

Abteilung Sozialpolitik

Tel.: 030 / 72 62 22 – 124

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 125

E-Mail:

fabian.szekely@sovd.de

STELLUNGNAHME

zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

vom 28.09.2010

BT-Drs. 17/3040

Inhaltsverzeichnis

	Seite	
1.	Vorbemerkung	5
1.1	Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung	5
1.2	Reformkonzept des SoVD	5
2.	Grundsätzliche Bewertung des Gesetzentwurfes	7
3.	Zu den die Versicherten betreffenden Einzelregelungen	8
3.1	Zur Beitragssatzanhebung auf 15,5 Prozent nach § 241 SGB V n.F.	8
3.2	Zu den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen	10
3.2.1	Zur Bewertung der Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V n. F.	10
3.2.2	Zur Tragung der Zusatzbeiträge nach §§ 242 Abs. 4 und 5, 251 Abs. 6 SGB V n. F.	11
3.2.3	Zum Säumniszuschlag nach § 242 Abs. 6 SGB V n. F.	13
3.3	Zum Sozialausgleich	14
3.3.1	Zur Ermittlung des Sozialausgleichs nach § 242b SGB V n. F.	14
3.3.2	Zum Verwaltungsverfahren nach § 242b SGB V n. F.	16
3.3.3	Zur Festlegung des Durchschnittsbeitrages nach §§ 220, 242a SGB V n.F.	16
3.3.4	Zur Finanzierung des Sozialausgleichs und der Zusatzbeiträge nach §§ 221, 271 SGB V n. F.	17
3.4	Zum Wechsel in die PKV nach § 6 SGB V n. F.	18
4.	Zu den die Leistungserbringer betreffenden Einzelregelungen	19
4.1	Zur Festschreibung der Verwaltungsausgaben nach § 4 SGB V n. F.	19
4.2	Zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V n. F.	20
4.3	Zur (zahn-)ärztlichen Vergütung nach §§ 85, 87, 87 d SGB V n. F.	20
4.4	Zur Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespfllegesatzverordnung	21
5.	Zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes	22
6.	Fazit	22

1. Vorbemerkung

1.1 Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

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

1.2 Reformkonzept des SoVD

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

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

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

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

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

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

Den Ausbau von Kostenerstattungsregeln lehnen wir strikt ab. Kostenerstattungsregeln würden zu einer weiteren Aufweichung des die GKV prägenden Sachleistungsprinzips führen. Bereits heute wird dieses System durch die Festbeträge im Bereich des Zahnersatzes und bei Hilfsmitteln durchbrochen. Es gibt keine Beweise dafür, dass Kostenerstattungsregelungen zu mehr Transparenz und zu einer Kostendämpfung führen, ohne dass sich dies auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirkt. Wir befürchten vielmehr, dass bei entsprechenden Neuregelungen medizinisch notwendige Leistungen wegen der Eigenbeteiligung nicht in Anspruch genommen werden. Das Versorgungsniveau würde sinken.

Dass es zu tatsächlichen Eigenbeteiligungen kommt, zeigt die heutige Situation. Es gibt in der GKV bereits Tarife mit Kostenerstattungen. Bei diesen bezahlen Patienten aber regelmäßig einen eigenen Anteil. Denn die Krankenkassen erstatten in der Regel nicht den 2,3-fachen Gebührensatz für die ärztliche Leistung und berechnen außerdem noch einen Verwaltungsabschlag.

Schließlich würden durch solche Regelungen das komplette System der vertraglichen Beziehungen in der GKV sowie das System der ärztlichen Honorierung zerstört werden. Der Patient wäre dann Vertragspartner des Arztes und würde von den Krankenkassen

eine nachträgliche Rechnungserstattung erhalten. Momentan ist dem Arzt eine sofortige Rechnungserstellung unmöglich, da er seinen individuellen Punktwert, der den Rechnungsbetrag mitbestimmt, nicht kennt. Die bisherige Honorierung wäre damit vollkommen neu zu gestalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wären als Vertragspartner weitgehend entbehrlich. Der Bereich des Qualitätsmanagements müsste neu aufgestellt werden.

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

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

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

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

2. Grundsätzliche Bewertung des Gesetzentwurfes

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

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

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

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

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

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

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

3. Zu den die Versicherten betreffenden Einzelregelungen

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

Die von der Bundesregierung geplante Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent kann vom SoVD in dieser Form nicht unterstützt werden.

Beitragssatzanhebungen sind nur dann zu rechtfertigen, wenn sie zum einen die Gesamtausgaben der GKV decken und zum anderen zu einer paritätischen Beitragserbringung beitragen bzw. diese wiederherstellen.

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

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

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

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

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

Aus Sicht des SoVD ist es nicht zu verantworten, dass allein die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Rentnerinnen und Rentner sowie die freiwillig Versicherten die durch die wirtschaftliche, medizinische und demographische Entwicklung und die Gewinnmaximierungsmöglichkeiten einzelner Leistungserbringer bedingten Mehrkosten bezahlen. Schon die Rentenversicherung und damit auch die Rentnerinnen und Rentner müssen durch die Beitragssatzanhebung eine Belastung von zusätzlich 660 Millionen €

schultern, ohne dabei etwaige Zusatzbeiträge zu berücksichtigen. Im Ergebnis dieser geplanten Regelung entzögen sich neben den Versicherten der PKV auch die Arbeitgeber immer stärker ihrer Mitverantwortung für ein solidarisches Krankenversicherungssystem.

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

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

3.2 Zu den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen

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

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

Pauschale Zusatzbeiträge entsprechen auch nicht dem Grundsatz einer leistungsgerechten Beitragserhebung. Sie sind ein Fremdkörper in der solidarischen Krankenversicherung. Sie belasten Empfänger niedriger Einkommen überdurchschnittlich stark und sind damit hochgradig unsozial. Pauschale, einkommensunabhängige Zusatzbeiträge sind nichts anderes als Kopfpauschalen.

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

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

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

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

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

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

Grundsätzlich steht für den SoVD fest, dass der beabsichtigte Paradigmenwechsel in der GKV verhindert werden muss. Daher darf es keine Zusatzbeiträge geben. Sollte an den Zusatzbeiträgen dennoch festgehalten werden, so wird zumindest anerkannt, dass der Gesetzentwurf vorsieht, dass Empfänger von Arbeitslosengeld II generell ihre Zusatzbeiträge nicht selbst zahlen müssen. Denn die Zusatzbeiträge werden zurzeit nicht in den Regelsätzen berücksichtigt. Die Tragung der Zusatzbeiträge würde dazu führen, dass auf Grund der ständig steigenden Zusatzbeiträge das soziokulturelle Existenzminimum aus den Regelsätzen nicht mehr bestritten werden kann.

Wir fordern aber, dass in diesen Fällen die kassenindividuellen Zusatzbeiträge von den jeweiligen Trägern an die Krankenkassen gezahlt werden. Es ist falsch, hier einen neuen Verschiebeparkplatz zu installieren und zumindest bis 2014 allein die Versichertengemeinschaft die Kosten für diese Zusatzbeiträge tragen zu lassen. Nichts anderes stellt die Finanzierung dieser Durchschnittszusatzbeiträge aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds dar. Es ist nicht Aufgabe der

Versichertengemeinschaft in der GKV die Zusatzbeiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld II zu tragen. Dies ist die gesamtgesellschaftliche Aufgabe des Staates und hat daher zumindest über Steuermittel zu erfolgen, wie dies in einer reinen Absichtserklärung aber erst ab 2015 geplant ist.

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

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

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

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

Aus unserer Sicht ist auch unklar, inwieweit die Formulierung, dass auch Mitglieder vergleichbarer Entgeltersatzleistungen keine Zusatzbeiträge zu tragen haben, tatsächlich

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

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

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

Insgesamt zeigt sich, dass die geplanten Zusatzbeiträge differenzierend und lückenhaft ausgestaltet sind. Der Gesetzgeber sollte, wenn er schon erkennt, dass die Einführung von Zusatzbeiträgen äußerst problematisch ist, auf die Zusatzbeiträge gänzlich verzichten und nicht ein Regime mit Ausnahmeregelungen unterschiedlichster Qualität schaffen.

Sollten dennoch Zusatzbeiträge für unverzichtbar gehalten werden, fordert der SoVD, dass im Sinne einer einfachen, transparenten Handhabung die Regelungen dahingehend zu ändern sind, dass die kassenindividuellen Zusatzbeiträge für die oben beschriebene Personengruppe und auch für die Bezieher von Arbeitslosengeld I und II sowie von Kurzarbeitergeld usw. von den jeweiligen Trägern direkt an die Krankenkasse überwiesen werden.

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

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

Es besteht kein sachlicher Grund für diese Regelung. Bisher stehen ausreichend Instrumentarien zur Verfügung, säumige Beitragszahler zur Zahlung zu bewegen

(Mahnverfahren, Ruhen der Leistung). Wenn diese Maßnahmen nicht gewirkt haben sollten, so ist schon zweifelhaft, ob dann ein erhöhter Säumniszuschlag tatsächlich wirken würde.

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

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

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

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

3.3 Zum Sozialausgleich

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

Der SoVD hält den Weg hin zu Kopfpauschalen für verhängnisvoll und grundsätzlich für einen sozialpolitischen Irrweg. Daher lehnen wir auch den damit verbundenen Sozialausgleich ab. Er ist weder sozial noch gerecht. Die soziale Komponente fehlt ihm, da jeder grundsätzlich ohne Ausgleich mit bis zu zwei Prozent zusätzlich belastet werden kann. Erst danach könnte ein Ausgleich greifen, der aber nicht an Hand des kassenindividuellen Zusatzbeitrages, sondern an Hand des Durchschnittsbeitrages gebildet wird. Erhebt die Krankenkasse einen höheren Beitrag, greift der Ausgleich nicht.

Das hieße dann aber, dass Versicherte von einer Krankenkasse zur nächsten wechseln müssten, wenn sie auf den Sozialausgleich angewiesen sind. Es kommt zu einer ständigen Wanderungsbewegung hin zu den Krankenkassen, deren Zusatzbeiträge dem Durchschnittszusatzbeitrag entsprechen oder darunter liegen, unabhängig vom tatsächlichen Leistungsumfang und der Leistungsqualität der Krankenkasse, z. B. im Bereich der Prävention. Hier droht eine Art Mehrklassenmedizin innerhalb der GKV.

Denn wer es sich leisten kann, der wird auch über die Belastungsgrenze hinaus Zuzahlungen leisten, um spezielle Angebote in Anspruch zu nehmen.

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

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

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

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

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

Es ist auch unlogisch, dass andere Einkünfte, wie z. B. aus Vermögen, keine Berücksichtigung finden, um die finanzielle Leistungsfähigkeit wirklichkeitsgerecht abbilden zu können. So könnten z. B. Vermögende mit einer geringen gesetzlichen

Rente ebenfalls Anspruch auf Sozialausgleich haben. Rentnerinnen und Rentner mit mittleren Renten ohne Vermögen wären hier schlechter gestellt.

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

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

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

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

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

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

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

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

Es ist jedoch falsch, bei der Rechenformel das erwartete Defizit durch die Anzahl der Mitglieder zu teilen. Durch die Zusatzbeitragsbefreiungen ist es sachgerecht, die von den Zusatzbeiträgen befreiten Personengruppen aus der Anzahl der Mitglieder herauszunehmen. Nur dadurch wird die Zahl derjenigen gewonnen, die tatsächlich Zusatzbeiträge zahlen. Allein die tatsächlichen Zusatzbeitragszahler gleichen jedoch das

Defizit aus. Erfolgt keine Änderung dieser Regelung wird immer durch eine zu hohe Zahl der Mitglieder geteilt, so dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag immer zu gering ausfällt. Es kann nicht sein, dass weniger Mitglieder für das gleiche Defizit zahlen und dies zu höheren tatsächlichen Zusatzbeiträgen führt, als es das Bundesversicherungsamt auf Grund der vorgegebenen Formel errechnen kann. Diese höheren Zusatzbeiträge könnten dann durch den zu niedrig errechneten Durchschnittsbeitrag nicht entsprechend ausgeglichen werden.

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

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

Wir fordern in diesem Zusammenhang, dass jede Gefahr der politischen und damit fiskalischen Einflussnahme auf den Sozialausgleich unterbunden wird. Der Gesetzgeber ist hier zu einer Klarstellung aufgerufen, dass das Bundesministerium nur bei berechtigten, durchgreifenden Zweifeln an den Zahlen des Bundesversicherungsamtes von diesen abweichen darf, im Übrigen aber an diese verbindlich gebunden ist.

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

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

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

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

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

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

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

Der SoVD verurteilt das Vorhaben der Bundesregierung, den Wechsel in die PKV wieder nach einjähriger Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze zu ermöglichen.

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

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

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

4. Zu den die Leistungserbringer betreffenden Einzelregelungen

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

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

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

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

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

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

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

z. B. Preisverhandlungen des GKV-Spitzenverbandes mit Pharmaunternehmen im Rahmen des AMNOG entsprechend zu berücksichtigen.

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

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

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

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

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

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

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

Der SoVD kritisiert, dass die Bundesregierung den Bereich der ärztlichen und auch zahnärztlichen Vergütung nicht stärker in ihr Reformvorhaben mit einbezieht. Der Gesetzentwurf wird den, in den letzten Jahren erheblichen, Steigerungsraten in der

Vergütung nicht gerecht. Es ist unzureichend, wenn sich die Bundesregierung lediglich auf Begrenzungen des Ausgabenwachstums beschränkt.

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

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

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

4.4 Zur Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung

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

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

Die ergänzende Ausgabenwachstumsbegrenzung auf die Hälfte des Wachstums der Grundlohnsumme könnte zu weiteren Einsparungen im Personalbereich führen und

damit zu Lasten der Patienten gehen. Dabei wurde bereits in der Vergangenheit gerade im Bereich des pflegerischen Personals, auch durch Ausgliederungen, erheblich gekürzt. Weitere Kürzungen in diesem Bereich halten wir für unvertretbar.

5. Zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

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

Zur Vermeidung dieser Unterdeckung ist es sachgerecht, dass auch ALG-II-Empfänger, die in der PKV versichert sind, vor dem Hintergrund der ebenfalls nicht deckenden Beiträge für ALG-II-Empfänger in der GKV nur einen Beitrag an die PKV zahlen müssen, der dem Beitrag in der GKV entspricht. Insgesamt wäre es aus Sicht des SoVD in einem zweiten Schritt zudem erforderlich, sowohl der GKV als auch der PKV zumindest die durchschnittlichen Ausgaben für einen Versicherten als Beitrag zu gewähren. Dies wäre dann aus Steuermitteln zu finanzieren, denn es dient der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Absicherung des sozio-kulturellen Existenzminimums.

Schließlich kommt es durch die geplante Neuregelung zu einer Bevorteilung der PKV und deren Versicherter gegenüber der GKV. Zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit beteiligt sich der zuständige Träger an dem hälftigen Basistarif, das heißt unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages. Bei freiwillig Versicherten in der GKV wird, wie unter 3.2.2 erläutert, der Zusatzbeitrag jedoch nur im Ausnahmefall übernommen. Der Gesetzentwurf begründet diese Ungleichbehandlung nicht.

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

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

6. Fazit

Die geplanten Maßnahmen würden erneut vorrangig und einseitig Versicherte sowie Patientinnen und Patienten belasten. Am stärksten betroffen sind dabei die sozial Benachteiligten sowie die Rentnerinnen und Rentner.

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

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

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

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

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

Wir fordern die Bundesregierung nachdrücklich auf, diesen Gesetzentwurf in seiner jetzigen Form nicht umzusetzen.

Berlin, den 04. Oktober 2010
DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik