



Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)¹

Der Deutsche Verein fordert bereits seit längerem, die Finanzierung der GKV zukunftsweisend auf breiter Basis auszugestalten, um langfristig eine hochwertige, solidarische Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.² Daher begrüßt er grundsätzlich alle Bemühungen zur Sicherung einer nachhaltigen, sozial ausgewogenen Finanzierung. Der Deutsche Verein begrüßt auch die bereits erheblichen Verbesserungen des vorliegenden Regierungsentwurfs gegenüber dem Referentenentwurf, insbesondere die Übernahme des Sozialausgleichs für SGB II-Leistungsberechtigte aus dem Gesundheitsfonds, die Einführung einer Ratenzahlungslösung bei Säumnis sowie die Aufhebung eines zuvor geplanten § 242 Abs. 4 Satz 3 SGB V-E, der eine erneute Finanzierungslücke bedeutet hätte.

Der Deutsche Verein sieht jedoch weiteren Verbesserungsbedarf beim vorliegenden Gesetzentwurf in folgenden Punkten:

¹ Verantwortlich im Deutschen Verein: Antje Welke. Die Stellungnahme wurde in der Geschäftsstelle erarbeitet und vom Präsidialausschuss des Deutschen Vereins am 12. Oktober 2010 veröffentlicht.

² Hinweise des Deutschen Vereins zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe vom 18. März 2009, NDV 2009, 119 ff.

I. 3-Jahres-Regelung/§ 6 SGB V

Die Herabsetzung der Anforderungen für eine Versicherungsfreiheit und damit für einen Wechsel in eine private Krankenversicherung von einer Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze von drei auf ein Jahr wird nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes bei den gesetzlichen Krankenkassen Mindereinnahmen in Höhe von 400 Mio. € verursachen. Die Regelung läuft damit konträr zum Kernziel des GKV-Finanzierungsgesetzes, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern. Vielmehr werden die hierdurch entstehenden höheren Belastungen der GKV durch höhere Beiträge der gesetzlich Versicherten zugunsten der PKV ausgeglichen. Aufgrund der grundlegend verschiedenen Prinzipien, die die gesetzliche im Unterschied zur privaten Krankenversicherung prägen, ist es überdies verfehlt, in diesem Bereich von einem Wettbewerb zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung zu sprechen.

Der Deutsche Verein spricht sich daher für eine Beibehaltung der 3-Jahres-Regelung aus.

II. Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum/§ 105 SGB V

Der Deutsche Verein begrüßt die Bestrebungen zur Stärkung der ärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten. Erweiterte Möglichkeiten der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen können dabei ein Element darstellen. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass die langfristige Wirksamkeit solcher finanziellen Anreize bislang wissenschaftlich nicht belegt werden konnte. Faktoren für Ärzte und Ärztinnen, in bestimmten unterversorgten Gebieten zu praktizieren, sind neben finanziellen Anreizen häufig die Herkunft der entsprechenden Person (Stadt/Land), die Lebensbedingungen vor Ort, die Arbeitsplatzsituation für den Partner, Ausbildungsmöglichkeiten für Kinder etc.

Der Deutsche Verein sieht den bereits bestehenden und sich bei gleichbleibender Entwicklung noch verstärkenden Defiziten in der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum mit Sorge entgegen. Er hält daher die Entwicklung eines weitergehenden Konzepts zur Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung im ländlichen Raum für erforderlich.

Folgende Vorschläge³ zur Stärkung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung im ländlichen Raum sind dabei zu bedenken:

- **Förderung der Allgemeinmedizin im Medizinstudium.** Mehr als die Hälfte der bundesweit unbesetzten Arztsitze sind Sitze für Allgemeinmediziner (KBV). Die Allgemeinmedizin nimmt aktuell im Medizinstudium einen zu geringen Anteil sowohl im praktischen als auch im theoretischen Teil ein. Medizinstudenten sollten über Praktika im Bereich der Allgemeinmedizin gezielt an den Beruf des Hausarztes herangeführt werden. Die für diesen Beruf neben den rein medizinischen Kenntnissen auch wichtigen Qualifikationen (Gesprächsführung, Kenntnisse der Versorgungsstrukturen, Präventionsaspekte berücksichtigen, Blick auf chronische Erkrankungen und Demenzen, Fähigkeiten im Umgang mit Menschen mit Behinderungen, Fähigkeiten zur Netzwerkarbeit) sollten ebenfalls in der Ausbildung Berücksichtigung finden. Auch sollten schon in der Ausbildung **Aspekte der wirtschaftlich effizienten Praxisführung**, insbesondere unter den Voraussetzungen der Bedingungen im ländlichen Raum, einfließen. Dies würde jungen Ärzt/innen den Einstieg in die Selbstständigkeit erheblich erleichtern.
- **Praxistätigkeit im ländlichen Raum** im Rahmen der Ausbildung oder nach dem Studium fördern: Die Evaluation solcher Modelle zeigt, wer schon mal im ländlichen Raum praktische Erfahrungen gesammelt hat, wählt diesen Berufsweg eher, als wenn er diese Erfahrungen nicht gesammelt hat. Entsprechende Praxiszeiten können verpflichtend eingeführt werden (so z.B. in Dänemark, sechs Monate) oder durch entsprechende Anreize/Vergünstigungen gefördert werden.

³ Viele der Vorschläge finden sich auch im Gutachten des SVR 2009 (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) und im Bericht der AG der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020 vom 11. März 2008.

- **Aufwertung des Berufs des Hausarztes/Allgemeinmediziners:** Der Hausarzt der Zukunft sollte sich als Gesundheitsmanager verstehen. Er sollte als Bindeglied zwischen den sozialen Diensten und Einrichtungen wenigstens an die weiteren relevanten Beratungsstellen (z.B. Pflegestützpunkte) weiter verweisen können. Hierfür sollte die Netzwerkarbeit vergütungsrelevant ausgestaltet werden, so auch der SVR 2009. In den Fachtagungen des Deutschen Vereins wird immer wieder aus der Praxis berichtet, dass gerade die Vernetzung der verschiedenen Akteure der sozialen Arbeit mit der Ärzteschaft unter den bestehenden Rahmenbedingungen in aller Regel nicht funktioniert.
- **Entlastung der Ärzte** durch den Ausbau und die Ausweitung der Kompetenzen der Pflegefachkräfte und die Schaffung einer neuen Arbeitsteilung zwischen Arzt und Pflegepersonal.
- Der jüngst öffentlich diskutierte Vorschlag zur **Abschaffung des Numerus Clausus** bringt selbstverständlich die Notwendigkeit mit sich, die Hochschulen mit entsprechend mehr Studienplätzen auszustatten. Der Vorschlag birgt nach Auffassung der Geschäftsstelle des DV je nach Auswahlkriterien der Hochschulen (z.B. vorherige Tätigkeit im sozialen Bereich, Engagement im Gesundheitswesen, Tätigkeiten im ländlichen Raum etc.) durchaus die Möglichkeit, den Mangel an Allgemeinmediziner/innen im ländlichen Raum langfristig und nachhaltig zu verringern. Eine solche Veränderung der Zulassung zum Medizinstudium könnte eine andere Personengruppe von mehr sozial engagierten und weniger statusgeprägten jungen Menschen in den Arztberuf bringen. Der Deutsche Verein sieht langfristig den Schlüssel zur Lösung des Problems in der **Entwicklung eines neuen Verständnisses des Arztberufs als sozialer Beruf**.
- **Frauenförderung:** Bei den Studierenden liegt die Frauenquote hoch – rund 60 % aller Erstsemester im Fach Humanmedizin sind weiblich –, das bundesweite ärztliche Personal von Kliniken und Praxen besteht jedoch nur zu etwa 40 % aus weiblichen Angestellten. Zur Förderung des Verbleibs der Medizinerinnen im Beruf müssen Modelle zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf gerade für Ärztinnen entwickelt, ausgebaut und etabliert werden.
- **Die Einführung eines Demografiefaktors in die Bedarfsplanung der KBV für Ärzte** schätzt der Deutsche Verein für sinnvoll und wichtig ein.

- **Koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug (SVR).** Koordinierte Versorgung, mehrere ärztliche (hausärztliche/fachärztliche) Angebote in einem Haus, die Schaffung von gut erreichbaren, verkehrsgünstig angebotenen Zentren, bei denen ärztliche Angebote mit anderen sozialen Diensten und Beratungsangeboten an einem Ort angeboten werden, ist im ländlichen Raum besonders sinnvoll. Durch entsprechende Kooperationsformen können die notwendigen Wege für die Patient/innen auf das geringste Maß reduziert werden. Ergänzende mobile und zugehende Angebote sind denkbar. Möglich wäre auch die örtliche Anbindung von Hausarzt/innen am Sitz des örtlichen Krankenhauses.
- **Arztfahrten/Fahrkosten** sind ein wichtiger Aspekt bei der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. Ihre Erstattung durch die Krankenkassen müssen gewährleistet sein.

III. Gestaltung der Versichertenbeiträge/§ 220 ff. SGB V

An der im Gesetzentwurf vorgesehenen Gestaltung der Beiträge der Versicherten ist problematisch, dass die vorgeschlagene **komplexe Konzeption** – einkommensabhängiger Beitragssatz plus einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag minus einkommensabhängiger Sozialausgleich – geeignet ist, das ohnehin schon für Laien kaum noch zu durchdringende Beitragsrecht der GKV weiter zu verkomplizieren, und es somit anfällig ist für Probleme in der Rechtsanwendung.

1. Zerstückelung der Gesundheitsausgaben

Mit zunehmender Sorge betrachtet der Deutsche Verein die **Zerstückelung der Gesundheitsausgaben**. Hiermit wird die Kostenbelastung für die Einzelnen verschleiert. Zusätzlich zu den Beitragssteigerungen und den Zusatzbeiträgen sind auch die bislang bestehenden Zuzahlungspflichten zu berücksichtigen (§§ 61 f. SGB V) sowie davon unberücksichtigte Eigenanteile. Es ergeben sich insbesondere **für untere Einkommensgruppen Mehrbelastungen**, die in der Begründung des Gesetzentwurfs in ihrer Bedeutung vollkommen vernachlässigt werden. Dazu im Widerspruch steht im Übrigen die gesetzgeberische Begründung zur Festschreibung des Arbeitgeberanteils.

Der Deutsche Verein hat die **Kumulation der finanziellen Belastungen** bei besonders betroffenen Personengruppen bereits nach der bisherigen Rechtslage kritisch gesehen.⁴ Nach dem vorliegenden GKV-FinG würde es zu weiter steigenden Belastungen kommen. Auf gesundheitlich besonders benachteiligte Personen wie etwa chronisch kranke und behinderte Menschen könnten sich bei geringen beitragspflichtigen Einkommen enorme Gesamtbelastungen durch gesundheitsbedingte Beiträge und Ausgaben ergeben (§ 221b, § 242b, § 61 f. SGB V, zuzüglich solcher gesundheitsbedingten Kosten, die bei der Berechnung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V außer Betracht bleiben).

2. Zusatzbeitrag

Durch die beabsichtigten einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge wird der **einseitige Preiswettbewerb** zwischen den Krankenkassen weiter verschärft. Aufgrund der demgegenüber geringen Einflussmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen auf die Ausgaben sind u.a. negative Auswirkungen auf die Leistungsbewilligung insbesondere in den Bereichen der medizinischen Rehabilitation (§§ 40 ff. SGB V), der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V), der Soziotherapie (§ 37a SGB V), der Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) und der stationären Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 SGB V) zu erwarten. Eine solche fehlerhafte Anreizstruktur ist aus Sicht des Deutschen Vereins nicht erstrebenswert.

Der Deutsche Verein begrüßt, dass mit § 242 Abs. 5 SGB V-E eine Regelung gefunden wurde, die verschiedene Gruppen von Versicherten, wie Beschäftigte in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, Auszubildende u.a., von der Verpflichtung zur Zahlung eines Zusatzbeitrages befreit.

In diesem Zusammenhang ist jedoch unverständlich, was in Bezug auf die **Versicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V** gilt, deren Beiträge aufgrund einer bestehenden Bedürftigkeit durch den Sozialhilfeträger nach § 32 SGB XII übernommen werden. Eine

⁴ Hinweise des Deutschen Vereins zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe vom 18. März 2009, NDV 2009, 119 ff.; Stellungnahme des Deutschen Vereins zur Gesundheitsreform 2006 und zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), NDV 2006, 502 ff.; Empfehlung des Deutschen Vereins zur sozialverträglichen Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes, NDV 2005, 402 ff.

Änderung des § 32 Abs. 4 SGB XII ist nicht erfolgt, weshalb hier das Entstehen einer neuen Beitragslücke zu befürchten ist.

Der Deutsche Verein regt daher an, dass diese Versicherten entweder auch in den Katalog der vom Zusatzbeitrag Befreiten (§ 242 Abs. 5 SGB V-E) aufgenommen werden oder dass sie den Anspruch auf Sozialausgleich erhalten (Herausnahme aus § 242b Abs. 6 SGB V-E), der entsprechend der Regelung für die SGB II Leistungsberechtigten aus den Mitteln des Gesundheitsfonds erbracht wird (§ 251 Abs. 6 Satz 3 SGB V-E).

3. Sozialausgleich

Flankiert wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag durch den Sozialausgleich, der bei Übersteigen der Belastungsgrenze in Höhe von 2 % des beitragspflichtigen Einkommens greift. Für das im Entwurf vorgeschlagene Finanzierungsmodell ist ein funktionierender Sozialausgleich elementar. Nach Berechnungen des Gesundheitsökonoms Prof. Dr. Wasem ist anzunehmen, dass der Zusatzbeitrag bereits in zehn Jahren bei ca. 75,- € liegen wird.

Um überproportional starke sich kumulierende Belastungen insbesondere bei chronisch kranken und behinderten Menschen zu vermeiden, schlägt der Deutsche Verein vor, die Belastungsgrenze für diesen Personenkreis von 2 auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten abzusenken.

4. Säumniszuschlag mit Aussetzen des Sozialausgleichs

Nach § 242 Abs. 6 SGB V-E wird bei sechsmonatigem Nichtzahlen des Zusatzbeitrages ein Säumniszuschlag i.H.v. mind. 30,- € und höchstens die Summe der drei letzten Zusatzbeiträge (z.B. könnte im Jahr 2014 der Zusatzbeitrag 16,- € betragen, damit läge die Höchstgrenze für den Säumniszuschlag bei 48,- €) fällig. Des Weiteren wird der Sozialausgleich bei Säumnis ausgesetzt.

Gerade dieses Aussetzen des Sozialausgleiches bei Säumnis hält der Deutsche Verein für ungerechtfertigt. Diese Regelung trifft nur Versicherte mit niedrigem Einkommen. Sie

führt außerdem dazu, dass bereits verschuldete Haushalte weiter belastet werden. Auch die Möglichkeit der Ratenzahlungsvereinbarung löst dieses Problem nicht.

Der Deutsche Verein regt daher an, § 242 Abs. 6 Sätze 3 bis 5 SGBV-E zu streichen.

IV. Beitragslücke beim Basistarif der privaten Krankenversicherung, § 12 Abs. 1c VAG

Angesichts der bereits seit langem bekannten Problematik der Beitragslücke, auf die der Deutsche Verein bereits 2008⁵ hingewiesen hatte und die im Juli 2010 die Arbeits- und Sozialminister der Länder zu einem einstimmigen Beschluss veranlasst hatte und die außerdem erst kürzlich im Gesundheitsausschuss des Bundestages debattiert wurde, ist es unvertretbar, wenn der Gesetzgeber die hier auf der Hand liegende Möglichkeit zur Lösung der Problematik nicht nutzt. Hilfebedürftige Personen nach SGB II und SGB XII, die zuvor privat versichert waren, können ab 1. Januar 2009 nicht mehr in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln. Sie müssen auch bei Eintritt der Hilfebedürftigkeit in der PKV verbleiben, wo ihnen der sog. Basistarif zur Verfügung steht. Der Basistarif ist der Höhe nach gedeckelt und kostet bei allen Versicherern für Erwachsene ab 21 Jahren maximal rund 580,- € im Monat. Familienmitglieder sind nicht mitversichert und müssen eigene Beiträge zahlen. Die Beitragsspanne reicht hier laut Finanztest von etwa 226,- € für Kinder unter 16 Jahren bis rund 275,- € für junge Frauen bis 20 Jahre. Bei ALG II-Empfänger/innen reduziert sich der Beitragssatz um 50 % nach Versicherungsaufsichtsgesetz. Damit würde der Beitrag der PKV ca. 290,- € im Monat kosten. Hinzu kommt die Prämie für die private Pflegeversicherung von maximal etwa 35,- €. Von den SGB II/XII-Trägern wird ein Zuschuss analog dem Beitrag für gesetzlich kranken- und pflegeversicherte ALG II-Empfänger/innen in Höhe von insgesamt rund 145,- € gezahlt. Damit bleibt eine Beitragslücke von rund 180,- € monatlich. Dies ist verfassungsrechtlich bedenklich, da sie auch nach den neuen Berechnungen vom Regelsatz nicht gedeckt ist und somit das Existenzminimum gefährdet wird.

⁵ Position des Deutschen Vereins zur Beitragslücke gemäß § 12 Abs. 1c Satz 6 Versicherungsaufsichtsgesetz vom 18. Juni 2008, NDV 2008, 328.

Der Deutsche Verein bekräftigt seine bestehende Forderung, wonach der Basistarif der PKV in Höhe der Beitragslücke zu senken ist. Entsprechend ist § 12 Abs. 1c VAG wie folgt zu ergänzen:

In § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Text angefügt: *„der Versicherer kann in diesem Fall nur einen Beitrag in dieser Höhe verlangen.“*

Gegen diesen Vorschlag sprechen auch keine verfassungsrechtlichen Bedenken, da die PKV nur geringfügig zusätzlich beeinträchtigt würde und das Bundesverfassungsgericht den Basistarif selbst bereits für verfassungsgemäß erklärt.

Zur Zeit sind ca. 3.000 Personen im Basistarif der PKV versichert. Die zu tragenden Mehrkosten aufgerechnet auf alle Versicherungen und Versicherten für die PKV, die durch die vorgeschlagene Regelung entstünden, beliefen sich nach groben Schätzungen auf etwa 10 Cent pro Versicherten.