

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(32)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
19.10.2010



Ergänzende Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
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) Bundestags-
drucksache 17/3040

und zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von
CDU/CSU und FDP zum GKV-FinG
(Ausschussdrucksache 17(14)0072)

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesund-
heit des Deutschen Bundestages am 25.10.2010 in Berlin

Inhaltsverzeichnis

Grundsätzliche Position.....	3
Stellungnahme zum Gesetzentwurf GKV-FinG	
Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe a) bis c) GKV-FinG/§ 73b SGB V (Haus- arztzentrierte Versorgung).....	8
Artikel 1 Nr. 7 GKV FinG/§ 87 Absatz 9 SGB V (Bundesmantelver- trag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orien- tierungswerte)	11
Artikel 2 GKV FinG/§ 85 SGB V (Gesamtvergütung/Zahnärztliche Vergütung)	12
Artikel 4 Nr. 4 GKV-FinG / § 28h Absatz 2a SGB IV – neu.....	13
Stellungnahme Änderungsanträge GKV-FinG	
Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Zu Arti- kel 1 Nummer 1 (§ 4 Absatz 4 SGB V) – Ausgaben für Mitglieder- werbung	14
Änderungsantrag 2 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Zu Arti- kel 1 Nr. 3a – neu – (§ 13SGB V) – Kostenerstattung	15
Änderungsantrag 7 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Zu Arti- kel 1 Nr. 16b –neu– (§ 232a Absatz 1a SGB V –neu–) – Pauschalie- rung schwankender weiterer beitragspflichtiger Einnahmen bei ALG II-Beziehern	17
Ergänzender Vorschlag	
Zuzahlungseinzug nach § 43b Absatz 3 SGB V.....	20
Folgeänderung.....	22
Anmerkung	23

Ergänzende Stellungnahme des vdek zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum GKV-FinG (BT-Drs. 17/3040) und den Änderungsanträgen (Ausschussdrucksache 17(14)0072 am 25.10.2010

Grundsätzliche Position

Mit dem vorgelegten Entwurf zum GKV-FinG soll das, für das Jahr 2011 zu erwartende, Defizit in Höhe von 10 Milliarden Euro in der GKV ausgeglichen werden. Dies begrüßen die Ersatzkassen ausdrücklich. Daneben werden tiefgreifende Maßnahmen zur Umgestaltung der Finanzierung der Krankenversicherung eingeleitet, die die Krankenversicherung nachhaltig verändern werden.

Finanzierung

Im Vordergrund der Finanzierungsmaßnahmen steht die Beitragssatzerhöhung von 0,6 Beitragssatzpunkten, die den Beitragssatz von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent und damit auf das Niveau vor dem Konjunkturpaket II anhebt. Der Arbeitgeberbeitrag wird auf 7,3 Prozent festgeschrieben. Dadurch wird die paritätische Finanzierung weiter ausgehöhlt. Künftige Kostensteigerungen sind allein vom Mitglied durch einen Zusatzbeitrag zu tragen. Die Ersatzkassen ziehen ein einkommensbezogenes Beitragssystem vor, da hier die Strukturen und Verfahren eingeübt sind. Zudem wird die Leistungsfähigkeit der einzelnen Versicherten berücksichtigt; ein sozialer Ausgleich ist immanent. Eine einseitige Belastung der Versicherten wird ebenso wie die Festschreibung des Arbeitgeberanteils abgelehnt. Damit die Arbeitgeber auch bei Festschreibung des Arbeitgeberanteils zukünftig ihrer Verantwortung gemäß mit eingebunden werden können, muss ein Mechanismus zur regelmäßigen Anpassung des Arbeitgeberanteils vorgesehen werden.

Der Zusatzbeitrag soll nach dem Willen der Regierungskoalition ausschließlich pauschal erhoben werden. Neben den bürokratischen Mehrkosten, die der Verzicht auf eine einkommensbezogene prozentuale Erhebung mit sich bringt, belasten pauschale Zusatzbeiträge geringe Einkommen stärker als hohe. Diese Schieflage wird durch den Sozialausgleich in der vorgeschlagenen Form nicht beseitigt. Durch die Orientierung beim Sozialausgleich an einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag und dessen Mechanismus, wonach auch dann ein Ausgleich erfolgt, wenn eine Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag erhebt, entstehen zudem Wettbewerbsverzerrungen. Daneben ist das neue Verfahren bürokra-

tisch und aufwändig. Es entstehen zahlreiche neue Schnittstellen und Meldepflichten. Gleichwohl besitzen die Ersatzkassen das erforderliche Know-how, die notwendigen Verfahren für einen im GKV-FinG vorgesehenen Sozialausgleich mit aufzubauen. Die zusätzlich entstehenden Verwaltungskosten sollten allerdings von der Verwaltungskostendeckelung ausgenommen sein.

Beim Sozialausgleich wird die Differenz zwischen zweiprozentiger Belastungsgrenze und einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag, der vom Bundesgesundheitsministerium im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzministerium festgelegt wird, ausgeglichen. Für 2011 prognostiziert der Schätzerkreis in der GKV, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag bei Null Euro liegen wird. Danach hat im kommenden Jahr niemand einen Anspruch auf Sozialausgleich. Bei einem langsamen Anwachsen der Zusatzbeiträge werden zunächst nur Geringverdiener ausgleichsberechtigt werden. Dies unterstreicht die grundsätzliche soziale Schieflage, die das Konzept der pauschalen einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge aufweist.

Die Finanzierung des Sozialausgleichs ist mit den derzeitigen Regelungen nicht hinreichend gesichert. Im Haushaltbegleitgesetz ist ein einmaliger Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds von 2 Milliarden Euro für 2011 eingeplant. Wegen der günstigeren wirtschaftlichen Entwicklung soll dieser nun nicht mehr der Defizitdeckung dienen, sondern zur Gänze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zufließen. Aus dieser soll bis 2015 der Sozialausgleich, daneben auch der durchschnittliche Zusatzbeitrag für die ALG II-Empfänger, gezahlt werden. Regelungen, falls das Geld aus der Liquiditätsreserve des Fonds dafür nicht reichen sollte, sind nicht getroffen worden. Den Sozialausgleich über die Liquiditätsreserve zu finanzieren ist nicht sachgerecht, denn es widerspricht dem eigentlichen Bestimmungszweck der Liquiditätsreserve, der darin liegt, Einnahme- und Ausgabenschwankungen des Gesundheitsfonds abzufedern. Deshalb sind Regelungen vorzusehen, die einen vollständigen Ausgleich der für den Sozialausgleich notwendigen Mittel des Gesundheitsfonds durch den Bund vorsehen. Gesundheitsfonds und Liquiditätsreserve speisen sich im Übrigen zu über 9/10 aus Beitragsmitteln.

Auch der ab 2015 vorgesehene Bundeszuschuss für den Sozialausgleich und die Zusatzbeiträge für ALG II-Empfänger wird der Höhe nach nicht näher be-

stimmt. Der Bundesrat hat dies in seiner 875. Sitzung im Rahmen seiner Stellungnahme zum GKV-FinG ebenfalls angemahnt. Aufgrund der bestehenden Defizite im Bundeshaushalt sei nicht vorhersehbar, woher diese zusätzlichen Mittel für einen Sozialausgleich kommen sollen. Deshalb fordert der Bundesrat Ergänzungen, die konkrete Angaben zur künftigen nachhaltigen Finanzierung des Sozialausgleichs ab 2015 durch Bundesmittel enthalten. Des weiteren sollen Regelungen für den Fall vorgesehen werden, dass die Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds schon vor 2015 nicht zur Finanzierung des Sozialausgleichs ausreichen sollten. Dem schließen sich die Ersatzkassen vollinhaltlich an; mit der Maßgabe, dass dabei auch die Aufwendungen für die Zusatzbeiträge für ALG II-Empfänger mit berücksichtigt werden, da diese ebenfalls aus der Liquiditätsreserve finanziert werden sollen.

Ausgabenbegrenzung

Trotz der oben genannten Maßnahmen wird eine Finanzierungslücke verbleiben, die durch Einsparungen in einzelnen Bereichen gegenfinanziert werden soll. Die Ersatzkassen begrüßen die Absicht der Bundesregierung, über Sparmaßnahmen, auch die Leistungserbringer in die Pflicht zu nehmen. Allerdings werden nicht alle gleichermaßen in die finanzielle Mitverantwortung eingebunden. Für die Krankenkassen ist ein Einfrieren der Verwaltungskosten für zwei Jahre auf dem Stand von 2010 vorgesehen, Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Krankenhäusern wird hingegen keine Nullrunde verordnet, obwohl dies angesichts der Honorarzuwächse und Budgetsteigerungen durchaus vertretbar ist.

Festzustellen ist, dass sich in den letzten beiden Jahren erhebliche Steigerungsraten für die niedergelassenen Ärzte ergeben haben. Auch im nächsten Jahr können sie mit zusätzlichen Finanzmitteln in Höhe von über einer Milliarde Euro rechnen. Allein die Mittel für die sogenannte „Asymmetrische Verteilung“ belaufen sich auf eine halbe Milliarde Euro. Während bei Vertragsärzten und bei Krankenkassen eine Angleichung der Vergütungen bereits eingeleitet und vollzogen worden ist, steht dies im vertragszahnärztlichen Bereich noch aus. Nach wie vor müssen die Ersatzkassen die historisch bedingten höheren Honorare zahlen. Die im Rahmen des GKV-FinG geplante Ost-West-Angleichung der zahnärztlichen Vergütung ab 2012 verschärft dieses Problem und konterkariert die Bemühungen zur Ausgabenbegrenzung insgesamt.

Ausdrücklich begrüßt wird die geplante Installierung einer Vergütungsobergrenze bei Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zur Vermeidung von finanziellen Mehrbelastungen der Versicherten. Vergütungsverbesserungen der Hausärzte sollten immer an eine echte Versorgungsverbesserung geknüpft sein. Die Neuregelung sollte aber auch auf bereits bestehende Hausarztverträge angewendet werden, Bestandsschutz sollte nur für Verträge gelten, die ihre Wirkung bereits entfaltet haben.

Leistungsrechtliche Maßnahmen

Die Ersatzkassen kritisieren die vorgesehenen Eingriffe zur Stärkung der PKV, bei gleichzeitiger Schwächung bzw. Einschränkung der Gestaltungsmöglichkeiten der GKV. Dies kommt z. B. in der Verkürzung der Wartezeiten von drei Jahren auf ein Jahr bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze und in den Eingriffen bei den GKV-Wahlтарifen zum Ausdruck.

Die Änderung zur Versicherungsfreiheit von besser verdienenden Arbeitnehmern lehnen die Ersatzkassen ab. Die Regelung soll bereits zum 31.12.2010 in Kraft treten. Vor dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat es einen jährlichen Aderlass an gut verdienenden Versicherten hin zur PKV gegeben. Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verfügte Wartezeit hat die Zahl der Wechsler deutlich minimiert und dazu beigetragen, die finanzielle Situation der GKV zu stabilisieren. Es ist damit zu rechnen, dass sich dies wieder umkehren wird. Bereits 2011 dürfte es zu einem deutlichen Anstieg der Kassenwechsler kommen. Die Ersatzkassen rechnen mit Einnahmeausfällen von 500 Millionen Euro GKV-weit. Verschärft wird die Situation noch dadurch, dass zu Beginn der Neuregelung auch Personen wechseln können, die sich nach dem geltenden Gesetz noch in der dreijährigen Wartezeit befinden.

Im Kontext mit den bereits auf den Gesetzesweg gebrachten Maßnahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) – hier die Übertragung der Sonderkonditionen im Arzneimittelbereich auf die PKV (Herstellerabschlag nach 130b SGB V; Erstattungsbeträge nach 130a SGB V) – stellen die Ersatzkassen fest, dass der Bundesregierung offenbar daran gelegen ist, das PKV-System besonders zu stärken. Mit dem GKV-FinG wird dieser Weg weiter verfolgt.

Die Ersatzkassen lehnen Kostenerstattung nicht grundsätzlich ab, wird das Instrument doch von einem kleinen Personenkreis genutzt und geschätzt. Bei

einer breiteren Anwendung in der GKV überwiegen aber die Gefahren, zum Beispiel der finanziellen Überforderung. Zum Schutze der Patienten und zur Stärkung der Solidargemeinschaft sollte deshalb die Kostenerstattung nach heutigem Muster nicht weiter ausgebaut werden. Im Gegenteil ist dem Sachleistungsprinzip hinreichende Geltung zu verschaffen. Durch das Verhandlungsmandat der Krankenkassen kann sichergestellt werden, dass in den Verträgen die Aspekte der Qualität und Wirtschaftlichkeit ausreichend berücksichtigt werden. Zudem wird einer unnötigen Mengenentwicklung ein Riegel vorgeschoben.

Die Wahltarife sind im Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Kassen – und auch an der Schnittstelle zur PKV – ein wichtiges Instrument. Die geplante Verkürzung der Mindestbindung erscheint zwar auf den ersten Blick versichertenfreundlich. Mit der Verkürzung der Bindungsfrist wird aber die Kalkulation von Wahltarifen deutlich erschwert.

Stellungnahme zum Gesetzentwurf GKV-FinG

Gesetz / Paragraph

Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe a) bis c) GKV-FinG/§ 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

- Die Vergütungen für nach dem Kabinettsbeschluss abgeschlossene oder festgesetzte Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung werden explizit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität unterworfen. Dieser Grundsatz ist laut Entwurf insbesondere dann erfüllt, wenn entweder
 - a) der durchschnittliche regionale Fallwert in der hausärztlichen Regelversorgung bezogen auf den Versorgungsauftrag des HZV-Vertrages oder
 - b) der morbiditätsorientierte Gesamtvergütungs-Bereinigungsbetrag (MGV-Bereinigungsbetrag) je Versicherten nicht überschritten wird.
- Leistungen, die über die hausärztliche Regelversorgung hinausgehen, *müssen* aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden.
- Freiwillig abgeschlossene und festgesetzte Verträge sind der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diese kann Verträge innerhalb von zwei Monaten beanstanden, insbesondere, wenn es das Gebot der Beitragssatzstabilität verletzt sieht oder Vergütungen für Mehrleistungen vorgesehen sind, die nicht aus dem Vertrag heraus refinanziert werden.

Stellungnahme vdek

Die Ersatzkassen begrüßen die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung von Honorarzuwächsen in hausarztzentrierten Versorgungsverträgen. Durch die aufsichtsrechtliche Prüfung von abgeschlossenen und festgesetzten Vereinbarungen wird sichergestellt, dass Vergütungssteigerungen tatsächlich aus vorhandenen Einsparpotentialen refinanziert werden. Die Novelle des § 73b SGB V schafft damit eine Grundlage für konstruktive Verhandlungen mit Hausärzte-

verbänden, um tatsächliche Versorgungsverbesserungen ohne weitere Belastungen der Beitragszahler zu erreichen.

Der Vergleich von kassenspezifischen und GKV-weiten (HzV-Leistungs-) Fallwerten zur Beurteilung der finanziellen Auswirkungen unter dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist allerdings nicht sachgerecht.

Die unterschiedliche Leistungsanspruchnahme von Versicherten unterschiedlicher Kassen wird dabei nicht berücksichtigt. Kassen mit einem unterdurchschnittlichen Leistungsbedarf, der sich im Fallwert widerspiegelt, würden benachteiligt gegenüber Kassen mit überdurchschnittlichem Leistungsbedarf, da der GKV-Fallwert den durchschnittlichen Leistungsbedarf darstellt.

Eine Beschränkung der Gültigkeit der Neuregelungen auf solche Vereinbarungen, die nach dem Kabinettsbeschluss geschlossen werden, erscheint nicht sachgerecht. In der Praxis ist festzustellen, dass laufende Schiedsverfahren seit Veröffentlichung des Diskussionsentwurfes des GKV-FinG forciert wurden, um sie möglichst vor dem Kabinettsbeschluss zu beenden. Die daraus zu erwartenden Mehrausgaben werden die Beitragszahler aufgrund der Laufzeiten der Verträge über mehrere Jahre belasten und mindern das zu erwartende Einsparvolumen erheblich. Die Argumentation einer Vertrauensschutzregelung verfängt insbesondere in diesen Fällen nicht, da die Verträge in diesem Jahr aufgrund der Vorlaufzeiten nicht mehr vergütungswirksam werden. Es ist nicht sinnvoll, Verträge in Regionen mit traditionell hohem Honorarniveau wie Bayern und Baden-Württemberg unter Bestandsschutz zu stellen, obwohl diese eindeutig dem Gebot der Beitragssatzstabilität zuwiderlaufen. Die Vertrauensschutzregelung sollte insgesamt aufgehoben, zumindest aber auf zum Zeitpunkt des Kabinettsbeschlusses tatsächlich vergütungswirksame Verträge begrenzt werden.

Änderungsvorschlag vdek

§ 73b in der Fassung GKV-FinG

Absatz 5a Satz 1

Die Wörter „...die nach dem (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) zustande kommen...“ werden gestrichen. Nach Satz 3 wird

Ergänzende Stellungnahme des vdek zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum GKV-FinG (BT-Drs. 17/3040) und den Änderungsanträgen (Ausschussdrucksache 17(14)0072 am 25.10.2010

eingefügt: „Überschreitungen müssen in Folgequartalen auf die Vergütung angerechnet werden.“ Satz 3 wird Satz 4.

In § 73b Absatz. 5a Satz 2, 1. Halbsatz werden nach den Wörtern "Kassenärztliche Vereinigung" die Wörter "für eine Krankenkasse" eingefügt.

Absatz 9 Satz 1

Die Wörter „...die nach dem (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) zustande kommen...“ werden gestrichen.

Alternativ (Begrenzung des Vertrauensschutzes auf bereits vergütungswirksame Verträge):

§ 73b in der Fassung GKV-FinG

Absatz 5a Satz 1

Die Wörter „...die nach dem (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) zustande kommen...“ werden gestrichen. Stattdessen wird eingefügt „...die nach dem (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) vergütungswirksam werden...“

Absatz 9 Satz 1

Die Wörter „...die nach dem (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) zustande kommen...“ werden gestrichen. Stattdessen wird eingefügt „...die nach dem (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) vergütungswirksam werden...“

Gesetz / Paragraph

Artikel 1 Nr. 7 GKV FinG/§ 87 Absatz 9 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Beabsichtigte Neuregelung

Im neu eingefügten § 87 Absatz 9 SGB V wird der Bewertungsausschuss beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30.04.2011 ein Konzept zur „Konvergenz der Vergütungen“ vorzulegen, das in der Folge dem Deutschen Bundestag vorgelegt werden soll.

Stellungnahme vdek

Die Schaffung eines Konzepts zu Neuregelungen von Vergütungsfragen durch die Selbstverwaltung wird ausdrücklich begrüßt. Zielrichtung sollte eine Aufteilung der Vergütungen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen anhand der Morbidität der Versicherten sein. Eine derartige Aufteilung der Behandlungsbedarfe anhand der Morbidität kann durch das bestehende Klassifikationsverfahren nach § 87a Absatz 5 Satz 2 SGB V für 2012 gewährleistet werden. Im entsprechenden § 87 Absatz 9 sollten genauere Vorgaben gemacht werden, die explizit die Zielrichtung "Aufteilung der Vergütung anhand der Morbidität nach § 87a Absatz 5 Seite 2 SGB V" benennen.

Änderungsvorschlag vdek

In § 87 Absatz 9 wird ein Satz 2 eingefügt: „Dabei soll eine Aufteilung der Behandlungsbedarfe auf Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen anhand der Morbidität in § 87a Absatz 5 Satz 2 SGB V stattfinden. Satz 2 wird Satz 3.

Gesetz / Paragraf

Artikel 2 GKV FinG/§ 85 SGB V (Gesamtvergütung/Zahnärztliche Vergütung)

Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 3f wird ein neuer Absatz 3g eingefügt. Dieser regelt, dass zur Vereinheitlichung der Vergütung zahnärztlicher Leistungen ohne Zahnersatz in Ost- und Westdeutschland die Punktwerte und Gesamtvergütungen in den Jahren 2012 und 2013 schrittweise in den neuen Bundesländern um jeweils um 2,5 vom Hundert und in Berlin jeweils um 2 vom Hundert erhöht werden. Diese Regelung tritt am 01.01.2012 in Kraft.

Stellungnahme vdek

Aus versorgungspolitischer Sicht ist eine Anpassung der zahnärztlichen Vergütungen in Ostdeutschland an die Vergütungen im Westen nicht zu begründen. Die Einkommenssituation der Zahnärzte in Ostdeutschland macht ebenfalls ein Handeln des Gesetzgebers nicht erforderlich. Ein Ost-West-Angleich der zahnärztlichen Honorare kann daher nur aus übergeordneten politischen Motiven verantwortet werden.

Isoliert ist diese Maßnahme abzulehnen, da die vorgesehene prozentuale Erhöhung der Punktwerte und Gesamtvergütungen ohne eine vorherige Punktwertnivellierung den bestehenden Wettbewerbsnachteil der Ersatzkassen aufgrund der höheren Anpassungsbasis verschärft. Die im Vergleich zu den übrigen Kassenarten höheren Punktwerte und Gesamtvergütungen der Ersatzkassen werden bei einer prozentualen Erhöhung stärker erhöht als die Punktwerte und Gesamtvergütungen der übrigen Kassenarten. Damit wird der ungerechtfertigte, ausschließlich historisch bedingte Vergütungsabstand, weiter erhöht. Das Vorziehen der Maßnahmen um ein Jahr im Vergleich zur Fassung des Referentenentwurfs bedeutet für die Ersatzkassen, dass sie die Verschärfung des Wettbewerbsnachteils bereits ein Jahr früher zu spüren bekommen.

Eine Ost-West-Angleichung der Vergütungen ist aus Sicht der Ersatzkassen ausschließlich unter der Prämisse zu vertreten, dass vor einer Anwendung des Absatzes 3g in den Jahren 2012 und 2013 eine Vergütungs nivellierung der Punktwerte und Gesamtvergütungen – wie im Diskussionsentwurf der Bundesregierung mit Stand vom 11.08.2010 zunächst vorgesehen – zwischen den Kassenarten sichergestellt wird.

Änderungsvorschlag vdek

Die vorgesehene Einfügung des Absatzes 3g ist zu streichen.

Gesetz / Paragraph

Artikel 4 Nr. 4 GKV-FinG / § 28h Absatz 2a SGB IV – neu

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkasse erhält im Zusammenhang mit der Einführung des Sozialausgleichs drei Meldepflichten auferlegt.

Als dritte Meldepflicht soll die Krankenkasse in den allgemeinen Fällen der Mehrfachbeschäftigung bei denen die Beitragsbemessungsgrenze überschritten wird, (Fälle des § 22 Absatz 2 Satz 1 SGB IV) die zu zahlenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge mitteilen.

Stellungnahme vdek

Diese Meldepflicht ist systemwidrig. Die Krankenkassen sollen den Arbeitgebern den Gesamtsozialversicherungsbeitrag mitteilen, wenn das Arbeitsentgelt aus mehreren Beschäftigungen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet und deshalb gemäß § 22 Absatz 2 Satz 1 SGB IV eine anteilige Beitragsbemessungsgrenze zu bilden ist und zwar auch dann, wenn die Beitragsbemessungsgrenze der Renten- oder Arbeitslosenversicherung überschritten wird. Ein solches Verfahren hat mit dem Sozialausgleich nichts zu tun und erweitert das Aufgabenspektrum der Krankenkassen ohne Not. Denn die Regelung des § 22

Ergänzende Stellungnahme des vdek zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum GKV-FinG (BT-Drs. 17/3040) und den Änderungsanträgen (Ausschussdrucksache 17(14)0072 am 25.10.2010

Absatz 2 Satz 1 SGB IV existiert schon seit Jahrzehnten. Es sind aktuell keine Probleme bei den Arbeitgebern oder Softwarehäusern bekannt geworden, die es notwendig machen würden, das Berechnungsverfahren in den Fällen des § 22 Absatz 2 Satz 1 SGB IV auf die Krankenkassen zu verlagern.

Änderungsvorschlag vdek

In § 28h Absatz 2a SGB IV wird Nummer 3 gestrichen.

Stellungnahme Änderungsanträge GKV-FinG

Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 4 Absatz 4 SGB V) – Ausgaben für Mitgliederwerbung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung des § 4 SGB V um den Absatz 5 dient der Klarstellung von Buchungsregeln für Verwaltungsausgaben im Zusammenhang mit der Anwerbung von Neumitgliedern. Hierfür sollen für alle Kassen gleiche Buchungsgrundsätze definiert werden.

Stellungnahme vdek

Die vorgeschlagene Neuregelung ist hinsichtlich der in der Begründung dargestellten Intention zu unspezifisch formuliert. Zielsetzung der Änderung ist danach, dass Verwaltungsausgaben für die Gewinnung von Neumitgliedern durch externe Dienstleister in Zukunft nicht mehr auf das für die gesetzliche Krankenversicherung festgelegte Werbebudget angerechnet werden sollen. Somit soll eine Gleichbehandlung hinsichtlich interner Vertriebsmitarbeiter erfolgen. Tatsächlich handelt es sich hierbei aber nicht um eine erforderliche Anpassung von Buchungsregeln, sondern um die Festlegung bzw. Änderung von Verfahrensgrundsätzen, die durch die Aufsichtsbehörden festgelegt wurden. Darüber

hinaus erweckt die derzeit vorgeschlagene Formulierung den Eindruck, dass hier allgemein auf einheitliche Buchungsvorschriften im Zusammenhang mit allen Werbeausgaben abgezielt wird, die der Gewinnung neuer Mitglieder dienen.

Änderungsvorschlag vdek

§ 4 Abs. 5 SGB V – neu: „In den Verwaltungsvorschriften nach § 79 Absatz 2 des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben in Form von Aufwandsentschädigungen, die der Mitgliedsgewinnung dienen, nicht auf das Werbebudget der Krankenkassen gemäß Randziffer 17 der Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden anzurechnen sind.“

Im Kontenrahmen ändert sich die Bezeichnung des Kontos 705 in „Aufwandsentschädigung für Mitgliedergewinnung“ (bisher: „Aufwandsentschädigung für Werbemaßnahmen“), um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

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

Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit der Kostenerstattung soll flexibler bzw. attraktiver gestaltet werden, und zwar durch

- a) Wegfall der Verpflichtung zu einem schriftlichen Verfahren bezüglich der (weiter bestehenden) Informationspflicht der Leistungserbringer,
- b) Begrenzung des Abschlags für Verwaltungskosten auf bis zu 5 Prozent des Erstattungsbetrages bei gleichzeitigem Wegfall des Abschlagsteils für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
- c) Verkürzung der Mindestbindungsfrist bei Wahl der Kostenerstattung von einem Jahr auf ein Kalendervierteljahr.

Stellungnahme vdek

Ergänzende Stellungnahme des vdek zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum GKV-FinG (BT-Drs. 17/3040) und den Änderungsanträgen (Ausschussdrucksache 17(14)0072 am 25.10.2010

Anders als die Regierungsfractionen halten die Ersatzkassen das zurzeit gesetzlich vorgeschriebene formalisierte schriftliche Verfahren für die Information der Leistungserbringer für wichtig. Es erfüllt eine wertvolle Schutzfunktion, zwingt es doch Arzt und Patient, sich vor einer Entscheidung zur Kostenerstattung die möglichen Konsequenzen systematisch vor Augen zu halten.

Daneben wird die Begrenzung des Abschlags für Verwaltungskosten auf bis zu 5 Prozent des Erstattungsbetrages bei gleichzeitigem Wegfall des Abschlags- teils für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen abgelehnt. Der Abschlag – über dessen Höhe sinnvoller Weise bislang die Kassen per Satzung individuell entscheiden – berücksichtigt nicht den im Verhältnis zur Sachleistungsgewähr deutlich höheren Verwaltungsaufwand. Wie bei den Wahltarifen (vgl. § 53 Absatz 9 SGB V) sollte von einer Quersubventionierung durch am Sachleistungs- prinzip festhaltende Versicherte und deren Mit-Beitragszahler (z. B. Arbeitgeber, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit) abgesehen werden. Soweit der Teil des Abschlags für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen entfallen soll, wird außer Acht gelassen, dass dieser nach dem Urteil des Bundessozialge- richts vom 25.9.2000 – B1 KR 24/99 R – die Mehrkosten, die dadurch entste- hen, ausgleichen soll, dadurch entstehen, dass in Kostenerstattungsfällen, an- ders als bei Sachleistungen, eine routinemäßige Kontrolle der Honorarabrech- nungen und Verordnungen auf der Basis statistischer Vergleichswerte (so ge- nannte Auffälligkeitsprüfung) unterbleibt und deshalb Unwirtschaftlichkeiten in erheblichem Umfang unerkant bleiben. Im Übrigen ist die Begründung für die Neuregelung, wonach der Versicherte die Möglichkeit hat, das wirtschaftliche Handeln des Leistungserbringers zu kontrollieren, eher theoretischer Natur. Der Wegfall des Abschlags für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen hätte für den Regelfall der nicht erfolgenden bzw. nicht möglichen Wirtschaftlichkeits- prüfung durch den Versicherten eine ungerechtfertigte Leistungsausweitung zur Folge; abgesehen davon, dass die vorstehende Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen von so genannten Auffälligkeitsprüfungen in jedem Fall ausscheidet bzw. dem Versicherten nicht möglich ist. An der bisherigen Regelung des Sat- zes 11 im § 13 Absatz 2 SGB V ist deshalb festzuhalten, wobei wie von den Regierungsfractionen vorgeschlagen, die Herausnahme des Hinweises auf die Zuzahlungen erfolgen kann.

Grundsätzlich bewährt hat sich auch die einjährige Bindungsfrist an die Wahl der Kostenerstattung.

Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag 2 wird gestrichen.

Änderungsantrag 7 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung bewirkt, dass beitragspflichtige Einnahmen von ALG II-Beziehern, bei denen zu erwarten ist, dass sie in unterschiedlicher Höhe anfallen werden (insbesondere schwankendes Arbeitsentgelt), in der gleichen Weise beitragsmindernd im Sinne des § 232a Absatz 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 ALG II der Fall ist.

Für die Ermittlung der auf die fiktive Beitragsbemessungsgrundlage für ALG II-Bezieher 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.

Stellungnahme vdek

Die Regelung wird abgelehnt. Sie birgt die Gefahr, dass durch die Übertragung leistungsrechtlicher Grundsätze bei der Beitragsberechnung, aufgrund der nach wie vor mangelhaften Umsetzung der Beitragsverfahren durch die Leistungs-

träger des SGB II unzutreffende Absetzungen von den beitragspflichtigen Einnahmen vorgenommen werden.

Eine Verwaltungsvereinfachung für die Krankenkassen ist nicht erkennbar, da die Beiträge ohnehin an den Gesundheitsfonds abgeführt werden. Der Sachverhalt der schwankenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen ist für die Krankenkasse erst bei einer Prüfung nach § 251 Absatz 5 SGB V erkennbar, diese Fälle können aber durchgeprüft werden, ohne dass es der jetzt beabsichtigten Regelung bedarf.

Änderungsvorschlag vdek

Der Änderungsantrag wird nicht umgesetzt. An dessen Stelle tritt eine Neufassung des § 232a Absatz 1 SGB V.

a) § 232a Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Als beitragspflichtige Einnahmen gelten bei nach § 5 Absatz 1 Nr. 2 Versicherungspflichtigen 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden kalendar täglichen Arbeitsentgelts nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 soweit es $1/360$ der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht übersteigt. Bei der Beitragsmessung nach Satz 1 sind 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen, das gilt nicht bei Bezug von Teilarbeitslosengeld.“

b) nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:

„(1a) Für die nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II gelten als beitragspflichtige Einnahmen der 30. Teil des 0,3450fachen der monatlichen Bezugsgröße. In den Fällen, in denen die in Satz 1 genannten Personen weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, wird der Zahlbetrag des Arbeitslosengeldes II für die Beitragsbemessung diesen beitragspflichtigen Einnahmen mit der Maßgabe hinzugerechnet, dass als beitragspflichtige Einnahmen insgesamt der in Satz 1 genannte Teil der Bezugsgröße gilt.“

(1b) Die Festlegung der beitragspflichtigen Einnahmen, der in Absatz 1a genannten versicherungspflichtigen Personen, wird jeweils bis zum 30. 09.2010, erstmals bis zum 30.09.2007 für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres im Vergleich zum Zeitraum vom 01.07.2005 bis zum 30.06.2006 überprüft. Unterschreiten die Beitragsmehreinnahmen des Gesundheitsfonds aus der Erhöhung des pauschalen Krankenversicherungsbeitrags für geringfügig Beschäftigte im gewerblichen Bereich (§ 249b) in dem in Satz 1 genannten Zeitraum den Betrag von 170 Millionen Euro im Vergleich zum Zeitraum 01.07.2005 bis 30. 06.2006 hat der Gesundheitsfonds gegen den Bund einen entsprechenden Ausgleichsanspruch gegen die Bundesagentur für Arbeit, der jeweils bis zum Ende des Jahres, in dem die Festlegung durchgeführt wird, abzuwickeln ist. Das Bundesversicherungsamt regelt im Einvernehmen mit dem BMAS, dem BMG sowie dem BMF das Nähere über die Höhe des Ausgleichsanspruchs und dessen Verteilung an die Krankenkassen. Dabei ist die Veränderung der Anzahl geringfügig Beschäftigter zu berücksichtigen.“

Im Zuge des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 war § 232a Absatz 1 in Satz 1 Nr. 2 SGB V durch weitere Sätze zu Nr. 2 ergänzt worden, die das Ausgleichsverfahren regeln, wenn die Mehreinnahmen aus der Erhöhung der Pauschalbeiträge für geringfügig Beschäftigte aufgrund des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 nicht ausreichen sollten um die Mindereinnahmen bei den Beziehern von Arbeitslosengeld II auszugleichen, weil das die Beitragsbemessungsgrundlage für diesen Personenkreis vom 0,3620-fachen auf das 0,3450fache der Bezugsgröße verringert worden war.

Da Absatz 1 noch weitere Sätze (2 + 3) enthält, die sich nur auf Sonderregelungen beziehen, die im Zusammenhang mit der Beitragsberechnung für Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem SGB III stehen, wurde die Vorschrift unübersichtlich und sehr schwer lesbar. Dies könnte durch eine strikte Trennung in eigene Absätze, die für die Beitragsbemessung der Bezieher von Arbeitslosengeld einerseits und für die Bezieher Arbeitslosengeld II andererseits gelten, vermieden werden.

Gleichzeitig besteht die Möglichkeit einer Rechtsbereinigung, da es ein Unterhaltsgeld nicht mehr gibt (bisher § 232a Absatz 1 Satz 2 SGB V).

Ebenso könnte die Bezugsfiktion bei Sperrzeiten gestrichen werden (bisher § 232a Absatz 1 Satz 3 SGB V), da diese schon in § 5 Absatz 1 Nr. 2 SGB V enthalten ist. Zudem ist die Beitragsberechnung nach dem durch sieben geteilten wöchentlichen Bemessungsentgelt ebenso überholt wie die Bezugnahme auf § 6 Absatz 7 SGB V.

Im Übrigen könnte auch die Überschrift angepasst werden, weil es die Leistung Unterhaltsgeld nicht mehr gibt.

Ergänzender Vorschlag

Zuzahlungseinzug nach § 43b Absatz 3 SGB V

Mit dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes zum 25.03.2009 wurde § 43b SGB V um einen Absatz 3 ergänzt. Durch diese Neuordnung wurde das Verwaltungsverfahren und die Einziehung der Zuzahlungsbeträge auf die Krankenhäuser übertragen. Anders als bisher werden die Zuzahlungen somit nicht mehr von den Krankenkassen selbst, sondern im Wege einer Beleihung von den Krankenhäusern eingezogen.

Die Verlagerung des Zuzahlungseinzugs hat sich sowohl für die Krankenhausseite als auch für die Krankenkassen als uneffizient und unpraktikabel herausgestellt, so dass die Selbstverwaltungspartner aus Wirtschaftlichkeits- und Kostengründen eine Bundesvereinbarung geschlossen haben, die es den Krankenkassen ermöglicht, die Vollstreckung weiterhin selbst durchzuführen. Aufgrund dieser Vereinbarung haben die meisten Krankenkassen in vielen Bundesländern entsprechende Vereinbarungen auf Landesebene geschlossen.

Da nicht alle bestehenden Krankenkassenarten über eigene Vollstreckungsbeamte verfügen, um die Zwangsvollstreckung selbst durchzuführen, vollstrecken fast alle Kassenarten über die Hauptzollämter. Infolge divergierender Rechtsauffassungen zum neuen § 43b Absatz 3 SGB V sind bei den Kranken-

kassen erhebliche Vollstreckungsprobleme aufgetreten, da eine Vielzahl der Zollämter die Durchführung einer Vollstreckung verweigern. Hier wird sowohl die Zuständigkeit für die Krankenkassen als auch für die Krankenhäuser negiert. Aber auch eine flächendeckende Vollstreckung durch die Gerichtsvollzieher ist nicht gewährleistet. So vertreten einige Gerichtsvollzieher die Ansicht, dass die Krankenhäuser lediglich zum Verwaltungsverfahren, nicht jedoch zum Vollstreckungsverfahren beliehen sind. Dies hat zur Konsequenz, dass das vom Gesetzgeber neu geregelte Zuzahlungsverfahren im Falle einer Vollstreckung weder von den Krankenhäusern noch von den Kassen umgesetzt werden kann.

Stellungnahme vdek

Die Neuregelung des Zuzahlungseinzugs sollte zu einem Bürokratieabbau und zu einer finanziellen Besserstellung der Krankenkassen führen, die aufgrund des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes an anderer Stelle mit erheblichen Mehrkosten belastet worden sind. Dieser Ausgleich konnte mit der Neuregelung des Zuzahlungseinzugs nicht in allen Teilen umgesetzt werden. Positiv hervorzuheben ist jedoch das nunmehr in § 43b Absatz 3 SGB V gesetzlich festgeschriebene Netto-Abzugsverfahren, das sich in der Praxis bereits in hohem Maße bewährt hat. Dagegen hat die Verlagerung der Vollstreckung bei den Krankenkassen, die über Dritte vollstrecken, bereits zu finanziellen Ausfällen geführt. Die unterschiedlichen, zum Teil landesweiten, Auffassungen der Vollstreckungsorgane zum Vollstreckungsverfahren haben dazu geführt, dass die Umsetzung des Zuzahlungseinzugs entweder gar nicht oder nur in unterschiedlicher Art und Weise durchgeführt werden kann, da die Zollämter überwiegend nicht mehr vollstrecken und die Vollstreckung durch Gerichtsvollzieher mit erheblichen Kosten verbunden ist. Diese Entwicklung der oben dargestellten Vollstreckungsproblematik war im Vorfeld für alle Beteiligten nicht absehbar.

Zur Gewährleistung einer flächendeckenden Vollstreckung und aus Kosten- und Wirtschaftlichkeitsgründen ist es notwendig, dass die Vollstreckung der Zuzahlungen wieder bei den Kassen angesiedelt wird. Die Ersatzkassen spre-

chen sich daher für eine teilweise Rückführung des § 43b Absatz 3 SGB V aus, wobei das Netto-Abzugsverfahren beibehalten werden sollte. Das Inkrafttreten der Regelung wird rückwirkend zum 25.03.2009 vorgeschlagen. Durch die Rückwirkung können die ausstehenden Beträge, z. B. durch Vollstreckung realisiert und materieller Schaden für die Kassen verhindert werden.

Änderungsvorschlag vdek

§ 43b Absatz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(3) Zuzahlungen, die Versicherte nach § 39 Absatz 4 zu entrichten haben, hat das Krankenhaus einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse verringert sich entsprechend. Absatz 1 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass das Krankenhaus frühestens 60 Kalendertage nach dem Ende der stationären Behandlung von der Krankenkasse eine Erstattung der nicht erfolgten Zuzahlung verlangen kann.“

Inkrafttreten:

„Die Regelung des § 43b Absatz 3 SGB V tritt rückwirkend zum 25. März 2009 in Kraft.“

Folgeänderung

§ 4 SGB V gilt nicht für Vollstreckungskosten, die sich aus § 43 b Absatz 3 SGB V ergeben.

Begründung

Die überwiegende Anzahl der Krankenkassenarten verfügen nicht über eigene Vollstreckungsbeamte und waren bisher auf die Vollstreckung durch den Zoll angewiesen. Da der Zoll aufgrund der Gesetzesänderung aber seine Zuständigkeit negiert, kann die Vollstreckung ausschließlich über teure Gerichtsvollzieher erfolgen.

Um den hierdurch implizierten Wettbewerbsvorteil der selbstvollstreckenden Krankenkassen zu unterbinden, dürfen die durch die Gerichtsvollzieher anfallenden Vollstreckungskosten nicht unter die Verwaltungskosten fallen.

Anmerkung:

In der vorliegenden ergänzenden Stellungnahme des vdek wird nur auf solche Regelungsbestände eingegangen, in denen sich die Ersatzkassen von den Positionen des GKV-Spitzenverbandes unterscheiden. Die Stellungnahme des vdek bezieht sich dabei sowohl auf den 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)), als auch auf ausgewählte Änderungsanträge der Fraktionen von CDU/CSU und FDP. Darüber hinaus wird ein ergänzender Vorschlag gemacht.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Telefon: 030/2 69 31 - 0
--

Ergänzende Stellungnahme des vdek zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum GKV-FinG (BT-Drs. 17/3040) und den Änderungsanträgen (Ausschussdrucksache 17(14)0072 am 25.10.2010