen der Praktikabilität und Verwaltungsvereinfachung folgendes vereinbart worden: Die Bedürfnisse, die bislang im Rahmen des BSHG über einmalige Beihilfen abgedeckt wurden, werden bis auf eng umgrenzte Ausnahmen künftig mit der Regelleistung bzw. mit dem Regelsatz abgedeckt. Halten Sie es für sinnvoll, diese Ausnahmen noch vor ihrem Inkrafttreten und noch vor ihrer Evaluation im Rahmen der Umset-

zung von Hartz IV bereits durch weitere Ausnahmen auszuweiten?

**SV'e Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Sie meinen vermutlich in diesem Zusammenhang die Formulierung zur Ergänzung der Erstausrüstung mit Säuglingsbekleidung bei der Geburt? Wenn das so ist, stimme ich Ihnen natürlich zu: Es ist schwierig, bei Sozialhilfeträgern die Ausweitung von Rechtsansprüchen zu befürworten. Das machen wir grundsätzlich nicht. Aber in diesem Falle scheint es so zu sein, dass es eine Formulierung ist, die bei der Überführung der BSHG-Regelung in das SGB XII unglücklich übernommen worden ist, so dass es darum geht, die bisherige Rechtslage im BSHG jetzt im SGB XII weiter zu führen. Wenn es keine über die bisherige BSHG Rechtslage hinausgehende Anspruchsausdehnung ist, dann würden wir dem auch wenig entgegensetzen.

**SV Bernd Finke** (BAGüS): Ich habe hier wieder das Problem, dass wir für diese Leistungen nicht zuständig sind. Aus meiner sonstigen Sozialhilfekenntnis halte ich diesen Änderungsantrag für durchaus vernünftig und sachgerecht.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich möchte den Bundesverband der Unfallkassen fragen: Der Gesetzentwurf sieht ab dem Jahr 2006 einen einheitlichen Unfallversicherungsbeitrag für geringfügig Beschäftigte in privaten Haushalten vor. Der Bundesverband der Unfallkassen soll beauftragt werden, einen gemeinsamen Beitragseinzug für alle zuständigen Unfallversicherungsträger sicherzustellen. Ist dieses Ziel realistisch? Gibt es zur Umsetzung bereits Überlegungen? Wie sehen diese Überlegungen aus?

**SV Matthias Triebel** (Bundesverband der Unfallkassen e.V. (BAGVV)): Im Gesetz gibt es keine ausdrücklichen Regelungen, wie das geschehen soll. Ziel ist es, dass das Haushaltscheckverfahren gestärkt werden soll, was in Obhut der Minijobzentrale der Bundesknappschaft durchgeführt wird. Aus diesem Grund haben wir mit der Minijobzentrale der Bundesknappschaft Gespräche aufgenommen, um eine



Vereinbarung abzuschließen. Inhalt dieser Vereinbarung wird im Wesentlichen sein, dass wir der Minijobzentrale die Aufgabe übertragen, den Unfallversicherungsbeitrag für unsere Mitglieder einzuziehen und auch damit zusammenhängende Aufgaben wahrzunehmen. Die Konsequenz ist, dass dadurch der Haushalt in Beitragsfragen, d. h. der Gesamtsozialversicherungsbeitrag und auch der Unfallversicherungsbeitrag, nur noch einen Ansprechpartner hat, nämlich die Minijobzentrale.

Für Fragen der Leistungen nach einem Unfall bleiben aber nach wie vor ausschließlich die Unfallversicherungsträger zuständig. In den Gesprächen mit der Bundesknappschaft, konnten wir über die wesentlichen Punkte bereits Einvernehmen erzielen. Es geht vor allem um technische Einzelheiten. Wir sind allerdings zuversichtlich, dass wir das so, wie es im Gesetz vorgesehen ist, zum 1. Januar 2006 umsetzen können und dieser Unfallversicherungsbeitrag ab 1. Januar 2006 durch die Bundesknappschaft eingezogen werden kann.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Ich habe eine Frage an die BDA: Sie hatten sich vorhin in Bezug auf den elektronischen Einzug bzw. die elektronische Übertragung dahingehend geäußert, dass dies für kleine Unternehmen und Privathaushalte sehr schwierig ist. Nun ist es aber doch so, dass die Privathaushalte an dem Haushaltsscheckverfahren teilnehmen und die Bundesknappschaft an die entsprechenden Versicherungen übermittelt. Glauben Sie wirklich, dass Sonderregelungen für kleine Verbände und Vereine erforderlich sind, wenn Sie die große Gruppe der Privathaushalte herausnehmen?

**SV'e Klaudia Buddemeier (BDA):** Es kann für Privathaushalte dazu kommen, dass sie nicht mit der Bundesknappschaft das Einzugsverfahren im Haushaltsscheckverfahren, sondern das andere Verfahren anwenden müssen, z. B. wenn eine Vollbeschäftigung vorliegt oder eine Beschäftigung zusammen gerechnet werden muss und die betreffende Person in der Gleitzone ist. Es gibt viele kleine Unternehmen, die ihre Abrechnungen jetzt noch manuell vornehmen z. B. im Handwerk. Diese kleinen Unternehmen sind nicht im Internet und haben auch keine entsprechenden Abrechnungsprogramme. Deswegen kann ich nur

betonen, dass wir der Auffassung sind, für diese kleinen Unternehmen muss eine solche Ausnahme geschaffen werden.

**Abg. Peter Dreßen (SPD):** Meine erste Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die auch zugleich für die Pflegekassen, hier anwesend sind: Halten es die Spitzenverbände der Pflegekassen für richtig, dass die bis 31. Dezember 2004 auf Grund einer Übergangsregelung bestehende Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen zur Pflegeversicherung verlängert wird?

Eine zweite Frage an den VDR: Wird die vorgesehene Benachteiligung der Beihilfestellen durch die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen ausreichend sicherstellen, dass die Träger der Rentenversicherung künftig die Beiträge für die Rentenversicherung der pflegenden Angehörigen bei Pflege einer beihilfeberechtigten Person von den Beihilfestellen zeitnah erhalten werden?

**SV Klaus-Dieter Voß (BKK-Bundesverband):** Es ist geboten, dass die gegenwärtige Regelung mindestens bis 2007 verlängert wird. Dies ergibt sich aus der Sicht der Krankenversicherung und aus dem Gesamtzusammenhang heraus, dass die Pflege in Pflegeeinrichtungen nur aus finanzierungstechnischen und rechtlichen Gründen in Grundpflege und medizinische Behandlungspflege aufgespalten wird. Dahinter steht jedoch ein unteilbarer Vorgang, und wir haben nach dieser Neuregelung die Situation, dass für den Aufenthalt Pflegebedürftiger in einem Heim zwei Kostenträger zuständig sind: die Krankenversicherung für die medizinische Behandlungspflege und die Pflegekasse für die Leistung nach SGB XI. Wir wissen aus Erfahrung, dass eine Leistung mit zwei Kostenträgern nicht gerade der Verwaltungsvereinfachung dient. Dies führt auch nicht dazu, dass Rechtssicherheit entsteht. Aus unserer Sicht gibt es deshalb gute Gründe, diese Regelung auch über 2007 hinaus beizubehalten, zumindest aber die Umstellung erst 2007 zu vollziehen.

**SV Dr. Axel Reimann (VDR):** Es geht um die pünktliche Beitragszahlung durch die Beihilfestelle pflegender Angehöriger. Die Rentenver-

sicherung fordert eine solche Regelung, wie Sie sie angesprochen haben, seit vielen Jahren. Nur das schafft aus unserer Sicht die rechtliche Grundlage dafür, dass die sozialen und privaten Pflegekassen die Festsetzungsstellen für die Beihilfe über die Rentenversicherungspflicht einer Pflegeperson überhaupt informieren dürfen. Hier besteht seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 ein deutliches Informationsdefizit der Beihilfestellen. Unsere Prüfungen bei den Beihilfestellen haben ergeben, dass dieses Defizit nur durch eine entsprechende Mitteilungsbefugnis der Pflegekassen beseitigt werden kann.

Abg. **Barbara Lanzinger** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben schon im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zu Hartz IV gefordert, den Krankengeldanspruch für Bezieher von ALG II auszuschließen. Es wurde aber nicht die Forderung erhoben, den für Bezieher von ALG II maßgeblichen Beitragssatz zu ermäßigen. Gibt es hierfür sachliche Gründe?

Meine Zusatzfragen gehen an die Krankenkassen und die Bundesagentur für Arbeit: Wie hoch sind die Einsparungen der GKV durch den Wegfall des Krankengeldanspruchs für Bezieher von ALG II? Wie hoch wären dem gegenüber die Beitragsausfälle bei Anwendung des ermäßigten Beitragssatzes?

Schließlich habe ich noch eine weitere Frage an den bpa: Wie wirkt sich das Vorziehen der Behandlungspflege zum 1. Januar 2005 auf Sie aus?

SV **Dr. Pekka Helstelä** (AOK-Bundesverband): Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen natürlich, dass der Krankengeldanspruch für ALG II-Empfänger auf Grund der erheblichen Verwaltungsaufwendungen, die auch von Seiten der Bundesagentur gesehen werden, ausgeschlossen werden soll. Dennoch haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen nicht dazu entschließen können, sich für den ermäßigten Beitragssatz in Verbindung damit auszusprechen. Unsere Begründung liegt darin, dass der allgemeine Beitragssatz nach gegenwärtiger Regelung für ALG II-Empfänger nicht ausgabendeckend sein wird und die ersparten Kranken-

geldaufwendungen in keinem Verhältnis zur Ermäßigung des Beitragssatzes stehen. Der Beitragssatz der Kassen wird nicht zwischen der Krankenkassenindividuellen Differenz zwischen dem allgemeinen und dem ermäßigten Beitragssatz ermittelt, sondern auf der Grundlage der Differenz des GKV-durchschnittlichen allgemeinen und dem ermäßigten Beitragssatz.

Wenn davon auszugehen ist, dass sich die Arbeitslosengeldempfänger in einzelnen Krankenkassen stark konzentrieren werden, sind die ersparten Krankengeldaufwendungen in einzelnen Krankenkassen konzentriert. Die Ermäßigung auf GKV-Niveau wird aber durchschnittlich entsprechend weniger betragen. Insbesondere ist diese Differenz zwischen dem allgemeinen und ermäßigten Beitragssatz in erheblichem Maße durch Besserverdienende als im Zusammenhang mit der von ALG-Empfängern zu erwartenden Bemessungsgrundlage für das Krankengeld begründet, so dass die Differenz zwischen dem GKV-Beitragssatz hier allgemein und ermäßigt erheblich größer ausfallen wird als die erwarteten Krankengeldeinsparungen der betroffenen Krankenkassen.

Wir sind leider nicht in der Lage, dies näher zu quantifizieren, weil wir mit diesem Versichertenkreis zum Teil noch keine Erfahrungen haben. Ein Teil ist gegenwärtig bereits in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, ein erheblicher Teil wird durch die Neuregelung in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen. Es fehlen die notwendigen Zahlen, um dies näher zu quantifizieren. Nichtsdestotrotz sind wir auf Grund der allgemeinen Überlegungen zum Ergebnis gekommen, dass sich eine weitere Verschlechterung abzeichnet, dass die bereits heute nicht gegebene Ausgabendeckung sich noch weiter zu Lasten der Krankenkassen verändern wird, wenn eine entsprechende Ermäßigung für Bezieher von ALG II vorgesehen würde.

SV **Klaus-Dieter Voß** (BKK-Bundesverband): Für diese Bezieher wird eine Entgeltsumme von 872 Euro zu Grunde gelegt wird, die durch andere Versichertenkreise quer subventioniert wird.

Bei dem ermäßigten Beitragssatz geht es letztlich nur um eine Gruppe, die davon tangiert wird – das sind die selbständig Tätigen mit

Anspruch auf Krankengeld. In Anbetracht dessen wäre es eine Überlegung, im Sinne einer Verwaltungsvereinfachung und einer Bereinigung um einige RSA-Zellen, die deswegen gebildet werden müssten, dass man die Vorschrift des § 243 SGB V und den ermäßigten Beitragssatz völlig streicht. Das wäre ein Beitrag im Sinne der Verwaltungsvereinfachung und der Beitragsgerechtigkeit insgesamt.

**SV Stephan Ehrhardt (BA):** Zur Einsparung bei der gesetzlichen Krankenversicherung liegen uns leider keine Zahlen vor.

Hinsichtlich der Höhe der Beitragseinsparung bei Anwendung des ermäßigten Beitragssatzes sind wir bei unseren Berechnungen davon ausgegangen, dass zwischen dem allgemeinen und dem ermäßigten Beitragssatz ein Unterschied von cirka 1 % besteht. Gerechnet auf der Grundlage von 2,5 Mio. ALG II-Empfängern sind wir auf einen Betrag von ca. 22 Mio. Euro monatlich gekommen.

**SV Herbert Mauel (bpa):** Wir bemühen uns, das Gesetz so umzusetzen, wie es ist. Das gelingt uns ab 1. Januar nicht ganz. Wir hoffen im Moment, dass wir es so richtig machen, dass es im Frühjahr wieder stimmt. Sie haben nach den Auswertungen und Auswirkungen gefragt: Nach der jetzigen Gesetzeslage könnten Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime die Position vertreten, die Behandlungspflege über ihre Entgelte nicht mehr zahlen zu müssen, sondern ihren Anspruch gegenüber der Krankenversicherung wahrnehmen zu können. Das entspräche der jetzigen gesetzlichen Lage. Insofern könnten Bewohner klagen. Wenn eine rückwirkende Regelung in Kraft träte, wären sie zumindest mit dem Prozesskostenrisiko behaftet. Man kann diesem Gesetzgebungsverfahren natürlich nicht vorgreifen.

Zum anderen haben wir eine gewisse Unsicherheit in den Entgeltvereinbarungen, bei denen etwas berücksichtigt werden muss und berücksichtigt ist, was eigentlich gesetzlich nicht gedeckt ist, zumindest für den Zeitraum ab 1. Januar 2005 bis zum rückwirkenden Inkrafttreten einer neuen Regelung. Ganz aktuell sehen wir uns vielen Anforderungen von Heimaufsichten ausgesetzt, die es nicht inte-

ressiert, dass dort im Moment unklare Regelungen bestehen, und fordern klare Regelungen in die Heimverträge zu bringen. Wir sind im Moment nicht in der Lage, unseren Einrichtungen eine klare Regelung zu geben; die gesetzliche Grundlage fehlt. Insofern vertrauen wir darauf, dass sich niemand in der Zwischenzeit ernsthaft dieses Themas annimmt und plädieren bei unseren Einrichtungen dafür, so weiter zu machen wie bisher. Es wäre aber gut, wenn es in diesem Jahr geregelt werden könnte, ansonsten wäre eine Klarstellung z. B. des Ministeriums, an dieser Stelle, höchst hilfreich.

**Abg. Matthias Sehling (CDU/CSU):** Ich habe zwei Fragen zu den Aktualisierungsverfahren bei der elektronischen Krankenversicherungskarte an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Gibt es aus Ihrer Sicht praktikable und wirtschaftliche Verfahren, um die auf der Karte aufgedruckten Daten beim Kassenwechsel zu aktualisieren, oder wäre es sinnvoller, eine neue Karte auszugeben und die alte zu sperren? Müsste im Übrigen – was im Katalog der Regierung nicht vorgesehen ist – nicht auch der Zuzahlungsstatus des Versicherten insgesamt aktualisiert werden?

In der Gesetzesbegründung hat die Bundesregierung u. a. vorgesehen, dass beim Kassenwechsel die administrativen Daten der Krankenkasse in der Arztpraxis oder in der Apotheke erneuert werden sollen. Der Arzt wäre sozusagen Dienstleister der Krankenkassen. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag der Bundesregierung?

**SV Dr. Pekka Helstelä (AOK-Bundesverband):** Wie bereits zuvor ausgeführt, sind wir skeptisch, dass es wirtschaftlich sinnvoll möglich ist, auf einer elektronischen Gesundheitskarte aufgebrachte Informationen zur Kasse kostengünstig anzubringen, ohne dass hierbei die Gefahr besteht, dass diese Krankenkarte eine erhebliche Fehleranfälligkeit oder nur eine sehr geringe Lebensdauer haben wird. Von daher würden durch den Ersatz von neuen Krankenkarten zusätzliche Kosten entstehen. Wir stimmen dem zu, dass es sinnvoll ist, den Zuzahlungsstatus auf der Karte anzubringen. Wenn dies auf der Chipkarte möglich wäre, wäre das natürlich vorteilhafter, weil die

Information dann mit nur geringem technischem Aufwand korrigiert werden müsste.

Wir hoffen, dass die Ärzte, insbesondere die Hausärzte, im Interesse ihrer Patienten bereit sind, die erforderlichen Daten bei einem Kassenwechsel neu auf den Chip aufzubringen, wenn die Karte ausgetauscht worden ist. Eine Rückmeldung aus dem Bereich der Ärzteschaft liegt uns hierzu allerdings nicht vor.

**Abg. Monika Brüning (CDU/CSU):** Meine Fragen gehen an die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände: Im Referentenentwurf war die Einrichtung von zentralen Inkassostellen für jede Kassenart vorgesehen, die Beiträge und Beitragsnachweise weiterleitet. Diese Regelungen fehlen im vorliegenden Gesetzentwurf.

Wie beurteilen Sie den Verzicht auf diese Regelung und welche Gründe könnte es dafür geben? Wäre die Einrichtung zentraler Inkassostellen geeignet, um das Verwaltungsverfahren zu straffen und Verwaltungsaufwand insbesondere für Arbeitgeber zu reduzieren? Wie beurteilen Sie den Vorschlag des Bundesrates in jedem Bundesland eine Inkassostelle einzurichten?

**SV Klaus-Dieter Voß (BKK-Bundesverband):** Wir haben diese Inkassostellen zum Teil eingerichtet. Nachdem wir diese Einrichtungen entsprechend angeboten haben, mussten wir feststellen, dass das Interesse bei Arbeitgebern marginal ist. Bedarf besteht in Anbetracht der technischen Möglichkeiten, die die Arbeitgeber und auch die Krankenversicherungsträger als Einzugsstellen haben, nicht. Man muss sehen, dass die zentrale Inkassostelle nur eine von sehr vielen Funktionen eines Beitragseinzuges abwickeln kann. Das regeln die Arbeitgeber sehr souverän mit. Wir halten nichts von der Überlegung des Bundesrates, länderspezifisch dezentral 16 oder mehr Inkassostellen zu etablieren. Dies erzeugt nur erhöhten Aufwand und Abstimmprozesse, für die kein Bedarf besteht, die aber Kosten verursachen. Das sollten wir uns ersparen.

**SV Gert Nachtigal (BDA):** Wir hielten diese in dem ursprünglichen Referentenentwurf vor-

gesehene Regelung nicht nur für sachgerecht, sondern für unbedingt notwendig. Wir hatten uns auch im Vorfeld bereits dafür eingesetzt. Es geht hier zum einen darum, dass beispielsweise Arbeitgeber, die nicht nur in einem Bundesland tätig sind, sondern über Ländergrenzen hinaus, eine einzige Einzugsstelle haben. Das wurde auch nur optional für die Arbeitgeber angeboten. Die jetzt vorgesehene Regelung, eventuell auf Landesebene neue Institutionen zu schaffen, ist mit Sicherheit verfehlt, denn das würde den Arbeitgebern, die länderübergreifend tätig sind, überhaupt nicht helfen. Wir würden hier neue Bürokratien schaffen, ohne dass ein wirklicher Erfolg erzielt würde.

Es geht auch darum, eine zentrale und kassenartenübergreifende Stelle zu schaffen, welche verbindlich Fragen der Sozialversicherungsmelde- und Beitragsrechte über Ländergrenzen hinweg beantworten kann. Der Arbeitgeber braucht in diesem Bereich Rechtssicherheit. Die Arbeitgeber erhalten derzeit oft verschiedene Auskünfte von verschiedenen Sozialversicherungsträgern bzw. verschiedenen Kassen. So entsteht in den Betrieben Unsicherheit darüber, wie der jeweils betroffene Sachverhalt zu behandeln ist. Diese Rechtsunsicherheit muss für die Arbeitgeber beseitigt werden. Von daher plädieren wir eindeutig für eine zentrale Inkassostelle.

**Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU):** Ich habe zwei Fragen an die kommunalen Spitzenverbände und an die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu Artikel 10 (SGB XII):

Sie setzen sich in Ihren Stellungnahmen beide noch einmal sehr ausführlich mit § 35 im SGB XII auseinander. Ich hätte gerne in Kurzform jeweils die Darstellung des von Ihnen gesehenen Änderungsbedarfs.

Der zweite Punkt betrifft § 98 SGB XII: Hier ist in Ihren Stellungnahmen, vom Bundesrat und auch von unserer Fraktion schon bei der Anhörung zum SGB XII gesagt worden, wie die Altfallregelung zu gestalten ist. Vielleicht können Sie noch einmal kurz auf die Begründung der Bundesregierung eingehen, die die Änderung des § 98 SGB XII abgelehnt hat. Oder finden Sie eine andere Begründung, warum diese von allen Seiten gewünschte Altfallregelung, nicht umgesetzt werden sollte?

SV'e **Dr. Irene Vorholz** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Sie sprechen eine sehr komplizierte Materie an. Der § 35 SGB XII betrifft den notwendigen Lebensunterhalt in Einrichtungen. Absatz 1 ist gerade geändert worden und wirft unseres Erachtens neue Schwierigkeiten auf: Zum einen ist er um einen Satz 2 ergänzt worden, der jetzt mit dem bereits bestehenden unveränderten Satz 1 nicht ganz zusammenpasst. Beide Sätze definieren dasselbe. Sie definieren beide den notwendigen Lebensunterhalt in Einrichtungen, inhaltlich aber mit verschiedenen Fassetten. Unser Vorschlag war klarzustellen, dass die Definition des zweiten Satzes einen bestimmten Bereich des notwendigen Lebensunterhalts betrifft und im Einzelnen etwas anderes als im Satz 1 enthält. Es geht um die Frage, ob der erbrachte oder der weitere Lebensunterhalt gemeint ist.

Aus dieser Frage resultiert auch die Friktion zu dem unverändert gebliebenen Absatz 2, der darauf Bezug darauf nimmt. Dort ist der weitere notwendige Lebensunterhalt geregelt. Wir befürchten im Augenblick, dass es durch die im Gesetzgebungsverfahren möglicherweise nicht erfolgte Abstimmung zu einer Doppelveranschlagung von bestimmten Leistungen kommt. Hintergrund ist, dass mit der Änderung in Abs. 1 der notwendige Lebensunterhalt in Einrichtungen an die Grundsicherung in Heimen angepasst wird. Die Grundsicherung in Heimen wiederum nimmt Bezug auf den Regelsatz. Der Regelsatz umfasst seit neuestem auch pauschale Anteile für einmalige Leistungen. Diese einmaligen Leistungen dürfen jetzt nicht noch einmal extra gewährt werden durch diesen unveränderten Absatz 2. Es geht hier um Bekleidung und um den Barbetrag. Es muss ausgeschlossen werden, dass Bekleidung und Barbetrag einmal über den Regelsatz anteilig abgedeckt werden und danach noch einmal extra gewährt werden.

Die dritte Überlegung ist ein Punkt, der uns aus der Praxis neu vorgetragen wurde. Möglicherweise haben wir durch die Anbindung des notwendigen Lebensunterhaltes, so wie er in Absatz 1 jetzt formuliert ist, Diskrepanzen, je nachdem, ob es sich um eine Einrichtung der Behindertenhilfe oder um eine Pflegeeinrichtung handelt. Bei Pflegeeinrichtungen haben wir wieder andere Regelungen im SGB XI.

Wir regen an, das jetzige Verfahren zu nutzen, um in Bezug auf § 35 SGB XII Klarheit zu schaffen. Für die Praxis, die damit umgehen muss und befürchtet, dass sie das im Augenblick nicht kann, ist das notwendig.

Schließlich sprachen Sie § 98 SGB XII an. Dort geht es um eine Zuständigkeitsregelung für den Fall dass jemand aus einem Heim in den ambulanten Bereich übersiedeln soll. Es ist eine Zuständigkeitsänderung im Gesetz vorgesehen, die schon mit der letzten Sozialhilfereform beschlossen wurde. Unser Anliegen ist es, einen bestimmten Zeitpunkt einzuziehen. Diese Änderung sollte nur für Neufälle ab dem 1. Januar 2005 gelten. Ansonsten müssten unzählige Akten rückabgewickelt werden. Wir müssten weit in die Vergangenheit prüfen, woher jemand kommt, um feststellen zu können, wer örtlich dafür zuständig ist. Die Bundesregierung hat dem entsprechenden Änderungsvorschlag des Bundesrates entgegengehalten, dass möglicherweise dann der Vorrang des ambulanten Bereiches vor dem stationären Bereich nicht ersichtlich sei. Diese Befürchtungen haben wir nicht. Wir halten es durchaus auch mit einer Zuständigkeitsgrenze ab 1. Januar 2005 weiterhin für möglich, dass die Bewohner aus dem Heimbereich hinaus in den ambulanten Bereich betreut werden. Das ändert nichts daran, wer örtlich zuständig ist.

SV **Bernd Finke** (BAGüS): Zu § 35 SGB XII hat Frau Dr. Vorholz das Wesentliche gesagt. Wir haben von Anfang an immer wieder darauf hingewiesen, dass § 35 SGB XII in der Formulierung des Absatz 1 unklar ist. Er muss präzisiert werden. Dazu hat es verschiedene Überlegungen gegeben. Obwohl die Systematik mit den Pflegevergütungen nicht ganz passte, wurde letztlich dieser Weg gewählt, den wir auch als gangbaren Weg sehen. Die Formulierung ist aber missverständlich. Aus der Praxis, die das Gesetz ab 1. Januar 2005 anwenden soll, kommen Fragen und Hinweise auf Verwerfungen, die nicht beabsichtigt waren. Dazu gehört zum Beispiel die Frage, ob das Taschengeld noch zu zahlen oder mit den Grundsicherungsleistungen abgegolten ist. Dann müsste man es in den Pflegesätzen wieder neu verhandeln und hinein nehmen. Es gibt durch § 35 SGB XII also eine Menge Verwerfungen. Deswegen ist es wichtig, dass er so formuliert wird, dass er streitfrei anzuwenden ist.

Bezüglich § 98 SGB XII hat Frau Dr. Vorholz alles Wesentliche genannt, wie auch zu den anderen Vorschlägen, die der Bundesrat gemacht hat. Alles ist in enger Abstimmung mit der Praxis, der Basis und den kommunalen Spitzenverbänden entstanden. Für die Begründung der Ablehnung des § 98 Abs. 5 hat in der Praxis niemand Verständnis, denn es geht hier um Rückabwicklung für alte Zeiten. Wenn wir von Verwaltungsvereinfachung sprechen, lassen Sie uns bitte nicht 10 oder 20 Jahre alte Akten rückabwickeln. Hier geht es darum, wie mit dem neuen Recht umzugehen ist. Das Prinzip ambulant vor stationär wird hier in keiner Weise berührt und auch nicht beeinträchtigt. Mit dieser Regelung nach § 98 Abs. 5 ist es sogar besonders gut möglich, weil die Bereitschaft, in anderen Bereichen ambulante Hilfen zu fördern, gerade dann erhalten bleibt, wenn der bisher Zuständige auch weiter für diesen Fall zuständig bleibt.

**Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):** Meine erste Frage bezieht sich auf die Aufsichtsrechte und richtet sich an den VDR: Sie sprechen sich in Ihren Stellungnahmen kritisch zu den vorgesehenen Anzeigepflichten für die Sozialversicherungsträger aus, wenn sie Aufgaben von Dritten wahrnehmen lassen. Könnten Sie uns Ihre Bedenken erläutern?

Meine zweite Frage geht auch an den VDR und bezieht sich auf die Personalbedarfsermittlung: Nach dem Gesetzentwurf soll die Ausbringung von Stellen künftig nur auf der Basis anerkannter Methoden der Personalbedarfsermittlung erfolgen. Wie steht eine solche Verpflichtung zum Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung, die erst im Herbst dieses Jahres verabschiedet worden ist?

Zu diesem Komplex habe ich weitere Fragen an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Wie beurteilen Sie die vorgesehene Personalbedarfsermittlung für Ihren Bereich? Welche Auswirkungen hätte die von der Bundesregierung vorgesehene aufsichtsrechtliche Kontrolle auf die Aufgabendurchführung der Krankenversicherung durch Arbeitsgemeinschaften? Wie beurteilen Sie unter Berücksichtigung der für das Jahr 2005 geltenden Umsatzsteuerrichtlinie unter umsatzsteuerrechtlichen Veranlagung der Arbeitsgemeinschaften zur Qualitätssicherung die Übertragung von Aufgaben an

Dritte? Welche Konsequenzen hätte eine mögliche Umsatzsteuer dieser Stelle für die GKV?

**SV Dr. Axel Reimann (VDR):** Die Regelungen, die Sie angesprochen haben, sind nach unserer Auffassung nur schwer mit der Zielsetzung der Verwaltungsvereinfachung vereinbar. Wir gehen davon aus, dass nicht nur auf die Träger, sondern letztlich auch auf die Aufsichtsbehörden eine ganze Reihe von bürokratischen Zusatzaufgaben, zukommen wird. Hier ist fraglich, ob dem ein angemessener Nutzen entgegensteht. Zum ändern wird hier nicht nur die Tätigkeit der Sozialversicherungsträger tangiert, sondern es geht um das von Ihnen angesprochene Thema der Einbindung Dritter. Es kann als Versuch angesehen werden, eine Aufsicht über Dritte durch die Ausweitung der Prüfrechte der Aufsichtsbehörden zu konstruieren. Bereits heute haben die Leistungsträger auf Anforderung Verträge und Organisationsunterlagen über diese Dritten vorzulegen. Bei den Neuregelungen geht es erheblich darüber hinaus. Die Vertragsgestaltung wird durch die vorgesehenen Vorgaben sicherlich schwieriger, was Vertragsverhandlungen und Vertragsabschlüsse angeht. Es stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, gerade in einer Zeit, wo die Sozialversicherungsträger animiert werden, verstärkt mit Dritten zusammenzuarbeiten und wo es auf Flexibilität ankommt, hier neue Hürden zu errichten.

Hinsichtlich der Frage der Personalbedarfsermittlung, die verpflichtend normiert werden soll, haben wir heute schon den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Verwaltungshandeln zu beachten. Das ist in § 69 Abs. 2 SGB IV geregelt. Bei diesen Personalbedarfsermittlungen handelt es sich nun um eine spezielle Ausprägung dieses Grundsatzes, der noch einmal besonders im Gesetz aufgenommen werden soll. Das bedeutet, dass das Instrument der Personalbedarfsermittlung gerade in einer Phase, wo erhebliche Organisationsveränderungen in der Rentenversicherung anstehen, nach unserer Einschätzung für einen erheblichen Zeitraum in die Leere laufen wird.

Selbst der Bundesrechnungshof hat in dem damaligen Prüfbericht, als er das Thema hier mit auf die Tagesordnung gebracht hat, zugestanden, dass Personalbedarfsermittlungen in Zeiten von strukturellen Reorganisationen nicht zielführend sind. Ich darf darauf hinwei-

sen, dass durch das Organisationsgesetz Organisationsreformen in der Rentenversicherung stattfinden und sich im Zuge dieser Umsetzung gegenwärtig mehr als die Hälfte der Versicherungsträger in Fusionen bzw. Reorganisationen befinden. Das wird sich über einen erheblichen Zeitraum hinziehen.

Zum zweiten ist durch das Organisationsgesetz vorgesehen, dass die Rentenversicherung ein übergreifendes Benchmarking durchführen soll, gerade mit der Zielsetzung, Verwaltungskosten zu sparen. In diesem Organisationsgesetz wurden konkrete Vorgaben zur Höhe der Einsparungen gemacht. Es geht letztlich darum, im Wege eines internen Wettbewerbs von dem jeweils Besten zu lernen und diese entsprechenden Transfer- und Lernprozesse nachzuvollziehen. Von daher ist es nach unserer Auffassung nicht angezeigt, unter einer solchen generellen Zielsetzung wieder ein spezielles Instrumentarium verpflichtend für alle vorzuschreiben. Nach unserer Auffassung sind die Rahmenbedingungen im Organisationsgesetz so gesetzt, dass es einer solchen spezifischen Regelung wie der Personalbedarfsermittlung nicht bedarf.

**SV Klaus-Dieter Voß (BKK-Bundesverband):** Wir sind nicht generell gegen das Instrument der Personalermittlung. Es gibt verschiedene Verfahren, aber kein gesichertes. Es wird von den Trägern freiwillig angewandt, wo es geboten ist, um mehr Wirtschaftlichkeit zu erzeugen. Wir als Bundesverband haben uns auf Wunsch des Vorstandes und Verwaltungsrates vor zwei Jahren entsprechend untersuchen lassen. Vor der Bedarfsermittlung durch eine renommierte Unternehmensberatung hatten einige Beteiligte die Erwartung, die Zahl der Stellen um 20 % reduzieren zu können. Das Ergebnis war, dass wir zu wenig Stellen hatten und 5 % zusätzliche Stellen benötigen würden. Das hat viele verwundert. Es ist keine Universalwaffe, um Kosten zu sparen. Von daher ist es auch schwierig und problematisch, dies als Verpflichtung in das Gesetz zu nehmen und in Bezug auf vermeintlich anerkannte Verfahren zu normen.

Was die Aufsichtsrechte und die Auslagerung von Aufgaben an Dritte angeht, kann ich mich auf das beziehen, was Herr Dr. Reimann zu Recht gesagt hat: Wir müssen darauf achten, dass die mit der Auslagerung von Aufgaben

vom Versicherungsträger hin zu Dritten, d. h. oder zu Arbeitsgemeinschaften, verbundenen Hoffnungen – dass diese nämlich die Aufgaben gebündelter und damit wirtschaftlicher wahrnehmen können – nicht dadurch konterkariert werden, dass die Aufsichten eine entscheidende Rolle neben der Rechtsprüfung spielen und möglicherweise auch eine fachliche Prüfung stattfindet. Das wird die Prozesse nicht wie gewollt schlanker machen, sondern sie eher erschweren und zu mehr Kosten führen.

Ein generelles Problem haben wir in Bezug auf die Umsatzsteuer. Das gilt nicht nur für die Arbeitsgemeinschaften, die wir für Zwecke der Qualitätssicherung bereits errichtet haben, sondern generell, wenn Aufgaben der Sozialversicherungsträger auf Dritte verlagert werden, da die Finanzbehörden inzwischen eine generelle Steuerpflicht für diese Aufgaben reklamieren, egal in welcher Rechtsform dies betrieben wird. Um die Sozialkassen zu schonen und in ihrem Interesse sollten diese Dinge klargestellt werden. Das würde das Bundesfinanzministerium nicht gerade freuen, die Sozialkassen aber deutlich entlasten. Der VDR und wir unterhalten beispielsweise in Erkner bei Berlin eine gemeinsame Bildungseinrichtung als gemeinnützigen Verein. Hier sind die Finanzbehörden nun zu dem Ergebnis gekommen, dass auch die dort erbrachten Leistungen für die Rentenversicherungsträger der Umsatzsteuer unterliegen, d. h., die Preise werden um 16 % teurer. Würde VDR oder BKK-Bundesverband diese Einrichtung jeweils allein betreiben, fiel dies nicht an. Das passt nicht und erschwert eher die Auslagerung und Bündelung von Aufgaben, wenn Dritte damit befasst werden. Das müsste geändert werden.

**Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):** Ich habe noch eine kurze Nachfrage. Haben Sie bereits Anhaltspunkte, dass z. B. die Medikamentengabe im Krankenhaus für die ambulante Versorgung auch umsatzsteuerpflichtig werden könnte und damit zu Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung führen könnte?

**SV Klaus-Dieter Voß (BKK-Bundesverband):** Das kann ich nicht beurteilen. Den Sachverhalt müsste ich ermitteln und Sie anschließend informieren.

**SV Dr. Georg Greve (Bkn):** Meines Erachtens eindeutig ja .

**Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):** Dann habe ich eine Frage an die Bundesknappschaft: In welchen Größenordnungen befürchten Sie Umsatzsteuerbelastungen für die GKV, wenn solche Transaktionen umsatzsteuerpflichtig sind?

**SV Dr. Georg Greve (Bkn):** Das haben wir noch nicht hochgerechnet. Das kann ich leider im Augenblick nicht beantworten.

**PStS Franz Thönnies (BMGS):** Ich möchte mich noch einmal auf die im ersten Drittel von Frau Abg. Lanzinger gestellte Frage an den VDR beziehen, in der es um die Wiedergabe eines Presseartikels in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 13. Dezember 2004 ging. Das wörtlich wiedergegebene Zitat von mir in der Zeitung lautete lediglich: „Der Beitragssatz für 2005 ist bekannt gegeben. Es bleibe bei 19,5 % des beitragspflichtigen Einkommens, sagte Staatssekretär Thönnies“. Der im weiteren Verlauf des Artikels wiedergegebene Wortlaut „geschäftsschädigend“ ist von dem Redakteur

in einem Zusammenhang mit dem Vorsitzenden des VDR gebracht worden. Dieser Zusammenhang wurde von ihm selbst hergestellt. Das Wort „geschäftsschädigend“ ist von mir nicht genannt worden, sondern von den Mitarbeitern der Pressestelle des BMGS und zwar in Bezug auf die Kritiken, die von Herrn Kleiner als alternierendem Vorsitzenden der BfA in den Tagen davor in einem ganz anderen Zusammenhang gemacht worden sind.

**Vorsitzender Abg. Klaus Kirschner (SPD):** Ich darf die Sitzung jetzt schließen und mich bei den Damen und Herren Sachverständigen herzlich bedanken. Ich wünsche Ihnen eine gute Heimreise, schöne Weihnachten, ein gutes Jahr 2005.

Schluss der Sitzung: 16.20 Uhr.

Klaus Kirschner, MdB  
Vorsitzender