

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

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

A. Problem und Ziel

Deutschland hat ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung bietet. Das deutsche Gesundheitssystem gewährleistet auch im internationalen Vergleich eine hohe Qualität der Leistungen. Damit dies so bleibt, muss das deutsche Gesundheitssystem jetzt vor allem im Hinblick auf eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung weiterentwickelt werden.

Zum einen besteht ein unmittelbarer Handlungsbedarf im Hinblick auf das anderenfalls für das Jahr 2011 zu erwartende Defizit in Höhe von bis zu 11 Mrd. Euro. Dieses Defizit würde beim heutigen Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Krankenkassen vor große Schwierigkeiten stellen.

Die Reform ist zudem notwendig, um die strukturellen Probleme des heutigen Finanzierungssystems im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung zu beheben. Damit die Leistungsfähigkeit und die Qualität der medizinischen Versorgung trotz des steigenden Anteils älterer Menschen und der Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts auch weiterhin erhalten werden kann, muss damit begonnen werden, die Finanzierungsgrundlagen für die GKV auf eine solide Basis zu stellen. Seit vielen Jahren wachsen die Ausgaben der GKV schneller als die beitragspflichtigen Einnahmen. Steigende Beitragssätze führen zu steigenden Lohnkosten und gefährden damit Arbeitsplätze. Konjunkturelle Schwankungen führen zu einer Instabilität auf der Einnahmeseite der GKV. Zur Bewältigung dieser Probleme sollen die Arbeitgeberbeiträge festgeschrieben und es soll die Einkommensabhängigkeit der Beiträge vermindert werden.

Eine nachhaltige Finanzierung kann darüber hinaus nur in einem System mit einem funktionierenden Wettbewerb gelingen. Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, das heutige Finanzierungssystem der GKV wettbewerbsfreundlicher auszugestalten. Dies setzt unverzerrte Preissignale und eine Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen voraus. Zudem ist ein funktionsfähiger Sozialausgleich notwendig, der dafür sorgt, dass jede Bürgerin und jeder Bürger unabhängig von der persönlichen finanziellen Situation über einen guten Krankenversicherungsschutz verfügt, der ihm im Krankheitsfall eine hochwertige Gesundheitsversorgung garantiert. Über den Sozialausgleich wird die so wichtige Solidarität mit denjenigen hergestellt, die nur über begrenzte finanzielle Mittel verfügen.

Die Menschen sollen auch in Zukunft auf eine gute medizinische Versorgung auf Basis des medizinischen Fortschritts vertrauen können. Hierfür ist es erforderlich,

- die Ausgaben zu stabilisieren,
- die Finanzierung auf eine solide Basis zu stellen,
- die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb zu schaffen und
- für einen zielgenauen und gerechten Sozialausgleich zu sorgen.

B. Lösung

1. Begrenzung der Ausgaben

Eine Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung kann nicht nur die Einnahmeseite betrachten, sondern muss mit notwendigen Maßnahmen auf der Ausgabeseite verbunden sein. Die Leistungserbringer und die Krankenkassen müssen ihren Teil zur Konsolidierung beitragen. Ausgabensteigerungen werden dort begrenzt, wo das verantwortbar ist, ohne dass dies zu Leistungseinschränkungen oder Qualitätsverlusten führt. In folgenden Bereichen werden mit diesem Gesetz ab 2011 die Ausgaben stabilisiert:

- Die Verwaltungskosten der Krankenkassen dürfen in den nächsten beiden Jahren im Vergleich zum Jahr 2010 nicht ansteigen.
- Für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen), wird ein Abschlag festgelegt, dessen Höhe im Jahr 2011 bei 30 Prozent liegt und der ab 2012 vertraglich zu vereinbaren ist.
- Die Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürfen in den Jahren 2011 und 2012 lediglich in Höhe der halben statt der vollen Grundlohnrate wachsen.
- Durch verschiedene Regelungen wird der Ausgabenzuwachs bei der Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung in den Jahren 2011 und 2012 insgesamt begrenzt. Kostenrisiken aus Preiserhöhungen und bestimmten Mengenzuwächsen werden ausgeschlossen. Medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklungen der sogenannten extrabudgetär zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen werden begrenzt.
- Das Vergütungsniveau in der hausarztzentrierten Versorgung wird begrenzt. Es gilt Vertrauensschutz für Verträge, die bis zum Kabinettsbeschluss rechtsgültig sind.
- Die Punktwerte und Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der für das jeweilige Jahr festgestellten Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen.

2. Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

Um die Krankenversicherung langfristig zu stabilisieren, die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb zu schaffen und die Bedingungen für die Erhaltung versicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse zu verbessern, sind Maßnahmen auf der Einnahmeseite erforderlich:

- Die vor dem Hintergrund der Wirtschafts- und Finanzkrise mit Steuermitteln im Jahr 2009 erfolgte vorübergehende Absenkung des Beitragssatzes der Krankenkassen um 0,6 Prozentpunkte läuft zum Jahresende 2010 aus. Damit wird der paritätisch finanzierte Beitragssatz für Arbeitgeber und Arbeitneh-

mer wieder auf 14,6 Prozent – wie vor der Senkung durch das sogenannte Konjunkturpaket II – angehoben zuzüglich des mitgliederbezogenen Beitragsanteils von 0,9 Prozentpunkten.

- Der Arbeitgeberbeitrag wird auf der Höhe von 7,3 Prozent festgeschrieben. Damit wird der Automatismus durchbrochen, dass Ausgabensteigerungen zwangsläufig zu steigenden Lohnkosten führen.
- Unvermeidbare, über die Einnahmeentwicklung hinausgehende, Ausgabensteigerungen werden durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert. Kassenindividuell festgelegte, sozial ausgeglichene einkommensunabhängige Zusatzbeiträge dienen darüber hinaus der Sicherung einer guten Versorgung, die auch den medizinischen Fortschritt berücksichtigt.
- Die Krankenkassen erhalten mit der Weiterentwicklung des Zusatzbeitrags wieder mehr Finanzautonomie. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wirkt als transparentes Preissignal. Er verleiht den gesetzlichen Krankenkassen Spielräume, um gute Verträge zu gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können. Mit der Weiterentwicklung des Zusatzbeitrags wird die für eine wettbewerbliche Ausrichtung unerlässliche Beitragsflexibilität gewährleistet.

3. Gerechter Sozialausgleich

Damit die Beitragszahler vor einer unverhältnismäßigen Belastung geschützt sind, wird ein unbürokratischer und gerechter Sozialausgleich eingeführt. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens erfolgt ein Sozialausgleich. Die Umsetzung findet für Arbeitnehmer direkt bei den Arbeitgebern und für Rentner bei den Rentenversicherungsträgern statt, indem der einkommensabhängige Beitrag entsprechend reduziert wird.

Diese Regelung ist im Rahmen der EDV-gestützten Abrechnung von Löhnen, Gehältern und Renten leicht handhabbar, denn der Ausgleich wird automatisch durchgeführt. Der Sozialausgleich erfolgt aus Bundesmitteln. In den Jahren 2011 bis 2014 kann der Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt werden.

Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung des Sozialausgleichs weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden. Die Höhe dieser Zahlungen wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt. Dies bedeutet den Einstieg in einen gerechteren Ausgleich, denn ein steuerfinanzierter Sozialausgleich berücksichtigt die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit aller Bürgerinnen und Bürger.

Der Gesetzentwurf sieht neben kurzfristig wirksamen Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung und Einnahmenverbesserung bei den Krankenkassen nachhaltig wirksame strukturelle Maßnahmen zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung und eines funktionsfähigen Wettbewerbs vor. Diesem Ziel dient insbesondere die schrittweise Einführung von Zusatzbeiträgen in Verbindung mit einem gerechten und unbürokratischen Sozialausgleich.

C. Alternativen

Keine.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind mit finanziellen Auswirkungen vor allem für die GKV verbunden. Weitere finanzielle Auswirkungen ergeben sich für Bund, Länder und Gemeinden sowie für die gesetzliche Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit.

1. Bund

Der Bund wird als Arbeitgeber durch die Anhebung des einheitlichen Beitragsatzes um rund 15 Mio. Euro belastet. Die Mehrausgaben sind in den jeweiligen Einzelplänen aufzufangen. Zudem wird der Bund im Jahr 2011 um rund 200 Mio. Euro durch die Erhöhung der von ihm zu tragenden Beiträge von Beziehern von Arbeitslosengeld II im Bereich des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) sowie durch Beteiligung an der knappschaftlichen Rentenversicherung (jährlich rund 25 Mio. Euro) und an den Erstattungen gegenüber der Rentenversicherung für Renten- und Beitragslasten aus den ehemaligen Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der DDR (jährlich rund 5 Mio. Euro) belastet. Die überwiegenden Mehrkosten fallen somit im Bereich des SGB II an und hängen in den folgenden Jahren von der tatsächlichen Entwicklung der Zahl der Hilfebedürftigen ab.

Durch die Beitragssatzanhebungen entstehen für den Bund im Bereich der Ausgaben für Wehr- und Zivildienstleistende Mehrausgaben in einem niedrigen einstelligen Millionenbetrag. Durch die ausgabenbegrenzenden Regelungen im Bereich der Beihilfe entstehen Minderausgaben, die sich ebenfalls in einem niedrigen einstelligen Millionenbereich bewegen.

Die ausgabenbegrenzenden Regelungen dieses Gesetzes führen im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zu einer finanziellen Entlastung des Bundes beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte für den Bund von rund 7,5 Mio. Euro im Jahr 2011 bzw. rund 8,4 Mio. Euro im Jahr 2012.

Der Sozialausgleich wird in den Jahren 2011 bis 2014 aus Mitteln der Liquiditätsreserve finanziert.

Die Anhebung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung verursacht Steuerausfälle, weil die Arbeitnehmerbeiträge als Sonderausgaben abziehbar sind. Die jährlichen Steuermindereinnahmen betragen schätzungsweise 590 Mio. Euro (Bund ca. 250 Mio. Euro, Länder ca. 250 Mio. Euro, Gemeinden ca. 90 Mio. Euro), bei der Einkommensteuer sowie rund 30 Mio. Euro beim Solidaritätszuschlag (jeweils volle Jahreswirkung). Die Erhöhung der Arbeitgeberbeiträge führt zu einem höheren Betriebsausgabenabzug und somit ebenfalls zu Steuerausfällen. Zu berücksichtigen ist aber, dass die Arbeitgeber bestrebt sind, die Mehrkosten zu kompensieren. In welchem Umfang dies gelingt, lässt sich nicht abschätzen. Eine aussagefähige Bezifferung der tatsächlichen Steuermindereinnahmen ist somit nicht möglich.

Zu den für den Bund durch die Regelung dieses Gesetzes entstehenden Vollzugsaufwand siehe unter Bürokratiekosten.

2. Länder und Gemeinden

Die Länder und Gemeinden werden als Arbeitgeber durch die Anhebung des einheitlichen Beitragsatzes um jährlich rund 145 Mio. Euro und durch die Beteiligung der Länder an kleineren Systemen um jährlich rund 25 Mio. Euro belastet.

Zu den für Länder und Gemeinden durch die Regelung dieses Gesetzes entstehenden Vollzugsaufwand siehe unter Bürokratiekosten.

Durch die ausgabenbegrenzenden Regelungen im Bereich der Krankenhausfinanzierung entstehen Ländern und Gemeinden im Rahmen der Beihilfe Entlastungen in geringem nicht quantifizierbarem Umfang.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes wird die gesetzliche Krankenversicherung durch höhere Beitragseinnahmen und ausgabenbegrenzende Regelungen finanziell entlastet.

Jährliche Mehreinnahmen in einer Größenordnung von rund 6,3 Mrd. Euro ab dem Jahr 2011 ergeben sich für die GKV aus der Erhöhung des einheitlichen Beitragssatzes um 0,6 Beitragssatzpunkte. Aus der Erleichterung des Wechsels gesetzlich versicherter Personen in die private Krankenversicherung können sich grob geschätzt ab 2011 jährliche Mindereinnahmen in einer Größenordnung von rund 200 Mio. Euro ergeben. Zusammen mit den im Haushaltsbegleitgesetz 2011 (Bundratsdrucksache 532/10) vorgesehenen aus der Bereitstellung eines weiteren Bundeszuschusses von 2 Mrd. Euro resultierenden Mehreinnahmen ergeben sich im Jahr 2011 Mehreinnahmen der GKV in Höhe von rund 8 Mrd. Euro.

Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung des Sozialausgleichs weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden.

Durch ausgabenbegrenzende Maßnahmen bei Leistungserbringern und Krankenkassen ergeben sich aus diesem Gesetz folgende Einsparungen:

- Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen auf das Niveau 2010 rund 300 Mio. Euro in 2011 und zusätzlich rund 300 Mio. Euro in 2012;
- Begrenzung des Preisanstiegs der Fallpauschalen für akutstationäre Leistungen und Begrenzung des Anstiegs der Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die Hälfte der Grundlohnrate rund 150 Mio. Euro in 2011 und zusätzlich rund 300 Mio. Euro in 2012;
- Mehrleistungsabschläge bei Krankenhäusern rund 350 Mio. Euro in 2011, rund 270 Mio. Euro ab 2012;
- Begrenzung des Anstiegs der zahnärztlichen Vergütung für Zahnbehandlung auf die Hälfte der Grundlohnrate rund 20 Mio. Euro in 2011, zusätzlich rund 40 Mio. Euro in 2012;
- Durch die Begrenzung der Vergütungen im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung werden Mehrausgaben in einer Größenordnung von bis zu 500 Mio. Euro vermieden.

Zusammen mit den ausgabenbegrenzenden Regelungen im Bereich der Arzneimittel- und Impfstoffversorgung, die im Rahmen des Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 29. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) sowie des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Bundestagsdrucksache 17/2413) geregelt werden, ergeben sich für die GKV im Jahr 2011 Einsparungen in einer geschätzten Größenordnung von rund 3,5 Mrd. Euro und rund 4 Mrd. Euro in 2012.

4. Soziale Pflegeversicherung

Aus der Erleichterung des Wechsels gesetzlich krankenversicherter Personen aus der sozialen Pflegeversicherung in die private Pflege-Pflichtversicherung können sich ab 2011 grob geschätzt Mindereinnahmen von rund 40 Mio. Euro ergeben.

5. Gesetzliche Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung steigen die Ausgaben infolge der Anhebung des paritätisch finanzierten einheitlichen Beitragssatzes um rund 660 Mio. Euro im Jahr 2011, die bis zum Jahr 2014 auf rund 680 Mio. Euro jährlich aufwachsen.

6. Bundesagentur für Arbeit

Die Mehrausgaben für die Krankenversicherung der Arbeitslosengeldbezieher nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (Haushalt der Bundesagentur für Arbeit) wegen der Anhebung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes belaufen sich im Jahr 2011 auf rund 120 Mio. Euro. Die Mehrkosten in den folgenden Jahren hängen von den tatsächlichen Entwicklungen am Arbeitsmarkt ab.

7. Gesetzliche Unfallversicherung

Wegen der Anhebung des paritätisch finanzierten einheitlichen Beitragssatzes steigen im Jahr 2011 die Ausgaben um rund 3,5 Mio. Euro und verharren dann auf diesem Niveau.

E. Sonstige Kosten

Die Arbeitgeber tragen Veränderungen des paritätisch finanzierten Beitragssatzniveaus der bei ihnen beschäftigten Arbeitnehmer zur Hälfte. Die jährliche Belastung der Unternehmen entspricht bei einer Erhöhung des Beitragssatzniveaus um insgesamt 0,6 Beitragssatzpunkte einer Größenordnung von ca. 2 Mrd. Euro. Weitere finanzielle Auswirkungen auf die Wirtschaft und insbesondere auch auf mittelständische Unternehmen entstehen mit diesem Gesetz nicht.

Gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer werden in ihrer Gesamtheit durch die Erhöhung des paritätisch finanzierten Beitragssatzniveaus in ähnlichem Umfang belastet wie die Arbeitgeber. Für gesetzlich krankenversicherte Rentner entspricht das Belastungsvolumen der Belastung der gesetzlichen Rentenversicherung.

Aus der Anhebung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes auf das vor dem 1. Juli 2009 geltenden Niveau ergeben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Belastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

F. Bürokratiekosten

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält folgende Informationspflichten, die geringe Bürokratiekosten für die Wirtschaft oder Verwaltung verursachen:

Den Arbeitgebern entstehen aufgrund der Durchführung des Sozialausgleichs für den Zusatzbeitrag der Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung und hieraus resultierenden neuen Meldepflichten Mehrbelastungen durch den

erforderlichen Verwaltungsaufwand. Die Mehrkosten aufgrund regelmäßiger Datenmeldungen an die Krankenkassen belaufen sich auf ca. 3 Mio. Euro jährlich. Die einmaligen Umstellungskosten im Rahmen der Softwareanpassung können nicht gesondert beziffert werden. Für die eigentliche Durchführung des Sozialausgleichs werden in den nächsten Jahren allenfalls sehr geringe Kosten anfallen, die jedoch perspektivisch steigen werden. Aufgrund der Umsetzung des Sozialausgleichs im Rahmen EDV-gestützter Abrechnungen werden diese Kosten jedoch als gering eingeschätzt.

Den Sozialversicherungsträgern sowie der Bundesagentur für Arbeit und der Künstlersozialkasse entstehen aufgrund der Durchführung des Sozialausgleichs für den Zusatzbeitrag der Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung geringe Mehrbelastungen durch den erforderlichen Verwaltungsaufwand. Für die Versicherten erfolgt der Ausgleich bei der Beitragsberechnung durch den Arbeitgeber grundsätzlich automatisch.

Mit einer Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) wird vorgegeben, dass Mehrleistungsabschläge in der Rechnung der Krankenhäuser gesondert auszuweisen sind. Der bürokratische Aufwand hierfür ist als äußerst gering einzustufen, da die Rechnungslegung in den Krankenhäusern über die Krankenhausinformationssysteme automatisch erfolgt und die Informationspflicht durch eine einmalige Umprogrammierung der Krankenhausinformationssysteme umgesetzt werden kann, die zudem bereits im Jahr 2009 aufgrund des geltenden § 4 Absatz 2a KHEntgG erforderlich war.

Die Neuregelungen bei den hausarztzentrierten Verträgen sehen vor, dass die Krankenkassen den für sie zuständigen Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder, einen von ihr geschlossenen Hausarztvertrag vorzulegen haben. Bislang war eine solche Vorlagepflicht nur gegenüber den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder vorgesehen. Eine relevante Mehrbelastung für die Krankenkassen entsteht hierdurch aber nicht.

Beim Bundesversicherungsamt entstehen zusätzliche Aufwendungen für Personal- und Sachmittel. Der Mehrbedarf soll finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 11 ausgeglichen werden.

Mit den Regelungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung werden zwei Informationspflichten für die Verwaltung (Krankenkassen und Bundesversicherungsamt) geändert.

Für die Bürgerinnen und Bürger entstehen keine Bürokratiekosten.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, 21. Oktober 2010

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Prof. Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

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

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium der Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKR
ist als Anlage 2 beigefügt.

Die Stellungnahme der Bundesregierung zur Stellungnahme des Nationalen
Normenkontrollrates ist als Anlage 3 beigefügt

Der Bundesrat hat in seiner 875. Sitzung am 15. Oktober 2010 gemäß Artikel 76
Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus
Anlage 4 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates
wird nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen



Anlage 1

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

Der Text des Gesetzentwurfs und der Begründung ist gleich lautend mit dem Text auf den Seiten 8 bis 40 der Bundestagsdrucksache 17/3040.

Anlage 2

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates

Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) hat den Entwurf des Gesetzes auf Bürokratiekosten geprüft, die durch Informationspflichten begründet werden.

Mit dem Regelungsentwurf werden sieben Informationspflichten für die Wirtschaft neu eingeführt. Für Bürgerinnen und Bürger wird eine Informationspflicht erweitert. Für die Verwaltung werden 13 Informationspflichten neu eingeführt.

Das Vorhaben enthält insbesondere eine neue Struktur zur Finanzierung der Krankenkassen. Hierbei soll die Begrenzung der Zusatzbeiträge aufgehoben und gleichzeitig ein angemessener Sozialausgleich gewährleistet werden.

Der Schwerpunkt der Bürokratiekosten liegt in der Durchführung des Sozialausgleichs. Intention des Ressorts ist hierbei, den Sozialausgleich ohne Antrag des Anspruchsberechtigten durchzuführen und dabei den individuellen Zusatzbeitrag selbst nicht zu kürzen. So soll der Zusatzbeitrag als transparentes Preissignal wirken und den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stärken. Dieses Ziel muss nach Auffassung des NKR zu zusätzlichen bürokratischen Belastungen insbesondere bei Arbeitgebern und Rentenversicherungsträgern führen. Einsparmöglichkeiten innerhalb des gesetzten Rahmens sind dem NKR nur in begrenztem Umfang ersichtlich.

Das Ressort hat die Bürokratiekosten, die den Arbeitgebern entstehen, abgeschätzt. Für die Modellrechnung ist das Ressort von einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 20 Euro ausgegangen, der erst in mehreren Jahren erreicht werden könnte. Für die Durchführung des Sozialausgleichs und damit zusammenhängende Meldungen entstehen den Arbeitgebern laut Ressort jährliche Bürokratiekosten in Höhe von insgesamt 5,5 Mio. Euro. Hinzu kommt bereits im Jahr 2011 ein einmaliger Umstellungsaufwand für die Softwareanpassung.

Der NKR ist der Auffassung, dass insbesondere Kleinstunternehmen und Arbeitgeber von Beschäftigten mit mehreren beitragspflichtigen Einkommen zusätzlich belastet werden.

Zunächst müssen alle Arbeitgeber prüfen, ob ihre Arbeitnehmer Anspruch auf Sozialausgleich haben. Bei positivem Ergebnis muss dieser Sozialausgleich vom Arbeitgeber berechnet werden. Das Ressort ist der Auffassung, dass diese Schritte automatisiert in den Entgeltabrechnungsprogrammen der Unternehmen ablaufen. Dies ist grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings ist hierbei zu bedenken, dass zahlreiche Arbeitgeber, insbesondere Kleinstunternehmer, weder ein elektronisches Entgeltprogramm nutzen noch auf einen Steuerberater zurückgreifen. In diesem Fall entsteht zusätzlicher Aufwand für die Prüfung des Anspruchs auf Sozialausgleich und dessen eventuelle manuelle Berechnung. Dieser Aufwand wurde vom Ressort bislang noch nicht angemessen gewürdigt.

Im Übrigen entsteht den Arbeitgebern ein nicht unerheblicher Umstellungsaufwand. Dieser Aufwand wurde vom Ressort

nicht beziffert, da die einmaligen Umstellungskosten im Rahmen der Softwareanpassung für das Jahr 2012 in die Wartungsverträge der Softwareunternehmen mit eingerechnet werden.

Weitere Bürokratiekosten kommen auf alle Arbeitgeber zu, die Arbeitnehmer mit mehreren beitragspflichtigen Einkommen beschäftigen. Jeder dieser Arbeitgeber muss eine gesonderte Meldung (sog. DEÜV-Meldung) an die Krankenkasse abgeben, in der er unter anderem das beitragspflichtige Arbeitsentgelt angeben muss. Diese Meldung verursacht laut Ressort Bürokratiekosten in Höhe von rund 3 Mio. Euro netto. Der NKR bittet zu prüfen, ob diese Meldung durch bereits bestehende Meldungen ersetzt werden kann. So sieht das derzeitige ELENA-Verfahren eine monatliche Meldung des Entgeltdatensatzes vor. Denkbar wäre, die Struktur dieses Verfahrens so fortzuentwickeln, dass ein eng definierter Teil des Datensatzes an die Krankenkasse direkt übermittelt wird.

Auf der Grundlage der übermittelten Daten prüft die Krankenkasse im Anschluss, ob und wie ein Sozialausgleich durchgeführt werden muss. Das Ergebnis der Prüfung teilt die Kasse den Arbeitgebern durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung mit. Nach Schätzung des Ressorts entstehen den Arbeitgebern für das Verarbeiten der Rückmeldung der Krankenkasse Bürokratiekosten von rund 290 000 Euro. Dieser Schätzung wurden 600 000 Fälle und ein Zeitaufwand von einer Minute zugrunde gelegt. Dem NKR ist noch nicht ersichtlich, wie die Übernahme der Daten aus den Rückmeldungen der Krankenkassen in die Entgeltabrechnungsprogramme der Unternehmen erfolgen soll. Auch ist noch nicht erkennbar, wie die Rückmeldung an die Unternehmen erfolgen wird, die keine Entgeltabrechnungsprogramme verwenden und auf keinen Steuerberater zurückgreifen, sondern bislang für ihre Meldungen an die Krankenkassen eine Ausfüllhilfe im Internet nutzen.

Zusätzlich zur Durchführung des Sozialausgleichs werden die Unternehmen in die Sanktionsregelungen einbezogen. Wenn ein Arbeitnehmer mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags längere Zeit säumig ist, informiert die Krankenkasse den Arbeitgeber. Dieser setzt dann die Durchführung des Sozialausgleichs aus. Das Ressort hat aufgrund fehlender Fallzahlen modellhaft geschätzt, dass bei 300 000 Fällen den Arbeitgebern hierdurch Bürokratiekosten in Höhe von rund 722 000 Euro entstehen könnten.

Mittelfristig können weitere Bürokratiekosten auf die Wirtschaft zukommen. Es kann Fälle geben, in denen der Anspruch des Arbeitnehmers auf Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Mitgliedsbeitrags beglichen werden kann. Der Arbeitgeber ist dann verpflichtet, den Arbeitnehmer einmalig in geeigneter schriftlicher Form (z. B. in der Verdienstbescheinigung) darauf hinzuweisen, dass das Mitglied einen Antrag auf Beitragserstattung bei der zuständigen Krankenkasse stellen kann. Daneben hat der Arbeitgeber

die zuständige Krankenkasse zu informieren. Laut Ressort können diese Fälle bei Zusatzbeiträgen unter 50 Euro pro Monat nicht entstehen. Da das Ressort in den nächsten Jahren nicht mit derartigen Zusatzbeiträgen rechnet, hat es den Aufwand hierzu nicht dargestellt. Dies ist nachvollziehbar. Sollte der Zusatzbeitrag 50 Euro jedoch überschreiten, entstehen somit gegenüber der obigen Kostenschätzung zusätzliche Bürokratiekosten. In diesen Fällen ist dann auch mit zahlreichen Rückfragen der Arbeitnehmer an ihre Arbeitgeber zu rechnen, die entsprechend Zeit in Anspruch nehmen.

Der NKR weist darauf hin, dass bei den oben beschriebenen Prozessen den Rentenversicherungsträgern, der Bundesagentur für Arbeit, der Künstlersozialkasse und den Krankenkassen ebenfalls zusätzliche Bürokratiekosten entstehen.

Den Arbeitnehmern entsteht ebenfalls zusätzlicher bürokratischer Aufwand. Sie müssen ihrem Arbeitgeber weitere sozialversicherungspflichtige Einnahmen mitteilen. Dieser Aufwand muss noch quantifiziert werden.

Das Ressort legt in der Begründung zum Referentenentwurf kurz dar, dass perspektivisch für den Anspruch auf Sozialausgleich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und nicht nur das sozialversicherungspflichtige Einkommen berücksichtigt werden soll. Dies könnte nach Auffassung des NKR bedeuten, dass perspektivisch nicht mehr die Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger den Sozialausgleich durchführen können, da ihnen wesentliche Daten über das Vermögen der Kassenmitglieder nicht vorliegen. Der Rat bittet daher im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu erläutern, inwiefern das vorliegend gewählte System des Sozialausgleichs wieder geändert werden müsste.

Der NKR bittet das Ressort, die noch offenen Fragen soweit wie möglich vor Kabinettdebatte, spätestens bis zum Beginn des parlamentarischen Verfahrens zu klären. Daneben wird das Ressort gebeten, die Regelungen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich Sozialausgleich drei Jahre nach Inkrafttreten zu evaluieren.

Anlage 3

Stellungnahme der Bundesregierung zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates

Zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates (NKR) vom 20. September 2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) nimmt die Bundesregierung wie folgt Stellung:

Die Bundesregierung hat sich im Hinblick auf die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) darauf verständigt, die Zusatzbeiträge weiter zu entwickeln, die Beitragsautonomie der Krankenkassen zu stärken, die Lohnzusatzkosten schrittweise von den Gesundheitskosten zu entkoppeln und jenen Bürgerinnen und Bürgern einen sozialen Ausgleich zu gewähren, die durch die Entrichtung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge überfordert werden. Darüber hinaus war es ein zentrales Anliegen, den Sozialausgleich so weit wie möglich automatisch durchzuführen und durch die Gewährung des Sozialausgleichs die Preistransparenz des Zusatzbeitrags nicht zu beeinträchtigen.

Die Bundesregierung ist im Hinblick auf ein möglichst effizientes Verfahren im Rahmen einer sorgfältigen und differenzierten Prüfung zu dem Ergebnis gekommen, dass es keine alternativen Verfahren gibt, die das gleiche Ziel (Durchführung eines Sozialausgleichs ohne Antragsverfahren und ohne preisverzerrende Wirkung auf den Zusatzbeitrag) mit weniger Aufwand erreichen. Hier konstatiert auch der Nationale Normenkontrollrat, dass „Einsparmöglichkeiten innerhalb des gesetzten Rahmens dem NKR nur in begrenztem Umfang ersichtlich“ sind. Auch der NKR kann daher kein Verfahren erkennen, das dem von der Bundesregierung vorgeschlagenen Verfahren zur Durchführung eines Sozialausgleichs überlegen wäre. Diese Feststellung ist für die Gesamtbeurteilung des von der Bundesregierung vorgeschlagenen Verfahrens von zentraler Bedeutung.

Bei der administrativen Durchführung des Sozialausgleichs durch die Arbeitgeber ist zudem zu berücksichtigen, dass es sich lediglich um eine einfache Rechenoperation handelt. Findet ein Sozialausgleich statt, dann tritt an die Stelle des Beitragssatzanteils des Arbeitnehmers von 8,2 Prozent der Beitragssatzanteil in Höhe von 10,2 Prozent, von dem sodann der bundeseinheitlich für das ganze Jahr feststehende durchschnittliche Zusatzbeitrag subtrahiert wird, um den Arbeitnehmeranteil zu ermitteln. Diese einfache Rechenoperation ist auch administrativ und von Kleinstunternehmern zu bewältigen.

Die Softwarekosten sind überschaubar, jedoch nicht präzise bezifferbar. Gegenüber heute sind zwei einfache Formeln zur Beitragsberechnung bei Durchführung des Sozialausgleichs einzubauen. Die Fortführung in den Folgejahren ist unkompliziert, weil lediglich der sich einmal pro Jahr ändernde durchschnittliche Zusatzbeitrag eingepflegt werden muss. Der damit verbundene Aufwand liegt erheblich nied-

riger als in einem System mit kassenindividuellen Beitragsätzen.

Bei den Ausführungen des NKR ist zudem zu bedenken, dass die Kosten der Durchführung des Sozialausgleichs nur einen äußerst geringen Anteil an den gesamten, für den Sozialausgleich erforderlichen Aufwendungen ausmachen werden. Die administrativen Kosten sind daher als gering anzusehen.

Zu den grundsätzlichen Anmerkungen des NKR zu den potenziellen Belastungen der Arbeitgeber ist festzuhalten, dass die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge in Verbindung mit der Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags in den nächsten Jahren zu einer deutlichen finanziellen Entlastung der Arbeitgeber führen wird. So werden die Arbeitgeber bei der in der Stellungnahme des NKR aufgeführten Höhe des Zusatzbeitrags von 20 Euro/Monat gegenüber einer Finanzierung auf Basis des geltenden Rechts um ca. 4 Mrd. Euro entlastet. Auch vor diesem Hintergrund scheint es zum einen sachgerecht, die Versicherten der GKV von der zusätzlichen Last eines Antragsverfahrens zur Gewährung des Sozialausgleichs so weit möglich zu befreien und zum anderen zumutbar, die Arbeitgeber mit einem einstelligen Millionenbetrag (ca. 1 Promille der Entlastung) bei der Durchführung des Sozialausgleichs zu belasten.

Diesen vergleichsweise geringfügigen Belastungen der Arbeitgeber stehen im Übrigen neben der Entlastung durch die Abkopplung der Arbeitskosten von steigenden Gesundheitskosten weitere Entlastungen im Bereich der Abwicklung der Abrechnungen gegenüber: Zukünftig teilen die Krankenkassen in den Fällen des Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze durch das Zusammentreffen von mehreren sozialversicherungspflichtigen Entgelten den beteiligten Arbeitgebern die anteiligen Gesamtsozialversicherungsbeiträge mit. Hier wurde bisher allein auf Antrag des Arbeitgebers oder des Beschäftigten eine anteilige Beitragserstattung durchgeführt. In Fällen, in denen Entgelte aus mehreren geringfügigen Beschäftigungen bei verschiedenen Arbeitgebern zusammen zu rechnen und nach den besonderen Vorschriften der Gleitzone zu verbeitragen sind, teilt die Krankenkasse zukünftig den beteiligten Arbeitgebern jeweils den korrekten anteiligen Beitrag mit. Auch dies war bislang ein aufwändiges Verfahren, welches häufig durch die in der Stellungnahme des NKR besonders angesprochenen Kleinstarbeitgeber durchgeführt werden musste.

Die Antwort auf die Prüfbitte des NKR, in wie weit bei Fällen mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen die gesonderte DEÜV-Meldung durch Rückgriff auf das ELENA-Verfahren ersetzt werden könnte, hängt entscheidend davon ab, wie sich die weitere Fortentwicklung des ELENA-Verfahrens gestaltet. Die gewünschte Prüfung muss vor diesem Hintergrund zunächst zurückgestellt werden.

Hinsichtlich der Feststellung bezüglich zusätzlicher bürokratischer Pflichten der Arbeitnehmer (Mitteilung, ob wei-

tere beitragspflichtige Einnahmen vorliegen) ist darauf hinzuweisen, dass eine solche Verpflichtung grundsätzlich bereits heute besteht. Außerdem sieht das vorgeschlagene antragslose Verfahren für die Mitglieder der GKV lediglich einen Bruchteil der Nachweispflichten vor, die anderenfalls aus einem Antragsverfahren resultieren würden. Auch hier ergibt sich die Bewertung der auferlegten Pflichten aus der Unterlegenheit möglicher Alternativen.

Bei der angesprochenen perspektivischen Änderung des Sozialausgleichs nach Maßgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit handelt es sich – in der Fassung der Kabinettsvorlage vom 20. September 2010 – um einen Prüfauftrag in der Gesetzesbegründung. Eine entsprechende Regelung wird die Arbeitgeber voraussichtlich nur insofern betreffen, als sie dort die Fallzahl lediglich reduzieren wird. Inwieweit sich Veränderungen bei den Krankenkassen ergeben werden, lässt sich derzeit noch nicht absehen.

Nach Auffassung der Bundesregierung gilt es zu beurteilen, ob ein Verfahren existiert, mit dem ein Sozialausgleich zeitnah, weitgehend antragslos, in den weit überwiegenden Fällen automatisch und unschädlich hinsichtlich der Preissignalwirkung der Zusatzbeiträge etabliert werden könnte, welches gleichzeitig mit geringeren Belastungen der Arbeitgeber einher ginge als das vorgeschlagene Verfahren. Die Bundesregierung kann – ähnlich wie der NKR – kein Verfahren erkennen, das dem im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Verfahren überlegen wäre. Daher hält die Bundesregierung an den dafür vorgesehenen Regelungen fest.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird die vom NKR als klärungsbedürftig gekennzeichneten Kosten insbesondere im Zusammenhang mit der Durchführung des Sozialausgleichs zeitnah unter Beteiligung des NKR abschätzen und rechtzeitig zum parlamentarischen Verfahren nachreichen.

Anlage 4

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 875. Sitzung am 15. Oktober 2010 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. **Zu Artikel 1 Nummer 1**

(§ 4 Absatz 4 Satz 3a – neu – und Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 1 ist § 4 Absatz 4 wie folgt zu ändern:

a) Nach Satz 3 ist folgender Satz einzufügen:

„Satz 2 gilt nicht, soweit Mehrausgaben auf Grund der Durchführung der Sozialwahlen 2011 oder der Einstellung oder Übernahme von Auszubildenden durch die Krankenkassen entstehen.“

b) In Satz 5 sind die Wörter „Die Sätze 2 und 3“ durch die Wörter „Die Sätze 2, 3 und 3a“ zu ersetzen.

Begründung

Zu Buchstabe a

§ 4 Absatz 4 Satz 2 SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfs sieht für die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen eine Begrenzung für die Jahre 2011 und 2012 vor. Hiervon auszunehmen sind Mehrausgaben, die aufgrund der Durchführung der Sozialversicherungswahlen im Jahr 2011 zu Lasten der Krankenkassen anfallen. Die Verwaltungskostenbudgetierung soll nicht zu Lasten der Auszubildenden der Krankenkassen gehen. Daher sind Verwaltungsmehrausgaben für die Einstellung und Übernahme von Auszubildenden aus sozial- und arbeitsmarktpolitischen Gründen ebenfalls von der Verwaltungskostenbegrenzung auszunehmen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung.

2. **Zu Artikel 1 Nummer 2a – neu –**

(§ 8 Absatz 1 Nummer 3 letzter Halbsatz SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. In § 8 Absatz 1 Nummer 3 letzter Halbsatz werden nach dem Wort „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ die Wörter „oder wegen Befreiung nach Nummer 2“ eingefügt.“

Begründung

§ 8 Absatz 1 Nummer 3 SGB V sieht derzeit eine Befreiungsmöglichkeit von der Versicherungspflicht bei einer Reduzierung der Arbeitszeit nur dann vor, wenn vorher für mindestens fünf Jahre Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestand. Damit werden Personen nicht erfasst, die vor der Niederkunft privat krankenversichert waren und sich wegen einer Teilzeittätigkeit für die Dauer der Elternzeit von der Pflicht zur Versicherung gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 2 SGB V haben befreien lassen. Sie werden

vielmehr versicherungspflichtig, wenn sie nach Ablauf der Elternzeit ihre Teilzeitbeschäftigung fortsetzen.

Um den beruflichen Wiedereinstieg dieser Personen-Gruppe zu fördern, soll diese Regelung in der Weise ergänzt werden, dass bei der Berechnung der für eine Befreiung geforderten fünf Jahre auch Zeiträume der Befreiung von der Versicherungspflicht während der Elternzeit nach § 8 Absatz 1 Nummer 2 SGB V berücksichtigt werden.

Dadurch wird bewirkt, dass bisher privat versicherte Teilzeitbeschäftigte während der Elternzeit in der privaten Versicherung verbleiben können, nach der Elternzeit jedoch nur, wenn sie vorher fünf Jahre lang versicherungsfrei waren, sei es, dass die Versicherungsfreiheit aus der Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder aus der Befreiung nach § 8 Absatz 1 Nummer 2 SGB V während der Elternzeit herrührte. Auf diese Weise wird einerseits dem Zweck des Gesetzentwurfs – nämlich der Befreiung von der Versicherungspflicht nur bei fehlender Schutzbedürftigkeit – und andererseits dem Interesse privat Versicherter, Brüche in der Krankenversicherung zu vermeiden, Rechnung getragen.

3. **Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe d**

(§ 71 Absatz 4 Satz 1 und 3 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe d ist wie folgt zu fassen:

„d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird ... > wie Gesetzentwurf <.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Sie können zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen.““

Begründung

Die Änderung erfolgt analog zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe c des Gesetzentwurfs sowie § 94 Absatz 1 Satz 3 SGB V. Dort ist ebenfalls geregelt, dass bei der Beanstandungsmöglichkeit von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses die Beanstandungsfrist von zwei Monaten unterbrochen wird, wenn die Aufsicht im Rahmen der Prüfung zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen benötigt. Die Frist ist so lange unterbrochen, bis die Auskünfte eingegangen sind.

Die Fristunterbrechung ist deshalb auch für die Beanstandung aller anderen Vergütungsverträge erforderlich, weil die Aufsichtsbehörden im Rahmen der Prüfung häufig Informationen und Stellungnahmen von den Vertragsparteien anfordern müssen. Nach der aktuellen Gesetzeslage wird die Frist von zwei Monaten dann nicht unterbrochen, was teilweise zu Schwierigkeiten führt, die Frist einhalten zu können.

4. Zu Artikel 1 Nummer 5a – neu –
(§ 75 Absatz 6a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 5a einzufügen:

„5a. In § 75 wird nach Absatz 6 folgender Absatz 6a eingefügt:

„(6a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken im Rahmen ihrer Aufgaben gemäß Absatz 1 mit den örtlich zuständigen Berufszulassungsbehörden und Heilberufekammern zusammen. Sie sind befugt, den genannten Stellen Mitteilung zu machen, sofern ihnen Erkenntnisse vorliegen, die für die Berufsausübung eines Arztes in berufsrechtlicher oder approbationsrechtlicher Hinsicht von Bedeutung sind. Dies gilt insbesondere bei Verstößen gegen die Berufsordnung oder bei Umständen, die Zweifel an der beruflichen Zuverlässigkeit oder Würdigkeit oder der gesundheitlichen Eignung des Arztes im Sinne von § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 der Bundesärzteordnung begründen.““

Begründung

Der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung stellt – ungeachtet des Versichertenstatus der einzelnen Patienten – ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut dar. Er kann nur gewährleistet werden, wenn die zuständigen Stellen die insoweit notwendigen Maßnahmen ergreifen können. Dies bedingt zunächst deren unverzügliche Kenntnis über entsprechende Sachverhalte.

Es ist unabdingbar, dass jeder Leistungserbringer über eine hinreichende persönliche Eignung verfügt. Im Falle eines Verlustes derselben muss die Information der betroffenen Stellen sichergestellt sein. Dies gilt insbesondere, wenn sich ein Leistungserbringer eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung seines Berufes ergeben könnte (vgl. § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 der Bundesärzteordnung (BÄO), § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG), § 2 Absatz 1 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) oder in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung seines Berufes ungeeignet ist (vgl. § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 BÄO, § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ZHG, § 2 Absatz 1 Nummer 4 PsychThG).

Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Er hat insbesondere die in den Heilberufekammergesetzen der Länder und in der Berufsordnung der jeweils zuständigen Heilberufekammer näher geregelten Pflichten zu erfüllen und Verbote zu beachten.

Die fachliche Geeignetheit des Leistungserbringers erfordert insbesondere eine erfolgreiche Ausbildung, eine abgeschlossene Weiterbildung und bzw. oder besondere Kenntnisse und Erfahrungen bezogen auf die Ausführung bestimmter Leistungen. Die Befugnis zur Weiterbildung setzt die fachliche und persönliche Eignung des Leistungserbringers voraus.

Jeder Leistungserbringer ist zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihm erbrachten Leistungen verpflichtet (vgl. § 135a Absatz 1 SGB V). Bedingt

die Ausführung und Abrechnung bestimmter Leistungen den Nachweis über eine besondere Qualifikation, darf der Leistungserbringer diese erst erbringen, nachdem er über die entsprechende Genehmigung verfügt. Die Berechtigung zur Erbringung solcher Leistungen endet, wenn die diesbezügliche Genehmigung beispielsweise im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen (vgl. §§ 135, 136 SGB V) widerrufen bzw. entzogen wird.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben als Berufsaufsichtsbehörden, sind die Heilberufekammern und die Approbationsbehörden der Länder darauf angewiesen, Informationen über Umstände zu erhalten, die Zweifel an der Würdigkeit, Zuverlässigkeit oder gesundheitlichen Eignung eines Heilberufsangehörigen oder den Verdacht von Berufspflichtverletzungen begründen können. Im Hinblick auf den Gesundheitsschutz der Bevölkerung müssen die genannten Stellen durch frühzeitige Information in die Lage versetzt werden, die erforderlichen berufsrechtlichen oder approbationsrechtlichen Maßnahmen gegen einen Heilberufsangehörigen einzuleiten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können durch ihre Tätigkeit in den Besitz derartiger Informationen gelangen. Es ist daher notwendig, den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Befugnis zu geben, derartige berufsaufsichtlich relevante Informationen an die zuständigen Berufsaufsichtsbehörden weiterzuleiten.

5. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 87 Absatz 9 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 sind in § 87 Absatz 9 Satz 2 nach dem Wort „Bundestag“ die Wörter „und den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder“ einzufügen.

Begründung

Die Länder haben ein großes Interesse daran, über das Konzept des Bewertungsausschusses für eine schrittweise Konvergenz der Vergütung zeitnah informiert zu werden. Gründe dafür sind unter anderem, dass

- die Länder bei möglichen gesetzlichen Änderungen über den Bundesrat beteiligt sind und dafür das notwendige Hintergrundwissen haben müssen,
- die Umsetzung der Regelungen auf Bundesebene durch die Selbstverwaltungspartner vor Ort erfolgen muss und
- in der Einzelbegründung des Gesetzentwurfs zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 87) explizit die Rede davon ist, dass regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden müssen. Diese sind insbesondere auf Landesebene relevant.

Vor diesem Hintergrund ist eine Übersendung des Konzeptes durch das Bundesministerium für Gesundheit auch an die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder erforderlich.

6. Zu Artikel 1 Nummer 8
(§ 87d Absatz 4 Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 sind in § 87d Absatz 4 Satz 5 nach dem Wort „Früherkennungsmaßnahmen“ die Wörter „,stationersetzende Leistungen, Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln, Leistungen aus Disease-Management-Programmen“ einzufügen.

Begründung

Eine pauschale Begrenzung der extrabudgetären Gesamtvergütung ist nicht zielführend, da eine Begrenzung dieser Leistungen im ambulanten Bereich in verschiedenen Bereichen nicht gewollt ist. Zudem würde dies zu Mehrausgaben, nicht zu Einsparungen führen. Dies gilt insbesondere für das ambulante Operieren, welches in den letzten Jahren in einigen Ländern besonders gefördert und ausgebaut wurde. Hierdurch werden durchweg teurere stationäre Operationen vermieden. Zudem wird z. B. mit der Dialyse besonderen Versorgungsbedürfnissen Rechnung getragen. In diesen Bereichen ist eine Beschränkung nicht erwünscht.

7. Zur Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur**I. Der Bundesrat stellt fest:**

- a) Die Sicherstellung einer hochwertigen medizinischen Versorgung ist einer der Grundpfeiler der Daseinsvorsorge.
- b) Eine stabile Finanzierungsgrundlage ist wesentliche Voraussetzung für die gleichbleibend hohe Qualität der ambulanten ärztlichen Behandlung. Sie ist von besonderer Bedeutung und Wirkung für Regionen, welche vom demographischen Wandel früher und stärker betroffen sind als andere Regionen. Die demographischen Veränderungen, gekennzeichnet durch den zunehmenden Anteil von älteren und morbidem Versicherten, sind Faktoren, deren Einfluss auf die zu schaffenden Voraussetzungen für die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung stetig zunehmen wird. Insofern sind bei der regionalen Verteilung der Mittel zur Honorierung der Ärzte – wie beim Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen – morbiditätsadjustierte Kriterien zunehmend zu berücksichtigen.
- c) Ein zentrales Merkmal des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) ist, dass die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko tragen. Sie tragen alle finanziellen Lasten, die sich aus der Erbringung notwendiger vertragsärztlicher Leistungen ergeben. Diesem Auftrag folgend basiert die Finanzierung vertragsärztlicher Leistungen durch die Krankenkassen seit dem Jahre 2009 auf zwei Säulen: Dem im Wesentlichen einheitlichen Punktwert und einem als Behandlungsbedarf bezeichneten Faktor, mit welchem die Morbidität der Versicherten berücksichtigt wird. Diese Finanzierungssystematik führt schrittweise auf den Weg der vom Gesetzgeber gewollten Angleichung der vertragsärztlichen Vergütung im Bundesgebiet.
- d) Diese Verlagerung der Ausgabensteigerung aufgrund erhöhter Krankheitskosten wegen zunehmender Krankheitshäufigkeit und -schwere der insgesamt alternden Bevölkerung auf die Krankenkassen ist konsequent, da auch die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen morbiditätsorientiert erfolgen. Als Werkzeug dafür dient der – weiter zu entwickelnde – morbi-

tätsorientierte Risikostrukturausgleich. Er ist geeignet, vergleichbare Bedingungen im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander zu sichern.

- e) Eine zeitweilige Aussetzung dieser systemisch konsistenten Prinzipien des GKV-WSG auf der Seite der ärztlichen Vergütung, wie sie gemäß Artikel 1 Nummer 8 des Gesetzentwurfs (§ 87d SGB V) vorgesehen ist, darf nicht zur Umgehung der grundsätzlich zielführenden morbiditätsadjustierten Honorargestaltungskriterien führen. Gerechtfertigte Honorarsteigerungen in der Vergangenheit, die auf einer neuen Bewertung von morbiditätsorientierten Indikatoren beruhen, dürfen auch bei einer Kostendämpfung nicht nachträglich endgültig rückgängig gemacht werden. Dieser Bedingung wird der Bewertungsausschuss bei der Bestimmung des regionalen Anpassungsfaktors seine besondere Aufmerksamkeit zu widmen haben.
 - f) Nichts anderes gilt für die Erstellung eines Konzepts für die schrittweise Konvergenz der Vergütungen gemäß Artikel 1 Nummer 7 (§ 87 Absatz 9 SGB V). Eine zukünftige Honorarreform muss dazu führen, regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur in einem ausreichenden Maße zu berücksichtigen, um allen Versicherten – auch in strukturschwachen Gebieten wie etwa in Ostdeutschland – eine angemessene Leistung zu garantieren und Leistungserbringern dafür eine anreizadäquate Vergütung zu gewähren.
- II. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf,**
- a) dafür Sorge zu tragen, dass bei der Veränderung der Vergütung für das Jahr 2011 unter dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung den objektiven Notwendigkeiten der Finanzierung vertragsärztlicher Leistungen für ältere und morbidere Menschen aufgrund regional unterschiedlicher demographischer Entwicklungen im Bundesgebiet Rechnung getragen wird,
 - b) sicherzustellen, dass die in verschiedenen Regionen durch die Honorarreform erzielten Angleichungseffekte auch unter dem Gesichtspunkt einer zeitweiligen Kostendämpfung zumindest erhalten, möglichst aber verbessert werden; dies könnte durch die Ergänzung von Rahmenvorgaben zu dem Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Bestimmung eines regionalen Anpassungsfaktors erfolgen,
 - c) klarzustellen, dass die Erstellung eines Konzepts für die schrittweise Konvergenz der Vergütungen in gleicher Weise auf Kriterien aufsetzen muss, welche die infolge der demographischen Veränderungen sich ergebende absolute Höhe des Morbiditätsniveaus als auch seine weitere Entwicklung berücksichtigen,
 - d) bis zum Wirksamwerden dieses Konzepts zu verhindern, dass eine dauerhafte Abkoppelung der Entwicklung des ärztlichen Honorars von der Morbiditätsstruktur der Versicherten im jeweiligen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung

möglich wird, damit dem sich aus den demographischen Besonderheiten ergebenden höheren Versorgungsbedarf, trotz drohendem Ärztemangel in immer mehr ländlichen Regionen, Rechnung getragen werden kann,

- e) klarzustellen, dass die Rückkehr zur morbiditätsorientierten Honorarverteilung – unabhängig von dem zu erstellenden Konzept für die schrittweise Konvergenz der Vergütungen – spätestens im Jahre 2012 zu erfolgen hat, da sonst ein Dissens zwischen Refinanzierung der Krankenkassen und Weitergabe der Mittel an die Leistungserbringer erfolgt.

8. Zu Artikel 1 (§ 106 Absatz 2 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im laufenden Gesetzgebungsverfahren, abweichend von der jetzt im Gesetzentwurf zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) vorgesehenen Optionsregelung in § 106 Absatz 2 SGB V zwingend zu regeln, dass die Prüfungsstelle gegen Erstattung des Aufwands auch mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen in vertraglichen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. SGB V beauftragt wird.

Begründung

Die Prüfungsstelle soll generell gegen Erstattung des Aufwands auch die Prüfung der Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen in vertraglichen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. SGB V durchführen. Nur so wird sichergestellt, dass die Ärztinnen und Ärzte bei der Prüfung der Verordnungen innerhalb und außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung gleichgestellt werden. Zugleich wird damit der Aufbau teurer Doppelstrukturen vermieden.

Ohne eine zwingende gesetzliche Vorgabe ist zu befürchten, dass eine einvernehmliche Beauftragung durch die Vertragspartner in vielen Fällen nicht realisierbar ist.

9. Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 221b SGB V)

- a) Bislang sieht der Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes in Artikel 1 Nummer 16 (§ 221b SGB V) vor, dass der geplante Sozialausgleich bis einschließlich 2014 ohne zusätzliche Bundesmittel finanziert werden soll. Die Höhe der Bundesmittel ab 2015 soll im Jahr 2014 festgelegt werden. Regelungen für den Fall, dass die vorhandenen Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, aus denen gemäß Artikel 1 Nummer 25 des Gesetzentwurfs auch der Sozialausgleich gedeckt werden soll, für die Jahre 2012 bis 2014 nicht ausreichen sollten, sind nicht getroffen worden.
- b) Der Bundesrat bittet deshalb, im weiteren Gesetzgebungsverfahren in Artikel 1 Nummer 16 (§ 221b SGB V) konkrete Angaben zur künftigen nachhaltigen Finanzierung des Sozialausgleichs ab 2015 durch Bundesmittel aufzunehmen. Zudem sind bereits jetzt Regelungen für den Fall vorzusehen, dass die Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds schon vor 2015 nicht zur Finanzierung des Sozialausgleichs ausreichen sollten.

Begründung

Die Finanzierung des Sozialausgleichs ist mit der derzeitigen Regelung in Artikel 1 Nummer 16 (§ 221b SGB V) des Gesetzentwurfs nicht hinreichend gesichert. Der ab 2015 vorgesehene Bundeszuschuss wird von der Höhe her nicht näher bestimmt. Aufgrund der bestehenden Defizite im Bundeshaushalt ist nicht vorhersehbar, woher diese zusätzlichen Mittel für einen Sozialausgleich kommen sollen. Falls keine ausreichenden Bundesmittel zur Verfügung stehen, ist eine Diskussion über eine Anhebung der Belastungsgrenze von 2 Prozent auf 3 oder 4 Prozent zu erwarten. Für die Jahre 2012 bis 2014 ist der Sozialausgleich ohne zusätzliche Bundesmittel abzuwickeln. Es ist fraglich, ob und wie dies möglich ist. Bislang fehlt eine Regelung zur Finanzierung für den Fall, dass die Mittel nicht ausreichen sollten.

10. Zu Artikel 1 Nummer 18 Buchstabe b (§ 242 Absatz 6 Satz 1a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 18 Buchstabe b ist in § 242 Absatz 6 nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

„Satz 1 gilt für Bezieher laufender Leistungen nach dem dritten bis neunten Kapitel des Zwölften Buches mit der Maßgabe, dass der Verspätungszuschlag in der Höhe auf die Summe der letzten zwei fälligen Zusatzbeiträge, höchstens aber 15 Euro, begrenzt ist.“

Begründung

Da Empfänger von Leistungen nach dem dritten bis neunten Kapitel SGB XII über nicht ausreichende Finanzmittel verfügen, ist die Festsetzung eines geringeren Verspätungszuschlags für diese Personen sinnvoll. Dies führt einerseits dazu, dass die Höhe des Verspätungszuschlags angemessen bleibt und insoweit eine geringere Gefahr besteht, dass die Betroffenen sich verschulden, andererseits besteht eine ausreichende Sanktionsregelung fort. Auch ein Mindestbetrag in Höhe von 30 Euro ist für diese Personengruppe überhöht. Vielmehr ist der Verspätungszuschlag anhand des fälligen Zusatzbeitrags – begrenzt durch die Summe der letzten zwei fälligen Zusatzbeiträge, höchstens jedoch 15 Euro – zu ermitteln.

11. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 242b Absatz 6 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 19 sind in § 242b Absatz 6 die Wörter „oder deren Zusatzbeitrag nach § 251 Absatz 6 vollständig von Dritten getragen oder gezahlt oder nach dem dritten Kapitel des Zwölften Buches übernommen“ zu streichen.

Begründung

Derzeit ist der Zusatzbeitrag auf 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens begrenzt. Diese Deckelung entfällt zukünftig. Die Kassen sollen den Zusatzbeitrag selbst festlegen und zwar anders als bisher durch die Änderung in § 242 Absatz 1 Satz 1 SGB V grundsätzlich als einkommensunabhängigen Pauschalbetrag.

Macht der Pauschalbetrag mehr als 2 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens, wird dies über einen Sozialausgleich aus Steuermitteln kompensiert. Dieser

Sozialausgleich findet jedoch in den Fällen des § 242b Absatz 6 SGB V des Gesetzentwurfs nicht statt. Absatz 6 gilt unter anderem, soweit die Beiträge nach § 251 Absatz 6 SGB V vollständig von Dritten getragen oder nach dem dritten Kapitel SGB XII übernommen werden.

Es steht zu befürchten, dass aufgrund des fehlenden Sozialausgleichs für diese Personengruppen die Träger der Sozialhilfe finanziell zusätzlich belastet werden.

Da im Übrigen kein sachlicher Grund besteht, weshalb gerade für die genannten Personengruppen ein Sozialausgleich nicht stattfindet und diese Personen, z. B. gegenüber den Empfängern von SGB-II-Leistungen, schlechter gestellt werden sollen, wird eine Anpassung in § 242b Absatz 6 SGB V des Gesetzentwurfs vorgenommen.

12. Zu Artikel 1 Nummer 25a – neu –
(§ 275 Absatz 1c Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 25 folgende Nummer 25a einzufügen:

„25a. Dem § 275 Absatz 1c wird folgender Satz angefügt:

„Eine Minderung des Abrechnungsbetrags durch die ausschließliche Kürzung der Benutzerentgelte nach Artikel 14 Absatz 1 Satz 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), das zuletzt durch ... geändert worden ist, steht der Entrichtung der Aufwandspauschale nicht entgegen.““

Begründung

Ziel der Einführung der Aufwandspauschale im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) war, einer ungerichteten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung entgegenzuwirken.

Verschiedene Krankenkassen in Ostdeutschland verweigern die Zahlung der Aufwandspauschale auch dann, wenn die Prüfung der Abrechnungen im Ergebnis ausschließlich zu einer Kürzung der Belegungstage und damit zu einer Minderung der Benutzerentgelte nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes führt. Da mit dieser Verfahrensweise die mit der Einführung der Aufwandspauschale verbundene Zielsetzung unterlaufen wird, bedarf es insoweit einer ergänzenden Klarstellung in § 275 Absatz 1c SGB V.

13. Zu Artikel 1 Nummer 25b – neu –
(§ 279 Absatz 4 Satz 3 und 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 25a folgende Nummer 25b einzufügen:

„25b. Dem § 279 Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Höhe der jährlichen Vergütungen des Geschäftsführers und seines Stellvertreters einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentli-

chen Versorgungsregelungen sind in einer Übersicht jährlich zum 1. März, erstmalig zum 1. März 2011, im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die dem Geschäftsführer und seinem Stellvertreter im Zusammenhang mit ihrer Geschäftsführertätigkeit von Dritten gewährt werden, sind dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen.““

Begründung

Auch die Vergütungen der Geschäftsführer der Medizinischen Dienste und ihrer Stellvertreter werden letztlich aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert. Für sie sollten daher die gleichen Transparenzregelungen wie für die Vorstände der Krankenkassen und ihrer Verbände sowie die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Anwendung finden.

14. Zu Artikel 4 Nummer 1a – neu –
(§ 24 Absatz 1a Satz 2 – neu – SGB IV)

In Artikel 4 ist nach Nummer 1 folgende Nummer 1a einzufügen:

„1a. Dem § 24 Absatz 1a wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Empfänger laufender Leistungen nach dem dritten bis neunten Kapitel des Zwölften Buches.““

Begründung

Da Empfänger von Leistungen nach dem dritten bis neunten Kapitel SGB XII über keine ausreichenden Finanzmittel verfügen, ist die Festsetzung des höheren Säumniszuschlags nicht gerechtfertigt und birgt eine größere Gefahr, dass die Betroffenen sich dauerhaft verschulden. Ein Säumniszuschlag, wie er in § 24 Absatz 1 vorgesehen ist, bietet ein ausreichendes Druckmittel für die Zahlung der Beiträge durch die betreffende Personengruppe und ist angesichts der Einkünfte der Betroffenen angemessen.

15. Zu Artikel 5a – neu –
(§ 66 Absatz 3 Satz 3 – neu – SGB X)

Nach Artikel 5 ist folgender Artikel 5a einzufügen:

„Artikel 5a

Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 66 Absatz 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – Sozialverfahren und Sozialdatenschutz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 2 gilt für die landesunmittelbaren Krankenkassen Absatz 1 entsprechend.““

Begründung

Grundsätzlich vollstrecken landesunmittelbare Krankenkassen nach dem jeweiligen Landesrecht. Bei landesunmittelbaren Krankenkassen, die sich über das Gebiet von mehr als einem Land erstrecken, führt dies

zu Problemen, wenn außerhalb des Sitzlandes durch eigene Vollstreckungskräfte vollstreckt werden soll. In diesen Fällen ist weder das jeweilige Landesrecht noch das Bundesrecht anwendbar. Mit der Gesetzesänderung soll aus Gründen der Rechtssicherheit und Gleichbehandlung für die Vollstreckung durch die Krankenkassen generell das Vollstreckungsrecht des Bundes Anwendung finden.

16. **Zu Artikel 5b – neu** – (§ 121 SGB XI) und **Artikel 5c – neu** – (§ 193 Absatz 8 – neu – VVG)

Der Gesetzentwurf ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Artikel 5a ist folgender Artikel 5b einzufügen:

„Artikel 5b

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 121 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird aufgehoben.“

b) Nach Artikel 5b ist folgender Artikel 5c einzufügen:

„Artikel 5c

Änderung des Gesetzes
über den Versicherungsvertrag

Dem § 193 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Die Absätze 4 und 6 Satz 1 bis 5 gelten entsprechend zur Pflicht zum Abschluss eines Versicherungsvertrages zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit nach § 23 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.““

Begründung

Nach § 23 SGB XI sind Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, verpflichtet, auch ihr Pflegerisiko bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzusichern. Nach geltendem Recht sind zur Durchsetzung und Kontrolle dieser Versicherungspflicht Verstöße gegen Versicherungs- und Beitragspflichten in der privaten Pflegeversicherung durch das Bundesversicherungsamt und die zuständigen Stellen der Länder zu verfolgen und zu ahnden (§ 121 SGB XI und § 35 ff. OWiG).

Mit dem GKV-WSG wurde ab 2009 eine Verpflichtung zum Abschluss einer Krankenversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen (PKV) eingeführt, soweit keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht. Regelungen zu Verstößen gegen die Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrages und zu Prämienrückständen sind im Versicherungsvertragsgesetz (§ 193 ff. VVG) geregelt. Mit der Einführung der Krankenversicherungspflicht in der PKV können die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes analog bei privaten Pflegeversicherungsverträgen zur Anwendung kommen. Die Regelungen des § 121 SGB XI sind entbehrlich.

17. **Zu Artikel 8 Nummer 1, 2 und 4**

(§ 4 Absatz 2 Satz 3, Absatz 2a, § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und Anlage 1, Formblatt B2 laufende Nummer 5 und Fußnote 2 zu laufender Nummer 6 KHEntgG)

In Artikel 8 sind die Nummern 1, 2 und 4 zu streichen.

Begründung

Die geplanten Mehrleistungsabschläge würden für Krankenhäuser bereits aufgrund der demographischen Entwicklung zu erheblichen realen Einnahmeminderungen führen und das Morbiditätsrisiko in einem grundlegenden Strukturansatz auf die Krankenhäuser verlagern. Wegen der hohen Personalkostenquote von ca. 65 Prozent könnten Krankenhäuser hierauf nahezu ausschließlich mit Einschnitten im Personalbereich reagieren. Es wäre mit einer massiven Verschlechterung der Personalsituation in den Krankenhäusern zu rechnen, was angesichts vielfacher bereits bestehender Engpässe für die Versorgung der Patienten besonders negative Folgen hätte.

Im Zusammenhang mit der gleichzeitigen Begrenzung der Preissteigerung auf die halbe Rate der Grundlohnsummenentwicklung sind Mehrleistungsabschläge nicht zu verantworten. Noch mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 wurde anerkannt, dass selbst die volle Rate der Grundlohnsummenentwicklung die Kostenentwicklung in Krankenhäusern nur unterproportional abbildet. Die in § 10 Absatz 6 KHEntgG angekündigte Entwicklung eines hierfür besser geeigneten Orientierungswerts wird mit dem Gesetzentwurf dagegen faktisch wieder ausgesetzt. Die Summe dieser den Krankenhäusern auferlegten Einschnitte würde eine nicht tragbare Verschlechterung der Versorgung bedingen und die Politik dem berechtigten Vorwurf eines „Schlingerkurses“ in der Krankenhauspolitik aussetzen. Die Regelungen über Mehrleistungsabschläge sind daher zur Sicherstellung ausgewogener und gleichmäßiger Konsolidierungsbeiträge aller Leistungserbringer zu streichen.

18. **Zu Artikel 8 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb** (§ 10 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG),

Buchstabe b (§ 10 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG),

Artikel 10 Nummer 1 (§ 6 Absatz 1 Satz 3 BPfIV)

und Nummer 2 (§ 6 Absatz 2 Satz 1 BPfIV)

Der Gesetzentwurf ist wie folgt zu ändern:

a) In Artikel 8 Nummer 3 ist § 10 wie folgt zu ändern:

aa) In Buchstabe a Doppelbuchstabe bb ist der dem Absatz 3 anzufügende Satz 4 wie folgt zu fassen:

„Für die Anwendung von Satz 1 Nummer 5 ist für das Jahr 2011 eine um 0,25 Prozentpunkte abgesenkte und für das Jahr 2012 eine um 0,5 Prozentpunkte abgesenkte Veränderungsrate maßgeblich.“

bb) In Buchstabe b ist der dem Absatz 4 anzufügende Satz 4 wie folgt zu fassen:

„Für die Verhandlung des Basisfallwerts für die Jahre 2011 und 2012 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Obergrenze für die Veränderung des Basisfallwerts für das Jahr 2011 auf eine um 0,25 Prozentpunkte abgesenkte und für das Jahr 2012 auf eine um 0,5 Prozentpunkte abgesenkte Veränderungsrate begrenzt ist.“

b) Artikel 10 ist wie folgt zu ändern:

aa) Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

„1. In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „und 4“ gestrichen und werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „wobei für das Jahr 2011 eine um 0,25 Prozentpunkte abgesenkte und für das Jahr 2012 eine um 0,5 Prozentpunkte abgesenkte Veränderungsrate anzuwenden ist“ eingefügt.“

bb) Nummer 2 ist wie folgt zu fassen:

„2. In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „und 4“ gestrichen und werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „für das Jahr 2011 eine um 0,25 Prozentpunkte abgesenkte und für das Jahr 2012 eine um 0,5 Prozentpunkte abgesenkte Veränderungsrate maßgeblich“ eingefügt.“

Begründung

Für das Budget der gesetzlichen Krankenversicherung im Krankenhausbereich wurde ein Betrag von ca. 60 Mrd. Euro zugrunde gelegt. Der Gesetzentwurf ging zum Zeitpunkt der Veröffentlichung aufgrund der schleppenden Wirtschaft von einer Veränderungsrate von 0,5 Prozent aus. Da insgesamt ein Einsparvolumen von 450 Mio. Euro im Krankenhausbereich erzielt werden soll, wurde als Orientierungswert für 2011 von einer halbierten Veränderungsrate von 0,25 Prozent = 150 Mio. Euro Einsparvolumen ausgegangen, in 2012 von einer voraussichtlichen Veränderungsrate von 1 Prozent und damit einer halbierten Veränderungsrate von 0,5 Prozent = 300 Mio. Euro.

Tatsächlich wurde die Veränderungsrate für 2011 aber am 15. September 2010 mit 1,15 Prozent festgestellt.

Aufgrund der derzeit positiven Konjunktorentwicklung ist davon auszugehen, dass die Veränderungsrate im Jahr 2012 deutlich über 1 Prozent liegen wird.

Um die mit dem Gesetzentwurf geplante Ausgabenreduzierung um 450 Mio. Euro zu erreichen, ist es sachgerecht, die Kürzung der Veränderungsrate für 2011 nur um 0,25 Prozentpunkte und in 2012 um 0,5 Prozentpunkte abzusenken, da die mit dem Gesetzentwurf bezweckte Ausgabenbegrenzung damit eingetreten ist. Eine Halbierung der jeweiligen Veränderungsrate würde weit über den mit der Gesetzesänderung bezweckten Effekt hinausgehen und die Krankenhäuser über Gebühr belasten.

19. **Zu Artikel 8 Nummer 3 Buchstabe c** (§ 10 Absatz 13 Satz 2 KHEntgG)

Artikel 8 Nummer 3 Buchstabe c ist zu streichen.

Begründung

Unterschiedliche Basisfallwerte in den Ländern verstoßen gegen das mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 verankerte Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung“ im Krankenhausbereich. Das gilt insbesondere angesichts der Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009, in den von allen Versicherten der GKV dem Grundsatz nach ein bundesweit einheitlicher Betrag gezahlt wird. Der bundeseinheitlichen Beitragshöhe müssen dann gerechterweise auch bundesweit einheitliche Entgeltbedingungen für die Leistungen der Krankenhäuser an die Patienten gegenüberstehen.

Der mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz im Jahr 2009 gefundene Kompromiss zur Einführung eines Basisfallwertkorridors hat zum Ziel, die bestehenden Unterschiede bei den Krankenhausentgelten in den Ländern zu mindern, beseitigt wurden sie damit nicht. Dazu war und ist die vollständige Konvergenz auf einen bundeseinheitlichen Basisfallwert notwendig.

Die vorgesehene Aufhebung von § 10 Absatz 13 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes bedeutet im Ergebnis eine Abkehr von der Zielsetzung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes und sollte daher zurückgenommen werden.

20. **Zu Artikel 15 Absatz 6** (Inkrafttreten)

In Artikel 15 Absatz 6 ist die Angabe „4“ durch die Wörter „4 mit Ausnahme der Nummer 1a“ zu ersetzen.

Begründung

Die Regelung zu den Säumniszuschlägen und die damit einhergehende Entlastung soll ab dem 1. Januar 2011 eintreten.

21. **Zur Umsatzsteuerpflicht von Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherungsträger und deren Schulungseinrichtungen**

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine gesetzliche Klarstellung zu schaffen, dass Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherungsträger nach den Büchern des Sozialgesetzbuchs und deren Schulungseinrichtungen von der Umsatzsteuerpflicht befreit sind.

Begründung

Bisher hat der Gesetzgeber nur die Sozialversicherungen als solche, nicht aber ihre Arbeitsgemeinschaften generell von der Umsatzsteuerpflicht befreit. Andererseits wurden jedoch Ausnahmen für die Medizinischen Dienste und die Arbeitsgemeinschaften nach dem SGB II extra geschaffen. Darüber hinaus sind andere soziale Einrichtungen im sozialpolitischen Umfeld und Tätigkeiten der ihnen angeschlossenen Unternehmen von der Umsatzsteuer befreit worden.

Der einzige Bereich, der bisher nicht generell davon ausgenommen wurde, sind die Sozialversicherungsträger, obwohl sie mit ihren Arbeitsgemeinschaften unmittelbar originär gesetzliche Aufgaben erfüllen. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber sich mit der Schaffung von § 94 Absatz 1a SGB X und speziell im Bereich der

Krankenkassen mit § 197b SGB V in der Fassung des GKV-WSG für die Schaffung von Arbeitsgemeinschaften ausgesprochen.

Auch Schulungseinrichtungen in der Trägerschaft von Sozialversicherungsträgern und ihren Verbänden sind in die Umsatzsteuerbefreiung mit einzubeziehen.

Eine positive Gesetzesänderung ermöglicht es, die gesetzlichen Leistungen zukünftig gesichert ohne zusätzliche Umsatzsteuerpflicht zu erbringen und verhindert eine zusätzliche finanzielle Belastung der Sozialversicherungsträger.

