

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(25)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
18.10.2010



Deutscher
Caritasverband

Stellungnahme

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

Die Bundesregierung will angesichts des für 2011 zu erwartenden Defizits in Höhe von bis zu 11 Mrd. Euro einige strukturelle Probleme des heutigen Finanzierungssystems der GKV beheben. Dies soll durch eine Stabilisierung der Ausgaben, eine solide Finanzierung, einen funktionsfähigen Wettbewerb und einen zielgenauen und gerechten Sozialausgleich geschehen. Der Deutsche Caritasverband nimmt im Folgenden Stellung. Die Stellungnahme erfolgt aus dem Blickwinkel gesellschaftlich benachteiligter Menschen, als deren Anwalt und Partner sich die Caritas versteht. Deshalb werden in einem zweiten Teil auch die nicht im GKV-Finanzierungsgesetz aufgegriffenen, notwendigen Änderungen des SGB V für Benachteiligte benannt.

I. Stellungnahme zum GKV-Finanzierungsgesetz

1. Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung in der GKV

Gesetzentwurf

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sollen durch verschiedene Maßnahmen wie zum Beispiel einen Abschlag auf Mehrleistungen von Krankenhäusern und begrenzte Vergütungsniveaus in der ärztlichen Versorgung beschränkt werden.

Bewertung

Eine Begrenzung der Ausgaben ist als Teil einer Politik zur Sicherung eines nachhaltigen Gesundheitssystems erforderlich. Allerdings erscheint fraglich, ob eine Begrenzung der Ausgaben durch fixe Obergrenzen oder Kappung von Steigerungsraten ohne beglei-

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakt Deutscher Caritasverband e. V.
Dr. Thomas Becker, Telefon: 0761 200-245
Dr. Verena Liessem, Telefon: 0761 200-224
Dr. Clarita Schwengers, Telefon 0761 200-676
Claire Vogt, Telefon 0761 200-165
Lorenz-Werthmann-Haus
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i.Br.

Dr. Elisabeth Fix, Telefon 030 284447-46
Berliner Büro
Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin

tende strukturelle Reformen sinnvoll ist. Eine Ausgabenbegrenzung dieser Art kann im schlechtesten Fall zu impliziter Rationierung (verdeckte Vorenthaltung von notwendigen und sinnvollen medizinischen und pflegerischen Leistungen) führen.

Empfehlung

Der Deutsche Caritasverband fordert eine Untersuchung darüber, ob und wenn ja in welchem Umfang implizite Rationierung in Krankenhäusern und/oder der ärztlichen und pflegerischen Versorgung auftritt.

Zu den weiteren Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung in der GKV hat der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) eine Stellungnahme abgegeben¹, die sich mit den Auswirkungen der Reform auf den Krankenhausbereich befasst. Der KKVD ist ein Fachverband des Deutschen Caritasverbandes und vertritt die Interessen der bundesweit 435 katholischen Krankenhäuser.

2. Begrenzung des allgemeinen Beitragssatzes und Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge (§ 241 und § 242 SGB V neu)

Gesetzentwurf

Der allgemeine Beitragssatz wird auf 15,5 Prozent festgeschrieben (§ 241 SGB V neu). Künftige über die Einnahmen hinausgehende Ausgabensteigerungen in der GKV sollen durch einkommensunabhängige, kassenindividuelle Zusatzbeiträge finanziert werden. Die Zusatzbeiträge werden bis auf wenige Ausnahmen von den Mitgliedern der Krankenkasse alleine getragen. Zur Abfederung negativer sozialer Auswirkungen wird ein Sozialausgleich eingeführt.

Bewertung

Ausgabensteigerungen werden kassenindividuell durch den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag finanziert. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wächst mit der Ausgabensteigerung der GKV. Die kassenindividuellen Zusatzbeiträge können – je nach Wirtschaftlichkeit, Versichertenstruktur oder regionalen Besonderheiten – vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag abweichen. Im Sozialausgleich werden ausschließlich Verwerfungen durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag ausgeglichen.

Empfehlung

Der Deutsche Caritasverband spricht sich nicht grundsätzlich gegen einkommensunabhängige Finanzierungselemente der Gesetzlichen Krankenversicherung aus. Allerdings muss über den Sozialausgleich auch künftig sichergestellt sein, dass sozial benachteiligte Menschen und Menschen mit geringem Einkommen durch die Beitragsentwicklung nicht unverhältnismäßig belastet werden (siehe Näheres dazu unten).

¹ Vgl. Stellungnahme des KKVD vom 06.09.2010 zum Referentenentwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes, die aufgrund der im Kabinettsentwurf unveränderten Regelungen weiterhin aufrecht erhalten bleibt.

3. Regelungen zum Zusatzbeitrag (§ 242 SGB V i.V. mit § 251 SGB V neu)

Gesetzentwurf

§ 242 Abs. 4 SGB V neu sieht vor, dass von Empfängern von Arbeitslosengeld II nur der durchschnittliche Zusatzbeitrag erhoben werden darf. Seine Finanzierung erfolgt gemäß § 251 Abs. 6 S. 3 SGB V neu aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Des Weiteren sieht § 242 Abs. 5 SGB V neu vor, für Menschen mit Behinderung, die in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen, in Blindenwerkstätten i.S. des § 143 SGB IX oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind, kein Zusatzbeiträge zu erheben. Diese Regelung gilt auch für die Empfänger von Entgeltersatzleistungen wie Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Verletztengeld, Versorgungsgeld und Übergangsgeld.

Unklar ist, welche Rechtsfolgen die Neuregelung zum Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V neu für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen, entfaltet. Für diese Personen wurde der Zusatzbeitrag bisher nach § 32 Abs. 4 SGB XII vom Sozialhilfeträger übernommen. Dies betrifft u. a. auch Menschen mit Behinderungen, die Tagesförderstätten besuchen. Diese Regelung gilt jedoch nur für den Zusatzbeitrag in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung. Im vorliegenden Gesetzentwurf findet sich keine Folgeregelung im SGB XII.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt es ausdrücklich, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Regelung gestrichen wurde, nach welcher die Krankenkassen den Differenzbetrag zwischen kassenindividuellem und durchschnittlichem Zusatzbeitrag von den Empfängern von Arbeitslosengeld II entsprechend den jeweiligen Regelungen ihrer Satzung hätten einfordern können. Dies hätte die Empfänger Existenz sichernder Leistungen vor allem bei Vorliegen von erheblichen Differenzen überfordert. Ebenso positiv ist die Ausnahme von Menschen mit Behinderung, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten tätig sind, zu bewerten.

Kritisch ist hingegen zu beurteilen, dass eine Regelung zur Übernahme von Zusatzbeiträgen von Sozialhilfeempfängern fehlt. Die Situation dieser Personengruppe ist vergleichbar zu den Empfängern von Leistungen nach dem SGB II. Auch eine Übernahme der Zusatzbeiträge von Menschen mit Behinderung in Tagesförderstätten hält die Caritas für notwendig.

Für nicht sachgerecht erachtet der Deutsche Caritasverband ferner die Finanzierung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Aufgabe der Liquiditätsreserve ist es, unterjährige Schwankungen in den Einnahmen und nicht vorhergesehene konjunkturell bedingte Einnahmeausfälle auszugleichen. In diese Systematik passt die Übernahme der durchschnittlichen Zusatzbeiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld II nicht. Darüber hinaus wird der Gesundheitsfonds aus den Beiträgen der Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Die Übernahme der Gesundheitskosten von Empfänger von Arbeitslosengeld II ist aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte dementsprechend aus Steuermitteln finanziert werden.

Sachgerecht wäre daher die Übernahme des durchschnittlichen Zusatzbeitrages durch die jeweilige Behörde (z.B. die BA oder der Sozialhilfeträger), weil der durchschnittliche Zusatzbeitrag eine Funktion des alten allgemeinen Beitragssatzes übernimmt. Gleichzeitig müsste der jeweilige Haushalt entsprechend über allgemeine Steuermittel aufgestockt werden, damit diese Leistungen nicht zu Lasten anderer Aufgaben (z. B. Eingliederung in das Arbeitsleben) gehen und alle Bürgerinnen und Bürger an der Finanzierung beteiligt werden.

Lösungsvorschlag

Der Deutsche Caritasverband fordert, dass auch für Empfänger von Sozialhilfeleistungen nach SGB XII nur der durchschnittliche und nicht der kassenindividuelle Zusatzbeitrag erhoben wird. Dieser ist vom Sozialhilfeträger zu übernehmen.

§ 242 Abs. 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(4) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 wird für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a der Zusatzbeitrag nach § 242a erhoben, auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben. Gleiches gilt für nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Bezieher von Leistungen nach dem Zwölften Buch.“

§ 32 Abs. 4 SGB XII wird wie folgt angepasst:

„Die Übernahme der Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 umfasst bei Versicherten nach dem Fünften Buch auch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V.“

Außerdem schlägt der Deutsche Caritasverband vor, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag für Empfänger von Arbeitslosengeld II aus den Mitteln der Bundesagentur für Arbeit finanziert wird, deren Haushalt entsprechend durch allgemeine Steuermittel aufgestockt werden muss.

Nach § 251 Abs. 6 S. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 wird für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 4 von der den Beitrag abführenden Stelle getragen.“

4. Sozialausgleich nach § 242 b SGB V neu

Gesetzentwurf

In den Fällen, in denen der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt, wird ein Sozialausgleich durchgeführt. Dabei wird der einkommensabhängige Mitgliedsbeitrag entsprechend verringert. Maximal wird der Mitgliedsbeitrag auf null Euro reduziert. Hat das Kassenmitglied dann immer noch Ansprüche aus dem Sozialausgleich, kann es diese bei der Krankenkasse geltend machen. Die Durchführung des Sozialausgleichs obliegt in der Regel den Beitrag abführenden Stellen. Ausnahmen gelten in den Fällen, in denen das Mitglied selbst die Beiträge abführt oder in atypischen Beschäftigungsverhältnissen arbeitet. Der Sozialausgleich wird nur für diejenigen Mitglieder durchgeführt, die auch die Kosten der Zusatzbeiträge selbst tragen.

Bewertung

Der Sozialausgleich stellt sicher, dass die (fiktive) Belastung eines Kassenmitglieds durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht mehr als zwei Prozent seiner beitragspflichtigen Einnahmen beträgt. Allerdings ist es durchaus möglich, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, den ein Mitglied zahlen muss, oberhalb (oder unterhalb) des durchschnittlichen Zusatzbeitrags liegt. Der Sozialausgleich gleicht also nicht die tatsächlich geleisteten Zahlungen, sondern einen Durchschnittsbetrag aus. Sozialausgleichsberechtigte Mitglieder einer Krankenkasse mit einem hohen kassenindividuellen Zusatzbeitrag haben also einen Anreiz, die Kasse zu wechseln. Einige Mitglieder können mit einem Kassenwechsel aber überfordert sein. Die Durchführung des Sozialausgleichs erscheint in den meisten Fällen – bis auf die oben genannten Sonderregelungen – unkompliziert. Sie setzt aber die Bindung an die beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds und die ausschließliche Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags voraus.

Lösungsvorschlag

Für Menschen, denen es aufgrund einer besonderen Härte nicht möglich ist, in eine andere Kasse zu wechseln – weil sie mit dem Wechsel überfordert sind (z. B. durch eine Krankheit, Wohnungslosigkeit, Behinderung oder Suchtabhängigkeit) oder in Programme einer bestimmten Kasse eingeschrieben sind (hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V oder Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V etc.) –, muss es die Möglichkeit geben, einen zeitlich befristeten oder unbefristeten Sozialausgleich der vollständigen Beiträge zu erhalten.

II. Weitere notwendige Änderungen im SGB V, die nicht im GKV-Finanzierungsgesetz berücksichtigt sind

1. Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG)

Situation

Im Falle von Hilfebedürftigkeit eines privat Versicherten zahlt der zuständige Träger weiterhin den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht keine Veränderungen der bestehenden Situation vor, sondern nimmt in Artikel 9 lediglich redaktionelle Folgeanpassungen von § 12 Abs. 1c VAG vor.

Bewertung

Diese Regelung führt regelmäßig zu Beitragsschulden des Hilfebedürftigen bei der privaten Krankenversicherung: Der volle Beitrag zum Basistarif darf den Höchstbeitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe des Tarifs für die freiwillig Versicherten nicht überschreiten. Dieser beträgt derzeit ca. 640 Euro. Der um die Hälfte reduzierte Beitrag liegt bei ca. 320 Euro. Der Leistungsträger nach SGB II übernimmt allerdings nur Beiträge in der Höhe dessen, was er für Empfänger von Leistungen nach SGB II in der Gesetzlichen Krankenversicherung zahlt. Das sind derzeit ca. 144 Euro. Die resultierende Lücke von ca. 176 Euro muss der Hilfebedürftige aus dem Regelsatz selbst zahlen. Da der Regelsatz diese Kosten nicht vorsieht, bedeutet das regelmäßig eine finanzielle Überforderung des Hilfebedürftigen bzw. Schulden bei der Krankenversicherung. Beim

Ende der Hilfebedürftigkeit können diese Beitragsschulden zu einem Ruhen des Versicherungsschutzes führen.

Lösungsvorschlag

Der Deutsche Caritasverband hat wiederholt die Änderung des § 12 Abs. 1c VAG mit folgendem Ziel gefordert:

Das Private Krankenversicherungsunternehmen muss die Versicherungsprämie im Basistarif bei ALG-II- oder Sozialgeld-Bezug so reduzieren, dass sie dem GKV-Beitrag für ALG-II-Bezieher entspricht und durch den Zuschuss des SGB-II-Leistungsträgers vollständig abgedeckt wird.

Das VAG ist daher, wie folgt, zu ändern:

In § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Text angefügt: „der Versicherer kann in diesem Fall nur einen Beitrag in dieser Höhe verlangen.“

Falls diese Regelung nicht durchsetzbar ist, müsste der Beitrag über den Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende vollständig finanziert werden.

2. Krankenversicherungsschutz junger Erwachsener zwischen 23 und 24 Jahren

Situation

Junge Erwachsene unter 25 Jahre gehören, sofern sie arbeitslos und mittellos sind und im elterlichen Haushalt leben, zur Bedarfsgemeinschaft der Eltern. Dies gilt selbst dann, wenn die jungen Erwachsenen bereits eine Ausbildung abgeschlossen haben und in der Regel keine Unterhaltspflicht der Eltern mehr nach dem BGB besteht. Gleichzeitig sind sie wegen Überschreitung der Altersgrenze von 23 Jahren nicht mehr familienversichert in der GKV, wenn sie sich nicht in schulischer oder beruflicher Ausbildung befinden. Sie sind aber versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, sofern sie nicht privat versichert sind oder der Privatversicherung zuzuordnen sind. Reicht das Einkommen der Eltern bzw. der anderen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft theoretisch zur Bedarfsdeckung der gesamten Bedarfsgemeinschaft aus, gelten junge Erwachsene nicht als hilfebedürftig im Sinne des SGB II. Dadurch besteht kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Krankenversicherungsbeiträge gegen den Kostenträger des SGB II. Junge Erwachsene müssen sich entweder bei der Krankenversicherung oder bei Eltern und Freunden verschulden, um die Kostenbeiträge aufbringen zu können. Leben die Eltern im „prekären Wohlstand“ und sind sie u.U. finanzielle Verpflichtungen eingegangen, die bei der Berechnung des SGB II – Anspruchs nicht einkommensmindernd berücksichtigt werden, sind sie selbst bei Gutwilligkeit nicht in der Lage, die Kinder zu unterstützen. Es besteht das Risiko, dass die jungen Erwachsenen – sofern sie Beitragsschuldner bei der Krankenversicherung werden – vor einem Einstieg in das Berufsleben in die Überschuldung geführt und gleichzeitig auf eine Basisversorgung verwiesen werden.

Bewertung

Die Regelungen des SGB II für junge Erwachsene unter 25 Jahre und die Familienversicherungsmöglichkeit in der GKV für nicht erwerbstätige und nicht in Schul- oder Berufsausbildung befindliche Kinder lässt für junge Erwachsene von 23 und 24 Jahren eine Lücke im Versicherungsschutz entstehen.

Lösungsvorschlag

Die Lücke im Versicherungsschutz für junge Menschen muss geschlossen werden durch Anhebung der Altersgrenze in der Familienversicherung für arbeitslose und nicht in schulischer oder beruflicher Ausbildung befindliche Kinder, die im Haushalt der Eltern leben, auf die Altersgrenze, die in der Familienversicherung für Kinder in Ausbildung gilt: Vollendung des 25. Lebensjahres (analog zu § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V).

3. Beitragsnachforderungen trotz Unkenntnis von Versicherungspflicht

Situation

Viele Rückkehrer und bisher noch nicht Versicherte, die der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen, trifft das Problem von Beitragsschulden, weil sie sich aufgrund mangelnder Kenntnis nicht rechtzeitig zum 01.04.2007 versichert haben. Nach den Erfahrungen der Freien Wohlfahrtspflege wussten und wissen viele Menschen nicht, dass seit 01.04.2007 schon ein Versicherungsverhältnis besteht und sie einerseits bereits das Recht hatten, Leistungen in Anspruch zu nehmen und andererseits auch die Pflicht hatten, Beiträge zu zahlen.

Bewertung

Diese Probleme treten verstärkt bei Menschen in sozialen Notlagen, wie beispielsweise bei Wohnungslosen auf. Zwar haben die Krankenkassen gemäß § 186 Abs. 11 SGB V in ihren Satzungen eine Ermäßigung, Stundung oder einen Erlass des Beitrags vorzusehen, sofern der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht zu spät angezeigt hat. Trotz der vom BMG zugesagten Prüfung im Einzelfall machen nicht alle Kassen von diesen Möglichkeiten Gebrauch. Die durch Beitragsnachforderungen entstehenden Schulden häufen sich Monat für Monat an, ohne dass die Betroffenen faktisch je die Möglichkeit haben werden, diese Schulden zu begleichen.

Lösungsvorschlag

In Fällen, in denen die Betroffenen die Gründe der Nichtanzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht zu vertreten haben, sind die Beiträge rückwirkend zu erlassen. Der Deutsche Caritasverband schlägt folgende Klarstellung im Gesetz vor:

§ 186 Abs. 11 SGB V ist um folgenden Satz zu ergänzen: „Für Zeiträume seit dem 01.04.2007, in denen sich der Versicherte in einer sozialen Notlage, insbesondere infolge von Wohnungslosigkeit oder Sucht befand, wird vermutet, dass er die Nichtanzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht zu vertreten hat; von der Erhebung eines Beitrags ist in diesem Fall abzusehen.“

III. Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und FDP (Ausschuss-Drs. 17 (14)0072)

1. Kostenerstattung (Änderungsantrag 2)

Gesetzentwurf

In § 13 Abs. 2 SGB V wird S. 3 gestrichen (Bestätigung der Beratung durch den Leistungserbringer). Des Weiteren werden die Abschläge für die Verwaltungskosten der Krankenkassen auf die Höhe von 5 Prozent des Erstattungsbetrags begrenzt. Abschläge für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfungen entfallen. Die Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung wird auf ein Kalendervierteljahr begrenzt.

Bewertung

Das Entfallen der schriftlichen Bestätigung der erfolgten Beratung durch den Leistungserbringer über Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, ist aus Verbraucherschutzgesichtspunkten kritisch zu bewerten. Der Verbraucher muss sich im Klaren sein, welche Leistungen von der Krankenkasse erstattet werden und bei welchen Leistungen dies nicht der Fall ist. Diesem Zweck dient die schriftliche Bestätigung der Aufklärung durch die Leistungserbringer. Die Begrenzung der Bindung des Versicherten an die Kostenerstattung auf drei Kalendermonate statt auf bisher ein Jahr ermöglicht dem Versicherten eine höhere Flexibilität, sollte sich der Kostenerstattungsmodus im individuellen Fall als nicht günstig erweisen. In jedem Fall muss die Kostenerstattung auch weiterhin auf freiwilliger Basis erfolgen und als Wahltarif ausgestaltet sein. Die Kostenerstattung darf nicht dazu führen, dass Versicherte, die weiterhin Sachleistungen in Anspruch nehmen, bei der Behandlung oder Auswahl des Arztes benachteiligt und somit ausgegrenzt werden. Im Sinne der Verbrauchertransparenz erachten wir im Übrigen die Möglichkeiten, von der Krankenkasse eine Patientenquittung über die im letzten Geschäftsjahr angefallenen Leistungen zu erhalten (§ 305 SGB V) für ausreichend und adäquat.

Lösungsvorschlag

§ 13 Abs. 2 SGB V ist nach Satz 3 um folgenden Satz 4 zu ergänzen: „Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen.“

2. Wahltarif Kostenerstattung (Änderungsantrag 3)

Gesetzentwurf

Die Mindestbindungsfrist für die Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach § 53 Abs. 3 SGB V (§ 63, § 73b, § 73c, § 137f, § 140a SGB V) wird von drei Jahren auf ein Jahr begrenzt. Des Weiteren muss sich die Krankenkasse die langfristige finanzielle Tragbarkeit des Wahltarifs von einem Wirtschaftsprüfer oder Aktuar regelmäßig testieren lassen.

Bewertung

Die Absenkung der Mindestbindung des Versicherten an Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach § 53 Abs. 3 SGB V ermöglicht eine höhere Flexibilität und stärkt seine Wahlfreiheit.

3. Vermittlung von Zusatzversicherungen durch die Krankenkassen (Änderungsantrag 5)

Gesetzentwurf

Verträge der Krankenkassen für die Vermittlung privater Zusatzversicherungen sollen nach § 194 Abs. 1a SGB V künftig auch für Ergänzungstarife zur Kostenerstattung möglich sein.

Bewertung

Innerhalb des Systems der Kostenerstattung ist diese Regelung sachgerecht.

4. Pauschalierung schwankender Einkommen von ALG II-Empfängern (Änderungsantrag 7)

Zur Verwaltungsvereinfachung soll bei schwankenden beitragspflichtigen Einnahmen, die neben dem Bezug von Arbeitslosengeld II anfallen, entsprechend den Regelungen in der ALG II-Verordnung ein monatlicher Durchschnittswert gebildet werden können. Erweist sich nach Ablauf des Bewilligungszeitraums, dass der tatsächliche monatliche Durchschnittswert um mehr als 20 Euro abweicht, ist der tatsächliche monatliche Durchschnittswert als weitere beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen.

Bewertung

Die nachträgliche Berichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen führt für den Träger der Grundversicherung für Arbeitsuchende und für die Krankenkassen bzw. den Gesundheitsfonds zu einem hohen Verwaltungsaufwand bei der Beitragsberichtigung und dem Meldeverfahren von Arbeitslosengeld II-Beziehern. Die Bildung eines Durchschnittswerts wird im Rahmen der ALG II-Verordnung bereits praktiziert. Dieses Verfahren bietet sich auch für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge an und wird deshalb begrüßt.

Deutscher Caritasverband e.V.
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakt:

Dr. Thomas Becker, Abteilungsleiter Sozialpolitik und Publizistik, Deutscher Caritasverband e.V.,
Tel. 0761 200-245, thomas.becker@caritas.de

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, Deutscher Caritasverband e.V., Berliner Büro, Tel. 030 284447-46, elisabeth.fix@caritas.de

Dr. Verena Liessem, Volkswirtschaftliche Referentin Koordination Sozialpolitik, Deutscher Caritasverband e.V., Tel. 0761 200-224, verena.liessem@caritas.de

Dr. Clarita Schwengers, Referatsleiterin Koordination Sozialpolitik, Deutscher Caritasverband e.V.,
Tel. 0761 200-676, clarita.schwengers@caritas.de

Claire Vogt, Juristische Referentin Koordination Sozialpolitik, Deutscher Caritasverband e.V., Tel.
0761 200-165, claire.vogt@caritas.de