



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0074(26)

gel. VB zur Anhörung am 25.10.

10_GKV-FinG_Block I

18.10.2010

Stellungnahme

der Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)
(BT-Drs. 17/3040),
- b) zu den diesbezüglichen **Änderungsanträgen** der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vom 05.10.2010
(Ausschussdrucksache 17(14)0072) und
- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE
Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen
(BT-Drs. 17/1238)

I. Allgemeine Bewertung des Entwurfs eines GKV-Finanzierungsgesetzes

Die im Titel des vorgenannten Gesetzentwurfs enthaltenen Bewertungen „nachhaltig“ und „sozial ausgewogen“ klingen zwar gut; in Bezug auf die vorgesehenen Neuregelungen sind sie aber eher fehl am Platz. Nachhaltig ist das geplante Reformkonzept nur insoweit, als danach künftige Ausgabensteigerungen der GKV allein von den Mitgliedern finanziert werden sollen. Diese Verlagerung ist angesichts der ursprüng-

lich paritätischen Finanzierung durch die Sozialpartner als einseitige Entlastung der Arbeitgeber auch nicht mit dem Prädikat „sozial ausgewogen“ zu versehen. Das System der Zusatzbeiträge und der Sanktionen bei deren Nichtentrichtung benachteiligt vor allem Geringverdiener, was ebenfalls gegen soziale Ausgewogenheit spricht.

Die GdS tritt zwar grundsätzlich dafür ein, den Krankenkassen die Beitragshoheit zurückzugeben. Ein Modell, das die Beitragshoheit auf Zusatzbeiträge reduziert, die allein von den Mitgliedern zu tragen sind, wird dieser Forderung aber nicht gerecht. Die GdS würde deshalb eine bundeseinheitliche paritätische Finanzierung ohne Zusatzbeiträge vorziehen.

* * * * *

II. Stellungnahme zu Einzelvorschriften des Gesetzentwurfs

zu Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

zu Nr. 1 (§ 4 Abs. 4 SGB V – Verwaltungsausgaben der Krankenkassen):

Eine Deckelung der Verwaltungskosten ist im Zusammenhang mit Organisationsreformen in der Sozialversicherung nichts Neues. Nicht nur in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch bei Reformen der Rentenversicherung, der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung und der Unfallversicherung hat es bereits Budgetierungen gegeben. Auch der Bund hat für den öffentlichen Dienst schon mehrfach, z. B. im Zusammenhang mit dem Paket zur Bewältigung der Finanzkrise, auf vergleichbare Sparmaßnahmen zurückgegriffen. Wenn die übrigen Beteiligten im Gesundheitswesen gefordert werden, finanzwirksame Beiträge zur Konsolidierung der Haushalte zu leisten, darf man wohl auch kaum davon ausgehen, die Krankenkassen und ihre Verbände könnten „ungeschoren“ davonkommen.

Die GdS widerspricht daher nicht grundsätzlich der zweijährigen Festschreibung der Verwaltungsausgaben auf das Niveau des Kalenderjahres 2010, obgleich Erfahrungswerte zeigen, dass die Deckelung vor allem im Bereich der persönlichen und weniger im Sektor der sächlichen Verwaltungskosten ihren Niederschlag finden wird. So haben bereits Arbeitgeber bei derzeit anstehenden Tarifverhandlungen die Notwendigkeit von Kompensationen erklärt, um nicht die angekündigte legislative Obergrenze zu verletzen.

Die GdS erwartet aber, dass dabei eine Konkretisierung vorgenommen wird, die bereits gültige und nicht mehr abwendbare Kostensteigerungen ins Kalkül zieht. Dies gilt für Tarifabschlüsse mit linearen Gehaltssteigerungen ab 2011 bei Arbeitnehmern ebenso wie für Besoldungs- und Versorgungssteigerungen für dienstordnungsmäßig Angestellte. Dazu seien folgende Beispiele genannt:

<u>Besoldung</u> im Bund:	+ 0,6%	ab 1. Januar 2011
	+ 0,3%	ab 1. August 2011

Besoldung in den 16 Ländern mit unterschiedlichen Anpassungen.

Tarifabschlüsse (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

AOK	+1,7%	ab 1. Januar 2011
BKK-Verbände	+0,6%	ab 1. Januar 2011
	+0,5%	ab 1. August 2011
IKK	+1,7%	ab 1. Mai 2011 (Nordrhein)
	+1,6%	ab 1. September 2011
KKH-Allianz	+1,1%	ab 1. November 2010
	+0,9%	ab 1. April 2011
TK	+2,1%	ab 1. Februar 2011

Diese Übersicht macht deutlich, dass eine Nivellierung der Personalkostensumme unter Vollzug der präsentierten Anhebungen nur durch Personalabbau erfolgen könnte. Ein solcher würde aber gerade zwangsläufig den Personenkreis treffen, der weder unkündbar noch im Rahmen einer Sozialauswahl besonders geschützt wäre. Damit müssten sich die Krankenkassen von jungen, frisch ausgebildeten und meist hoch motivierten Beschäftigten trennen, auf die sie im Wettbewerb angewiesen sind und für deren Qualifikation sie erhebliche Summen investiert hatten. Zudem folgen aus diesem Reformgesetz noch zusätzliche Verwaltungsaufgaben, die nur durch mehr Personal erledigt werden können (siehe dazu die nachstehenden Ausführungen zu Art. 1 Nr. 19 und zu Art. 4 des Entwurfs).

In der Tat gibt es für Herausnahme-Tatbestände bei Budgetierungen bereits gesetzliche Präzedenzfälle. So bleiben nach § 187a SGB VII bei der Ermittlung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten unberücksichtigt:

1. Ausgaben für Ausbildung
2. Ausgaben für Weiterbildung im Zusammenhang mit der Reform
3. Versorgungsaufwendungen

Auch in § 6 der Bundespflegesatzverordnung werden Personalkosten zusätzlich im Budget berücksichtigt, wenn die durchschnittlichen Auswirkungen tarifvertraglich vereinbarter Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen (Tarifrate) die Veränderungsrate übersteigen. Artikel 7 des vorliegenden Gesetzesentwurfs nimmt darauf Bezug und stellt klar, dass auch die Tariflohnsteigerung der Jahre 2011 und 2012 heranzuziehen ist.

Deshalb fordert die GdS, eine vergleichbare Regelung, wie sie § 187a Abs. 2 SGB VII bereits enthält, auch in § 4 Abs. 4 SGB V aufzunehmen und diese noch um folgende Ziffer zu ergänzen:

„ 4. im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits beschlossene Anpassungen der Besoldung oder von Tarifparteien vereinbarte Anpassungen der Vergütungen“.

zu Nr. 2 (§ 6 SGB V – Versicherungsfreiheit):

Die GdS tritt grundsätzlich dafür ein, dass die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG; = sog. Versicherungspflichtgrenze) als „Friedensgrenze“ zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung erhalten bleibt. Für problematisch hält die GdS jedoch

die nunmehr vorgesehenen Änderungen des § 6 SGB V, wonach ein Wechsel von der GKV in die PKV künftig nicht mehr erst nach dreimaligem, sondern – wie schon nach dem bis 1. Februar 2007 geltenden Recht – bereits nach einmaligem Überschreiten der JAEG möglich sein soll.

Erfahrungsgemäß machen insbesondere relativ junge, gesunde und kinderlose „Besserverdiener“ von der Wechselmöglichkeit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 4 SGB V Gebrauch, denn die privaten Krankenversicherungsunternehmen können ihnen günstigere (Beitrags-)Konditionen bieten als die solidarisch finanzierte GKV. Der Verlust solcher „guten Risiken“ bedeutet für die gesetzlichen Krankenkassen nicht unerhebliche Mindereinnahmen: Zurzeit sind dies monatlich 558,75 Euro (= 14,9 % von 3.750 Euro) pro Wechsler, bei Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags sogar noch entsprechend mehr. Auf die Ausgaben der Kassen haben solche Wechsel dagegen nur geringfügige Auswirkungen, da der besagte Personenkreis in der Regel nur selten Leistungen in Anspruch nimmt.

Bei der geplanten Rückkehr zur früheren Fassung des § 6 SGB V würden die Mindereinnahmen der Kassen vor allem 2011 deutlich ansteigen, weil dann zusätzlich zu den bislang pflichtversicherten Arbeitnehmern, die die JAEG in den drei Vorjahren 2008, 2009 und 2010 überschritten haben, auch diejenigen Arbeitnehmer in die PKV wechseln könnten, deren beitragspflichtiges Einkommen nur in 2009 und 2010 oder lediglich in 2010 über dem jeweiligen Grenzbetrag lag.

Ob der dazu in Teil C der Gesetzesbegründung („Finanzielle Auswirkungen“) geschätzte Minusbetrag von 0,2 Mrd. Euro pro Jahr realistisch ist, mag dahingestellt bleiben. Das eigentliche Problem liegt vielmehr darin, dass die betreffenden Mindereinnahmen ceteris paribus durch höhere Zusatzbeiträge der verbliebenen GKV-Mitglieder ausgeglichen werden müssten.

Gerade auch mit Blick auf die im Gesetzestitel angesprochene „soziale Ausgewogenheit“ wäre es aber nicht vertretbar, wenn im Extremfall fast 560 GKV-Mitglieder 24 Monate lang jeweils 1 Euro mehr Zusatzbeitrag zahlen müssten, nur damit ein(e) einzige(r) Arbeitnehmer(in) mit einem Jahreseinkommen von mindestens 49.950 Euro (= aktuelle JAEG) sich zwei Jahre früher als nach derzeit geltendem Recht privat versichern und dadurch KV-Beiträge sparen kann.

Die GdS verkennt zwar nicht, dass mit diesem Änderungsvorhaben eine politische Zusage an die privaten Versicherungsunternehmen umgesetzt wird, die auch schon im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP festgeschrieben war. Die Einhaltung dieser Zusage darf aber nicht zu den aufgezeigten Mehrbelastungen der GKV-Mitglieder führen! Deshalb plädiert die GdS dafür, Art. 1 Nr. 2 komplett zu streichen.

zu Nr. 3 (§ 9 SGB V – Freiwillige Versicherung):

Wenn der vorstehenden Empfehlung der GdS entsprochen wird, müsste auch Art. 1 Nr. 3 gestrichen werden, denn hierbei handelt es sich lediglich um eine Folgeregelung zu der geplanten Änderung des § 6 SGB V.

zu Nr. 12 (§ 190 SGB V – Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger):

Wenn der Empfehlung der GdS, Art. 1 Nr. 2 komplett zu streichen, gefolgt wird, müsste konsequenterweise auch die Folgeregelung des Art. 1 Nr. 12 gestrichen werden.

zu Nr. 14 (§ 220 SGB V – Grundsätze der Mittelaufbringung):

zu Buchst. a:

Gegen die vorgesehene Aufhebung des § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB V hat die GdS keine Bedenken, da diese Regelung ohnehin nur die Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2007 betraf und daher inzwischen obsolet geworden ist.

zu Buchst. b:

Die derzeit geltende Fassung des § 220 Abs. 2 SGB V ist zwar insofern unbefriedigend, als sie erst dann eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V vorsieht, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 % (statt zu 100 %) decken. Schon bei der Einführung dieser Regelung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz war somit absehbar – und vom Gesetzgeber offenbar auch angestrebt –, dass einige Krankenkassen „über kurz oder lang“ einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V erheben müssen. Da die Mitglieder der jeweiligen Kasse diesen Zusatzbeitrag alleine zu tragen haben, wird das Prinzip der paritätischen Finanzierung der GKV durch Versicherte und Arbeitgeber (bzw. Rentenversicherungsträger) schon heute in erheblichem Maße ausgehöhlt.

Nach Meinung der GdS ist diese Regelung aber immer noch eher akzeptabel als die jetzt vorgesehene Neuregelung, wonach der allgemeine Beitragssatz dauerhaft festgeschrieben und künftige Ausgabensteigerungen der GKV, die über die Einnahmementwicklung hinausgehen, ausschließlich über Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert werden sollen. Auf diese Weise werden die Arbeitgeber immer mehr aus ihrer Mitverantwortung für das Gesundheitswesen entlassen und das Paritätsprinzip wird immer mehr zu „Makulatur“.

Die GdS lehnt die geplante Neufassung des § 220 Abs. 2 SGB V daher nachdrücklich ab.

Sollte die Bundesregierung dennoch an diesem Änderungsvorhaben festhalten, müsste auch die Zusammensetzung der Verwaltungsräte der Krankenkassen in § 44 SGB IV neu geregelt werden, denn eine paritätische Besetzung durch Versicherte und Arbeitgeber wäre dann endgültig nicht mehr gerechtfertigt.

§ 44 Abs. 4 SGB IV sieht zwar schon jetzt die Möglichkeit vor, dass die Verwaltungsräte ihre Zusammensetzung ab der nächsten Wahlperiode per Satzung ändern können – allerdings nur, wenn mehr als drei Viertel der stimmberechtigten Mitglieder der Änderung zustimmen. Da die Verwaltungsräte aber derzeit mit Ausnahme einiger Ersatzkassen noch paritätisch besetzt sind, wären die dortigen Versichertenvertreter bei entsprechenden Satzungsänderungsanträgen immer auch auf die Zustimmung von mehr als der Hälfte der Arbeitgebervertreter angewiesen. Insoweit ist diese Re-

gelung unbefriedigend. Notwendig wäre vielmehr eine klare gesetzliche Vorgabe, die sicherstellt, dass künftig allen Verwaltungsräten mehr Versicherten- als Arbeitgebervertreter angehören.

zu Nr. 16 (§ 221b (neu) – Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich):

In den Vorbemerkungen zu dem vorliegenden Gesetzentwurf heißt es auf Seite 3 unter Punkt B. 3 („Gerechter Sozialausgleich“): *„In den Jahren 2011 bis 2014 kann der Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt werden.“* Unklar bleibt, woher die Bundesregierung bzw. die Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und FDP diese Gewissheit nehmen, denn der Umfang des Sozialausgleichs hängt wesentlich von der künftigen Einkommensentwicklung wie auch von der Entwicklung der Ausgaben der GKV ab. Diese beiden Einflussfaktoren sind aber auch über einen relativ kurzen Zeitraum von drei Jahren nur schwer prognostizierbar.

Von daher sind zumindest Zweifel angebracht, ob die in § 221b SGB V (neu) vorgesehene Regelung ausreicht, wonach erst ab 2015 weitere Zahlungen aus Bundesmitteln zur Finanzierung des Sozialausgleichs gewährt werden sollen.

Problematisch ist überdies auch die Regelung, dass die Höhe der betreffenden Zahlungen erst im Jahr 2014 „gesetzlich festgelegt“ werden soll. Hier steht zu befürchten, dass dann auch haushaltspolitische Überlegungen die Höhe der Zahlungen mitbestimmen werden. Notwendig wäre vielmehr eine klare Regelung, die sicherstellt, dass der Sozialausgleich jedes Jahr „automatisch“ in vollem Umfang durch Bundesmittel finanziert wird.

zu Nr. 17 (§ 241 SGB V – Allgemeiner Beitragssatz):

Die GdS akzeptiert, dass der allgemeine Beitragssatz, nachdem er aus konjunkturpolitischen Gründen zum 1. Juli 2009 auf 14,9 % abgesenkt worden war, angesichts des aktuellen Wirtschaftsaufschwungs ab dem 1. Januar 2011 wieder auf den ursprünglichen Stand von 15,5 % angehoben werden soll. Begrüßt wird, dass auch der Arbeitgeberanteil am KV-Beitrag entsprechend (von bisher 7,0 auf 7,3 %) steigen soll.

Nicht akzeptabel ist jedoch, dass der Arbeitgeberanteil künftig dauerhaft auf der Höhe von 7,3 % festgeschrieben werden soll. Wie oben (zu Art. 1 Nr. 14 Buchst. b) bereits ausgeführt, wird dadurch das Prinzip der paritätischen Finanzierung der GKV perspektivisch aufgegeben.

Vor diesem Hintergrund hat die GdS zwar keine Bedenken dagegen, dass der allgemeine Beitragssatz für das Jahr 2011 ausnahmsweise per Gesetz auf 15,5 % festgesetzt wird. Für die nachfolgenden Jahre muss aber weiterhin die bisherige Regelung des § 241 SGB V gelten, wonach der allgemeine Beitragssatz aufgrund der Ergebnisse des Schätzerkreises jährlich durch Rechtsverordnung festgelegt wird. Dabei muss zugleich auch gewährleistet bleiben, dass die Arbeitgeber in der bisherigen Weise an Anhebungen des Beitragssatzes beteiligt werden.

Die GdS fordert daher, Art. 1 Nr. 17 zu streichen und stattdessen in § 1 Satz 1 der GKV-Beitragssatzverordnung die Angabe „14,0“ durch die Angabe „14,6“ zu ersetzen (siehe dazu auch die unten stehenden Ausführungen zu Art. 13).

zu Nr. 18 (§ 242 SGB V – Kassenindividueller Zusatzbeitrag):

zu Buchst. b:

Der neu angefügte Abs. 6 des § 242 SGB V sieht zum einen vor, dass GKV-Mitglieder, die mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für mindestens sechs Monate säumig sind, einen einmaligen Säumniszuschlag in Höhe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge, mindestens jedoch 30 Euro, zahlen müssen. In Anbetracht der Tatsache, dass schon heute rund ein Drittel der GKV-Mitglieder, die einen Zusatzbeitrag zu entrichten haben, säumig sind, hält die GdS diese Sanktionsregelung prinzipiell für vertretbar.

Die Sätze 4 und 5 des Absatzes 6 enthalten aber noch eine weitere Sanktionsregelung; danach soll der Sozialausgleich bis zur vollständigen Begleichung der Zusatzbeiträge und des einmaligen Säumniszuschlags bzw. bis zur Vereinbarung einer wirksamen Ratenzahlungsvereinbarung und vertragsgemäßer Entrichtung der Raten ausgesetzt werden. Bei Begleichung der ausstehenden Beitragsforderungen soll der Sozialausgleich aber offenbar nicht rückwirkend angewendet werden.

Diese „Mehrfachbestrafung“ von säumigen Beitragszahlern erscheint überzogen und wird vermutlich in vielen Fällen zu sozialen Härten führen, denn säumige Beitragszahler müssen nicht unbedingt zahlungsunwillig sein. Der Zahlungsverzug kann vielmehr auch durch unverschuldete, kurzfristige „Liquiditätsengpässe“ verursacht sein.

Die GdS plädiert deshalb dafür, die Sätze 4 bis 6 in dem neuen Absatz 6 zu streichen. Zumindest aber müsste im Gesetzestext oder in der Begründung noch klargestellt werden, dass der Sozialausgleich nach Begleichung der Beitragsforderungen auch für die zurückliegenden Monate noch angewendet wird.

zu Nr. 19 (§§ 242a und 242b SGB V -neu-):

zu § 242a (Durchschnittlicher Zusatzbeitrag):

Die in § 242a SGB V -neu- enthaltenen Regelungen zur Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags entsprechen im Prinzip dem bisherigen Vorgehen bei der Festsetzung des allgemeinen und des ermäßigten Beitragssatzes. Insoweit bestehen gegen die betreffenden Neuregelungen auch keine Bedenken.

Wer allerdings – wie die GdS – das geplante Reformkonzept zur Finanzierung der GKV insgesamt ablehnt und stattdessen die Beibehaltung der bisherigen Regelungen der §§ 241 und 243 SGB V fordert (siehe dazu die obigen Ausführungen zu Art. 1 Nr. 17 und die nachstehenden Ausführungen zu Art. 1 Nr. 20), muss konsequenterweise auch die komplette Streichung des § 242a SGB V -neu- fordern.

zu § 242b (Sozialausgleich):

Der geplante Sozialausgleich soll zwar aus Bundesmitteln finanziert, seine Durchführung aber im Wesentlichen den Arbeitgebern und den Krankenkassen aufgebürdet werden. Die Regelungen des § 242b SGB V -neu- lassen erkennen, dass dies vor allem für die Krankenkassen mit erheblichem zusätzlichen Verwaltungsaufwand verbunden sein wird (siehe dazu auch die nachstehenden Ausführungen zu Art. 4).

Wenn die Kassen entsprechend mehr Personal einstellen könnten, wäre die Durchführung des Sozialausgleichs zwar durchaus zu bewältigen. Dem steht jedoch die in Art. 1 Nr. 1 vorgesehene Deckelung der Verwaltungsausgaben in den Jahren 2011 und 2012 entgegen.

In Anbetracht dieser widersprüchlichen Regelungen, aber auch wegen der grundsätzlichen Bedenken gegen das geplante Reformkonzept zur Finanzierung der GKV fordert die GdS, den § 242b -neu- ebenfalls komplett zu streichen.

zu Nr. 20 (§ 243 SGB V – Ermäßigter Beitragssatz):

Hier gelten die gleichen (Gegen-)Argumente, die oben zu Art. 1 Nr. 17 (allgemeiner Beitragssatz) angeführt worden sind.

Dem entsprechend fordert die GdS, Art. 1 Nr. 20 zu streichen und stattdessen in § 2 Satz 1 der GKV-Beitragssatzverordnung die Angabe „13,4“ durch die Angabe „14,0“ zu ersetzen (siehe dazu auch die unten stehenden Ausführungen zu Art. 13).

* * * * *

zu Artikel 4: Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Durch die in Art. 4 Nr. 2 vorgesehenen Ergänzungen zu § 28a SGB IV wird den Arbeitgebern eine neue Meldepflicht an die Einzugsstellen, also an die Krankenkassen, und durch Art. 4 Nr. 3 (Ergänzung zu § 28f SGB IV) außerdem eine erweiterte Nachweispflicht bei der Beitragsabrechnung übertragen. Dies bedeutet nicht nur Mehrbelastungen für die Arbeitgeber, sondern auch für die Beschäftigten der Krankenkassen, die die zusätzlichen Informationen verarbeiten müssen.

Hinzu kommt die in Art. 4 Nr. 4 (Ergänzung zu § 28h SGB IV) neu vorgesehene Mitteilungspflicht der Krankenkassen an die Arbeitgeber oder andere Meldepflichtige, wenn ein Kassenmitglied mehrere beitragspflichtige Einnahmen hat.

An diesen Neuregelungen zeigt sich, dass das geplante Reformkonzept zur Finanzierung der GKV, insbesondere der damit verbundene Sozialausgleich, wesentlich bürokratischer ist als das bisherige Finanzierungsverfahren und daher mehr Personal bei den Krankenkassen erfordert. Letzteres steht aber im Widerspruch zu der gleichzeitig vorgesehenen Deckelung der Verwaltungsausgaben der Kassen. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen zu Art. 1 Nr. 1 verwiesen.

* * * * *

Artikel 13: Aufhebung der GKV-Beitragssatzverordnung

Wie oben zu Art. 1 Nrn. 17 und 20 bereits ausgeführt, fordert die GdS, die derzeit geltenden Fassungen der §§ 241 und 243 SGV unverändert beizubehalten. Wenn dieser Forderung entsprochen wird, muss aber auch die „Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzverordnung)“ – jedenfalls prinzipiell – erhalten bleiben.

Um die ab 1. Januar 2011 vorgesehene Anhebung des allgemeinen und des ermäßigten Beitragssatzes zu erreichen, müsste die GKV-Beitragssatzverordnung lediglich wie folgt geändert werden:

1. In § 1 Satz 1 wird die Angabe „14,0“ durch die Angabe „14,6“ ersetzt.
2. In § 2 Satz 1 wird die Angabe „13,4“ durch die Angabe „14,0“ ersetzt.

* * * * *

III. Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und FDP

zu Änderungsantrag Nr. 1 (zu Art. 1 Nr. 1 des Gesetzentwurfs, betr. § 4 SGB V):

Die GdS tritt grundsätzlich dafür ein, dass für alle Krankenkassen gleiche Wettbewerbsbedingungen gelten. Im Hinblick darauf ist die vorgesehene Anfügung eines neuen Absatzes 5 an § 4 SGB V, wonach sicherzustellen ist, dass Verwaltungsausgaben zur Werbung neuer Mitglieder „nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden“, durchaus positiv zu bewerten. Es kann nicht sein, dass solche Kosten unter anderen Buchungstiteln „versteckt“ werden.

Andererseits sieht die GdS aber auch die Gefahr, dass diese Neuregelung künftig immer mehr Krankenkassen „animieren“ wird, auf eigene Vertriebsmitarbeiter zu verzichten und die Mitgliederwerbung stattdessen auf private Dienstleister zu übertragen. Hierdurch könnte eine Vielzahl von Arbeitsplätzen bei den Krankenkassen gefährdet werden.

zu Änderungsantrag Nr. 2 (zu Art. 1 Nr. 3a -neu-, betr. § 13 SGB V):

Die geplante Verkürzung der Mindestbindungsfrist an die Wahl der Kostenerstattung von einem Jahr auf ein (Kalender-)Vierteljahr bedeutet für die Krankenkassen einen nicht unerheblichen Verwaltungsmehraufwand. Insoweit steht diese Regelung im Widerspruch zu der in Art. 1 Nr. 1 vorgesehenen Deckelung der Verwaltungsausgaben.

Zur Vermeidung unnötiger Rechtsstreitigkeiten plädiert die GdS außerdem nachdrücklich dafür, die bisherige Regelung des § 13 Abs. 2 Satz 4 SGB V beizubehalten, wonach „der Versicherte .. die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen“ hat.

zu Änderungsantrag Nr. 3 (zu Art. 1 Nr. 3a -neu-, betr. § 53 SGB V):

Die geplante Verkürzung der Mindestbindungsfrist für Wahltarife von bisher drei Jahren auf ein Jahr ist zwar aus Sicht der Versicherten positiv zu bewerten. Für die Krankenkassen bedeutet dies aber wiederum mehr Verwaltungsaufwand. Insoweit steht diese Neuregelung – ebenso wie der vorstehend angesprochene Änderungsantrag Nr. 2 – im Widerspruch zu der in Art. 1 Nr. 1 vorgesehenen Deckelung der Verwaltungsausgaben.

zu Änderungsantrag Nr. 5 (zu Art. 1 Nr. 12a -neu-, betr. § 194 SGB V):

Die GdS plädiert dafür, dass die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen, die den im SGB V festgeschriebenen Krankenversicherungsschutz ergänzen, nicht nur private Zusatzversicherungen vermitteln, sondern auch selbst derartige Zusatzleistungen (über entsprechende Wahltarife) anbieten dürfen. Insoweit ist der vorliegende Änderungsantrag unbefriedigend.

Im Übrigen gehen wir davon aus, dass es in dem Änderungsantrag nicht „Auslands-krankversicherung“, sondern „Auslandsreisekrankversicherung“ heißen soll.

zu Änderungsantrag Nr. 7 (zu Art. 1 Nr. 16b -neu-, betr. § 232a SGB V):

Die vorgesehene Einfügung eines neuen Absatzes 1a in § 232a SGB V dient der Verwaltungsvereinfachung sowohl bei den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende als auch bei den Krankenkassen und wird daher uneingeschränkt begrüßt.

IV. Zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE bzgl. Einführung einer „solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege“

Die GdS tritt für die Beibehaltung des gegliederten Kranken- und Pflegeversicherungssystems, insbesondere auch für die Beibehaltung der Versicherungspflichtgrenze als „Friedensgrenze“ zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung ein. Soweit Neuerungen wie z. B. die Einführung einer Bürgerversicherung erwogen werden, sind die Vorzüge der bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungssysteme, die Auswirkungen eines solchen Systemwechsels auf die Versicherten wie auch die finanziellen Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte zu beachten.

Auf die vorgenannten Aspekte geht der vorliegende Antrag der Fraktion DIE LINKE jedoch nur völlig unzureichend ein. Die GdS plädiert deshalb dafür, diesen Antrag abzulehnen.