

Antrag
des Landes Sachsen-Anhalt

**Entschließung des Bundesrates zu § 28 Abs. 4 SGB V und
zu § 62 SGB V**

Der Ministerpräsident
des Landes Sachsen-Anhalt

Magdeburg, den 30. Januar 2004

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Dieter Althaus

Sehr geehrter Herr Präsident,

die Regierung des Landes Sachsen-Anhalt hat beschlossen, dem Bundesrat die
als Anlage beigefügte

Entschließung des Bundesrates zu § 28 Abs. 4 SGB V und
zu § 62 SGB V

zuzuleiten.

Ich bitte, den Entschließungsantrag gemäß § 36 Abs. 2 GOBR auf die
Tagesordnung der 796. Bundesratssitzung am 13. Februar 2004 zu setzen und
die sofortige Sachentscheidung herbeizuführen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Wolfgang Böhmer

Anlage

Entschließung zu § 28 Abs. 4 SGB V und zu § 62 SGB V

Der Bundesrat möge beschließen:

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, unverzüglich ein Gesetzgebungsverfahren zur Änderung der §§ 28 und 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) einzuleiten mit dem Ziel einer gerechten und schon mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom Gesetzgeber gewollten eingeschränkten Erhebung der Praxisgebühr sowie einer einheitlichen Berücksichtigung von Kindern bei der Bemessung der Belastungsgrenze.

Begründung:**a) § 28 Abs. 4 SGB V (sog. Praxisgebühr)**

Die Wortwahl im Gesetzestext führt dazu, dass jede der in § 28 Abs. 4 Satz 1 SGB V angegebenen Leistungserbringergruppen (Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte) gesonderte Gebühren zu erheben hat. Dies entspricht nicht dem Willen des Gesetzgebers. Es bedarf der Umformulierung dieser Vorschrift.

Die Spitzenverbände der Selbstverwaltung haben sich darauf verständigt, dass die Bereiche „Ärzte“ und „Psychotherapeuten“ möglichst einheitlich gesehen werden sollten. Dementsprechend wurden Verfahrensfestlegungen in § 18 Abs. 6 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) vorgenommen, die es ermöglichen, trotz fehlender Überweisungsbefugnis psychologischer Psychotherapeuten eine einmalige Leistung der Zuzahlung im Quartal ausreichen zu lassen. Diese sinnvolle Verständigung ist zunächst als Übergangslösung zu verstehen. Um den Spitzenverbänden der Selbstverwaltung diese Regelung dauerhaft zu ermöglichen, bedarf es einer entsprechenden Klarstellung im Gesetzestext.

Hinsichtlich der Einbeziehung der Notfalldienste und der ambulanten Leistungen eines Krankenhauses haben die Spitzenverbände der Selbstverwaltung – ebenfalls im BMV-Ä (§ 18 Abs. 6) – Vorgaben vereinbart, die Doppelzahlungen bei der Gebühr nach § 28 Abs. 4 Satz 1 SGB V von Versicherten bei Folgebehandlungen nach Notfällen vermeiden. Auch insoweit gilt, dass diese sinnvolle Regelung für eine längerfristige Geltung in das Gesetz aufzunehmen ist.

Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung ist die Zuzahlung von derzeit 10 Euro bei einer Erstinanspruchnahme eines Zahnarztes auch dann zu entrichten, wenn der Versicherte im gleichen Quartal die Gebühr bereits bei einem Arzt oder psychologischen Psychotherapeuten entrichtet haben sollte. Einem erstbehandelnden Zahnarzt ist es auch nicht möglich, zu einem Leistungserbringer im Bereich der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung zu überweisen. Diese Rechtslage bedarf einer ergänzenden Regelung, um zu vermeiden, dass ein Versicherter dann doppelt zahlen muss, wenn ihn der Zahnarzt in einem konkreten Behandlungsfall zu Voruntersuchungen (z.B. Röntgenuntersuchung) und zu Folgebehandlungen wegen der von ihm behandelten Erkrankung zu einem Leistungserbringer im ärztlichen Versorgungsbereich schickt.

Der Gesetzeswortlaut gibt einen Rahmen vor, der grundsätzlich von der Selbstverwaltung nicht überschritten werden darf. Er sieht insbesondere nicht vor, dass eine Überweisung durch eine Quittung ersetzt werden kann, wie dies die Spitzenverbände in § 18 Abs. 6 des BMV-Ä vereinbart haben.

Derartige Vereinbarungen können die unbestritten notwendige entsprechende gesetzliche Regelung nicht ersetzen. Eine dauerhafte Duldung der ungesetzlichen Vereinbarung der Spitzenverbände der Selbstverwaltung durch die Aufsichtsbehörden ist nicht zulässig. Die Aufsicht ist gezwungen, alle Träger zur Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben anzuhalten.

b) Benachteiligung Alleinerziehender durch die Regelung in § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V

Die ab dem 01.01.2004 geltende Neuregelung zur Belastungsgrenze in § 62 SGB V führt zu Ergebnissen, die vom Gesetzgeber nicht gewollt waren. Es bedarf der Umformulierung

dieser Vorschrift. Sie bringt Benachteiligungen für Alleinerziehende und deren Kinder oder für Kinder, die in Ehen mit einem Stiefelternteil leben.

Während für Kinder, die nicht mit beiden leiblichen Elternteilen in einem Haushalt zusammenleben, grundsätzlich nur der einfache Abzugsbetrag geltend gemacht werden kann, ist dieser für Kinder, die mit ihren leiblichen Eltern zusammenleben, doppelt so hoch.

Für alle Kinder sollen nach dem in der Begründung zum GMG deutlich gewordenen Willen des Gesetzgebers gleiche Freibeträge bei der Berechnung der Belastungsgrenze gelten.

Dadurch, dass im Gesetzestext jedoch die Worte „ergebenden Betrag“ gewählt wurden und auf die Sätze 1 und 2 des § 32 Abs. 6 Einkommensteuergesetz (EStG) verwiesen wird, müssen auch jeweils die in § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG festgelegten Voraussetzungen erfüllt sein. Dies führt letztlich zur Ungleichbehandlung. Zwar lässt sich bei einer Auslegung des Begründungstextes erschließen, dass die dort erwähnte Summe dem Doppelten des ersten in Satz 1 des § 32 Abs. 6 EStG angegebenen Betrages (Kinderfreibetrag) entspricht. Dies spricht dafür, dass eigentlich gewollt war, für alle Kinder den doppelten Kinderfreibetrag zur Verfügung zu stellen. Der Gesetzestext hingegen gibt dies so nicht wieder. Es wird der Begriff „Kinderfreibetrag“ nicht verwendet, um eine Abgrenzung von dem zweiten in § 32 Abs. 6 Satz 1 EStG angegebenen Betrag zu ermöglichen, sondern nur von dem sich „ergebenden Betrag“ gesprochen. Dies bedeutet, dass tatsächlich beide Beträge des Satzes 1 zusammen zu rechnen sind und eine Verdoppelung dessen nur bei Kindern, die im gemeinsamen Haushalt der zusammenveranlagten leiblichen Eltern leben, in Betracht kommt.

Dies ist nicht die einzige Ungleichbehandlung. Alleinerziehende werden zusätzlich dadurch belastet, dass ihnen der höhere Abzug von 15 % der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV für den „ersten“ Angehörigen nicht gewährt wird, da Kinder, die die Voraussetzungen des § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG erfüllen, als „erste“ Angehörige ausgeschlossen werden (§ 62 Abs. 2 Satz 3, letzter Halbs. SGB V). Dies ist verfassungsrechtlich nicht begründbar.

Auch hier gilt im Übrigen, dass keine Möglichkeit für die Aufsichtsbehörden besteht, im Rahmen des Opportunitätsprinzips vom Gesetz abweichende – wenn auch sinnvolle – Absprachen der Spaltenverbände hinzunehmen, da es unmittelbar um vom Gesetz vorgegebene Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geht, auf die ohne rechtliche Basis nicht verzichtet werden darf. Dabei kommt erschwerend hinzu, dass der aktuelle Gesetzeswortlaut dazu führt, dass für Kinder in „intakten“ Familien der Freibetrag nach dem Gesetz höher ist als vom Gesetzgeber gewollt. Es wird also Klagen geben, falls die Krankenkassen nur die Abzüge zubilligen sollten, die sich aus dem Wortlaut des Gesetzes ergeben.

Dies gilt auch für die Vorenhaltung des höheren Freibetrages für den „ersten“ Angehörigen bei Alleinerziehenden.

Dem sollte durch die eingeforderte Gesetzesänderung Rechnung getragen werden.