

Stellungnahme

der Deutschen Rentenversicherung Bund

zum „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des

Wettbewerbs in der GKV“

(GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

BT-Drs. 16/3100

anlässlich der öffentlichen Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit

am Dienstag, dem 14. November 2006

Themenblock I – Finanzierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

A. Allgemeiner Teil:

I. Einführung

Von den Regelungen des Gesetzentwurfs, die gesundheitspolitische Fragestellungen betreffen, sind überwiegend die gesetzlichen Krankenkassen betroffen. Von einer grundsätzlichen sozialpolitischen Bewertung des Gesetzentwurfs durch die Deutsche Rentenversicherung Bund wird deshalb abgesehen. Berührungspunkte zum Tätigkeits- und Aufgabenbereich der gesetzlichen Rentenversicherung ergeben sich insbesondere in den Bereichen des Beitragseinzugs, des Versicherungs- und Beitragsrechts sowie im Bereich von Regelungen, die die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen betreffen. Sofern in der Stellungnahme Bewertungen vorgenommen werden, beschränken sich diese auf Regelungsgegenstände des Gesetzentwurfs, die unmittelbar den Aufgabenbereich der gesetzlichen Rentenversicherung betreffen und für diese Auswirkungen haben. Wegen der Einzelheiten wird auf den **Besonderen Teil** der Stellungnahme hingewiesen. Unabhängig hiervon sind von dem Gesetzgebungsvorhaben Auswirkungen zu erwarten, die den Beitragsfluss zur Rentenversicherung bzw. deren Finanzierung betreffen. Auf diese Auswirkungen wird nachfolgend eingegangen.

II. Beitragsfluss und Rentenzahltermin

Wegen der zeitlichen Enge zwischen Beitragszahltermin und Rentenzahltermin muss unbedingt sichergestellt werden, dass sich der Beitragsfluss zur gesetzlichen Rentenversicherung nicht verzögert. Entsprechende Gefahren im Hinblick auf Beitragsfluss und Rentenzahltermin könnten sich insbesondere aufgrund organisatorischer Veränderungen im Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds und den kassenübergreifenden Weiterleitungsstellen ergeben. Wegen der Einzelheiten wird insbesondere auf die Ausführungen zu den Vorschriften der §§ 28f SGB IV-E, 171b, 255 SGB V-E und § 60 Abs. 4 SGB XI-E im Besonderen Teil der Stellungnahme hingewiesen.

III. Mögliche Auswirkungen des GKV-WSG auf die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung

Im Zusammenhang mit der beabsichtigten Neuordnung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist vorgesehen, dass sich alle gesetzlichen Krankenkassen bis Ende 2007 entschulden sollen. Um diese Vorgabe erreichen zu können, werden voraussichtlich einige gesetzliche Krankenkassen ihre Beiträge anheben müssen. Vor diesem Hintergrund wird für das Jahr 2007 ein Anstieg der Beitragssätze in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) um 0,8 Prozentpunkte prognostiziert. Dies entspricht einem Betrag von knapp 1,6 Mrd. €, der jeweils zur Hälfte von den in der KVdR versicherten Rentnern und der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragen wäre. Die gesetzliche Rentenversicherung hätte demnach im Jahr 2007 knapp 800 Mio. € zusätzlich für die KVdR aufzubringen. Weiterhin wird die gesetzliche Rentenversicherung durch die in § 255 Abs. 3 Satz 3 SGB V-E vorgesehene Fälligkeitsregelung in einem Umfang von 300 Mio. € in ihrer Liquidität beeinträchtigt, ohne dass es hierfür einen nachvollziehbaren Grund gibt. Auf die Ausführungen zu § 255 SGB V-E im **Besonderen Teil** der Stellungnahme wird hingewiesen.

Darüber hinaus ist vorgesehen, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2009 eine der Höhe nach noch festzulegende Liquiditätsreserve aufbauen sollen. Auch die Umsetzung dieser Vorgabe kann einen höheren Beitragssatz in der KVdR erforderlich machen. Zudem wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund das Risiko gesehen, dass die im Gesetzentwurf vorausgesetzten Einsparungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erreicht werden oder sich mit den vorgesehenen Umstrukturierungen, vor allem im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, zusätzliche Kosten in nennenswertem Umfang ergeben, die Auswirkungen auf die Höhe des Beitragssatzes in der KVdR und damit auch auf die Liquidität der Rentenversicherung haben könnten.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

B. Besonderer Teil

VORSCHRIFT	TITEL
§ 28f Absatz 4 SGB IV-E	Aufzeichnungspflicht, Nachweise der Beitragsabrechnung und der Beitragszahlung
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Stellungnahme:

Die Deutsche Rentenversicherung Bund befürwortet ausdrücklich Vereinfachungen für die Arbeitgeber hinsichtlich der administrativen Aufgaben, die sie im Zusammenhang mit der Abführung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags übernehmen müssen.

Die Vorschrift in der derzeit beabsichtigten Fassung verwirklicht dieses Ziel aber nur partiell. Zudem sind ein neuer bürokratischer Aufwand, vor allem aber auch Verzögerungen im Beitragseinzug zu befürchten. Die Vorschrift stellt nicht sicher, dass der Beitragsfluss zur gesetzlichen Rentenversicherung reibungslos, effizient und vor allem zügig erfolgt.

Hierzu im Einzelnen:

Beabsichtigter Aufgabenumfang der Weiterleitungsstellen

Die Vorschrift regelt, dass sich die Arbeitgeber eine so genannte Weiterleitungsstelle aussuchen können, an die sie die Meldungen erstatten, bei denen sie die Beitragsnachweise einreichen und an die sie den Gesamtsozialversicherungsbeitrag zahlen.

Im Referentenentwurf war vorgesehen, dass die - in ihrer Rechtsform auch in der jetzigen Fassung des § 28f Abs. 4 SGB IV-E nach wie vor unbestimmten, z. T. offenbar nur als lose Zusammenschlüsse ohne eigene Rechtspersönlichkeit vorgesehenen (vgl. den neu in § 28f Abs. 4 SGB IV-E eingeführten Terminus der „Verbünde“ von Krankenkassen) - Weiterleitungsstellen anstelle der Einzugsstellen Aufgaben nach § 28h Abs. 1 SGB IV übernehmen.

Nachdem in der jetzigen Fassung des § 28f Abs. 4 SGB IV-E der Verweis auf § 28h Abs. 1 SGB IV fehlt, versteht die Deutsche Rentenversicherung Bund die jetzt beabsichtigte Regelung dahingehend, dass nicht daran festgehalten werden soll, den Weiterleitungsstellen die Befugnisse und Aufgaben nach § 28h Abs. 1 SGB IV zu übertragen. Indem diese Aufgaben hoheitliche sind und der Eingriffsverwaltung zuzuordnen sind, wäre deren Übertragung an Stellen und Zusammenarbeitsformen ohne eigene bzw. mit einer dem Privatrecht zuzuordnenden Rechtsform ohnehin rechtlich nicht möglich gewesen.

Allerdings führt der Umstand, dass die Weiterleitungsstellen Aufgaben nach § 28h Abs. 1 SGB IV nicht übernehmen und daher insbesondere keine Befugnis haben, Beitragsansprüche, die nicht rechtzeitig erfüllt werden, geltend zu machen (vgl. § 28h Abs. 1 Satz 3 SGB IV), dazu, dass die Weiterleitungsstellen unterbliebene oder verspätete Beitragszahlungen nicht selbst durchsetzen bzw. - mit Säumniszuschlägen - ahnden können. Hier müssen vielmehr die dafür nach wie vor zuständigen Einzugsstellen tätig werden.

Folge ist nicht nur, dass - ebenso wie bisher - eine Befassung mehrerer Einzugsstellen mit demselben Lebenssachverhalt erforderlich ist, sondern dass in den Gesamtkomplex des Beitragseinzugs mit den ca. 300 denkbaren Weiterleitungsstellen neue Stellen zusätzlich zwischengeschaltet werden. Das Hinzutreten neuer Stellen führt insgesamt gesehen nicht zu einer Vereinfachung oder Verschlinkung des bisherigen Systems. Auch für die Arbeitgeber bleibt es dabei, dass sie in allen Fällen von Unregelmäßigkeiten des Zahlungs- bzw. Beitragsnachweisverkehrs weiterhin mit mehreren Einzugsstellen zu tun haben. Alle Einzugsstellen (bei denen selbst keinerlei Geldeingang mehr erfolgt, weil die Beiträge zur Krankenversicherung von der Weiterleitungsstelle direkt an den Gesundheitsfonds weitergeleitet werden) müssen zusätzlich zur neu hinzutretenden Weiterleitungsstelle tätig werden; der Arbeitgeber erhält im Fall unterbliebener oder verspäteter Zahlung also entsprechende Aufforderungen von mehreren Einzugsstellen, die alle die Zahlung an ein und dieselbe Stelle, nämlich die gewählte Weiterleitungsstelle, verlangen.

Ausschließlich für Fälle des idealtypischen Ablaufs ohne jede Störung wird also mit der beabsichtigten Regelung eine Vereinfachung für die Arbeitgeber erreicht. Es handelt sich folglich nur um eine sehr partielle Vereinfachung für die Arbeitgeber. Im Gegenzug zu dieser nur teilweisen Vereinfachung werden Institutionen (Arbeitsgemeinschaften und Verbände) neu installiert und diesen, neben den bereits bestehenden Stellen (Krankenkassen und deren Verbände), die Aufgaben der Weiterleitungsstellen zugewiesen. Aufgrund des eingeschränkten Aufgabenbereichs der Weiterleitungsstellen sind dann zwischen diesen und allen Einzugsstellen neue, laufende Kommunikations- und Austauschprozesse, also auch neue Verfahrensstrukturen, erforderlich.

Vorgesehenes uneingeschränktes Wahlrecht des Arbeitgebers

- Die Möglichkeit des Arbeitgebers, sich eine Weiterleitungsstelle auszusuchen, sollte an die Voraussetzung gebunden werden, dass er bisher den Gesamtsozialversicherungsbeitrag an mehrere Einzugsstellen zahlen musste.

Eine Vereinfachung für den Arbeitgeber kann nur dann erzielt werden, wenn bisher der Gesamtsozialversicherungsbeitrag an mehrere Stellen gezahlt werden musste. Nur in diesen Fällen profitiert der Arbeitgeber überhaupt von der Neuregelung.

Die Ausübung des Wahlrechts durch den Arbeitgeber, zu der er dem Wortlaut der Vorschrift nach ohne jede Voraussetzung und ohne regionale oder sonstige Einschränkung berechtigt ist, führt dagegen zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand seitens der Einzugsstellen, der Weiterleitungsstellen und in der Folge zu einem Zusatzaufwand der Prüfinstitutionen nach § 28q Abs. 1 SGB IV. Nicht nur bedarf es der Kommunikation der Arbeitgeberentscheidung zwischen der vom Arbeitgeber ausgesuchten Stelle und den betreffenden Einzugsstellen; auch im Folgenden sind laufende Informationen der weiterhin mit den Aufgaben des § 28h Abs. 1 SGB IV betrauten Einzugsstelle nötig, die ggf. Säumniszuschläge erheben oder Vollstreckungsmaßnahmen einleiten muss. Dieser verwaltungsinterne Zusatzaufwand rechtfertigt sich nicht, wenn für den Arbeitgeber keine Vereinfachungen zu erzielen sind.

- Der Arbeitgeber sollte den Antrag nur bei einer der Krankenkassen, zu der er bisher Gesamtsozialversicherungsbeiträge abführen musste, stellen können.

Die derzeitige Formulierung berechtigt den Arbeitgeber, sich nicht nur jede der derzeit über 250 Krankenkassen im Bundesgebiet, sondern auch alle bestehenden Kassenverbände,

Arbeitsgemeinschaften oder „Verbünde“ als Weiterleitungsstelle auszusuchen. Denn die beabsichtigte Formulierung lässt offen, ob überhaupt sowie ggf. durch wen und in welcher Form eine Beauftragung der Weiterleitungsstellen erfolgen soll. Stattdessen werden lediglich die Weiterleitungsstellen als beauftragte Stellen definiert (Satz 1), anschließend die als Weiterleitungsstellen infrage kommenden Institutionen oder Konstellationen aufgezählt (Satz 2) und in Satz 3 das Antragsrecht des Arbeitgebers an eine dieser Stellen begründet.

Damit droht eine unübersehbare Vielzahl von Weiterleitungsstellen und komplexen Verflechtungen zwischen den Arbeitgebern, den Einzugsstellen und den Weiterleitungsstellen, was nicht nur zu zusätzlicher Bürokratie führt, sondern für das erklärte Ziel der Regelung, eine Vereinfachung für die Arbeitgeber zu schaffen, nicht erforderlich ist. Derzeit kann nicht abgesehen werden, ob die ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung der Einzugsstellen und Weiterleitungsstellen dann noch prüffähig ist (§ 28q Abs. 1 SGB IV).

Vielzahl der infrage kommenden Weiterleitungsstellen / Unklarheit der Rechtsform / Fehlende qualitative Anforderungen

Problematisch sind die Vielzahl infrage kommender Weiterleitungsstellen und die vielen unterschiedlichen, z. T. ungeklärten Rechtsformen, in denen diese gebildet bzw. betrieben werden können.

Die Befugnis insbesondere auch zum Empfang der Sozialversicherungsbeiträge darf unserer Auffassung nach nur auf rechtsfähige juristische Personen übertragen werden. Die erwähnten „Verbünde“ von Krankenkassen sind eine gänzlich neue Form des Zusammenschlusses, die ausschließlich in § 28f Abs. 4 SGB IV-E Erwähnung findet; im SGB V findet sich dieser Terminus nicht. Rechtsnatur und Rechtsform derartiger Verbünde sind also offen. Lose Zusammenschlüsse, deren Rechtsform ungeklärt ist oder die dem Privatrecht zuzuordnen sind, erscheinen in Anbetracht der Bedeutung, die der funktionstüchtige Beitragseinzug für die gesamte Sozialversicherung hat, nicht geeignet für die Entgegennahme der Sozialversicherungsbeiträge; weiterhin stellen sich auch haftungsrechtliche Fragen.

Abgesehen vom Fehlen der gesetzlichen Festlegung einer geeigneten Rechtsform der Weiterleitungsstellen, enthält die vorliegende Fassung des § 28f Abs. 4 SGB IV-E weder eine Definition, welche Kriterien die Weiterleitungsstelle zu erfüllen hat (z.B. technische, personelle etc.), noch ist vorgesehen, dass eine „Zulassung“ der Stellen (nach einer Eignungsprüfung) ausgesprochen wird. Vielmehr sind alle genannten Stellen (Krankenkassen, Verbände von Krankenkassen, Verbünde

und Arbeitsgemeinschaften) als Weiterleitungsstellen legaldefiniert. Ohne weitere Voraussetzungen erfüllen zu müssen, kann jede dieser Stellen aufgrund des Antrags des Arbeitgebers Weiterleitungsstelle werden und muss daher die entsprechende Ausstattung und Technik aufbauen und vorhalten.

Die Sicherstellung der Existenz der vom Arbeitgeber gewählten „Weiterleitungsstelle“ ist auch nicht, wie zu erwarten gewesen wäre, als Aufgabe des Spitzenverbands Bund definiert, sondern allen Krankenkassen originär zugewiesen. Bezüglich der Ausgestaltung der Tätigkeit der Weiterleitungsstellen sind bisher nur „Empfehlungen“ seitens des Spitzenverbands Bund (§ 217f Abs. 3 SGB V-E) vorgesehen. Diese Regelungen halten wir nicht für ausreichend, um einen qualitativen Mindeststandard zu gewährleisten.

Fazit:

Der insgesamt zu konstatierende Verzicht auf alle Vorgaben und Regularien hinsichtlich der Bildung und des Betriebs der Weiterleitungsstellen steht im deutlichen Widerspruch zur Bedeutung, die die Beitragszahlung für alle am Gesamtsozialversicherungsbeitrag beteiligten Zweige hat.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 28l SGB IV-E	Vergütung
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

§ 28l Abs. 1a Satz 3 SGB IV-E sollte wie folgt formuliert werden:

„Die Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit haben ihren Anteil in gleich bleibenden monatlichen Raten an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu zahlen.“

Die Streichung von Satz 4 sollte überdacht werden. Wenn Satz 4 wie vorgesehen gestrichen wird, fehlt es an einer Regelung darüber, dass und ggf. wie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Vergütung an die einzelnen Krankenkassen verteilt.

Begründung:

Bei der bisher vorgesehenen Änderung von Abs. 1a Satz 3 handelt es sich vermutlich um ein redaktionelles Versehen, denn Absatz 1a Satz 3 würde dann folgendermaßen lauten:

„Die Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit haben ihren Anteil in gleich bleibenden monatlichen Raten an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in dem für das

Jahr 2004 maßgebenden Verhältnis der auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Vergütung zu zahlen.“

Nachdem Zahlungsempfänger nur noch eine Stelle, nämlich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist, bedarf es keiner weiteren Regelung bezüglich einer verhältnismäßigen Aufteilung dieser Zahlungen an einzelne Krankenkassen.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V-E	Versicherungspflicht
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

Auf die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V-E für die Krankenversicherung der Rentner vorgeschriebene Erfüllung einer Vorversicherungszeit sollte mit der Maßgabe verzichtet werden, dass eine Familienversicherung (§ 10 SGB V) Vorrang hat.

§ 5 Abs. 1 Nr. 11a und 12 SGB V könnten entfallen.

Begründung:

Mit der Ergänzung des Abs. 1 um die Nr. 13 wird für Personen, die keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen sind, eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung begründet.

Angesichts der mit dem Gesetzesentwurf angestrebten „Absicherung im Krankheitsfall für alle“ und in Anbetracht der Tatsache, dass ohnehin die beitragsrechtlichen Unterschiede zwischen pflicht- und freiwillig versicherten Rentnern immer mehr verringert werden, stellt sich die Frage, inwieweit die Anbindung der KVdR-Mitgliedschaft an eine besondere Vorversicherungszeit noch sinnvoll ist.

Mit dem Wegfall der besonderen Versicherungsvoraussetzungen entfielen die vor jeder Rentenbewilligung vorzunehmende, oft mit zusätzlichem Ermittlungsaufwand verbundene Einzelfallprüfung der Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V durch die Krankenkassen. Dies hätte nicht nur eine Reduzierung des Verwaltungsaufwandes auf Seiten der Krankenkassen zur Folge, sondern würde auch die Dauer der Antragsbearbeitung bei den Rentenversicherungsträgern positiv beeinflussen.

Die Regelung des § 6 Abs. 3a SGB V verhindert dabei grundsätzlich, dass Personen, die in der Vergangenheit nicht dem System der gesetzlichen Krankenversicherung angehört haben, nunmehr als Rentner eine Mitgliedschaft in der KVdR erlangen könnten.

Um eine Mehrbelastung der Rentenversicherungsträger mit Beitragsaufwendungen zu vermeiden, sollte einer Familienversicherung allerdings der Vorrang eingeräumt werden.

Bei Entfallen der persönlichen Voraussetzungen im Rahmen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V wären die Regelungen der § 5 Abs. 1 Nr. 11a sowie Nr. 12 SGB V entbehrlich.

Schließlich müsste geregelt werden, wie mit Bestandsfällen umgegangen werden soll.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 11 Abs. 4 SGB V-E	Leistungsarten
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Stellungnahme:

Es wird ein neuer Abs. 4 eingefügt. Der bisherige Abs. 4 wird Abs. 5. Der neue Abs. 4 besagt, dass Versicherte *Anspruch auf ein Versorgungsmanagement* (insbesondere zur Lösung von Schnittstellenproblemen) beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche haben. Die erforderlichen Regelungen können in die Vorschriften zur integrierten Versorgung eingefügt werden oder in die zweiseitigen Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften sowie den Vereinigungen der Krankenhausträger im jeweiligen Land aufgenommen werden. Entsprechende Regelungen zum Versorgungsmanagement können darüber hinaus auch in vertragliche Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung oder Leistungserbringern nach dem XI. Buch sowie mit den Pflegekassen getroffen werden. Die Leistungserbringer sollen die Krankenkassen dabei unterstützen und ihnen die erforderlichen Angaben übermitteln. Sie sollen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten sorgen.

Im Rahmen dieser Konzeption wird zum einen das Ziel verfolgt, die unmittelbar an der integrierten Versorgung beteiligten Akteure zu verpflichten, die integrierte Versorgung um ein entsprechendes Schnittstellenmanagement zu erweitern. Über die Regelung in § 11 SGB V-E wird das Schnittstellenmanagement zu einem „Qualitätskriterium“ von Modellen der integrierten Versorgung erhoben.

Für die Leistungsträger und die Leistungserbringer ergibt sich hieraus die Verpflichtung, dafür Sorge zu tragen, dass entsprechende „Managementangebote“ tatsächlich vorgehalten werden.

Zum anderen ist geregelt, dass entsprechende Regelungen zum Versorgungsmanagement darüber hinaus auch in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung oder Leistungserbringern nach dem XI. Buch sowie mit den Pflegekasernen getroffen werden können. Damit wird die Absicht zum Ausdruck gebracht, einen Anspruch des Versicherten auf die Stellung eines Versorgungsmanagements auch über die integrierte Versorgung hinaus als „Regelleistung“ einführen zu wollen.

Der Aufbau neuer Strukturen, primär durch private Anbieter eines „Case-Managements“, dürfte deshalb zu erwarten sein. Entsprechende Anbieter dürften bestrebt sein, Verträge über ein Schnittstellenmanagement auch mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung oder mit Leistungserbringern der KV (z.B. Reha-Kliniken) abzuschließen, die Leistungen (auch) im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung erbringen. In der Praxis wird sich die Frage stellen, welche Mehrkosten hierfür entstehen. Indem primär die Leistungserbringer verpflichtet sein sollen, ein entsprechendes Versorgungsmanagement anzubieten, stellt sich die Frage, ob die Regelung systematisch dem § 11 - Leistungsarten – zugeordnet werden kann.

Von der Rentenversicherung wird der Aufbau entsprechender (zusätzlicher) Strukturen kritisch bewertet insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Träger der Rentenversicherung seit jeher Angebote zum Schnittstellenmanagement vorhalten (z.B. AHB-Verfahren, Reha- Beratungsdienste). Vorrangig sollte es deshalb darum gehen, vorhandene Angebote auszubauen bzw. noch enger mit anderen beteiligten Akteuren zu kooperieren.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 40 Abs. 2 SGB V-E	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

Der bisherige Rechtszustand sollte beibehalten werden.

Begründung:

Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund gibt es keine zwingenden Gründe, weshalb für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation eine Verpflichtung zur Durchführung eines entsprechenden Zertifizierungsverfahrens begründet werden sollte. Zur Begründung wird auf die Ausführungen zu §§ 20 Abs. 2 Satz 2, Abs. 2a, 21 Abs. 3 Satz 2 SGB IX – E hingewiesen.

Das gegenüber der Krankenversicherung erweiterte Wunsch- und Wahlrecht hat auch Auswirkungen auf die gesetzliche Rentenversicherung (GRV). Da die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte der GRV im Rahmen des § 14 SGB IX erbringt, könnten Versicherte Reha-Einrichtungen auswählen, die zwar zertifiziert sind, aber weder einen Versorgungsvertrag mit der GKV noch einen Belegungsvertrag mit der GRV haben. Die vorgesehene Regelung wird (nachteilige) Auswirkungen auf die Leistungsqualität im Bereich der medizinischen Rehabilitation haben, die unmittelbar auch die Rentenversicherung

und deren Rehabilitanden betreffen (z.B. Qualität des Entlassungsberichts, Güte der Empfehlungen für Reha-Folgeentscheidungen der GRV, Verzahnung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation, MBO etc.). Ein (weiteres) gemeinsames Vorgehen von GRV und GKV im Rahmen der Qualitätssicherung und damit die Umsetzung des § 20 SGB IX wird durch die neue Regelung erschwert.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 171b SGB V-E	Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Stellungnahme:

Die Deutsche Rentenversicherung Bund weist darauf hin, dass die beabsichtigte Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen ab dem 01.01.2008 die Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen, und damit insbesondere auch der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentner, zu gefährden droht. Denn es wäre zu befürchten, dass Leistungserbringer die Erbringung von Leistungen ablehnen könnten, wenn Zweifel an der Zahlungsfähigkeit einer Krankenkasse bestehen.

Darüber hinaus ist zu befürchten, dass die Rentenversicherung - neben ihr aber auch die übrigen Zweige der Sozialversicherung - infolge etwaiger Insolvenzverfahren erhebliche finanzielle Nachteile erleiden kann. Denn die Träger der Rentenversicherung sind gesetzliche Gläubiger der Krankenkassen u.a. als Beitragszahler zur Rentenversicherung bei Entgeltersatzleistungsbezug (beispielsweise Krankengeld) und Gläubiger von Verrechnungs- und Erstattungsansprüchen.

Bezogen auf die Stellung der Krankenkasse als Einzugsstelle nach § 28h SGB IV für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag bedarf es bei Beibehaltung des geplanten Vorhabens unmissverständlicher Regelungen dahingehend,

- dass die weiterzuleitenden Beiträge, die die Krankenkassen als Einzugsstellen oder als Weiterleitungsstellen i.S.d. § 28f Abs. 4 SGB IV-E vereinnahmen oder vereinnahmt haben, nicht zum Vermögen der Krankenkassen gehören, sondern ungeschmälert an die Fremdversicherungsträger weiterzuleiten sind

und

- wie im Fall eines Insolvenzverfahrens der weitere und laufende Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags, die Durchsetzung etwaiger noch offener Forderungen und die Fortführung von Gerichtsverfahren oder Insolvenzverfahren, an denen die betreffende Krankenkasse bisher in ihrer Funktion als Einzugsstelle und Treuhänderin der einzuziehenden Beiträge für die Fremdversicherungsträger beteiligt war, gestaltet werden sollen.

Insgesamt müssen vor Einführung des § 171b SGB V-E die Folgewirkungen der beabsichtigten Regelung, auch auf weitere Zweige der Sozialversicherung und insbesondere die Rentenversicherung, in rechtlicher und finanzieller Hinsicht umfassend und eingehend geprüft werden. Insbesondere ist sicher zu stellen, dass die Finanzierungsgrundlagen der Sozialversicherung insgesamt nicht gefährdet werden.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 186 Abs. 11 SGB V-E	Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

§ 186 Abs. 11 SGB V-E sollte um folgenden Satz ergänzt werden:

„Die Entscheidung über die Ermäßigung, die Stundung oder den Erlass trifft die Krankenkasse im Einzelfall.“

Begründung:

Die Ergänzung ist aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund nur dann erforderlich, wenn die Rentenversicherungsträger überhaupt an der Tragung der Beiträge von Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V-E beteiligt sind (vgl. Stellungnahme zu § 250 SGB V-E).

Ist dies der Fall, hat die o. g. Regelung allerdings Einfluss auf Beginn und ggf. Höhe des Beitragseinbehalts aus der Rente. Die im Satz 4 der Vorschrift beschriebene rückwirkende Begründung einer Pflichtmitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V-E erfordert vom Rentenversicherungsträger zunächst einmal zwingend die Nacherhebung der bislang nicht gezahlten Beiträge aus

der Rente nach § 255 Abs. 2 SGB V. Die Entscheidung, hiervon zur Vermeidung unbilliger Härten für bestimmte Zeiträume oder in einem bestimmten Umfang abzusehen, kann nur von der gesetzlichen Krankenkasse getroffen werden.

In diesem Zusammenhang würde sich allerdings die Frage stellen, inwieweit von der Möglichkeit der Ermäßigung, der Stundung oder des Erlasses auch der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers erfasst wird.

Unabhängig davon ist anzumerken, dass die Regelung des § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V-E in einem gewissen Widerspruch zum Inhalt der Begründung zu Art. 1 Nr. 33 (§ 53) steht. Dort wird die Möglichkeit einer Beitragserstattung durch die Krankenkasse mit der Begründung verneint, diese würden keine Beiträge mehr erheben. Dass sie dennoch Beiträge ermäßigen, stunden oder erlassen können, erscheint wenig einleuchtend.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 241 SGB V-E	Allgemeiner Beitragssatz
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

1. § 241 Abs. 2 (Art. 2 Nr. 29a Buchst. c) sollte Abs. 3 werden, wobei der Satz 1 folgenden Wortlaut haben sollte:

„Erforderliche Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes werden jeweils bis zum 1. November eines Jahres mit Wirkung vom 1. Januar des Folgejahres festgelegt.“

Satz 3 sollte wie folgt formuliert werden:

„Wenn der Beitragssatz durch Rechtsverordnung nicht zum 1. Januar, sondern zum 1. eines anderen Monats in Kraft treten soll, hat die Festlegung spätestens zum 1. des vorvergangenen Monats zu erfolgen.“

2. § 241 Abs. 1 (Art. 2 Nr. 29a Buchst. a) sollte nicht vollständig aufgehoben werden. Als Abs. 1 sollte der bisherige § 241 Abs. 1 Satz 2 beibehalten werden:

“Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, zahlen Mitglieder Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz.“

3. Art. 2 Nr. 29a Buchst. b wäre entbehrlich.
4. § 241 Abs. 3 sollte Abs. 4 werden, wobei die Wörter „nach Absatz 2“ durch die Wörter „nach den Absätzen 2 und 3“ zu ersetzen wären.
5. § 241 Abs. 4 sollte Abs. 5 werden.

Begründung:

Zu 1:

Eine fristgerechte Umsetzung erforderlicher Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes durch die Rentenversicherungsträger zum 1. Januar eines Jahres kann nur gewährleistet werden, wenn – wie auch bei der erstmaligen Einführung des allgemeinen Beitragssatzes – der neue Beitragssatz spätestens am 1. November verbindlich festgelegt ist. Eine zwingende Regelung ist auch hier unentbehrlich, da anderenfalls eine Nutzung der vereinfachten Regularien des § 255 Abs. 1 Satz 3 SGB V für die Umsetzung der Beitragssatzänderung bei den Rentenzahlungen („Kontoauszugsverfahren“) nicht mehr möglich ist. Die Berücksichtigung eines im obigen Sinne verspätet bekannt gegebenen Beitragssatzes durch die Rentenversicherungsträger würde im Ergebnis – wegen der dann in allen Fällen erforderlichen Bescheiderteilung – mit Aufwendungen im zweistelligen Millionenbereich verbunden sein. Der Vorschlag zu Satz 3 dient ausschließlich der Klarstellung.

Sollte eine entsprechende Festlegung auf den Stichtag 1. November nicht erfolgen, wäre für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung die Einführung und Änderung eines für alle Krankenkassen geltenden Beitragssatzes nur zu einem Zeitpunkt sachgerecht, der keinen zusätzlichen Verwaltungs- und Kostenaufwand bei den Rentenversicherungsträgern (für rd. 20 Mio. versicherungspflichtige Rentner) verursacht. Dies wäre jeweils zum 1. Juli eines Jahres – dem Zeitpunkt

der Rentenanpassung – gegeben. Zu bedenken ist dabei allerdings, dass in der Öffentlichkeit dargestellt werden müsste, warum eventuelle Beitragssatzsenkungen erst „verspätet“ an Rentner weitergegeben werden.

Zu 2:

Wir gehen davon aus, dass es sich bei der Streichung des gesamten Absatzes 1 (Art. 2 Nr. 29a Buchst. a) um ein Versehen handelt. Dies würde nämlich dazu führen, dass aus dem Gesetz nicht mehr hervorgeht, für welchen Personenkreis konkret der allgemeine Beitragssatz Anwendung findet.

Zu 3. bis 5:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Vorschlag 2.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 247 SGB V-E	Beitragssatz aus der Rente
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

§ 247 SGB V sollte wie folgt gefasst werden:

„Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 Anwendung.“

Alternativ wäre auch folgende Formulierung denkbar:

„Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 Anwendung. Satz 1 gilt selbst dann, wenn kein Anspruch auf Krankengeld besteht.“

Begründung:

Angesichts der Tatsache, dass § 243 SGB V-E für Mitglieder ohne Krankengeldanspruch einen ermäßigten Beitragssatz vorsieht und die Zahlung von Krankengeld für Rentner in der Regel nach

§ 50 SGB V ausgeschlossen ist, ergibt sich die Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes für Renten nicht zwangsläufig. Denkbar (und für die Rentenversicherung deutlich kostengünstiger) wäre insoweit auch die Heranziehung des ermäßigten, gegenüber dem allgemeinen Beitragssatz um 0,6 Prozentpunkte verminderten Beitragssatzes.

Andernfalls wäre mit Blick auf die bereits heute anhängigen Rechtsstreitigkeiten zum maßgebenden Beitragssatz nach § 247 SGB V in der geltenden Fassung zumindest eine eindeutige Aussage darüber wünschenswert, dass (und ggf. aus welchen Gründen) trotz des fehlenden Krankengeldanspruchs bei Rentnern der allgemeine Beitragssatz Anwendung finden soll.

Zur fristgerechten Umsetzung siehe Stellungnahmen zu §§ 241 und 255 SGB V-E.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 250 SGB V-E	Tragung der Beiträge durch das Mitglied
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

§ 250 Abs. 3 SGB V-E sollte wie folgt gefasst werden:

„(3) Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlenden Beiträge allein.“

Begründung:

§ 250 Abs. 3 SGB V-E sieht für versicherungspflichtige Personen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V-E die alleinige Tragung ihrer nach § 240 SGB V bemessenen Beiträge vor. Ausgenommen hiervon sind – dem insoweit eindeutigen Wortlaut nach – lediglich Personen, die zugleich über Arbeitsentgelt verfügen; an der Tragung der Beiträge aus Arbeitsentgelt soll der Arbeitgeber nach § 249 SGB V-E beteiligt werden. Demnach hätten Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V-E, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, auch die Beiträge aus dieser Rente in voller Höhe allein zu tragen.

Diese Regelung steht jedoch im Widerspruch zu der Vorschrift des § 249a SGB V, die – auch in der vorliegenden Entwurfsfassung – eine Beteiligung des Rentenversicherungsträgers an der Tragung der aus der Rente zu zahlenden Beiträge ausnahmslos für alle versicherungspflichtigen Rentner (unabhängig vom Grund der Pflichtmitgliedschaft) vorsieht.

Wir gehen davon aus, dass eine Beteiligung der Rentenversicherungsträger an der Tragung der aus der Rente zu zahlenden Beiträge auch für den Personenkreis der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V-E Versicherungspflichtigen vorgesehen ist, so dass es der o. a. eindeutigen Gesetzesformulierung bedarf. Zu den sich daraus ggf. ergebenden Folgen für den Beginn der Beitragszahlung vgl. Stellungnahme zu § 186 Abs. 11 SGB V-E.

Für den Fall, dass für nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V-E versicherungspflichtige Rentner tatsächlich eine alleinige Tragung der Beiträge aus der Rente beabsichtigt ist, sei auf folgende Konsequenzen hingewiesen:

1. Nach dem Wortlaut des § 255 Abs. 1 SGB V hätten die Rentenversicherungsträger – trotz ihrer fehlenden Beteiligung an der Beitragstragung – auch bei diesen Personen die Beiträge aus der Rente einzubehalten. Da eine derartige Beitragseinbehaltung mit den bestehenden Verfahren nicht umsetzbar wäre, hätte diese Regelung – bezogen auf die geringe Anzahl betroffener Personen – einen unverhältnismäßig hohen Aufwand zur Verfahrensänderung zur Folge.
2. Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V-E Versicherungspflichtigen käme – trotz der alleinigen Beitragstragung – die Zahlung eines Zuschusses durch den Rentenversicherungsträger nach § 106 SGB VI aus zwei Gründen nicht in Betracht. Zum einen setzt der Anspruch auf Zuschuss eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder die Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen voraus (§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB VI). Zum anderen schließt eine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung den Anspruch auf Zuschuss ohnehin aus (§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI).

Sollte dennoch die Beteiligung des Rentenversicherungsträgers an der Beitragstragung für diese Personengruppe nicht gewünscht sein, müsste § 249a SGB V-E um eine entsprechende Aussage ergänzt werden.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 255 SGB V-E	Beitragszahlung aus der Rente
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

§ 255 Abs. 1 Satz 2 SGB V sollte um folgenden Halbsatz ergänzt werden:

„Versicherungspflichtige können in diesen Fällen über die jeweilige Änderung auf dem Kontoauszug ihres Geldinstitutes informiert werden.“

Die Begründung zu § 255 Abs. 1 Satz 2 2. Halbsatz SGB V-E sollte wie folgt neu gefasst werden:

„Folgeänderung zu § 247 SGB V

Bei der Einführung und Änderung des ab 1.1.2009 maßgebenden Beitragssatzes für die Bemessung von Beiträgen aus Renten sind die Rentenversicherungsträger von der Erteilung besonderer Bescheide befreit. Der Versicherungspflichtige erhält bei Beitragssatzänderungen grundsätzlich im Rahmen der Zahlung seiner Rente eine Information auf dem Kontoauszug seines Geldinstitutes.“

Begründung:

Die Änderung soll – zusammen mit der entsprechenden Begründung – Rechtssicherheit darüber schaffen, dass das bisherige Verfahren des § 255 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch bei Einführung eines „neuen“ Beitragssatzes zum 01.01.2009 Anwendung finden und der Rentenberechtigte über den Kontoauszug seines Geldinstitutes informiert werden kann:

Durch die Einführung eines für alle Krankenkassen gleich hohen Beitragssatzes, der stichtagsbezogen festgesetzt wird, besteht für die einzelnen Krankenkassen nicht mehr die Möglichkeit, den für sie zutreffenden Beitragssatz individuell festzulegen. Die stichtagsbezogene Einführung dieses Beitragssatzes führt allerdings dazu, dass fast der gesamte Rentenbestand zum selben Zeitpunkt in seinen Zahlungsdaten verändert werden muss. Gleiches gilt für spätere Änderungen des Beitragssatzes. Mit Blick auf den hierdurch ohnehin schon für die Rentenversicherungsträger entstehenden Verwaltungsaufwand sollte vermieden werden, dass für jeden Rentenzahlfall ein herkömmlicher Bescheid in Papierform zu erstellen ist (was mit Aufwendungen im mehrstelligen Millionenbereich verbunden wäre). Dem Rentenberechtigten entstünde hieraus kein Verlust seines Rechtsschutzes.

Hinsichtlich der Information über die Veränderung kann – wie schon bisher – der Kontoauszug des Geldinstituts des jeweiligen Rentenberechtigten genutzt werden.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 255 SGB V-E	Beitragszahlung aus der Rente
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Die Beitragsforderungen aus Renten (§ 255 Abs. 3 SGB V) werden bis zum Ende des Jahres 2008 mit den Verpflichtungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs und mit den für die Deutsche Rentenversicherung Bund eingezogenen Beiträgen durch die Krankenkassen verrechnet. Ab Januar 2009 gilt diese Verrechnungsregelung nicht mehr. Die KVdR-Beiträge sind – wie bisher – gemäß § 255 Abs. 1 Satz 1 SGB V von den Trägern der Rentenversicherung an die Deutsche Rentenversicherung Bund für die Krankenkassen zu zahlen.

In dem vorliegenden Gesetzentwurf fehlt es allerdings an einer Regelung, wie bzw. in welcher Form die Deutsche Rentenversicherung Bund die zunächst an sie gezahlten Beiträge aus Renten an die gesetzliche Krankenversicherung weiterzuleiten hat.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 255 Abs. 3 Satz 3 SGB V-E	Beitragszahlung aus der Rente
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

In § 255 Abs. 3 SGB V-E sollte der Satz 3 gestrichen werden.

Begründung:

Der in Satz 3 geregelten neuen Fälligkeit in Höhe von 300 Mio. Euro am 8. des Monats kann nicht zugestimmt werden. Im Referentenentwurf wird die neue Fälligkeit damit begründet, dass die derzeitige Liquidätsausstattung der Rentenversicherung auch nach Einführung des Gesundheitsfonds erhalten bleiben soll. Dies wird mit der neuen Regelung nicht erreicht.

Derzeit zahlt die Deutsche Rentenversicherung am 8. des Monats ca. 800 Mio. Euro im Rahmen des monatlichen RSA-Verfahrens an die gesetzliche Krankenversicherung. Im Gegenzug erhält sie bis zum 15. des Monats von den Krankenkassen RSA-Beträge von ca. 900 Mio. Euro. Bis auf einen Betrag von ca. 100 Mio. Euro gleichen sich die ein- und ausgehenden Zahlungsströme im derzeitigen monatlichen RSA-Verfahren aus.

Die Einführung der neuen Fälligkeit würde die derzeitige Liquiditätssituation, die beinahe ausgeglichen ist, künftig nicht abbilden, sondern die Liquidität der Rentenversicherung um 300 Mio. Euro verringern.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 291a SGB V-E	Elektronische Gesundheitskarte
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

In § 291a Abs. 1a SGB V-E (Art. 1 Nr. 195, Buchst. a) sollte Satz 5 folgenden Wortlaut haben:

„Die Kosten zur Bildung der Versichertennummer und, sofern die Vergabe einer Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches erforderlich ist, zur Vergabe der Versicherungsnummer tragen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung.“

Begründung:

Wie sich aus § 147 SGB VI ergibt, vergibt die Datenstelle der Rentenversicherungsträger keine Rentenversicherungsnummern, sondern *Versicherungsnummern*.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 106 SGB VI-E	Zuschuss zur Krankenversicherung
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

In der Begründung zu § 106 SGB V-E ist das Datum „1.7.2008“ durch „1.1.2009“ zu ersetzen.

Begründung:

Es handelt sich um die Berichtigung eines redaktionellen Versehens.

Hinweis:

Da sich die Höhe des Zuschusses nach der nunmehr vorgesehenen Vorschrift des § 106 SGB VI ebenfalls nach dem allgemeinen Beitragssatz bestimmen soll, gelten hinsichtlich der Umsetzung der Stichtagsregelung des § 241 SGB V-E dieselben Zeitvorgaben wie bei den krankenversicherungspflichtigen Rentnern (vgl. insoweit Stellungnahmen zu §§ 241, 247 SGB V-E).

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 20 Abs. 2 Satz 2, Abs. 2a SGB IX-E	Qualitätssicherung
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

§ 20 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 2a SGB IX sollten gestrichen werden.

Begründung:

Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund gibt es keine zwingenden Gründe, weshalb für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation eine Verpflichtung zur Durchführung eines entsprechenden Zertifizierungsverfahrens begründet werden sollte.

Zertifizierungen durch eine akkreditierte Stelle sind von der Rentenversicherung nur optional als eine von mehreren Möglichkeiten definiert worden, die formale Überprüfung eines internen Qualitätsmanagements nachzuweisen. Kenndaten aus vergleichbaren Einrichtungen spielen im Rahmen der traditionellen Zertifizierung keine Rolle, Zertifizierungen sind ausschließlich einrichtungsbezogen von Bedeutung. Die Rentenversicherung hat bewusst davon abgesehen, externe Zertifi-

fizierung zum Nachweis des internen QM zu fordern. Die Gründe dafür sind:

- Keine Zusatzkosten für Rehabilitationseinrichtungen
- sinnvolles Qualitätsmanagement ist auch ohne Zertifizierung möglich
- Zertifizierungen stellen nur eine formale Überprüfung des QM und keine inhaltliche Überprüfung dar

Nach Auffassung der Rentenversicherung stellt die in § 20 SGB IX – E vorgesehene Zertifizierung durch eine unabhängige Institution keine Verbesserung der bereits durch die Reha- Qualitätssicherung der Rentenversicherung eingeführten Qualitätsstandards dar.

Nicht jedes etablierte einrichtungsinterne Qualitätsmanagement-Modell und seine rehabilitations-spezifischen Ausgestaltungen schließen mit einer verpflichtenden externen Zertifizierung ab (z.B. DIN EN ISO: obligat, EFQM: optional). Zertifizierungskosten wie auch alle anderen Aufwendungen für das interne Qualitätsmanagement werden von den Rehabilitationseinrichtungen selbst getragen. Grundsätzlich erhöht eine Zertifizierung die Gesamtkosten. Es muss für Einrichtungen auch möglich sein, sinnvolles, den QM-Anforderungen der Rehabilitationsträger entsprechendes, Qualitätsmanagement zu betreiben, ohne dass Zusatzkosten auf sie entfallen, die über die sonstigen Investitionsaufwendungen (Aufbaukosten und Aufrechterhaltungskosten) für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagementsystem hinausgehen. Mittlere und kleinere Einrichtungen werden die Qualitätsmanagement-Kosten nur schwerlich tragen können, wenn allein und ausschließlich eine kostenintensive Zertifizierung zum Nachweis und zur Bewertung des internen Qualitätsmanagements vom Gesetzgeber zugelassen wird.

Die wesentliche Bedeutung von Zertifizierungsverfahren liegt darin, dass sie den Aufbau von einrichtungsinternen Qualitätsmanagementstrukturen unterstützen. Der Zertifizierungsprozess stellt eine formale Überprüfung des einrichtungsbezogenen QM-Systems und seiner Prozessabläufe dar. Die Qualität der Leistung wird hierbei inhaltlich nicht beurteilt. Erst das abgestimmte Vorgehen zwischen externer Qualitätssicherung und einrichtungsbezogenem Qualitätsmanagement ermöglicht, dass dem Bekenntnis zur externen Qualitätssicherung eine interne QM-Umsetzung folgt. Zur Anwendung eines internen Qualitätsmanagements ist die Nutzung von Qualitätskennzahlen und Einrichtungsvergleichen, wie sie die externe Qualitätssicherung regelmäßig zurückmeldet, unerlässlich. Hieraus ergibt sich das Wechselspiel zwischen der etablierten externen Qualitätssiche-

rung und dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement, welches in einer Qualitätsverbesserung mündet.

Neben sektorenübergreifenden QM-Systemen (DIN EN ISO, EFQM) existiert eine Vielzahl von bereits vollständig entwickelten rehabilitationsspezifischen QM-Systemen mit oder ohne Zertifizierungseinschluss (DEGEMED/IQEM, IQMP-Reha, IQMS-DRV Bund, deQus, KTQ). Die Zertifizierung richtet sich nach dem zugrunde liegenden QM-System. Ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren zum Nachweis des internen Qualitätsmanagements kann es nicht geben, wenn man die Handlungsfreiheit der Leistungserbringer bei der Wahl des für sie und ihre Einrichtung geeigneten QM-Systems nicht einschränken und Doppelarbeit (vorliegende Entwicklungen zu Gunsten von Neuentwicklungen ignorieren) vermeiden will.

Aus dem Gesetzesentwurf wird ferner nicht deutlich, ob das Institut, welches die Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements durchführt, identisch sein kann mit dem Institut, welches die externe Qualitätssicherung durchführt.

Das erweiterte Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten, wie in § 40 Abs. 1 SGB V - E vorgesehen, nur mit der Zertifizierung einer Rehabilitationseinrichtung zu verbinden, wird kritisch betrachtet, da danach auch Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden können, die nicht zusätzlich extern qualitätsgesichert sind. Zu den Auswirkungen, die dies für die Rentenversicherung hätte, vgl. Anmerkungen zu § 40 Abs. 1 SGB V - E. Auch wegen der dort beschriebenen Auswirkungen sollte es bei der bisherigen Regelung bleiben.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 21 Abs. 3 Satz 2 SGB IX-E	Qualitätssicherung
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

§ 21 Abs. 3 Satz 2 SGB IX-E sollte gestrichen werden.

Begründung:

Auf die Stellungnahme zu § 20 Abs. 2 Satz 2, Abs. 2a SGB IX-E wird Bezug genommen. Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund gibt es keine zwingenden Gründe, weshalb für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation eine Verpflichtung zur Durchführung eines entsprechenden Zertifizierungsverfahrens begründet werden sollte. Bei der Streichung handelt es sich um eine Folgeänderung zu der vorgeschlagenen Streichung von § 20 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 2a SGB IX-E.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

VORSCHRIFT	TITEL
§ 60 Abs. 4 SGB XI-E	Beitragszahlung
Stellungnahme vom 7. November 2006	

Vorschlag:

§ 60 Abs. 4 SGB XI-E sollte wie folgt gefasst werden:

„Die Deutsche Rentenversicherung Bund leitet alle Pflegeversicherungsbeiträge aus Rentenleistungen der allgemeinen Rentenversicherung am letzten Bankarbeitstag des Monats, der dem Monat folgt, in dem die Rente fällig war, an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung weiter. Werden Rentenleistungen am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig werden, leitet die Deutsche Rentenversicherung Bund die darauf entfallenden Pflegeversicherungsbeiträge am letzten Bankarbeitstag des laufenden Monats an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung weiter. Solange der Zahlungsverkehr im Rahmen des Finanzausgleichs aufgrund der Vereinbarung nach § 66 Abs. 2 SGB XI durch die Deutsche Rentenversicherung Bund durchgeführt wird, verschiebt sich der Weiterleitungstermin um weitere 5 Arbeitstage nach hinten.“

Begründung:

Absatz 1 der Vorschrift regelt die Fälligkeit der PVdR-Beiträge analog zur Fälligkeit der KVdR-Beiträge nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Demnach werden die PVdR-Beiträge unter Bezugnahme auf den § 255 SGB V, der die Verschiebung der Fälligkeit der KVdR-Beiträge vom ersten Tag des Monats auf den letzten Bankarbeitstag des Monats beinhaltet, ebenfalls am letzten Bankarbeitstag des entsprechenden Monats fällig.

Absatz 4 der Vorschrift, der die Weiterleitung der Beiträge durch die Deutsche Rentenversicherung Bund an den Ausgleichsfonds der der Pflegeversicherung regelt, wurde nicht an die neue Fälligkeit angepasst.

Somit sind gemäß Absatz 4 dieser Regelung die PVdR-Beiträge der allgemeinen Rentenversicherung künftig weiterhin am 5. Arbeitstag des Monats zu zahlen, obwohl sie erst am letzten Bankarbeitstag des Monats fällig werden. Zeitpunkt der Weiterleitung und Fälligkeit fallen hier auseinander.

Dieser Widerspruch kann, wie oben vorgeschlagen, durch Angleichung des Weiterleitungstermins an den Fälligkeitstermin beseitigt werden.

Solange die Deutsche Rentenversicherung Bund die Aufgaben im Rahmen des Zahlungsverkehrs des Finanzausgleichs aufgrund der Vereinbarung nach § 66 Abs.2 SGB XI durchführt, dienen die Zinserträge, die durch die Verschiebung des Weiterleitungstermins der PVdR-Beiträge um zusätzliche 5 Arbeitstage erwirtschaftet werden, wie bisher als Verwaltungskostenersatz für die Aufwendungen der Deutschen Rentenversicherung Bund.