

Stellungnahme des Bundesrates

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

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 Gesetzesentwurfs 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 Personengruppe 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 Gesetzentwurfes 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 Bundesärzteordnung (BÄO), § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG), § 2 Absatz 1 Nummer 3 Psychotherapeutengesetz (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 Heilberufe-Kammergesetzen 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 Heilberufesangehörigen 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 Heilberufesangehörigen 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 - morbiditätsorientierte 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 morbiditäts-adjustierten 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 in Folge 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 §§ 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 §§ 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 zwei Prozent auf drei oder vier 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 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch 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 ein 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 aus als zwei 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 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch 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 ungezielten 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 Gesundheitsstrukturgesetz 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 wesentlichen 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 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch 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 - Sozialverwaltungsverfahren 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) Absatz 4 und Absatz 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 abzuschließen. 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 Einnahmeverlusten 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 "Schlingerkurs" 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 Gesetzesentwurf 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 Milliarden 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 Millionen Euro im Krankenhausbereich erzielt werden soll, wurde als Orientierungswert für 2011 von einer halbierten Veränderungsrate von 0,25 Prozent = 150 Millionen Euro Einsparvolumen ausgegangen, in 2012 von einer voraussichtlichen Veränderungsrate von 1 Prozent und damit einer halbierten Veränderungsrate von 0,5 Prozent = 300 Millionen Euro.

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

Aufgrund der derzeit positiven Konjunkturentwicklung ist davon auszugehen, dass die Veränderungsrate im Jahr 2012 deutlich über 1,0 Prozent liegen wird.

Um die mit dem Gesetzentwurf geplante Ausgabenreduzierung um 450 Millionen 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 Veränderungsraten 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 Angabe "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.