

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(9)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
15.10.2010

Abteilung Sozialpolitik

Tel.: 030 / 72 62 22 – 124

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 125

E-Mail: fabian.szekely@sovd.de

Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages in Berlin am 25. Oktober 2010 zum

- a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FPD
Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

(BT-Drs. 17/3040)

und zum

- b) 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)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Vorbemerkung	4
1.1 Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung	4
1.2 Reformkonzept des SoVD	4
2. Grundsätzliche Bewertung des Gesetzentwurfes und des Antrags zu b)	6
3. Zu den Einzelregelung des Gesetzentwurfes zu a)	8
3.1 Zu den die Versicherten betreffenden Einzelregelungen	8
3.1.1 Zur Beitragssatzanhebung auf 15,5 Prozent nach § 241 SGB V n. F.	8
3.1.2 Zur Bewertung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V n. F.	9
3.1.3 Zur Tragung der Zusatzbeiträge nach §§ 242 Abs. 4 und 5, 251 Abs. 6 SGB V n. F.	10
3.1.4 Zum Säumniszuschlag nach § 242 Abs. 6 SGB V n. F.	13
3.1.5 Zur Ermittlung des Sozialausgleichs nach § 242b SGB V n. F.	13
3.1.6 Zum Verwaltungsverfahren nach § 242b SGB V n. F.	15
3.1.7 Zur Festlegung des Durchschnittsbeitrages nach §§ 220, 242a SGB V n.F.	16
3.1.8 Zur Finanzierung des Sozialausgleichs und der Zusatzbeiträge nach §§ 221, 271 SGB V n. F.	17
3.2 Zum Wechsel in die PKV nach § 6 SGB V n. F.	17
3.3 Zu den die Leistungserbringer betreffenden Einzelregelungen	18
3.3.1 Zur Festschreibung der Verwaltungsausgaben nach § 4 SGB V n. F.	19
3.3.2 Zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V n. F.	19
3.3.3 Zur (zahn-)ärztlichen Vergütung nach §§ 85, 87, 87 d SGB V n. F.	20
3.3.4 Zur Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung	21
3.4 Zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes	21
3.5 Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP	22
3.5.1 Zu den Änderungsanträgen 2 und 3	22
3.5.2 Zum Änderungsantrag 5	25

3.5.3	Zum Änderungsantrag 4	25
4.	Zum Antrag zu b)	26
5.	Fazit	27

1. Vorbemerkung

1.1 Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Jeder Mensch hat Anspruch auf Schutz, Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit. Diese sozialpolitische Aufgabe des Staates erfüllt für ca. 90 Prozent der Bevölkerung die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als der tragende Eckpfeiler unseres Gesundheitssystems. Das solidarische Krankenversicherungssystem hat sich bewährt. Es ist modern und innovativ. Deshalb ist es auf der bestehenden Basis zukunftsfähig weiterzuentwickeln.

In der Vergangenheit wurde jedoch sukzessive damit begonnen, den umfassenden Pflichtleistungskatalog der GKV zu beschneiden. Die Versicherten und Patienten wurden und werden immer stärker einseitig finanziell belastet. So wurden der Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten, die volle Beitragspflicht auf Betriebsrenten und Versorgungsbezüge und die Praxisgebühr eingeführt. Zudem leisten sie Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Darüber hinaus wird bei Zahnersatz und Hörgeräten nur noch ein Festbetrag gewährt, mit der Folge, dass für eine moderne und vollwertige Versorgung der Patienten erhebliche Aufzahlungen geleistet werden müssen. Brillen wurden sogar völlig aus der Erstattung gestrichen. Damit finanzieren die Versicherten bereits heute die GKV zu 60 Prozent. Von einer paritätischen Finanzierung durch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie die Arbeitgeber kann nicht mehr die Rede sein. Die Entsolidarisierung von Gesunden und Kranken, von Gutverdienern und Geringverdienern, damit des gesamten GKV-Systems, hat bereits begonnen.

Im Jahr 2011 droht der GKV ein Defizit von 11 Mrd. Euro. Doch für dieses Defizit sind nicht die Versicherten vorrangig verantwortlich. Es hat drei Hauptursachen: Der Rückgang der Lohnquote am Volkseinkommen (Arbeitslosigkeit, Zunahme der prekären Beschäftigungsverhältnisse, Niedriglohnsektor), gepaart mit geringen tariflichen Lohnabschlüssen und Nullrunden bei Rentnerinnen und Rentnern trägt zu einem nur geringen Anstieg der Beitragseinnahmen bei. Zudem ist der Gesundheitsfonds, politisch gewollt, unterfinanziert. Nur 95 Prozent der Ausgaben werden durch Einnahmen aus Beiträgen und Steuern gedeckt. Demgegenüber wachsen die Ausgaben der Leistungserbringer ungebremst weiter. Bisherige Versuche, medizinisch nicht nachvollziehbare Ausgabensteigerungen dauerhaft in den Griff zu bekommen, waren in der Regel wenig von Erfolg gekrönt. Diese Versuche schlugen fehl, da die Ursachen der Ausgabensteigerungen nicht wirksam bekämpft wurden. Sie gingen aber einher mit einer einseitigen Belastung der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten.

1.2 Reformkonzept des SoVD

Der SoVD sieht vor diesem Hintergrund, sowie vor dem Hintergrund der demographischen und medizinischen Entwicklung, dringenden Reformbedarf im Gesundheitssystem. Im Mittelpunkt einer Reform müssen dabei die Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten stehen. Nach wie vor spricht sich der SoVD für die Überführung des Dualismus von Privater Krankenversicherung (PKV) und

GKV in eine solidarische Bürgerversicherung aus, die die gesamte Wohnbevölkerung einbezieht.

Hierfür ist es für den SoVD vor allem unverzichtbar, dass das Solidaritätsprinzip wieder gestärkt wird. Das heißt, es muss in der GKV einen funktionierenden Solidarausgleich der Risiken zwischen Armen und Reichen, zwischen Jungen und Alten, zwischen Gesunden und Kranken sowie zwischen Familien und Alleinstehenden geben.

Dazu ist vor allem die solidarische Beitragsfinanzierung zu stärken. Einseitige Belastungen der Versicherten, insbesondere durch Pauschalbeträge, Zu- und Aufzahlungen sowie Leistungskürzungen, widersprechen dem Solidarprinzip. Deshalb ist die paritätische Beitragsfinanzierung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern wiederherzustellen. Dabei sind bei der Berechnung der Höhe des Arbeitgeberbeitrags die Eigenbeteiligungen der Versicherten entsprechend zu berücksichtigen. Zur Herstellung der solidarischen Lastenteilung der Krankheitskosten müssen sich auch die Versicherten der PKV vollständig an den systemimmanenten, höheren gesundheitlichen Risiken der GKV in Form eines Solidarausgleichs beteiligen.

In weiteren Schritten sind die Beitragsbemessungsgrenzen in der Sozialversicherung zu vereinheitlichen. In der GKV muss sie zumindest auf die Höhe der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben werden. Zusätzlich sind bei der Beitragsbemessung auch Einkünfte aus Kapitalerträgen und Vermietung, Verpachtung usw. zu berücksichtigen.

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen müssen deren Ausgaben zu 100 Prozent decken. Der Gesundheitsfonds ist ausschließlich aus dem Beitragsaufkommen sowie aus Steuermitteln für die versicherungsfremden, gesamtgesellschaftlichen Leistungen, die die GKV zu erbringen hat, zu finanzieren. Einseitige Belastungen, wie z. B. Sonder- und Zusatzbeiträge müssen abgeschafft werden. Das Sachleistungsprinzip muss erhalten bleiben.

Den Ausbau von Kostenerstattungsregeln lehnen wir strikt ab. Kostenerstattungsregeln würden zu einer weiteren Aufweichung des die GKV prägenden Sachleistungsprinzips führen. Es gibt keine Beweise dafür, dass Kostenerstattungsregelungen zu mehr Transparenz und zu einer Kostendämpfung führen, ohne dass sich dies auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirkt. Wir befürchten vielmehr, dass bei entsprechenden Neuregelungen medizinisch notwendige Leistungen wegen der Eigenbeteiligung nicht in Anspruch genommen werden.

Auch würden durch solche Regelungen das komplette System der vertraglichen Beziehungen in der GKV sowie das System der ärztlichen Honorierung zerstört werden. Der Patient wäre dann Vertragspartner des Arztes, der nach GOÄ abrechnet, und würde von den Krankenkassen eine nachträgliche Rechnungserstattung erhalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wären als Vertragspartner weitgehend entbehrlich. Der Bereich des Qualitätsmanagements müsste neu aufgestellt werden.

Zu einem modernen, demokratischen und sozialen Bundesstaat gehört auch, dass es keine Zwei- oder gar Mehrklassenmedizin gibt. Daher müssen u. a. die unterschiedlichen Vergütungssysteme in der GKV und in der PKV zusammengeführt werden.

Der einheitliche, vollumfängliche Leistungskatalog des SGB V darf ebenfalls nicht zur Disposition stehen. Eine Rationierung von medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen ist unethisch und wird vom SoVD daher strikt abgelehnt.

Der SoVD fordert zudem eine Strukturreform auf der Ausgabenseite. Auch die Leistungserbringer müssen ihren Teil zu einem solidarischen Gesundheitssystem beitragen. Eine solche Strukturreform muss z. B. die Möglichkeit der Ausschreibung von Selektivverträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern sowie die Beseitigung der Unter-, Über- und Fehlversorgung beinhalten. Dabei ist sicherzustellen, dass es in Zukunft eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung gibt.

Zudem ist die präventive Medizin schon allein zur Vermeidung von Ungleichheiten der Morbidität und Mortalität in Abhängigkeit der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht und auch zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu stärken. Zur Vermeidung bzw. Minimierung von Folgekosten muss der Bereich der Rehabilitation entsprechend gestärkt werden.

2. Grundsätzliche Bewertung des Gesetzentwurfes und des Antrags zu b)

Sowohl der Gesetzentwurf zu a) als auch der Antrag zu b) befassen sich mit der Gestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems. Um dieses zu erreichen, wählen beide jedoch unterschiedliche Ansatzpunkte und kommen zu verschiedenen Ergebnissen. Unter Berücksichtigung der von uns erhobenen Anforderungen müssen der Gesetzentwurf zu a) und der Antrag zu b) unterschiedlich bewertet werden.

Der SoVD lehnt den Gesetzentwurf zu a) entschieden ab. Der Entwurf der Fraktion der CDU/CSU und FDP genügt den Anforderungen des SoVD in keiner Weise. Er bedeutet vielmehr eine endgültige Abkehr von den Prinzipien der Solidarität und der Beitragsparität in der GKV. Er führt zu einer weiteren Verstärkung der Zwei- bzw. Mehrklassenmedizin.

Den Gedanken einer leistungsabhängigen, paritätischen und damit solidarischen Beitragserhebung, wie ihn der SoVD vertritt, berücksichtigt der Entwurf überhaupt nicht. Die Fraktionen der CDU/CSU und FDP wollen sogar den Grundsatz der paritätischen Beitragserhebung endgültig aufgeben. Nach der Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent soll der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent festgeschrieben werden. Zukünftige Kostensteigerungen würden allein die Versicherten in Form pauschaler und damit einkommensunabhängiger, unbegrenzter Zusatzbeiträge, also als Kopfpauschalen, tragen. Solche pauschalen Zusatzbeiträge belasten aber gerade die einkommensschwachen Teile der Bevölkerung überproportional, während höhere Einkommen prozentual entlastet werden. Aus diesen Gründen lehnen wir generell Zusatzbeiträge entschieden ab.

Eine ergänzende Belastung der Versicherten durch die Zusatzbeiträge erfolgt zudem dadurch, dass für die nicht erhobenen Zusatzbeiträge für die in § 242 Abs. 5 SGB V n. F. genannten Personengruppen kein Ausgleich vorgesehen ist. Das heißt aber, dass die

dadurch entstehenden Einnahmeausfälle über zusätzlich steigende Zusatzbeiträge die Versicherten belasten.

Der geplante, ergänzende Sozialausgleich ist nicht sozial. Er soll erst bei einer Höhe des Durchschnittszusatzbeitrages von zwei Prozent des Einkommens greifen und wäre unabhängig vom tatsächlich zu zahlenden Zusatzbeitrag. Er greift zudem nicht in allen Fällen ein und gleicht dann auch nicht alle Belastungen aus. Zudem ist nach dem Gesetzentwurf vorgesehen, dass der Sozialausgleich nicht vollständig aus Steuermitteln finanziert wird. In den Jahren 2012 bis 2014 soll er aus der auszubauenden Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, und damit teilweise von den Beitragszahlern selbst, finanziert werden.

Die neue Säumnisregelung ist ebenfalls abzulehnen. Zum einen bestehen schon genügend Sanktionsmöglichkeiten für Versicherte, die ihre Beiträge nicht zahlen, zum anderen belastet diese Regelung gerade die finanziell Schwachen. Sie müssten bei finanzieller Leistungsunfähigkeit nicht nur zusätzlich den Säumnisbeitrag zahlen, sie würden ergänzend auch noch den Sozialausgleich verlieren, auf den sie gerade wegen ihrer finanziellen Leistungsunfähigkeit angewiesen sind. An dieser Stelle darf nicht der pauschale Verdacht der Zahlungsunwilligkeit konstruiert werden.

Die Leistungserbringer sollen hingegen nur mit einem Volumen von 3,5 Mrd. Euro bei einem Defizit von 11 Mrd. Euro zu den Sparmaßnahmen beitragen. Zwar begrüßt der SoVD Teile der geplanten Einsparungen - insbesondere im Arzneimittelbereich -, eine umfassende Strukturreform hin zu einer patientenzentrierten Versorgung wird jedoch nicht in Angriff genommen. Wir wenden uns gegen die Bestrebung, geeignete Mittel für eine patientenzentrierte Versorgung zu beschneiden. Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung müssen weiterhin attraktiv bleiben. Nach dem Gesetzentwurf sind bei den Leistungserbringern zudem tatsächliche Einsparungen nicht vorgesehen. Begrenzt wird lediglich das Ausgabenwachstum.

Insgesamt dient der Gesetzentwurf zu a) dazu, die Leistungserbringer möglichst zu schonen und die Versicherten die Kosten der medizinischen und demographischen Entwicklung allein tragen zu lassen. Der Belastungsmix aus Beitragserhöhung, pauschalen Zusatzbeiträgen und möglichen Kostenerstattungen führt insbesondere bei versicherten Bürgerinnen und Bürgern mit geringen Einkünften und bei Rentnerinnen und Rentnern dazu, dass sie spürbare Einkommensverluste hinzunehmen haben. Diese Entwicklung ist für den SoVD nicht tragbar. Dieser Gesetzentwurf wird daher von uns entschieden abgelehnt.

Demgegenüber greift der Antrag zu b) die vom SoVD für wesentlich erachteten Anforderungen an eine Reform des Gesundheitswesens auf. So möchten die Antragsteller die bisherige GKV in eine solidarische Bürgerversicherung überführen. Dabei sollen unter anderem die Versicherungspflichtgrenze abgeschafft, die Beitragserhebung entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit durchgeführt, eine paritätische Finanzierung wieder gewährleistet und das Sachleistungsprinzip vollumfänglich wiederhergestellt werden. Diese Punkte entsprechen den vom SoVD erhobenen Anforderungen.

Ergänzend fordern die Antragsteller auch die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung in der Pflege. Diese soll dieselben Prinzipien wie eine solidarische Bürgerversicherung in Bereich der Krankenversicherung aufweisen. Auch diesbezüglich entspricht der Antrag im Wesentlichen den Anforderungen des SoVD.

3. Zu den Einzelregelungen des Gesetzentwurfes zu a)

3.1 Zu den die Versicherten betreffenden Einzelregelungen

3.1.1 Zur Beitragssatzanhebung auf 15,5 Prozent nach § 241 SGB V n.F.

Die im Gesetzentwurf zu a) geplante Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent kann vom SoVD in dieser Form nicht unterstützt werden. Beitragssatzanhebungen sind nur dann zu rechtfertigen, wenn sie zum einen die Gesamtausgaben der GKV decken und zum anderen zu einer paritätischen Beitragserbringung beitragen bzw. diese wiederherstellen.

Ob diese Anhebung im Jahr 2011 zu einer Kostendeckung führt, ist zweifelhaft. Wir befürchten, dass die durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz eingeplanten Einsparungen in dieser Höhe nicht realisiert werden können. Somit müsste ein Teil des einmaligen Steuerzuschusses doch zur Deckung des entstehenden Defizites verwendet werden. Im Übrigen würde es auch zukünftig allein durch das Beitragsaufkommen sowie durch die Steuerzuschüsse nicht zwingend zu einer Kostendeckung kommen müssen. Denn die unzureichende, bisher bestehende Regelung, nach der der Gesundheitsfonds zu 95 Prozent gedeckt werden muss, soll gestrichen werden. In der Zukunft kann es damit trotz der Beitragsanhebung zu einer ständig sinkenden Deckungsquote des Gesundheitsfonds kommen. Dieser Zustand muss vermieden werden.

Die Beitragsanhebung im Jahr 2011 ist zwar paritätisch auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer verteilt, dennoch bleibt es dabei, dass die Arbeitnehmer weiterhin einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent zu tragen haben. Die Beitragssatzanhebung führt damit insgesamt auch nicht zu einer paritätischen Beitragserbringung.

Weiterhin würden die Arbeitgeberbeiträge für die Zukunft auf 7,3 Prozent festgeschrieben werden, während die Arbeitnehmer auf Dauer 8,2 Prozent und zusätzlich den neuen, einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag zu zahlen haben. Das Prinzip der Beitragssatzparität wäre sogar dauerhaft abgeschafft.

Das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages kann nicht mit dem positiven Effekt auf die Lohnnebenkosten begründet werden. Diese Behauptung ist nicht genügend wissenschaftlich fundiert. Konstante Lohnnebenkosten bei steigenden Beiträgen für die Versicherten führen zum einen zu einem Kaufkraftverlust, der sich negativ auf die Inlandsnachfrage und damit auf den Arbeitsmarkt auswirkt. Zum anderen muss berücksichtigt werden, dass die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer diese Kostensteigerungen im Rahmen von Tarifverhandlungen kompensieren würden. Gerade in den Branchen, in denen Gewerkschaften stark verbreitet sind, wird es zu Zusatzvereinbarungen kommen, die die Kostensteigerungen auffangen könnten.

Wir befürchten zudem, dass sich durch den konstanten Arbeitgeberbeitrag die Arbeitgeber nicht mehr dazu verpflichtet sehen, im Rahmen ihrer Beteiligung an der Selbstverwaltung der Krankenkassen unkontrollierten Ausgabensteigerungen entgegenzuwirken. Vielmehr liegt es dann auch in ihrem Interesse, die Gesundheitswirtschaft zu stärken. Damit würden sie aber zu weiteren Ausgabensteigerungen beitragen; von den Auswirkungen auf die betriebliche Gesundheitsförderung ganz zu schweigen.

Aus Sicht des SoVD ist es nicht zu verantworten, dass allein die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Rentnerinnen und Rentner sowie die freiwillig Versicherten die durch die wirtschaftliche, medizinische und demographische Entwicklung und die Gewinnmaximierungsmöglichkeiten einzelner Leistungserbringer bedingten Mehrkosten bezahlen. Schon die Rentenversicherung und damit auch die Rentnerinnen und Rentner müssen durch die Beitragssatzanhebung eine Belastung von zusätzlich 660 Millionen Euro schultern, ohne dabei etwaige Zusatzbeiträge zu berücksichtigen. Im Ergebnis dieser geplanten Regelung entzögen sich neben den Versicherten der PKV auch die Arbeitgeber immer stärker ihrer Mitverantwortung für ein solidarisches Krankenversicherungssystem.

Wir fordern, zur Stärkung der Einnahmeseite in der GKV und zur Vermeidung von Beitragserhöhungen das Lohnniveau anzuheben. Dies sollte u. a. durch die Einführung eines für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer geltenden gesetzlichen Mindestlohns, der eine Aufstockung durch Leistungen des SGB II unnötig macht, sowie durch die Beseitigung der Missstände im Bereich der Leiharbeit erreicht werden. Die Vorleistungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind, heute mehr denn je, seitens der Arbeitgeber zu berücksichtigen. Sie müssen deshalb für angemessene Einkommen und Lohnsteigerungen sorgen. Dies führt dann auch zu steigenden Beitragseinnahmen in der GKV.

Des Weiteren stehen vielfältige Mittel zur Verfügung, die die Einnahmeseite der GKV zusätzlich stärken und dabei den Gedanken der Solidarität im Gesundheitswesen widerspiegeln. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere unter 1.2 ausgeführten Forderungen, wie z. B. die vollständige Deckung des Gesundheitsfonds, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrundlage, die Einbeziehung von weiteren Einkünften in die Beitragsbemessung sowie die Beteiligung der PKV an den Risiken in der GKV durch einen Solidarausgleich.

3.1.2 Zur Bewertung der Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V n. F.

Wir lehnen den geplanten Ausbau der einseitigen, nunmehr pauschalen bzw. einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge kategorisch ab. Denn solche Zusatzbeiträge bedeuten die endgültige Abkehr vom System der paritätischen und solidarischen Finanzierung der GKV und eine nicht zu rechtfertigende einseitige Belastung der Versicherten.

Pauschale Zusatzbeiträge entsprechen auch nicht dem Grundsatz einer leistungsgerechten Beitragserhebung. Sie sind ein Fremdkörper in der solidarischen

Krankenversicherung. Sie belasten Empfänger niedriger Einkommen überdurchschnittlich stark und sind damit hochgradig unsozial. Pauschale, einkommensunabhängige Zusatzbeiträge sind nichts anderes als Kopfpauschalen.

Durch diese Zusatzbeiträge könnte der Krankenkassenbeitrag für die Arbeitnehmer zudem faktisch auf bis zu 10,2 Prozent (8,2 Prozent allgemeiner Beitrag plus nichtausgleichspflichtigem Zusatzbeitrag in Höhe von zwei Prozent) steigen; erst danach würde überhaupt ein Ausgleich stattfinden können. Der SoVD befürchtet, dass ständig steigende Zusatzbeiträge in Kombination mit dem erleichterten Wechsel in die PKV dazu führen, dass Besserverdienende oberhalb der Versicherungspflichtgrenze diese Möglichkeit zum Wechsel nutzen, um den Zusatzbeiträgen in der GKV zu entgehen. Damit bestünde die Gefahr, dass die Einnahmehasis weiter erodiert.

Auf Grund der Doppelbelastung aus Beitragserhöhung und Zusatzbeiträgen und der stagnierenden bzw. zurückgehenden Reallöhne, der Nullrunden bei den Rentnerinnen und Rentnern sowie des steigenden Beitrags zur Arbeitslosenversicherung würde das zum Konsum zur Verfügung stehende Einkommen zudem weiter sinken. Das politische Versprechen „Mehr Netto vom Brutto“ wäre gebrochen.

Entgegen der Entwurfsbegründung führen die Zusatzbeiträge nicht zu einem qualitätsorientierten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Allein die Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrages wird den Wettbewerb beeinflussen. Die Krankenkassen werden versuchen, ihre Ausgaben so gering wie möglich zu halten, um einen möglichst geringen Zusatzbeitrag zu erheben. Dies ist aber nicht immer im Interesse der Patienten. Denn in der Folge muss befürchtet werden, dass Einsparungen vor allem durch die restriktivere Bewilligung von Heil- und Hilfsmitteln usw. realisiert werden. Ergänzend befürchten wir, dass es zu weniger Beratungsleistungen durch den Abbau von Geschäftsstellen und Personal kommt.

Schließlich tragen die Zusatzbeiträge auch nicht zu einer zukunftsfähigen Stabilisierung der Finanzierungsgrundlage der GKV bei. Wie die Erfahrungen anderer Länder zeigen, werden die Zusatzbeiträge und damit die Belastung der Versicherten sprunghaft anwachsen und zukünftig möglicherweise sogar den Arbeitgeberanteil übersteigen. Spätestens dann würden Maßnahmen zur Kostenbegrenzung unvermeidbar werden.

Wir wollen aber bereits im Vorfeld verhindern, dass notwendige Kostenbegrenzungen vor allem durch eine Einschränkung des Leistungskataloges erreicht werden können. Eine zusätzliche Absicherung hätte individuell über Zusatzversicherungen zu erfolgen. Zusatzversicherungen, die nur diejenigen abschließen könnten, die finanziell dazu in der Lage sind. Die medizinische Versorgung von sozial Benachteiligten und Rentnerinnen und Rentnern würde sich massiv verschlechtern.

3.1.3 Zur Tragung der Zusatzbeiträge nach §§ 242 Abs. 4 und 5, 251 Abs. 6 SGB V n. F.

Grundsätzlich steht für den SoVD fest, dass der beabsichtigte Paradigmenwechsel in der GKV verhindert werden muss. Daher darf es keine Zusatzbeiträge geben. Sollte an den Zusatzbeiträgen dennoch festgehalten werden, so wird zumindest anerkannt, dass der

Gesetzentwurf vorsieht, dass Empfänger von Arbeitslosengeld II generell ihre Zusatzbeiträge nicht selbst zahlen müssen. Denn die Zusatzbeiträge werden zurzeit nicht in den Regelsätzen berücksichtigt. Die Tragung der Zusatzbeiträge würde dazu führen, dass auf Grund der ständig steigenden Zusatzbeiträge das soziokulturelle Existenzminimum aus den Regelsätzen nicht mehr bestritten werden kann.

Wir fordern aber, dass in diesen Fällen die kassenindividuellen Zusatzbeiträge von den jeweiligen Trägern an die Krankenkassen gezahlt werden. Es ist falsch, hier einen neuen Verschiebebahnhof zu installieren und zumindest bis 2014 allein die Versicherungsgemeinschaft die Kosten für diese Zusatzbeiträge tragen zu lassen. Nichts anderes stellt die Finanzierung dieser Durchschnittszusatzbeiträge aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds dar. Es ist nicht Aufgabe der Versicherungsgemeinschaft, in der GKV die Zusatzbeiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld II zu tragen. Dies ist die gesamtgesellschaftliche Aufgabe des Staates und hat daher zumindest über Steuermittel zu erfolgen, wie dies in einer reinen Absichtserklärung aber erst ab 2015 geplant ist.

Im Übrigen verschärft diese Regelung die bestehende Einnahmeproblematik der GKV. Neben der bestehenden Unterfinanzierung in diesem Bereich durch die geringen Beiträge, die die GKV für Empfänger von ALG II erhält, muss die GKV vorerst auch die Durchschnittszusatzbeiträge für diese Personengruppe selbst erbringen, die Differenz zwischen den Durchschnittszusatzbeiträgen und den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen muss die GKV auch zukünftig allein tragen.

Mit unserer Forderung, dass bei Beziehern von ALG II die Bundesagentur für Arbeit die kassenindividuellen Zusatzbeiträge zu tragen hat, wird zudem vermieden, dass neue Gerechtigkeitsprobleme entstehen. Es ist schwer vermittelbar, warum Geringverdiener knapp oberhalb der Grenze zur Hilfebedürftigkeit ihre Zusatzbeiträge selbst zu zahlen haben und dann auch noch anteilig die Zusatzbeiträge derjenigen ALG II Bezieher finanzieren, die über Zusatzeinnahmen verfügen. Denn für diese Gruppe soll, scheinbar aus Vereinfachungsgründen, nur der durchschnittliche Zusatzbeitrag mittels des ab 2015 einzuführenden Steuerzuschusses finanziert werden.

Zudem benachteiligt diese Regelung Versicherte, die erst durch die Zahlung der Zusatzbeiträge hilfsbedürftig würden (§ 26 Abs. 4 S. 2 SGB II). In diesen Fällen übernimmt die Bundesagentur für Arbeit den Zusatzbeitrag nur dann, wenn der Wechsel zu einer anderen Krankenkasse eine unzumutbare Härte darstellen würde. Damit fallen z. B. diejenigen nicht unter diese Regelung, die nach Ablauf des Sonderkündigungsrechtes hilfsbedürftig werden und an die entsprechende Krankenkasse gebunden sind. Diese Personen müssten also weiterhin die Zusatzbeiträge in voller Höhe selbst tragen. Dies konterkariert aber § 26 Abs. 4 S. 2 SGB II, der Hilfebedürftigkeit vermeiden will. Eine ähnliche Problematik ergibt sich für Empfänger von Sozialgeld. Diese unterfallen ebenfalls dem § 26 Abs. 4 SGB II, so dass auch hier die Zusatzbeiträge nicht zwingend übernommen werden müssen. Im Übrigen wird eine Härte auch nicht an der finanziellen Belastung durch die Zahlung des Zusatzbeitrages festgemacht, sondern an dem Wechsel der Krankenkasse an sich.

Im Rahmen des § 241 Abs. 5 SGB V n. F. ist es grundsätzlich richtig, dass von Empfängern von Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben, von Wehr- und Zivildienstleistenden, von Mitgliedern, die Verletztengeld nach dem SGB VII bzw. Versorgungskrankengeld nach dem BVG erhalten, keine Zusatzbeiträge erhoben werden. Es kann aber nicht sein, dass diese fehlenden Zusatzbeiträge wiederum durch die Versicherten in der GKV refinanziert werden müssen. Es muss sichergestellt werden, dass in diesen Fällen die Träger die Zusatzbeiträge zu übernehmen haben oder zumindest ein Bundeszuschuss in entsprechender Höhe gewährt wird. Die Versicherten in der GKV haben nicht die Aufgabe, Zusatzbeiträge anderer Personengruppen zu finanzieren.

Aus unserer Sicht ist auch unklar, inwieweit die Formulierung, dass auch Mitglieder vergleichbarer Entgeltersatzleistungen keine Zusatzbeiträge zu tragen haben, tatsächlich hinreichend bestimmt ist. Um Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden ist es erforderlich, an dieser Stelle genauer auszuführen, was vergleichbare Entgeltersatzleistungen sind. In der Gesetzesbegründung wird hier von bestimmten Entgeltersatzleistungen gesprochen. Beispielhaft werden dann aber sowohl Entgeltersatzleistungen nach dem Bundeselterngeldgesetz, aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, aus der Gesetzlichen Unfallversicherung, aus der Gesetzlichen Rentenversicherung und auch aus der Arbeitslosenversicherung genannt. Kriterien für Entgeltersatzleistungen, die nicht unter diese Regelung fallen sollen, enthält der Entwurf nicht. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum beispielsweise Bezieher von ALG I, als Entgeltersatzleistung aus der Arbeitslosenversicherung, die Zusatzbeiträge scheinbar als einzige selbst tragen müssen.

Zudem ist unklar, ob z. B. freiwillig versicherte Empfänger von Elterngeld keine Zusatzbeiträge zahlen müssen, obwohl sie hinsichtlich der allgemeinen Beitragspflicht im Gegensatz zu Pflichtversicherten den normalen Mindestbeitrag zahlen müssen und wieso nunmehr hinsichtlich der Zusatzbeiträge eine differenzierende Bewertung vorgesehen ist. In diesem Zusammenhang wäre es angebracht, freiwillig versicherte Bezieher von Elterngeld vollständig von der Beitragspflicht zu befreien.

Der SoVD verlangt, dass es hinsichtlich der Versicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 und Nr. 8 SGB V weiterhin bei einheitlichen Regelungen bleibt. Daher dürfen von behinderten Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen eine regelmäßige Leistung erbringen (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V) keine Zusatzbeiträge erhoben werden. Andernfalls würden versicherungspflichtige Behinderte nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB von den Zusatzbeiträgen befreit werden, versicherungspflichtige Behinderte nach § 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V müssten die Zusatzbeiträge aber selbst tragen bzw. die Träger tragen sie.

Insgesamt zeigt sich, dass die geplanten Zusatzbeiträge differenzierend und lückenhaft ausgestaltet sind. Die Fraktionen der CDU/CSU und FDP sollten, wenn sie schon erkennen, dass die Einführung von Zusatzbeiträgen äußerst problematisch ist, auf die Zusatzbeiträge gänzlich verzichten und nicht ein Regime mit Ausnahmeregelungen unterschiedlichster Qualität schaffen.

Sollten dennoch Zusatzbeiträge für unverzichtbar gehalten werden, fordert der SoVD, dass im Sinne einer einfachen, transparenten Handhabung die Regelungen dahingehend

zu ändern sind, dass die kassenindividuellen Zusatzbeiträge für die oben beschriebene Personengruppe und auch für die Bezieher von Arbeitslosengeld I und II sowie von Kurzarbeitergeld usw. von den jeweiligen Trägern direkt an die Krankenkasse überwiesen werden.

3.1.4 Zum Säumniszuschlag nach § 242 Abs. 6 SGB V n. F.

Der SoVD lehnt auch das Vorhaben, bei einer Säumnis von sechs Zusatzbeiträgen einen Säumniszuschlag in Höhe von mindestens 30 Euro, maximal aber drei Zusatzbeiträgen zu erheben, ab. Zusätzlich soll noch der Sozialausgleich gestrichen werden.

Es besteht kein sachlicher Grund für diese Regelung. Bisher stehen ausreichend Instrumentarien zur Verfügung, säumige Beitragszahler zur Zahlung zu bewegen (Mahnverfahren, Ruhen der Leistung). Wenn diese Maßnahmen nicht gewirkt haben sollten, so ist schon zweifelhaft, ob dann ein erhöhter Säumniszuschlag tatsächlich wirken würde.

Zudem ist noch nicht einmal sicher, ob diese Regelungen tatsächlich nicht gewirkt haben. Zwar haben die Krankenkassen in diesem Bereich Außenstände, ob dies aber zum Großteil auf Zahlungsverweigerung beruht oder aber auf schlichter Unkenntnis, dass der Zusatzbeitrag nicht automatisch vom Einkommen abgezogen wurde, bleibt offen und ist bisher nicht belegt. Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass nach Zahlen einzelner Krankenkassen vor allem die Ausfallquote bei Beziehern von ALG II besonders hoch ist. Durch den vorliegenden Gesetzentwurf müssen diese aber keine Zusatzbeiträge mehr zahlen. Dies erhärtet die Zweifel, ob es tatsächlich dann noch eines weiteren Sanktionselementes bedarf.

Eine solche Regelung würde außerdem den Eindruck erzeugen, dass eine generelle Zahlungsunwilligkeit besteht. Dagegen wird der Aspekt der Zahlungsunfähigkeit nicht berücksichtigt. Gerade Bezieher geringer Einkommen werden durch die zunehmenden Belastungen Probleme haben, zusätzlich bis zu zwei Prozent des Einkommens als Zusatzbeitrag abzuführen.

Im Ergebnis würde diese Regelung sogar dazu führen, dass sich säumige Zahler einer Vielzahl verschiedenster Sanktionen ausgesetzt sehen. Ergänzend fällt dann auch noch der Sozialausgleich weg. Das heißt, säumige Zusatzbeitragszahler werden in eine Schuldenspirale gestürzt.

Versicherten, die durch Zusatzbeiträge finanziell überfordert werden und deswegen dem Sozialausgleich unterliegen, den Sozialausgleich zu streichen, weil sie finanziell überfordert sind, widerspricht sich.

3.1.5 Zur Ermittlung des Sozialausgleichs nach § 242b SGB V n. F.

Der SoVD hält den Weg hin zu Kopfpauschalen für verhängnisvoll und grundsätzlich für einen sozialpolitischen Irrweg. Daher lehnen wir auch den damit verbundenen Sozialausgleich ab. Er ist weder sozial noch gerecht. Die soziale Komponente fehlt ihm,

da jeder grundsätzlich ohne Ausgleich mit bis zu zwei Prozent zusätzlich belastet werden kann. Erst danach könnte ein Ausgleich greifen, der aber nicht an Hand des kassenindividuellen Zusatzbeitrages, sondern an Hand des Durchschnittsbeitrages gebildet wird. Erhebt die Krankenkasse einen höheren Beitrag, greift der Ausgleich nicht.

Das hieße dann aber, dass Versicherte von einer Krankenkasse zur nächsten wechseln müssten, wenn sie auf den Sozialausgleich angewiesen sind. Es kommt zu einer ständigen Wanderungsbewegung hin zu den Krankenkassen, deren Zusatzbeiträge dem Durchschnittszusatzbeitrag entsprechen oder darunter liegen, unabhängig vom tatsächlichen Leistungsumfang und der Leistungsqualität der Krankenkasse, z. B. im Bereich der Prävention. Hier droht eine Art Mehrklassenmedizin innerhalb der GKV. Denn wer es sich leisten kann, der wird auch über die Belastungsgrenze hinaus Zuzahlungen leisten, um spezielle Angebote in Anspruch zu nehmen.

Gerade für chronisch Kranke wäre es außerdem nicht hinnehmbar, dass diese, falls sie zu den Leistungsempfängern gehören, aus ihren gewohnten, gefestigten kassenindividuellen und bewährten Disease-Management-Programmen (DMP), für chronische Erkrankungen wie z. B. Diabetes, aussteigen müssten. Für die Betroffenen wäre dieses Ergebnis, nur weil sie den Differenzbetrag zwischen kassenindividuellen und durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht zahlen können und andere Krankenkassen solche Programme nicht oder nur in anderer Form anbieten, schon vor dem Hintergrund einer Patientenorientierung, der Therapietreue und auch aus Qualitätssicherungsaspekten nicht zu rechtfertigen.

Zudem wären von dieser Regelung gerade behinderte Mitmenschen betroffen. Diese müssten öfter die Krankenkassen wechseln. Bei dem Vorliegen von komplexen Krankheitsbildern ist dies aber mit einem übermäßigen bürokratischen Aufwand verbunden, der sich schwerlich rechtfertigen lässt.

Insgesamt setzt damit die Verknüpfung der Belastungsgrenze mit dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag das patientenfeindliche Signal, die Kosten soweit zu minimieren, dass maximal der durchschnittliche Zusatzbeitrag erhoben wird. Die Entwicklung qualitätssteigernder, patientenfreundlicherer, innovativerer Versorgungsstrukturen, die erst langfristig wirken und unter Umständen gerade in der Anfangsphase Mehrkosten verursachen können, wird somit erschwert.

Der Sozialausgleich ist hinsichtlich der Ermittlung der Belastungsgrenze nicht konsequent. So ergibt sich bei kinderlosen ALG I Beziehern eine Belastungsgrenze, die über zwei Prozent liegt. Denn im Rahmen einer Fiktion wird bei Beziehern von ALG I auf 67 Prozent des der Leistung zu Grunde liegenden Arbeitsentgeltes abgestellt. Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass Bezieher von Arbeitslosengeld ohne Kinder nur 60 Prozent des zu Grunde liegenden Arbeitsentgeltes erhalten. Wird die Grenze aber an Hand der 67 Prozent berechnet, ergibt sich für kinderlose Leistungsbezieher eine tatsächliche Belastungsgrenze, die bei 2,23 Prozent liegt. Eine nähere Begründung für diese Ungleichbehandlung ist nicht ersichtlich. Wir fordern daher, im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses zumindest für eine einheitliche Regelung zu sorgen, die stets die Berücksichtigung des gleichen Prozentsatzes gewährleistet.

Der Sozialausgleich ist auch nicht gerecht. Durch seine Anknüpfung an die beitragspflichtigen Einkommen haben Versicherte mit einem Einkommen zwischen der geplanten Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2011 von 3.712,50 Euro/Monat und der geplanten Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2011 von 4.129,17 Euro/Monat eine Belastungsgrenze, die geringer ist als die Zwei-Prozent-Grenze für alle übrigen Versicherten (bei 4.129,17 Euro/Monat liegt die Grenze bei 1,8 Prozent). Für den Sozialausgleich muss daher mindestens jedes Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze berücksichtigt werden.

Es ist auch unlogisch, dass andere Einkünfte, wie z. B. aus Vermögen, keine Berücksichtigung finden, um die finanzielle Leistungsfähigkeit wirklichkeitsgerecht abbilden zu können. So könnten z. B. Vermögende mit einer geringen gesetzlichen Rente ebenfalls Anspruch auf Sozialausgleich haben. Rentnerinnen und Rentner mit mittleren Renten ohne Vermögen wären hier schlechter gestellt.

Letztendlich kann der Sozialausgleich sogar ausgleichend wirken, wenn nur ein geringerer Zusatzbeitrag als der Durchschnittszusatzbeitrag erhoben wird. In dem Fall, in dem nämlich der kassenindividuelle Zusatzbeitrag unter der Zwei-Prozent-Grenze liegt, der durchschnittliche Zusatzbeitrag aber über der Zwei-Prozent-Grenze, würde trotzdem ein Ausgleich an Hand des durchschnittlichen Beitrages erfolgen. Eine Belastungssituation im Sinne des Gesetzes wäre aber tatsächlich nie eingetreten.

Insgesamt darf es nicht so sein, dass durch die stetig steigenden Zusatzbeiträge und den ergänzenden Sozialausgleich immer mehr Versicherte dem Sozialausgleich unterliegen. Sie werden zum Bittsteller, obwohl es geeignete Maßnahmen gibt, dies zu unterbinden. Das stetige Anwachsen der Anzahl von Empfängern staatlicher Sozialleistungen hätte langfristig eine katastrophale Wirkung auf den gesamtgesellschaftlichen Konsens in der Bundesrepublik Deutschland.

3.1.6 Zum Verwaltungsverfahren nach § 242b SGB V n. F.

Entgegen der Begründung des Gesetzentwurfes kann von einem unbürokratischen Verfahren nicht gesprochen werden. Die Krankenkassen werden gerade bei Versicherten mit mehreren Einkünften mit einem zusätzlichen Verwaltungsaufwand belastet. Sie müssten die jeweiligen Einkünfte abfragen, den Sozialausgleich durchführen und das Ergebnis wiederum den beitragsabführenden Stellen mitteilen.

Bei Rentnerinnen und Rentnern müssten die Krankenkassen die erforderlichen, aktuellen Daten zur Höhe der Rente bei der Rentenversicherung abfragen. Zudem müssten nicht regelmäßig Beschäftigte über ihr Recht auf einen Sozialausgleich regelmäßig informiert werden. Steigende Verwaltungskosten sind damit vorprogrammiert.

Zudem müssen die Krankenkassen nunmehr selbst prüfen, ob bei den Mitgliedern z. B. nach § 5 Abs. 4a SGB V ein Befreiungstatbestand hinsichtlich der Zusatzbeiträge besteht. Auch hier könnte zusätzlicher Verwaltungsaufwand entstehen.

3.1.7 Zur Festlegung des Durchschnittsbeitrages nach §§ 220, 242a SGB V n.F.

Wir erachten es als sachdienliche Regelung, wenn das Bundesversicherungsamt auf Grund der Schätzung der Einnahmen des Gesundheitsfonds und der Ausgaben der Krankenkassen den zur Deckung der Mindereinnahmen erforderlichen Betrag ermittelt und daraus den durchschnittlichen Zusatzbeitrag errechnet.

Es ist jedoch falsch, bei der Rechenformel das erwartete Defizit durch die Anzahl der Mitglieder zu teilen. Durch die Zusatzbeitragsbefreiungen ist es sachgerecht, die von den Zusatzbeiträgen befreiten Personengruppen aus der Anzahl der Mitglieder herauszunehmen. Nur dadurch wird die Zahl derjenigen gewonnen, die tatsächlich Zusatzbeiträge zahlen. Allein die tatsächlichen Zusatzbeitragszahler gleichen jedoch das Defizit aus. Erfolgt keine Änderung dieser Regelung, wird immer durch eine zu hohe Zahl der Mitglieder geteilt, so dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag immer zu gering ausfällt. Es kann nicht sein, dass weniger Mitglieder für das gleiche Defizit zahlen und dies zu höheren tatsächlichen Zusatzbeiträgen führt, als es das Bundesversicherungsamt auf Grund der vorgegebenen Formel errechnen kann. Diese höheren Zusatzbeiträge könnten dann durch den zu niedrig errechneten Durchschnittsbeitrag nicht entsprechend ausgeglichen werden.

Der SoVD fordert zudem, dass das Bundesversicherungsamt entweder den durchschnittlichen Zusatzbeitrag dann auch selber rechtswirksam festlegt oder aber das Bundesministerium für Gesundheit an den ermittelten Wert gebunden ist. Nach dem vorliegenden Entwurf muss das Ministerium den Wert nur auswerten. Damit ist dem Ministerium ein Ermessensspielraum eingeräumt. Es kann damit bei einer anderen Sichtweise durchaus einen anderen durchschnittlichen Zusatzbeitrag festlegen. Dann kann es das Volumen des Sozialausgleichs durch eine niedrigere Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages selbst bestimmen.

Schließlich ist auch bedenklich, dass der Einfluss des Bundesministeriums der Finanzen auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages gesetzlich fixiert wird. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist eine rein mathematische Größe. Finanzielle Interessen des Bundes müssen bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages außen vor bleiben. Das im Gesetzentwurf vorgesehene Einvernehmen mit dem Finanzministerium bei der Bestimmung des Beitrages lässt jedoch befürchten, dass hierdurch auch das Bundesministerium der Finanzen fiskalischen Einfluss erhalten soll.

Wir fordern in diesem Zusammenhang, dass jede Gefahr der politischen und damit fiskalischen Einflussnahme auf den Sozialausgleich unterbunden wird. Im Gesetzgebungsverfahren muss an dieser Stelle klargestellt werden, dass das Bundesministerium nur bei berechtigten, durchgreifenden Zweifeln an den Zahlen des Bundesversicherungsamtes von diesen abweichen darf, im Übrigen aber an diese gebunden ist.

3.1.8 Zur Finanzierung des Sozialausgleichs und der Zusatzbeiträge nach §§ 221, 271 SGB V n. F.

Der SoVD verlangt, die vollständige Finanzierung des Sozialausgleichs und der Zusatzbeiträge nach § 241 Abs. 4 SGB V n. F. aus Steuermitteln ab dem Jahr 2011 in dem Gesetzesvorhaben festzulegen. Die bisherigen Regelungen sind unzureichend und führen dazu, dass die Versichertengemeinschaft der GKV den Sozialausgleich und die nicht erhobenen Zusatzbeiträge selbst finanzieren müsste.

Zwar soll es im Jahr 2011 einen einmaligen Steuerzuschuss für die GKV in Höhe von zwei Mrd. Euro geben, dieser soll aber bis zum Jahre 2014 reichen, um sämtliche anfallenden Kosten für den Sozialausgleich sowie für die durchschnittlichen Zusatzbeiträge der ALG II Empfänger zu begleichen. Sollten die zwei Mrd. nicht ausreichen, tragen die Versicherten über höhere Zusatzbeiträge diese Kosten selbst.

Unklar ist auch, inwiefern der Sozialausgleich nach 2014 aus Steuermitteln finanziert wird. Der § 221b SGB V n. F. legt lediglich fest, dass der Bund Beträge zur Finanzierung des Sozialausgleiches leistet, ohne genau festzulegen, dass diese Beträge für die vollständige Finanzierung tatsächlich ausreichen. Selbst in der Begründung dieser Norm ist nur von entsprechenden Beträgen die Rede. Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang, dass lediglich bezüglich der Höhe der Ausgaben für die Zusatzbeiträge für Empfänger von Leistungen nach dem SGB II ein Zuschuss in voller Höhe im Gesetz verankert ist.

Wie die nicht erhobenen Zusatzbeiträge nach § 242 Abs. 5 SGB V n. F. refinanziert werden sollen, ist nicht klar. Der SoVD fordert aber, dass auch diese Zusatzbeiträge vollständig ausgeglichen werden müssen.

Wir fordern den Gesetzgeber daher auf, gesetzlich zu verankern, dass der notwendige Finanzbedarf des Sozialausgleiches und die Finanzierung des Zusatzbeitrages für ALG II-Empfänger sowie der weiteren Personengruppen nach § 242 Abs. 5 SGB V n. F. zumindest vollständig aus Bundesmitteln gedeckt ist, und zwar ab dem Jahr 2011. Eine Regelung ab 2015 erweckt nämlich den Eindruck, dass die Bundesregierung die Finanzierung des Solidarausgleiches auf die nächste Legislaturperiode verschieben möchte. Eine zumindest partielle Steuerfinanzierung ab 2015 müsste erst 2014 beschlossen werden.

3.2 Zum Wechsel in die PKV nach § 6 SGB V n. F.

Der SoVD verurteilt das Vorhaben der Fraktionen der CSU/CSU und FDP, den Wechsel in die PKV wieder nach einjähriger Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze zu ermöglichen.

Die bestehenden Möglichkeiten, sich der Solidargemeinschaft in der GKV zu entziehen, werden dadurch weiter verstärkt, der Ausstieg aus dem Solidaritätsprinzip wird forciert. Gerade finanziell leistungsfähige Bevölkerungsgruppen müssen ihren Anteil an der Finanzierung der GKV tragen. Sie aus ihrer Verantwortung zu entlassen, widerspricht dem Grundgedanken einer solidarischen Krankenversicherung.

Durch diese Maßnahme könnten der GKV bis zu 400 Mio. Euro jährlich an Einnahmen entzogen werden. Diese Maßnahme steht also konträr zu dem Gesetzesvorhaben, die Finanzierungsbasis der GKV zu stärken bzw. zu stabilisieren. Dazu könnten dann noch Mindereinnahmen durch das statistisch bedingte Absinken der Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2011 um voraussichtlich 400 Euro entstehen. Diese bisher noch nicht bezifferten Mindereinnahmen entstehen dadurch, dass sich der Personenkreis, der der Wechselmöglichkeit unterfällt, vergrößert.

Der SoVD fordert daher, diese Regelung zu streichen. Es muss darum gehen, allen Bürgerinnen und Bürgern den gleichen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung mit einem einheitlichen Leistungskatalog zu sichern und nicht darum, bestimmten Personengruppen, die tendenziell gesünder sind als die sozial Benachteiligten, den Wechsel aus einem Solidarsystem in das Individualsystem der PKV zu erleichtern.

3.3 Zu den die Leistungserbringer betreffenden Einzelregelungen

Die mit diesem Gesetzentwurf zu a) geplanten Ausgabenbegrenzungen sind nach unserer Ansicht zu kurz gegriffen und nicht zielführend.

Wir begrüßen, dass mit den bereits in anderen Gesetzentwürfen geplanten Änderungen im Arzneimittelbereich die dortigen Wirtschaftlichkeitspotentiale erschlossen werden sollen. Dennoch bleiben in diesem Bereich die Folgeschritte aus. Das Wirtschaftlichkeitspotential bei Arzneimitteln ist durch einfache Maßnahmen, wie z. B. der Einführung der vierten Hürde einer Kosten-Nutzen-Bewertung, der Positivliste und der Absenkung des Mehrwertsteuersatzes, weiter auszuschöpfen. Zudem befürchten wir, dass die geplanten Einsparungen in diesem Bereich zu hoch angesetzt sind. Denn die derzeit in der parlamentarischen Beratung befindlichen Änderungsanträge zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) könnten z. B. durch die Vorgabe der Kriterien für die Nutzenbewertung, durch Ausnahmeregelungen bezüglich der Orphan-Drugs die erhofften Einsparungen geringer ausfallen lassen.

Weiterhin planen die Fraktionen der CDU/CSU und FDP mit diesem Gesetzentwurf lediglich Regelungen zur Begrenzung des Ausgabenwachstums in der Vergütung der Leistungserbringer. Die vom SoVD geforderten Strukturreformen werden dagegen nicht angegangen. Wir fordern Regelungen zur wirksamen Bekämpfung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Dazu gehört unter anderem, parallele Versorgungsstrukturen durch Fachärzte im niedergelassenen und stationären Bereich auf den Prüfstand zu stellen. Damit können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen und gleichzeitig die Versorgungsstruktur insgesamt verbessert werden.

Da Strukturreformen auch langfristig Wirkung zeigen müssen, fordert der SoVD, dass der Schwerpunkt nicht nur auf der kurativen Medizin, sondern auch auf der präventiven Medizin liegen muss. Prävention verhindert Krankheiten und führt damit mittel- und langfristig zu sinkenden Behandlungskosten. Diesen Aspekt greift der Gesetzentwurf nicht auf.

Kein Einsparpotential sieht der Gesetzentwurf offensichtlich bei den Apothekern. Diese werden nicht genannt, obwohl dort Sparpotentiale durchaus vorhanden wären.

3.3.1 Zur Festschreibung der Verwaltungsausgaben nach § 4 SGB V n. F.

Während die anderen Leistungserbringer lediglich eine Begrenzung der Ausgabenzuwächse zu dem Vorhaben besteuern, dürfen die Verwaltungskosten der Krankenkassen überhaupt nicht wachsen. Dies ist aber durch die weiteren Regelungen des Entwurfes illusorisch. Es ist nämlich zu befürchten, dass das Verfahren des Sozialausgleichs sowie der Einzug der in Zukunft flächendeckenden Zusatzbeiträge zu erheblich mehr Bürokratie und damit zu Kostensteigerungen führen werden. Dies gilt auch für etwaige Lohnsummenzuwächse oder Zuwächse in der Materialbeschaffung bei den Krankenkassen. Zudem sind den Krankenkassen zugewiesene neue Aufgaben, wie z. B. Preisverhandlungen des GKV-Spitzenverbandes mit Pharmaunternehmen im Rahmen des AMNOG entsprechend zu berücksichtigen.

Kürzungen könnten dann aber z. B. durch einen Abbau der Beratungsleistung realisiert werden, da Personal eingespart und/oder Geschäftsstellen geschlossen werden. Dies würde dann aber zu Lasten der Versicherten und Patienten gehen.

Zudem kann das Nullwachstum nicht mit den überdurchschnittlich hohen Kosten der Verwaltungsausgaben in der GKV begründet werden. Es ist nämlich gerade so, dass in der GKV die Verwaltungsausgaben einen Anteil von fünf Prozent ausmachen, in der PKV jedoch zehn Prozent oder darüber.

3.3.2 Zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V n. F.

Der SoVD lehnt Einschränkungen bei den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ab. Nach § 73b SGB V n.F. dürfen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nur noch abgeschlossen werden, wenn sich der durchschnittliche Fallwert der teilnehmenden Ärzte nicht von dem durchschnittlichen Fallwert der von den kassenärztlichen Vereinigungen honorierten Hausärzte unterscheidet. Überschreitungen sind nur bei Effizienzsteigerungen etc. möglich. Die Verträge werden vom Bundesversicherungsamt dahingehend geprüft, ob diese Effizienzsteigerungen etc. prognostisch möglich sind. Zudem bleiben bisher bestehende Verträge (inkl. bereits abgeschlossener Schiedsverfahren) erhalten.

Sollen aber hausarztzentrierte Verträge qualitätssteigernd sein, müssen sie entsprechend ausgestaltet sein. Dann können sie sicherstellen, dass der so genannten sprechenden Medizin Vorrang eingeräumt wird und der Hausarzt eine Lotsenfunktion übernimmt. Das ist aber immer mit einer Mehrleistung der Ärzte verbunden. Insofern ist die Begrenzung auf den durchschnittlichen Hausarzt-Fallwert der kassenärztlichen Vereinigungen nicht zielführend. Unterschiedliche Aufgaben würden durch diese Anbindung tendenziell gleich vergütet werden. Es ist aber nicht ersichtlich, warum die Hausärzte mehr Leistungen zum gleichen Preis erbringen sollten.

Erfolge in der hausarztzentrierten Versorgung lassen sich wahrscheinlich auch eher langfristig und nicht kurzfristig messen. Es ist daher fraglich, inwiefern das Bundesversicherungsamt prognostisch Einsparungen und Effizienzsteigerungen beziffern und bewerten kann. Wirklich effizienten Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung wird durch diese Änderung ein Riegel vorgeschoben. Zudem begünstigt diese Regelung im Ergebnis die Krankenkassen, die bisher entgegen der ausdrücklichen gesetzlichen Regelung keinen Vertrag nach § 73b SGB V abgeschlossen haben.

3.3.3 Zur (zahn-)ärztlichen Vergütung nach §§ 85, 87, 87 d SGB V n. F.

Der SoVD kritisiert, dass der Gesetzentwurf den Bereich der ärztlichen und auch zahnärztlichen Vergütung nicht stärker in ihr Reformvorhaben mit einbezieht. Der Gesetzentwurf wird den, in den letzten Jahren erheblichen, Steigerungsraten in der Vergütung nicht gerecht. Es ist unzureichend, wenn sich die Bundesregierung lediglich auf Begrenzungen des Ausgabenwachstums beschränkt.

Der SoVD fordert eine umfassende Reform, die auch das bestehende Vergütungssystem umfasst. Diese Reform muss von einer Angebotsplanung hin zu einer patientenorientierten, kleinteiligen Versorgungsplanung gehen. In einer solchen Planung müssen neben demographischen auch soziale Faktoren berücksichtigt werden. Weiterhin müssen die Leistungen der einzelnen Akteure besser koordiniert und sektorübergreifend/berufsübergreifend vernetzt werden. Dies eröffnet Sparpotentiale durch die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen und sichert eine patientenzentrierte, kosteneffiziente Versorgung.

In diesem Zusammenhang nimmt der SoVD aufmerksam und besorgt zur Kenntnis, dass ein Konzept zur Konvergenz der ärztlichen Vergütung erarbeitet werden soll, ohne zu erklären, in welchem Bereich Konvergenz hergestellt werden soll. Wir befürchten, dass es im Rahmen dieses Konzeptes zu erheblichen Honorarzuwächsen kommen wird und/oder aber in hohem Maß unterschiedliche Vergütungsstrukturen entwickelt werden, ohne dabei aber die Qualität der Versorgung zu verbessern. Zudem befürchten wir, dass durch eine Konvergenz der Vergütungsregelungen die Grundlage für den Einstieg in Kostenerstattungssysteme gelegt werden soll. Wir werden diesen Prozess daher kritisch begleiten.

Zudem ist im Bereich der zahnärztlichen Vergütung dann auch noch der Bereich von Änderungen ausgeschlossen, der am stärksten die Patienten belastet: der Zahnersatz. Es besteht die Gefahr, dass ein geringes Ausgabenwachstum in anderen Bereichen mit einem stärkeren Wachstum in diesem Bereich kompensiert wird. Da die Patienten als Festbetrag aber nur einen Bruchteil der Kosten erstattet bekommen, ist zu befürchten, dass sie durch Aufzahlungen in diesem Bereich zusätzlich belastet werden würden.

3.3.4 Zur Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung

Im Bereich der Krankenhäuser planen die Fraktionen der CDU/CSU und FDP lediglich, die Ausgabenzuwächse zu begrenzen. So ist im Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag von 30 Prozent auf Mehrleistungen im Vergleich zu 2010 vorgesehen, ab dem Jahr 2012 ist der Abschlag zu vereinbaren. Das Ausmaß dieses Abschlages ist also nicht sicher. Diese Maßnahmen sind nicht zielführend. Wir fordern tatsächlich wirksame Mengenkontrolle unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs und der Qualität.

Die geplanten Maßnahmen begrenzen das Mengenwachstum dagegen nur scheinbar, ohne qualitative Regelungen zu implementieren. Zwar werden die Mehrleistungen 2011 nicht voll, aber, laut Gesetzentwurf, zumindest in betriebswirtschaftlich sinnvoller Weise vergütet. Hinzu kommt, dass das Mengenwachstum im folgenden Jahr dann wieder voll vergütet werden kann. Eine wirksame Mengenkontrolle stellt diese Regelung damit nicht dar.

Die ergänzende Ausgabenwachstumsbegrenzung auf die Hälfte des Wachstums der Grundlohnsumme könnte zu weiteren Einsparungen im Personalbereich führen und damit zu Lasten der Patienten gehen. Dabei wurde bereits in der Vergangenheit gerade im Bereich des pflegerischen Personals, auch durch Ausgliederungen, erheblich gekürzt. So wurden bereits zwischen 1998 und 2008 ca. 10 Prozent des nichtärztlichen Personals abgebaut. Weitere Kürzungen in diesem Bereich halten wir für unvertretbar.

3.4 Zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Der SoVD fordert, dass im Zusammenhang mit der Änderung des § 12 Abs. 1c Versicherungsaufsichtsgesetzes zugleich die bestehende unklare Rechtslage für privatversicherte ALG II-Empfänger geklärt werden muss. Die geplante Neuregelung führt dazu, dass privatversicherte ALG II-Bezieher von den zuständigen Trägern als Zuschuss zu ihrer Krankenversicherung den Betrag bekommen, den die Träger auch an die GKV zahlen. Der von den ALG II-Beziehern zu tragende halbe Basistarif liegt jedoch schon momentan mehr als 160 Euro über diesem Betrag. Dieser Mehrbetrag muss derzeit aus der Grundsicherung finanziert werden. Dies ist nicht hinnehmbar, da dies im Ergebnis zu einer Bedarfsunterdeckung des sozio-kulturellen Existenzminimums führt.

Zur Vermeidung dieser Unterdeckung ist es sachgerecht, dass auch ALG II-Empfänger, die in der PKV versichert sind, vor dem Hintergrund der ebenfalls nicht deckenden Beiträge für ALG II-Empfänger in der GKV nur einen Beitrag an die PKV zahlen müssen, der dem Beitrag in der GKV entspricht. Insgesamt wäre es aus Sicht des SoVD in einem zweiten Schritt zudem erforderlich, sowohl der GKV als auch der PKV zumindest die durchschnittlichen Ausgaben für einen Versicherten als Beitrag zu gewähren. Dieser Beitrag entspräche in etwa einem Betrag von ca. 250 Euro/Monat statt der aktuellen rd. 125 Euro/Monat. Es ist ordnungspolitisch völlig verfehlt, dass mit dieser Unterdeckung die GKV-Beitragszahler den Bundeshaushalt mit fast 5 Mrd. Euro jährlich entlasten. Mit einem kostendeckenden Beitragssatz könnte die von den Koalitionsfraktionen geplanten Zusatzbeiträgen im Durchschnitt um rd. 8 Euro monatlich geringer ausfallen. Dieser

erhöhte Beitrag wäre dann gegebenenfalls aus Steuermitteln zu refinanzieren, denn es dient der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Absicherung des sozio-kulturellen Existenzminimums. Schließlich kommt es durch die geplante Neuregelung zu einer Bevorteilung der PKV und deren Versicherter gegenüber der GKV. Zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit beteiligt sich der zuständige Träger an dem hälftigen Basistarif, das heißt unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages. Bei freiwillig Versicherten in der GKV wird, wie unter 3.2.2 erläutert, der Zusatzbeitrag jedoch nur im Ausnahmefall übernommen. Der Gesetzentwurf begründet diese Ungleichbehandlung nicht.

Zu dem ergibt sich bei privat Versicherten die Situation, dass zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit der durchschnittliche Zusatzbeitrag berücksichtigt wird, bei dem Bezug von ALG II wird jedoch nur auf den Betrag abgestellt, der auch der GKV zufließen würde. Damit wird dann der Zusatzbeitrag nicht mehr berücksichtigt werden.

Auch vor diesem Hintergrund fordern wir den Gesetzgeber auf, einheitliche und in sich stimmige Regelungen sowohl für PKV- wie auch für GKV-Versicherte im Bezug von ALG II bzw. zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit zu schaffen.

3.5 Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

3.5.1 Zu den Änderungsanträgen 2 und 3

Durch die Änderungsanträge 2 und 3 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0072) vom 05.10.2010 soll die bereits bestehende Kostenerstattung ausgeweitet werden.

Der SoVD lehnt Kostenerstattungsregelungen sowie deren Ausbau als Fremdkörper in der GKV generell ab. Wir sehen nach wie vor keine Gründe, die Kostenerstattungsregelungen in einer solidarischen Krankenversicherung rechtfertigen könnten. Das in der GKV geltende Sachleistungsprinzip wird durch systemfremde Kostenerstattungsregelungen schrittweise zerstört. Die Umsetzung dieses Antrages würde also neben der bestehenden Abkehr vom Prinzip der Parität nunmehr auch noch das Prinzip der Sachleistung massiv einschränken.

Im Übrigen führen schon die heute bestehenden Regelungen zu einer nicht hinnehmbaren Mehrbelastung der Patienten. Der von den Koalitionsfraktionen eingebrachte Änderungsantrag sieht für die Versicherten, wenn sie Kostenerstattung wählen, lediglich ein Anspruch auf Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung vor, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Mehrbelastung tritt dadurch ein, dass nach GOÄ in der Regel der 2,3-fache Gebührensatz in Rechnung gestellt wird. Dies geht unter anderem auch aus dem Änderungsantrag 5 hervor, der explizit von zusätzlichen Ergänzungstarifen zur Kostenerstattung spricht. Das heißt aber, dass Krankenkassen in der Regel nicht alle Kosten übernehmen. Die Zielsetzung der Änderungsanträge ist ganz offensichtlich, dass sowohl den Leistungserbringern höhere Einnahmen, als auch der PKV zusätzliche Geschäftsfelder durch Zusatzversicherung verschafft werden sollen. Diese

Zusatzversicherung könne nur bei privaten Versicherungs-unternehmen abgeschlossen werden.

Im Übrigen wäre aber auch der 5-prozentige Verwaltungsabschlag in dieser Höhe rechtfertigungsbedürftig. Verwaltungskosten erhöhen sich nicht generell mit der Höhe der Rechnung, eine prozentuale Koppelung wäre schon aus diesem Grunde nicht gerechtfertigt. Verwaltungskosten müssten, wenn überhaupt, pauschal erhoben werden. Im Übrigen könnten Verwaltungskosten aber besser in die Prämie eingepreist werden. Dies entspräche auch dem Interesse der Patienten. Denn dieser muss bereits vorher wissen, welcher Betrag auf Grund von Verwaltungskosten nicht erstattet wird. In diesem Zusammenhang wäre es natürlich patientenfreundlicher, diese „versteckten“ Zusatzkosten in die Berechnung der Prämie einzubeziehen.

Der SoVD erkennt die Notwendigkeit der derzeitigen Praxis, dass ein Teil des bisherigen Verwaltungsabschlages auf Grund fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfungen erfolgte. Diese Notwendigkeit bleibt aber auch mit den Regelungen des Änderungsantrages bestehen. Eine Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der medizinischen Notwendigkeit ist auch danach nicht gewährleistet. Denn der Patient wird oftmals nicht wissen, welche Leistungen nebeneinander abgerechnet werden können und ob diese Leistungen auch tatsächlich erbracht wurden, ob sie notwendig sind und ob bestimmte Leistungen in einer Praxis gehäuft erbracht werden. Auch bei Tarifen zur Kostenerstattung besteht damit die Gefahr der Unwirtschaftlichkeit. Diese mangelnde Prüfmöglichkeit darf aber nicht den Patienten in Form eines Verwaltungsabschlages belasten. Vielmehr zeigt diese Problematik, dass Kostenerstattungsregelungen die bisher bestehenden Kontrollmechanismen aushebeln. Der Vergleich zwischen GKV und PKV zeigt zudem, dass im Bereich der PKV die Leistungsausgaben seit Jahren wesentlich stärker gestiegen sind als bei der GKV.

Im Übrigen befürchten wir, dass neben dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit auch der Aspekt der Qualitätssicherung Schaden nimmt. Denn bei Kostenerstattungsregelungen ist keinesfalls gesichert, dass zum Beispiel im Bereich der Hilfsmittel tatsächlich vorrangig die Qualität und nicht der Preis berücksichtigt wird.

Sollten derartige Regelungen eingeführt werden, ist es erforderlich, dass es bei stationären Behandlungen zu einer zügigen Bestätigung der Kostenübernahme kommt. Vor allem im Bereich der PKV wird dies teilweise anders gehandhabt. Dies ist aber ein unverantwortlicher Umgang mit der Gesundheit der Patienten. Weiterhin befürchten wir, dass generell die Erstattung der Kosten erhebliche Zeit in Anspruch nehmen wird. Das heißt, die Patienten wären über einen längeren Zeitraum vorleistungspflichtig. Sollte die Möglichkeit der Kostenerstattung tatsächlich ausgebaut werden, so fordern wir, dass zumindest die Bewilligung und die Erstattung binnen 14 Tagen erfolgen.

Ob und inwieweit, wie es der Antrag beschreibt, eine eingehende Information des Patienten zu den höheren Kosten überhaupt tatsächlich erfolgen kann, beurteilen wir äußerst kritisch. Im Zweifel wird, da es, im Gegensatz zum bisherigen § 13 SGB V, keinen schriftlichen Nachweis über das Beratungsgespräch mehr geben soll, der Patient schwer nachweisen können, dass er nicht über die volle Höhe der Eigenleistung

aufgeklärt wurde. Vor dem Hintergrund eines patientenzentrierten Gesundheitswesens und den Bestrebungen, die Rechte der Patienten zu stärken, ist dies nicht hinnehmbar.

Schließlich würden durch die flächendeckende Anwendung solcher Regelungen das komplette System der vertraglichen Beziehungen in der GKV sowie das System der ärztlichen Honorierung ausgehebelt werden. Der Patient wäre dann Vertragspartner des Arztes und würde von den Krankenkassen eine nachträgliche Rechnungserstattung erhalten. Momentan ist dem Arzt eine sofortige Rechnungserstellung außerhalb der GOÄ unmöglich, da er seinen individuellen Punktwert, der den Rechnungsbetrag mitbestimmt, nicht kennt. Die bisherige Honorierung wäre damit vollkommen neu zu gestalten, wenn nicht nach GOÄ abgerechnet werden soll. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wären als Vertragspartner weitgehend überflüssig.

Zudem erachten wir, wenn es schon Kostenerstattungstarife geben soll, die verkürzten Kündigungsfristen von drei Monaten, bei § 13 SGB V n. F., und einem Jahr für den Kostenerstattungstarif nach § 53 SGB V n. F. als nicht sachgerecht. Die Krankenkassen würden schon wegen der häufigen Wechsellmöglichkeiten Schwierigkeiten haben, die Wahltarife vernünftig zu kalkulieren. Es ist zu befürchten, dass gesunde Patienten zunächst Kostenerstattungstarife wählen, um dann im Bedarfsfall zügig in das Solidarsystem zurückkehren zu können bzw. die Behandlung so lange aufschieben, bis eine Rückkehr ins Solidarsystem möglich ist.

Im Übrigen können Kostenerstattungsregelungen generell nicht mit mehr Transparenz und einer Kostendämpfung begründet werden. Zum einen gibt es dafür keine Beweise, zum anderen kann vermutet werden, dass sich dies auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirkt. Wir befürchten, dass medizinisch notwendige Leistungen wegen der Eigenbeteiligung nicht in Anspruch genommen werden. Das Versorgungsniveau würde sinken.

Der SoVD sieht den Ausbau der Tarife zur Kostenerstattung als Weg hin zu einer Drei-Klassen-Medizin. Privat Versicherte würden am besten behandelt werden. Danach diejenigen, die Tarife mit Kostenerstattung wählen und zurückbleiben würden diejenigen, die sich solche Tarife nicht leisten können. Sie müssten noch längere Wartezeiten in Kauf nehmen.

Im Übrigen ist der Begriff Kostenerstattung irreführend, denn richtigerweise ist dies dann nur eine Teilkostenerstattung und deshalb schlagen wir vor, sollte die Koalition daran festhalten, dies dann auch durchgehend im Gesetzentwurf bzw. in dem Änderungsantrag so zu benennen.

Schließlich ist es für den SoVD unverständlich, dass nun nichtmehr die Aufsichtsbehörde, sondern ein Wirtschaftsprüfer die Tragfähigkeit der Tarife prüfen soll. Sachgerecht ist es, die zuständige Aufsichtsbehörde in ihren Kompetenzen zu stärken. Auch sie wäre in der Lage, die Tarife versicherungsmathematisch zu prüfen. Das BVA hat die Kompetenz, eine Quersubventionierung dieser Tarife mit dem allgemeinen Haushalt zu verhindern. Bisher gibt es im Übrigen keinen Beleg dafür, dass eine solche Quersubventionierung tatsächlich stattgefunden hat.

3.5.2 Zum Änderungsantrag 5

Mit diesem Änderungsantrag wird festgelegt, dass Krankenkassen Zusatzversicherungen vermitteln können, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen. Dazu gehören insbesondere Ergänzungstarife zur Kostenerstattung.

Schon wegen unserer grundsätzlichen Bedenken gegen Regelungen zur Kostenerstattung lehnen wir die daraus resultierende Neuregelung ab.

Aber auch inhaltlich ist die Änderung des bestehenden § 194 SGB V nicht notwendig. Denn bereits bisher ist den Krankenkassen die Vermittlung von Zusatzverträgen erlaubt. § 194 Abs. 1a SGB V enthält schon heute eine nicht abschließende Aufzählung, unter die auch diese Verträge fallen würden.

Im Übrigen nimmt es der SoVD mit Sorge zur Kenntnis, dass durch die Änderung statuiert wird, dass eine vollständige Kostenerstattung bei Kostenerstattungstarifen scheinbar nicht zum gesetzlichen Krankenversicherungsschutz gehören soll. Denn der Änderungsantrag beschreibt die Ergänzungstarife ausdrücklich als den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzend. Dieser Änderungsantrag zeigt, dass ein geplanter weiterer Ausbau der von uns abgelehnten Kostenerstattungsregelung dergestalt erfolgen würde, dass die GKV nicht die vollen Kosten einer medizinisch notwendigen Behandlung trägt. Das wiederum würde massiv die einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen, die Rentnerinnen und Rentner, die Arbeitslosen und die behinderten Menschen betreffen.

In ihrer Gesamtheit betrachtet zeigen die Änderungsanträge der Fraktion der CDU/CSU und FDP zur Kostenerstattung, wohin sich die GKV entwickeln könnte, wenn diese Vorhaben nicht gestoppt werden. Soll nämlich die vollständige Kostenerstattung nicht mehr Umfang eines gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes sein, so stellt dies nichts anderes dar, als eine Verkürzung des generell einheitlichen Leistungsumfanges der GKV. Eine Verkürzung des Leistungsumfanges, der dazu führt, dass die GKV in Zukunft nur noch eine Grundversorgung auf niedrigem Niveau bietet. Die Absicherung weiterer Risiken müsste dann über die PKV erfolgen. Gesundheitliche Risiken würden zunehmend privatisiert. Die grundgesetzliche, sozialpolitische Aufgabe des Staates kann so aber nicht erfüllt werden. Daher warnt der SoVD ausdrücklich davor, diese Änderungsanträge anzunehmen und das Tor zu einer solchen Entwicklung, die sich die Mehrheit der Bevölkerung gerade nicht wünscht, zu öffnen.

3.5.3 Zum Änderungsantrag 4

Begrüßen kann der SoVD nur, dass die Fraktionen der CDU/CSU und FDP mit diesem Antrag die Vergütungsregelungen für pädiatrische Spezialambulanzen zur Vermeidung einer Unterfinanzierung zeitlich verlängert. Parallel dazu muss aber der Druck aufgebaut werden, entsprechende Vergütungsvereinbarungen dann auch tatsächlich abzuschließen, damit es nicht bei einer gesetzlichen Regelung bleibt, die nicht mit Leben erfüllt ist.

4. Zum Antrag zu b)

Der SoVD stellt, ebenso wie die Antragssteller, fest, dass die Belastung der Versicherten des GKV-Systems stetig zugenommen hat, die der Arbeitgeber jedoch nicht in demselben Maße. Diese Situation ergibt sich auch in der Pflegeversicherung. Dies ist in hohem Maße ungerecht und verletzt ein weiteres Mal den Grundsatz der Parität. Die Ursachen dafür liegen, wie es auch die Antragssteller feststellen, unter anderem in der Nichtberücksichtigung höherer Einkommen und der Entwicklung der Lohnquote am Volkseinkommen. Hinzukommt, dass durch Selbstbeteiligung, Zu- und Aufzahlungen, Leistungsausgrenzungen, usw. die Parität immer weiter zu Gunsten der Arbeitgeberseite verschoben wurde.

Um diese Ungerechtigkeiten zu vermeiden, sollen die bestehenden Systeme der Kranken- und der Pflegeversicherung zu solidarischen Bürgerversicherungen weiterentwickelt werden. Dieses Bemühen wird von uns unterstützt werden. Durch eine Bürgerversicherung kann verhindert werden, dass durch einseitige Belastungen die Solidarsysteme endgültig zerstört bzw. durch eine Kapitaldeckung Risiken privatisiert werden.

Der SoVD unterstützt die Forderung der Antragsteller, jeden Bürger und jeder Bürgerin ohne Vorbedingungen den Zugang zu medizinischen und pflegerischen Leistungen zu gewähren, die am Bedarf des Einzelnen orientiert sind. Die entsprechenden Leistungen müssen dabei stets als Sachleistungen erbracht werden und müssen einem für alle gültigen, das medizinisch Notwendige umfassenden und den Fortschritt berücksichtigenden Leistungskatalog entsprechen. Nur eine derartige medizinische Versorgung ist diskriminierungsfrei in jeglicher Hinsicht und beseitigt die heute bestehende Mehrklassenmedizin.

Zum Konzept einer Bürgerversicherung gehört für die Antragssteller wie auch für den SoVD die generelle Versicherungspflicht der hier lebenden Wohnbevölkerung. Nur dadurch kann die umfassende gesamtgesellschaftliche Solidarität zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen erreicht werden, die prägend für die sozialen Sicherungssysteme sind. Damit einhergehen muss die Auflösung des GKV-PKV-Dualismus in Deutschland. Für den SoVD bedeutet das, dass die bisherigen PKV-Versicherten schrittweise in die GKV integriert werden sollten.

Entgegen der Auffassung der Antragssteller hält es der SoVD aber nicht für erforderlich, einen eigenständigen Versicherungsanspruch ab der Geburt zu garantieren. Der SoVD hält an dem bestehenden Konzept der Familienmitversicherung fest. Eine Bewertung, ob sich aus diesen divergierenden Ansichten tatsächliche Unterschiede ergeben, muss aber einem ausführlichen Gesetzentwurf vorbehalten bleiben.

Der SoVD unterstützt die Antragsteller auch darin, dass sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung die paritätische Finanzierung unter Berücksichtigung der Zu- und Aufzahlungen, der Leistungsausgrenzungen, usw. wiederhergestellt werden muss. Nur dadurch können auch die Arbeitgeber ihrer Verantwortung gerecht werden. Sie haben ein Interesse an der Gesundheit der Arbeitnehmer, denn dies drückt sich in einer stärkeren Leistungsfähigkeit aus.

Zudem müssen neben den arbeitsbezogenen Einkünften auch die kapitalbezogenen Einkünfte z.B. aus Vermögen, Vermietung und Verpachtung verbeitragt werden. Nur dies kann nämlich die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit realitätsgerecht abbilden. Nur diese Leistungsfähigkeit ist einer jeden Beitragsbemessung zu Grunde zu legen. Klein- und Kleinstanleger müssen durch die Einführung von Freibeträgen bzw. Freigrenzen geschützt werden.

Zur Vereinheitlichung der Beitragsbemessung in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung halten wir es für erforderlich, die Beitragsbemessungsgrenze schrittweise an die Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung anzupassen. Ob eine perspektivische Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze, wie es die Antragssteller fordern, vor dem Hintergrund des Äquivalenzprinzips erfassungsrechtlich Bestand hat, wagen wir zu bezweifeln.

Wir unterstützen auch die Forderung nach einem einheitlichen Beitragssatz und einer Beibehaltung der Umlagefinanzierung. Besonders die Umlagefinanzierung ist ein Bestandteil der Solidarität zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen. Mit den Antragsstellern setzten wir uns zudem für eine Reform des Morbi-RSA ein. Auch wir erkennen an, dass die gesundheitlichen Risiken innerhalb der jeweiligen Krankenkassen unterschiedlich verteilt sind und deswegen ein zielgenauerer Finanzausgleich geschaffen werden muss. Neben der Berücksichtigung der Erkrankungsschwere fordern wir aber, dass auch Aspekte der jeweiligen Präventionsanstrengung der einzelnen Krankenkasse in den Morbi-RSA mit einfließen müssen. Denn Leistungen der Prävention stärken langfristig die Gesundheit. Das ist im Sinne des Morbi-RSA aber kontraproduktiv, da gesündere Mitglieder zu geringeren Zuweisungen führen.

Ob und inwieweit aus ordnungspolitischer Sicht im Rahmen solidarischer Kranken- und Pflege-Bürgerversicherungen nur gesetzliche Versicherungen die erforderlichen Leistungen erbringen dürfen, ist eher zweitrangig. Maßgeblich ist allein, dass die sich an der Bürgerversicherung beteiligenden Versicherungen den selben Rahmenbedingungen (keine Risikoselektion, Umlageverfahren, paritätische Beitragsfinanzierung, einheitlicher Leistungskatalog, Sachleistungsprinzip...) unterwerfen.

Schließlich stimmt der SoVD mit den Antragsstellern darin überein, dass im Bereich der Pflege der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert werden muss, um für alle Menschen mit Pflegebedürftigkeit ein möglichst hohes Maß an Teilhabe und Selbstbestimmung zu sichern. Daneben ist auch eine kontinuierliche Anpassung der Pflegesätze erforderlich.

5. Fazit

Der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP würde erneut vorrangig und einseitig Versicherte sowie Patientinnen und Patienten belasten. Am stärksten betroffen sind dabei die sozial Benachteiligten sowie die Rentnerinnen und Rentner.

Diese Belastungen würden nicht oder nur marginal sozial ausgeglichen. Den erforderlichen Sozialausgleich trägt die Versichertengemeinschaft auch noch teilweise selbst.

Der Gesetzentwurf wendet sich vom Prinzip der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung ab. Kostensteigerungen tragen allein die Versicherten. Die besser Verdienenden in der GKV dürften wieder schneller in die PKV wechseln.

Unwirtschaftliche Strukturen werden nicht beseitigt. Eine Reform der Versorgungsstruktur wird nicht in Angriff genommen. Es bleibt lediglich bei der Begrenzung des Ausgabenwachstums in den Jahren 2011 und 2012. Zu befürchten ist darüber hinaus, dass die geplante Änderung der ärztlichen Vergütung durch das Konvergenzkonzept zu erneuten, überdurchschnittlichen Honorarzuwächsen in der Zukunft führen wird.

Die Vorschläge des SoVD zur Gestaltung einer solidarischen Krankenversicherung, die allen Bürgerinnen und Bürgern einen gleichberechtigten Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Medizin sichert, zeigen dagegen wirksame Alternativen zu den Regelungen dieses Gesetzentwurfes auf.

Die zur nachhaltigen Finanzierung der GKV unbedingt erforderliche Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung wird in dem Gesetzentwurf nicht berücksichtigt.

Wir fordern den Gesetzgeber nachdrücklich auf, diesen Gesetzentwurf in seiner jetzigen Form nicht umzusetzen.

Dementsprechend lehnen wir auch die Änderungsanträge zu dem Gesetzentwurf ab. Eine Ausnahme hierzu bildet nur der Antrag 4, der die Finanzierung der pädiatrischen Spezialambulanzen sichern möchte.

Der Antrag zu b) fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf zur Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung in der Kranken- und in der Pflegeversicherung vorzulegen. Die dabei zu berücksichtigenden Leitlinien entsprechen im Wesentlichen den Anforderungen des SoVD an eine Reform der Kranken- und Pflegeversicherung. Wir können den Antrag daher in seinen wesentlichen Elementen mittragen.

Berlin, den 15. Oktober 2010
DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik