DEUTSCHER BUNDESTAG
15. Wahlperiode
Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung

11011 Berlin
Platz der Republik 1
Telefon Sekretariat: (0 30) 227 – 3 24 07/
227 – 3 79 59

Ausschussdrucksache (13)0660
vom 17.09.04

Stellungnahmen
der eingeladenen Verbände/Institutionen
Eingang bis: 17.09.2004
(Teil 1)

zu der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung
am 23. September 2004
zum Gesetzentwurf der Fraktionen
SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Entwurf eines Gesetzes zur

Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz“

- BT-Drs. 15/3681 -

nach Eingang:

	Seite
Verbraucherzentrale Bundesverband	3 - 6
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	7 - 9
Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.	11 - 12
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	13 - 18
Deutscher Gewerkschaftsbund	19 - 21
Verband der privaten Krankenversicherung	23 - 24
Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.	25 - 26
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger	28 - 30
Spitzenverbände der Krankenkassen	31 - 37
Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände	39 – 41
Bundesagentur für Arbeit	43 - 45

verbraucherzentrale Bundesverband

Stellungnahme zum

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

(Bundestag-Drucksache 15/3681)

Berlin

15. September 2004

Kontakt:

Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) e.V
Fachbereich Gesundheit und Ernährung

Markrafenstr. 66, 10969 Berlin
Tel: 030-2580043; Fax: 030-25800418,
Email: isenberg@vzbv.de; etgeton@vzbv.de; www.vzbv.de

Vorbemerkung

Die Umfinanzierung des Zahnersatzes durch eine gesonderte Versicherung ohne Arbeitgeberanteil war eines der besonders kontrovers diskutierten Themen im Zuge der Konsensverhandlungen zwischen der Koalition aus SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf der einen und der CDU/CSU auf der anderen Seite. Der erzielte Kompromiss, das Optionsmodell einer Sonderversicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse oder einem privaten Versicherungsunternehmen mit einem einkommensunabhängigen Pauschalbeitrag, konnte keine der Seiten zufrieden stellen und löste bei den Versicherten erhebliche Verunsicherung aus. Da der Regelung im Hinblick auf Prävention und Prophylaxe keine verhaltenssteuernde Wirkung zugeschrieben werden konnte, hatte sie lediglich den Sinn, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen für die Arbeitgeberseite zu mindern. Die Auswahl desjenigen Leistungskomplexes (Zahnersatz, Privatunfälle, Krankengeld), der in die finanzielle Verantwortung allein der Versicherten überführt werden sollte, hatte, wenn man die politische Diskussion im Zuge der Gesetzgebung rekapituliert, durchaus etwas Beliebiges.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (**vzbv**) hat die im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) getroffene Vereinbarung daher in seiner Stellungnahme vom 9. September 2003 eindeutig missbilligt: „Durch den einheitlichen, einkommensunabhängigen Beitrag geht ... ein Stück Solidarität innerhalb der GKV verloren, ohne dass damit ein verhaltenssteuernder, präventiver Nutzen verbunden wäre. Der zusätzliche administrative Aufwand einer Sonderversicherung des Zahnersatzes wird die Versicherten vermutlich sogar zusätzlich belasten. Die Neuregelung des Zahnersatzes ... soll erklärtermaßen als Pilotprojekt einer weitergehenden Auslagerung medizinischer Leistungen aus dem Katalog der GKV dienen. Der **vzbv** lehnt eine solche Strategie der sukzessiven Leistungsausgrenzung ohne positive Lenkungseffekte ab.“

Die damaligen Befürchtungen des **vzbv** haben sich weitegehend bewahrheitet. Die Verunsicherung der Verbraucherinnen und Verbraucher über die Zukunft der Zahnersatzversicherung ist in diesem Jahr in zum Teil unverantwortlicher Weise von einigen privaten Versicherungen, aber auch von einzelnen Krankenkassen ausgenutzt worden, um sich Marktvorteile im Bereich der privaten Zusatzversicherungen zu verschaffen. Die Verbraucherzentralen haben daher frühzeitig davor gewarnt, voreilig Verträge über eine Zahnersatzsonderversicherung abzuschließen. Wie sich heute zeigt, waren diese Warnungen mehr als berechtigt, da die Rechtgrundlage etlicher Verträge mit der Umsetzung des vorgelegten Gesetzentwurfes hinfällig wäre.

Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Zu Artikel 1

Wie die ursprünglich geplante Sonderversicherung des Zahnersatzes stellt der im Gesetzentwurf enthaltenen prozentuale Eigenbeitrag von 0,4 Prozent vom Beitragssatz für die Versicherten eine Zusatzbelastung der Versicherten dar. Bei beiden Lösungen handelt es sich letztlich um eine Verschiebung der paritätischen Finanzierung der GKV zugunsten der Arbeitgeberseite. Im Rahmen der vom Gesetzgeber vorrangig verfolgten Zielsetzung einer Senkung der Lohnzusatzkosten ist aber aus Gründen der Verteilungs- und Lastengerechtigkeit eine *einkommensabhängige prozentuale* Beitragserhebung einem *Pauschalbeitrag* vorzuziehen. Der **vzbv** begrüßt daher die Rücknahme der im GMG geregelten pauschalierten einkommensunabhängigen Sonderversicherung des Zahnersatzes.

Obgleich der vorliegende Gesetzentwurf in seinem Titel weiterhin den Bezug zur Finanzierung des Zahnersatzes aufrecht erhält, wird die Koppelung der vom Gesetzgeber gewollten Entlastung der Lohnzusatzkosten an das Leistungsgeschehen der GKV faktisch aufgehoben. In der Begründung für die vom Versicherten zusätzlich zur Eigenfinanzierung des Krankengeldes (0,5 Prozent vom Beitragssatz) ab dem 1. Juli 2005 zu tragenden 0,4 Prozent vom Beitragssatz spielt der Bezug zum Leistungskomplex des Zahnersatzes keine Rolle mehr. Hier geht es vielmehr allein um die Entlastung der Arbeitgeberseite:

> „Durch die Erhebung eines einkommensbezogenen Sonderbeitrags ab dem 1.7.2005 in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten kann der paritätisch finanzierte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zum Jahr 2004 in 2005 um 0,45 und ab dem Jahr 2006 um 0,9 Beitragssatzpunkte reduziert werden. Hierdurch werden Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger im Jahr 2005 in einer finanziellen Größenordnung von 2,2 bis 2,3 Mrd. Euro und ab 2006 von ca. 4 ½ Mrd. Euro entlastet und die Mitglieder der Krankenkassen entsprechend belastet.“ (Begründung des Gesetzentwurfes)

Da so der unmittelbare Bezug zum Zahnersatz aufgegeben wird, hätte in der Begründung dargelegt werden müssen, weshalb der den Versicherten abverlangte Sonderbeitrag zur Senkung der Lohnzusatzkosten ausgerechnet mit 0,4 Prozent vom Beitragssatz veranschlagt wird. Die Loslösung dieses Sonderbeitrags von dem ursprünglich vorgesehenen Leistungskomplex, lässt die Festlegung dieser zusätzlichen Belastung der Versicherten als

willkürlich erscheinen und nährt die Befürchtung, dass eine weitere Verschiebung der paritätischen Finanzierung der GKV in ähnlicher Weise künftig nicht ausgeschlossen ist.

Zu Artikel 2

In Artikel 2 Nummer 1 des Gesetzentwurfes wird klargestellt, dass sich der Abschlag für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden, nicht nur auf die Festzuschüsse beim Zahnersatz bezieht, sondern auch auf die Abrechnung dieser Leistungen durch Zahnärzte. Dadurch soll verhindert werden, dass Versicherte, über den von ihnen zu tragenden Eigenanteil hinaus, zusätzlich mit dem Differenzbetrag zwischen dem zahntechnischen Festzuschuss und den von den Zahnärzten abgerechneten Preisen für zahntechnische Leistungen belastet werden. Diese Klarstellung ist wichtig und aus Versichertensicht zu begrüßen.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz (BT-Drucks. 15/3681) vom 06.09.2004

Durch den Gesetzentwurf soll die, durch das GMG erfolgte Neuregelung des Zahnersatzes in den §§ 55 SGB V, die erst ab dem 01.01.2005 in Kraft treten wird, bereits zuvor insofern geändert werden, als der dort vorgesehene Geldleistungsanspruch im Rahmen eines Festzuschusssystems nicht mehr als Satzungsleistung ausgestaltet wird und der Versicherte nicht eine Wahlmöglichkeit zwischen einer Satzungsleistung der GKV und einer privatrechtlichen Absicherung durch die PKV haben soll.

Bekanntlich haben der Gemeinsame Bundesausschuss und die Bundesmantelvertragspartner im Jahre 2004 mit Hochdruck an der Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Neuregelungen zur Versorgung mit Zahnersatz gearbeitet, um eine fristgerechte Einführung des Festzuschusssystems zu ermöglichen, worauf auch seitens des aufsichtsführenden BMGS stets besonderer Wert gelegt wurde. Gerade der Bereich der Versorgung mit Zahnersatz war in der Vergangenheit bereits verschiedentlich Gegenstand grundsätzlicher Änderungen durch den Sozialgesetzgeber. Diese haben bisher stets zu einer nicht unerheblichen Verunsicherung der Versicherten und in der Folge zu rational nicht nachvollziehbaren Verwerfungen bei der Leistungsinanspruchnahme durch die Versicherten geführt. Dies war und ist auch bereits jetzt wieder vor dem Hintergrund der seit Monaten andauernden, öffentlichen Diskussion über die Inhalte und die Höhe der zukünftigen Festzuschuss-Ansprüche zu beobachten.

Wenn nunmehr durch den Gesetzentwurf bereits beschlossene gesetzliche Regelungen vor deren Inkrafttreten wieder in Frage gestellt werden, muss dies nicht nur 2 zu einer ungerechtfertigten Enttäuschung des Vertrauens derjenigen führen, die sich bereits für eine private Absicherung des Risikos einer Zahnersatzversorgung entschieden haben, sondern die bereits vorhandene Verunsicherung der Versicherten über ihren zukünftigen Versorgungsanspruch wird noch weiter steigen. Gerade in einer Zeit allgemein schwindenden Vertrauens in die Verlässlichkeit des Gesetzgebers ist ein derartiges Vorgehen bereits im Grundsatz abzulehnen. Dies gilt umso mehr, als sachliche Gründe für eine Beibehaltung eines prozentualen Beitrages der Versicherten für die Zahnersatzversorgung nicht ersichtlich sind. Verwaltungsschwierigkeiten bei der Einziehung eines Pauschalbetrages können hierfür nicht ins Feld geführt werden. Schließlich hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit auch bei seinen, zum Teil äußerst kurzfristig in Kraft gesetzten Änderungen von Leistungs- und Abrechnungsverfahren niemals Rücksicht auf die Verwaltungsverfahren im Bereich der GKV und der Leistungserbringer genommen. Das Argument zusätzlicher Verwaltungsaufwendungen erscheint auch deshalb als vorgeschoben, da zur Zeit parallel Änderungen im Beitragsrecht der Pflegeversicherung mit dem Ziel diskutiert

werden, Kinderlose mit einem höheren Beitrag zu belasten. Die hierfür erforderliche, individuelle Kontenführung und die Anforderung und Überprüfung entsprechender Nachweise dürften die Aufwendungen für den Einzug bundeseinheitlicher Beiträge für Zahnersatz deutlich übersteigen.

Die grundlegende Richtungsentscheidung im GMG, den Beitrag für Zahnersatz bundeseinheitlich und orientiert an den tatsächlichen Kosten festzulegen und zudem eine entsprechende, privatrechtliche Absicherung zu ermöglichen, hat Signalwirkung für eine sachgerechte und zukunftssichere Ausgestaltung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Nur wenn die Versicherten – wie bei der privaten Inanspruchnahme sonstiger Leistungen auch – einkommensunabhängig den realen Wert der von ihnen in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen bzw. der diesbezüglichen Absicherung tragen, kann zukünftig eine sichere Finanzierung dieser Leistungen ermöglicht werden. Ein eventuell notwendiger Sozialausgleich kann dabei nicht über die Beiträge, sondern nur über allgemeine Steuern vorgenommen werden. Der vorliegende Gesetzentwurf ist auch deswegen abzulehnen, weil dadurch eine Chance zur grundlegenden Neuorientierung der Finanzierungsbasis der GKV verpasst würde. Die Möglichkeit für den Versicherten, eine private Absicherung von Gesundheitsrisiken in dem Umfang vorzunehmen, der seinen persönlichen Bedürfnissen und 3 Möglichkeiten entspricht, ist richtungsweisend für eine grundlegende Finanzierungsreform der GKV. Hierfür ist der Leistungsbereich des Zahnersatzes im besonderen Maße geeignet, da er durch vielfältige Versorgungsalternativen, verbunden mit unterschiedlichen Kostenbelastungen, geprägt ist. Finanzierungsgesichtspunkte der GKV können dann aber nicht zur Beschränkung der Wahlfreiheit des Versicherten sowohl hinsichtlich der von ihm gewünschten Versorgungsform als auch des Versicherungsumfanges insgesamt, herangezogen werden. Die aktuelle Diskussion über eine Finanzierungsreform der GKV erkennt auch zunehmend die Notwendigkeit einer Beschränkung des GKV-Leistungsvolumens auf noch öffentlich zu finanzierende Grundleistungen. Insofern ist z. B. dem Konzept des BDA zur Einführung einer einheitlichen Gesundheitsprämie zuzustimmen. Soweit mittel- bis langfristig Leistungsbegrenzungen vorgenommen werden sollten, würde sich hierfür der Bereich des Zahnersatzes, in dem die Leistungsnachfrage weitgehend verhaltensabhängig ist, besonders anbieten. Auf die diesbezügliche Diskussion im Gesetzgebungsverfahren zum GMG kann insofern Bezug genommen werden.

Gerade in einer alternden und zunehmend multimorbiden Gesellschaft, die durch steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei sinkendem Beitragsaufkommen in der GKV gekennzeichnet sein wird, ist die Möglichkeit für den Einzelnen, sich gegen grundlegende Daseinsrisiken auf der Grundlage eigener Entscheidungen bedarfsgerecht abzusichern, von fundamentaler Bedeutung. Die im Gesetzentwurf ohne Not vorgesehene Beseitigung einer entsprechenden Wahlmöglichkeit in § 58 SGB V in der ab 01.01.2005 geltenden Fassung ist daher abzulehnen. Dies gilt umso mehr für die z.Z. öffentlich diskutierte Verschiebung einer Neuregelung der Absicherung der Zahnersatzversorgung insgesamt.

Die in der Begründung des Gesetzentwurfes an verschiedener Stelle zu findende Aussage, die Versorgung mit Zahnersatz solle Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben, kann zudem zu Fehlinterpretationen führen. Der Gesetzentwurf will nämlich nichts an der grundsätzlichen Einführung eines Festzuschusssystems bei Zahnersatz und damit an einer Überführung des bisherigen Sachleistungsanspruches in einen Geldleistungsanspruch in Höhe der jeweiligen Festbeträge ändern. Die diesbezüglichen Leistungsausgaben der GKV sind in einem

solchen System aber nicht mehr Gegenstand der Gesamtvergütungen an die KZVen, 4 was der Gesetzgeber des GMG auch dadurch zum Ausdruck gebracht hat, dass ab dem 01.01.2005 in § 85 Abs. 4 b SGB V die allgemeinen Punktmengengrenzen beim degressiven Punktwert um diejenigen Anteile reduziert werden, die bisher auf die Leistungsabrechnungen für Zahnersatz gegenüber den KZVen entfallen sind. Insofern müsste in der Begründung zumindest klargestellt werden, dass durch die Änderung der Finanzierung des Festzuschusssystems sich an dessen Rechtsnatur im Übrigen, insbesondere an der Tatsache eines Geldleistungsanspruches des Versicherten, der nicht Gegenstand der Gesamtvergütungen ist, nichts ändert.

Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen zur Finanzierung von Zahnersatz
Bundestags-Drucksache 15/3681 vom 6.9.2004

Stellungnahme

Mit diesem Gesetzesentwurf soll die mit dem mit dem GKV Modernisierungsgesetz (GMG) vorgesehene gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes rückgängig gemacht werden.
Damit wird noch nicht einmal vier Monate vor dem geplanten In-Kraft-Treten eines Gesetzes eine Neuregelung diskutiert, die ihrerseits zum 1.7.2005 in Kraft treten soll. Erst jetzt, nachdem die mögliche Ausgliederung von Zahnersatz aus der GKV seit Jahren in der Diskussion war, wird der gewählte Weg als zu bürokratisch und nicht durchführbar erklärt.
Dieses Fazit ist ein Armutszeichen der Politik, die sich unfähig gezeigt hat, rechtzeitig eine ädaquate Folgeabschätzung ihrer Entschlüsse durchzuführen. Es gibt von daher keinen Grund anzunehmen, dass dies bei dem nun vorliegenden Entwurf besser gelingen wird.

Die Regelung zur Versorgung mit Zahnersatz bleibt eine isolierte Regelung, die Einbindung in eine schlüssige Gesamtreform, die tatsächlich eine Leistungssteigerung des Gesundheitswesens oder zumindest eine finanzielle Entlastung der Versicherten erwarten lässt, ist wiederum versäumt worden.
Die Versicherten und Patienten bleiben Spielball einer Politik, die allein auf die Beschaffung zusätzlicher Mittel für ein System abzielt, ohne dem Reformbedarf des Systems gerecht zu werden.

Zu Artikel 1 :
Durch die Vorschriften wird die Ausgliederung es Zahnersatzes aus der GKV wieder rückgängig gemacht:
Nachdem die Ausgliederung dieser Leistung seit Jahren damit begründet wurde, dass die Notwendigkeit von Zahnersatz kein unerwarteter Krankheitsfall, sondern vorhersehbar und damit gesondert versicherbar sei, wird von dieser grundsätzlichen Aussage aus finanztechnischen Notwendigkeiten Abstand genommen. Dies macht deutlich, dass den Reformüberlegungen insgesamt keine logisch geschlossene Argumentation, sondern allein das Ziel zusätzlicher Mittelbeschaffung zu Grunde liegt. Dieses Vorgehen ist alles andere als überzeugend!

Die Wahlmöglichkeit zur PKV entfällt: Damit wird ein Ansatz, mehr Wettbewerb ins Gesundheitssystem zu bringen, aufgegeben.

Der Beitrag für die Versicherten wird erhöht, das In-Kraft-Treten des erhöhten Satzes wird vorgezogen:
Wiederum werden die Patienten mit höheren Kosten belastet, ohne dass sich Leistungsumfang oder Leistungsqualität verbessern.

Diese Belastung trifft allein die Versicherten, die Arbeitgeber sind an der Finanzierung des Zahnersatzes nicht mehr beteiligt:
Nachdem die Politik sich nun entschlossen hat, den Zahnersatz wieder in das System der GKV einzugliedern, obwohl zunächst argumentiert wurde, dass er in dieses System logisch nicht passe, wird das GKV-System in diesem Punkt wiederum verlassen. Der Grund liegt wiederum nicht in einer nachvollziehbaren Logik des Krankenversicherungssystems. Diesmal sind es die Arbeitskosten, die in einem Teilbereich der GKV als Begründung herangezogen werden.

Abgesehen von dem Zusatzgriff in die Geldbörse der Versicherten, machen solche Regelungen das System noch intransparenter.

Dies steht der Zielsetzung der DGVP, das Gesundheitssystem so zu gestalten, dass es für die Versicherten eindeutig und klar nachzuvollziehen und in sich schlüssig ist, völlig entgegen.

Die DGVP sieht die vorliegende Regelung als ein Zeichen der Hilflosigkeit.
Sie fordert dazu auf, eine Neuregelung des Zahnersatzes im Rahmen einer in sich schlüssigen Gesamtreform des Gesundheitswesens vorzunehmen.

Gez. Mechthild Kern
Präsidentin der DGVP

S t e l l u n g n a h m e

der

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

für die

Öffentliche Anhörung vor dem

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
im Deutschen Bundestag

am 23. September 2004

zu dem

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

- BT-Drucksache 15/3681 -

Vorbemerkung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat der Gesetzgeber festgelegt, dass ab dem 1. Januar 2005 der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert und die Versicherten verpflichtet werden, sich mit einem pauschalen Zusatzbeitrag für Zahnersatz (wahlweise in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung) abzusichern. Darüber hinaus sieht das GKV-Modernisierungsgesetz vor, dass ab dem 1. Januar 2006 ein zusätzlicher Beitrag in Höhe von 0,5 % des beitragspflichtigen Einkommens der Versicherten zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erhoben wird, der von den Versicherten allein (also ohne Beteiligung der Arbeitgeber bzw. – bei Rentenempfängern – der gesetzlichen Rentenversicherung) zu tragen ist.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz sollen diese beiden Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes modifiziert werden: Die Versorgung mit Zahnersatz soll danach Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben, die gesonderte Finanzierung dieser Leistungen durch Pauschalbeiträge und das dabei vorgesehene Wahlrecht zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung sollen aufgehoben werden. Um dennoch die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz angestrebten Senkungen des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen, soll die Einführung des zusätzlichen Beitragssatzes auf den 1. Juli 2005 vorgezogen und der zusätzliche Beitragssatz mit 0,9 % angesetzt werden.

Auswirkungen des Gesetzentwurfs auf die Rentnerinnen und Rentner

Im Vergleich zu den im GKV-Modernisierungsgesetz beschlossenen Regelungen ergäben sich bei einer Umsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfs deutlich andere Verteilungswirkungen. Ein Pauschalbeitrag zur Finanzierung der Zahnersatzversicherung würde Rentnerinnen und Rentner im Schnitt deutlich stärker belasten als die im Gesetzentwurf nun vorgesehene einkommensabhängige Beitragserhebung. Demgegenüber dürften die versicherungspflichtig Beschäftigten im Durchschnitt durch die nun im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung stärker belastet werden als bei den mit dem GKV-Modernisierungsgesetz beschlossenen Pauschalbeiträgen. Dieser Effekt ist darauf zurückzuführen, dass Pauschalbeiträge Empfänger von unterdurchschnittlichen Einkünften stets stärker belasten als Bezieher überdurchschnittlicher Einkünfte; die Durchschnittseinkünfte von Rentnerinnen und Rentnern liegen aber tendenziell deutlich unter denen der versicherungspflichtig Beschäftigten.

Durch die Einführung eines Sonderbeitrags für die Beschäftigten sowie die Renterinnen und Rentner wird die paritätische (hälftige) Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben. Rein rechnerisch – und wenn sich keine sonstigen Auswirkungen auf den Beitragssatz ergeben – kann der Arbeitgeberanteil am Krankenversicherungsbeitrag um 0,45 % gesenkt werden. Der Anteil der Arbeitnehmer und Rentner am allgemeinen Beitragssatz kann – rein rechnerisch – ebenfalls um 0,45 % vermindert werden; bei Gegenrechnung des neu eingeführten Sonderbeitrags von 0,9 % ergibt sich insgesamt allerdings eine Mehrbelastung von 0,45 %. Letztlich ist dies eine Verlagerung der Arbeitgeberfinanzierung in Höhe von 0,45 % auf die Arbeitnehmer und Rentner.

Gemessen an der heutigen monatlichen Bruttostandardrente in den alten Bundesländern in Höhe von 1.175,85 Euro (neue Bundesländer: 1.033,65) sind das für einen Standardrentner 5,29 (4,65) Euro monatlich. Der zusätzliche Beitrag ist bei Zahlung der Rente ab 1. Juli 2005 von den Rentenversicherungsträgern einzubehalten, das heißt, der Rentenauszahlungsbetrag ist entsprechend zu vermindern.

Auswirkungen auf die Finanzlage der gesetzlichen Rentenversicherung

Wird unterstellt, dass die Verlagerung der Beitragslast von 0,45 Prozentpunkten auf die Rentnerinnen und Rentner in vollem Umfang zur Entlastung des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung führt, ergeben sich für die gesetzliche Rentenversicherung rechnerische Einsparungen bei den Zahlungen für die Krankenversicherung der Rentner in Höhe von 900 Mio. Euro pro Jahr. Für das Jahr 2006 bedeutet dies eine Entlastung von 0,09 Beitragssatzpunkten in der gesetzlichen Rentenversicherung. Für das Jahr 2005 ist die Besonderheit zu beachten, dass sich die erwartete Veränderung des allgemeinen Beitragssatzes erst mit einer Verzögerung von drei Kalendermonaten auswirkt (§ 247 SGB V). Wenn die Entlastung für die Rentenversicherung und die Renterinnen und Rentner bereits vom 1. Juli 2005 an greifen soll, würde dies voraus setzen, dass die Beitragssatzsenkungen der Krankenkassen bereits zum 1. April 2005 erfolgen. Unter den Voraussetzungen, dass sich die Senkung der allgemeinen Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen zum 1. Juli 2005 auch für die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung auswirken, könnten sich im Jahr 2005 Einsparungen von 450 Mio. Euro – dies entspräche 0,045 Beitragssatzpunkten in der gesetzlichen Rentenversicherung – ergeben.

Verwaltungsmäßige Umsetzung

Vermeidung von Verwaltungsaufwand

Die Veränderungen

- Pauschalbeitrag für Zahnersatz zum 1. Januar 2005
- Rentenanpassung zum 1. Juli 2005
- Sonderbeitrag zum 1. Januar 2006

werden auf den 1. Juli 2005 zusammengeführt; dies vermeidet die Erteilung verschiedener Bescheide. Die Betroffenen erhielten ansonsten innerhalb eines Jahres neben dem Anpassungsbescheid zwei Bescheide (zum 1. Januar 2005 zum Beitrag für Zahnersatz und zum 1. Januar 2006 zum Sonderbeitrag), die zu einer Minderung des monatlichen Auszahlungsbetrages der Rente führen. Dies würde bei den Betroffenen auf wenig Verständnis stoßen und zu einer Vielzahl von Beschwerden und Widersprüchen führen. Die Zusammenführung der drei Bescheide auf den Zeitpunkt des 1. Juli 2005 mindert darüber hinaus auch den Verwaltungsaufwand und führt auf diese Weise zu einer Verwaltungskostenersparnis.

Allerdings muss gesehen werden, dass die Zusammenführung der verschiedenen Maßnahmen zum 1. Juli 2005 – trotz einer positiven Rentenanpassung – insgesamt zu einer Verminderung des Auszahlungsbetrages der Renten führen kann. Die genauen Auswirkungen auf den Auszahlungsbetrag zum 1. Juli 2005 werden jedoch erst nach Festlegung der Anpassungssätze und damit im Frühjahr des nächsten Jahres genannt werden können.

Technische Umsetzung

Die BfA hat den zusätzlichen, von den Rentnerinnen und Rentnern ab 1. Juli 2005 allein zu tragenden Beitrag von der Rente einzubehalten. Dies ist durch Nutzung des bestehenden maschinellen KVdR-Meldeverfahrens mit einem zu bewältigenden Verwaltungsaufwand möglich.

Die erforderlichen Funktionserweiterungen müssen und können bis spätestens Ende April 2005 realisiert werden. Auch die erstmalige Erhebung des zusätzlichen Beitrags aus den

Bestandsrenten ist nicht problematisch, weil sie mit dem Zeitpunkt einer Rentenanpassung zusammen trifft und sich die Rentenversicherungsträger deshalb der technischen Kapazitäten des Renten Service der Deutschen Post AG nach entsprechender Erweiterung im Rentenanpassungsverfahren bedienen können. Darüber hinaus können die bestehenden Verfahren zum Risikostrukturausgleich (RSA) genutzt werden. Der zusätzliche Beitrag wird bei der Zahlung der Rente einbehalten und wie bei der Weiterleitung der primären Krankenversicherungsbeiträge über das RSA-Verfahren durch Verrechnung mit den Beiträgen aus dem RSA an die Krankenkassen gezahlt. Eine besondere Ausweisung des zusätzlichen Beitrags für die Fertigung eines gesonderten Beitragsnachweises gegenüber den Krankenkassen ist hierbei nicht erforderlich, weil die Haushaltstrennung bei den Krankenkassen und der gesonderte Härteausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen sind.

Wie bereits beim Wegfall des Rentenversicherungsträgeranteils bei der Tragung des Beitrags zur Pflegeversicherung sowie des Wegfalls des Zuschusses zur Pflegeversicherung zum 1. April 2004 muss allerdings wieder damit gerechnet werden, dass viele Rentnerinnen und Rentner mit der Erhebung des zusätzlichen Beitrags nicht einverstanden sind und gegen die Rentenanpassungsmitteilung zum 1. Juli 2005 Widerspruch erheben. Damit werden für die Rentenversicherungsträger zusätzliche Verwaltungs-, Widerspruchs- und Sozialgerichtsverfahren anfallen, die mit erheblichen Verwaltungsmehraufwand verbunden sind. Als Folge der Änderung zum 1. April 2004 liegen bei der BfA ca. 600.000 Widersprüche vor.

Maßnahmen zur Verwaltungsvereinfachung

Da es sich bei dem zusätzlichen Beitrag um einen „normalen“ Krankenversicherungsbeitrag handelt, findet bei der Einbehaltung, Nacherhebung und Beitragsabführung des zusätzlichen Beitragssatzes ebenfalls die Regelung des § 255 SGB V – wie für den primären Krankenversicherungsbeitrag – ohne Modifikationen Anwendung. Für die Einbehaltung des zusätzlichen Beitragssatzes sieht der Gesetzesentwurf jedoch eine Verwaltungsvereinfachung in der Art vor, dass bei der erstmaligen Erhebung und bei Änderungen des zusätzlichen Beitragssatzes eine besondere Bescheiderteilung durch die Rentenversicherungsträger nicht erforderlich ist (§ 255 Abs. 5 SGB V). Nach Auffassung der BfA sollte sich diese zu begrüßende Verwaltungsvereinfachung allerdings nicht nur auf den zusätzlichen Beitragssatz beziehen. Vielmehr könnten in diesem Zusammenhang weitere generelle Vereinfachungen eingeführt werden. Die BfA schlägt hierzu folgende Einzelmaßnahmen vor:

Art. 2 Nr. 3 (§ 255 Abs. 1 SGB V)
Der Vorschrift des § 255 Abs. 1 SGB V sollte als Satz 2 angefügt werden:

„Bei einer Änderung in der Höhe der Beiträge nach Satz 1 ist die Erteilung eines besonderen Bescheides durch den Rentenversicherungsträger nicht erforderlich.“

Begründung:

Bei Beginn, Änderung und Ende der Einbehaltung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen aus der Rente werden bisher von den Rentenversicherungsträgern entsprechende Bescheide erteilt.

In Folge der durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze geänderten Regelung des § 247 Abs. 1 SGB V (die Veränderung des Beitragssatzes einer Krankenkasse wirkt sich vom 01.04.2004 an vom 1. Tag des dritten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats aus) sind Beitragssatzveränderungen der Krankenkassen auch außerhalb des Zeitpunktes der Rentenanpassung zu berücksichtigen. Das macht für die Rentenversicherungsträger jeweils die Erteilung eines Bescheides notwendig.

Ändert jede Krankenkasse z.B. nur ein Mal pro Jahr ihren Beitragssatz, ergibt sich für die Rentenversicherungsträger damit das Erfordernis, bundesweit rund 22 Mio. Bescheide zusätzlich (im Vergleich zu der Zeit vor dem 01.04.2004) zu erteilen. Abgesehen vom Verwaltungsaufwand und den damit verbundenen Kosten wird auch der Rentner während seines Rentenbezuges mit einer Vielzahl von Bescheiden „überhäuft".

Bei zukunftsorientierten Änderungen der Beitragshöhe (nicht bei Beginn und Ende sowie bei Erstattungen und Nacherhebungen) sollte den Rentenversicherungsträgern daher die Möglichkeit eröffnet werden, von einer solchen Bescheiderteilung abzusehen.

Das bedeutet jedoch nicht, dass die Rentnerinnen und Rentner keine Kenntnis mehr von der Änderung in ihren Rentenzahlungen erlangen. Eine solche Information könnte – neben den Publikationen der Krankenkassen – bei Überweisung des Rentenzahlbetrages durch einen individuellen Hinweis gegeben werden, der auf dem Kontoauszug der Rentnerin oder des Rentners erscheint.

Bei entsprechenden Sachverhalten (z. B. dem Zusammentreffen des Zeitpunktes der erstmaligen Berücksichtigung des geänderten Beitragssatzes mit einem weiteren Neuberechnungsgrund) oder bis zur Einführung des Informationsverfahrens auf dem Kontoauszug bleibt es den Rentenversicherungsträgern jedoch nicht verwehrt, weiterhin einen besonderen Bescheid zu erteilen.

Art. 2 Nr. 3 (§ 255 Abs. 2 SGB V)
Des Weiteren sollte innerhalb des § 255 Abs. 2 SGB V eine Klarstellung vorgenommen werden, dass die Korrekturvorschriften des SGB X hier keine Anwendung finden. Nach Satz 1 sollte folgender Satz eingefügt werden:

„§§ 45, 48 und insoweit auch § 24 des Zehnten Buches sind nicht anzuwenden."

Begründung:

Die o.a. Ergänzung dient der Bestätigung der bisherigen Verwaltungspraxis, nach der im Zusammenhang mit der Einbehaltung von Beiträgen aus der Rente die allgemeinen Regeln der §§ 45, 48 SGB X keine Anwendung finden.

Da in Bezug auf die „entsprechende" Anwendung des § 51 Abs. 2 SGB I auf eine Anhörung nicht verzichtet werden kann, sollte eine generelle Nicht-Anwendung des § 24 SGB X jedoch nicht normiert werden.

§ 60 Abs. 1 SGB XI
Die Problematik der Verwaltungsvereinfachung stellt sich darüber hinaus auch bei der Einführung des Beitragszuschlages nach § 55 Abs. 3 SGB XI i.d.F. des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes (KiBG-E). In diesem Zusammenhang hat die BfA in der öffentlichen Anhörung am 22.09.2004 vorgeschlagen, die erstmalige Erhebung im Rahmen einer Übergangsregelung auf den 1. Juli 2005 zu verschieben. Insoweit sollte auch hier – wie beim § 241a SGB V – eine förmliche Bescheiderteilung durch den Rentenversicherungsträger nicht erforderlich sein und eine entsprechende Ergänzung des § 60 Abs. 1 SGB XI um einen Satz 4 wie folgt vorgenommen werden:

„§ 255 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches gilt für die erstmalige Erhebung des Beitragszuschlages nach § 55 Absatz 3 Satz 1 entsprechend."

Begründung:

Sollte der Beginn der erstmaligen Erhebung des Beitragszuschlages nach § 55 Abs. 3 Satz 1 SGB XI i.d.F. des KiBG-E aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung auf den 01.07.2005

gelegt werden, würde dieser Zeitpunkt auf den Zeitpunkt der Rentenanpassung sowie auf den Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a SGB V fallen.

Ebenso wie Art. 2 Nr. 3 des o.a. Gesetzentwurfs für den zusätzlichen Beitragssatz nach § 241a SGB V sollte in diesem Fall auch für die Rentenversicherungsträger vom Erfordernis einer besonderen Bescheiderteilung für die erstmalige Erhebung des Beitragszuschlages nach § 55 Abs. 3 Satz 1 SGB XI i.d.F des KiBG-E aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung abgesehen werden.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die im Gesetzentwurf vorgesehene Modifizierung der Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes positiv zu bewerten ist. Das Abgehen vom Pauschalbeitrag hin zu einkommensorientierten Beiträgen führt für Rentnerinnen und Rentner mit niedrigen Einkünften zu einer deutlich geringeren Belastung.

Für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können sich Einsparungen ergeben, wenn die Einführung des Sonderbeitrags zu einer Senkung der allgemeinen Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen führt; insoweit sind Minderausgaben bis zu 900 Mio. Euro pro Jahr möglich.

Schließlich fällt bei einer Zusammenlegung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Konzentration auf den 1. Juli 2005 auch weniger Verwaltungsaufwand an. Dies würde noch verstärkt, wenn die Vorschläge der BfA zur Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens in den Gesetzentwurf aufgenommen würden.

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Stellungnahme des DGB

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN

„Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz“

BT-Drucksache 15/3681

Vorbemerkung

Der Gesetzentwurf sieht vor, die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zum 01. Januar 2005 vorgesehene gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Versicherten allein ohne Arbeitgeberbeteiligung rückgängig zu machen. Die vorgesehene Erhebung eines festen Beitrags in einer eigenen Zahnersatzversicherung mit Wahlmöglichkeit zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung soll wegfallen. Stattdessen ist geplant, die Versorgung mit Zahnersatz als Teil des Leistungskatalogs der GKV zu belassen, aber die Versicherten mit den voraussichtlichen Kosten für Zahnersatz von ca. 4 Milliarden Euro jährlich durch einen zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,4 Beitragssatzpunkten ab 01. Juli 2005 zu belasten.

Darüber hinaus ist vorgesehen, den ab 01. Januar 2006 von den Versicherten allein zu erhebenden Sonderbeitrag von 0,5 Beitragssatzpunkten zur Abdeckung der Ausgaben für Krankengeld bereits zum 01. Juli 2005 einzuführen.

Somit sollen die Finanzierung von Zahnersatz und Krankengeld den Versicherten allein übertragen werden und mit einem Sonderbeitrag von 0,9 Punkten (0,45 Punkte Zusatzbelastung) belegt werden.

Stellungnahme des DGB

Aus der Sicht der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist zu begrüßen, dass auf die Erhebung eines pauschalen Beitrags für Zahnersatz verzichtet wird. Der pauschale Beitrag hätte negative Verteilungswirkungen gerade im unteren Einkommensbereich bewirkt. Zudem hätte die Erhebung einen großen Verwaltungsaufwand bei den Kassen bedeutet, die entsprechenden Kosten hätten die Versicherten tragen müssen.

Zu begrüßen ist auch, dass der Zahnersatz im Leistungskatalog erhalten bleibt und somit der Ansatz der Privatisierung von GKV-Leistungen nicht weiter verfolgt wird.

Allerdings hat der DGB bereits in seiner Stellungnahme zum GKV-Modernisierungsgesetz sehr deutlich zum Ausdruck gebracht, dass die Finanzierung von Zahnersatz und Krankengeld allein durch die Kassenmitglieder entschieden abgelehnt wird. Die Abkehr vom Grundsatz der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer für zwei Leistungsbereiche der GKV ist nicht akzeptabel.

Die durch den vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigten Änderungen bei der Versicherung von Zahnersatz führen nicht zu einer Rücknahme der enormen Verschiebung der Belastungen von Arbeitgebern zu Beschäftigten. Wenn auch die zusätzlichen finanziellen Belastungen bei Versicherten nun durch das Prinzip der Leistungsfähigkeit gekennzeichnet sein soll - Einkommensabhängigkeit statt eines festen, für alle gleich hohen Beitrags - , bleibt doch die Mehrbelastung von 4 Milliarden Euro jährlich allein bei den Versicherten.

Der DGB hat mehrfach aufgezeigt, dass die Finanzierungsverschiebung zu Lasten der Versicherten keine Option zur Stabilisierung der solidarischen GKV ist. Die finanziellen Mehrbelastungen und mithin Mehreinnahmen der Gesetzlichen Krankenkassen durch die Streichung von Leistungen, die Herausnahme von Leistungen aus dem Leistungskatalog, die Einführung von Praxisgebühren und höhere Zuzahlungen seit Januar 2004 zeigen zwar erste Auswirkungen. Die GKV hat das erste Halbjahr 2004 mit einem Überschuss von 2,5 Milliarden Euro abgeschlossen und viele Krankenkassen haben den Beitragssatz reduziert oder beabsichtigen dies. Der erhoffte Beschäftigungseffekt ist allerdings bislang nicht zu beobachten. Im Gegenteil: die zusätzliche einseitige Belastung von Versicherten und Patienten führt zu

Verunsicherung und Konsumzurückhaltung und erschwert die dringend notwendige Belebung der Wirtschaft.

Der DGB begrüßt den Fortschritt gegenüber der bislang geltenden Regelung, lehnt aber nach wie vor die willkürliche Aufgabe des Prinzips der paritätischen Finanzierung in der GKV ab.

PKV
Verband der privaten Krankenversicherung

- Stellungnahme -

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz (Deutscher Bundestag Drucksache 15/3681)

Der Entwurf des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz sollte aus folgenden Gründen ersatzlos zurückgenommen werden, so dass die Zahnersatzregelung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) weiter gilt:

Millionen von Bürgern haben sich darauf eingestellt, ab 2005 den Zahnersatz zusätzlich abzusichern. Sie haben zugleich auf die Wahlfreiheit zwischen einem gesetzlichen und privaten Versicherungsschutz vertraut. Rund eine halbe Million Versicherte haben sich bereits für eine private Absicherung des Zahnersatzes entschieden.

Es wäre ein politischer Vertrauensbruch, wenn das Rad jetzt wieder rückwärts gedreht werden würde und der Zahnersatz zwingender Bestandteil der GKV bleiben würde.

Die Ausgliederung des Zahnersatzes war der zentrale ordnungspolitische Baustein des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitswesens (GMG). Kein anderes europäisches Land hat eine so umfassende Absicherung des Zahnersatzes in der Sozialversicherung wie Deutschland. Die Finanzsituation der GKV sowie die weiteren Belastungen durch den demographischen Wandel werden die Politik ohnehin zwingen, weiterhin das Leistungsniveau der GKV auf den Prüfstand zu stellen.

Die PKV hatte schon während der Beratungen des GMG die Meinung vertreten, dass die dort festgeschriebene Regelung des Zahnersatzes ein halbherziger Kompromiss ist. Die Absicherung des Zahnersatzes hätte vollständig in die Eigenverantwortung der Bürger gelegt werden müssen. Eigenverantwortung bei der Absicherung des Zahnersatzes bedeutet, dass jeder frei entscheiden können muss, ob und in welchem Umfang er sich versichern will. Dessen ungeachtet hat man sich für eine obligatorische Absicherung entschieden. Hierzu hatte die PKV ein attraktives Angebot vorgelegt. Wenn der Gesetzgeber sich in diesem zentralen ordnungspolitischen Baustein des GMG nur für ein Wahlrecht zwischen PKV und GKV im Bereich des Zahnersatzes entschieden hat, so muss er aber auch Planungssicherheit gewährleisten.

Auch vermag die Begründung nicht zu überzeugen: Dass ein fester, einkommensabhängiger Beitrag die geringeren Einkommen mehr belastet als die höheren Einkommen, dürfte bereits bei der Verabschiedung des GMG bekannt gewesen sein. Der Beitragseinzug müsste durch Gesetz nachkorrigiert werden, würde man weiterhin zu dem Kompromiss stehen.

Postfach 51 10 40
50946 Köln

Bayenthalgürtel 26
50968 Köln

Telefon
(0221) 3 76 62-0

Telefax
(0221) 3 76 62-10

E-Mail
info@pkv.de

Internet
www.pkv.de

Dem GMG hat eine breite Mehrheit mit 517 von 574 abgegebenen Stimmen zugestimmt. Gerade deshalb müssen die Bürger und betroffenen Unternehmen auch auf den Fortbestand der Regelungen setzen können.

Zumindest müssen diejenigen, die bereits für einen privaten Versicherungsschutz optiert haben oder dies noch tun werden, solange die derzeitige Regelung noch Gesetzeskraft hat, diesen Versicherungsschutz behalten können und sollten infolgedessen vom Versicherungsschutz für Zahnersatz in der GKV befreit bleiben.

Freie Verband Deutscher Zahnärzte e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Herrn Vorsitzender Klaus Kirschner MdB
Platz der Republik 1

11011 Berlin

20.09.2004

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen "Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz" - BT-Drs. 15/3681 -

Sehr geehrter Herr Kirschner,

Bezug nehmend auf den uns mit Schreiben vom 10. September 2004 übermittelten o.a. Gesetzesentwurf nimmt der Freie Verband Deutscher Zahnärzte e.V. wie folgt Stellung:

1. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf bleibt die Versorgung mit Zahnersatz in vollem Umfang Teil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung. Die im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene Regelung, dass der Versicherte die Wahlmöglichkeit hat, ab 01. Januar 2005 den Zahnersatz vollständig in einer privaten Krankenversicherung zu versichern, soll gestrichen werden. Wie im GKV-Modernisierungs-gesetz vorgesehen, soll im Bereich Zahnersatz aber die bisherige paritätische Beitragszahlung entfallen, womit der Versicherte die Kosten für die Zahnersatzversicherung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung voll umfänglich zu zahlen hat.

   Die von der Regierungskoalition beabsichtigte Gesetzesänderung geht massiv zu Lasten der Patienten. Sie werden zum alleinigen Zahler für die Zahnersatzabsicherung der GKV, wodurch ihre finanzielle Belastung verdoppelt wird, ohne dass sie dadurch einen weitergehenden Leistungsanspruch erwerben. Mit dem gegenwärtig geltenden Recht wurde ihnen als Äquivalent eine eigenverantwortliche Gestaltungsoption durch die Wahlmöglichkeit zwischen GKV- und PKV-Absicherung eröffnet. Entgegen der publizierten Absicht der Regierung durch die gesetzlichen Reformen die Beitragszahler durch reduzierte Beitragssätze zu entlasten, wird hier der Versicherte zudem unnötig stärker belastet, da eine arbeitsmarktpolitische Wirkung durch diese minimale Reduktion der Lohnnebenkosten nicht zu erzielen sein wird.

2. Die Argumentation für die Gesetzänderung, ein fester einkommensunabhängiger Beitrag würde bei Geringverdienern zu erheblichen Belastungen führen, ist aus Sicht des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte nicht nachvollziehbar. Das vorgetragene Argument der "sozialen Überforderung" der Geringverdiener überzeugt nicht, da in Ausnahmefällen allenfalls eine marginale Mehrbelastung von etwa 2,00 Euro im Monat entstehen könnte. In diesem Zusammenhang muss man sich vor Augen halten, dass die Belastung dieses Geringverdieners im Rahmen der so genannten Ökosteuer um ein Vielfaches höher ist.

3. Darüber hinaus wird als Begründung für die Gesetzesänderung angeführt, die Erhebung eines festen Beitrags in einer eigenen Zahnersatzversicherung mit Wahlmöglichkeit zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung führe zu einer überbordenden und zudem teuren Bürokratie.

   Auch dieses Argument ist mehr als verwunderlich, wenn man bedenkt, dass der Gesetzgeber jüngst nicht einmal davor zurückgeschreckt ist, den Arzt- und Zahnarztpraxen ein Vielfaches an Bürokratie im Hinblick auf die Einziehung der 10,00 Euro Praxisgebühr aufzubürden. Dass die Erhebung eines festen Beitrages in einer eigenen Zahnersatz-Versicherung ein kaum zu überwindbares bürokratisches Hindernis sein soll, ist bei der ansonsten durchaus gegebenen Fähigkeit der Krankenkassen, bürokratische Regelungen, wie beispielsweise den Risikostrukturausgleich umzusetzen, nicht nachvollziehbar.

4. Nach unserer Auffassung sollte man der im GKV-Modernisierungsgesetz parteiübergreifend vereinbarten Regelung eine echte Chance geben. Gerade die Möglichkeit für den Versicherten, eigenständig die Entscheidung zu treffen, den Zahnersatz privat abzusichern, ist richtungsweisend. Erforderlich ist ein System, in dem eine umfassende Erziehung zur Prävention für alle Bevölkerungskreise ermöglicht wird, da das Risiko einer Zahnersatzbehandlung durch Zahnpflege signifikant beeinflusst werden kann. Ziel muss es deshalb sein, die Zahnersatz-Pflichtversicherung abzuschaffen.

Mit freundlichen Grüßen

(Dr. Wilfried Beckmann)

- Bundesvorsitzender -

Verband Deutscher
Rentenversicherungsträger VDR

Stellungnahme

des

Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger

anlässlich der Anhörung des Bundestagsausschusses für
Gesundheit und Soziale Sicherung
am 23. September 2004
zu dem

Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und von Bündnis 90/DIE GRÜNEN: Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

(BT-Drucksache 15/3681)

1. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht - anders als die einschlägigen Regelungen des Gesundheits-Modernisierungsgesetzes - nunmehr einen einkommensabhängigen zusätzlichen Beitrag der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 0,9 v.H. der Beitragsbemessungsgrundlage vor; bei Rentnern soll der Sonderbeitrag von der Rente einbehalten werden. Ferner entfällt die Option zur Absicherung des Zahnersatzes in der privaten Krankenversicherung. Schließlich soll die Neuregelung zum 1. Juli 2005, also zum Zeitpunkt der nächsten Rentenanpassung, in Kraft treten.

Diese Modifizierungen des Gesundheits-Modernisierungsgesetzes sind in zweifacher Hinsicht zu begrüßen. Zum einen führen einkommensabhängige Beiträge zu einer deutlich geringeren finanziellen Belastung für die Bezieher niedriger Renten als Pauschalbeiträge. Zum anderen treten aufgrund dieser Modifizierungen beim Einzug des Sonderbeitrags für Rentner gegenüber einem in der öffentlichen Diskussion erwogenen Einzug eines einkommensunabhängigen Festbetrags durch die Rentenversicherungsträger gewisse Erleichterungen ein. Die Aktivitäten der Rentenversicherung werden auf den Startzeitpunkt 1. Juli 2005 gebündelt, die Rentenversicherung muss also nicht zusätzlich zur Rentenanpassung zum 1. Juli 2005 innerhalb eines Jahres zu zwei weiteren Zeitpunkten an den Rentner herantreten (Einzug des Zusatzbeitrags für Zahnersatz zum 1. Januar 2005 und Einzug des Zusatzbeitrags für Krankengeld zum 1. Januar 2006). Der Wegfall der Option führt außerdem dazu, dass die Rentenversicherung bei jedem pflichtversicherten Mitglied der Krankenversicherung davon ausgehen kann, dass der Sonderbeitrag zu zahlen ist; ein vorgeschalteter Informationsaustausch mit den Krankenkassen ist nicht erforderlich. Der Einzug eines einkommensabhängigen Beitrags kann bei sog. Doppelrentnern und bei beschäftigten Rentnern ohne vorherige Ermittlungen von jeder Rente bzw. von der Rente neben Arbeitsentgelt erhoben werden.

Der Gesetzentwurf sieht zudem in § 255 Abs. 5 SGB V-E vor, dass die Rentner von den Krankenkassen über den Einbehalt des Sonderbeitrags von der Rente informiert werden; ein besonderer Bescheid des Rentenversicherungsträgers ist nicht erforderlich. Die Rentenversicherung begrüßt diese Regelung.

2. Problematisch ist allerdings, dass der Einbehalt des Sonderbeitrags von der Rente von den Rentnern als abermalige Rentenkürzung empfunden würde. Die Rentenversicherung hat erst im März diesen Jahres über 21 Millionen Bescheide insbesondere wegen des Wegfalls des Trägeranteils zur Pflegeversicherung bzw. des Wegfalls des Beitragszuschusses zur Pflegeversicherung an die Rentenbezieher

versandt. Mittlerweile haben über 1,2 Millionen Rentner Widersprüche gegen diese Maßnahmen eingelegt. Sollten die Rentenversicherungsträger – wie im Gesetzentwurf vorgesehen - mit dem Einzug des Sonderbeitrags beauftragt werden, müssten sie wieder mit erheblichem Unmut der Betroffenen rechnen. Der erneute Vertrauensverlust für die Rentenversicherung und der politische Schaden durch eine solche Aktion wären erheblich.

Die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung werden zum 1. Juli 2005 nach den derzeitigen Schätzungen in den alten Bundesländern um 0,11 v.H. und in den neuen Bundesländern um 0,22 v.H. steigen. Unter Berücksichtigung des zum gleichen Zeitpunkt einzuziehenden Sonderbeitrags wird es damit auf der Grundlage der heutigen Schätzungen de facto zu einer Negativanpassung in Höhe von 0,79 v.H. bzw. 0,68 v.H. kommen.

Stellungnahme

der Spitzenverbände der Krankenkassen

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

- **BT-Drucksache 15/3681 vom 06.09.2004**

Stand: 17.09.2004

1 Grundsätzliche Bewertung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen die von den Regierungsfraktionen vorgelegten Änderungen zur Finanzierung des Zahnersatzes. Sie unterstützen ausdrücklich die Absicht der Regierungsfraktionen,

- den Zahnersatz im GKV-Leistungskatalog beizubehalten,
- den im GMG vorgesehenen festen Monatsbeitrag durch einen prozentualen, einkommensabhängigen Sonderbeitrag zu ersetzen,
- den Beitragseinzug durchgängig im Quellenabzugsverfahren durchzuführen und
- Wettbewerbsverzerrungen durch Aufhebung des PKV-Optionsrechtes auszuschließen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben stets betont, dass der Zahnersatz im GKV-Leistungskatalog beizubehalten ist. Dieses Ziel wird durch den vorliegenden Gesetzentwurf verfolgt und daher begrüßt.

Gleichzeitig bedeuten die jetzt beabsichtigten Änderungen, dass auch in Zukunft eine solidarische, an der finanziellen Leistungsfähigkeit der einzelnen Mitglieder ausgerichtete Finanzierung sicher gestellt wird. Für die Versicherten bedeutet die Anhebung des zum 01.01.2006 geplanten Zusatzbeitrages in Höhe von 0,5 % auf 0,9 % und Einführung zum 01.07.2005 eine erhebliche Mehrbelastung.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben stets darauf hingewiesen, dass die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vorgesehen Änderungen zur Finanzierung der künftigen obligatorischen Satzungsleistung „Zahnersatz“ lediglich für die Personengruppe der Arbeitnehmer im Wege des Lohnabzugsverfahrens eine sachgerechte Regelung enthält. Das GMG sieht hingegen keine Regelungen zum Beitragseinzug bei pflichtversicherten Rentnern, Rehabilitanden und Beziehern von Leistungen nach dem zweiten und dritten Buch des Sozialgesetzbuches vor. Die zuständigen Sozialversicherungsträger dieser Personengruppen haben es abgelehnt, ohne eine gesetzliche Verpflichtung zum Einbehalt und zur Abführung des Zahnersatzbeitrages an die Krankenkassen tätig zu werden.

Dies würde jedoch bedeuten, dass die gesetzlichen Krankenkassen bei knapp 17 Millionen Rentnern und Rehabilitanden und über 4 Millionen Leistungsbeziehern der Bundesagentur für Arbeit den Beitrag individuell anfordern und monatlich einziehen müssten. Hierzu müssten die Krankenkassen für diese Personengruppen ein eigenes Beitragseinzugsverfahren einrichten und diese Mitglieder ihre Zahnersatzbeiträge selbst abführen. Dazu müssten bei den Krankenkassen über 20 Mio. Beitragskonten neu eingerichtet und individuell betreut werden. Es müssten zum 01.01.2005 über 20 Mio. Beitragsbescheide versandt werden. Darüber hinaus wäre ein neuer Beitragsbescheid bei jeder künftigen Beitragsänderung und bei jedem Statuswechsel (Arbeitnehmer, Arbeitslose, Rentner) erforderlich. Außerdem müsste der Beitragseinzug – notfalls im Wege der Zwangsvollstreckung – bei jedem einzelnen Mitglied sicher gestellt werden. Die hierfür notwendigen administrativen, datentechnischen und personalintensiven Arbeiten würden die Verwaltungskosten der Krankenkassen überproportional belasten und den Zahnersatzbeitrag unnötig in die Höhe treiben.

Auf diese Problematik wird nun mit dem Gesetzentwurf reagiert, indem generell das verwaltungsökonomisch sinnvolle Quellenabzugsverfahren übernommen wird. Dies begrüßen die Spitzenverbände der Krankenkassen aus den dargestellten Gründen ausdrücklich.

Explizit begrüßen die Spitzenverbände der Krankenkassen auch, dass der Gesetzgeber berücksichtigt hat, bei einem prozentualen einkommensabhängigen Beitrag die PKV-Option aufzugeben. Sie wäre weder sachgerecht noch praktikabel. Mit einer PKV-Option wäre es zu neuen erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen GKV und PKV gekommen. So hätte beispielsweise jemand, der 3.400 Euro verdient bei einem GKV-Zusatzbeitrag von 0,4 % einen monatlichen Beitrag von 13,60 Euro zu zahlen, bei einem Einkommen von 1.000 Euro betrüge die Belastung 4 Euro. Diese Belastungsunterschiede sind dem System der GKV

immanent und entsprechen dem Solidarprinzip; sie stehen jedoch einem fairen Wettbewerb mit der PKV aufgrund der unterschiedlichen Prämienkalkulation entgegen. Die PKV wäre dann in der Lage gewesen, gezielt für die Mitglieder der GKV mit hohem Einkommen attraktive Prämien anzubieten.

Mit der Erhebung eines Zusatzbeitrags in Höhe von gesamt 0,9 % zum 01.07.2005 wird sicher gestellt, dass die mit dem GMG ab dem Jahr 2005 angestrebte finanzielle Entlastung der Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger, die sich aus der alleinigen Finanzierung der Ausgaben für Zahnersatz durch die Mitglieder ergibt, auch mit der Neuregelung erreicht wird.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen weisen jedoch eindringlich darauf hin, dass zur fristgerechten Umsetzung der gesetzlichen Neuregelungen unverzüglich Klarheit über die Art und Weise des Beitragseinzuges hergestellt werden muss. Denn die bisherigen Aktivitäten aller Krankenkassen sind auf die Umsetzung der mit dem GMG verabschiedeten Neuregelungen ausgerichtet. Auf den enormen Verwaltungsaufwand zur Umsetzung dieser Regelung haben die Spitzenverbände in der Vergangenheit stets hingewiesen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen appellieren daher an die politisch Verantwortlichen im Deutschen Bundestag und des Deutschen Bundesrates, sich so schnell als möglich auf die dem Gesetzesantrag der Koalitionsfraktionen zugrunde liegenden Neuausrichtung des Beitragseinzuges beim Zahnersatz zu verständigen.

2 Zu dem Gesetzentwurf im Einzelnen:

Artikel 1

Änderung des GKV-Modernisierungsgesetzes

Zu Nr. 1 a) - § 55 SGB V -

Mit den vorgesehenen Änderungen wird die Herausnahme des Zahnersatzes aus dem Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unter Beibehaltung des Festzuschuss-Systems rückgängig gemacht. Die vorgesehen Änderungen werden von den Spitzenverbände der Krankenkassen ausdrücklich begrüßt.

Zu Nr. 1 a) Doppelbuchst. bb) - § 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V -

Die bisher vorgesehenen gesetzlichen Regelungen in § 55 Abs. 2 Satz 1 stellen nicht zweifelsfrei sicher, dass für Härtefälle bei Inanspruchnahme der Regelversorgungsleistungen durch einen doppelten Festzuschuss, der an die zahntechnischen Preise in den Ländern angepasst ist, eine vollständige Übernahme der Zahnersatzkosten gewährleistet wird. Um dieses sozialpolitische unbestrittene Ziel sicherzustellen, wird vorgeschlagen, § 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V wie folgt zu fassen:

„Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich angefallenen Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen oder andersartigen Zahnersatz, so besteht nur Anspruch auf den doppelten Festzuschuss.“ ...

Begründung:

Mit diesen Ergänzungen wird sicher gestellt, dass Versicherte, die ansonsten mit den Kosten einer Zahnersatzversorgung im Rahmen der Regelversorgungsleistungen unzumutbar belastet würden, auch mit den in Einzelfällen über den doppelten Festzuschuss nach § 55 Abs. 1 Satz 2 hinausgehenden Kosten für relativ selten vorkommende Regelversorgungsleistungen nicht belastet werden. Dies stellt die Gesetzesformulierung „angepasst an die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten“ bisher nicht zweifelsfrei sicher.

Zu Nr. 1 b) - §§ 58, 59 SGB V -

Die gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes wird aufgehoben. Die Wahlmöglichkeit zur PKV entfällt ebenso wie die Haushaltstrennung und der gesonderte Härtefallausgleich.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen den Verzicht auf eine Wahlmöglichkeit zur PKV. Bei einer einkommensabhängigen prozentualen Finanzierung des Zahnersatzes allein durch die Mitglieder über einen Zusatzbeitrag wäre der Anreiz zur Wahl der PKV-Option für jüngere, besserverdienende Mitglieder besonders stark. Die beabsichtigte Wirkung des Zusatzbeitrags, die Zahnersatzversorgung wie bislang solidarisch entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit zu finanzieren, würde durch eine hohe Anzahl von

Besserverdienenden, die sich für die einkommensunabhängige PKV-Absicherung entscheiden, vereitelt.

Mit Aufhebung der gesonderten Finanzierung des Zahnersatzes entfällt die Notwendigkeit für eine getrennte Haushaltsführung. Die Regelung ist somit sachgerecht und konsequent.

Der Verzicht auf einen gesonderten Härtefallausgleich ist sachgerecht, da die Ausgaben für Zahnersatzleistungen wie bisher im Risikostrukturausgleich Berücksichtigung finden.

Zu Nr. 1 c) - § 241a SGB V -

Der mit dem GMG eingeführte Zusatzbeitrag wird von 0,5 auf 0,9 v.H. angehoben.

Die Anhebung des Zusatzbeitrags um 0,4 Prozentpunkte entspricht bei einem Beitragsaufkommen von rd. 4 Mrd. Euro den GKV-weiten Leistungsausgaben und Verwaltungskosten für Zahnersatz. Mit dieser Anhebung werden Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger entlastet, da der allgemeine Beitragssatz mit Erhebung des Zusatzbeitrags sinken wird. Die resultierende Entlastung der Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger entspricht ab dem 1.1.2006 der Entlastung, die auch bei Umsetzung der gesonderten Zahnersatzfinanzierung nach § 58 Abs. 1 SGB V eingetreten wäre. Für den Zeitraum vom 1.7.2005 bis 31.12.2005 ist die Entlastung durch das Vorziehen des ursprünglich für den 1.1.2006 vorgesehenen zusätzlichen Beitragssatzes von 0,5 v.H. sogar etwas höher, als sie durch die im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes ab 1.1.2005 gewesen wäre.

Zu Nr. 1 d) - § 266 SGB V -

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des § 55, mit dem die Einführung einer obligatorischen Satzungsleistung für Zahnersatz rückgängig gemacht wird.

§ 266 Abs. 4 S. 1 SGB V definiert die bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im RSA nicht berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben. Hierzu zählen die Verwaltungskosten und Satzungsleistungen. Da der Zahnersatz durch Aufhebung der obligatorischen Satzungsregelung für Zahnersatz keine Satzungsleistung mehr darstellt und zugleich die Regelungen zum Finanzausgleich nach § 59 aufgehoben werden, ist es sachgerecht und notwendig, dass die Leistungsausgaben für Zahnersatz wieder im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen sind.

Zu Nr. 2 - § 28 SGB IV -

Es handelt sich um eine folgerichtige Änderung zur Aufhebung der gesonderten Finanzierung des Zahnersatzes.

Zu Nr. 3 a) - Artikel 37 GMG, In-Kraft-Treten -

Die Regelungen über die gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes (insbesondere die §§ 58, 59 SGB V) werden folgerichtig aus der In-Kraft-Tretensregelung zum 1. Januar 2005

herausgenommen. (Mit der Streichung der §§ 58, 59 SGB V wird kein Wiederaufleben der zum 01.01.2004 entfallenen Sterbegeldbestimmungen bewirkt.

Zu Nr. 3 b)

Die Regelungen über den erhöhten zusätzlichen Beitragssatz sollen zum 01.07.2005 in Kraft treten.

Das vorgezogene Inkrafttreten des erhöhten zusätzlichen Beitragssatzes soll gewährleisten, dass die Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger im Jahr 2005 insgesamt um mindestens den Betrag entlastet werden, der durch die gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes nach § 58 Abs. 1 SGB ab 1.1.2005 im GKV-Modernisierungsgesetz ursprünglich vorgesehen war. Bezogen auf einen Zusatzbeitragssatz von 0,9 v.H. wird dies durch ein Inkrafttreten zum 1. Juli 2005 erreicht.

Zu Nr. 3 c)

Die Regelungen über den zusätzlichen Beitragssatz werden folgerichtig aus der In-Kraft-Tretensregelung zum 1. Januar 2006 herausgenommen, da sie nach dem neuen Absatz 8 a bereits zum 1. Juli 2005 in Kraft treten sollen.

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die Spitzenverbände der Krankenkassen schlagen folgende Ergänzung des
§ 30 SGB V vor:

Der § 30 wir um folgenden neuen Absatz 5 ergänzt:

„(5) Der Anspruch auf Leistungen nach Absatz 1 ist davon abhängig, das die Versorgung

mit Zahnersatz spätestens bis zum 31.12.2004 vom Zahnarzt durchgeführt wird;

maßgebend ist das Datum der Eingliederung des Zahnersatzes.“

Begründung:

Spätestens in den letzten Monaten des Jahres 2004 ist mit einer Nachfragezunahme beim Zahnersatz zu rechnen. Um nachfrageinduzierte Vorwegnahmeeffekte (Fielmann-Syndrom) zu vermeiden und sicher zu stellen, dass Krankenkassen und Zahnärzte einheitlich verfahren, ist eine verbindliche Übergangsregelung erforderlich. Diese sollte gewährleisten, dass noch im Jahr 2004 genehmigte Heil- und Kostenpläne von allen Krankenkassen nach einheitlichen Kriterien finanziert werden.

Das Bundessozialgericht hat bereits entschieden, dass bei einem Wechsel der Krankenkasse nicht das Datum des Heil- und Kostenplanes, sondern der Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes das maßgebende Kriterium für die Beurteilung der leistungspflichtigen Krankenkasse ist. Als eindeutiges Merkmal sollte daher auch für die Übergangsregelung auf den Tag der Eingliederung abgestellt werden.

Mit der vorgeschlagenen Regelung würden alle Zahnersatzversorgungen, die bis zum

31.12.2004 eingegliedert werden, einheitlich nach dem bisherigen Recht vergütet.

Zu Nr. 1 - § 57 Abs. 2 Satz 7 SGB V -

Die Ergänzung des § 57 Abs. 2 Satz 7 entspricht der dem bisherigen Recht immanenten Vergütungssystematik, wonach zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt selbst erbracht werden, nur mit einem Abschlag von 5 % vergütet werden. Die GMG-Regelungen enthalten bisher eine entsprechende Abschlagsregelung nur für die Bildung der Festzuschüsse, nicht jedoch für die Abrechnung des Zahnarztes mit dem Versicherten. Mit der vorgesehenen Ergänzung wird eine in der bisherigen gesetzlichen Regelung entstandene Lücke geschlossen und sichergestellt, dass Zahnärzte den bei der Festzuschussbildung berücksichtigten Abschlag für selbsterbrachte zahntechnische Leistungen nicht an den Versicherten weitergeben können. Diese Änderung wird ausdrücklich begrüßt.

Zu Nr. 2 - § 58 Abs. 3 SGB V –

Die zwangsläufige Aufhebung des bereits zum 01.01.2004 in Kraft getretenen § 58 Abs. 3 SGB V ist folgerichtig und wird begrüßt.

Zu Nr. 3 - § 255 SGB V -

Die vorgesehene Regelung, wonach die Krankenkassen ihre Mitglieder über die erstmalige Einbehaltung des Sonderbeitrages durch die Rentenversicherungsträger zu informieren haben, soll die Rentenversicherungsträger entlasten. Sie führt aber zwangsläufig zu einer entsprechenden Zusatzbelastung der Krankenkassen.

Da die Rentenversicherungsträger ohnehin wegen der Rentenanpassung zum 01.07.2005 die Rentenbezieher über die von diesem Zeitpunkt an gültige Rentenhöhe informieren (müssen), würde ein zusätzlicher Hinweis auf die erstmalige Einbehaltung des Sonderbeitrages im Rentenbescheid keinen größeren Zusatzaufwand erfordern. Die Rentenversicherungsträger können problemlos eine entsprechende Standardformulierung in die ohnehin zu erlassenden Rentenbescheide aufnehmen. Dieser geringe Mehraufwand der Rentenversicherung steht in keinem Verhältnis zu dem, den die Krankenkassen mit Erfüllung der vorgesehenen gesetzlichen Regelung hätten. Sie müssten ca. 17 Mio. GKV-versicherte Rentner zusätzlich schriftlich informieren. Den Krankenkassen werden allein durch die Gebühren für den Postversand Kosten in zweistelliger Millionenhöhe entstehen. Die Einbindung dieser Information in die ohnehin von den Rentenversicherungsträgern zum 01.07.2005 zu erlassenden Rentenbescheide wird nur ein Bruchteil dieser Kosten verursachen.

Daher schlagen die Spitzenverbände der Krankenkassen vor, die vorgesehene Ergänzung des § 255 SGB V um einen neuen Absatz 5 ersatzlos zu streichen.

BDA
BUNDESVEREINIGUNG
der Deutschen Arbeitgeberverbände

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz – BT-Drucksache 15/3681

I. Zur Finanzierung des Zahnersatzes nach dem GKV-Modernisie-rungsgesetz

Die im GKV-Modernisierungsgesetz enthaltenen Neuregelungen und Maßnahmen zur Finanzierung des Zahnersatzes verfolgen zwei Ziele, die beide richtig sind und deshalb nicht aufgegeben werden dürfen:

1. Senkung der Personalzusatzkosten

Am Ziel der Senkung der Personalzusatzkosten muss festgehalten werden. Die Beitragssätze zur Sozialversicherung bewegen sich mit 42 Prozent auf Rekordniveau. Auf einem Höchststand liegen insbesondere auch die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung mit 14,3 Prozent zum 1. Januar 2004. Die damit verbundene Belastung der gesetzlichen Personalzusatzkosten ist wachstums- und beschäftigungsfeindlich. Hohe Beitragssätze widersprechen letztlich auch dem Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung, denn hierdurch wird Beschäftigung vernichtet und dadurch ihre Finanzierungsbasis nachhaltig geschmälert.

Das mit dem zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen „GKV-Modernisierungsgesetzes“ verfolgte Ziel, bis 2006 den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz auf 13,0 Prozent und den Arbeitgeberanteil auf 6,1 Prozent zu senken, muss ohne Abstriche und zeitliche Verzögerungen eingehalten werden. Änderungen am geltenden Recht müssen deshalb finanziell wirkungsgleich sein.

Für den Zahnersatz wurden im letzten Jahr nach den vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung veröffentlichten „Endgültigen Rechnungsergebnissen 2003“ für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt 3,786 Mrd. € aufgewendet. Das entspricht umgerechnet einem Beitragssatzanteil von 0,4 Prozentpunkten.

2. Teilweise Abkopplung der Krankheits- von den Arbeitskosten

Richtig bleibt auch das Ziel, die Krankheits- von den Arbeitskosten abzukoppeln. Der beschäftigungsfeindliche Automatismus, dass jede Lohn- und Gehaltssteigerung und jede Beitragssatzanhebung zu höheren Personalzusatzkosten und damit Arbeitskosten führen, muss gestoppt werden. Mit den Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes gelingt diese Abkopplung zumindest für den kleinen Bereich des Zahnersatzes.

II. Zum Gesetzentwurf

Durch die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Erhebung eines „Zusätzlichen Beitragssatzes“ für Krankenkassenmitglieder von 0,9 Prozentpunkten zum 1. Juli 2005 wird das Ziel, die Personalzusatzkosten zu senken, in wirkungsgleicher Weise erreicht wie nach geltendem Recht. Das zweite Ziel der Neuregelung, die teilweise Abkoppelung der Krankheits- von den Arbeitskosten, wird hingegen verfehlt.

Die zur Begründung der geplanten Neufassung angeführten praktischen und administrativen Umsetzungsschwierigkeiten bei der im GKV-Modernisierungsgesetz enthaltenen Regelung hätten – bei rechtzeitiger Befassung mit dem seit einem vollen Jahr bekannten Regelungsbedarf beim Beitragseinzug – vermieden werden können. Es ist ein schweres Versäumnis der Bundesregierung, dass sie keinerlei Vorschläge für ein unbürokratisches Beitragseinzugsverfahren vorgelegt hat.

Auch die weitere Begründung, ein einkommensunabhängiger Beitrag zur Absicherung des Zahnersatzrisikos führe zu erheblichen Belastungen von Geringverdienern, ist – bei diskutierten Prämien von 6 bis 8 € pro Monat und Kopf – nicht stichhaltig. Mit der Beibehaltung der althergebrachten Finanzierungsmethodik werden zugleich Belastungsungerechtigkeiten aufrechterhalten: Beispielsweise erfolgt eine systematische Benachteiligung von ausschließlichen Lohnbeziehern gegenüber Personen mit anderen Einkommensquellen.

III. Anforderungen an eine Neuregelung

Eine Neufassung der Zahnersatzfinanzierung muss folgende Kriterien erfüllen:

- Die Entlastung der Betriebe darf im Durchschnitt des Jahres 2005 und in den Folgejahren nicht unter der im GKV-Modernisierungsgesetz angesetzten Größenordnung für die geänderte Zahnersatzfinanzierung liegen.

- Der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung muss tatsächlich wie nach den Beitragssatzprognosen im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehen auf 6,5 Prozent in 2005 und 6,1 Prozent ab 2006 sinken. Die beste und sicherste Lösung dafür ist, den Arbeitgeberanteil in dieser Höhe festzuschreiben. Dadurch würde außerdem der Preis- und Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen verbessert, weil Versicherte beim Wechsel zu einer günstigeren Kasse in vollem Umfang von den geringeren Beitragssätzen profitieren würden.

- Die Option einer Zahnersatzversicherung bei den privaten Krankenversicherungsunternehmen muss – auch bei Aufrechterhaltung einkommensorientierter Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung – erhalten bleiben. Die gegen eine Pauschalprämie in der gesetzlichen Krankenversicherung angeführten praktischen und administrativen Umsetzungsschwierigkeiten bieten keinen sachlichen und nachvollziehbaren Grund, auf Wahlmöglichkeiten für die Versicherten zu verzichten.

Nürnberg, den 16. September 2004

Stellungnahme des Vorstands der Bundesagentur für Arbeit

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages am Donnerstag, dem 23. September 2004 in Berlin zu dem

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN
Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz
BT-Drs. 15/3681.

Die vorgesehene Regelung bedeutet für die BA, dass sie ab 01.07.2005 für die Leistungsbezieher Arbeitslosengeld I einen asymetrischen Beitrag zur Krankenversicherung abzuführen hat.

Eine Umsetzung der in dem Gesetzentwurf zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz enthaltenen Regelungen, insbesondere die Anpassung der genutzten IT-Verfahren, zum 1. Juli 2005 ist möglich. Dabei geht die BA davon aus, dass es hinsichtlich der Abwicklung mit den Krankenkassen bei der bisherigen Sammelüberweisung und des Sammelnachweises für alle bei einer Krankenkasse versicherten Leistungsempfänger ohne gesonderte Ausweisung/Abführung des anteiligen erhöhten KV-Prozentsatzes bleibt.

Die Regelung führt zu Mehrausgaben der BA bei der Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge für Leistungsempfänger Arbeitslosengeld I. Auf der Grundlage der für das Jahr 2004 im Haushaltsplan der BA zu Grunde gelegten Beiträge zur Krankenversicherung und der durchschnittlichen Zahl der Leistungsempfänger sind Mehraufwendungen allein für den zusätzlichen Zahnersatzbeitrag für die Bezieher von Arbeitslosengeld I in Höhe von ca. 140 Mio. Euro p.a. (auf der Grundlage von 0,4% gerechnet) zu erwarten. Bezogen auf den in § 241a SGB V insgesamt in Höhe von 0,9 % vorgesehenen zusätzlichen Beitragssatz (Zahnzusatzversicherung und Krankengeld betreffend) ergibt sich ein von der BA zu tragender Mehraufwand von ca. 300 Mio. Euro p.a..

Für die zukünftigen Bezieher von Arbeitslosengeld II gilt gemäß § 246 SGB V als Beitragssatz der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenversicherung, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 01. Oktober feststellt. Insoweit besteht nach Auffassung der BA hier kein Raum für den zusätzlichen Beitrag gemäß § 241a SGB V.

Eine Änderung der Parametrierung (Anpassung des KV-Beitragssatzes) im Leistungsverfahren A2LL ist nach der derzeitigen Rechtslage zum 1. 7. 2005 nicht erforderlich.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

(13) Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0702
vom 17.09.04

15. Wahlperiode

Stellungnahme

der Spitzenverbände der Krankenkassen

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

- **BT-Drucksache 15/3681 vom 06.09.2004**

Stand: 17.09.2004

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

1 Grundsätzliche Bewertung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen die von den Regierungsfraktionen vorgelegten Änderungen zur Finanzierung des Zahnersatzes. Sie unterstützen ausdrücklich die Absicht der Regierungsfraktionen,

- den Zahnersatz im GKV-Leistungskatalog beizubehalten,
- den im GMG vorgesehenen festen Monatsbeitrag durch einen prozentualen, einkommensabhängigen Sonderbeitrag zu ersetzen,
- den Beitragseinzug durchgängig im Quellenabzugsverfahren durchzuführen und
- Wettbewerbsverzerrungen durch Aufhebung des PKV-Optionsrechtes auszuschließen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben stets betont, dass der Zahnersatz im GKV-Leistungskatalog beizubehalten ist. Dieses Ziel wird durch den vorliegenden Gesetzentwurf verfolgt und daher begrüßt.

Gleichzeitig bedeuten die jetzt beabsichtigten Änderungen, dass auch in Zukunft eine solidarische, an der finanziellen Leistungsfähigkeit der einzelnen Mitglieder ausgerichtete Finanzierung sicher gestellt wird. Für die Versicherten bedeutet die Anhebung des zum 01.01.2006 geplanten Zusatzbeitrages in Höhe von 0,5 % auf 0,9 % und Einführung zum 01.07.2005 eine erhebliche Mehrbelastung.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben stets darauf hingewiesen, dass die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vorgesehen Änderungen zur Finanzierung der künftigen obligatorischen Satzungsleistung „Zahnersatz“ lediglich für die Personengruppe der Arbeitnehmer im Wege des Lohnabzugsverfahrens eine sachgerechte Regelung enthält. Das GMG sieht hingegen keine Regelungen zum Beitragseinzug bei pflichtversicherten Rentnern, Rehabilitanden und Beziehern von Leistungen nach dem zweiten und dritten Buch des Sozialgesetzbuches vor. Die zuständigen Sozialversicherungsträger dieser Personengruppen haben es abgelehnt, ohne eine gesetzliche Verpflichtung zum Einbehalt und zur Abführung des Zahnersatzbeitrages an die Krankenkassen tätig zu werden.

Dies würde jedoch bedeuten, dass die gesetzlichen Krankenkassen bei knapp 17 Millionen Rentnern und Rehabilitanden und über 4 Millionen Leistungsbeziehern der Bundesagentur für Arbeit den Beitrag individuell anfordern und monatlich einziehen müssten. Hierzu müssten die Krankenkassen für diese Personengruppen ein eigenes Beitragseinzugsverfahren einrichten und diese Mitglieder ihre Zahnersatzbeiträge selbst abführen. Dazu müssten

bei den Krankenkassen über 20 Mio. Beitragskonten neu eingerichtet und individuell betreut werden. Es müssten zum 01.01.2005 über 20 Mio. Beitragsbescheide versandt werden. Darüber hinaus wäre ein neuer Beitragsbescheid bei jeder künftigen Beitragsänderung und bei jedem Statuswechsel (Arbeitnehmer, Arbeitslose, Rentner) erforderlich. Außerdem müsste der Beitragseinzug – notfalls im Wege der Zwangsvollstreckung – bei jedem einzelnen Mitglied sicher gestellt werden. Die hierfür notwendigen administrativen, datentechnischen und personalintensiven Arbeiten würden die Verwaltungskosten der Krankenkassen überproportional belasten und den Zahnersatzbeitrag unnötig in die Höhe treiben.

Auf diese Problematik wird nun mit dem Gesetzentwurf reagiert, indem generell das verwaltungsökonomisch sinnvolle Quellenabzugsverfahren übernommen wird. Dies begrüßen die Spitzenverbände der Krankenkassen aus den dargestellten Gründen ausdrücklich.

Explizit begrüßen die Spitzenverbände der Krankenkassen auch, dass der Gesetzgeber berücksichtigt hat, bei einem prozentualen einkommensabhängigen Beitrag die PKV-Option aufzugeben. Sie wäre weder sachgerecht noch praktikabel. Mit einer PKV-Option wäre es zu neuen erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen GKV und PKV gekommen. So hätte beispielsweise jemand, der 3.400 Euro verdient bei einem GKV-Zusatzbeitrag von 0,4 % einen monatlichen Beitrag von 13,60 Euro zu zahlen, bei einem Einkommen von 1.000 Euro betrüge die Belastung 4 Euro. Diese Belastungsunterschiede sind dem System der GKV immanent und entsprechen dem Solidarprinzip; sie stehen jedoch einem fairen Wettbewerb mit der PKV aufgrund der unterschiedlichen Prämienkalkulation entgegen. Die PKV wäre dann in der Lage gewesen, gezielt für die Mitglieder der GKV mit hohem Einkommen attraktive Prämien anzubieten.

Mit der Erhebung eines Zusatzbeitrags in Höhe von gesamt 0,9 % zum 01.07.2005 wird sicher gestellt, dass die mit dem GMG ab dem Jahr 2005 angestrebte finanzielle Entlastung der Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger, die sich aus der alleinigen Finanzierung der Ausgaben für Zahnersatz durch die Mitglieder ergibt, auch mit der Neuregelung erreicht wird.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen weisen jedoch eindringlich darauf hin, dass zur fristgerechten Umsetzung der gesetzlichen Neuregelungen unverzüglich Klarheit über die Art und Weise des Beitragseinzuges hergestellt werden muss. Denn die bisherigen Aktivitäten aller Krankenkassen sind auf die Umsetzung der mit dem GMG verabschiedeten Neuregelungen ausgerichtet. Auf den enormen Verwaltungsaufwand zur Umsetzung dieser Regelung haben die Spitzenverbände in der Vergangenheit stets hingewiesen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen appellieren daher an die politisch Verantwortlichen im Deutschen Bundestag und des Deutschen Bundesrates, sich so schnell als möglich auf die dem Gesetzesantrag der Koalitionsfraktionen zugrunde liegenden Neuausrichtung des Beitragseinzuges beim Zahnersatz zu verständigen.

2 *Zu dem Gesetzentwurf im Einzelnen:*

Artikel 1

Änderung des GKV-Modernisierungsgesetzes

Zu Nr. 1 a) - § 55 SGB V -

Mit den vorgesehenen Änderungen wird die Herausnahme des Zahnersatzes aus dem Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unter Beibehaltung des Festzuschuss-Systems rückgängig gemacht. Die vorgesehen Änderungen werden von den Spitzenverbände der Krankenkassen ausdrücklich begrüßt.

Zu Nr. 1 a) Doppelbuchst. bb) - § 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V -

Die bisher vorgesehenen gesetzlichen Regelungen in § 55 Abs. 2 Satz 1 stellen nicht zweifelsfrei sicher, dass für Härtefälle bei Inanspruchnahme der Regelversorgungsleistungen durch einen doppelten Festzuschuss, der an die zahntechnischen Preise in den Ländern angepasst ist, eine vollständige Übernahme der Zahnersatzkosten gewährleistet wird. Um dieses sozialpolitische unbestrittene Ziel sicherzustellen, wird vorgeschlagen, § 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V wie folgt zu fassen:

„Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich angefallenen Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen oder andersartigen Zahnersatz, so besteht nur Anspruch auf den doppelten Festzuschuss.“ ...

Begründung:

Mit diesen Ergänzungen wird sicher gestellt, dass Versicherte, die ansonsten mit den Kosten einer Zahnersatzversorgung im Rahmen der Regelversorgungsleistungen unzumutbar belastet würden, auch mit den in Einzelfällen

über den doppelten Festzuschuss nach § 55 Abs. 1 Satz 2 hinausgehenden Kosten für relativ selten vorkommende Regelversorgungsleistungen nicht belastet werden. Dies stellt die Gesetzesformulierung „angepasst an die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten“ bisher nicht zweifelsfrei sicher.

Zu Nr. 1 b) - §§ 58, 59 SGB V -

Die gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes wird aufgehoben. Die Wahlmöglichkeit zur PKV entfällt ebenso wie die Haushaltstrennung und der gesonderte Härtefallausgleich.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen den Verzicht auf eine Wahlmöglichkeit zur PKV. Bei einer einkommensabhängigen prozentualen Finanzierung des Zahnersatzes allein durch die Mitglieder über einen Zusatzbeitrag wäre der Anreiz zur Wahl der PKV-Option für jüngere, besserverdienende Mitglieder besonders stark. Die beabsichtigte Wirkung des Zusatzbeitrags, die Zahnersatzversorgung wie bislang solidarisch entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit zu finanzieren, würde durch eine hohe Anzahl von Besserverdienenden, die sich für die einkommensunabhängige PKV-Absicherung entscheiden, vereitelt.

Mit Aufhebung der gesonderten Finanzierung des Zahnersatzes entfällt die Notwendigkeit für eine getrennte Haushaltsführung. Die Regelung ist somit sachgerecht und konsequent.

Der Verzicht auf einen gesonderten Härtefallausgleich ist sachgerecht, da die Ausgaben für Zahnersatzleistungen wie bisher im Risikostrukturausgleich Berücksichtigung finden.

Zu Nr. 1 c) - § 241a SGB V -

Der mit dem GMG eingeführte Zusatzbeitrag wird von 0,5 auf 0,9 v.H. angehoben.

Die Anhebung des Zusatzbeitrags um 0,4 Prozentpunkte entspricht bei einem Beitragsaufkommen von rd. 4 Mrd. Euro den GKV-weiten Leistungsausgaben und Verwaltungskosten für Zahnersatz. Mit dieser Anhebung werden Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger entlastet, da der allgemeine Beitragssatz mit Erhebung des Zusatzbeitrags sinken wird. Die resultierende Entlas-

tung der Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger entspricht ab dem 1.1.2006 der Entlastung, die auch bei Umsetzung der gesonderten Zahnersatzfinanzierung nach § 58 Abs. 1 SGB V eingetreten wäre. Für den Zeitraum vom 1.7.2005 bis 31.12.2005 ist die Entlastung durch das Vorziehen des ursprünglich für den 1.1.2006 vorgesehenen zusätzlichen Beitragssatzes von 0,5 v.H. sogar etwas höher, als sie durch die im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes ab 1.1.2005 gewesen wäre.

Zu Nr. 1 d) - § 266 SGB V -

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des § 55, mit dem die Einführung einer obligatorischen Satzungsleistung für Zahnersatz rückgängig gemacht wird.

§ 266 Abs. 4 S. 1 SGB V definiert die bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im RSA nicht berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben. Hierzu zählen die Verwaltungskosten und Satzungsleistungen. Da der Zahnersatz durch Aufhebung der obligatorischen Satzungsregelung für Zahnersatz keine Satzungsleistung mehr darstellt und zugleich die Regelungen zum Finanzausgleich nach § 59 aufgehoben werden, ist es sachgerecht und notwendig, dass die Leistungsausgaben für Zahnersatz wieder im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen sind.

Zu Nr. 2 - § 28 SGB IV -

Es handelt sich um eine folgerichtige Änderung zur Aufhebung der gesonderten Finanzierung des Zahnersatzes.

Zu Nr. 3 a) - Artikel 37 GMG, In-Kraft-Treten -

Die Regelungen über die gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes (insbesondere die §§ 58, 59 SGB V) werden folgerichtig aus der In-Kraft-Tretensregelung zum 1. Januar 2005 herausgenommen. (Mit der Streichung der §§ 58, 59 SGB V wird kein Wiederaufleben der zum 01.01.2004 entfallenen Sterbegeldbestimmungen bewirkt.

Zu Nr. 3 b)

Die Regelungen über den erhöhten zusätzlichen Beitragssatz sollen zum 01.07.2005 in Kraft treten.

Das vorgezogene Inkrafttreten des erhöhten zusätzlichen Beitragssatzes soll gewährleisten, dass die Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger im Jahr 2005 insgesamt um mindestens den Betrag entlastet werden, der durch die gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes nach § 58 Abs. 1 SGB ab 1.1.2005 im GKV-Modernisierungsgesetz ursprünglich vorgesehen war. Bezogen auf einen Zusatzbeitragssatz von 0,9 v.H. wird dies durch ein Inkrafttreten zum 1. Juli 2005 erreicht.

Zu Nr. 3 c)

Die Regelungen über den zusätzlichen Beitragssatz werden folgerichtig aus der In-Kraft-Tretensregelung zum 1. Januar 2006 herausgenommen, da sie nach dem neuen Absatz 8 a bereits zum 1. Juli 2005 in Kraft treten sollen.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die Spitzenverbände der Krankenkassen schlagen folgende Ergänzung des **§ 30 SGB V vor:**

Der § 30 wir um folgenden neuen Absatz 5 ergänzt:

„(5) Der Anspruch auf Leistungen nach Absatz 1 ist davon abhängig, das die Versorgung mit Zahnersatz spätestens bis zum 31.12.2004 vom Zahnarzt durchgeführt wird; maßgebend ist das Datum der Eingliederung des Zahnersatzes."

Begründung:

Spätestens in den letzten Monaten des Jahres 2004 ist mit einer Nachfragezunahme beim Zahnersatz zu rechnen. Um nachfrageinduzierte Vorwegnahmeeffekte (Fielmann-Syndrom) zu vermeiden und sicher zu stellen, dass Krankenkassen und Zahnärzte einheitlich verfahren, ist eine verbindliche Übergangsregelung erforderlich. Diese sollte gewährleisten, dass noch im Jahr 2004 genehmigte Heil- und Kostenpläne von allen Krankenkassen nach einheitlichen Kriterien finanziert werden.

Das Bundessozialgericht hat bereits entschieden, dass bei einem Wechsel der Krankenkasse nicht das Datum des Heil- und Kostenplanes, sondern der Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes das maßgebende Kriterium für die Beurteilung der leistungspflichtigen Krankenkasse ist. Als eindeutiges Merkmal sollte daher auch für die Übergangsregelung auf den Tag der Eingliederung abgestellt werden.

Mit der vorgeschlagenen Regelung würden alle Zahnersatzversorgungen, die bis zum 31.12.2004 eingegliedert werden, einheitlich nach dem bisherigen Recht vergütet.

Zu Nr. 1 - § 57 Abs. 2 Satz 7 SGB V -

Die Ergänzung des § 57 Abs. 2 Satz 7 entspricht der dem bisherigen Recht immanenten Vergütungssystematik, wonach zahntechnische Leistungen, die vom Zahnarzt selbst erbracht werden, nur mit einem Abschlag von 5 % vergütet werden. Die GMG-Regelungen enthalten bisher eine entsprechende Abschlagsregelung nur für die Bildung der Festzuschüsse, nicht jedoch für die Abrechnung des Zahnarztes mit dem Versicherten. Mit der vorgesehenen Ergänzung wird eine in der bisherigen gesetzlichen Regelung entstandene Lücke geschlossen und sichergestellt, dass Zahnärzte den bei der Festzuschussbildung berücksichtigten Abschlag für selbsterbrachte zahntechnische Leistungen nicht an den Versicherten weitergeben können. Diese Änderung wird ausdrücklich begrüßt.

Zu Nr. 2 - § 58 Abs. 3 SGB V –

Die zwangsläufige Aufhebung des bereits zum 01.01.2004 in Kraft getretenen § 58 Abs. 3 SGB V ist folgerichtig und wird begrüßt.

Zu Nr. 3 - § 255 SGB V -

Die vorgesehene Regelung, wonach die Krankenkassen ihre Mitglieder über die erstmalige Einbehaltung des Sonderbeitrages durch die Rentenversicherungsträger zu informieren haben, soll die Rentenversicherungsträger entlasten. Sie führt aber zwangsläufig zu einer entsprechenden Zusatzbelastung der Krankenkassen.

Da die Rentenversicherungsträger ohnehin wegen der Rentenanpassung zum 01.07.2005 die Rentenbezieher über die von diesem Zeitpunkt an gültige Rentenhöhe informieren (müssen), würde ein zusätzlicher Hinweis auf die erstmalige Einbehaltung des Sonderbeitrages im Rentenbescheid keinen größeren Zusatzaufwand erfordern. Die Rentenversicherungsträger können problemlos eine entsprechende Standardformulierung in die ohnehin zu erlassenden Rentenbescheide aufnehmen. Dieser geringe Mehraufwand der Rentenversicherung steht in keinem Verhältnis zu dem, den die Krankenkassen mit Erfüllung der vorgesehenen gesetzlichen Regelung hätten. Sie müssten ca. 17 Mio. GKV-versicherte Rentner zusätzlich schriftlich informieren. Den Krankenkassen werden allein durch die Gebühren für den Postversand

Kosten in zweistelliger Millionenhöhe entstehen. Die Einbindung dieser Information in die ohnehin von den Rentenversicherungsträgern zum 01.07.2005 zu erlassenden Rentenbescheide wird nur ein Bruchteil dieser Kosten verursachen.

Daher schlagen die Spitzenverbände der Krankenkassen vor, die vorgesehene Ergänzung des § 255 SGB V um einen neuen Absatz 5 ersatzlos zu streichen.

Artikel 3

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

1. Änderung des § 50 Abs. 1 Satz 2

Die Änderung des Verweises auf § 255 Abs. 3a Satz 1 und 4 SGB V dient der Klarstellung und wird begrüßt. Im Hinblick auf die Ergänzung des Verweises auf § 255 Abs. 5 SGB V gelten die Anmerkungen zu der in Bezug genommen Vorschrift entsprechend.

2. Artikel 37 GMG – Inkrafttreten

Die in Artikel 11 GMG getroffenen Regelungen bezüglich des zusätzlichen Beitragsatzes für Bezieher von Versorgungsbezügen (§ 39 Abs. 2 Satz 2), Bezieher von Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 39 Abs. 3 Satz 1 und § 48 Abs. 3) sowie für mitarbeitende Familienangehörige in einer weiteren Beschäftigung (§ 42 Abs. 2) sollen zum 01.07.2005 in Kraft treten. Dabei ändert sich der in der einzelnen Rechtsvorschrift nicht konkret genannte Vom-Hundert-Satz um 0,4 (isolierte Betrachtung der Zahnersatzversicherung) auf 0,9 v. H. (Art. 1 Nr. 3 Buchst. b) und c) des Gesetzentwurfs). In diesem Zusammenhang ist jedoch zu berücksichtigen, dass durch Artikel 9 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 27.12.2003 (BGBl. I, S. 3013) sowohl § 39 Abs. 2 als auch § 39 Abs. 3 um einen Satz 3 ergänzt worden sind; diese Sätze wurden inzwischen durch Art. 7 des RV-Nachhaltigkeitsgesetzes vom 21.07.2004 (BGBl. I, S. 1791) geändert. Insofern bedürfen diese Regelungen bezüglich des zusätzlichen Beitragssatzes einer Anpassung. Die geltenden gesetzlichen Regelungen verpflichten die Rentenversicherungsträger und Zahlstellen von Versorgungsbezügen zum Einbehalt der Beiträge unter Heranziehung des zusätzlichen Beitragssatzes, sodass eine (weitere) Änderung des § 50 Abs. 1 und 2 KVLG 1989 entbehrlich ist.

In der berufsständischen Unternehmerversicherung LKV werden die Beiträge für landwirtschaftliche Unternehmer nach Einkommensersatzmaßstäben in Beitragsklassen festgesetzt. Die Beiträge für mitarbeitende Familienangehörige berechnen sich in Abhängigkeit vom Beitrag für den landwirtschaftlichen Unternehmer, in dessen Unternehmen die Mitarbeit geleis-

tet wird. Die Beiträge für freiwillig Versicherte werden abgestimmt mit den Beiträgen für landwirtschaftliche Unternehmer in Beitragsklassen festgesetzt. Wie bisher sind in die Beitragskalkulation für die landwirtschaftlichen Unternehmer, die mitarbeitenden Familienangehörigen und die freiwillig Versicherten die Ausgaben für Zahnersatz einzubeziehen (§ 38 KVLG 1989).

Die Leistungsaufwendungen der Altenteiler für Zahnersatz sind Leistungsaufwendungen i.S.d. § 37 Abs. 2 KVLG 1989. Sie sind, soweit sie durch Beiträge der Altenteiler (einschließlich der Beiträge, die unter Ansatz des zusätzlichen Beitragssatzes ab 01.07.2005 zu erheben sind) nicht gedeckt sind, - wie alle anderen Leistungsaufwendungen - durch den Bund zu finanzieren.

Stellungnahme Wolfsburg, 21.09.04

von: Götz Hartmann (Deutsche BKK)
für: Anhörung des Ausschuss Gesundheit und Soziale Sicherung
zum: Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz
am: 23. September 2004

(13) Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0685
vom 21.09.04

15. Wahlperiode

1. Problembeschreibung

Paragraph 58 SGB V enthält folgende Regelung:

- Für die Leistungen nach §§ 55 und 56 SGB V (Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, i.f. Zahnersatz) hat die Krankenkasse einen Beitrag in der Satzung vorzusehen, der von den Mitgliedern allein getragen wird.
- Legt das Mitglied eines Bescheinigung eines privaten Krankenversicherungsunternehmen vor, entfällt für das Mitglied und die nach § 10 versicherten Angehörigen dauerhaft der Leistungsanspruch nach §§ 55 und 56.
- Die Höhe des Beitrags wird von der Spitzenverbänden der GKV bis zum 1.10.2004 festgelegt. Der Beitrag beinhaltet die Leistungsausgaben nach §§ 55 und 56 und die hierauf entfallenden Verwaltungskosten.
- Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben nach §§ 55 und 56 sowie die hierauf entfallenden Verwaltungskosten sind im Haushalt der Kassen getrennt auszuweisen.

Der o.g. Gesetzentwurf soll die zum 1. Januar 2005 vorgesehene gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes rückgängig machen. Er sieht vor, den Zahnersatz im Leistungskatalog der GKV beizubehalten und zum 1. Juli 2005 die Anhebung des zusätzlichen Beitragssatzes für Mitglieder der Krankenkassen auf 0,9 vom Hundert unter Einschluss der ab diesem Zeitpunkt mitgliederseitigen Finanzierung des Krankengeldes vorzunehmen.

Damit wird der Zahnersatz nicht aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegliedert und über eine pauschale Prämie finanziert.

2. Bewertung

Die Bewertung umfasst zwei Punkte. Einmal geht es um die Höhe der Berechnung im Gesetzentwurf. Zum anderen und hauptsächlich um die Höhe der in den Beitrag (Prämie) einzukalkulierenden Verwaltungskosten nach SGB V.

a) Höhe der Berechnung und Effekte

Im Jahresergebnis 2003 für die GKV (Bund) belastet des Krankengeld mit 0,73% und der Zahnersatz mit 0,4% die GKV. Zusammen ergibt dies 1,13% von den beitragspflichtigen Einnahmen. Es sollte daher im Gesetzentwurf zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz eine entsprechende Anpassung der Anhebung des zusätzlichen Beitragssatzes für Mitglieder vorgenommen werden.

b) Höhe der Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten sind nach GMG in den Beitrag für den Zahnersatz einzukalkulieren. Zusätzliche Verwaltungskosten für die GKV könnten für ca. 21 Millionen Rentner und Arbeitslose entstehen. Die Kalkulation dieser Kosten sorgte für Verwirrung. Es wurde nicht deutlich, woher die Spanne bei der Höhe der Verwaltungskosten zwischen „monatlich 40 Cent je Versichertem“ (Fiedler, in: Deutsche Ärzteblatt, 12.08.04) über 1,20 bis 1,60 Euro im Monat (BEK) bis hin „zu drei Euro im Monat (Müntefering, nach zm-online, 17.08.04) kam. Die Spitzenverbände der GKV befürchteten zusätzliche Verwaltungskosten von bis zu 250 Mio. Euro.

Die Verursachung von zusätzlichen Verwaltungskosten ist ein zu beachtender Sachverhalt. Für die GKV ist er derzeit nicht beitragssatzrelevant. Verwaltungskosten sind instrumentalisierbar.

- Bei der Einführung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) im Jahr 2003 spielten die Verwaltungskosten von 0,23 Euro pro Versichertentag (83,95 Euro pro Versicherten und Jahr) letztlich keine Rolle bei der politischen Durchsetzung und kassenseitigen Umsetzung der DMP. Der GKV Schätzerkreis rechnet im ersten Jahr DMP Diabetes Typ II mit eingeschriebenen 38,5 Prozent der Diabetiker. Die in die Pauschale eingerechneten Verwaltungskosten liegen damit allein für das erste Jahr bei ca. 194 Mio. Euro.
- Für die geplante Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werden Einführungs- und damit zum Teil auch Verwaltungskosten von bis zu 1,5 Mrd. Euro veranschlagt. Auch diese Summe ist bisher kein Beleg dafür, die Einführung der Karte zu verhindern.
- Die bisherigen Arbeitsmarktreformen Hartz I bis Hartz IV verursachten Kosten in unbekannter Höhe. Die Verschiebung des erstmaligen Auszahlungstermins für das neue Arbeitslosengeld II von Anfang Februar auf Januar 2005 verursacht Mehrkosten von rund 800 Millionen Euro. Die Erhöhung des geschützten Vermögens von Kindern der Empfänger des neuen Arbeitslosengeldes II (ALG II) belastet den Bundeshaushalt mit Zusatzkosten von bis zu 100 Mio. Euro.

Trotzdem sind all die erwähnten Reformen notwendig, deren Kosten werden durchaus in Kauf genommen.

Von Bedeutung für die Höhe der kassenseitigen Verwaltungskosten ist das Beitragseinzugsverfahren der Zahnersatzprämie.

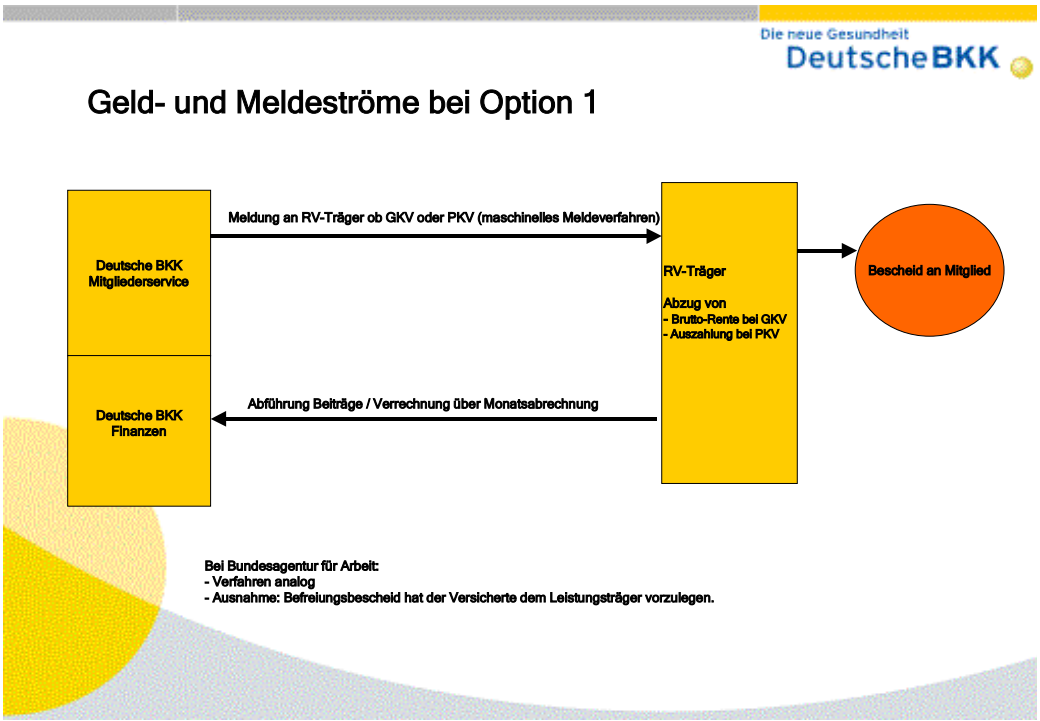
c) Modelle des Beitragseinzugs und Auswirkungen auf die Höhe der Verwaltungskosten in der GKV

Option 1: Einbehalt des Beitrags an der Quelle

In diesem Modell meldet die Krankenkasse im Zuge des obligatorischen maschinellen Meldeverfahrens an den RV Träger, welches Mitglied nach § 58, 2 SGB V eine gesetzliche oder eine private Versicherung abgeschlossen hat. Der Bundesagentur für Arbeit (BA) liegt diese Information bei Beantragung von Leistungen vor. Der RV-Träger bzw. die BA zieht bei einer GKV-Option die Prämie von der Brutto-Rente bzw. von dem Leistungsbezug (derzeit: Alg., Alhi, Unterhaltsgeld) ab bzw. zahlt sie an das Mitglied bei einer PKV-Option aus. Ein entsprechender Neubescheid wird erteilt, so wie er auch vom RV-Träger oder der BA bei Veränderung eines Krankenversicherungsbeitrags erteilt wird. Die eingehenden Widersprüche sind von der erlassenden Behörde (RV-Träger oder BA) entsprechend abzuarbeiten.

Bei dieser Option entstünden in der Deutschen BKK keine zusätzlichen Verwaltungskosten (Feld ZE bei Monatsabrechnung einrichten).

Schematische Darstellung der Option 1



Sollte diese Option administrativ vom RV-Träger oder der Bundesagentur nicht zu bewältigen sein, dann wäre auch eine Variante darstellbar. Hierbei zieht der RV-Träger bzw. die BA für alle Rentner bzw. Arbeitslosen einer Kasse den Beitrag kollektiv ab und überweist ihn als Gesamtbeitrag an die Krankenkasse. Die Kasse erhält somit die ZE-Beitragsprämie getrennt von den KV-Beiträgen. Sollte ein Rentner eine PKV-ZE Versicherung abgeschlossen haben, stellt er bei der Kasse einen Antrag auf Auszahlung seines Beitragsanteils und bekommt diesen als eingerichtete Dauererstattung pro Monat oder für das jeweilige Kalenderjahr von der Kasse überweisen.

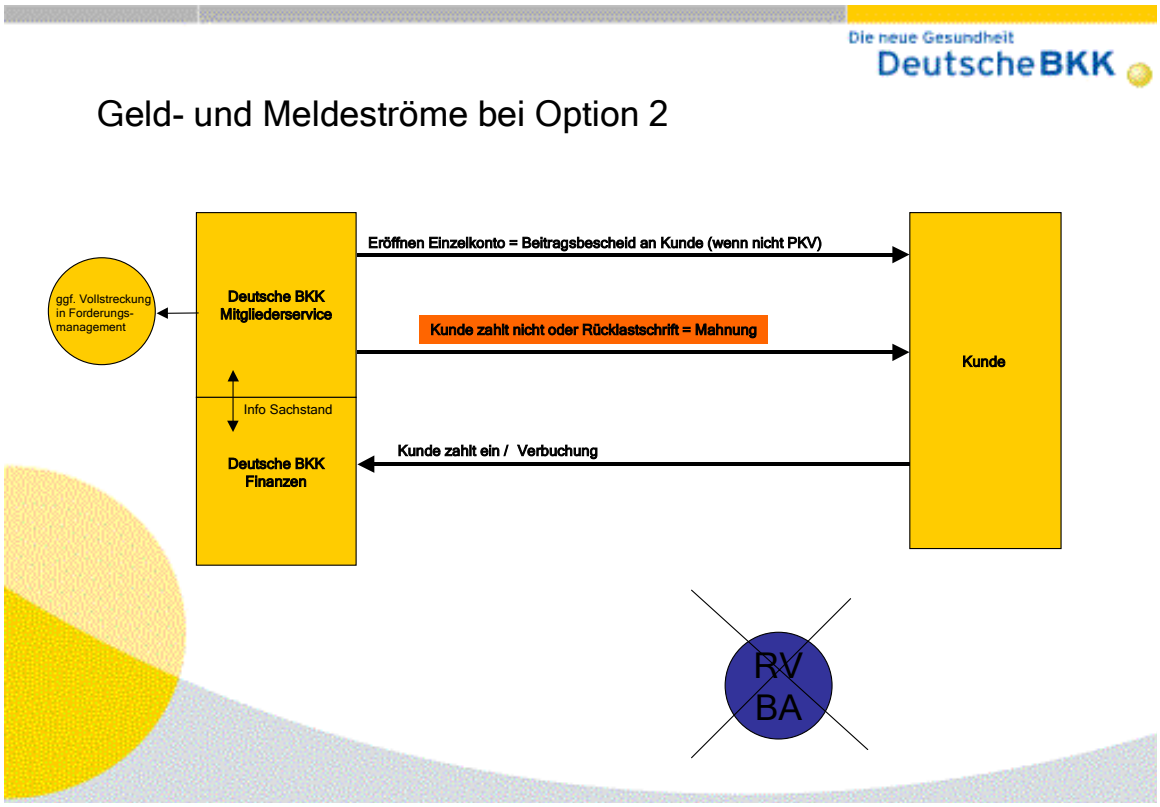
Bei dieser Variante entstünden der Deutschen BKK für optionale PKV-Wähler abhängig von deren Anzahl (10-30%) Verwaltungskosten abhängig von der technischen Lösung von 60.000 bis 360.000 Euro im Jahr, das sind 0,12 bis 0,72 Euro je Mitglied im Jahr.

Option 2: Beitragseinzug der Prämie durch die Krankenkasse

In diesem Modell eröffnet die Deutsche BKK Einzelkonten für jedes der infragekommenden 347.200 Mitglieder. Der maschinelle Erstaufbau der Einzelkonten wird für die BKK durch den Dienstleister ISKV GmbH sichergestellt. Für die BKK entstehen durch die Erweiterung der bestehen Software (ISKV Basissoftware) damit keine zusätzlichen Kosten. Eine Erweiterung der bestehenden Hardware ist für die Deutsche BKK nicht erforderlich.

An jedes GKV-Mitglied wird ein Beitragsbescheid über die zusätzliche Prämie erteilt. Der Kunde mit PKV-Option erhält keinen Beitragsbescheid. Er erklärt seine Wahl gegenüber der Krankenkasse. In unserer Berechnung gehen wir von 20% Widersprüchen gegen den Beitragsbescheid aus. Erstellen, Bescheiden, Pflege, Widerspruchsbearbeitung und Beratungsbedarf sowie Haushaltsführung verursachen Verwaltungskosten von ca. 0,60 Euro pro Mitglied.

Schematische Darstellung der Option 2



Grundsätzlich besteht beim Beitragseinzug durch die Krankenkasse das Risiko, dass die Ausgaben nicht den Einnahmen entsprechen. Dieses Risiko wird durch den geplanten Finanzausgleich (§ 59, SGB V) abgefangen.

3) Fazit

Option 1 ist zu favorisieren. Aber auch die Option 2 beinhaltet für die gesetzliche Krankenversicherung als kundenorientiertes Dienstleistungsunternehmen lösbare und finanzierbare Aufgaben.

Vorgeblich zu hohe Verwaltungskosten sind kein Argument, das gegen die bisherige Regelung des § 58 SGB V spricht. Wenn, wie vielfach auch von den Befürwortern einer umlagefinanzierten Bürgerversicherung gefordert, die GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen gestellt werden sollten, so besteht hier eine überschaubare und risikoarme Gelegenheit, es zu tun.

Anlage

Anlage

Berechnung der Verwaltungskosten für Option 2

Rentner: 306.500 SGB II/III: 40.700 Summe: 347.200	**Verwaltungskosten**	**Personalkosten**	**Summe**
Erstellen Beitragsbescheid (einmalig bzw. bei Änderung)	Materialkosten + Portokosten = 100.688,- €	5 Arbeitstage = 1.150,- €	101.838,- €
Sicherstellen Beitragseinzug + Überwachen Beitragskonto (laufend, 20% offene Konten)	Mahnungen: 70.000 x 60 Cent + Material = 48.300,- € x 12 = 579.600,- €/Jahr	8 PE x 60.000,- € = 480.000,- €	1.059.600,- €
Bearbeitung Widersprüche (einmalig)	20% Widersprüche = 69.440 x 60 Cent (Porto + Mat.) = 41.664,- €	0,5 PE = 30.000,- €	71.664,- €
Beratungs-/Erklärungsbedarf (einmalig sehr hoch, dann laufend gering)		8 PE x 60.000,- € = 480.000,- €	480.000,- €
Haushaltsplan/ Jahresrechnung/ Finanzübersichten (jährlich/monatl.) **Übernahme Kontoauszüge / Verbuchung Treffer** (laufend)		20 Tage = 5.000,- € 0,5 PE x 60.000,- € = 30.000,- €	5.000,- € 30.000,- €
Klärung und Verbuchung Nichttreffer (laufend, 20% Nichttreffer)		70.000 Nichttreffer monatl. (Buchungstext unvollständig versorgt) 9 PE x 60.000,- € = 540.000,- €	540.000,- €
Summe			**2.288.102,- €** **= 6,59 €/Mitglied/Jahr** **= 0,55 €/Mitglied/Monat**

VERBAND DEUTSCHER ZAHN TECHNIKER INNUNGEN
VDZI
Bundesinnungs-
verband

An die Damen und Herren Mitglieder des
Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung
im Deutschen Bundestag
Platz der Republik

11011 Berlin

(13) Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0686
vom 23.09.04

15. Wahlperiode

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen	Datum
		Wi/Bif 2-150/10 4-834	9.9.2004

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz
Drucksache 15/3681

Sehr geehrte Damen und Herren,

uns liegt der Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vor. Wir erlauben uns, wegen der gebotenen Eile hinsichtlich der Härtefallregelung in § 55 SGB V und der drohenden Zwangsabsenkungen der zahntechnischen Höchstpreise in der Folge der Umsetzung von § 57 Abs. 2 SGB V, auf zwei wichtige Aspekte hinzuweisen und Änderungsvorschläge vorzustellen.

Das Problem der Zwangsabsenkung der Preise für zahntechnische Leistungen ist den Mitgliedern des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung durch zahlreiche persönliche Gespräche und schriftliche Darlegungen seit der Verabschiedung des GMG im vergangenen Jahr bekannt. Hierauf nehmen wir Bezug.

Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüßen
VERBAND DEUTSCHER ZAHNTECHNIKER-INNUNGEN

Lutz Wolf	Walter Winkler
Präsident	Generalsekretär

Anlage

Anmerkungen zum „Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz“

1. § 55 SGB V n. F. - Härtefälle wirklich zuzahlungsfrei stellen

In § 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V des neuen vorliegenden Gesetzesentwurfes ist festgelegt, dass die Versicherten bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch haben auf

> „einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch in Höhe der nach § 57 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden.“

Diese Formulierung reicht jedoch bei dem nun gewählten bundeseinheitlichen Festzuschuss-System nicht mehr aus, um Zuzahlungen bei Härtefällen zu vermeiden. Eine gesetzliche Formulierung der Härtefallregelung muss folgende Punkte abdecken, um dem betroffenen Versicherten tatsächlich Zuzahlungsfreiheit zu ermöglichen:

a. Aufgrund der unterschiedlichen Preise in den Ländern im Verhältnis zu dem Bundesmittelpreis, der dem bundeseinheitlichen Festzuschuss zugrunde gelegt wird, kommt es auf jeden Fall bei der Beschränkung auf einen doppelten Festzuschuss („Betrag in jeweils gleicher Höhe…“) in einer Vielzahl der Härtefälle zu Zuzahlungen.
Dieser Aspekt ist zwar nach Auffassung des VDZI mit der gewählten gesetzlichen Formulierung abgedeckt, es sollte aber auf jeden Fall ein klarstellende Formulierung erfolgen, um Zuzahlungen gänzlich zu vermeiden.

b. Es kommt nämlich zu einer weiteren Abweichung zwischen doppeltem Festzuschuss und Zuzahlungsfreiheit, weil der Gemeinsame Bundesausschuss am 14.7.2004 die Richtlinie „Festzuschüsse-Zahnersatz“ beschlossen hat, bei der die Festzuschüsse auf lediglich statistischen Leistungspauschalierungen basieren.

Diese statistische Pauschalierung hat zur Konsequenz, dass die pauschalierten zahnärztlichen und zahntechnischen Festzuschüsse selbst den konkreten medizinisch notwendigen Leistungsumfang, wie er im konkreten Fall auch nach der Regelversorgung vorgesehen ist, nicht oder nur zufällig abdecken können. Der so genannte Härtefall müsste daher auch bei einem doppelten Festzuschuss bei medizinisch notwendigen Leistungen zuzahlen.

In § 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V muss daher klargestellt werden, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, auch die tatsächlichen Kosten für die im Einzelfall im Rahmen der Regelversorgung medizinisch notwendigen Leistungen zu übernehmen, die aufgrund der Pauschalierungen über den doppelten Festzuschuss hinausgehen.

Nach unseren Informationen sind die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Festzuschuss-System erst getroffen worden, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sein Verständnis des § 55 Abs. 2 SGB V deutlich machte und auf genau eine solche Verpflichtung der Krankenkassen hinwies, die Zuzahlungsfreiheit in den jeweiligen Satzungsregeln zum Zahnersatz zu garantieren. Da die Zahnersatzversorgung aber nun keine Satzungsleistung mehr sein soll, ist eine solche klarstellende Regelung hier nicht mehr möglich. Daher ist eine Klarstellung darüber, dass die Krankenkassen bei Härtefällen die tatsächlichen Kosten erstatten müssen, im Gesetz erforderlich.

Formulierungsvorschlag:

> „Die Versicherten haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag, angepasst an die tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch in Höhe der nach § 57 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden."

2. § 57 Abs. 2 SGB V – Zwangabsenkungen von Preisen vermeiden

§ 57 Abs. 2 SGB V sieht ab 2005 die Berechnung eines „Bundesmittelpreises" für zahntechnische Leistungen vor, der Grundlage für die Berechnung des bundeseinheitlichen Festzuschusses sein soll.

Gleichzeitig belässt der Gesetzgeber es bei der Vertragskompetenz in 17 Vertragsbereichen der Länder, in denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Innungsverbände die Höchstpreise vereinbaren.

Der VDZI hat seit dem Gesetzgebungsverfahren des letzten Jahres unermüdlich darauf hingewiesen, dass eine solche Regelung zu erheblichen Zwangsabsenkungen bei zahntechnischen Leistungen führen würde, was angesichts der schon 2003 erfolgten Absenkung um 5 % wirtschaftlich nicht hinnehmbar sei.

Wir haben dies in unserem Schreiben an den Ausschuss für Gesundheit vom 16.2.2004 dargelegt. Wir haben mit gleichem Datum einen Änderungsvorschlag eingebracht, mit dem Ziel, Preisabsenkungen zu vermeiden, ohne die gesundheitspolitischen Ziele des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes in Frage zu stellen (Anlage 1).

Die wichtigsten Vorteile des VDZI – Vorschlages sind:

- ✓ Erneute Preisabsenkungen für die zahntechnischen Betriebe werden vermieden.
- ✓ Die mit der unteren Korridorgrenze verbundene Angleichung der Vergütungen der neuen Bundesländer ist eine Gemeinschaftsaufgabe, die besser von der Gesamtheit der Versicherten über den Versicherungsbeitrag finanziert werden sollte, statt von der geringeren Zahl der aktuell betroffenen Patienten durch höhere Zuzahlungen.
- ✓ Die Versicherten werden in der Übergangszeit prozentual geringer belastet als bei den aktuellen gesetzlichen Regelungen des § 57 Abs. 2 SGB V.
- ✓ Weder der ungewisse Ausgang der laufenden Verfassungsbeschwerden (Land Baden-Württemberg, Saarland u. a.) zum BSSichG, noch die noch zu erwartenden zum GMG würden zu einer kurzfristigen Änderung der Festzuschüsse oder der Versicherungsbeiträge zwingen, was die Akzeptanz bei der Einführung des neuen Systems bei den Versicherten begünstigen würde.

Für den Fall, dass der Bundesmittelpreis nach § 57 Abs. 2 SGB V bleiben soll, müssen zwei Klarstellungen erfolgen:

a. Der Höchstpreis muss, wie in der Erstfassung des Gesetzesentwurfs zum GMG 2003 vorgesehen, in einen Preis umgewandelt werden. Da nur so verfahrens- und verhandlungstechnisch gesichert ist, dass finanzielle Wirkungen etwaiger Preisabsenkungen in den alten Bundesländern auch tatsächlich für die erforderlichen Preisanpassungen in den neuen Bundesländern innerhalb der Korridor-Lösung realisiert werden.

b. Es muss zudem klargestellt werden, dass eine Preisabsenkung nur bis maximal zur Obergrenze des Korridors erfolgen darf, da dies dem erklärten Willen des Gesetzgebers tatsächlich entspricht.

Wir haben eine aktualisierte Wirkungsanalyse über die Höhe der drohenden Zwangsabsenkungen erarbeitet, die die Dringlichkeit des Vorschlages des VDZI dokumentiert (Anlage 2).

Angesichts der existenziellen Tragweite, die weitere Preisabsenkungen für die zahntechnischen Handwerksbetriebe hätte, fordert der VDZI den Gesetzgeber auf, im anstehenden Gesetzgebungsverfahren zur Änderung des GMG den Vorschlag des VDZI aufzugreifen.

Nach Bekunden aller Gesundheitspolitiker, die wir in den letzten Monaten gesprochen haben, waren erneute Preisabsenkungen für zahntechnische Handwerksbetriebe durch die Einführung der Festzuschüsse auf der Basis eines bundeseinheitlichen Preises nicht gewollt. Es besteht nun Gelegenheit, dies zu vermeiden und wirtschaftlichen und beschäftigungspolitischen Schaden abzuwenden.

Frankfurt, 9.9.2004

Anlagen

- Schreiben vom 16.2.2004 an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung mit zwei Anlagen
- Ergebnisse der Wirkungsanalyse der Umsetzung des § 57 Abs. 2 SGB V ab dem 1.1.2005

VERBAND DEUTSCHER ZAHNTECHNIKER INNUNGEN
VDZI
Bundesinnungs-
verband

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Deutscher Bundestag
Platz der Republik

11011 Berlin

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen	Datum
		Wi/bt 2-150/10	16.02.04

Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz
Unsere Schreiben vom 22.09.2003 und vom 16.10.2003, hier insbesondere § 57 Abs. 2 SGB V
Unser Änderungsvorschlag

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir kommen heute zurück auf unsere Darlegungen im Zusammenhang mit der oben genannten Reform, dass nach der Preisabsenkung um 5 % durch das Beitragssatzsicherungsgesetz seit 2003 auch mit dem GMG für rund 2000 Handwerksbetriebe in einzelnen Vertragsbereichen weitere Preisabsenkungen drohen. Verursacht wird dies ab 2005 durch die Vorschriften zur Festlegung der Bemessungsgrundlage der Festzuschüsse nach § 57 Abs. 2 SGB V. Die Gesundheitspolitiker haben sich im letzten Jahr durch die kurzfristige Verständigung auf einen Preiskorridor von +/- 5 % bemüht, die Belastungen für die Zahntechniker abzumildern. Dies erkennen wir an; dennoch sind in einzelnen Vertragsbereichen viele zahntechnische Unternehmen auch nach Einführung des Korridors noch von Absenkungen existentiell bedroht.

Dies ist vermeidbar!

Wir freuen uns, dass wir Ihnen heute einen Änderungsvorschlag zum GMG § 57 Abs. 2 vorlegen können, der nicht nur die mit dem GMG drohenden Preisabsenkungen bei zahntechnischen Leistungen bei einzelnen Vertragsgebieten vermeidet, sondern eine faire Lastenverteilung ermöglicht, die die Akzeptanz des Modells bei den Versicherten erhöht.

Der Vorschlag behält die grundsätzlichen Ziele der Politik bei, ermöglicht allerdings eine Anpassungsphase, die Preisabsenkungen vermeidet.

Für den Versicherten ergeben sich beim Start 2005 stabile Bedingungen.

Der Vorschlag wurde auf einer außerordentlichen Mitgliederversammlung vom 13. Januar 2004 von allen 24 Zahntechniker-Innungen einmütig unterstützt. Die beigefügte Resolution dokumentiert den politischen Willen des gesamten Zahntechniker-Handwerks.

Wir bitten den Ausschuss für Gesundheit und soziale Sicherung des Deutschen Bundestages dem VDZI die Möglichkeit zu geben, die Vorteile des Änderungsvorschlages zu erläutern, mit dem Ziel, für alle Beteiligten eine funktionsfähige Zahnersatzversorgung zu ermöglichen und die Existenz der zahntechnischen Handwerksbetriebe zu sichern. Wir bitten Sie daher um einen Gesprächstermin.

Mit freundlichen Grüßen
VERBAND DEUTSCHER ZAHNTECHNIKER-INNUNGEN

Lutz Wolf	Walter Winkler
Präsident	Generalsekretär

Anlagen

VERBAND DEUTSCHER ZAHNTECHNIKER INNUNGEN

VDZI

Bundesinnungs-
verband

Versorgungsqualität für Patienten wohnortnah sichern – Leistungsfähigkeit der Dentallabore stärken – Lösung für eine faire Reformpolitik

Vorschlag des VDZI

In der Erwägung , dass

- die vorgesehene Form der Korridorlösung des § 57 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz GMG verfassungswidrig ist, weil sie vor dem Hintergrund der Preissenkung mit dem BSSichG in einigen Vertrags- bzw. Innungsbereichen zu weiteren unzumutbaren finanziellen Belastungen der zahntechnischen Laboratorien führt,
- gleichwohl eine Angleichung der regionalen Preise ein Beitrag zur Sicherung von angemessenen Preisen im Festzuschuss-System ein verfolgenswertes sozialpolitisches Ziel zur Stärkung der Patienteninteressen ist,
- dieses Ergebnis aber nur schrittweise erreicht werden kann, um übermäßige Belastungen der Beteiligten zu vermeiden,
- dies voraussetzt, dass alle Beteiligten die Lasten des Angleichungsverfahrens mittragen,

schlägt der VDZI folgendes Modell vor:

1. Für eine zum 01.01.2005 beginnende Übergangszeit werden die Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 SGB V auf der Basis der bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise (BMP I) aus den zum 31.12.2002 in den einzelnen Vertragsbereichen nach § 88 Abs. 2 SGB V geltenden Preisen, gewichtet nach der Zahl der Versicherten, ermittelt.

2. Für eine zum 01.01.2005 beginnende Übergangszeit wird jährlich ein BMP II ermittelt, der sich aus den tatsächlich zum jeweiligen Stichtag vereinbarten Vergütungen in den einzelnen Vertragsbereichen nach § 88 Abs. 2 SGB V ergibt, gewichtet nach der Zahl der Versicherten.

3. Die Höchstpreise für zahntechnische Leistungen bei Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2 GMG werden in den Vertragsbereichen, in denen die Vergütungen 95 % des für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten BMP II unterschreiten, ab 01.01.2005 auf diese Höhe angepasst; im Übrigen bleibt es bei § 88 Abs. 2 SGB V a. F. und die Verhandlungen über die Vergütungen ohne Bindung an einen BMP.

4. Haben sich die Vergütungen aufgrund der Regelungen nach Nr. 3 so angeglichen, dass die jetzige Korridorlösung zu keinen unzumutbaren Belastungen der zahntechnischen Laboratorien mehr führt, gilt § 57 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz GMG a. F. Dies ist dann der Fall, wenn BMP II dem Wert des BMP I entspricht.

Frankfurt a. Main
13. Januar 2004

VERBAND DEUTSCHER ZAHN TECHNIKER INNUNGEN
VDZI
Bundesinnungs-verband

Resolution der 24 Zahntechniker-Innungen in Deutschland

Das deutsche Zahntechniker-Handwerk hat auf seiner außerordentlichen Mitglieder-versammlung vom 13. Januar 2004 in Frankfurt am Main einmütig beschlossen:

1. Die zwangsweise Angleichung der unterschiedlichen Vergütungen für zahntechnische Leistungen in den einzelnen Vertragsbereichen durch das GMG führt für viele Laborinhaber zu einer tiefgreifenden Bedrohung.

   Das deutsche Zahntechniker-Handwerk wird daher alle rechtlichen Möglichkeiten ausschöpfen, um die Existenzvernichtung vieler seiner mittelständischen Betriebe durch das GMG zu verhindern.

2. Die Politik ist aufgerufen, durch Änderung des GMG eine funktionsfähige Lösung zu verwirklichen, die in Gemeinwohl verträglicher Weise die unterschiedlichen Vergütungen angleicht, ohne das Handwerk weiter zu gefährden.

3. Die Mitgliedsinnungen des VDZI erteilen Ihrem Bundesverband einstimmig den Auftrag, die dafür erforderlichen Initiativen zu ergreifen. Die Innungen werden diese Initiativen auf Landesebene engagiert und durch den VDZI koordiniert unterstützen.

Frankfurt am Main,
13. Januar 2004

VERBAND DEUTSCHER ZAHNTECHNIKER INNUNGEN
VDZI
Bundesinnungsverband

Ergebnisse der Wirkungsanalyse der Umsetzung des § 57 Abs. 2 SGB V ab dem 01.01.2005

1. Der für die Festlegung des bundeseinheitlichen Festzuschusses zu ermittelnde bundesdurchschnittliche Höchstpreis ist ein berechneter Mittelwert, der maßgeblich von der Tatsache beeinflusst wird, dass die Preise in den neuen Bundesländern mit niedrigen 81 % des westlichen Durchschnittes den bundesdurchschnittlichen Mittelwert stark nach unten ziehen.

   Dieser aus der Sicht der alten Bundesländer niedrige Mittelwert soll nun der Bezugswert für die +/- 5 %-Korridorlösung der Länderpreise sein. Dies hat zur Folge, dass einige Vertragsgebiete der alten Bundesländer mit deutlichen über alle Leistungen gehenden Preisniveauabsenkungen konfrontiert werden.

2. Da sich allerdings die +/- 5 %-Korridorlösung auf jeden Einzelpreis der zahntechnischen Leistungen bezieht, ist jeder der 17 Vertragsbereiche mit teils deutlichen Abwertungen einzelner Leistungen, aber auch vereinzelter Aufwertungen von Leistungen betroffen. Die Preisstrukturen ändern sich damit sehr deutlich.
   Daher werden auch alle 17 Vertragsgebiete in Deutschland von Preisabsenkungen bei einer Vielzahl von Einzelleistungen betroffen sein, denen aber keine kompensatorischen Erhöhungen in anderen Einzelleistungen gegenüberstehen. Die Nettoeffekte wirken auf eine Absenkung des Gesamtpreisniveaus hin.
   Und das Kuriose dabei ist, selbst in Vertragsbereichen, die über alle Leistungen gesehen ein Preisniveau noch innerhalb des Korridors haben, müssen eine Absenkung von Einzelleistungen hinnehmen.

Eine engere Zusammenführung der unterschiedlichen Preise ist daher in **allen** Vertragsbereichen mit einseitigen Anpassungshärten für die Zahntechniker verbunden. Preise und vor allem Löhne stehen in einem personalintensiven Handwerk in einem engen Zusammenhang. Die Kosten von Hamburg sind nicht mit Kosten des Saarlandes vergleichbar.

Walter Winkler

Frankfurt am Main, Juli 2004

A. Grundlagen der Wirkungsanalyse der Umsetzung des § 57 Abs. 2 SGB V ab dem 01.01.2005

I. Aufgaben und Verträge auf Bundesebene

1. Vereinbarung des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen nach § 88 Abs. 1 SGB
2. Auftrag zur Festlegung der Bemessungsgrundlage der Festzuschüsse bei zahntechnischen Leistungen

Betrifft: Leistungsrecht: Das Verhältnis zwischen Versicherung und Versichertem

2.1 Berechnungsvorgaben der Bemessungsgrundlage

Für die Festlegung eines bundeseinheitlichen befundorientierten Festzuschusses ist eine bundeseinheitliche Bemessungsgrundlage zu ermitteln.

§ 57 Abs. 2 Satz 2:

„Hierzu ermitteln die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Zahntechniker-Innungen die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise des Jahres 2004 für zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen gewichtet nach der Zahl der Versicherten."

Satz 3:
„Sind Preise für das Jahr **2004** nicht vereinbart, werden die Preise des Jahres 2003 unter Anwendung der für das Jahr 2004 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt."

Satz 4:
„Für das Jahr **2005** werden die durchschnittlichen Preise nach den Sätzen 2 und 3 unter Anwendung der für das Jahr 2005 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt."

Satz 5:
„Für die folgenden Kalenderjahre gilt § 71 Abs. 1 bis 3."

2.2 Berechnung der Beträge für die Regelversorgungen

2.2.1 Beträge im Fall von Fremdleistungen

„Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach den Sätzen 2 bis 5 für die nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen."

2.2.2 Beträge im Fall von Eigenleistungen des Zahnarztes

Satz 7:
„Die Beträge nach Satz 6 vermindern sich um 5 vom Hundert für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden."

2.2.3 Meldungen der Beträge an den Bundesausschuss

§ 57 Abs. 2 Satz 8:
„Die Vertragspartner nach Satz 2 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen."

2.3 Fristen für das Bundesschiedsamt:

§ 57 Abs. 2 Satz 9:

„§ 89 Abs. 7 gilt mit der Maßgabe, dass die Festsetzungsfristen nach § 89 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 1 a Satz 2 für die Festsetzungen nach Satz 2 bis 4 jeweils einen Monat betragen.“

Für die Vorgehensweise wurde zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und dem VDZI zwischenzeitlich Vorabsprachen über die Berechungsweisen getroffen, die im September abgeschlossen werden. Siehe zu den Diskussionspunkten Anlage 2, Seite 12 f.

II. Aufgaben und Verträge auf Landesebene

1. Verträge zwischen Landesverbänden der Krankenkassen und Innungsverbänden

Die Vertragskompetenz für die Festlegung der Höchstpreise in den Vertragsbereichen bleibt wie bisher auf Landesebene.

Es finden § 88 Abs. 2 und § 57 Abs.2 SGB V Anwendung.

Struktur der BEL II - 2004

BEL-Gruppe	Anzahl der Hauptleistungen	Mit Untergliederungen [1]
0	16	29
1	20	33
2	9	28
3	11	20
4	5	9
7	26	26
8	12	18
9	3	3
	102	**166**

[1] Die Untergliederungen dienen der Leistungstransparenz.

Vertragsvereinbarungen nach § 88 Abs. 2 SGB V

Für das Jahr 2005 werden für die zahntechnischen Leistungen der Leistungsgruppen 4 und 7 die Vertragsvereinbarungen nach § 88 Abs. 2 SGB V geschlossen. Für diese Verträge gilt auch § 71 Abs. 3 SGB V.

Vertragsvereinbarungen nach § 57 Abs. 2 SGB V

Für die Leistungen der Leistungsgruppen 0,1,2,3,8,970 0, 933 0, 971 0 werden die Verträge nach § 57 Abs. 2 SGB V geschlossen. Eine Geltung des § 71 Abs. 3 ist in § 57 Abs. 2 nicht mehr genannt. Es gilt die Korridorvorgabe einzuhalten:

§ 57 Abs. 2 Satz 1:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2; sie dürfen dabei die nach den Sätzen 2 bis 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise um bis zu 5 vom Hundert unter- oder überschreiten."

2. Vorgehensweise bei der Umsetzung § 57 Abs. 2 SGB V auf Landesebene

Für jeden Einzelpreis derjenigen zahntechnischen Leistungen, die in einer Regelversorgung benannt sind, ist festzustellen, ob er über oder unter dem Korridor von +/- 5 % liegt.

- Höchstpreise die unter der – 5 %-Marke liegen, werden auf das 95 %-Niveau angehoben.
- Höchstpreise, die über der + 5 %-Marke liegen, werden auf das 105 %-Niveau abgesenkt.

3. Ergebnisse

Gesamtbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der Leistungspositionen die auf der Basis der derzeitigen Preise und sonstigen Daten auf- oder abgewertet müssen, um den Vorgaben des gesetzlichen Korridors zu entsprechen. Dabei ist die prozentuale Gesamtwirkung für jeden Vertragsbereich davon abhängig,

- wie weit der jeweilige Einzelpreis überproportional vom Durchschnittswert entfernt liegt und
- wie hoch der relative Frequenzanteil der jeweiligen Leistung ist.

Übersicht über die Auf- und Abwertungen nach § 57 Abs. 2 SGB V bei den aktuellen Preisen[1] ohne 4, 7, 971 0

Abk.	Vertragsbereich	Anzahl Aufwertungen	Anzahl Abwertungen	Niveauwirkung
BE	Berlin	22	33	0,5
BBG	Brandenburg	111	3	9,6
BW	Baden-Württemberg	29	45	-0,9
BY	Bayern	33	70	-4,4
HB	Bremen	21	67	-0,6
HH	Hamburg	5	104	-6,8
HS	Hessen	21	66	-1,0
MVO	Mecklenburg-Vorpommern	119	4	10,4
NR	Nordrhein	30	43	1,5
NS	Niedersachsen	14	57	-2,1
RP	Rheinland-Pfalz	40	29	0,0
SAA	Saarland	36	50	-0,3
SA	Sachsen	121	5	11,8
SAN	Sachsen-Anhalt	120	2	11,6
SH	Schleswig-Holstein	6	67	-2,3
TH	Thüringen	120	4	13,7
WL	Westfalen-Lippe	44	26	0,8
	Bund			**0,5**