

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)243(27)

zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Entwurf eines Gesetzes zur
Verbesserung der Gesundheitsversorgung
und Pflege
(Versorgungsverbesserungsgesetz –
GPVG)**

Stand: 10.11.2020

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung des Gesetzentwurfs	6
§ 221a: Ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021	6
§ 242 Absatz 1 Satz 4: Zusatzbeitrag	8
§ 260 Absatz 2 Satz 1 und 2: Betriebsmittel	10
§ 272: Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021	11
Kommentierung der Änderungsanträge	13
§ 111 und § 111c: pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsverein- barungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	13
§ 242 Absatz 1 Satz 4: Zusatzbeitrag	15
§ 40 SGB XI: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	17

Grundsätzliche Anmerkungen

Der vorliegende Gesetzesentwurf verfolgt die Absicht, durch Regelungen an verschiedenen Stellen des Gesundheits- und Pflegesystems eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege zu erzielen.

Darüber hinaus wurde das Gesetz im Zuge der Diskussion über die Einhaltung der Sozialgarantie, d.h. der Begrenzung der Sozialabgaben für 2020 und 2021 auf max. 40 Prozent, um Regelungen erweitert, die massiv in das Selbstverwaltungsrecht, konkret in das Haushaltsrecht und in das Vermögen der Krankenkassen, eingreifen.

Die vorgesehene Abführung von 8 Mrd. Euro aus dem Vermögen der einzelnen Krankenkassen stellt einen massiven Eingriff in die Finanzautonomie der selbstverwalteten gesetzlichen Krankenversicherung dar. Zudem wird ein fatales Signal an die Krankenkassen gesendet, die Rücklagen in rechtlich zulässiger und wirtschaftlich vorausschauender Weise gebildet haben. Die Erkenntnis, dass die Erträge wirtschaftlichen und sparsamen Handelns sowie einer im Sinne der Versichertengemeinschaft vorausschauenden, langfristigen Finanzplanung mit einem Federstrich konfisziert werden können, setzt letztlich starke Fehlanreize für zukünftiges Kassenhandeln.

Um die im Rahmen der „Sozialgarantie 2020“ versprochene Grenze der Gesamtsozialausgaben von 40 Prozent nicht zu überschreiten, wäre eine entsprechende auskömmliche Gegenfinanzierung aus Bundesmitteln erforderlich.

Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung - Regelungen im Zusammenhang mit der Sozialgarantie

Konkret sollen mit dem Gesetzesentwurf Maßnahmen zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt werden. Die vorgesehenen Änderungen sehen neben einem einmaligen Bundeszuschuss von 5 Mrd. Euro für das Jahr 2021 die Abführung von Rücklagen der Krankenkassen in Höhe von insgesamt 8 Mrd. Euro vor. Zusätzlich soll die gesetzlich zulässige Obergrenze für Finanzvermögen der Krankenkassen weiter abgesenkt werden.

Wenngleich die Innungskrankenkassen den Rückgriff auf die Kassenvermögen im Grundsatz als nachvollziehbar erachten, ist die geplante Art und Weise ein massiver Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen und wird gerade in der vorgesehenen Höhe von 8 Mrd. Euro abgelehnt.

Grundlage der Ermittlung des Finanzierungsbedarfs für 2021 bildet eine gemeinsame Finanzschätzung des Bundesministerium für Gesundheit und des GKV Spitzenverbands von Anfang September.

Hieraus ergibt sich für das Jahr 2021 auch vor dem Hintergrund einnahmen- und ausgabenseitiger Auswirkungen der Corona-Krise ein Bedarf von rund 16 Mrd. Euro, um den aktuellen Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent stabil zu halten. Aktuelle Einschätzungen der GKV gehen sogar von einem rund 1,7 Mrd. Euro höheren Finanzierungsbedarf aus.

Die Bereitschaft des Bundes, lediglich 5 Mrd. Euro als Bundeszuschuss zu leisten, wälzt den Großteil der finanziellen Verantwortung in Höhe von rund 11 Mrd. Euro auf die gesetzliche Krankenversicherung und damit auf die Beitragszahlenden ab. Dabei wird außer Acht gelassen, dass der Finanzbedarf in der festgestellten Höhe auch deshalb zustande kommt, weil die GKV insbesondere während der Corona-Krise gesamtgesellschaftliche Aufgaben zur Sicherstellung und Aufrechterhaltung der Versorgung übernommen hat.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die Annahme, die Vermögenssituation der Krankenkassen könne den vorgesehenen Vermögensabbau problemlos verkraften, durch den stichtagsbezogenen Blick auf den 30. Juni stark verzerrt. Es ist davon auszugehen, dass sich das Vermögen bis zum Jahresende 2020 bereits ohne weitere Eingriffe deutlich reduziert. Ein zentraler Grund ist dabei der mit dem Versichertenentlastungsgesetz vorgeschriebene Vermögensabbau. Wir gehen davon aus, dass statt den vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtfertigung gewählten rund 20,6 Mrd. Euro zum Jahresende „nur“ rund 16 Mrd. Euro an Vermögen verbleiben. Werden diese um weitere 8 Mrd. Euro reduziert, bilden die verbleibenden 8 Mrd. Euro weniger als 0,35 einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Jahres 2021.

Die Aussage im Gesetzesentwurf, dass die Mittel unterhalb von 0,4 Monatsausgaben unangetastet bleiben, ist damit nur eine Momentaufnahme. Realistisch betrachtet würde einer Krankenkasse im Durchschnitt nicht einmal das Doppelte der Mindestreserve verbleiben.

Wenn es nicht zu einer deutlichen Anhebung des Bundeszuschusses zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge in 2021 kommt, dann - und nur dann - wäre aus Sicht der Innungskrankenkassen ein Zugriff auf die Vermögen vertretbar. Dabei müsste es zu einer deutlichen Verringerung des in Anspruch genommenen Vermögens der Krankenkassen kommen, so dass auch zum Jahresende allen Kassen im Mittel mindestens das 0,4-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe für das Jahr 2021 verbleibt.

Das vorgeschlagene Berechnungsverfahren zur Höhe der aufzubringenden Mittel lehnen die Innungskrankenkassen deshalb ab. Wir schlagen stattdessen vor, die Finanzreserven der Krankenkassen oberhalb des 0,8-fachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe komplett zu solidarisieren. In Kombination mit den Regelungen im GKV-FKG kann so der erforderliche Übergang vom Preis- hin zum Qualitätswettbewerb wirkungsvoll beschleunigt werden. Damit wird erreicht, dass bei der Umsetzung der Reform des Morbi-RSA die Kassen von einer angeleglichen Wettbewerbsposition starten.

Um die im Rahmen der „Sozialgarantie 2020“ versprochene Grenze der Gesamtsozialausgaben von 40 Prozent nicht zu überschreiten, ist darüber hinaus eine entsprechende Gegenfinanzierung in Höhe von weiteren 4 Mrd. Euro aus Bundesmitteln erforderlich.

Dies erscheint auch insofern sachgerecht, als die im Koalitionsvertrag in Aussicht gestellte Einführung von kostendeckenden Beiträgen für ALG-II-Bezieher seitens des Gesetzgebers bisher nicht umgesetzt wurde.

Die Innungskrankenkassen lehnen die weitere Senkung der gesetzlich definierten Höchstgrenzen für die Finanzreserven der Kassen und die damit verbundenen Abbau-mechanismen ab. Die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen wird durch diese Regelung weiter ausgehöhlt. Ebenso abgelehnt wird die Senkung der Grenze des Verbots für Zusatzbeitragssatzanhebungen.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist eine Sonderregelung erforderlich, die Krankenkassen Zusatzbeitragssatzanhebungen zum 1. Januar 2021 ermöglicht, wenn die Mindestreserve absehbar im Jahresverlauf unterschritten wird. Die Aufnahme dieser Sonderregelung im Rahmen der Änderungsanträge wird insofern begrüßt.

Die Begrenzung der Anhebung auf den erforderlichen Zusatzbeitragssatz, um eine Unterschreitung der gesetzlichen Mindestrücklage gerade so zu vermeiden, lehnen die Innungskrankenkassen in diesem Zusammenhang hingegen ab. Denn es ist nicht erkennbar, wie diese Regelung das Ziel erreichen soll, die Planungssicherheit zu erhöhen.

Regelungen im Zusammenhang mit Versorgungsfragen

Was die erweiterten Möglichkeiten im Bereich der Selektivverträge angeht, werden diese von den Innungskrankenkassen begrüßt. Die Optionen, Versorgungsaufträge künftig auch mit weiteren Leistungserbringern schließen zu können sowie Versorgungsangebote auf einzelne Regionen zu beschränken, gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, ihr Versorgungsangebot zielgenauer auf die Bedarfe ihre Versicherten abzustimmen.

Auch das Ziel einer Stärkung der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird von den Innungskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Die Innungskrankenkassen regen dazu eine Neustrukturierung des Sicherstellungszuschlags durch eine gestaffelte Förderung an, wodurch eine Förderung von Kinderkliniken und Kinder- und Jugendabteilungen angemessen umgesetzt werden kann.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes sowie zu den Änderungsanträgen. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 221a: Ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in Satz 1 verpflichtet den Bund für das Jahr 2021 zur Zahlung eines ergänzenden Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds in Höhe von 5 Mrd. Euro.

Durch diese Regelung soll sichergestellt werden, den durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz nach § 242a für das Jahr 2021 weitestgehend stabil zu halten. Hierdurch soll im Rahmen der von der Bundesregierung zugesicherten „Sozialgarantie 2021“ der Gesamtsozialversicherungsbeitrag unterhalb der Grenze von 40 Prozent gehalten werden.

Grundlage der Ermittlung des Finanzierungsbedarfs für 2021 bildet eine gemeinsame Finanzschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit und des GKV Spitzenverbands von Anfang September. Hieraus ergibt sich für das Jahr 2021 auch vor dem Hintergrund einnahmen- und ausgabenseitiger Auswirkungen der Corona-Krise ein Bedarf von rund 16,6 Mrd. Euro, um den aktuellen Zusatzbeitragsatz von 1,1 Prozent stabil zu halten.

Satz 2 regelt die anteilige Bezuschussung der landwirtschaftlichen Krankenkasse, welche nicht über den Gesundheitsfonds finanziert wird. Der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse soll 30 Mio. Euro betragen.

Bewertung

Die Erhöhung von Bundesmitteln ist aus Sicht der Innungskrankenkassen insbesondere vor dem Hintergrund der pandemiebedingten Krisensituation und der Übernahme gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch die GKV sachgerecht und zielführend.

Die Bereitschaft des Bundes, lediglich 5 Mrd. Euro als einmaligen Bundeszuschuss zu leisten, wälzt den Großteil der finanziellen Verantwortung in Höhe von rund 11 Mrd. Euro auf die gesetzliche Krankenversicherung und damit auf die Beitragszahlenden ab. Dabei wird außer Acht gelassen, dass der Finanzbedarf in der festgestellten Höhe auch deshalb zustande kommt, weil die GKV insbesondere während der Corona-Krise gesamtgesellschaftliche Aufgaben zur Sicherstellung und Aufrechterhaltung der Versorgung übernommen hat.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die Annahme, die Vermögenssituation der Krankenkassen könne den vorgesehenen Vermögensabbau problemlos kompensieren durch den stichtagsbezogenen Blick auf den 30. Juni stark verzerrt. Es ist davon auszugehen, dass sich das Vermögen bis zum Jahresende 2020 bereits ohne weitere Eingriffe deutlich reduziert. Ein zentraler Grund ist dabei der mit dem Versichertenentlastungsgesetz vorgeschriebene Vermögensabbau. Wir gehen davon aus, dass statt den vom Bundesministerium für Gesundheit als Grundlage gewählten rund 20,6 Mrd. Euro zum Jahresende „nur“ rund 16 Mrd. Euro an Vermögen verbleiben. Werden diese um weitere 8 Mrd. Euro reduziert bilden die verbleibenden 8 Mrd. Euro weniger als 0,35 einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Jahres 2021. Die Aussage im Gesetzentwurf, dass die Mittel oberhalb unterhalb von 0,4 Monatsausgaben unangetastet bleiben ist damit nur eine Momentaufnahme. Realistisch betrachtet würde einer Krankenkasse im Durchschnitt nicht einmal das Doppelte der Mindestreserve verbleiben.

Die Innungskrankenkassen schlagen daher eine Verringerung des in Anspruch genommenen Vermögens der Krankenkassen um 4 Mrd. Euro vor, so dass auch zum Jahresende allen Kassen im Mittel mindestens 0,4 einer durchschnittlichen Monatsausgabe für das Jahr 2021 verbleiben.

Um die im Rahmen der „Sozialgarantie 2020“ versprochene Grenze der Gesamtsozialausgaben von 40 Prozent nicht zu überschreiten ist eine entsprechende Gegenfinanzierung in Höhe von insgesamt 9 Mrd. Euro aus Bundesmitteln erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 221a ist wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 ist die Angabe „5“ werden durch die Angabe „9“ zu ersetzen.
- b) In Satz 2 ist die Angabe „30“ durch die Angabe „55“ zu ersetzen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 242 Absatz 1 Satz 4: Zusatzbeitrag

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung ergänzt die in Artikel 1 Nr. 9 beabsichtigte Änderung in § 260, mit denen die Krankenkassen verpflichtet werden, ihre Finanzreserven aus Rücklagen und Betriebsmitteln abzubauen, wenn diese die gesetzlich neu definierte Obergrenze überschreiten. Krankenkassen sollen ihre Zusatzbeiträge daher solange nicht anheben dürfen, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten.

Diese Obergrenze wird durch die Neuregelung von einer durchschnittlichen Monatsausgabe auf das 0,8-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe gesenkt.

Maßgeblich für eine Anhebung sind dabei die zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die Senkung der Grenze des Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot ab. Die Beitragssatzautonomie wird durch diese Regelung erneut deutlich beschnitten, ohne einen erkennbaren Mehrwert erkennen zu lassen.

Aufgrund des am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Versichertenentlastungsgesetzes sind die Krankenkassen bereits verpflichtet, ihre Rücklagen binnen drei Jahren bis auf eine Monatsausgabe abzuschmelzen. Um insoweit überschießende Finanzreserven abzubauen, erheben daher zahlreiche Krankenkassen derzeit einen bereits in 2020 bei weitem nicht kostendeckenden Zusatzbeitragssatz. Aufgrund der vom GKV-Schätzerkreis prognostizierten zunehmenden Ausgabendynamik nimmt die Unterdeckung durch den bereits aktuell zu niedrig erhobenen Zusatzbeitragssatz in 2021 noch weiter zu. Diese niedrigen Zusatzbeitragssätze setzen aber gerade das Vorhandensein entsprechender Finanzreserven voraus, die nach Artikel 1 Nr. 11 jedoch abzuführen sind.

Für Krankenkassen, für die ein Anhebungsverbot gilt, besteht zum 1. Januar keine Möglichkeit, auf die steigenden Ausgaben und auf eine ggf. durch die Reform des Morbi-RSA stark veränderte Einnahmensituation zu reagieren. Die "Sozialgarantie 2021" sollte aber selbstverständlich nicht nur am 1. Januar 2021, sondern auch im Jahresverlauf und für den durchschnittlich erhobenen Zusatzbeitragssatz gelten. Die Anwendung des Anhebungsverbotes ohne eine Berücksichtigung der nach Artikel 1 Nr. 11 vorgesehenen Vermögensabführungen in den Gesundheitsfonds bedeutet, dass Krankenkassen erst

mit Vorliegen der Rechnungsergebnisse für das 1. Quartal 2021 ihren Zusatzbeitragsatz der drastisch veränderten Finanzsituation (erhöhte Ausgaben, verminderte Einnahmen, erheblich reduziertes Vermögen) anpassen können. Wird ihnen die Möglichkeit einer moderaten Anpassung zum 1. Januar genommen, muss die unterjährige Anhebung des Zusatzbeitragsatzes umso höher ausfallen. Dies gefährdet nicht nur die weitere Realisierung der „Sozialgarantie 2021“, sondern birgt auch das Risiko verstärkter Mitgliederverluste bei den vom Anhebungsverbot betroffenen Krankenkassen und erhöht damit die Haftungsrisiken in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Anhebungsverbot kann es deshalb nur für Krankenkassen geben, die auch nach Abzug der an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzreserven über ein Finanzvermögen oberhalb einer Monatsausgabe verfügen.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

§ 242 Absatz 1 wird um folgenden Satz 5 ergänzt:

„Im Jahr 2020 sind bei der Feststellung der Vermögensverhältnisse nach Satz 4 die nach § 272 Absatz 1 von den Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzmittel, die nach § 272 Absatz 2 im Jahr 2021 mit den Zuweisungen des Gesundheitsfonds verrechnet werden, von den in den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen ausgewiesenen Finanzreserven in Abzug zu bringen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 260 Absatz 2 Satz 1 und 2: Betriebsmittel

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung senkt die Obergrenze für die Pflicht zum stufenweisen Abbau von Finanzreserven der Krankenkassen von einer Monatsausgabe auf das 0,8-fache einer Monatsausgabe ab.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die weitere Senkung der gesetzlich zulässigen Obergrenzen für Finanzvermögen ab.

Die Beitragssatzautonomie wird durch diese Regelung erneut deutlich beschnitten. Die Festlegung der Beitragssätze in einer Kasse erfolgt in einer paritätisch besetzten Selbstverwaltung, wie sie bei den Innungskrankenkassen besteht, unter Würdigung von verschiedenen externen wie internen Gründen. Entscheidungen fallen mit Blick auf finanzielle Risiken, die sich aus dem Wettbewerb und aus gesetzlichen Vorgaben geben können, wie mit Blick auf beabsichtigte Investitionen in Versorgungsverbesserungen.

Der bestehende Einschnitt bedarf keiner weiteren Verschärfung. Insbesondere, da die Vermögen ohnehin abgeschmolzen werden sollen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 272: Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021

Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 der Neuregelung legt fest, dass den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2021 einmalig Mittel aus den Finanzreserven der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen zugeführt werden. In Verbindung mit dem unter Artikel 1 Nummer 7 geregelten Bundeszuschusses sollen so die Zusatzbeitragssätze stabilisiert werden.

Dazu werden die entsprechenden Krankenkassen verpflichtet, 66,1 Prozent der Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1, die zwei Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten, an den Gesundheitsfonds abzuführen. Maßgeblich für die Berechnung sind die von den Krankenkassen für das erste Halbjahr 2020 nach Abschluss des zweiten Quartals 2020 vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse (KV45).

Absatz 2 regelt, dass die Beträge vom Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) berechnet und per Bescheid geltend gemacht werden. Die festgesetzten Beträge werden dann vom BAS mit den nach § 16 Absatz 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Ausgleichsjahr 2021 an die Krankenkasse auszahlenden Zuweisungen verrechnet. Die Verrechnung wird gleichmäßig auf die verbleibenden Monate des Jahres 2021 aufgeteilt, um eine Gleichmäßigkeit zu erzielen. Nach Satz 4 sollen Klagen gegen die Bescheide des BAS keine aufschiebende Wirkung haben.

Bewertung

Wie bereits in den grundsätzlichen Anmerkungen dargestellt, lehnen die Innungskrankenkassen den Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht im Allgemeinen ab und halten die Belastung der Vermögen der Krankenkassen in Höhe von 8 Mrd. Euro im Besonderen als unverhältnismäßig hoch.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die Annahme, die Vermögenssituation der Krankenkassen könne den vorgesehenen Vermögensabbau problemlos kompensieren durch den stichtagsbezogenen Blick auf den 30. Juni stark verzerrt. Es ist davon auszugehen, dass sich die Vermögen der Krankenkassen bis zum Jahresende 2020 bereits ohne weitere Eingriffe deutlich reduzieren. Ein zentraler Grund ist dabei der mit dem Versichertenentlastungsgesetz vorgeschriebene Vermögensabbau. Wir gehen davon aus, dass statt den vom Bundesministerium für Gesundheit als Grundlage gewählten

rund 20,6 Mrd. Euro zum Jahresende „nur“ rund 16 Mrd. Euro an Vermögen verbleiben. Werden diese um weitere 8 Mrd. Euro reduziert bilden die verbleibenden 8 Mrd. weniger als 0,35 einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Jahres 2021. Die Aussage im Gesetzesentwurf, dass die Mittel oberhalb unterhalb von 0,4 Monatsausgaben unangetastet bleiben ist damit nur eine Momentaufnahme. Realistisch betrachtet würde einer Krankenkasse im Durchschnitt nicht einmal das Doppelte der Mindestreserve verbleiben.

Wenn es nicht zu einer deutlichen Anhebung des Bundeszuschusses zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge in 2021 kommt, dann - und nur dann - wäre aus Sicht der Innungskrankenkassen ein Zugriff auf die Vermögen vertretbar. Dabei müsste es zu einer deutlichen Verringerung des in Anspruch genommenen Vermögens der Krankenkassen kommen, so dass auch zum Jahresende allen Kassen im Mittel mindestens 0,4 einer durchschnittlichen Monatsausgabe für das Jahr 2021 verbleibt. So wird die finanzielle Handlungsfähigkeit der Krankenkassen nicht durch Eingriffe des Gesetzgebers gefährdet.

Das vorgeschlagene Berechnungsverfahren zur Höhe der aufzubringenden Mittel lehnen die Innungskrankenkassen ab. Durch Fehlsteuerungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) ist es in den vergangenen Jahren zu Wettbewerbsverzerrungen gekommen. Dass dies auch seitens des Gesetzgebers wahrgenommen wurde, zeigt sich eindrücklich an der Einführung des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG). Es wird deshalb vorgeschlagen, die Finanzreserven der Krankenkassen oberhalb des 0,8-fachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe komplett zu solidarisieren. Eine exakte Berechnung der erforderlichen Obergrenze, ab der Vermögen abzuführen ist, ist aufgrund fehlender Einzelkassenwerte für den IKK e.V. nicht möglich. Nach unseren Berechnungen handelt es sich bei dem Gesamtvermögen oberhalb des 0,8-fachen einer Monatsausgabe mindestens um 4 Mrd. Euro. Vermögenden Kassen bleibt mit den verbleibenden Finanzreserven ein ausreichender finanzieller Handlungsspielraum erhalten. Krankenkassen, die in den vergangenen Jahren vom Morbi-RSA benachteiligt worden sind, bleibt durch die geringere Inanspruchnahme ihres Vermögens die Wettbewerbsfähigkeit erhalten. In Kombination mit den Regelungen im GKV-FKG kann so der erforderliche Übergang vom Preis- hin zum Qualitätswettbewerb wirkungsvoll beschleunigt werden.

Die vorgesehene Durchführung durch das BAS halten die Innungskrankenkassen für nachvollziehbar, ebenso die unter Absatz 2 beschriebenen Verfahrensgrundsätze.

Änderungsvorschlag

In Satz 1 ist die Angabe „66,1 Prozent der“ durch die Angabe „die“ und die Angabe „zwei Fünftel“ durch „vier Fünftel“ zu ersetzen.

Kommentierung der Änderungsanträge

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2b - neu und 2c – neu

§ 111 und § 111c: pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Neuregelung soll die Leistungsfähigkeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen während der derzeitigen epidemischen Lage weiterhin gewährleistet werden. Vorgesehen ist, die bisherigen Ausgleichszahlungen durch Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Einrichtungsträgern anzupassen, um den pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsgeschehen Rechnung zu tragen. Die Vergütungsvereinbarungen sollen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 gelten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die genannte Befristung bis zum 31. Dezember 2021 verlängern.

Bewertung

Nach Einschätzung der Innungskrankenkassen ist die bisherige Schutzschirm-Regelung für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausreichend, um die Leistungsfähigkeit sowie die wirtschaftliche Betriebsführung der Einrichtungen während der epidemischen Lage zu gewährleisten. Zudem hat sich das Bundesministerium für Gesundheit die Ermächtigung zugesprochen, die bisherige Regelung um weitere 6 Monate zu verlängern, ohne davon Gebrauch zu machen.

Die Neuregelung würde dazu führen, dass die Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, sondern direkt zu den Krankenkassen verlagert werden. Dadurch würden pandemiebedingte Kosten direkt den Beitragszahlern aufgelastet.

Zudem würden die Anpassungen der Vergütungsvereinbarungen einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand auf Seiten der GKV wie auf Seiten der Einrichtungsträger verursachen. Insbesondere unter Berücksichtigung des Erfüllungsaufwands der mit dem kürzlich in Kraft getretenen Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) einhergeht, werden somit bürokratische Anforderungen gestellt, die gerade in der derzeitigen Situation überflüssig und vermeidbar erscheinen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 242 Absatz 1 Satz 4: Zusatzbeitrag

Beabsichtigte Neuregelung

Durch den Änderungsantrag wird die vorgesehene Senkung der Vermögensobergrenze, ab der Zusatzbeitragssatzerhöhungen verboten sind, ergänzt.

Dabei wird zunächst eine Sonderregelung eingeführt, die es Krankenkassen ermöglichen soll, den Zusatzbeitragssatz zu erhöhen, wenn diese zwar Ende 2020 die Vermögensgrenze überschreiten, jedoch absehbar im Jahresverlauf 2021 unter die Mindestrücklage fallen. Die Höhe dieser Anhebung wird jedoch begrenzt auf den Zusatzbeitragssatz, der erforderlich ist, um eine Unterschreitung der gesetzlichen Mindestrücklage zu vermeiden.

Des Weiteren ist eine Regelung für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern vorgesehen. Diese können sich auf Antrag von den Aufsichtsbehörden eine Anhebung ihrer Zusatzbeitragssätze genehmigen lassen, durch die einer Unterschreitung der für sie individuell erforderlichen Rücklage entgegengewirkt wird.

Ferner sollen bei der Bemessung der Zusatzbeitragssätze grundsätzlich die Ausgabenexpectationen des Schätzerkreises für das Jahr 2021 als Maßstab zugrunde gelegt werden. Abweichungen von den Annahmen des Schätzerkreises sind von den Krankenkassen schriftlich zu begründen.

Schließlich wird die Zuführung von Geldmitteln für künftig zu zahlende Versorgungsbezüge der Bediensteten und ihrer Hinterbliebenen nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Haushaltsplan für das Haushaltsjahr 2021 begrenzt.

Bewertung

Wie den Ausführungen zu Artikel 1, Nummer 8 zu entnehmen ist, begrüßen die Innungskrankenkassen die Einführung einer Sonderregelung, die Krankenkassen Zusatzbeitragssatzanhebungen zum 1. Januar 2021 ermöglicht, wenn die Mindestreserve absehbar im Jahresverlauf unterschritten wird.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

§ 242 Absatz 1 wird um folgenden Satz 5 ergänzt:

„Im Jahr 2020 sind bei der Feststellung der Vermögensverhältnisse nach Satz 4 die nach § 272 Absatz 1 von den Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzmittel, die nach § 272 Absatz 2 im Jahr 2021 mit den Zuweisungen des Gesundheitsfonds verrechnet werden, von den in den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen ausgewiesenen Finanzreserven in Abzug zu bringen.“

Zu Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 40 SGB XI: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Beabsichtigte Neuregelung

Für § 40 SGB XI wird ein neuer Absatz 6 vorgesehen:

„Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.“

Bewertung

Die geplante Regelung wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Eine Übernahme der Regelungen nach § 13 Abs. 3a SGB V (PRG) in die Regelungen nach § 40 SGB XI ist nach Ansicht der Innungskrankenkassen nicht sachgerecht. Darüber hinaus haben die Regelungen in § 13 Abs. 3a SGB V bereits zu erheblichen Auslegungsschwierigkeiten mit umfangreicher Rechtsprechung geführt. Auch in der Kommentarliteratur wird die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V erheblich kritisiert und deren Abschaffung gefordert.

Darüber hinaus sind die in beiden Paragraphen aufgeführten Leistungen nicht vergleichbar. Hilfsmittel nach § 33 SGB V sind jeweils direkt für den Versicherten selbst vorgesehen (entweder zum Behinderungsausgleich oder zur Krankenbehandlung). Dies trifft auf Pflegehilfsmittel nicht durchgängig zu. Denn der Gebrauch bestimmter Pflegehilfsmittel, wie z.B. Mundschutz, Desinfektionsmittel etc., dient nicht dem Schutz des zu Pflegenden, sondern dem Schutz der Pflegeperson. Entsprechendes gilt für Hilfsmittel zur Pflege erleichterung. Für Pflegehilfsmittel ein bürokratisches Verfahren vorzusehen, geht insofern fehl, stattdessen wäre eine Pauschalierung der hierfür vorgesehen Mittel sinnvoll (s.u.).

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sind Zuschussleistungen für z.B. durch Handwerksbetriebe durchgeführte Umbaumaßnahmen. Auch hier handelt es sich charakteristisch nicht um Sachleistungen im Sinne von dringender, lebenserhaltender Versorgung zur Krankenbehandlung oder zum Behinderungsausgleich. Nach allgemeiner Erfahrung

werden auch diese Anträge nahezu immer dem MD vorgelegt. Es wäre dann aber erforderlich, nahezu bei jedem Antrag den Versicherten zusätzlich über die entsprechenden Fristen zu informieren, also ein erhöhter Verwaltungsaufwand für die Kassen. Zudem finden i.d.R. zeitaufwändige Abstimmungen mit Hausverwaltungen statt, ob Umbaumaßnahmen überhaupt – und wenn ja, wie – durchzuführen sind, so dass die Leistung allein deshalb oft Verzögerungen erfährt.

Zudem ist zu bedenken, dass schon jetzt der MD an Leistungsgrenzen stößt. Die Innungskrankenkassen sind deshalb der Ansicht, dass die nötige „Infrastruktur“ noch nicht vorhanden ist. Sollte eine solche Regelung tatsächlich eingeführt werden, müssten zunächst die Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Zum jetzigen Zeitpunkt bereits eine Frist vorzusehen, wird abgelehnt.

Für den Bereich der Pflegehilfsmittel schlagen die Innungskrankenkassen vor, § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB XI in dem Sinne umzuformulieren, dass die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Höhe von 40 Euro dem Pflegegeld aufgeschlagen werden. Damit würde die Möglichkeit geschaffen, dass die anspruchsberechtigten Versicherten sich die erforderliche Leistung selbst bedarfsgerecht beschaffen können. Die Versicherten erhalten durch diese Maßnahme eine umgehende Versorgung. Die Bedarfsprüfung durch den MD und die notwendige Bewilligung durch die Krankenkassen entfällt. Frei werdende Kapazitäten können der sonstigen Antragsbearbeitung zur Verfügung gestellt werden. Bearbeitungszeiten können so effektiv reduziert werden.

Änderungsvorschlag

Streichung des geplanten neuen Absatzes 6 in § 40 SGB XI.

Stattdessen Umformulierung des § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB XI wie folgt:

„Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Höhe von 40 Euro werden dem Pflegegeld aufgeschlagen.“