

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0072

TOP 3 der TO am 6.10.2010

05.10.2010

**Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum
Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen
Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)**

- Drs. 17/3040 -

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 4 SGB V)

(Ausgaben für Mitgliederwerbung)

Dem § 4 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) In den Verwaltungsvorschriften nach § 79 Absatz 2 des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben, die der Werbung neuer Mitglieder dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden.“

Begründung:

In der Vergangenheit ist das Problem aufgetreten, dass Ausgaben der Krankenkassen für Mitgliederwerbung unterschiedlich gebucht werden, je nachdem ob die Mitgliedergewinnung mit eigenen Mitarbeitern oder durch private Dienstleister erfolgt. Während die Ausgaben für private Dienstleister vollständig auf das in den Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegte Werbebudget angerechnet werden, ist dies bei den Ausgaben für eigene Vertriebsmitarbeiter nicht der Fall. Hiervon sind insbesondere kleinere und mittelgroße Krankenkassen betroffen, die keine eigenen Vertriebsmitarbeiter beschäftigen. Um diese sachlich nicht vertretbare Ungleichbehandlung zu beseitigen, sind entsprechende Anpassungen des für die Buchung maßgeblichen Kontenrahmens als Teil der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) erforderlich.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 § 13

(Kostenerstattung)

Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

3a. § 13 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von bis zu 5 % in Abzug bringen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

Begründung:

Die Bedingungen und Folgen der Kostenerstattung für die Versicherten sind weiterhin in einem entsprechenden Beratungsgespräch zu klären. Eines formalisierten schriftlichen Verfahrens bedarf es hier aber nicht.

Die Krankenkasse kann Abschläge für die Verwaltungskosten vornehmen die in der Höhe auf bis zu 5 % des Erstattungsbetrages begrenzt sind. Abschläge für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfung sind nicht mehr erforderlich. Bei der Kostenerstattung hat der Versicherte selbst durch Überprüfung der vom Leistungserbringer gestellten Rechnung die Möglichkeit, Leistungspositionen zu hinterfragen und so das wirtschaftliche Handeln des Leistungserbringers zu kontrollieren.

Der ausdrückliche Hinweis, dass Zuzahlungen bei der Erstattung mindernd zu berücksichtigen sind, ist nicht erforderlich. Die Pflicht zur entsprechenden Minderung folgt bereits aus Satz 9, wonach der Anspruch auf Kostenerstattung nur in Höhe der Vergütung besteht, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.

Die Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung wird auf ein Kalendervierteljahr verkürzt. Dies gewährleistet größtmögliche Flexibilität bei der Wahl der Kostenerstattung.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 3a (§ 53 SGB V)

(Wahltarif Kostenerstattung)

Nach Artikel 1 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. § 53 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 3 wird die Angabe „Satz 2 bis 4“ durch die Angabe „Satz 2 und 3“ ersetzt.

b) Absatz 8 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt ein Jahr.“

c) Nach Absatz 9 Satz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Die langfristige finanzielle Tragbarkeit des Wahltarifs nach Absatz 4 muss von einem Wirtschaftsprüfer oder einem Aktuar regelmäßig testiert werden.“

Begründung:

Zu Buchstabe a)

Redaktionelle Änderung zu § 13 Absatz 2.

Zu Buchstabe b)

Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt derzeit drei Jahre. Eine Reduzierung der Mindestbindungsfrist auf ein Jahr stärkt die Wahlfreiheit der Versicherten. Gleichzeitig werden die Krankenkassen gezwungen, die angebotenen Tarife sorgfältiger als bisher zu kalkulieren.

Zu Buchstabe c)

Das Verbot der Quersubventionierung der Wahltarife durch den allgemeinen Haushalt der Krankenkassen wird nach geltender Rechtslage von den Aufsichtsbehörden überwacht. Künftig soll die Einhaltung dieses Verbots auch nach aktuariellem Maßstab überwacht werden. Deshalb sollen künftig Wirtschaftsprüfer oder Aktuare eine über einen längeren Zeitraum hinweggehende Risikobeurteilung regelmäßig testieren. Die Aufsichtsbehörden hätten dann nur noch zu prüfen, ob das entsprechende Testat vorliegt.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nr. 10a (neu)

(pädiatrische Spezialambulanzen)

In Artikel 1 wird nach Nummer 10 folgende Nummer 10a eingefügt:

"10a. § 120 SGB V wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Soweit für ein Jahr für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen einmalig die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für dieses Jahr sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegegesetzverordnung für dieses Jahr und entsprechend das darin enthaltene Budget nach § 12 der Bundespflegegesetzverordnung jeweils in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern.“

bb) Satz 6 wird aufgehoben.

cc) Im bisherigen Satz 8 wird die Angabe „Jahr 2009“ durch die Wörter „jeweilige Jahr erstmalig“ ersetzt.

b) In Absatz 4 werden nach dem Wort "Vereinbarung" die Wörter "nach Absatz 1a Satz 1 oder" eingefügt, der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: "im Falle von Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 hat die Schiedsstelle zunächst festzustellen, ob die Vereinbarung erforderlich ist, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten."

Begründung:

Die finanzielle Absicherung der pädiatrischen Spezialambulanzen an Krankenhäusern hat eine hohe Bedeutung. Der Gesetzgeber hat deshalb in § 120 Abs. 1a SGB V mit Wirkung ab dem Jahr 2009 eine Vergütungsregelung für die Spezialambulanzen in Kinderkliniken und Krankenhäusern mit entsprechenden Fachabteilungen vorgesehen, um mögliche Versorgungsengpässe bei der fachärztlichen Versorgung von schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen (einschließlich von Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen zum Ausschluss solcher Erkrankungen) durch Unterfinanzierungen zu vermeiden. Die Umsetzung dieser Regelung ist jedoch nicht zufriedenstellend. Zum Sommer 2010 liegen erst zwei Vergütungsvereinbarungen in einem einzigen Bundesland vor.

Aufgrund der verzögerten Vereinbarung von ergänzenden Pauschalen für die Vergütung der Leistungen von Spezialambulanzen für Kinder und Jugendliche sind die bisherigen Regelungen zur Bereinigung der Krankenhausbudgets und des Landesbasisfallwerts, die bisher auf eine Bereinigung im Jahr 2009 abstellen, zeitlich anzupassen. Nach Buchstabe a Doppelbuchstaben aa und cc ist eine Bereinigung für das Jahr vorzunehmen in dem erstmals ergänzende Pauschalen vereinbart werden. Die Bereinigung erfolgt, um den Krankenkassen eine Refinanzierung der ergänzenden Pauschalen zu ermöglichen, da die Krankenkassen die ambulanten Leistungen der Spezialambulanzen bisher über die stationären Vergütungen teilfinanziert haben. Im Konfliktfall gelten die Schiedsstellenregelungen des Krankenhausrechts. Durch Buchstabe a Doppelbuchstabe bb wird aufgrund des Zeitablaufs die gesonderte Bereinigungsregelung für Krankenhäuser aufgehoben, die letztmalig im Jahr 2009 noch unter die Obergrenze für Budgetabsenkungen im Rahmen der Konvergenzphase des DRG-Systems fielen.

Die Vergütungsvereinbarungen sind bislang nicht schiedsstellenfähig. Durch die vorgesehene Änderung in Buchstabe b kann der Krankenhausträger, der sich von einer Unterfinanzierung der Leistungen der Spezialambulanzen betroffen sieht, künftig die Schiedsstelle nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz anrufen, wenn eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande kommt. Die Schiedsstelle hat in diesem Fall vor einer Festsetzung der Vergütung zunächst festzustellen, ob – wie in § 120 Absatz 1a Satz 1 vorgesehen – die ergänzende Pauschale für eine angemessene Vergütung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der jeweiligen Spezialambulanz erforderlich ist.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 12a (Vermittlung von Zusatzversicherungen durch Krankenkassen)

In Artikel 1 wird nach Nummer 12 folgende Nummer 12a eingefügt:

12a In § 194 Absatz 1a wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Gegenstand dieser Verträge können alle Leistungen sein, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen, insbesondere Ergänzungstarife zur Kostenerstattung, Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsrankenversicherung.“

Begründung:

Die Regelung stellt klar, dass gesetzliche Krankenkassen für Leistungen, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen, private Zusatzversicherungen vermitteln können. Neben den bereits bisher genannten Leistungen zählen hierzu auch Ergänzungstarife zur Kostenerstattung.

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 13

(redaktionelle Änderung bzgl. Spitzenverband
Bund der Krankenkassen)

Artikel 1 Nummer 13 wird wie folgt gefasst:

„13. § 201 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 4 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. die aktuelle Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, soweit die Krankenkasse diese Bezugsdaten für die Prüfung einer Anspruchsberechtigung nach § 242b anfordert.“

b) In Absatz 6 Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart“ ersetzt.“

Begründung:

Zu Buchstabe a)

Die Formulierung entspricht der Fassung des Gesetzentwurfs zum GKV-Finanzierungsgesetz.

Zu Buchstabe b)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass die früher von den Spitzenverbänden der Krankenkassen wahrgenommenen gesetzlichen Aufgaben seit dem 1. Juli 2008 auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übergegangen sind.

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 16b -neu -

(Pauschalierung schwankender Einkommen
bei ALG-II Empfängern)

In Artikel 1 wird nach Nummer 16a - neu - folgende Nummer 16b eingefügt:

„16b. Nach § 232a Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Ist in den Fällen des Absatzes 1 Nummer 2 bei laufenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen zu erwarten, dass diese während des Zeitraums, für den Arbeitslosengeld II bewilligt wurde (Bewilligungszeitraum nach § 41 Absatz 1 Satz 4 des Zweiten Buches), in unterschiedlicher Höhe anfallen, kann zur Bestimmung der weiteren beitragspflichtigen Einnahmen ein monatlicher Durchschnittswert gebildet werden. Der monatliche Durchschnittswert nach Satz 1 wird gebildet, indem die zu erwartenden gesamten weiteren beitragspflichtigen Einnahmen im Bewilligungszeitraum durch die Anzahl der Monate im Bewilligungszeitraum geteilt werden. Erweist sich nach Ablauf des Bewilligungszeitraums, dass der tatsächliche monatliche Durchschnittswert von dem nach den Sätzen 1 und 2 gebildeten monatlichem Durchschnittswert um mehr als 20 Euro abweicht, ist der tatsächliche monatliche Durchschnittswert als weitere beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen.““

Begründung:

Bei schwankenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen (z. B. aus einer Beschäftigung) verursacht die nachträgliche Berichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen für den Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende und für die Krankenkassen bzw. den Gesundheitsfonds einen hohen Verwaltungsaufwand bei der Beitragsberichtigung und dem Meldeverfahren von Arbeitslosengeld II-Beziehern. Zur Verwaltungsvereinfachung sollen schwankende beitragspflichtige Einnahmen, die neben dem Bezug von Arbeitslosengeld II anfallen, deshalb entsprechend den Regelungen in der Verordnung zur Berechnung von Einkommen sowie zur Nichtberücksichtigung von Einkommen und Vermögen beim Arbeitslosengeld II/Sozialgeld, einer

(prognostischen) Durchschnittsbetrachtung zugeführt werden. Weicht die tatsächlich erzielte durchschnittliche monatliche weitere beitragspflichtige Einnahme um mehr als 20 Euro von dem zuvor gebildeten voraussichtlichen Durchschnittswert ab, ist der tatsächliche Durchschnittswert als beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen. Geringere Änderungen der Beitragsbemessungsgrundlage würden im Einzelfall maximal zu einer Beitragsdifferenz von 2,98 Euro führen. In der Gesamtzahl der betroffenen Fälle gleichen sich Minder- und Überzahlungen weitgehend aus, so dass der ohne Durchschnittswertbildung entstehende kostenintensive Verwaltungsaufwand nicht gerechtfertigt wäre.

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 8 Nummer 1 (§ 4 KHEntgG)

(Pflegestellen-Förderprogramm)

In Artikel 8 Nr. 1 wird nach Buchstabe b folgender Buchstabe c angehängt:

„c) 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 über die Stellenbesetzung am 30.06.2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen.“

Begründung:

In den Berichten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG soll die Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms dargestellt werden. In dem Bericht zum ersten Förderjahr konnten keine Aussagen zum Ausgangspersonalbestand am 30.06.2008 und zur jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung für das Jahr 2009 getroffen werden, weil es an den entsprechenden Informationen fehlte. Auch eine Differenzierung der Neueinstellungen nach Voll- und Teilzeitkräften war nicht möglich. Für eine transparente Berichterstattung über die Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms ist es notwendig, die durch die Krankenhäuser an die Krankenkassen zu übermittelnden Daten konkreter festzulegen, so dass sowohl die Ausgangsbasis vor Einführung des Förderprogramms als auch dessen Wirkungen besser abgebildet werden können.