

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
Mail politik@gkv-spitzenverband.de
Internet www.gkv-spitzenverband.de



<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 17(14)0074(24.1) gel. VB zur Anhörung am 25.10. 10_GKV-FinG_Blöcke I+II 15.10.2010</p>

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG, Bundestagsdrucksache 17/3040)



Vorbemerkungen

- (1) Das für das Jahr 2011 ohne weitere gesetzliche Änderungen drohende Finanzdefizit von geschätzten rd. 10 Mrd. Euro wird mit Umsetzung des vorgelegten Gesetzentwurfs für ein Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) voraussichtlich ausgeglichen. Damit erhalten die Krankenkassen Planungssicherheit. Es kommt nicht zur flächendeckenden Erhebung von Zusatzbeiträgen. Schließungen oder Insolvenzen von Krankenkassen werden weitgehend ausgeschlossen.
- (2) Das drohende Finanzdefizit wird aber im Wesentlichen durch die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent sowie durch die in Aussicht gestellte ergänzende Bundesbeteiligung in Höhe von 2 Mrd. Euro geschlossen. Die Beitragssatzerhöhung belastet Versicherte und Arbeitgeber ab dem Jahr 2011 in einer Größenordnung von 6,3 Mrd. Euro. Die Honorar- und Einnahmenezuwächse der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser werden hingegen lediglich marginal begrenzt. Durch eine konsequentere Sparpolitik könnten die jetzt vorgesehenen hohen zusätzlichen finanziellen Belastungen der Beitragszahler vermieden werden, ohne die Versorgungsqualität für die Versicherten zu mindern.
- (3) Mit dem vorgelegten Entwurf wird die Einführung eines vollständig aus Steuern finanzierten Sozialausgleichs lediglich in Aussicht gestellt. Die mit § 221b SGB V vorgeschlagene Regelung vertagt die Beantwortung der für das Reformziel eines „gerechteren Sozialausgleichs“ entscheidenden Finanzierungsfrage auf das Jahr 2014. Die vollständige Finanzierung des Sozialausgleichs ab dem Jahr 2015 durch den Fiskus wird ausdrücklich nicht festgeschrieben. Dies bedeutet, dass der bis einschließlich 2014 notwendige Sozialausgleich nur bis zur Höhe von 2 Mrd. Euro mit den einmalig nach

- dem Haushaltsbegleitgesetz 2011 gewährten Steuergeldern finanziert werden kann, der ab 2015 durchzuführende Sozialausgleich nach geltender Rechtslage unter Umständen vollständig oder partiell durch entsprechende Kürzungen der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen finanziert werden muss. Zuweisungskürzungen führen unmittelbar zur Erhebung von (künftig ausschließlich einkommensunabhängigen) Zusatzbeiträgen, sodass der Sozialausgleich bei nicht ausreichenden Steuerzuschüssen letztlich durch Pauschalbeiträge der Mitglieder finanziert wird. Um eine solche Entwicklung, die auch dem politisch Gewollten widerspricht, auszuschließen, ist in § 221b SGBV –neu– ein vollständiger Ausgleich der für den Sozialausgleich aufgewendeten Mittel des Gesundheitsfonds durch den Bund vorzusehen.
- (4) Das Reformziel eines „gerechteren Sozialausgleichs“ wird auch deshalb nicht erreicht, weil der Anspruch auf Sozialausgleich allein auf Basis der beitragspflichtigen Einnahmen und nicht des gesamten Einkommens festgestellt werden soll. Dies wird insbesondere zu Lasten der Mitglieder mit niedrigeren Einkommen gehen, die neben ihren beitragspflichtigen Einnahmen, z. B. ihrer gesetzlichen Rente, keine weiteren nicht beitragspflichtigen Einnahmen erzielen.
- (5) Da alle über der Einnahmenentwicklung liegenden Ausgabensteigerungen künftig durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge finanziert werden sollen (vgl. u. a. Gesetzentwurf, Seite 3, dritter Absatz), ist von einem stetig steigenden Finanzbedarf für den Sozialausgleich auszugehen. Um die Belastung des Bundes durch den Sozialausgleich zu mindern und zugleich die Entscheidung für die geforderte gesetzliche „Übernahmegarantie“ zu erleichtern, wird angeregt, den Sozialausgleich belastungsgerecht auszugestalten, d. h. einen sozialen Ausgleich nur dann vorzusehen, wenn tatsächlich eine reale Belastung durch Zusatzbeiträge besteht. Angesichts der bestehenden fiskalischen Restriktionen ist es nicht vertretbar, dass der Fiskus Krankenkassenmitglieder auf Basis eines prospektiv kalkulierten, durchschnittlichen Zusatzbeitrages auch dann finanziell entlastet, wenn sie

- tatsächlich mit keinem oder einem niedrigeren kassenindividuellen Zusatzbeitrag belastet sind. Dies führt überdies zu Wettbewerbsverzerrungen.
- (6) Kritisch zu beurteilen ist, dass der Gesundheitsfonds nach § 252 Abs. 2a SGB V –neu- die (vollen) durchschnittlichen Zusatzbeiträge auch an diejenigen Krankenkassen entsprechend der Anzahl ihrer Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V abzuführen hat, die von ihren Mitgliedern keine oder unterdurchschnittlich hohe Zusatzbeiträge erheben. Hier entstehen nicht gerechtfertigte Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten des Finanzbedarfs von Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Zusatzbeitragsbedarf.
- (7) Die Umsetzung der Reform im Bereich der Beitrags- und Meldeverfahren verlangt von den Krankenkassen als Einzugstellen sowie von den Beitrag abführenden Stellen, insbesondere Arbeitgebern, erhebliche Anstrengungen und Investitionen. Der bürokratische Aufwand für die zahlreichen Änderungen von Informations- und Zahlungsströmen ist hoch. Davon unbenommen werden die Neuregelungen unter Berücksichtigung der im Einzelnen dargestellten Änderungsnotwendigkeiten insgesamt als verfahrenstechnisch umsetzbar beurteilt.
- (8) Die im Entwurf vorgesehenen Änderungen der Regelungen zur Versicherungsfreiheit von besser verdienenden Arbeitnehmern in den §§ 6 und 9 SGB V (Rückkehr zur Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-WSG) lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Die Regelung hat voraussichtlich zur Folge, dass vermehrt junge, gesunde und gutverdienende Mitglieder von der GKV in die PKV wechseln. Daraus ergeben sich für die GKV in den Jahren 2011 und 2012 schon nach der im Gesetzentwurf formulierten Einschätzung Minder-einnahmen von voraussichtlich 200 Mio. Euro pro Jahr. Damit steht diese Regelung im Widerspruch zu den Bemühungen des Gesetzgebers, die GKV-Finanzen zu konsolidieren, und führt dazu, dass gemäß der Finanzierungsregeln des Entwurfs der Druck zur Erhebung von Zusatzbeiträgen steigt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 1 (§ 4 Abs. 4 – Verwaltungsausgaben der Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung begrenzt die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Jahre 2011 und 2012 auf den Stand der Verwaltungsausgaben des Jahres 2010. Veränderungen der jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten und der für die Verwaltungskostenzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds maßgeblichen Bestimmungsgrößen (Versichertenzahl und Morbiditätsstruktur) sind zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund des drohenden Milliardendefizits im kommenden Jahr ist die Einbeziehung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände in die Sparbemühungen des Gesetzgebers nachvollziehbar. Betrachtet man aber die zaghafte Ausgabenbegrenzung im Bereich der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen sowie der stationären Versorgung, so muss man die Sparpolitik als unausgewogen bewerten. Während den Krankenkassen für die Jahre 2011 und 2012 eine Nullrunde verordnet wird, werden in den genannten Versorgungsbereichen lediglich die Ausgabenzuwächse geringfügig begrenzt. Schlüssiger wäre es, eine Nullrunde konsequent für alle Bereiche anzuordnen – mit den im Einzelfall notwendigen Ausnahmetatbeständen, die dezidiert zu begründen wären.

Dringend notwendig ist es zudem, die Verwaltungsausgabenbegrenzung so auszugestalten, dass wesentliche gesundheitspolitische Zielsetzungen und die Ausgaben dämpfenden Maßnahmen des Gesetzgebers nicht konterkariert werden. Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen und ihren Verbänden vielfältige neue Aufgaben zugewiesen, deren Wahrnehmung für die Haushalte der Krankenkassen und Verbände im laufenden Jahr noch nicht oder noch

nicht vollständig ausgabenwirksam sind. Ein genereller, ausnahmsloser Ausgabendeckel für Verwaltungsausgaben bezogen auf das Jahr 2010 gefährdet die Wahrnehmung solcher Aufgaben. Der GKV-Spitzenverband fordert deshalb eine gesetzliche Öffnungsklausel, die sicherstellt, dass Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für Aufgaben, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben, z. B. durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), in den Jahren 2011 und 2012 gänzlich neu oder in größerem Umfang als 2010 wahrzunehmen sind, von der Ausgabenbegrenzung ausgenommen werden.

Nur beispielhaft sei an dieser Stelle auf die neuen Aufgaben verwiesen, die den Krankenkassen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf im Bereich des Melde- und Beitragswesens sowie für die Durchführung des Sozialausgleichs übertragen werden. So nimmt etwa im Zusammenhang mit den Aufgaben der Krankenkassen nach § 242b Abs. 3 SGB V –neu- die Kommunikation mit den beitragsabführenden Stellen bei der Durchführung des Sozialausgleichs erheblichen Umfang an, bedenkt man, dass mehr als 30 Prozent der Mitglieder der GKV zeitgleich beitragspflichtige Einnahmen aus mehreren Quellen beziehen. Eine weitere neue Aufgabe entsteht durch den verpflichtenden Aufbau von – seitens der Krankenversicherung für gänzlich entbehrlich gehaltenen - Weiterleitungsstellen, die ab dem Jahr 2012 funktionsfähig sein sollen.

Die geforderte Klausel muss sinnvoller Weise auch für alle Rationalisierungsinvestitionen der Krankenkassen und ihrer Verbände gelten, die – etwa im Bereich der Informationstechnologie – als sächliche Verwaltungskosten anfallen und gerade dem Ziel dienen, die Verwaltungseffizienz zu erhöhen und die Verwaltungskosten nachhaltig zu begrenzen. Hier gilt es zu vermeiden, dass notwendige Investitionen ausgesetzt oder verschoben werden und hierdurch ein Investitionsstau zu Lasten der Wirtschaftlichkeit der Verwaltungsabläufe entsteht. Für eine Behandlung dieser Kosten als außerbudgetäre Ausgaben spricht auch die Tatsache, dass das damalige Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bereits bei der letzten Verwaltungskostenbudgetierung in den Jahren 2004 – 2007 die Meinung vertreten hat,

dass IT-Investitionen durch die Begrenzung der Verwaltungskosten nicht verhindert werden dürfen.

Auch die Verwaltungsausgaben für die im Jahr 2011 durchzuführenden Sozialwahlen sind von der Verwaltungskostendeckelung auszunehmen.

Die Verwaltungskostendeckelung sollte – insbesondere aus arbeitsmarkt- und gesellschaftspolitischen Erwägungen – nicht zu Lasten junger Menschen gehen. Wie bereits im Rahmen der Verwaltungskostendeckelung durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2000 praktiziert, sollte auch im GKV-FinG eine Ausnahmeregelung für die Einstellung und Übernahme von Auszubildenden vorgesehen werden.

Eine Berücksichtigung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur – neben der Veränderung der jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten – erscheint wenig sachgerecht. Im Regelfall bewegen sich die saldierten Versicherungszugänge und -abgänge unterhalb von 3 % der Versicherten einer Krankenkasse. Es ist in diesen Dimensionen erfahrungsgemäß nicht zu erwarten, dass die Zu- und Abgänge die durchschnittliche Morbiditätsstruktur der jeweiligen Krankenkasse widerspiegeln. Selbst wenn die Kassenwechsler im Einzelfall zufällig repräsentativ für die Morbidität der abgebenden Krankenkasse sind, kann dies im Regelfall nicht gleichzeitig auch für die aufnehmende Krankenkasse angenommen werden (et vice versa). Eine sachgerechte Berücksichtigung von Morbiditätsveränderungen scheitert bereits daran, dass die durch Zuweisungsbescheid festgestellte Morbidität immer auf die Vergangenheit bezogen ist, die Regelung aber erst dann als Schutzmechanismus für Krankenkassen mit starken Mitgliederstrukturveränderungen sinnvoll wird, wenn sie im Rahmen der Planung der Verwaltungskosten für das kommende Haushaltsjahr aktuelle oder zukünftig erwartete Veränderungen berücksichtigt. Hierfür können Werte aus Zuweisungsbescheiden des Gesundheitsfonds nicht herangezogen werden. Deshalb sollte die Berücksichtigung von Veränderungen auf die jahresdurchschnittliche Versicherungszahl begrenzt bleiben.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 1 werden in Satz 4 –neu- die Worte „sowie der für die Zuwei-
sung nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c maßgeblichen Bestimmungs-
größen“ gestrichen.

Nach den neu eingefügten Sätzen 2-4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, soweit Mehrausgaben aufgrund gesetzlicher
Regelungen entstehen, die in den Jahren 2011 und 2012 erstmalig umzuset-
zen sind, für die Durchführung der Sozialwahlen im Jahr 2011, für von den
Aufsichtsbehörden anzuerkennende Rationalisierungsinvestitionen sowie für
die Einstellung oder Übernahme von Auszubildenden durch die Krankenkas-
sen.“

Der im Entwurf vorgesehene Satz 5 wird Satz 6 und wie folgt gefasst:

„Die Sätze 2, 3 und 5 gelten für die Verbände der Krankenkassen entspre-
chend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 2 (§ 6 SGB V - Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Arbeitnehmer scheiden künftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze aus der Krankenversicherungspflicht aus; die dreijährige Wartefrist fällt weg. Damit wird die Rechtslage wieder hergestellt, die vor dem GKV-WSG bis zum 2. Februar 2007 bestand.

Ferner sieht die Neuregelung vor, dass Arbeitnehmer, die eine neue Beschäftigung aufnehmen, sowie Berufsanfänger, die mit ihrem Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze direkt überschreiten, zwischen der PKV und der GKV wählen können.

B) Stellungnahme

Die im Entwurf vorgesehenen Änderungen der Regelungen zur Versicherungsfreiheit von besser verdienenden Arbeitnehmern in den §§ 6 und 9 SGB V (Rückkehr zur Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-WSG) lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Die Regelung hat voraussichtlich zur Folge, dass vermehrt junge, gesunde und gutverdienende Mitglieder von der GKV in die PKV wechseln. Daraus ergeben sich für die GKV in den Jahren 2011 und 2012 schon nach der im Gesetzentwurf formulierten Einschätzung Mindereinnahmen von voraussichtlich 200 Mio. Euro pro Jahr. Damit steht diese Regelung im Widerspruch zu den Bemühungen des Gesetzgebers, die GKV-Financen zu konsolidieren, und führt dazu, dass gemäß der Finanzierungsregeln des Entwurfs der Druck zur Erhebung von Zusatzbeiträgen steigt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 2 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 3 (§ 9 – Freiwillige Versicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Rechtsänderung wird die Rechtslage vor dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wiederhergestellt. Danach können zum einen die gutverdienenden Berufsanfänger und zum anderen die aus dem Ausland zu- bzw. zurückgezogenen Arbeitnehmer, die erstmals im Inland beschäftigt werden und der Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen, der GKV freiwillig beitreten. Dieses Wahlrecht zugunsten der GKV muss innerhalb von drei Monaten nach Beschäftigungsaufnahme ausgeübt werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen der Neuregelung des § 6 SGB V. Die beabsichtigte Neuordnung der Versicherungsfreiheit nach § 6 SGB V wird abgelehnt.

Sollte an der geplanten Rechtsänderung des § 6 SGB V festgehalten werden, ist das vorgesehene Beitrittsrecht folgerichtig. Die Klarstellung, dass eventuell im Ausland ausgeübte Beschäftigungen keinen Einfluss auf ein freiwilliges Beitrittsrecht haben, ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 3 wird gestrichen, soweit die vorgeschlagene Streichung des Artikels 1 Nr. 2 - Änderung des § 6 SGB V - Berücksichtigung findet; andernfalls kein Änderungsvorschlag zum Beitrittsrecht.

Angeregt wird jedoch, eine konkrete Regelung zum Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft zu schaffen. Damit soll eine mögliche Versicherungslücke, die entstehen kann, wenn das Beitrittsrecht erst nach der Beschäftigungsauf-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



nahme erklärt wird, geschlossen werden. Gleichzeitig würde damit verhin-
dert, dass sich der Beschäftigte in dieser kurzen Zeit gegen das Risiko
Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abzusi-
chern hätte. § 188 Abs. 2 Satz 1 SGB V sollte daher wie folgt gefasst werden:

„Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 2 oder 3 genannten Versi-
cherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der
Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung
nach § 10 oder mit dem Beginn der Beschäftigung im Inland.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 (§ 71 – Beitragssatzstabilität; hier: anzuwendende durchschnittliche Ver-
änderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nachdem die Verpflichtung der Krankenkassen zur rechtskreisgetrennten Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen zum 31.12.2007 entfallen ist, wird durch die Änderung klargestellt, dass die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V vom Bundesministerium für Gesundheit nur noch als bundesdurchschnittliche Veränderungsrate festzustellen ist. Ferner wird klargestellt, dass die zugrunde liegenden Daten nicht vom Bundesministerium für Gesundheit selbst erhoben werden, sondern von den Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds im Rahmen der Statistiken nach § 79 SGB IV gemeldet werden. Zwei abgelaufene Übergangsregelungen werden aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung ist sachgerecht und erforderlich, weil die Rechtmäßigkeit der Festlegung einer ausschließlich bundesdurchschnittlichen Veränderungsrate gerichtlich angegriffen wird. Eine nach Rechtskreis getrennte Feststellung ist seit dem 01.01.2008 objektiv nicht mehr möglich.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 5 (§ 73b - Hausarztzentrierte Versorgung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der gesetzlichen Änderung wird das Vergütungsniveau der Hausarztverträge künftig begrenzt. Dabei ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten, was insbesondere als erfüllt gilt, wenn die durchschnittlichen Fallwerte im Selektivvertrag die durchschnittlichen Fallwerte der hausärztlichen Versorgung im Kollektivvertrag nicht übersteigen oder wenn die Vergütung je Versicherten im Selektivvertrag den Bereinigungsbetrag je Versicherten gemäß Abs. 7 Satz 2 nicht überschreitet. Verträge, die vor dem 22. September 2010 zu Stande gekommen sind, auch bei Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis zum 31. Dezember 2010, werden hiervon allerdings ausgeschlossen. Ein Sonderkündigungsrecht besteht nicht.

Daneben wird künftig explizit vorgegeben, dass die Vertragspartner vertraglich sicher zu stellen haben, dass Ausgaben für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Bisher war dies lediglich als Möglichkeit vorgegeben.

Verträge, die nach der Beschlussfassung im Kabinett am 22. September 2010 zustande kommen, sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen und können von dieser innerhalb von zwei Monaten beanstandet werden. Dies gilt auch für Verträge, die im Rahmen eines Schiedsverfahrens geschlossen wurden.

B) Stellungnahme

Es ist insgesamt zu begrüßen, dass der Gesetzgeber die Regelungen des § 73b SGB V mit dem Ziel anpasst, eine finanzielle Überforderung der Krankenkassen und mit den Verträgen verbundene Mehrausgaben, denen keine

Einsparungen an anderer Stelle gegenüber stehen, künftig zu vermeiden. Aufgrund der bisherigen Konstruktion des § 73b und insbesondere durch den Kontrahierungszwang und die Monopolstellung der Hausärzteverbände, konnte dies in der Vergangenheit nicht ausgeschlossen werden.

Damit Selektivverträge eine echte Alternative zur bisherigen kollektivvertraglichen Versorgung darstellen können, sollte den Vertragspartnern allerdings deutlich mehr Vertragsfreiheit und Gestaltungsspielraum für selektivvertragliche Möglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung eingeräumt werden. Die Regelungen zur hausärztlichen Versorgung in § 73b SGB V widersprechen, auch nach den beabsichtigten gesetzlichen Änderungen, weiterhin den Grundsätzen des Vertragswettbewerbs, da sie weder den Kontrahierungszwang noch das Verhandlungsmonopol der Hausärzteverbände aufheben. Würde der Gesetzgeber auf diese wettbewerblichen Einschränkungen verzichten, wäre es auch nicht notwendig, die vertraglich zu vereinbarenden Vergütungen zu begrenzen, um die Krankenkassen vor einer finanziellen Überforderung zu schützen.

Soweit der Gesetzgeber sich nicht zu einer Abschaffung des wettbewerbswidrigen Kontrahierungszwangs und des Verhandlungsmonopols der Hausarztverbände entschließen kann, ist insbesondere für nicht freiwillig geschlossene Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung eine Anbindung der Vergütung an die Maßstäbe des Kollektivvertrages nachvollziehbar.

Die in Absatz 5a Satz 2 vorgesehene Begrenzung der selektivvertraglich gezahlten Vergütungen durch einen Vergleich der Fallwerte erscheint aus methodisch-fachlicher Sicht nur eingeschränkt umsetzbar. Der Fallwert an sich ist kein fest definierter Begriff und wird je nach Kontext unterschiedlich verstanden. Daneben ist der selektivvertragliche Fall nicht mit dem hausärztlichen KV-Fall gleichzusetzen.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung geht davon aus, dass durch die Begrenzung der selektivvertraglichen Vergütungen ein Einsparpotenzial von 0,5 Mrd. Euro realisiert werden kann. Dem GKV-Spitzenverband fehlt zurzeit

(noch) ein umfassender Überblick über die bis zum 22.09.2010 wirksam geschlossenen Selektivverträge, die gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht meldepflichtig sind; zudem werden die Mehraufwendungen für Verträge, die dem gesetzlich vorgesehenen Bestandsschutz unterliegen bzw. die möglichen Einsparpotentiale durch die gesetzliche Regelung maßgeblich davon abhängen, wie viele Versicherte an den betreffenden Verträgen teilnehmen.

Kritisch muss angemerkt werden, dass die Neuregelung nicht auf bereits abgeschlossene oder im Schiedsamt festgesetzte Verträge angewendet wird, selbst wenn diese über eine Anschlussvereinbarung mit Geltungsdauer bis einschließlich 31.12.2012 verfügen. Damit führt die geplante Regelung, trotz der grundsätzlich zu begrüßenden Absicht, unangemessene Zusatzbelastungen der Krankenkassen durch Verträge nach § 73b zu vermeiden, zu Wettbewerbsverzerrungen. Krankenkassen mit bereits geschlossenen Verträgen werden dadurch im Wettbewerb benachteiligt.

C) Änderungsvorschlag

Um den Vertragswettbewerb zu fördern und unwirtschaftliche Mehrausgaben der Krankenkassen zu vermeiden, sind der Kontrahierungszwang und das Vertragsmonopol des Hausärzteverbandes zu beseitigen. Es sollte in jedem Fall sicher gestellt werden, dass es durch die neu getroffenen Regelungen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen kommt. Hierzu sollte der Bestandsschutz für Verträge, die vor dem Kabinettschluss zu Stande kommen, aufgehoben oder zumindest auf Verträge beschränkt werden, die nicht im Rahmen eines Schiedsverfahrens geschlossen worden sind.

In Artikel 1 Nr. 5 werden die Änderungen des §73b wie folgt ergänzt bzw. angepasst:

a) In § 73b Abs. 1 wird das Wort „haben“ durch das Wort „können“ und das Wort „anzubieten“ durch das Wort „anbieten“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 können die Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge schließen mit

1. Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirkes der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten,
2. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
3. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
4. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
5. Kassenärztlichen Vereinigungen.“

c) Absatz 5a –neu- wird wie folgt gefasst:

„In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 vergütungswirksam werden, ist bei der nach Absatz 5 Satz 1 zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten. Die Vorgabe nach Satz 1 wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass die Vergütung je Versicherten den aufgrund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelten Bereinigungsbetrag je Versicherten nicht überschreitet. Die Vorgabe nach Satz 1 wird auch erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert den sich in der KV ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung Ärzte nicht überschreitet; der sich in der KV ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertrages nach Absatz 4 sind. Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend für Verträge, die vor dem 22. September 2010 in einem Schiedsverfahren nach Absatz 4a Satz 1 festgelegt wurden.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



d) Absatz 9 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Verträge nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 vergütungs-
wirksam werden, sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbe-
hörde vorzulegen.“

Artikel 1 (Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuch)
Nr. 6 (§ 85 Abs. 2d und 3f –neu- Gesamtvergütung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz sowie die Gesamtvergütungen ohne Zahnersatz sowie ohne Leistungen für Individualprophylaxe und Früherkennung dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 nur um die Hälfte der Veränderungsrate verändern.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Begrenzung der Anhebung der Punktwerte und Gesamtvergütungen für die Jahre 2011 und 2012 wird begrüßt. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Leistungen für Zahnersatz sowie die Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung von dieser Regelung nicht betroffen sind.

Die finanziellen Auswirkungen lassen sich wie folgt darstellen: Wenn unterstellt wird, dass die nach § 71 Abs. 3 SGB V festzustellende Veränderungsrate der Grundlohnsumme in voller Höhe weitergegeben wird, halbieren sich aufgrund der vorgesehenen gesetzlichen Regelung die Mehrausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen bei den Krankenkassen. Die für die Jahre 2011 und 2012 noch zu vereinbarenden Punktwertsteigerungen und Ausgabensteigerungen für Individualprophylaxe und Früherkennung sowie für Zahnersatz sind von der gesetzlichen Begrenzung des Anstieges nicht betroffen.

Für die Kalkulation der Einsparungen werden die Ausgaben für das Jahr 2008 und eine zu erwartende Grundlohnsummensteigerung für die Jahre 2011 und 2012 von je plus 1 % zugrunde gelegt.

Ausgaben zahnärztliche Behandlung ohne ZE: (KZBV Jahrbuch) abzüglich	7.932,4 Mio. Euro
Ausgaben für Individual-Prophylaxe:	425,7 Mio. Euro
Ausgaben Früherkennung:	<u>10,8 Mio. Euro</u>
Summe	7.495,9 Mio. Euro

Für die Kalkulation der Einsparungen wird von rund 7,5 Milliarden Euro ausgegangen. Bei einer angenommenen Grundlohnsummensteigerung von plus 1 % ergeben sich für die Jahre 2011 und 2012 insgesamt Einsparungen von ca. 75 Mio. Euro für die Krankenkassen.

Der Gesetzentwurf geht für 2011 von Einsparungen in Höhe von 20 Mio. Euro und für 2012 von 40 Mio. Euro aus. Durch die parallel in Artikel 2 vorgesehene stufenweise Anhebung der Punktwerte und Gesamtvergütungen in den neuen Ländern und Berlin werden nach der Gesetzesbegründung für das Jahr 2012 Mehrausgaben in Höhe von 40 Mio. Euro, ab dem Jahr 2013 jährliche Mehrausgaben in Höhe von 45 Mio. Euro entstehen. Damit wird der Zahnärzteschaft insgesamt kein Sparbeitrag auferlegt.

Kritisch zu bewerten ist die Vorgabe in § 85 Abs. 2d –neu–, dass die am 31.12.2010 geltenden Punktwerte die Ausgangswerte für die Punktwertanpassungen in 2011 und 2012 sein sollen. Bei unterjährigen Punktwertanpassungen für 2010 liegen die Punktwerte am 31.12.2010 über den jahresdurchschnittlichen Punktwerten. Es sollte folglich auf die durchschnittlichen Punktwerte des Jahres 2010 abgestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Der Anstieg der Ausgaben für Zahnersatz sowie für Individualprophylaxe-Leistungen und für Früherkennungsmaßnahmen sollte in gleicher Weise begrenzt werden. In § 85 Abs. 2d –neu– ist auf die durchschnittlichen Punktwerte des Jahres 2010 abzustellen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. X (§ 85 – Gesamtvergütung; hier: Vergütungen der Onkologievereinbarun-
gen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Laut Begründung zum Gesetzentwurf (vgl. Seite 40) sollen auch medizinisch nicht begründete Ausgabensteigerungen bei den Vergütungen der Onkologievereinbarungen für die Jahre 2011 und 2012 begrenzt werden. Für die Umsetzung des politisch Gewollten fehlt eine gesetzliche Regelung.

B) Stellungnahme

In Analogie zu § 87d Abs. 4 SGB V –neu- sind auch für die Vergütungen der Onkologievereinbarungen Maßnahmen zur Begrenzung von Preisentwicklungen zu treffen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 6 wird Buchstabe a) wie folgt ergänzt:

Nach § 85 Abs. 2d –neu- wird folgender Abs. 2e eingefügt:

"Die am 31.12.2010 geltenden Kosten der Pauschalen für die onkologische Versorgung gemäß Absatz 2 Satz 4 gelten in den Jahren 2011 und 2012 unverändert fort."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 7 (§ 87 Abs. 9 -neu- Konvergenz der ärztlichen Vergütungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bewertungsausschuss wird verpflichtet, dem BMG bis zum 30. April 2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vorzulegen. Das BMG hat das Konzept umgehend dem Bundestag vorzulegen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene gesetzliche Regelung ist völlig unbestimmt und stellt daher keine geeignete Vorgabe für den Bewertungsausschuss dar. Auch die Begründung lässt nicht erkennen, warum und mit welcher Zielsetzung eine Konvergenz der Vergütungen erfolgen soll.

Eine Konvergenz der Vergütungen ist bereits mit der Honorarreform 2009 erfolgt. Die über Jahre nicht angepassten Kopfpauschalvergütungen und die zwischen den Kassenarten sowie zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedlichen Punktwerte sind durch die Einführung des bundeseinheitlichen Orientierungswertes zum 01.01.2009 beseitigt worden. Noch bestehende Unterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Vergütung je Versicherter beruhen daher nicht auf Preisdifferenzen, sondern ausschließlich auf Unterschieden in den abgerechneten Leistungsmengen. Diese Unterschiede, die wiederum durch das unterschiedliche regionale Versorgungsniveau bedingt sind, können nicht einfach nivelliert werden. Es besteht mit Blick auf die angestrebte „schrittweise Konvergenz“ die offensichtliche Gefahr, dass ein durch Überversorgung bestimmtes Vergütungsniveau zum Maßstab für Angleichungsprozesse in Regionen werden soll, die bisher eine völlig ausreichende und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleisten. Im Ergebnis ist mit erheblichen Mehrkosten für die Versicher-

ten zu rechnen, mit denen keine Verbesserung der Versorgung bewirkt,
sondern lediglich die Vergütung der Leistungserbringer erhöht wird.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 7 ist ersatzlos zu streichen.

Falls an der Regelung festgehalten wird, muss auf jeden Fall ergänzt werden,
dass die Konvergenz nur zu einer „gerechteren“ Verteilung der Gesamtver-
gütungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen führen soll und
deshalb für die Krankenkassen aus dieser Neuverteilung insgesamt keine
zusätzlichen Ausgaben resultieren dürfen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 (§ 87d –neu- Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in den Jahren 2011 und 2012)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in den Jahren 2011 und 2012 wird im § 87d neu geregelt.

Abs. 1: Der Orientierungswert in den Jahren 2011 und 2012 wird nicht angepasst und verbleibt damit bei 3,5048 Cent. Gleichfalls werden auch die Zu- und Abschläge bei Unter- oder Überversorgung gem. § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 ausgesetzt.

Abs. 2: Der Behandlungsbedarf für die Jahre 2011 und 2012 wird um jeweils 0,75% auf der Basis des vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarfs 2010 je Krankenkasse erhöht. Weitere Anpassungsfaktoren (Verlagerung von Leistungen, Klassifikationsverfahren, Wirtschaftlichkeitsreserven) und die Berücksichtigung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs finden keine Anwendung. Unberührt bleibt die Einführung von neuen Leistungen.

Der Bewertungsausschuss soll ein Verfahren zur weiteren Anpassung des Behandlungsbedarfs je Versicherten im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2011 beschließen, soweit der durchschnittliche Behandlungsbedarf je Versicherten einen vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Wert unterschreitet. Der Bewertungsausschuss hat weitgehende Gestaltungsfreiheiten. Diese Regelung bezieht sich auf das Jahr 2011.

Abs. 3: Bestehende Regelleistungsvolumen gelten fort, falls nicht rechtzeitig über ihre Anpassung entschieden wurde.

Abs. 4: Der Ausgabenanstieg der extrabudgetär vergüteten Leistungen soll auf die halbe Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V (Grundlohnrate) begrenzt werden. Davon nicht betroffen sind die Leistungen der Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie ab dem Jahr 2009 neu eingeführte Leistungen.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen gesetzlichen Regelung wird beabsichtigt, den Ausgabenzuwachs bei der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 zu begrenzen. Es zeichnet sich nunmehr deutlich ab, dass die beabsichtigte Gesetzesänderung sogar zu erheblichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen wird. Diese Mehrausgaben ergeben sich insbesondere aus den Regelungen der Absätze 2 und 4 des neuen § 87d:

- a. Der über die lineare Basisanhebung von 0,75% hinausgehende „asymmetrische Honorarzuwachs“ (vgl. Begründung) der Gesamtvergütung für das Jahr 2011 gemäß Absatz 2 soll den Kassenärztlichen Vereinigungen, die an dem Zuwachs der letzten Jahre unterdurchschnittlich beteiligt waren, zugute kommen. Für diese Regelung fehlt jede sachliche Begründung. Alleiniger Beweggrund für diese Regelung sind die unterschiedlichen Honoraranstiege der Vergangenheit. Diese haben ihre Ursache jedoch in der Umsetzung der ersten Schritte zur Morbiditätsorientierung des GKV-WSG in den Jahren 2009 und 2010. Die asymmetrische Anpassung konterkariert insofern die politisch gewollte Morbiditätsorientierung, die mit Blick auf die Gesamtvergütungen bereits erreicht wurde.
- b. Die vorgesehene Regelung zum asymmetrischen Honorarzuwachs führt nicht zu einer sachgerechten Bemessung der Vergütungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die in der Regelung aufgeführte Abweichung zum durchschnittlichen Behandlungsbedarf der Versicherten ist kein geeigneter Bemessungsfaktor. Die Vergütungsunterschiede bzw.

Unterschiede im Behandlungsbedarf zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen resultieren aus Unterschieden der Leistungsanspruchnahme, der Arztdichte und der Arztstruktur. So weist z. B. die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe eine im Bundesvergleich hohe Vergütung je Arzt auf, obwohl die Vergütung je Versicherten unterdurchschnittlich ausfällt. Der Grund dafür liegt in der geringeren Arztdichte. Gleichzeitig partizipierte die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe überdurchschnittlich von den Honoraranhebungen der letzten Jahre. Die Berücksichtigung unwirtschaftlicher und medizinisch unnötiger Leistungserbringung, die sich auch in Unterschieden beim Behandlungsbedarf zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen niederschlagen, ist nicht vorgesehen. Die vorgesehene Regelung zur asymmetrischen Verteilung der Honorarzuwächse wird deshalb zu keiner „gerechteren“ Verteilung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung führen; sie erzeugt lediglich weitere finanzielle Forderungen der Ärzte. Aktuell ist dies nach dem im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-FinG getroffenen Beschluss vom Erweiterten Bewertungsausschuss zur asymmetrischen Verteilung der Vergütung zu beobachten, dessen Entscheidung von den Ärzten zum Anlass genommen wird, weitergehende Vergütungsforderungen zu stellen.

- c. Die vorgesehene Gesetzesregelung zur Ausgabenbegrenzung der extra-budgetären Leistungen ist zu unbestimmt, um den sehr dynamischen Ausgabenanstieg in diesem Bereich wirksam zu begrenzen. Die Regelung bezieht sich nur auf „medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklungen“ (Gesetzesentwurf Seite 2), schließt ca. ¼ der Leistungen von jeglicher Begrenzung aus und überlässt die Umsetzung der Landesebene. Insgesamt ist zu erwarten, dass wirksame Ausgaben begrenzende Vereinbarungen für diese Leistungen nicht oder nur unzureichend zustande kommen und dass sich der sehr dynamische Ausgabentrend der letzten Jahre ungebremst fortsetzen wird.

Neben diesen zentralen gesetzlichen Regelungen zur Ausgabenbegrenzung wird sich der Verzicht der Steuerung der Niederlassung nach § 87 Abs. 2e

Satz 1 Nr. 2 und 3 über Zu- und Abschläge auf den Punktwert (Preis) in unter- bzw. überversorgten Regionen negativ auf die Versorgung in schlechter versorgten Regionen auswirken. Das Ziel der Regelung bestand darin, die Niederlassung von Ärzten in schlechter versorgten Regionen gegenüber der Niederlassung in überversorgten Regionen finanziell attraktiver auszugestalten. Mit der Aufgabe dieses Instrumentes wird darauf verzichtet, die bestehenden Verzerrungen der ärztlichen Versorgung aktiv abzubauen. Die Weiterführung der Sicherstellungszuschläge nach § 105, durch die auch in den Vorjahren eine Verbesserung der Versorgung nicht erreicht werden konnte, stellt hierfür keinen Ersatz dar.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der vorliegende Gesetzentwurf nicht zu der notwendigen Ausgabenbegrenzung bei der ärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 führt. Ganz im Gegenteil ist damit zu rechnen, dass die Ausgaben der ärztlichen Vergütung weiterhin dynamisch ansteigen werden und bestehende Verwerfungen in der Versorgung durch die Aussetzung von Steuerungsinstrumenten nicht abgebaut werden können.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 8 wird § 87d –neu- wie folgt geändert:

1) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Darüber hinaus finden die Festlegungen nach § 87 Absatz 2e Satz 1 Nummer 2 und 3 im Jahr 2011 und 2012 keine Anwendung für Ärzte, die vor dem 1.1.2011 (Altfälle) zugelassen worden sind.“

2) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 4 und 7 in Absatz 2 werden gestrichen.

b) In Satz 5 wird die Zahl „4“ durch die Zahl „3“ ersetzt.

3) Absatz 3 wird gestrichen.

4) Absatz 4 wird Absatz 3 und die Sätze 3 und 4 werden durch die folgen-
den Sätze 3 bis 5 ersetzt:

“Hierzu haben die Vertragspartner Vereinbarungen zu treffen, durch die Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 zu vergüten sind. Dabei ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 1 um den tatsächlichen Behandlungsbedarf dieser Leistungen im Jahr 2010, hochgerechnet aus den Leistungsbedarfen des ersten Halbjahres 2010, bewertet mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zuzüglich der hälftigen Steigerungsrate für das Jahr 2011 aus § 71 Absatz 3 zu erhöhen; die Vertragspartner sollen für diese Leistungen Regelungen nach § 87b Absatz 2 Satz 7 treffen, soweit dies erforderlich ist. Der Bewertungsausschuss beschließt (Einfügen: Datum 3 Wochen nach Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Umsetzung der in Satz 3 genannten Regelungen.“

Die bisherigen Sätze 5 und 6 werden Sätze 6 und 7.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 9 (§ 87e –neu- Zahlungsanspruch bei Mehrkosten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 87d –alt- wird - inhaltlich unverändert - § 87e

B) Stellungnahme

rein redaktionelle Änderung

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 (§ 105 Abs. 5 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufhebung des § 105 Abs. 5 SGB V werden die Sicherstellungszuschläge, die zugunsten der pretialen Steuerung in § 87 Abs. 2e SGB V zum 31. Dezember 2009 ausgelaufen waren, erneut eingeführt. Die Sicherstellungszuschläge gehören zu den Maßnahmen, mit deren Hilfe die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung gewährleisten können, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für ein bestimmtes Gebiet eine bestehende oder drohende Unterversorgung bzw. einen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat. Die Finanzierung erfolgt paritätisch durch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen.

B) Stellungnahme

Durch die geplante Aussetzung der pretialen Steuerung in den Jahren 2011 und 2012 ist es folgerichtig, den Verantwortlichen auf regionaler Ebene eine andere Möglichkeit zu eröffnen, um die ärztliche Niederlassung in Regionen, die von Unterversorgung betroffen oder bedroht sind, in diesem Zeitraum sicher zu stellen.

Kritisch ist hierbei jedoch anzumerken, dass die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen nicht auf die Jahre 2011 und 2012 begrenzt wurde. Sofern die Regelungen des § 87 Abs. 2e SGB V ab dem Jahr 2013 fortgeführt werden, kann es zu einer Doppelfinanzierung von Maßnahmen zur Niederlassungsförderung durch die Krankenkassen kommen, wenn beide Regelungen parallel angewendet werden. Es wird daher vorgeschlagen, auch die Aufhebung des § 105 Abs. 5 SGB V auf die Jahre 2011 und 2012 zu begrenzen.

Die Wiedereinführung der Sicherstellungszuschläge wird für die Krankenkassen mit finanziellen Mehrbelastungen verbunden sein. Die finanziellen Auswirkungen sind dabei auch im Zusammenhang mit der Aussetzung des § 87 Abs. 2e für die Jahre 2011 und 2012 zu betrachten, der ursprünglich eine Punktwertdifferenzierung bei Über- und Unterversorgung und damit eine Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisanreize vorsah. Nach Simulationen des Institutes des Bewertungsausschusses hätte die Anwendung der differenzierten Orientierungswerte und der im Bewertungsausschuss beschlossenen Konvergenzregelungen im Jahr 2010 zu sehr geringen zusätzlichen Honorarausgaben von bis zu 5 Mio. Euro geführt. Nach dem Auslaufen der Konvergenzregelung allerdings hätten sich aufgrund der Abschläge für überversorgte Regionen Einsparungen in Höhe von ca. 1,23 Mrd. Euro ergeben.

Des Weiteren handelt es sich bei den Sicherstellungszuschlägen lediglich um Maßnahmen zur Förderung von ärztlichen Niederlassungen, nicht jedoch um Maßnahmen, mit denen der massiven Überversorgung begegnet werden kann. In einer Situation, in der lediglich 800 Ärzte fehlen, um in jedem Planungsbereich eine bedarfsgerechte Versorgung sicher stellen zu können und andererseits 25.000 Ärzte mehr zugelassen sind, als hierfür benötigt werden, sind dringend Maßnahmen erforderlich, die gleichzeitig eine Steuerung der ärztlichen Niederlassung und einen Abbau der unwirtschaftlichen Überversorgung ermöglichen. Es wird daher empfohlen, die im § 87 Abs. 2e angelegte pretiale Steuerung schnellstmöglich erneut in Kraft zu setzen. Daneben sollten weitere Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung geprüft werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 10 wird am 01.01.2011 in Kraft, am 01. 01.2013 wieder außer Kraft gesetzt; siehe Änderungsvorschlag zu Artikel 15.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 (§ 171a Abs. 1 Satz 1 – Kassenartenübergreifende Vereinigungen von Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Klarstellung, dass die Ersatzkassen – neben den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen – zu den Krankenkassen zählen, die sich nach § 171a SGB V kassenartenübergreifend vereinigen können.

B) Stellungnahme

Es wird ein gesetzestechnischer Fehler des GKV-OrgWG korrigiert.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 (§ 190 Abs. 3 – Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung zu Buchst. a wird die Rechtslage vor dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wiederhergestellt. Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Arbeitnehmer wird beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht zum Jahresende wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nur dann als freiwillige Mitgliedschaft fortgeführt, wenn die erforderlichen Vorversicherungszeiten erfüllt sind.

Darüber hinaus (Regelung zu Buchst. b) wird den Arbeitnehmern, die zum 31. Dezember 2010 aus der Versicherungspflicht ausscheiden, ohne dass die Vorversicherungszeiten für die freiwillige Mitgliedschaft erfüllt sind, die Fortsetzung der Mitgliedschaft in der GKV eingeräumt. Ferner wird Berufsanfängern die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung ohne Erfüllung der Vorversicherungszeiten eröffnet, die bei Aufnahme einer Beschäftigung zunächst versicherungspflichtig werden und bei denen die Versicherungspflicht im Laufe des Kalenderjahres der Beschäftigungsaufnahme endet.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen der Neuregelung des § 6 SGB V. Die beabsichtigte Neuordnung der Versicherungsfreiheit nach § 6 SGB V wird abgelehnt.

Sollte an der geplanten Rechtsänderung des § 6 SGB V festgehalten werden, sind die Regelungen zum Übergang von der Pflichtversicherung in die freiwillige Versicherung folgerichtig. Die in diesem Zusammenhang etablierte Regelung für aus der (nur für kurze Zeit bestehenden) Versicherungspflicht ausscheidende Berufsanfänger, deren Pflichtmitgliedschaft in eine freiwillige Mitgliedschaft umgewandelt wird, wird begrüßt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 12 wird gestrichen, soweit die vorgeschlagene Streichung des Artikels 1 Nr. 2 (Änderung des § 6 SGB V) Berücksichtigung findet; andernfalls kein Änderungsvorschlag

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 (§ 201 – Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung der Vorschrift haben die Rentenversicherungsträger nunmehr auch die Verpflichtung, der zuständigen Krankenkasse unverzüglich die aktuelle Höhe einer Rentenzahlung mitzuteilen, sofern die Krankenkasse diese Angaben für die Prüfung eines ggf. durchzuführenden Sozialausgleichs anfordert.

B) Stellungnahme

Zur Prüfung und Durchführung eines Sozialausgleichs durch die Krankenkassen nach § 242b Abs. 3 Satz 1 SGB V -neu- ist die Erweiterung der Mitteilungspflicht der Deutschen Rentenversicherung gegenüber den Krankenkassen sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 (§ 220 – Aufbringung der Mittel; hier: Aufgaben des GKV-Schätzerkreises)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für das Einführungsjahr des Gesundheitsfonds getroffene Regelung einer vollständigen Deckung der voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen durch die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds als Vorgabe für die Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung ist durch Zeitablauf nicht mehr notwendig und wird aufgehoben. Der allgemeine Beitragssatz wird künftig in § 241 gesetzlich festgeschrieben. Die bisherigen Mechanismen zur Anpassung des Beitragssatzes entfallen.

Die Aufgaben des GKV-Schätzerkreises werden deshalb neu normiert. Diente die Prognose des Schätzerkreises bislang als Grundlage für die Entscheidung der Bundesregierung über die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes, wird der Zweck der Ermittlung der voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen und der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Wegfall der Beitragssatzfestlegung durch die Bundesregierung neu definiert und der Schätzauftrag um die Schätzung der voraussichtlichen jahresdurchschnittlichen Zahlen der Versicherten und Mitglieder der Krankenkassen erweitert. Die Schätzungen dienen nunmehr dem Bundesministerium für Gesundheit als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a als zentraler Bezugsgröße des Sozialausgleichs im Bereich der Zusatzbeiträge.

B) Stellungnahme

Da die jährliche Festlegung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung entfällt, auf den sich bislang die Definition der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Schätzerkreises bezog, bedarf es einer Neunormierung seiner Aufga-

ben. Der Schätzbedarf ergibt sich allerdings nicht ausschließlich und nicht einmal vorrangig aus der Notwendigkeit, eine rechnerische Grundlage für die zentrale Bezugsgröße im beabsichtigten Sozialausgleich für den Zusatzbeitrag zu schaffen. Mit der Schätzung der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds legt der GKV-Schätzerkreis – wie auch bislang – das Volumen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Folgejahr fest.

Ausgangspunkt der Berechnung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V sind die für das Folgejahr für alle Krankenkassen vom GKV-Schätzerkreis prognostizierten Ausgaben. Da der Gesundheitsfonds nicht mehr ausschütten kann, als er – nach Abzug der zum Aufbau bzw. der jährlichen Wiederauffüllung seiner Liquiditätsreserve erforderlichen Mittel – eingenommen hat, sind die ausgehend von der Ausgabenseite errechneten Fondszuweisungen wettbewerbsneutral um einen für alle GKV-Mitglieder gleichen Betrag zu kürzen. Dieser Betrag wird auf der Grundlage der Prognosen des GKV-Schätzerkreises zur Einnahmen-, Ausgaben-, Mitglieder- und Versichertenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (ohne landwirtschaftliche Krankenkassen) vom Bundesversicherungsamt festgelegt.

Da mit der gesetzlichen Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V auf 15,5 v. H. die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds Jahr für Jahr in geringerem Maße zunehmen werden als die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen, ergibt sich ein immer höherer Kürzungsbetrag und damit der politisch gewollte wachsende Bedarf, die Deckungslücke durch immer höhere (einkommensunabhängige) Zusatzbeiträge zu schließen. Die erforderlichen Informationen für die Kalkulation ihres Zusatzbeitrags erhalten die Krankenkassen ebenfalls aus der Schätzung des GKV-Schätzerkreises. Damit ist der Bedarf an einem entsprechend definierten Schätzauftrag auch ohne einen Sozialausgleich für Zusatzbeiträge in hohem Maße gegeben.

Ferner ist bereits an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass eine Bezugnahme auf die für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V „maßgeblichen Werte“ bei der Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (Artikel 14) zu sachlich ungeeigneten Bezügen führt

(siehe Einzelstellungen zu Artikel 14). Dies ist bei der Neunormierung der Aufgabe des GKV-Schätzerkreises zu berücksichtigen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 14 Buchstabe b) wird wie folgt gefasst:

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt jährlich bis zum 15. Oktober die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen als Grundlage *für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 und für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a für das Folgejahr.*“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



**Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 15 (§ 221 Abs. 1 – Bundesbeteiligung)**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Verweis auf Absatz 1 Satz 3 wird redaktionell korrigiert, da ein Satz 3 nicht vorhanden ist.

B) Stellungnahme

Es wird ein gesetzestechnischer Fehler korrigiert, der mit der Änderung des § 221 im Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität vom 2. März 2009 entstanden war.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 (§ 221b -neu- Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Sozialausgleich nach § 242b zum Schutz vor finanzieller Überforderung durch den GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitrag erfolgt durch eine individuelle Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Mitgliedsbeitrags durch die den Beitrag abführende Stelle. Die insoweit verringerten Beitragszahlungen mindern die Einnahmen des Gesundheitsfonds, aus denen die Zuweisungen an die Krankenkassen nach §§ 266 und 270 zu finanzieren sind. Nach § 271 Abs. 2 SGB V -neu- wird der Sozialausgleich aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bestritten. Ab dem Jahr 2015 leistet der Bund für diesen Sozialausgleich monatliche Zahlungen an den Gesundheitsfonds. Diese sind der Liquiditätsreserve zuzuführen. Die Höhe der Zahlungen des Bundes wird erst im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt.

B) Stellungnahme

Mit dem vorgelegten Entwurf wird die Einführung eines vollständig aus Steuern finanzierten Sozialausgleichs lediglich in Aussicht gestellt. Die mit § 221b SGB V vorgeschlagene Regelung vertagt die Beantwortung der für das Reformziel eines „gerechten Sozialausgleichs“ entscheidenden Finanzierungsfrage auf das Jahr 2014. Die vollständige Finanzierung des Sozialausgleichs ab dem Jahr 2015 durch den Fiskus wird ausdrücklich nicht festgeschrieben. Dies bedeutet, dass der bis einschließlich 2014 notwendige Sozialausgleich nur bis zur Höhe von 2 Mrd. Euro mit den einmalig nach dem Haushaltsbegleitgesetz 2011 gewährten Steuergeldern finanziert werden kann, der ab 2015 durchzuführende Sozialausgleich nach geltender Rechtslage unter Umständen vollständig oder partiell durch entsprechende Kürzungen der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen finanziert werden muss. In § 271 wird zwar geregelt, dass der Sozialausgleich

aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzieren ist. Da die Liquiditätsreserve nach § 271 Abs. 2 Satz 2 mindestens 20 % der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds entsprechen muss, führt ein Unterschreiten dieser Mindesthöhe der Liquiditätsreserve dazu, dass für das Folgejahr eine Wiederauffüllung zwingend vorgeschrieben ist. Der Gesundheitsfonds muss dann die Zuweisungen an die Krankenkassen in Höhe des festgestellten Fehlbetrages kürzen, sofern dieser nicht aus Steuermitteln ausgeglichen wird. Zuweisungskürzungen führen unmittelbar zur Erhebung von (künftig ausschließlich einkommensunabhängigen) Zusatzbeiträgen, sodass der Sozialausgleich bei nicht auskömmlichen Steuerzuschüssen somit durch Pauschalbeiträge der Mitglieder finanziert wird. Um eine solche Entwicklung, die dem politisch Gewollten widerspricht, zumindest für die Zeit ab 2015 auszuschließen, fordert der GKV-Spitzenverband einen vollständigen Ausgleich der für den Sozialausgleich nach § 242b aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgewendeten Mittel durch den Bund.

Um die Belastung des Bundes durch den Sozialausgleich zu mindern und zugleich die Entscheidung für die geforderte gesetzliche „Übernahmegarantie“ zu erleichtern, wird angeregt, den Sozialausgleich belastungsgerecht auszugestalten, d. h. einen sozialen Ausgleich nur dann vorzusehen, wenn tatsächlich eine reale Belastung durch Zusatzbeiträge besteht. Angesichts der bestehenden fiskalischen Restriktionen ist es nicht vertretbar, dass der Fiskus Krankenkassenmitglieder auf Basis eines prospektiv kalkulierten durchschnittlichen Zusatzbeitrages finanziell entlastet, auch wenn diese tatsächlich mit keinem oder einem niedrigeren Zusatzbeitrag belastet sind. Auch aus wettbewerblicher Sicht sind steuerfinanzierte Ausgleichszahlungen an nicht belastete Mitglieder abzulehnen. Denn es handelt sich letztlich um Wechselprämien, die der Staat zusätzlich an Krankenkassenmitglieder zahlt, die in eine Krankenkasse mit niedrigeren Zusatzbeiträgen wechseln. Ist dies bereits für sich genommen ordnungspolitisch fragwürdig, kommt noch hinzu, dass ein Wechsel von Kasse A zu Kasse B (beide unterhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitrags) mit einer Wechselprämie von 3 Euro belohnt würde, wenn dies der Unterschied im Zusatzbeitrag beider Kassen ist, wäh-

rend ein Wechsel von Kasse C zu Kasse D (beide oberhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitrags) bei gleicher Differenz der Zusatzbeiträge keine Wechselprämie auslösen würde. Noch problematischer wird es, wenn die Mitglieder der übrigen Krankenkassen diese impliziten Wechselprämien über einen höheren Zusatzbeitrag finanzieren müssen, sofern kein vollständiger steuerfinanzierter Ausgleich für den Sozialausgleich der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds stattfindet.

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass sich der Ausgabenanstieg ab dem Jahr 2012 in jährlich steigenden GKV-durchschnittlichen Zusatzbeiträgen nach § 242a niederschlagen wird, was durch das Auslaufen des bisherigen jährlichen Anstieges der Bundesbeteiligung nach § 221 ab dem Jahr 2013 beschleunigt wird. Dies wird dazu führen, dass für den Sozialausgleich jährlich immer mehr Mittel aufgewendet werden müssen, die kaum aus der jeweils einmal aufgebauten Liquiditätsreserve ohne zusätzliche Zuführungen gedeckt werden können. Die Bundesregierung ist zu einer konsequenten Umsetzung des angekündigten steuerfinanzierten Sozialausgleichs aufgefordert.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 16 wird § 221b Satz 2 SGB V -neu- wie folgt gefasst:

„Die Höhe der Zahlungen ergibt sich aus der vom Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der im Vorjahr erfolgten Meldungen der den Beitrag abführenden Stellen über die Höhe der Verringerung des einkommensabhängigen Mitgliedsbeitrags nach § 242b Abs. 2 und 3 und der Meldungen der Krankenkassen über die Verringerung des Mitgliedsbeitrags für Selbstzahler nach § 242b Abs. 4 sowie der nach § 242b Abs. 3 und 5 von den Krankenkassen erstatteten Beträge für zu viel gezahlte Beiträge festgestellten Höhe des im Vorjahr erfolgten Sozialausgleichs.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 17 (§ 241 – Allgemeiner Beitragssatz)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zukünftig sollen über die Einnahmenentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen durch Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert werden. Eine Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes an die Finanzentwicklung der GKV soll deshalb zukünftig nicht mehr durch Rechtsverordnung der Bundesregierung stattfinden. Der allgemeine Beitragssatz wird gesetzlich festgelegt und beträgt ab dem 01.01.2011 wieder 15,5 Prozent, wie vor der durch das Konjunkturpaket II aus Steuermitteln finanzierten Absenkung zum 1. Juli 2009.

B) Stellungnahme

Das drohende Finanzdefizit 2011 in Höhe von rd. 10 Mrd. Euro wird im Wesentlichen durch die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent geschlossen. Die Beitragssatzerhöhung belastet Versicherte und Arbeitgeber ab dem Jahr 2011 in einer Größenordnung von 6,3 Mrd. Euro. Die Honorar- und Einnahmenezuwächse der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser werden lediglich marginal begrenzt. Durch eine konsequentere Sparpolitik könnten die jetzt vorgesehenen hohen finanziellen Belastungen der Beitragszahler vermieden werden, ohne die Versorgungsqualität für die Versicherten zu mindern.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 18 a) (§ 242 Abs. 1 – Kassenindividueller Zusatzbeitrag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach der aktuell geltenden Rechtslage kann der Zusatzbeitrag als Pauschale oder in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen festgelegt werden. Künftig dürfen die Krankenkassen nur einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag in festen Eurobeträgen erheben. Die bisherige Begrenzung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags auf maximal 8 Euro sowie die Begrenzung der Höhe der Zusatzbeiträge auf 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds entfallen. Die Berücksichtigung einer eventuellen finanziellen Überforderung des Mitglieds erfolgt nicht mehr über die Begrenzung der Zusatzbeiträge, sondern im Rahmen des Sozialausgleichs.

B) Stellungnahme

Die Regelung trägt dem Ziel der künftigen Ausrichtung des Zusatzbeitrags und des damit einhergehenden Sozialausgleichs in der in dem Regierungsentwurf skizzierten Weise ausreichend Rechnung.

C) Änderungsvorschlag

Redaktioneller Hinweis: Durch die Aufhebung der Sätze 2 und 3 werden die Sätze 4, 5 und 6 zu den Sätzen 2, 3 und 4 –neu–.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 b) (§ 242 Abs. 4 und 5 – Kassenindividueller Zusatzbeitrag; hier: beson-
dere Mitgliedergruppen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für eine Mitgliedergruppe ist künftig anstelle eines kassenindividuellen Zu-
satzbeitrags ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag aller Krankenkassen zu
zahlen. Betroffen sind versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosen-
geld II, unabhängig davon, ob sie über weitere beitragspflichtige Einnahmen
verfügen, z. B. eine Rente beziehen, oder einen anderen versicherungs-
pflichtigen Tatbestand erfüllen, z. B. eine Beschäftigung ausüben. Die An-
wendung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags beim Bezug von Arbeitslo-
sengeld II gilt auch in den Fällen, in denen die zuständige Krankenkasse kei-
nen Zusatzbeitrag erhebt.

Darüber hinaus entfällt für einige Personenkreise die Verpflichtung zur Zah-
lung des Zusatzbeitrags. Dies gilt für

1. zur Berufsausbildung Beschäftigte mit einem monatlichen Arbeitsentgelt bis zu 325 Euro,
2. Mitglieder, die ein freiwilliges soziales bzw. ökologisches Jahr leisten,
3. nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V versicherungspflichtige Teilnehmer an Leis-
tungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V versicherungspflichtige behinderte Men-
schen,
5. nach § 5 Abs. 4a Satz 1 SGB V versicherungspflichtige Auszubildende in
einer außerbetrieblichen Einrichtung,
6. Mitglieder während des Bezugs von bestimmten Entgeltersatzleistungen
(insbesondere Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld) oder während
der Inanspruchnahme der Elternzeit,
7. Mitglieder während der Ableistung des Wehr- oder Zivildienstes bzw. ei-
ner Wehr- oder Eignungsübung,

8. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 SGB V – bei zulässiger Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses oder bei unbezahltem Urlaub während der Schwangerschaft – fortbesteht.

B) Stellungnahme

Das Verfahren der Anwendung eines durchschnittlichen Zusatzbeitrags für Bezieher von Arbeitslosengeld II ist den Anforderungen der Verwaltungsökonomie für die öffentliche Verwaltung geschuldet. Es wäre als solches nicht zu beanstanden, wenn damit nicht die besonderen Regelungen zur Tragung und zur Verteilung der Beiträge verbunden wären (vgl. Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 21 und 22).

Die Vorschrift über die Nichterhebung des Zusatzbeitrags für die Bezieher der ausdrücklich im Gesetzentwurf genannten und vergleichbaren Entgeltersatzleistungen entspricht weitgehend der aktuellen Praxis der Krankenkassen. Diese Regelung ist allerdings nur dann konsistent, wenn sie in ihrer Ausrichtung neben den versicherungspflichtigen Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V fortbesteht, unter anderem auch die freiwilligen Mitglieder bei Erfüllung sonstiger Tatbestände des § 192 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V sowie alle Arbeitnehmer während des Bezugs von beitragspflichtigen Einnahmen nach § 23c SGB IV umfasst. Sollte der Gesetzgeber in den fraglichen Fallkonstellationen eine andere Zielsetzung verfolgen, ist diese kritisch zu bewerten. Die Aufzählung der Personengruppen, die keinen Zusatzbeitrag zu zahlen haben, lässt im Übrigen nicht eindeutig erkennen, ob damit auch die Sachverhalte erfasst sind, in denen das Mitglied über weitere beitragspflichtige Einnahmen (z. B. Rente, Versorgungsbezüge) verfügt. Hier wäre eine Klarstellung des gesetzlich Gewollten hilfreich.

Für die Umsetzung der geplanten Nichterhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für die oben im Abschnitt A) unter Nummer 1 bis 5 genannten Personen stehen den Krankenkassen keine geeigneten Mittel zur Verfügung, da sie solche Sachverhalte auf Grundlage der aktuell geltenden Melde-

vorschriften nicht aufdecken oder nicht eindeutig abgrenzen können. Damit den Krankenkassen die für die Umsetzung der geplanten Nichterhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für die genannten Personenkreise notwendigen Informationen zur Verfügung stehen, wird der GKV-Spitzenverband darauf hinwirken, dass in Abstimmung mit den am Gemeinsamen Meldeverfahren beteiligten Spitzenorganisationen der Sozialversicherung entsprechende Identifikationsmerkmale im Meldeverfahren nach der DEÜV geschaffen werden; die notwendigen Ergänzungen bedürfen der Genehmigung des BMAS.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 b) (§ 242 Abs. 6 – Kassenindividueller Zusatzbeitrag; hier: Verspätungs-
zuschlag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags für mindestens sechs Kalendermonate muss in der Satzung der Krankenkassen ein einmaliger Verspätungszuschlag vorgesehen werden, der in der Höhe auf die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens 30 Euro beträgt. Das Mitglied hat bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des einmaligen Verspätungszuschlags keinen Anspruch auf den Sozialausgleich. Eine rückwirkende Durchführung des Sozialausgleichs kommt selbst nach der Begleichung der ausstehenden Beträge nicht in Betracht. Dagegen ist ein Sozialausgleich beim Abschluss einer Ratenzahlungsvereinbarung nicht ausgeschlossen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Sofern der Sozialausgleich über die den Beitrag abführenden Stellen (z. B. Arbeitgeber) abgewickelt wird, sind diese durch die zuständige Krankenkasse über die Unterbrechung in der Durchführung des Sozialausgleichs ohne Angabe von Gründen zu informieren.

B) Stellungnahme

Die – im Vergleich zum geltenden Recht wesentliche – Verschärfung von Sanktionsmechanismen bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt, da diese die Zahlungsbereitschaft der Mitglieder erhöht und auf diesem Wege die Krankenkassen bei einer vollständigen Erhebung der Beiträge unterstützt.

Das vorgesehene Verfahren entspricht allerdings nicht in Gänze der verfolgten Intention, insbesondere die Einbeziehung des Arbeitgebers bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags durch den Arbeitnehmer zu vermeiden, und ist aus datenschutzrechtlicher Sicht u. U. angreifbar. Problematisch ist darüber

hinaus, dass die Krankenkasse im Normalfall (z. B. bei versicherungspflichti-
gen Arbeitnehmern ohne weitere beitragspflichtige Einnahmen) nicht weiß,
dass und für welche Mitglieder die beitragsabführende Stelle einen Sozial-
ausgleich durchführt. Die vorgesehene Mitteilungspflicht gegenüber der bei-
tragsabführenden Stelle über Beginn und Ende des Sozialausgleich-
Durchführungszeitraums lässt sich daher verfahrenspraktisch nicht konkret
auf die Mitglieder beschränken, für die ein Sozialausgleich durchgeführt
wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 19 (§ 242a -neu- Durchschnittlicher Zusatzbeitrag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist die Bezugsgröße für den Sozialausgleich nach § 242b SGB V -neu-. Der Sozialausgleich greift, sobald der vom Bundesministerium für Gesundheit nach Auswertung der Ergebnisse des GKV-Schätzerkreises nach § 220 Abs. 2 SGB V für das Folgejahr abschließend festgelegte, im Bundesanzeiger bis zum 1. November eines Kalenderjahres bekanntgegebene durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen die Belastungsgrenze von 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ergibt sich rechnerisch aus der Differenz der voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen und der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds – zuzüglich der zur Auffüllung der gesetzlichen Mindestrücklage nach § 261 Abs. 2 Satz 2 erforderlichen Mittel soweit die Inanspruchnahme der Rücklage auf unerwartete außergewöhnliche Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzuführen ist. Der ermittelte Wert ist durch die Zahl der Mitglieder und die Zahl 12 zu teilen.

B) Stellungnahme

Der Rechenweg zur Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags ist sachgerecht. Aus Gründen der Verwaltungsökonomie ist die Beschränkung auf eine prospektive Ermittlung positiv zu bewerten.

Es ist sachgerecht und notwendig, die gesetzlich vorgeschriebene Wiederauffüllung der Rücklage nach § 261 bei der Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags zu berücksichtigen. Eine Definition dessen, was „außergewöhnliche, bei der Festsetzung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages noch nicht vorhersehbare Ausgaben“ sind, erscheint schwierig, weshalb die

Begründung zum Gesetzentwurf beispielhaft nur den Pandemiefall benennt. Aus Gründen der Rechtssicherheit der Festlegung sollte auf eine Definition mittels eines einzelnen Beispiels verzichtet werden. Stattdessen sollte der GKV-Schätzerkreis generell auf der Grundlage der Statistiken der Krankenkassen nach § 79 SGB IV eine Schätzung vornehmen, ob und inwieweit die Rücklage der Krankenkassen geringer ist als die gesetzliche Mindestrücklage (das Unterschreiten einer satzungsmäßigen Rücklage könnte prinzipiell auch durch Absenkung im Rahmen einer Satzungsänderung gelöst werden und muss deshalb mit dem die gesetzliche Mindestrücklage übersteigenden Bedarf nicht bei der Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags berücksichtigt werden). Mit Verweis auf § 261 Abs. 4 SGB V erscheint es vertretbar, die jährliche Auffüllung der Rücklagen bei der rechnerischen Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags fiktiv auf $\frac{1}{4}$ des gesetzlichen Rücklage-solls zu begrenzen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 19 wird im eingefügten § 242a Abs. 1 Satz 2 -neu- der 2. Halbsatz („soweit unerwartete außergewöhnliche Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten sind“) gestrichen und die Begründung wird im Sinne der obigen Stellungnahme ergänzt.

In der Begründung ist klarzustellen, dass die Ausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkassen bei der Ermittlung der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen unberücksichtigt bleiben, da der Sozialausgleich nach § 242b für die Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkassen keine Anwendung findet. Weiterhin wird eine Klarstellung der Frage empfohlen, ob der durchschnittliche Zusatzbeitrag als voller Euro-Betrag oder als Euro-Betrag mit zwei Nachkommastellen festzulegen ist.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 19 (§ 242b -neu- Sozialausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einführung eines innerhalb der GKV stattfindenden Sozialausgleichs soll Mitgliedern im Falle der finanziellen Überforderung durch den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag im Gegenzug der einkommensabhängige Krankenversicherungsbeitrag entsprechend herabgesetzt werden. Der Sozialausgleich soll grundsätzlich automatisch, also ohne einen Antrag des Versicherten, durchgeführt werden. Ein Anspruch auf Sozialausgleich besteht, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a die Belastungsgrenze von 2 Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen übersteigt. Der Sozialausgleich soll ab 2012 maschinell von der den Beitrag abführenden Stelle (Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Arbeitsagentur, Zahlstelle von Versorgungsbezügen) vorgenommen werden. Für bestimmte Personengruppen (Selbstzahler, unständig Beschäftigte und mehrfach beschäftigte Arbeitnehmer mit Arbeitsentgelten innerhalb der Gleitzone) führt die Krankenkasse des Mitglieds den Sozialausgleich durch. Darüber hinaus fungiert die Krankenkasse – insbesondere bei Mitgliedern mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen – als Schnittstelle zwischen den Beitrag abführenden Stellen und ihren Mitgliedern. Mitglieder, von denen nach § 242 Abs. 5 keine Zusatzbeiträge erhoben werden oder deren Zusatzbeiträge von Dritten getragen werden, sind vom Sozialausgleich ausgenommen.

B) Stellungnahme

Mit dem Sozialausgleich nach § 242b wird ein bisher in der Sozialversicherung völlig neues Verfahren eingeführt. Die Durchführung des Sozialausgleichs wird den Krankenkassen als Einzugsstellen sowie von den Beitrag abführenden Stellen erhebliche Anstrengungen und Investitionen insbesondere im Meldewesen und in der ergänzenden Kommunikation miteinander abverlangen.

Der mit der Umsetzung der zahlreichen Änderungen von Informations- und Zahlungsströmen einhergehende bürokratische Aufwand ist hoch.

C) Änderungsvorschlag

In § 242b SGB V -neu- ist klarzustellen, dass in den Fällen, in denen die Krankenkassen den Sozialausgleich durchführen und im Rahmen ihrer Zuständigkeit zu viel gezahlte Beiträge erstatten, diese Erstattungen gegenüber dem Gesundheitsfonds abzurechnen sind.

Im Übrigen ist die bei der Durchführung des Sozialausgleichs verwendete Begrifflichkeit „Beitragsanteil“ missverständlich, da nicht ein Prozentsatz, sondern der in Euro ausgedrückte Beitragsanteil des Mitglieds verringert werden soll.

Zu Absatz 1:

Die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bilden neben dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag die Berechnungsgrundlage für den Sozialausgleich. Bei pflichtversicherten Mitgliedern ohne anderweitigen Versicherungsschutz nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V würde die derzeitige Formulierung dazu führen, dass der Sozialausgleich einerseits und die Krankenversicherungsbeiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen andererseits von unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen zu berechnen wären.

Bei der Durchführung des Sozialausgleichs sind Versorgungsbezüge sowie Arbeitseinkommen nur zu berücksichtigen, wenn sie insgesamt die Beitragsfreigrenze nach § 226 Abs. 2 SGB V übersteigen. Diese Beitragsfreigrenze ist bei der Beitragsbemessung dieses Personenkreises hingegen nicht zu berücksichtigen (nach § 3 Abs. 4 der „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ des GKV-Spitzenverbandes in Verbindung mit § 240 Abs. 1 Satz 1 und § 227 SGB V). Zur Sicherstellung einer einheitlichen Verfahrensweise wird deshalb vorgeschlagen, Satz 5 wie folgt zu fassen:

„Die in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummern 3 und 4 genannten beitragspflichtigen Einnahmen werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs Pflichtversicherter – mit Ausnahme der in § 5 Absatz 1 Nummer 13 genannten Personen – nur berücksichtigt, wenn sie insgesamt 5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen.“

Bei der Ermittlung, ob die beitragspflichtigen Einnahmen für den Sozialausgleich die Belastungsgrenze überschreiten, findet die Begrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen der Seeleute auf die Durchschnittsheuer nach § 233 keine Anwendung. Die Orientierung des Sozialausgleichs an den tatsächlichen Einkünften der Seeleute wird bei den Seeleuten, die neben den Entgelten aus der Seefahrt noch weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, durch die Formulierung des § 28a Abs. 4a SGB IV konterkariert. Die monatliche Meldung des Arbeitgebers bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen verlangt nach § 28a Abs. 4a SGB IV die Vorgabe des rentenversicherungspflichtigen Entgelts (Dies entspricht bei Seeleuten der Durchschnittsheuer). Der Sozialausgleich soll sich jedoch an den tatsächlichen Einnahmen orientieren. Von daher wird vorgeschlagen, auf eine Änderung des § 28a Abs. 4a SGB IV zu verzichten und in § 242b Abs. 1 den Satz 3 und in Abs. 2 den Satz 2 zu streichen.

Zu Absatz 2

Die Regelung in Satz 8, wonach der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil einer Einmalzahlung mit dem allgemeinen Beitragssatz zu verbeitragen ist, geht davon aus, dass für Arbeitnehmer generell der allgemeine Beitragssatz für die Beitragsberechnung heranzuziehen ist. Sie berücksichtigt nicht, dass es auch Arbeitnehmer gibt, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben und deren Krankenversicherungsbeiträge aufgrund dessen nach dem ermäßigten Beitragssatz berechnet werden. Von daher wird vorgeschlagen, statt des allgemeinen Beitragssatzes auf den „für den Beschäftigten maßgeblichen Beitragssatz“ abzustellen.

Zu Absatz 6:

Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nach § 242 Abs. 5 von der Erhebung des Zusatzbeitrags ausgenommen sind, haben keinen Anspruch auf Sozialausgleich. Der Ausschluss von dem Anspruch auf Sozialausgleich stellt insofern ausschließlich auf den Bezug einer Entgeltersatzleistung ab. Die Regelung wird dahingehend ausgelegt, dass auch die Arbeitnehmer keinen Anspruch auf Sozialausgleich haben, denen der Arbeitgeber während des Bezugs einer Entgeltersatzleistung Arbeitsentgelt weitergewährt, und zwar unabhängig davon, ob es sich nach § 23c Abs. 1 Satz 1 SGB IV um beitragspflichtiges oder beitragsfreies Arbeitsentgelt handelt. Eine Klarstellung dieses Sachverhalts wird empfohlen.

Die Vorschrift über den Ausschluss des Sozialausgleichs für Mitglieder, deren Zusatzbeitrag nach dem dritten Kapitel SGB XII übernommen wird, wird als eine abschließende Regelung verstanden, die unabhängig davon anzuwenden ist, ob der Zusatzbeitrag in voller Höhe oder nur teilweise (z. B. weil die Hilfebedürftigkeit nur in diesem Umfang besteht) durch den Sozialhilfeträger übernommen wird. Sofern der Gesetzgeber bei derartigen Fallkonstellationen eine andere Zielsetzung verfolgt, bedarf es einer Klarstellung. In diesem Kontext wird deutlich, dass die unveränderte Fassung des § 32 SGB XII inkonsistent ist, sofern diese Vorschrift die Übernahme der Zusatzbeiträge maximal in der Höhe vorsieht, die sich aus der Anwendung des ab dem 1. Januar 2009 geltenden Rechts ergibt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 20 (§ 243 – Ermäßigter Beitragssatz)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 241 SGB V) wird der ermäßigte Bei-
tragssatz gesetzlich auf 14,9 Prozent festgesetzt.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 17 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 21 (§ 251 – Tragung der Beiträge durch Dritte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass die Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufzubringen sind. Darüber hinaus wird als Folgevorschrift zur Aufhebung der Verpflichtung zur Zahlung des Zusatzbeitrags durch behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten die Regelung über die Tragung des Zusatzbeitrags bei derartigen Fallkonstellationen gestrichen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Finanzierung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages für die Leistungsbezieher nach dem SGB II aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist hinsichtlich der finanziellen Konsequenzen für die gesetzliche Krankenversicherung als Ganzes mit der Befreiung dieses Personenkreises von dem Zusatzbeitrag vergleichbar. Damit wälzt der Bund die ihm zuzurechnende Aufgabe der Übernahme des Zusatzbeitrags für Bezieher von Arbeitslosengeld II de facto auf die Solidargemeinschaft der Beitragszahler ab. Bei stetig steigenden Zusatzbeiträgen handelt es sich auch nicht um Bagatellgrößen: Bei 2,5 bis 3 Mio. Beziehern von Arbeitslosengeld II bedeutet die vorgesehene Regelung noch in diesem Jahrzehnt jährliche Einnahmenminderungen der GKV von mehr als 1 Mrd. Euro, die von den übrigen Mitgliedern über entsprechend höhere Zusatzbeiträge auszugleichen sind. Ein erneuter Verschiebepbahnhof zu Lasten der GKV wird entschieden abgelehnt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



C) Änderungsvorschlag

Die Tragung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags für Bezieher von Arbeitslosengeld II aus der Liquiditätsreserve muss vollständig aus Steuermitteln gedeckt sein.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 22 (§ 252 – Beitragszahlung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus den Mitteln der Liquiditätsreserve aufzubringenden Zusatzbeiträge hat der Gesundheitsfonds monatlich entsprechend der Anzahl der betreffenden Mitglieder an die jeweiligen Krankenkassen weiterzuleiten.

B) Stellungnahme

Das vorgeschlagene Verfahren wird in Gänze kritisch bewertet.

Durch die vorgesehenen Verteilungsmechanismen erhalten auch die Krankenkassen, die keinen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben bzw. deren kassenindividueller Zusatzbeitrag unterhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitrags liegt, die Zuweisungen in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags für jedes Mitglied, das zur vorgenannten Gruppe gehört. Dies verursacht nicht hinnehmbare Wettbewerbsverzerrungen innerhalb der GKV.

C) Änderungsvorschlag

Das Verfahren zur Verteilung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge zwischen den Krankenkassen muss wettbewerbsgerecht und entsprechend der getragenen Beitragslast gestaltet werden. Hierfür sind nur solche Krankenkassen in die Verteilung der Zusatzbeiträge einzubeziehen, die tatsächlich einen Zusatzbeitrag erheben. Die Höhe der Zuweisungen hat sich sowohl an der Anzahl der jeweils betroffenen Mitglieder als auch an der Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrags zu orientieren.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 (§ 255 – Beitragszahlung aus der Rente; hier: Bescheiderteilung der Rentenversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung betrifft allein die Verpflichtung der Träger der Rentenversicherung zur Erteilung von Bescheiden bei Änderung der Rentenzahlbeträge.

B) Stellungnahme

keine

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 24 (§ 256 – Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragsnachweis im Zahlstellenverfahren wird um die Information des Krankenversicherungsbeitrages, der ohne den Sozialausgleich hätte gezahlt werden müssen, ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist grundsätzlich erforderlich, damit die Krankenkassen den Umfang des gezahlten Sozialausgleichs feststellen bzw. überprüfen können.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 (§ 271 Abs. 2 – Gesundheitsfonds; hier: Liquiditätsreserve)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufwendungen für den Sozialausgleich nach § 242b sowie für die Tragung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II nach § 251 Abs. 6 Satz 3 –neu– sollen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Der bis Ende 2012 vorgesehene Aufbau der Liquiditätsreserve auf die gesetzlich bestimmte Mindesthöhe soll ab dem Jahr 2009 nicht mehr „in vier jährlichen Schritten“, sondern „schrittweise“ erfolgen. Es wird klargestellt, dass ein Überschuss der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds über die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen der Liquiditätsreserve zuzuführen ist.

B) Stellungnahme

Der Sozialausgleich nach § 242b zum Schutz vor finanzieller Überforderung durch den GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitrag soll von den Beitrag abführenden Stellen durch eine individuelle Verringerung der monatlichen einkommensabhängigen Mitgliedsbeiträge erfolgen. Die insoweit verringerten Beitragszahlungen mindern die Einnahmen des Gesundheitsfonds, aus denen die Zuweisungen an die Krankenkassen nach §§ 266 und 270 zu finanzieren sind. Da die Liquiditätsreserve den finanziellen Puffer des Gesundheitsfonds darstellt, ist es aus rein verfahrenstechnischen Gründen nachvollziehbar, dass die Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds in Folge des Sozialausgleichs nach § 242b unmittelbar auf die Liquiditätsreserve durchschlagen. Dennoch ist die Festlegung, dass die Aufwendungen für den Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzieren sind, zu hinterfragen. Bereits die Verschiebung der Entscheidung über die Höhe der nach § 221b zu leistenden Bundesmittel für den Sozialausgleich auf das Jahr 2014 und die voraussichtlich nicht ausreichende Finanzierung des Sozi-

alausgleichs in den Jahren 2012 bis 2014 durch den ergänzenden Bundeszuschuss von 2 Mrd. Euro zeigen, dass diese ergänzende Regelung zur Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nicht rein verfahrenstechnischen Charakter hat. Die Regelung hat erkennbar auch eine zumindest vorübergehende Durchführung des Sozialausgleichs ohne weitere Belastung des Bundes zum Ziel. Dies wird von der gesetzlichen Krankenversicherung abgelehnt. Es ist in § 221b sicherzustellen, dass der Sozialausgleich tatsächlich aus Steuern finanziert wird. Die hierfür erforderlichen Bundesmittel sind dann richtigerweise der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zuzuführen.

Auch wenn im Folgejahr die für das Vorjahr festgestellten Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds wieder vollständig aus Bundesmitteln ausgeglichen und der Liquiditätsreserve zugeführt werden, kann die Liquiditätsreserve bei unverändertem Volumen nicht beliebig vielen Verwendungszwecken dienen. Deshalb ist die nunmehr zusätzlich vorgesehene Finanzierung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II aus der Liquiditätsreserve abzulehnen. Zudem handelt es sich dabei um einen erneuten Verschiebepunkt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Es darf auch nicht übersehen werden, dass die Inanspruchnahme der Liquiditätsreserve für diesen sachfremden Zweck mit steigender Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags immer weiter zunehmen wird. Zwar lässt die Vorgabe, dass die Liquiditätsreserve ab Ende 2012 *mindestens* 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds betragen soll, auch einen höheren Umfang zu, soweit es – so die Begründung zum Gesetzesentwurf – für die Erfüllung der Zwecke der Liquiditätsreserve erforderlich sei. Ein unbegrenztes Aufblähen der Liquiditätsreserve ist jedoch nicht akzeptabel. Andererseits ist auch sicherzustellen, dass eine durch die Finanzierung des Sozialausgleichs und der Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II eingeschränkte finanzielle Pufferfunktion der Liquiditätsreserve nicht dazu führt, dass die Krankenkassen durch eine deswegen erforderliche Inanspruchnahme des Liquiditätsdarlehens nach § 271 Abs. 3 mit der Rückzahlung im Haushaltsjahr (und sei es nur liquiditätsmäßig) belastet werden.

Sobald nähere Erfahrungen über die tatsächliche Inanspruchnahme der Liquiditätsreserve für die verschiedenen Verwendungszwecke vorliegen, sollte eine sachgerechte Definition der Obergrenze für die Höhe der Liquiditätsreserve erfolgen.

Eine erste notwendige Begrenzung der Zuführung in die Liquiditätsreserve ist bereits im laufenden Gesetzgebungsverfahren sinnvoll und möglich. Mit der Prognose der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds legt der GKV-Schätzerkreis bekanntlich das Volumen der Gesundheitsfondszuweisungen fest. Dieses wird den Krankenkassen für das folgende Haushaltsjahr garantiert. Das Einnahmenrisiko liegt somit beim Gesundheitsfonds. Dadurch wird die Planungssicherheit der Krankenkassen erhöht. Aus der Schätzerkreisprognose ergibt sich aber auch eine Einschätzung, ob und in welchem Umfang die Liquiditätsreserve im kommenden Jahr voraussichtlich aufgefüllt wird. Diese Schätzung kann jedoch für die tatsächliche Zuführung in die Liquiditätsreserve am Ende des Haushaltsjahres nicht maßgeblich sein. Liegen die tatsächlich realisierten Einnahmen des Gesundheitsfonds niedriger als die in der Herbstsitzung des Schätzerkreises prognostizierten Einnahmen, muss der Aufbau der Liquiditätsreserve um den Differenzbetrag von tatsächlichen und geschätzten Einnahmen gemindert werden. Würde nämlich in die Liquiditätsreserve mehr eingestellt, als dem Gesundheitsfonds aufgrund der tatsächlich ungünstigeren Einnahmenentwicklung am Ende eines Jahres verbleiben, müssten im folgenden Jahr die Zuweisungen an die Krankenkassen entsprechend gekürzt werden. Diese Kürzung stünde im Widerspruch zum Grundsatz, dass der Gesundheitsfonds das Risiko verringerter Einnahmen trägt. Dieser wesentliche Vorzug des Gesundheitsfonds sollte nur dann durchbrochen werden, wenn in der Liquiditätsreserve nicht genügend Mittel vorhanden sind, die gesetzlichen Verwendungszwecke der Liquiditätsreserve im folgenden Jahr zu erfüllen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 25 wird wie folgt gefasst:

„§ 271 wird wie folgt gefasst:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Einnahmeausfälle“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „§ 272 Abs. 2“ die Wörter „sowie die Aufwendungen für den Sozialausgleich nach § 242b und zusätzlich die Zahlungen für die Zusatzbeiträge nach § 251 Absatz 6 Satz 3“ eingefügt.

bb) Folgende Sätze werden angehängt:

„Die die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen übersteigenden voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 242a Absatz 1 Satz 1 sind der Liquiditätsreserve zuzuführen. Unterschreiten die tatsächlichen Einnahmen die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen, so ist die Zuführung der Liquiditätsreserve entsprechend zu mindern, soweit die vorhandenen Mittel voraussichtlich ausreichen, die gesetzlichen Verwendungszwecke der Liquiditätsreserve zu erfüllen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Darlehen ist im Haushaltsjahr zurückzuzahlen, soweit es nicht durch die Inanspruchnahme der Liquiditätsreserve zur Finanzierung des Sozialausgleichs nach § 242b bedingt ist.“

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 26 (§ 284 Abs. 1 – Sozialdaten der Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden ermächtigt, Sozialdaten für Zwecke der Kranken-
versicherung zu erheben und zu speichern, die der Durchführung des Sozi-
alausgleichs dienen.

B) Stellungnahme

Die Durchführung des Sozialausgleichs nach § 242b macht die Erhebung
und Speicherung von Sozialdaten durch die Krankenkassen erforderlich. Die
vorgenommene Ergänzung ist notwendig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27 (§ 291a – Elektronische Gesundheitskarte; hier: Nicht-Berücksichtigung bei der Deckelung der Verwaltungskosten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die Ausgaben für die Telematikinfrastuktur keine Verwaltungskosten der Krankenkassen sind und somit von der Begrenzung der Verwaltungskosten nach § 4 Abs. 4 Satz 2 -neu- nicht umfasst sind.

B) Stellungnahme

Die Ausnahme der Ausgaben der Telematikinfrastuktur von der Verwaltungskostendeckelung der Jahre 2011 und 2012 ist sachgerecht und wird begrüßt. Zur Notwendigkeit weiterer Ausnahmeregelungen vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 4 Absatz 4).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 85 Abs. 3g –neu– Gesamtvergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Angleichung der zahnärztlichen Vergütungen ohne Zahnersatz sollen die Punktwerte und die Gesamtvergütungen in den neuen Ländern in den Jahren 2012 und 2013 jeweils um 2,5% bzw. im Land Berlin um 2% erhöht werden.

B) Stellungnahme

Aus der einseitigen Anhebung der Punktwerte und Gesamtvergütungen für die neuen Bundesländer und Berlin in den Jahren 2012 und 2013 ergeben sich Mehrausgaben der Krankenkassen in Höhe von 5% für die neuen Bundesländer und von 4% für Berlin.

Nach Einschätzung der Bundesregierung ist für 2012 mit Mehrausgaben in Höhe von 40 Mio. Euro und für 2013 mit Mehrausgaben in Höhe von 45 Mio. Euro zu rechnen. Hinzu kommen die Basiseffekte für die Jahre nach 2013. Diese einseitige Honoraraufstockung wird abgelehnt. Die Mehrausgaben werden zunächst zu höheren Belastungen der Beitragszahler führen. Perspektivisch sind sie durch die Versicherten – vor allem in den neuen Bundesländern – über Zusatzbeiträge zu finanzieren.

Für die höheren Einnahmen der Zahnärzte in den alten Bundesländern sind die GKV-Einnahmen nur zu einem geringen Teil verantwortlich. Es gibt vielmehr eine Reihe anderer Ursachen, beispielsweise wesentlich mehr Gemeinschaftspraxen, mehr Einnahmen aus privat abgerechneten Leistungen, einen stärkeren Selbstzahlermarkt und weniger Zahnärzte je Einwohner. All diese Fakten begründen keine einseitige Anpassung der Punktwerte und der Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern und Berlin. Vielmehr entspricht der durchschnittlich geringere Einnahmenüberschuss der zahnärztli-

chen Praxen in den neuen Bundesländern den dort bestehenden wirtschaftli-
chen Bedingungen.

Die vorgesehene Regelung belastet die Versicherten der Krankenkassen in
den neuen Bundesländern, deren Einkommensniveau in keiner Weise mit
dem der Zahnärzte vergleichbar ist. Es liegt auch noch immer deutlich unter
dem Einkommensniveau der Versicherten in den westlichen Bundesländern.
Während Umsätze und Gewinne der Zahnärzte in Ost und West in den ver-
gangenen Jahren kontinuierlich gewachsen sind, liegen die sozialversiche-
rungspflichtigen Einkommen in den neuen Bundesländern weiterhin erheb-
lich unter dem Westniveau (Haushalts-Nettoeinkommen im Jahr: alte Bun-
desländer 21.474 Euro, neue Bundesländer 16.712 Euro, Stand 2007).

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 wird gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



Artikel 3 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)
§ 133 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 – Leistungsentgelt

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung, da der ermäßigte Beitragssatz nach dem Entwurf künftig nicht mehr per Rechtsverordnung von der Bundesregierung, sondern gesetzlich festgelegt wird.

B) Stellungnahme

rein redaktionelle Änderung

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 1 (§ 23 – Fälligkeit von Beiträgen bei Durchführung des Sozialausgleichs)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wird das Verfahren zur Durchführung des Sozialausgleichs aufgrund mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen von der Krankenkasse im Vorfeld geprüft (§ 242b Absatz 3 SGB V), kann der Arbeitgeber die Beiträge zunächst in Höhe des Vormonats berechnen und erst im Folgemonat eine korrekte Beitragsberechnung durchführen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum Sozialausgleich nach § 242b. Sie trägt dem Ziel der künftigen Ausrichtung der Beitragsfälligkeit und des damit einhergehenden Sozialausgleichs in der in dem Gesetzentwurf skizzierten Weise ausreichend Rechnung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 2 a) (§ 28a Abs. 1 – Meldepflichten des Arbeitgebers)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung der Meldetatbestände wird die gesetzliche Grundlage für die Meldepflicht der Arbeitgeber zur Durchführung des Sozialausgleichs bei Mehrfachbeschäftigungen und/oder zeitgleichem Bezug weiterer sozialversicherungspflichtiger Einnahmen geschaffen.

B) Stellungnahme

Die Regelung trägt dem Ziel der künftigen Ausrichtung des Zusatzbeitrags und des damit einhergehenden Sozialausgleichs in der in dem Gesetzentwurf skizzierten Weise grundsätzlich Rechnung. Die Regelung führt aber in der derzeitigen Ausgestaltung dazu, dass Arbeitgeber gegebenenfalls auch für privat krankenversicherte Beschäftigte entsprechende monatliche Meldungen erstatten müssten, welche aufgrund einer nicht bestehenden Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ins Leere führten. Das Gleiche gilt für Arbeitgeber, die Personen beschäftigen, welche bereits nach § 5 Abs. 2a SGB V krankenversicherungspflichtig sind und bei denen nach § 242 Abs. 4 SGB V –neu– ausschließlich ein Zusatzbeitrag nach § 242a SGB erhoben wird und mithin ein Sozialausgleich ausgeschlossen ist. Auch in dieser Konstellation sind entsprechende monatliche Meldungen entbehrlich bzw. führten zu unnötigem Bürokratieaufwand.

In § 242b Abs. 2 Satz 5 SGB V ist geregelt, dass die den Beitrag abführenden Stellen auch die jeweiligen Krankenkassen darüber zu informieren haben, wenn der Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragssatzanteils beglichen werden kann. Für die weitere Prüfung des Anspruchs auf einen Sozialausgleich benötigen die Krankenkassen u. a. die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Damit die Krankenkassen möglichst unbürokratisch die erforder-

derlichen Daten erheben können, sollte diese Informationspflicht in eine Meldepflicht nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 SGB IV umgewandelt werden.

Unter Berücksichtigung des im § 242b Absatz 5 SGB V beabsichtigten Verfahrens zur Prüfung des Anspruchs auf Sozialausgleich durch die Krankenkassen ist es erforderlich, den in Rede stehenden Meldetatbestand auch auf die Arbeitgeber von unständig Beschäftigten zu erweitern. Eine monatliche Entgeltmeldung des Arbeitgebers wird wesentlich dazu beitragen, den Verwaltungsaufwand bei der Prüfung des Anspruchs auf Sozialausgleich für alle Beteiligten zu reduzieren.

C) Änderungsvorschlag

In § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 SGB IV –neu- werden nach dem Wort „Arbeitgebern“ ein Komma und die Wörter „bei unständiger Beschäftigung, im Fall des § 242b Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches“ eingefügt.

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 2 b) (§ 28a Abs. 4a – Meldepflichten des Arbeitgebers)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Meldetatbestand im Absatz 1 wird inhaltlich konkretisiert.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte in der Aufzählung der Meldeangaben auch der Zeitraum aufgenommen werden, in dem das Arbeitsentgelt erzielt wurde. Dies bringt Klarheit für die technische Umsetzung und Ausgestaltung innerhalb der Entgeltabrechnungsprogramme. Darüber hinaus ist für die Verteilung der Beiträge bei Mehrfachbeschäftigung eine Differenzierung zwischen laufendem und einmalig gezahltem Arbeitsentgelt erforderlich.

Der Meldetatbestand der Mehrfachbeschäftigung erfasst auch geringfügige Beschäftigungsverhältnisse; zumal nach § 28a Absatz 9 eine entsprechende Anwendung der Absätze 1 bis 8 bewirkt wird. Dies schließt die Ergänzung der Meldetatbestände um die Mehrfachbeschäftigung mit ein.

Das aus einer geringfügigen Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt gehört jedoch nicht zu den beitragspflichtigen Einnahmen nach § 242b Absatz 3 SGB V. Ein Sozialausgleich findet nicht statt. Die abzugebende monatliche Meldung entfaltet keine Wirkung. Es sollte klargestellt werden, dass der Meldetatbestand der Mehrfachbeschäftigung bei Vorliegen einer geringfügigen Beschäftigung nicht besteht.

C) Änderungsvorschlag

In § 28a Abs. 4a Satz 2 Nr. 3 -neu- wird nach dem Wort „Beschäftigungsbe-
triebes“ das Wort „und“ gestrichen.

In Ziffer 4 werden nach dem Wort „beitragspflichtige“ die Wörter „laufende
und einmalig gezahlte“ eingefügt und nach dem Wort „Euro“ das Komma ge-
strichen sowie das Wort „und“ eingefügt.

Nach der Ziffer 4 wird eine neue Ziffer 5 eingefügt:

„5. der Zeitraum, in dem das unter Ziffer 4 genannte Arbeitsentgelt erzielt
wurde.“

In § 28a Abs. 9 wird am Satzende der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und
der Halbsatz „ausgenommen sind die Regelungen des Abs. 1 Satz 1 Num-
mer 10 und Abs. 4a.“ eingefügt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 3 (§ 28f – Beitragsnachweis)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragsnachweis im Arbeitgeberverfahren wird um die Information des ungekürzten Krankenversicherungsbeitrages, der ohne den Sozialausgleich hätte gezahlt werden müssen, ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist grundsätzlich erforderlich, damit die Krankenkassen den Umfang des gezahlten Sozialausgleichs feststellen bzw. überprüfen können.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 (§ 28h – Einzugsstellen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt zunächst in Nummer 1 das Meldeverfahren (in Form eines maschinellen Abrufs), mit dem die Krankenkasse den am Sozialausgleich beteiligten Stellen im Rahmen des Verfahrens nach § 242b Absatz 3 SGB V mitteilt, welches Beitragsbemessungsverfahren anzuwenden ist.

Die Vorschrift regelt im Übrigen in Nummer 2, dass in den Fällen, in denen Entgelte aus mehreren geringfügigen Beschäftigungen bei verschiedenen Arbeitgebern zusammenzurechnen und nach den besonderen Vorschriften der Gleitzone zu verbeitragen sind, die Krankenkasse den beteiligten Arbeitgebern jeweils den korrekten „anteiligen abzuführenden Beitrag“ mitzuteilen hat.

Die Vorschrift regelt ferner in Nummer 3, dass in den Fällen des Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenzen durch das Zusammentreffen von mehreren sozialversicherungspflichtigen Entgelten, in denen bisher allein auf Antrag des Arbeitgebers oder Beschäftigten eine anteilige Beitragserstattung (§ 231 SGB V) durchgeführt worden ist, die Krankenkasse ebenfalls die anteiligen Gesamtsozialversicherungsbeiträge den beteiligten Arbeitgebern oder anderen Meldepflichtigen mitteilt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung des § 28h Absatz 2a Nummer 1 dient dem Ziel eines zeitnah durchzuführenden Sozialausgleichs und einer zeitnahen Mitteilung an die den Beitrag abführenden Stellen, wenn ein Mitglied mehrere beitragspflichtige Einnahmen hat (vergleiche auch Ausführungen zur Neuregelung des § 242b Absatz 3 SGB V).

Die Arbeitgeber sowie andere Beitrag abführende Stellen werden insoweit von einer eigenen Feststellung des Sozialausgleichsanspruchs entlastet. Bei den Neuregelungen des § 28h Abs. 2a Nummern 2 und 3 soll der Arbeitgeber zusätzlich von bürokratischem Aufwand entlastet werden.

Die derzeitige Ermittlung der anteiligen beitragspflichtigen Einnahmen bei Mehrfachbeschäftigten und Arbeitsentgelten über der Beitragsbemessungsgrenze sowie im Rahmen der sogenannten Gleitzonenregelung (Arbeitsentgelte zwischen 400,01 EUR und 800 EUR) wird mit diesen Regelungen auf die Krankenkassen übertragen und ein zusätzliches Meldeverfahren eingerichtet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 5 (§ 28o – Auskunftspflicht- und Vorlagepflicht)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Erweiterung der Auskunftspflicht- und Vorlagepflicht des Beschäftigten wird der Arbeitgeber in die Lage versetzt, seiner Meldeverpflichtung nach § 28a Abs. 1 Satz 1 Nummer 10 gerecht zu werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung trägt dem Ziel der künftigen Ausrichtung des Zusatzbeitrags und des damit einhergehenden Sozialausgleichs in der in dem Gesetzentwurf skizzierten Weise ausreichend Rechnung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)
§ 184d – Durchführung des Ausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wie bei der Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossen-
schaften soll auch bei der Lastenverteilung zwischen den landwirtschaftli-
chen Berufsgenossenschaften eine Klage gegen die notwendigen Feststel-
lungen zur Durchführung des Ausgleichs durch den Spitzenverband der
landwirtschaftlichen Sozialversicherung keine aufschiebende Wirkung haben.

B) Stellungnahme

Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozial-
versicherung wird die Neuregelung als sachgerecht bewertet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des KVLG 1989)

Nr. 1 (§ 1 Satz 3 – Verwaltungskosten der Landwirtschaftlichen Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung werden die Landwirtschaftlichen Krankenkassen von der in § 4 Abs. 4 Satz 2-5 SGB V –neu– bestimmten Begrenzung der Verwaltungskosten ausgaben ausgenommen.

B) Stellungnahme

Für die Landwirtschaftlichen Krankenkassen besteht mit § 18a KVLG 1989 eine spezielle Vorschrift zur Reduzierung der jährlichen Verwaltungs- und Verfahrenskosten bis zum Jahr 2014 um 20 Prozent bezogen auf das Ausgabenniveau des Jahres 2004.

Folglich macht eine gesetzliche Begrenzung der Verwaltungsausgaben für die Jahre 2011 und 2012 auf das Ausgabenniveau des Jahres 2010 keinen Sinn.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



Artikel 6 (Änderung des KVLG 1989)

Nr. 2 bis 5 (Weitere Änderungen für den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Neuregelungen in der allgemeinen Krankenversicherung sowie um redaktionelle Anpassungen.

B) Stellungnahme

Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung werden die Neuregelungen als folgerichtig und sachgerecht bewertet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)
Nr. 1 (§ 16 – Anwendung krankensicherungsrechtlicher Vorschriften)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Durchführung des Sozialausgleichs durch die den Beitrag abführende Stelle (hier: Künstlersozialkasse) sowie zur Aussetzung des Sozialausgleichs bei mehrmaliger Nichtzahlung des Zusatzbeitrags sollen auch für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz krankensicherungspflichtigen Künstler und Publizisten gelten.

B) Stellungnahme

Die Übertragung der Regelungen zum Sozialausgleich bei dem Personenkreis der krankensicherungspflichtigen Künstler und Publizisten auf die Künstlersozialkasse als die den Beitrag abführende Stelle ist sachgerecht. Dies muss allerdings von Beginn an sichergestellt sein. Insofern wird die durch die Anwendung des § 242b Abs. 7 SGB V der zuständigen Krankenkasse auferlegte Pflicht, den Sozialausgleich für das Jahr 2011 durchzuführen, abgelehnt. Die Künstlersozialkasse verfügt über sämtliche Angaben zur Durchführung des Sozialausgleichs. Sollte im Jahre 2011 das Sozialausgleichsverfahren bereits Wirklichkeit werden, so ist es der Künstlersozialkasse durchaus zumutbar, entsprechende Verfahren, die künftig ohnehin einzurichten sind, kurzfristig zu etablieren.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 7 Nr. 1 (§ 16 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KSVG) wird der Verweis auf die Anwendung der Regelung des § 242b Abs. 7 SGB V gestrichen.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1 a) (§ 4 Abs. 2 Satz 3 – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung soll sicherstellen, dass das Erlösbudget um die Summe der Abschläge des nach § 4 Abs. 2a KHEntgG neu vorgesehenen Mehrleistungsabschlags abgesenkt wird und somit keine „künstlichen“ Mindererlösausgleiche entstehen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 8 Nr. 1 Buchstabe b (§ 4 Abs. 2a – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen, sofern der Alternativvorschlag berücksichtigt wird.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1 b) (§ 4 Abs. 2a – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht krankenhausspezifische Mehrleistungsabschläge für vereinbarte Leistungen vor. Der Mehrleistungsabschlag ist für das Jahr 2011 in Höhe von 30 Prozent vorgesehen. Ab dem Jahr 2012 ist die Höhe des Abschlags durch die Vertragsparteien auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses zu vereinbaren. Daneben sind Ausnahmeregelungen für Leistungen mit einem hohen Sachkostenanteil vorgesehen.

Der Abschlag ist als einheitlicher Abschlag vom Landesbasisfallwert umzusetzen und in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Leistungen sind in den Erlösbudgets der Folgejahre in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwertes zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die Intention der Bundesregierung zu Einsparmaßnahmen zu begrüßen. Die konkrete Form ist jedoch nicht befriedigend, weil sie die hausspezifischen Budgets revitalisiert und so zur Konservierung bestehender Strukturen beiträgt. Der GKV-Spitzenverband schlägt deshalb eine alternative Regelung vor:

Alternativ wird vorgeschlagen, anstelle des Mehrleistungsabschlags eine gesetzlich bestimmte Absenkung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2011 vorzusehen und dies mit einer Stärkung der Verhandlungsbasis der Krankenkassen auf Landesebene zu kombinieren.

Aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist dieser Vorschlag ordnungspolitisch einer Korrektur des Mehrleistungsabschlages auf Krankensebene

vorzuziehen. Die Absenkung der Landesbasisfallwerte ist geeignet, den Ausgabeanstieg nachhaltig zu begrenzen.

Alternativvorschlag	<ol style="list-style-type: none"> 1. Absenkung der Landesbasisfallwerte um 1 Prozent. Dies entspricht einer Kostenreduktion um 500 Mio. Euro in der Basis. 2. Bewertung zusätzlicher Leistungen im Landesbasisfallwert in Höhe der variablen Kosten.
Korrigierter Mehrleistungsabschlag	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Korrektur des Mehrleistungsabschlags auf 65 Prozent führt zu einem Einsparvolumen von ca. 700 Mio. Euro in den Jahren 2011 und 2012. 2. Die Halbierung der Veränderungsrate führt zu Einsparungen in Höhe von 330 Mio. Euro.

Falls die Alternative nicht mehrheitsfähig ist und es beim vorgeschlagenen Mehrleistungsabschlag auf Hausebene bleibt, wäre dieser allerdings noch zu korrigieren. Einer Korrektur des Mehrleistungsabschlages bedarf es aus folgenden Gründen:

1. Falscher Prozentsatz

Nur variable Kosten fallen bei zusätzlicher Erbringung der Leistungen im Krankenhaus erneut an. Die Fixkosten sind demgegenüber bereits vollständig finanziert und nicht erneut zu finanzieren. Im Allgemeinen wird von einem variablen Kostenanteil in Höhe von 35 Prozent ausgegangen. Finanziert werden darf demnach nur der variable Kostenanteil in Höhe von 35 Prozent. Die Abschlagshöhe müsste also 65 Prozent betragen, nicht 30 Prozent (vgl. Personalkostenanteil im Kostenbrowser des InEK). Auch der Mehrleistungsabschlag in Höhe von 65 Prozent für erbrachte, aber nicht vereinbarte Leistungen des Krankenhauses sowie die gesamte bisherige Argumentation des Gesetzgebers in diesem Kontext basiert auf dieser Logik. Zusätzliche Leistungen werden derzeit in den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert mit teilweise deutlich höheren Prozentsätzen absenkend berücksichtigt. Der GKV-Spitzenver-

band spricht sich aus diesem Grund dafür aus, den Mehrleistungsab-
schlag auf 65 Prozent zu erhöhen.

2. Zum Zusammenhang zwischen Mehrleistungen auf Haus- und Landes-
ebene

Unabhängig davon ist es äußerst problematisch, den Mehrleistungsab-
schlag auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses umzusetzen, sofern
die Abschlagshöhe nicht mindestens 65 Prozent beträgt. Dies würde die
Symmetrie bei der Berücksichtigung von Ausgaben absenkenden und
erhöhenden Tatbeständen im Landesbasisfallwert stören, weil das Ar-
gument der Fixkostendegression bereits auf Hausebene verbraucht ist.
Entzüge der Gesetzgeber den Krankenkassen auf Landesebene dieses
Argument durch den Mehrleistungsabschlag auf der Ebene des Einzel-
hauses, würde kein Geld gespart. Im Gegenteil: die Krankenkassen wür-
den mehr bezahlen müssen als bisher. Der GKV-Spitzenverband spricht
sich aus diesem Grund dafür aus, den Mehrleistungsabschlag auf die
Jahre 2011 und 2012 zu begrenzen, um die Landesbasisfallwertver-
handlungen nicht zu gefährden. Der Mehrleistungsabschlag darf nicht
erhöhend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt werden, wie dies im
vorliegenden Entwurf durch die Änderung in § 7 vorgesehen ist. Die
Ausgaben absenkende Wirkung des Jahres 2011 würde damit im Jahr
2012 wieder aufgehoben und die Ausgabenbelastung für die Kranken-
kassen im Jahr 2012 sogar höher als ohne die Einführung eines Mehr-
leistungsabschlags. Die Gefährdung der Realisierung der Einsparvolu-
mina durch Mehrleistungsabschläge entsteht dadurch, dass nicht - wie
im Gesetzentwurf angenommen - die gekürzten Krankenhausbudgets,
sondern weiterhin die ungekürzten Krankenhausbudgets die Basis für
Landesbasisfallwerte bilden. Denn in § 10 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG wird
ausgeschlossen, dass die gekürzten Krankenhausbudgets im Folgejahr
den Landesbasisfallwert absenken dürfen (vgl. Klarstellung in der 15.
AMG-Novelle für das Jahr 2009). Die Höhe des nicht zu finanzierenden
Fixkostenanteils von 65 Prozent sollte explizit Teil der Vorgaben der
Verhandlung des Landesbasisfallwertes sein (vgl. Alternativvorschlag).
Sonderregelungen für zusätzliche Leistungen mit einem hohen Sach-

kostenanteil sind nicht notwendig. Auch hier sind aufgrund von Mengenrabatten auf Seiten der Zulieferer Preisabschläge umsetzbar. Darüber hinaus ergeben sich durch die Formulierung des Artikels 8 Nr. 2 schon heute Umsetzungsprobleme. Da die Landesbasisfallwerte prospektiv verhandelt werden, wird seitens der Krankenhäuser gefordert (eine entsprechende Forderung liegt bereits von der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft vor), die Summe der in 2011 zu erwartenden Mehrleistungsabschläge schon beim Landesbasisfallwert 2011 zu berücksichtigen, also den Landesbasisfallwert um diese zu erhöhen. Das hätte zur Folge, dass sich die Leistungsveränderungen auf Landesebene und die Mehrleistungen auf der Krankenhausebene aufheben würden.

3. Leistungsgerechte Vergütung statt Strukturkonservierung

Der Mehrleistungsabschlag genügt auch ordnungspolitisch nicht den Anforderungen an eine leistungsgerechte Gesundheitspolitik. Über fünf Jahre hinweg hat der Gesetzgeber unter dem Motto „Das Geld soll der Leistung folgen“ vergangenheitsbezogene Krankenhausbudgets in leistungsorientierte Budgets überführt. Dass dies gelungen ist, zeigt nicht zuletzt der DRG-Katalog 2011. Internationale Spitzenwerte zeugen von der hohen Qualität der Abbildung des Leistungsgeschehens der deutschen Krankenhäuser. Mit der Einführung des DRG-Systems wurden die Leistungen der Krankenhäuser erstmals umfassend transparent. Die Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung wurde deutlich verbessert. Patienten können heute das Krankenhaus bewusster auswählen als jemals zuvor. Patienten nutzen diese Möglichkeit. Wird ein Mehrleistungsabschlag eingeführt, der die Krankenhäuser, die mehr Leistungen erbringen, weil sie durch gute Qualität mehr Patienten anziehen, durch Abschläge „bestraft“, so ist dies nicht im Sinne der Versicherten. Ein Wettbewerb der Krankenhäuser um ihre Kunden ist gewollt und mit positiven Veränderungen verbunden. Die Preissenkungsspielräume durch Fixkostendegression sind auf Landesebene oder durch den Abschluss von Einzelverträgen auf freiwilliger Basis zu erschließen. Der GKV-Spitzenverband spricht sich aus diesem Grund dafür aus, den Mehrleistungsabschlag auf Hausebene auf die Jahre 2011 und 2012 zu

begrenzen, um die Leistungsstruktur der Krankenhäuser nicht zu konservieren. Die kostendegressive Berücksichtigung zusätzlicher Schweregrad- und Fallzahlsteigerungen sollte Teil der Vorgaben der Verhandlung des Landesbasisfallwertes bleiben (vgl. Alternativvorschlag).

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zugunsten des Alternativvorschlags des GKV-Spitzenverbandes zu streichen.

Sofern der Alternativvorschlag nicht berücksichtigt wird, sollte Absatz 2a wie folgt geändert werden:

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

In § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz ergänzt:

„als Summe der Mehrleistungsabschläge nach § 4 Absatz 2a ist die Summe der vereinbarten Beträge des Vorjahres maßgebend.“

Alternativvorschlag des GKV-Spitzenverbandes zu Artikel 8 Nr. 1:

1. Anpassung der Landesbasisfallwerte
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 10 Abs. 1 und 9 KHEntgG)
2. Anteilige Mehrkostenfinanzierung im Landesbasisfallwert
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 10 Abs. 3 KHEntgG)

A) Beabsichtigte Neuregelung

1.

Die Ausgangsbasis der Landesbasisfallwertverhandlungen für das Jahr 2011 wird um 1 Prozent korrigiert, um den Ausgabenanstieg um insgesamt 500 Mio. Euro zu reduzieren. Durch die Anpassung der Landesbasisfallwerte ist die Berechnung des Bundesbasisfallwerts entsprechend anzupassen.

2.

Im Rahmen der Verhandlungen des Landesbasisfallwertes werden Leistungsveränderungen (Fallzahl und Schweregrade), soweit diese nicht Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind, in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen berücksichtigt. Die durchschnittliche Höhe der variablen Kosten ist hierbei verbindlich auf 35 Prozent gesetzlich festzulegen.

B) Stellungnahme

1.

Im vergangenen Jahr sind die Krankenhausausgaben um 6 Prozent – dies entspricht rund 3,5 Mrd. Euro – angestiegen. Auch im laufenden Jahr ist mit Ausgabensteigerungen in vergleichbarer Höhe zu rechnen. Sowohl im Jahr 2009 als auch im Jahr 2010 liegen die Ausgabensteigerungen deutlich über der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen (2009: 1,41 Prozent; 2010: 1,54 Prozent). Zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs

werden die Landesbasisfallwerte 2011 um einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent korrigiert.

Da der Bundesbasisfallwert auf der Basis der mit den Casemixvolumina gewichteten Landesbasisfallwerte berechnet wird, ist die geplante Absenkung der Landesbasisfallwerte auch im Bundesbasisfallwert nachzuvollziehen.

2.

Zur Vermeidung der nicht beabsichtigten Ausgabensteigerungen ist es notwendig, dass die Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landesbasisfallwert dauerhaft auf den variablen Kostenanteil in Höhe von 35 Prozent begrenzt wird. Der erste Grund hierfür ist die krankenhausspezifische Produktivitätsentwicklung: durch den medizinischen Fortschritt können viele Krankheiten wirksamer und vor allen Dingen schneller behandelt werden. Der nach wie vor beeindruckende Verweildauerrückgang ist sichtbares Zeichen dieser Produktivitätsentwicklung. Ein zweiter guter Grund für sinkende Produktionskosten ist die Fallzahlmehrum im Verbund mit Fixkostendegression. Mit steigender Menge sinken die Durchschnittskosten, weil lediglich die variablen Kosten steigen.

Eine preisliche Steuerung auf Landesebene ist einer mengenbezogenen Rabattierung auf Einzelhausebene vorzuziehen. Negative Anreize werden vermieden. Vergleiche Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 1 Absatz 2a.

C) Änderungsvorschlag

1.

In § 10 Abs. 1 KHEntgG werden die Sätze 3 und 4 neu eingefügt:

„Basis für die Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2011 ist der um Fehlschätzungs-korrekturen gem. § 10 Abs. 1 Satz 3 korrigierte vereinbarte Landesbasisfallwert 2010. Dieser wird um 1 Prozent abgesenkt.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



In § 10 Abs. 9 KHEntgG wird folgender Satz 6 neu eingefügt:

„Basis für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwertes und des einheitlichen Basisfallwertkorridors 2011 sind abweichend von Satz 5, erster Halbsatz, die um 1 Prozent abgesenkten Landesbasisfallwerte des Jahres 2010.“

2.

In § 10 Abs. 3 Nr. 4 KHEntgG wird hinter den Wörtern „variablen Kosten“ „zu 35 Prozent“ ergänzt.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 – Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung ergänzt den Mehrleistungsabschlag in der Auflistung der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 1 (§ 4 Abs. 2a – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)
Punkt 2

Im Rahmen des KHRG wurde in § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG die Zu- und Abschläge für Erlösausgleiche neu aufgenommen. In § 10 Abs. 3 Satz 1 Nummer 7 wird auf die Nummer 4 verwiesen, so dass auch die Mehrerlösausgleiche neben der Berücksichtigung auf Krankenhausebene noch einmal erhöhend im Landesbasisfallwert berücksichtigt würden. Dies ist nicht sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist wie folgt zu ändern, sofern der Alternativvorschlag des GKV-Spitzenverbandes nicht berücksichtigt wird.

§ 7 Absatz 1 Satz 1 wird um folgende Nr. 8 ergänzt:

„Abschläge für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a sowie die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 wird die Angabe „§ 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3“
gestrichen.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 a) aa) (§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 – Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die Erlössumme nur dann um Zuschläge bereinigt werden darf, wenn diese Leistungen bisher über den Landesbasisfallwert finanziert worden sind. Regelungen, derer es nach Abschluss der DRG-Konvergenzphase nicht mehr bedarf, werden gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Regelung soll sicher stellen, dass eine Bereinigung der Erlössumme nur dann erfolgt, wenn die durch einen neuen Zuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 4 finanzierten Leistungen bislang nicht in die Berechnung der Relativgewichte eingeflossen sind und somit nicht über den Basisfallwert finanziert wurden. Voraussetzung für den Übergang in die Regelfinanzierung ist, dass ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss vorliegt, der den Leistungskatalog der GKV erweitert. Nur dann darf auf eine Bereinigung des Erlösbudgets verzichtet werden. Hierbei ist zu beachten, in welchem Umfang bisherige Regelleistungen entfallen. Das Erlösbudget ist um die substituierten Kosten zu bereinigen. Außer Acht gelassen wird, dass diese Regelung auch für weitere Zuschlagssachverhalte gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 4 KHEntgG Anwendung findet. So sind zukünftig alle hausspezifischen Zuschläge beispielsweise für Zentren und Schwerpunkte nicht mehr im Landesbasisfallwert abzugsfähig und müssen damit zusätzlich im Landesbudget finanziert werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Regelung explizit auf die Tatbestände zu beschränken, für die ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegt, der den Leistungskatalog erweitert.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist im Sinne der Stellungnahme anzupassen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 a) bb) (§ 10 Abs. 3 Satz 4 -neu- Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, bei der Vereinbarung des Landes-
basisfallwertes für die Jahre 2011 und 2012 abweichend die halbierte Ver-
änderungsrate für die Ausgabenentwicklung in den Leistungsbereichen zu-
grunde zu legen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur Anwendung der halbierten Veränderungsrate.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 3 b) (§ 10 Abs. 4 – Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes für die Jahre 2011 und 2012 abweichend die halbierte Veränderungsrate als Obergrenze zugrunde zu legen.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur Anwendung der halbierten Veränderungsrate

Um sicherzustellen, dass die halbierte Veränderungsrate auch bei der Vereinbarung nach § 10 Abs. 9 (Bundesbasisfallwert) Anwendung findet, ist § 10 Abs. 9 anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

§ 10 Abs. 9

Es wird folgender Satz 7 angefügt:

„Für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors in den Jahren 2011 und 2012 gilt abweichend von Satz 5 die halbierte Veränderungsrate.“

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 3 c) (§ 10 Abs. 13 Satz 2 – Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verpflichtung des BMG, das Verfahren zur Anpassung der Landesbasisfallwerte an den Bundesbasisfallwert ab dem Jahr 2015 vorzulegen, entfällt ersatzlos.

B) Stellungnahme

Die Bemühungen, den Grundsatz „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ durch die Konvergenz der Landesbasisfallwerte auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwert sicherzustellen, werden aufgegeben. Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass die wissenschaftliche Untersuchung zu den Ursachen der unterschiedlichen Höhe der Basisfallwerte der Länder durchgeführt wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 (Anlage 1 - Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB))

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung ergänzt in der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung den vorgesehenen Mehrleistungsabschlag.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 1 (§ 4 Abs. 2a – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zugunsten des Alternativvorschlags des
GKV-Spitzenverbandes zu streichen.

Artikel 9 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes)
§ 12 Abs. 1c VAG – Höchstbeitrag im Basistarif

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Krankenversicherungsbeitrag der im Basistarif der privaten Krankenversicherung versicherten Personen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag errechnet sich nach geltendem Recht aus dem allgemeinen Beitragssatz der GKV und der Beitragsbemessungsgrenze zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitrags. Satz 2 der o. g. Vorschrift bestimmt die für die Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages anzuwendende Rechenmethode.

Da mit dem Gesetzentwurf in § 242a Abs. 2 Satz 1 SGB V –neu- vorgesehen ist, dass das BMG jährlich zum 1. November einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag für das Folgejahr bekannt gibt, wird die bisher in Satz 2 bestimmte Rechenmethode durch einen Verweis auf den veröffentlichten Zusatzbeitrag nach § 242a Abs. 2 SGB V ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)

Nr. 1 (§ 6 Abs. 1 Satz 3 – Grundsatz der Beitragssatzstabilität)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 6 Abs. 1 Satz 3 regelt die Anwendung der halbierten Veränderungsrate für diejenigen Krankenhäuser, die der BPfIV unterliegen. Der Gesamtbetrag der Erlöse darf in den Jahren 2011 und 2012 maximal um die halbierte Veränderungsrate steigen.

B) Stellungnahme

Auch bei denjenigen Krankenhäusern, die der BPfIV unterliegen, soll der Anstieg der Krankenhausbudgets durch die Halbierung der Veränderungsrate begrenzt werden. Die Regelung ist die konsequente Übertragung der entsprechenden Regelung aus dem Bereich des KHEntgG. Allerdings haben die Krankenhäuser nach wie vor durch umfassende Ausnahmetatbestände (§ 6 Abs. 1 Satz 4) die Möglichkeit, ihre Budgets über die Veränderungsrate hinaus zu steigern. Diese Ausnahmeregelungen bleiben auch 2011 und 2012 in Kraft, greifen durch die Halbierung der Veränderungsrate jetzt sogar bereits entsprechend häufiger. Kostenrelevanz erhält dies im Wesentlichen durch die im Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften in § 6 Abs. 4 konkretisierte Regelung zur Umsetzung der Psych-PV. Diese Regelung zur Berechnung der im Rahmen der Psych-PV zu finanzierenden Stellen erleichtert es den Kliniken erheblich, die Budgetobergrenze zu überschreiten. Bereits im Gesetzgebungsprozess hatte der GKV-Spitzenverband darauf hingewiesen, dass hierdurch Mehrkosten in Höhe von über 200 Mio. Euro entstehen. Für den Bereich der BPfIV ist somit damit zu rechnen, dass durch die Regelung keine nennenswerten Einsparungen erzielt werden können. Um die Zielsetzung, die Kostensteigerungen im Krankenhausbereich angemessen zu begrenzen, zu erreichen, ist es deshalb not-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



wendig, sämtliche Ausnahmen, die ein Überschreiten der Budgetobergrenze ermöglichen, in den Jahren 2011 und 2012 auszusetzen.

C) Änderungsvorschlag

In § 6 Abs. 1 Satz 4 werden nach Nr. 8 die Worte

„in den Jahren 2011 und 2012 sind die Ausnahmetatbestände Nr. 1 bis Nr. 8 nicht anzuwenden,“

eingefügt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



Artikel 10 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)
Nr. 2 (§ 6 Abs. 2 Satz 1 – Grundsatz der Beitragssatzstabilität)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 6 Abs. 2 Satz 1 regelt die Berücksichtigung von über die Veränderungsrate hinausgehenden Tarifsteigerungen. Für die Jahre 2011 und 2012 ist für die Berechnung der Tariferhöhungsrate die jeweils halbierte Veränderungsrate maßgeblich.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 10 Nr. 1

C) Änderungsvorschlag

In § 6 Abs. 2 wird nach Satz 5 als Satz 6 angefügt:

„In den Jahren 2011 und 2012 ist die Regelung der Sätze 1 bis 4 nicht anzuwenden.“

Artikel 11 (Änderung der Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung)
§ 11b DEÜV – Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung sowie
bei Bezug von weiteren beitragspflichtigen Einnahmen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsvorschlag wird die Frist der erstmaligen und weiteren
Übermittlung der Entgeltmeldung nach § 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 SGB IV
geregelt.

B) Stellungnahme

Die Mitteilung der zuständigen Krankenkasse stellt im Gesamtkontext eher
einen Einzelfall dar; dies sollte im Aufbau der beabsichtigten Neuregelung
deutlich werden.

C) Änderungsvorschlag

In dem nunmehr vorgesehenen § 11b DEÜV sind im Satz 1 die Wörter „oder
die Krankenkasse“ zu streichen.

Darüber hinaus wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt entsprechend, wenn die Mitteilung durch die Krankenkasse er-
folgt.“

Artikel 12 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung)
§ 8 - Entgeltunterlagen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die von den Krankenkassen im Rahmen der Durchführung des Sozialausgleichs übermittelten Daten sind von dem Arbeitgeber zu den Entgeltunterlagen zu nehmen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum Sozialausgleich nach § 242b SGB V. Sie trägt dem Ziel der künftigen Ausrichtung des Meldeverfahrens und des damit einhergehenden Sozialausgleichs in der in dem Gesetzentwurf skizzierten Weise ausreichend Rechnung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



Artikel 13 (Aufhebung der GKV-Beitragssatzverordnung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnung wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung der in §§ 241, 243 SGB V –neu- vor-
gesehenen gesetzlichen Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen
Krankenversicherung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 14 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)
Nr. 1 (§ 36 – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zur Neunormierung der gesetzlichen Aufgabe des GKV-Schätzerkreises wird die Datengrundlage für die Feststellung der Grundpauschale durch das Bundesversicherungsamt neu bestimmt, indem der Bezug hergestellt wird zu den für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 242a –neu- maßgeblichen Werten.

Die Bekanntgabe der Grundpauschale kann wegen des Inkrafttretens der Regelungen zum 1. Januar 2011 erst zum 5. Januar 2011 statt zum 15. November des Vorjahres stattfinden. Ebenso kann die Mitteilung der Grundpauschale an die Versicherten durch die Krankenkassen erst zum 15. Januar 2011, statt zum 31.12. des Vorjahres, erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Bezugnahme auf die für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a –neu- maßgeblichen Werte ist nicht sachgerecht. Weder ist die Mitgliederzahl, die bei der Ermittlung und Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags entscheidend ist, für die Festlegung der Grundpauschale zu berücksichtigen, noch die Höhe der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, noch die in § 242a –neu- vorgesehene Berücksichtigung einer Wiederauffüllung der Rücklagen nach § 261 SGB V.

In der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 220) ist bereits dargelegt, dass eine Definition der Aufgaben des GKV-Schätzerkreises richtigerweise zunächst an der Schätzung der für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V ansetzen sollte und die Ermittlung der Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach

§ 242a SGB V für den Schätzauftrag nur ergänzenden Charakter hat. Die Notwendigkeit einer entsprechenden Definition der gesetzlichen Aufgabe des GKV-Schätzerkreises zeigt sich hier nun konkret, da die in Artikel 14 Nr. 1 gewählte Bezugnahme auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag für die Ermittlung der Grundpauschale (siehe oben) ungeeignet ist.

Die Mitteilung der Höhe der Grundpauschale durch die Krankenkassen enthält keine für die Versicherten praktisch relevante oder nützliche Information und schafft nur unnötigen Verwaltungsaufwand. Die Mitteilungspflicht sollte gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 36 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt stellt die Grundpauschale im Voraus für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der vom GKV-Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 SGB V als Grundlage für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 für das betreffende Jahr prognostizierten voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie der voraussichtlichen jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten der Krankenkassen fest.“

§ 36 Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.

Artikel 14 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)
Nr. 2 (§ 37 – Zuweisungen für sonstige Ausgaben)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zur Neunormierung der gesetzlichen Aufgabe des GKV-Schätzerkreises wird die Datengrundlage für die Feststellung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben durch das Bundesversicherungsamt neu bestimmt, indem der Bezug hergestellt wird zu den für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 242a SGB V maßgeblichen Werten.

Bei der Ermittlung der Zuweisungen von Verwaltungskosten ist in den Ausgleichsjahren 2011 und 2012 die Höhe der Verwaltungskosten der GKV im Jahr 2010 zugrunde zu legen.

Die Bekanntmachung der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds kann wegen des Inkrafttretens der Regelungen zum 1. Januar 2011 erst zum 5. Januar 2011 statt zum 15. November des Vorjahres erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Bezugnahme auf die für die Festlegung nach § 242a –neu- maßgeblichen Werte ist nicht sachgerecht. Weder ist die Mitgliederzahl, die bei der Ermittlung und Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V entscheidend ist, für die Festlegung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben zu berücksichtigen, noch die in § 242a SGB V vorgesehene Berücksichtigung einer Wiederauffüllung der Rücklagen nach § 261 SGB V.

In der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 220) ist bereits dargelegt, dass eine Definition der Aufgaben des GKV-Schätzerkreises richtigerweise zunächst an der Schätzung der für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach

§§ 266 und 270 SGB V ansetzen sollte und die Ermittlung der Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V eher ergänzenden Charakter hat. Die Notwendigkeit einer entsprechenden Definition der gesetzlichen Aufgabe des GKV-Schätzerkreises zeigt sich auch hier, da die in Artikel 14 Nr. 2 gewählte Bezugnahme auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrags für die Ermittlung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben ebenfalls ungeeignet ist.

Die Regelung, dass bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen für Verwaltungskosten in den Ausgleichsjahren 2011 und 2012 die nach der Jahresrechnung des Jahres 2010 festgestellte Höhe der Nettoverwaltungskosten der GKV zugrunde zu legen sind, trägt grundsätzlich zur Rechtssicherheit der Zuweisungsbescheide bei. Diese Regelung wäre sachgerecht, wenn die Verwaltungskosten der Jahre 2011 und 2012 in der GKV strikt auf das Niveau des Jahres 2010 begrenzt würden. Da die in Artikel 1 Nr. 1 begründeten Ausnahmen für die vorgesehene Verwaltungskostenbegrenzung dringend erforderlich sind, wären hierdurch veranlasste, im Rahmen der Öffnungsklausel (siehe Änderungsvorschlag Artikel 1 Nr. 1) zulässige Mehrausgaben in den Jahren 2011 und 2012 in noch einzurichtenden Konten separat zu buchen und vom Bundesversicherungsamt bei der Ermittlung der Höhe der Verwaltungskostenzuweisungen in den Ausgleichsjahren 2011 und 2012 der Höhe der Nettoverwaltungskosten des Jahres 2010 zuzurechnen.

C) Änderungsvorschlag

In § 37 Absatz 1 Satz 2 (sowie in Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 2) werden die Wörter „der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen“ durch die Wörter „der nach § 220 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V für das betreffende Jahr prognostizierten voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie der voraussichtlichen jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten der Krankenkassen“ ersetzt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



Dem neu durch Artikel 14 Nr. 2 b) in Absatz 1 hinzugefügten Satz sind nach der Zahl „2010“ die Worte „zuzüglich der kontenmäßig separat erfassten Ausgaben für Ausnahmetatbestände nach § 4 Absatz 4 Satz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ anzufügen. Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum Änderungsvorschlag betreffend Artikel 1 Nr. 1.

Artikel 14 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)
Nr. 3 (§ 40 – Mitgliederbezogene Kürzung der Zuweisungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zur Neunormierung der gesetzlichen Aufgabe des GKV-Schätzerkreises wird die Datengrundlage für die Feststellung der mitgliederbezogenen Kürzung der Zuweisungen durch das Bundesversicherungsamt neu bestimmt, indem der Bezug zu den für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 242a SGB V maßgeblichen Werten hergestellt wird.

Die Bekanntmachung der vorläufig ermittelten Höhe der mitgliederbezogenen Kürzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds kann wegen des Inkrafttretens der Regelungen zum 1. Januar 2011 erst zum 5. Januar 2011 statt zum 15. November des Vorjahres erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Bezugnahme auf die für die Festlegung nach § 242a SGB V maßgeblichen Werte ist nicht sachgerecht, da die in § 242a SGB V vorgesehene Berücksichtigung einer Wiederauffüllung der Rücklagen nach § 261 SGB V für die Festlegung der mitgliederbezogenen Kürzung nicht maßgeblich ist.

In der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 220) wird bereits dargelegt, dass eine Definition der Aufgaben des GKV-Schätzerkreises richtigerweise zunächst an der Schätzung der für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V ansetzen sollte und die Ermittlung der Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V eher ergänzenden Charakter hat. Die Notwendigkeit einer entsprechenden Definition der gesetzlichen Aufgabe des GKV-Schätzerkreises zeigt sich erneut, da die in Artikel 14 Nr. 3 gewählte Bezugnahme auf den durchschnitt-

lichen Zusatzbeitrag für die Ermittlung der mitgliederbezogenen Kürzung der Zuweisungen (siehe oben) ungeeignet ist.

C) Änderungsvorschlag

In § 40 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „der von der Bundesregierung festgelegten Beitragssätze nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen“ durch die Wörter „der nach § 220 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Ermittlung der Fondszuweisungen nach §§ 266 und 270 für das betreffende Jahr maßgeblichen Prognosen“ ersetzt.

Artikel 15 (Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Hiervon abweichende Regelungen werden in den Absätzen 2 bis 6 bestimmt.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 2: Die Regelung nach Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (Beitragssatzstabilität; hier anzuwendende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen) soll mit Wirkung zum 1. Januar 2008 in Kraft treten. Die Regelung ist geeignet, Rechtsklarheit herbeizuführen. Mit dem rückwirkenden Inkrafttreten wird die bisherige Praxis der Festlegung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V lediglich bestätigt, d. h. es wird nicht nachträglich in abgeschlossene Sachverhalte der Vergangenheit eingegriffen.

Zu Absatz 3: Die Regelung ist sachgerecht.

Zu Absatz 5: Die Regelung nach Artikel 1 Nr. 2 (Versicherungsfreiheit; hier: verkürzter Eintritt der Versicherungsfreiheit) wird wegen der destabilisierenden Wirkung auf die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung abgelehnt. Wird der vorgeschlagenen Streichung des Artikels 1 Nr. 2 gefolgt, muss auch die spezielle Inkrafttretensvorschrift als Folgeregelung entfallen.

Zu Absatz 6: Da die Einführung des neuen Meldeverfahrens bei den Beitrag abführenden Stellen (insbesondere Arbeitgebern und Rentenversicherung) und den Krankenkassen einer Vorlaufzeit für die Anpassung der Software bedarf, ist ein Inkrafttreten zu einem früheren Zeitpunkt als dem 1. Januar 2012 nicht möglich.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



Entsprechend der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 105 Abs. 5) wird ein
Außerkräfttreten dieser Änderung zum 1.1.2013 vorgeschlagen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausge-
wogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 28.09.2010



C) Änderungsvorschlag

Artikel 15 wird mit "Inkrafttreten und Außerkrafttreten" überschrieben.

Es wird folgender Absatz 2a eingefügt:

"Artikel 1 Nr. 10 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2011 in Kraft und tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2013 außer Kraft."

Ergänzender Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes

Erhebung und Speicherung der Steueridentifikationsnummer durch die Krankenkassen zur Erfüllung ihrer Datenübermittlungspflichten nach dem Einkommensteuergesetz (§ 284 SGB V, § 94 SGB XI, § 23c SGB IV)

A) Regelungsbedarf

Die Krankenkassen sind nach § 32b Abs. 3 EStG verpflichtet, die Daten über die im Kalenderjahr gewährten, dem Progressionsvorbehalt unterliegenden Leistungen sowie die Dauer des Leistungszeitraums für jeden Empfänger bis zum 28. Februar des Folgejahres nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung an die Finanzverwaltung zu übermitteln. Darüber hinaus besteht nach § 10 Abs. 2a Satz 4 EStG die Verpflichtung, die im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung – soweit diese nicht mit der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung oder der Rentenbezugsmitteilung zu übermitteln sind – unter Angabe der Vertrags- oder Versicherungsdaten, des Datums der Einwilligung und der Identifikationsnummer (§ 139b der Abgabenordnung) nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch Datenfernübertragung an die zentrale Stelle (§ 81 EStG) bis zum 28. Februar des dem Beitragsjahr folgenden Kalenderjahres zu übermitteln.

Voraussetzung für beide Übermittlungsverfahren ist die Erhebung und Speicherung der Steueridentifikationsnummer. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) geht aber davon aus, dass die Sozialversicherungsträger bislang keine Befugnis zur Erhebung der Identifikationsnummer haben; die Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkassen seien abschließend im Katalog des § 284 Abs. 1 Satz 1 SGB V geregelt.

Zur Klarstellung der Befugnis der Kranken- und Pflegekassen zur Datenerhebung und Datenspeicherung sollten daher die einschlägigen Vorschriften im SGB V (§ 284 Abs. 1) und SGB XI (§ 94 Abs. 1) ergänzt werden.

Bei der Ermittlung der Steueridentifikationsnummer zur Umsetzung der Datenübermittlungspflicht nach § 32b Abs. 3 EStG könnte zudem der Verwaltungsaufwand für alle Träger entsprechender Sozialleistungen (Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit) erheblich reduziert werden, wenn die Arbeitgeber der Sozialleistungsempfänger berechtigt wären, auf den nach § 23c Abs. 2 SGB IV auszustellenden (Verdienst-)Bescheinigungen die Steueridentifikationsnummer des Versicherten anzugeben.

Als Maßnahme zum Bürokratieabbau bei den Sozialleistungsträgern sollte § 23c Abs. 2 SGB IV entsprechend ergänzt werden.

B) Änderungsvorschläge

1. In § 284 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird nach Nummer 14 folgende Nummer 15 ergänzt:

„15. die Datenübermittlungspflichten nach §§ 10 Absatz 2a Satz 4 und 32b Absatz 3 EStG“

2. In § 94 Abs. 1 SGB XI wird nach der Nummer 11 folgende Nummer 12 ergänzt:

„12. die Datenübermittlungspflicht nach § 10 Absatz 2a Satz 4 EStG“

3. In § 23c Abs. 2 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz ergänzt:

„ auf der Bescheinigung ist die Steueridentifikationsnummer (§ 139b AO) des Leistungsempfängers anzugeben.“