

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

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



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(24.2)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
15.10.2010

**Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes
vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträ-
gen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhalti-
gen und sozial ausgewogenen Finanzierung
der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-FinG) vom 05.10.2010 (Ausschuss-
drucksache 17(14)0072)**

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), Ausschussdrucksache 17(14)0072



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

A) Beabsichtigte Änderung

Es soll nach den Verwaltungsvorschriften nach § 79 Abs. 2 SGB IV sichergestellt werden, dass Verwaltungsausgaben, die der Mitgliederwerbung dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden.

B) Stellungnahme

Bei der angestrebten Regelung handelt es sich um die Konkretisierung der Verbuchung von Vertriebsaufwendungen. Je nach Ausgestaltung der genutzten Vertriebswege der Krankenkassen ergeben sich unterschiedliche wettbewerbliche Wirkungen.

C) Änderungsvorschlag

Jenseits einer gesetzlichen Regelung ist beim nächsten Erlass zum Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine entsprechende Regelung zu treffen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), Ausschussdrucksache 17(14)0072



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

A) Beabsichtigte Änderung

Die Möglichkeit der Kostenerstattung soll flexibler gestaltet werden; dabei

- a) soll die Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung auf ein Kalendervierteljahr verkürzt werden,
- b) sollen die Abschläge für die Verwaltungskosten auf bis zu fünf Prozent des Erstattungsbetrages begrenzt sowie die Abschläge für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfungen gestrichen werden,
- c) soll die schriftliche Bestätigung gegenüber dem Leistungserbringer über die im Vorfeld erfolgte Beratung über Folgekosten aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich ist eine Ausweitung von Wahlmöglichkeiten der Versicherten, die der Belebung des Wettbewerbs und der Verbesserung der Versorgung dient, zu begrüßen. Für alle wählbaren Leistungen muss aber gelten, dass sie von den betreffenden Versicherten selbst getragen werden. So darf die Ausweitung der Kostenerstattung nicht dazu führen, dass Versicherte, die keine Kostenerstattung wählen, diese letztlich mitfinanzieren. Die beabsichtigte Verringerung der Mindestbindungsfrist auf ein Vierteljahr sowie die Begrenzung der Abschläge für zusätzliche Verwaltungskosten auf maximal 5 Prozent sind daher abzulehnen.

Die Verkürzung der Mindestbindungsfrist auf ein Vierteljahr in Kombination mit der bereits heute vorhandenen Möglichkeit, die Kostenerstattung auf einzelne Leistungsbereiche zu begrenzen, ist nicht zielführend, kann das

Arzt-Patienten-Verhältnis belasten und löst hohe Bürokratiekosten aus. Für die Versicherten, die bei Wahl der Kostenerstattung zusätzlich ein privatrechtliches Vertragsverhältnis mit ihrem Behandler eingehen, wird es sehr schwierig zu differenzieren, welche medizinischen Leistungen im einzelnen noch gesetzliche Leistungen und welche rein private Leistungen sind, z. B. die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen. Neben dem Umstand, dass sie in der Regel ohnehin höhere Rechnungen erhalten als ihre Krankenkasse erstatten kann, tragen sie also das Risiko, dass für bestimmte Leistungen überhaupt keine Erstattung erfolgt. Zum Schutz der Versicherten muss die Regelung also mindestens wieder mit einer vorangehenden Aufklärungspflicht der Krankenkassen verknüpft werden, ohne die die Wahl der Kostenerstattung nicht wirksam ist. Problematisch ist, dass die vorgeschriebene ärztliche Informationspflicht nicht mehr schriftlich dokumentiert werden soll. Die Stellung des Patienten – wegen der Informationsasymmetrie ohnehin im Nachteil – wird so weiter geschwächt. Im Übrigen wäre eine mangelhafte Beratungsleistung des Arztes kaum zu beweisen. Eine solche Beratung kann ihren Zweck, den Versicherten über Vor- und Nachteile einer Kostenerstattung aufzuklären und damit zu schützen, nicht mehr erfüllen. Stattdessen hat der Arzt hohe Anreize, Versicherte zur Kostenerstattung zu bewegen, ohne tatsächliche Konsequenzen bei fehlerhafter Aufklärung oder unwirtschaftlicher Behandlungsweise befürchten zu müssen. Eine gesetzliche Regelung darf darüber hinaus keine Anreize dafür bieten, dass etwa die Vergabe von zeitnahen Terminen beim Facharzt von einer Wahl der Kostenerstattung abhängig gemacht wird.

Die Krankenkassen müssen mit einem erheblich gestiegenen EDV-Aufwand nachverfolgen, welcher Versicherte wann die Kostenerstattung gewählt bzw. wieder abgewählt hat. Dies hat Auswirkungen auf die Berechnung der Vergütung, da für Versicherte mit Kostenerstattung die Gesamtvergütung entsprechend zu kürzen ist. Hier kann es zu erheblichen Schwankungen kommen, die jedoch erst mit einem Zeitverzug beobachtbar sind. Sollte die mit der Gesetzesänderung bezweckte Ausweitung der Kostenerstattung tatsächlich eintreten, kann dies zu erheblichen Verwerfungen zwischen der prognostischen Zuteilung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina

anhand der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) und den nachträglich erforderlichen Kürzungen der MGV aufgrund der Kostenerstattung kommen.

Insgesamt führt eine Ausdehnung der Kostenerstattung zu steigendem Verwaltungsausgaben (keine KV-Abrechnung, Anrechnung auf Gesamtvergütung usw.) und zu Schwierigkeiten bei allen qualitäts- und kostensteuernden Regelungen auf Kollektivvertragsebene (Richtgrößen, Gesamtvergütungen, Ausgabenvolumina, Wirtschaftlichkeitsprüfungen etc.). In diesem Zusammenhang sind die Limitierung der Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten auf fünf Prozent und der Wegfall der Abschläge für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kritisieren. Da das Kostenerstattungsverfahren im Vergleich zur Sachleistungsgewährung deutlich verwaltungsaufwändiger ist, erst recht mit Blick auf die vorgesehene verkürzte Mindestbindungsfrist, führen die Neuregelungen in der Konsequenz dazu, dass GKV-Versicherte, die keine Kostenerstattung nach § 13 SGB V wählen, den durch die Ausweitung der Kostenerstattung erhöhten Verwaltungsaufwand mittragen müssen. Damit würde der Gesetzgeber eine Quersubventionierung bewirken. Grundsätzlich widerspricht die Ausweitung des verwaltungsaufwändigen Instituts der Kostenerstattung dem erklärten Ziel des GKV-FinG, die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen stabil zu halten.

Insgesamt stellt die Kostenerstattung eine Ausnahme von dem in der gesetzlichen Krankenversicherung systemeigenen Sachleistungsprinzip dar, auf das praktisch alle Vergütungssysteme, Prüfmechanismen und Datenströme zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer ausgerichtet sind. Das Kostenerstattungsprinzip ist damit als obligatorisches Gestaltungsinstrument für die GKV nicht geeignet. Im Rahmen des Sachleistungsprinzips ermöglichen es die vorhandenen Steuerungsinstrumente, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu optimieren. Zugleich schützt es die Patienten vor finanzieller Überforderung. Das Sachleistungsprinzip legt die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit und damit für die Versorgungseffizienz, die der Patient in aller Regel nicht beurteilen kann, in die Hände der vertragsschließenden Parteien. Hierzu gehört auch ein funktions-

fähiges System der Wirtschaftlichkeitsprüfung, das in einem Kostenerstattungssystem nicht greift. Der Hinweis in der Gesetzesbegründung, die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit werde durch den Versicherten gewährleistet, unterstellt diesem eine Urteilsfähigkeit hinsichtlich der erbrachten und verordneten Leistungen, die angesichts der Wissensunterschiede zwischen Arzt und Patient sowie der Notlage, in der sich ein Versicherter mit einer Akuterkrankung häufig befindet, nicht vorkommt.

Die Empirie zeigt, dass Systeme der Kostenerstattung zumeist mit erheblichen Steuerungsdefiziten zu kämpfen haben. Dies ist auch ein wesentlicher Grund dafür, dass sich die private Krankenversicherung seit langem für die Einführung eigener direkter Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern einsetzt (vgl. auch die Absicht des Gesetzgebers, die privaten Krankenversicherungsunternehmen mit dem AMNOG an den Ergebnissen der Preisverhandlungen des GKV-Spitzenverbandes für neue Arzneimittel partizipieren zu lassen). Bereits die vorgeschlagene Flexibilisierung der Regelungen zur Kostenerstattung könnte die Wirkungen der Steuerungsinstrumente der GKV konterkarieren.

Ungeachtet der Ablehnung dieses Änderungsantrags wird darauf hingewiesen, dass nach Artikel 1 Nr. 1 des Entwurfs eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG, Bundestagsdrucksache 17/2413) § 13 Abs. 2 Satz 11 SGB V ebenfalls geändert werden soll. Als Folge dieser Änderung ist in Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb des AMNOG eine weitere Änderung in § 129 Abs. 1 SGB V vorgesehen.

Da die Änderungen nach den jeweiligen Gesetzentwürfen jeweils zum 1. Januar 2011 in Kraft treten sollen, sind die im AMNOG geplanten Änderungen durch die vorgesehene Neufassung nach Artikel 1 Nr. 3a des GKV-FinG nicht mehr schlüssig. Hinzu kommt, dass der Entwurf eines AMNOG auf einen anderen Gesetzesstand („...“, das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 14. April 2010 (BGBl. I S. 410) geändert worden ist, ...) Bezug nimmt als der

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), Ausschussdrucksache 17(14)0072



Entwurf des GKV-FinG („... , das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist, ...“).

In diesem Zusammenhang wird auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 22.09.2010 zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz verwiesen, in der die Änderung des § 13 Abs. 2 SGB V ebenfalls abgelehnt wird.

C) Änderungsvorschlag

Änderungsantrag 2 wird gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), Ausschussdrucksache 17(14)0072



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

A) Beabsichtigte Änderungen

- a) Redaktionelle Folgeänderung zum Änderungsantrag 2 (Kostenerstattung)
- b) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife für besondere Versorgungsformen nach § 53 Abs. 3 wird von bislang drei Jahren auf ein Jahr verkürzt.
- c) Nach Abs. 9 müssen die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, d. h. jeder Tarif soll sich selbst tragen. Die Krankenkassen haben hierüber regelmäßig gegenüber den Aufsichtsbehörden Rechenschaft abzulegen. Für Tarife der Kostenerstattung nach Abs. 4 soll künftig zusätzlich gelten, dass deren langfristige finanzielle Tragbarkeit von einem Wirtschaftsprüfer oder einem Aktuar regelmäßig testiert werden muss.

B) Stellungnahme

- a) Wahltarife beleben den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander und gegenüber privaten Versicherungsunternehmen. Darüber hinaus besteht bei den Versicherten ein Bedarf an Leistungen aus einer Hand. Eine Einschränkung dieses Wettbewerbselements lehnt der GKV-Spitzenverband daher ab. Im Gegenteil, den Krankenkassen sollten mehr wettbewerbliche Handlungsspielräume - insbesondere im Wettbewerb um die beste Versorgung - zur Verfügung stehen. Auch Wahltarife nach § 53 Abs. 4 SGB V sind hierfür unter den bestehenden Rahmenbedingungen geeignet. Hierzu zählt, dass die Krankenkassen die Möglichkeit haben, die Höhe der Kostenerstattung an den privat(zahn)ärztlichen Vergütungsrahmen anzupassen, so dass sich das

finanzielle Risiko für die in den Tarif eingeschriebenen Versicherten relativiert. Hierzu zählt auch, dass die Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen weder Leistungsausschlüsse noch Gesundheitsprüfungen kennen. Darüber hinaus wird auf die Stellungnahme zu Änderungsantrag 2 verwiesen.

- b) Die Verkürzung der Mindestbindungsfrist von drei Jahren auf ein Jahr kann geeignet sein, die Tarife aus Sicht der einzelnen Versicherten attraktiver zu gestalten. Die Krankenkassen benötigen gleichzeitig für eine solide Kalkulation ihrer Tarife Planungssicherheit. Diese geht einher mit einem ausreichenden zeitlichen Planungshorizont. Ob dieser mit nur einem Jahr Bindung noch gegeben ist, ist zu bezweifeln. Die Verkürzung der Mindestbindungsfrist erhöht in jedem Fall die Unsicherheit der Krankenkasse hinsichtlich der Größe und Risikostruktur der jeweiligen Risikogemeinschaft.
- c) Die Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben des § 53 Abs. 9 Satz 1 obliegt gegenwärtig der staatlichen Aufsicht. Die Krankenkassen entscheiden in eigener Verantwortung, in welcher Weise sie ihrer Verpflichtung nach Satz 2, regelmäßig Rechenschaft über die auskömmliche Finanzierung ihrer Tarife abzulegen, nachkommen. Die Aufsichtsbehörden wiederum entscheiden, ob ihnen die Rechenschaftsberichte der Krankenkassen ausreichen.

Dem GKV-Spitzenverband liegen bis dato keine Erkenntnisse vor, die es angezeigt erscheinen lassen, den Krankenkassen eine bestimmte, zudem teure Berichtsform, nämlich die regelmäßige Testierung durch einen Aktuar oder Wirtschaftsprüfer, vorzuschreiben. Die damit einhergehende verpflichtende Verlagerung von Aufsichtsfunktionen auf Dritte ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Änderungsantrag 3 wird gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), Ausschussdrucksache 17(14)0072



Änderungsantrag 4 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Zu Artikel 1 Nr. 10a –neu– (§ 120 SGB V) – Pädiatrische Spezialambulanzen

A) Beabsichtigte Änderung

Der eingebrachte Änderungsantrag sieht vor, die bisherige Bereinigungsmöglichkeit der verhandelten Pauschalen im Landesbasisfallwert zu entfristeten. Weiter wird eine neue Schiedsstellenregelung vorgesehen, die festzustellen hat, ob die ergänzenden Pauschalen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen notwendig sind bzw. in welcher Höhe diese abzuschließen sind, sofern eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande kommt.

B) Stellungnahme

Wird dem Änderungsantrag entsprochen, muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sichergestellt werden, dass die Entfristung der Bereinigungsvorschrift im Gesetz Berücksichtigung findet. Den pädiatrischen Spezialambulanzen ist darüber hinaus eine diagnose- und leistungsbezogene Vergütungsperspektive innerhalb des EBM zu eröffnen. Dies hat folgenden Hintergrund:

- Die pädiatrischen Spezialambulanzen sind historisch aus den Erlösen für stationäre Behandlung quersubventioniert worden. Die mit der DRG-Konvergenzphase verbundenen Verteilungswirkungen erlauben diesen Umstand nicht länger, da die Erlöse aus Fallpauschalen leistungsbezogen gezahlt werden. Quersubventionierung ist nicht mehr möglich. Da die Verhandlungen mit den pädiatrischen Spezialambulanzen noch nicht deutschlandweit gleichermaßen angelaufen sind, ist eine Entfristung der Bereinigungsvorschrift notwendig. Bislang zur Quersubventionierung der pädiatrischen Spezialambulanzen genutzte stationäre Mittel sind entsprechend umzuwidmen. Die vorgeschlagene Entfristung der Bereinigungsvorschrift ist zwingend notwendig und sachgerecht.

- Eine weitere, separate Vergütungslösung, wie für die pädiatrischen Spezialambulanzen in den Kinderkliniken, wird vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich nicht befürwortet. Eine solche Lösung widerspricht dem Grundsatz, gleiche Leistungen gleich zu vergüten, und schafft zusätzliche Schnittstellen und Bürokratie (permanente, komplexe Verhandlungsaufwände). Der Bewertungsmaßstab ambulanter Leistungen ist der EBM und soll es auch bleiben.

Pädiatrische Spezialambulanzen erhalten aufgrund der Regelung des § 120 Abs. 1a SGB V für dem Grunde nach gleiche Leistungen zukünftig mehr Geld als niedergelassene Ärzte. Dies ist nur dann zu rechtfertigen, wenn es sich faktisch um höherwertigere Leistungen handelt, die sich aus der Häufung komplexerer Fallgestaltungen bei den pädiatrischen Spezialambulanzen ergeben. Der Nachweis eines durchgängig komplexeren Fallspektrums steht allerdings weiterhin aus.

Dennoch gilt, dass die Versorgungsform der pädiatrischen Spezialambulanz als generell sinnvoll zu erachten ist. Das Wissen in seltenen Spezialdisziplinen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin wird gebündelt und mit dem Krankenhaus verbunden. Hinzu kommt, dass der Anteil ermächtiger Ärzte (an den Kliniken) in den relevanten Disziplinen bis zu 50 Prozent bzw. in einzelnen Disziplinen (Kinderdiabetologie) sogar bis 100 Prozent geht. Aus diesen Gründen begrüßt der GKV-Spitzenverband die vorausgehende Feststellung des Versorgungsbedarfs durch die Schiedsstelle vor der Festsetzung von Pauschalen. Perspektivisch sollten diese Leistungen aber im EBM anhand von Diagnosen und Patientenkriterien vergütet werden, um die mit der Besonderheit der Leistungen begründete Vergütungshöhe rechtfertigen zu können. Eine gesonderte gesetzliche Vergütungsregelung für die pädiatrischen Spezialambulanzen ist auf Dauer nicht vertretbar. Der Charakter der jetzigen Lösung als Übergangslösung ist auch im Gesetz deutlich hervorzuheben.

Eine systemkonforme, langfristig tragbare und der tatsächlichen medizi-

nischen und ökonomischen Schwere der behandelten Patienten angemessene Lösung zur Finanzierung der Spezialambulanzen an Kinderkliniken muss daher im EBM gefunden werden. Die bestehende Übergangslösung ist zeitlich zu befristen, eine entsprechende Abbildung im EBM, als dem relevanten Bewertungsmaßstab für ambulante Leistungen, zu etablieren. Diagnosebezogene Fallpauschalen sind gemäß § 87 Abs. 2c für die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden sind, vorgesehen – ein Instrument, das sich insbesondere vor dem Hintergrund der geschilderten Problematik eignet. Vereinbaren die Vertragsparteien des Bewertungsausschusses für Leistungen nach Satz 1 keine diagnosebezogene Fallpauschalen gemäß § 87 Abs. 2c, bleibt die Übergangslösung so lange erhalten, bis dies geschieht.

Zudem sollte in der Gesetzesbegründung eine Klarstellung erfolgen, dass die Sachkosten und allgemeinen Praxiskosten nach § 120 Abs. 1 Satz 2 SGB V bereits über den EBM abgedeckt sind und hier keine Vergütungsdefizite bestehen. Diese Klarstellung würde – neben der angestrebten Regelung zur Berücksichtigung im Landesbasisfallwert – die Verhandlungen vor Ort deutlich vereinfachen und beschleunigen.

C) Änderungsvorschlag

In Ergänzung der im Änderungsantrag 4 vorgeschlagenen Änderungen wird § 120 Abs. 1a Satz 1 SGB V wie folgt gefasst:

„Soweit der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 1 Satz 1 für die in diesem Satz genannten Leistungen keine diagnosebezogenen Fallpauschalen gemäß § 87 Absatz 2c vereinbart hat, sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich ergänzend zur Vergütung nach Absatz 1 für die in kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), Ausschussdrucksache 17(14)0072



von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen mit dem Krankenhausträger fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), Ausschussdrucksache 17(14)0072



Änderungsantrag 5 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Zu Artikel 1 Nummer 12a –neu– (§ 194 Abs. 1a Satz 2 SGB V) – Vermittlung von Zusatzversicherungen durch Krankenkassen

A) Beabsichtigte Änderung

Mit der Regelung soll klargestellt werden, dass die Krankenkassen private Krankenversicherungsverträge vermitteln dürfen, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen. Die bisherige Aufzählung möglicher Arten von Zusatzversicherungsverträgen wird um Ergänzungstarife zur Kostenerstattung erweitert.

B) Stellungnahme

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes ermöglicht § 194 Abs. 1a bereits in seiner heutigen Fassung die Vermittlung von Verträgen privater Krankenversicherungsunternehmen, die den gesetzlichen Versicherungsschutz ergänzen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), Ausschussdrucksache 17(14)0072



Änderungsantrag 6 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 201 SGB V) – Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Formulierung der neuen Nummer 1a in § 201 Abs. 4 SGB V entspricht unverändert der Fassung des Gesetzentwurfs zum GKV-FinG. Es wird daher auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzentwurfs verwiesen.

Vorgeschlagen wird, in § 201 Abs. 6 Satz 2 SGB V anstatt der (ehemaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Vereinbarungspartner im Rahmen des maschinell unterstützten Meldeverfahrens aufzunehmen.

B) Stellungnahme

Bei der Änderung des § 201 Abs. 6 Satz 2 handelt es sich um eine redaktionelle - bisher versäumte - Anpassung in Folge des Aufgabenübergangs von den ehemaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum 1. Juli 2008.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), Ausschussdrucksache 17(14)0072



Änderungsantrag 7 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Zu Artikel 1 Nr. 16b –neu– (§ 232a Abs. 1a SGB V –neu–) – Pauschalierung schwankender weiterer beitragspflichtiger Einnahmen bei Beziehern von Arbeitslosengeld II

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Der Vorschlag wird befürwortet, da aufgrund der insoweit vorgenommenen Gleichschaltung der Einkommensanrechnung im Beitragsrecht der Krankenversicherung und im Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende sowie aufgrund der Toleranzgrenze von 20 Euro eine Verwaltungsvereinfachung sowohl für die Leistungsträger nach dem SGB II als auch für die Krankenkassen erreicht wird.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), Ausschussdrucksache 17(14)0072



C) Änderungsvorschlag

Grundsätzlich keiner, im ersten Satz ist allerdings auf Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu verweisen (redaktionelle Klarstellung).

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), Ausschussdrucksache 17(14)0072



Änderungsantrag 8 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Zu Artikel 8 Nummer 1 (§ 4 KHEntgG) - Pflegestellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Änderung

Mit dem eingebrachten Änderungsantrag werden die von den Krankenhäusern an die Krankenkassen im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms zu übermittelnden Daten konkretisiert, um die Wirkungsweise des Pflegestellen-Förderprogramms valide bewerten zu können. Die Krankenhäuser sollen

- die Stellenbesetzung zum Stichtag 30.06.2008,
- die konkrete Anzahl der aufgrund des Förderprogramms zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte (unterteilt nach Voll- und Teilzeitkräften) und
- die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres

in Form einer Bestätigung des Jahresabschlussprüfers den Krankenkassen vorlegen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt den Änderungsantrag ausdrücklich. Die Erfahrungen mit der Erstellung des Berichtes zum ersten Förderjahr (2009) zeigten grundlegende Schwierigkeiten, die Umsetzung des Förderprogramms transparent darzustellen. Alle in der Formulierung ergänzten Einzeltatbestände bedürfen des entsprechenden Nachweises gegenüber den Krankenkassen. Die Umsetzung des vorliegenden Änderungsantrages ist unverzichtbar für eine künftig differenzierte und transparente Berichterstattung.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.10.2010 zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG), Ausschussdrucksache 17(14)0072



Allerdings sollte ergänzt werden, dass auch die Stellenbesetzung zum Stichtag 30.06.2008 und die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres differenziert nach Voll- und Teilzeitkräften von den Krankenhäusern vorzulegen ist. Damit würden alle relevanten Informationen vorliegen, um die Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms darzustellen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 10 Satz 11 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers – jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte – über die Stellenbesetzung am 30.06.2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen.“