



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0029(1)
gel. VB zur öAnhörung am 21.05.
14_GKV-FQWG
14.05.2014

Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung

**(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz -
GKV-FQWG)**

Stand 12.05.2014

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

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
§ 5 Abs. 1 Nr. 2a, §§ 10, 92 SGB V: Abschaffung des Vorrangs der Familienversicherung bei Bezug von Arbeitslosengeld II	6
137a SGB V: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	7
§§ 224, 241, 242a, 270a SGB V: Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag	9
§ 175 SGB V: Ausübung des Wahlrechts	12
§ 220 SGB V: Schätzerkreis	15
§ 232a SGB V: Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld	17
§ 240 SGB V: Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder	19
§ 269 SGB V: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte	21
§ 268 SGB V: Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	24
§ 42 Abs. 2 Nr. 16 MPG	25

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzierung und Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) werden die Finanzstrukturen der GKV im Sinne einer größeren Beitragssatzautonomie reorganisiert. Dass die Beibehaltung des vollständigen Grundlohnausgleichs dabei gewährleistet bleibt, ist eine der Grundbedingungen für einen funktionierenden Wettbewerb.

Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Entscheidung, die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge aus der Finanzarchitektur der GKV zu entfernen. Aus verwaltungsökonomischer Sicht stellt die Abkehr vom einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag und die Rückkehr zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag als prozentualen Satz vom beitragspflichtigen Einkommen eine erhebliche Entlastung dar. Die Innungskrankenkassen erwarten durch den Wegfall des Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerbs mehr Innovationsfreudigkeit bei den Krankenkassen.

Die Innungskrankenkassen sehen das Vorhaben der Bunderegierung, Versicherte bei zukünftigen Kostensteigerungen einseitig zu belasten, kritisch. Versicherte werden hierdurch im Zeitverlauf eine zunehmende Nettolohnminderung hinzunehmen haben. Die Finanzierung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung obliegt aber nicht allein den Beitragszahlern. Teil eines Vorhabens zur Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung der GKV muss auch der Ausbau bzw. die zugriffsfeste Festschreibung der Steuerfinanzierung sein. Mindestens die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben müssen künftig von allen Bürgerinnen und Bürgern des Landes getragen werden. Diese müssen dauerhaft über Steuern finanziert und diese Finanzierung über die Aufnahme in die mittel- und langfristige Finanzplanung des Bundes abgesichert werden. Die im Gesetz festgelegten 14 Mrd. € sind dabei eine absolute Untergrenze. Die Höhe des Bundeszuschusses wäre zudem eigentlich zweckgebunden an die Höhe der versicherungsfremden Leistungen der GKV zu knüpfen.

Informationspflichten bei überdurchschnittlichem Zusatzbeitrag

Große Bedenken haben die Innungskrankenkassen hinsichtlich einer weiteren Regelung. Im Falle der Erhebung eines überdurchschnittlichen Zusatzbeitrages sind die Mitglieder nicht nur auf das Sonderkündigungsrecht, sondern auch auf die Wahlmöglichkeit hin zu einer günstigeren Krankenkasse hinzuweisen. Diese Regelung geht in jeder Hinsicht fehl und wird von den Innungskrankenkassen als kontraproduktiv abgelehnt. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist eine Schätzgröße und spiegelt nicht den tat-

sächlichen durchschnittlichen Zusatzbeitrag der GKV wider. Insbesondere die nicht absehbaren Ausgaben- und Mitgliederentwicklungen, die erheblichen Einfluss auf den realen durchschnittlichen Zusatzbeitrag haben können, werden vollkommen ausgeklammert. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V stellt daher vor allem eine Planungsgröße der GKV dar. Als Benchmark für die Wettbewerbsfähigkeit einzelner Kassen ist er aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht geeignet.

Die angedachte Regelung stellt zudem das monetäre Interesse über mögliche Qualitäts- und Versorgungsaspekte. Denn die Höhe eines Zusatzbeitrages sagt zunächst nichts über die Qualität einer Krankenkasse aus. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass besondere Versorgungs- oder Serviceangebote und vor allem die Investition in Neuentwicklung und Versorgungsqualität durch einen höheren Beitragssatz finanziert werden müssen. Wird jedoch das Merkmal „Höhe des Zusatzbeitrages“ per Gesetz im Vergleich zu Leistung und Qualität besonders herausgestellt, konterkariert dies das Vorhaben der Bundesregierung, den Wettbewerb um eine gute Versorgung zu intensivieren und den Qualitätsaspekt zu stärken (Qualitätsinstitut). Durch die Hinweispflicht auf günstigere Krankenkassen werden weiterhin Fehlanreize zur Vermeidung von Investitionen in Innovation und Versorgung gesetzt. Der Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb und seine negativen Konsequenzen blieben bestehen.

Risikostrukturausgleich

Die praktischen Erfahrungen der letzten fünf Jahre haben gezeigt, dass der Risikostrukturausgleich (RSA) seinen gesetzlichen Auftrag zur Verringerung der Anreize zur Risiko Selektion erfüllt hat. Die Weiterentwicklung des Verfahrens sollte sich daher den immer klarer hervortretenden unerwünschten Nebenwirkungen des RSA widmen, zu deren Vermeidung in der Vergangenheit kaum Anstrengungen unternommen wurden. Hier ist sowohl das beträchtliche Manipulationspotential der Datengrundlagen des RSA als auch die durch ihn ausgelösten Fehlanreize für die Vertragsgestaltung und die Präventionsbemühungen der GKV zu nennen. Leider möchte die Regierungskoalition keinerlei Maßnahmen ergreifen, die besagte Nebenwirkungen lindern. Wir sind daher der Meinung, dass sich eine Weiterentwicklung des RSA nicht allein an einer Verbesserung der Zielgenauigkeit orientieren darf, sondern auch die Transparenz, Sicherheit und Gerechtigkeit des Verfahrens im Blick behalten muss, um einen fairen Wettbewerbsrahmen in der GKV zu ermöglichen.

Im Gesetzentwurf finden sich keine Ausführungen zu der Frage, wie zukünftig mit den Leistungsausgaben für Verstorbene im Rahmen der Regression umzugehen ist. Stattdessen hat das Bundesministerium für Gesundheit in einem Anschreiben, welches dem damaligen Referentenentwurf beigelegt war, darauf hingewiesen, dass das BVA die Regelung gemäß der noch ausstehenden Entscheidung des Bundessozialgerichtes zu die-

sem Thema umzusetzen hat. Wir bedauern, dass sich die Regierungskoalition in dieser Angelegenheit nicht in der Lage sieht, sich trotz der erheblichen wettbewerblichen Auswirkungen auf die GKV um eine politische Lösung in dieser Frage zu bemühen. Wir halten eine Verfahrensumstellung auf dem Wege eines Verwaltungsaktes weiterhin für unangemessen.

Angesichts der schwerwiegenden finanzpolitischen Auswirkungen der Änderungen in den Bereichen Annualisierung Verstorbener, Krankengeld und Auslandsversicherte halten wir es für dringend erforderlich, einen Kompensationsmechanismus für die abgeschlossenen bzw. laufenden Geschäftsjahre 2013 und 2014 einzuführen. So können nachträgliche finanzielle Überforderungen, die sich aus der – zum Zeitpunkt der Haushaltsplanung unvorhersehbaren – Umstellung der Zuweisungssystematik und den damit verbundenen finanziellen Belastungen ergeben, abgefangen werden.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen sollten Kassen für die finanzielle Gesamtbelastungen, die sich aus den geplanten Umstellungen der Berechnungsverfahren im RSA ergeben, eine Kompensation aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 1, 2, 4

§ 5 Abs. 1 Nr. 2a, §§ 10, 92 SGB V: Abschaffung des Vorrangs der Familienversicherung bei Bezug von Arbeitslosengeld II

Beabsichtigte Neuregelung

Der Vorrang der Familienversicherung vor der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II entfällt. Zukünftig werden alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach dem SGB II, die Arbeitslosengeld II beziehen, in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung einheitlich versicherungspflichtig, soweit sie nicht privat kranken- und pflegeversichert oder dem System der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zuzuordnen sind.

Bewertung

Erwerbsfähig Leistungsberechtigte nach SGB II sind derzeit aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung, soweit sie nicht familienversichert sind.

Diese Regelungen zum Kranken- und Pflegeversicherungsschutz für Bezieher von Arbeitslosengeld II sind zum Teil sehr komplex und verursachen in der Praxis einen sehr hohen Bearbeitungsaufwand. Die notwendige Prüfung, ob eine vorrangige Familienversicherung vorliegt, ist für die Kassen wie auch für die Jobcenter derzeit sehr aufwendig und im Ergebnis fehleranfällig. Mit dem Wegfall des Vorrangs der Familienversicherung entfällt die aufwändige Prüfung, was zu mehr Arbeitsökonomie beiträgt und die Rechtskonformität der Ergebnisse bei der Prüfung der Versicherungsverhältnisse sichert. Die Innungskrankenkassen begrüßen daher diese Neuregelung.

Aus unserer Sicht sollte diese Änderung bereits zum 1. Januar 2015 umgesetzt werden.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2 und 4 treten am 1. Januar 2015 in Kraft.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

137a SGB V: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung erteilt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den gesetzlichen Auftrag, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Das Institut soll sich mit der Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität befassen und dem G-BA notwendige Entscheidungsgrundlagen für die von ihm gemäß § 137 SGB V zu gestaltenden Maßnahmen der Qualitätssicherung liefern. Neben den bisherigen Aufgaben nach § 137a SGB V werden dem neuen Institut zusätzliche Aufgaben zur Förderung der Qualitätsorientierung der Versorgung übertragen, darunter fallen auch die Ermittlung der Versorgungsqualität auf Basis sogenannter Routinedaten sowie die Information über die Qualität der Leistungserbringung. Für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität soll das Institut sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente entwickeln. Die für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung notwendige Dokumentation soll unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit erfolgen. Träger des Institutes ist der G-BA. Die im G-BA organisierten Organisationen, das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen erhalten das Recht, beim G-BA Anträge auf Beauftragung des Instituts zu stellen und sich neben den fachlich betroffenen Organisationen (Bundespsychotherapeutenkammer, Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe u.a.) an der Entwicklung von Inhalten zu beteiligen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen uneingeschränkt das Ziel, der Qualität eine größere Rolle in der ambulanten und stationären Versorgung zu geben. Die Krankenkassen müssen mehr Möglichkeiten erhalten, die Versorgung ihrer Versicherten qualitätsorientiert zu steuern. Ebenso befürworten wir eine nachhaltige Verankerung der Qualitätssicherung. Um in einem einheitlichen und von allen akzeptierten Rahmen Qualität zu messen, ist die Gründung eines an den G-BA angebundenes Institutes nachvollziehbar.

Die Innungskrankenkassen geben aber zu bedenken, dass, bevor neue Strukturen zur Qualitätssicherung geschaffen werden, auch unter dem Gesichtspunkt der Entbürokrati-

sicherung geprüft werden sollte, welche Daten bereits heute an welcher Stelle erhoben und zur Qualitätssicherung herangezogen werden können.

Der IKK e.V. vertritt zudem die Auffassung, dass bereits zum jetzigen Zeitpunkt auf kompetente Strukturen, eingespielte Verfahrensabläufe und gewonnene Erkenntnisse in der Qualitätssicherung zurückgegriffen werden kann. Es stehen schon heute beispielsweise im AQUA-Institut zahlreiche Daten über die Qualität der stationären Versorgung in den einzelnen Einrichtungen zur Verfügung. Es muss ferner sichergestellt werden, dass es hier nicht zu unproduktiven Doppelungen mit der zurzeit laufenden Aufarbeitung von Routinedaten über das DIMDI kommt. Mit Blick auf die angedachte Gründung eines Qualitätsinstituts muss im Vorfeld sichergestellt werden, dass die vorhandenen Informationen und Ressourcen auch weiterhin verwendet und genutzt werden können.

Um mehr Transparenz über die Versorgungsqualität herzustellen, fordern die Innungskrankenkassen ferner, jene Einrichtungen offen zu benennen, die Leistungen unterhalb bestimmter Qualitätsparameter erbringen. Dies sorgt für mehr Transparenz im Versorgungsgeschehen und erleichtert dessen Beurteilung.

Änderungsvorschlag

Es bedarf neben einer Konkretisierung der für die Qualitätssicherung relevanten Daten und der offenen Benennung von Einrichtungen mit nachweislich schlechter Qualität einer Prüfung der bereits vorhandenen Strukturen, ob die Aufgabe eines Qualitätsinstitutes nicht auch etablierte Organisationen übernehmen können. Deswegen gilt es zunächst, die bestehenden Strukturen zur (sektorübergreifenden) Qualitätssicherung (AQUA-Institut, DIMDI) zu festigen und auszubauen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Nrn. 3, 8, 11, 12, 14, 17-32, 35****§§ 224, 241, 242a, 270a SGB V: Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag****und****zu Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)****Nr. 11****§ 43 RSAV: Durchführung des Einkommensausgleichs****Beabsichtigte Neuregelung**

Der allgemeine, paritätisch finanzierte Beitragssatz wird auf 14,6 Prozent festgesetzt, wobei der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent festgeschrieben wird. Der Entwurf sieht die Streichung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge sowie den Entfall der Möglichkeiten zur Prämienausschüttung vor. Der steuerfinanzierte Sozialausgleich wird obsolet.

Die entstehende Finanzierungslücke wird stattdessen durch die Einführung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge geschlossen, die über einen vollständigen Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen verteilt werden. Diese Zusatzbeiträge werden über das Quellabzugsverfahren von den beitragsabführenden Stellen an den Gesundheitsfonds weitergeleitet. Die Krankenkassen erheben den Zusatzbeitrag zukünftig als prozentualen Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen. Dafür ist es lediglich erforderlich, dass die Arbeitgeber die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen durch Meldung erfahren und bei der Beitragsabführung durch entsprechende einmalige Anpassung der IT berücksichtigen.

Der Einkommensausgleich wird durch das Bundesversicherungsamt (BVA) durchgeführt. Entstehende Über- oder Unterdeckungen des Einkommensausgleichs werden über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereinigt.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Entscheidung, die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge aus der Finanzarchitektur der GKV zu entfernen. Aus verwaltungsökonomischer Sicht stellt die Abkehr vom einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag und die Rückkehr zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag als prozentualen Satz vom beitragspflichtigen Einkommen eine erhebliche Entlastung dar. Die Innungskrankenkassen er-

warten durch den Wegfall des Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerbs mehr Innovationsfreudigkeit bei den Krankenkassen.

Die Innungskrankenkassen sehen das Vorhaben der Bundesregierung, Versicherte bei zukünftigen Kostensteigerungen einseitig zu belasten, kritisch. Versicherte werden hierdurch im Zeitverlauf eine zunehmende Nettolohnminderung hinzunehmen haben. Die Finanzierung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung obliegt aber nicht allein den Beitragszahlern. Teil eines Vorhabens zur Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung der GKV muss auch der Ausbau bzw. die zugriffsfeste Festschreibung der Steuerfinanzierung sein. Mindestens die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben müssen künftig von allen Bürgerinnen und Bürgern des Landes getragen werden. Diese müssen dauerhaft über Steuern finanziert und diese Finanzierung über die Aufnahme in die mittel- und langfristige Finanzplanung des Bundes abgesichert werden. Die im Gesetz festgelegten 14 Mrd. € sind dabei eine absolute Untergrenze. Die Höhe des Bundeszuschusses wäre zudem eigentlich zweckgebunden an die Höhe der versicherungsfremden Leistungen der GKV zu knüpfen.

Positive Effekte sind im Bereich des bürokratischen Aufwands zu erwarten. Zur Erhebung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge war für jedes Mitglied ein Selbstzahlerkonto anzulegen, ein Beitragsbescheid zu erstellen und zu versenden sowie bei Vorlage die Einzugsermächtigung zu erfassen. Dem im Referentenentwurf beschriebenen Erfüllungsaufwand im Quellenabzugsverfahren stehen daher Entlastungen für die Krankenkassen gegenüber. Durch die Abschaffung des Sozialausgleichs entfallen außerdem verschiedene Meldepflichten und Dialogverfahren zwischen den Arbeitgebern und Kassen. Das vorgeschlagene Ersatzverfahren führt zu einem erheblich niedrigeren Erfüllungsaufwand, da die Entgeltmeldungen den Krankenkassen bereits vorliegen. Einmalige Kosten entstehen mit der Einrichtung des elektronischen Abfrageverfahrens. Zudem entfällt für die Krankenkassen die Verpflichtung (und damit der Aufwand) zur Durchführung des Sozialausgleichs bei Selbstzahlern. Die Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens und der damit einhergehende Wegfall bestehender Meldepflichten und Dialogverfahren entlasten folglich die Kassen und Arbeitgeber und senken die Bürokratiekosten.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist es für die Wiederherstellung der Beitragssatzautonomie entscheidend, den aktuell bestehenden vollständigen Grundlohn ausgleich beizubehalten, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden und negative Anreizwirkungen zulasten der Versicherten auszuschließen. Daher muss sich der anvisierte Grundlohn ausgleich nicht nur auf die Höhe des rechnerisch notwendigen GKV-weiten Zusatzbeitrags beziehen, sondern den kassenindividuellen Zusatzbeitrag vollständig abdecken.

Das im Entwurf gewählte Modell zur Umsetzung des Einkommensausgleichs auf dem Wege eines separaten, vom morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) unabhängigen Ausgleichsmechanismus (Wasem-Modell) auf Grundlage der Schätzung des beitragspflichtigen Einkommens durch den Schätzerkreis ist aus unserer Sicht geeignet, einen im oben genannten Sinne als vollständig verstandenen Ausgleich der Grundlohnunterschiede zwischen den Kassen herzustellen. Dabei werden nicht nur die Unterschiede im Niveau des Beitragsaufkommens in Gänze ausgeglichen, sondern auch mögliche auftretende Verzerrungen durch Schätzungenauigkeiten der voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied gleichmäßig über alle Wettbewerber verteilt.

Der dargelegte Einkommensausgleich stellt keinen „Echtausgleich“ auf Basis der realen beitragspflichtigen Einnahmen der GKV dar, sondern ist an die Schätzungen des Schätzerkreises gekoppelt. Ein nachträgliches Korrekturverfahren, das die Schätzung der voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder durch den Schätzerkreis an das Ist-Niveau angleicht, würde das Verfahren zwar auf einen „Echtausgleich“ heben, brächte für die Kassen aber nur eine nicht-wettbewerbsrelevante Scheingenauigkeit des Einkommensausgleiches. Demgegenüber stünden weitere Planungsunsicherheiten in Bezug auf die letztendliche Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrags, die die erhöhte Genauigkeit des Verfahrens nicht auszugleichen vermag. Ein Verzicht auf ein Korrekturverfahren ist daher nachvollziehbar.

Der Ausgleich von Über- oder Unterdeckungen des Einkommensausgleichs über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist aus Sicht der Innungskrankenkassen sachgerecht. Das fehlende nachträgliche Korrekturverfahren der voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ist annehmbar, solange deren Schätzungen mit hinreichender Genauigkeit vorgenommen werden. Eine Überbeanspruchung der Liquiditätsreserve und eine daraus hervorgehende Beeinträchtigung ihrer sonstigen Zwecke gemäß § 271 Abs. 2 SGB V ist nicht zu erwarten.

Die Ausführung des vollständigen Einkommensausgleichs durch das BVA im Rahmen eines Abschlagverfahrens wird befürwortet. Angesichts der ohnehin bestehenden umfassenden Meldepflichten der Krankenkassen ist es aus Sicht der Innungskrankenkassen zweckmäßig, die mit der Abwicklung des Einkommensausgleichs verbundenen Aufgaben an das BVA zu übertragen. Dabei ist es entscheidend, den mit dem Einkommensausgleich verbundenen zusätzlichen Meldeaufwand gering zu halten.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 175 SGB V: Ausübung des Wahlrechts

Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf sieht die Anpassung des Sonderkündigungsrechts für Zusatzbeiträge auf das beabsichtigte Verfahren mit einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen vor. Ein Sonderkündigungsrecht soll künftig dann bestehen, wenn die Krankenkasse den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 einführt oder erhöht. Das Sonderkündigungsrecht bei Verringerung einer Prämienzahlung entfällt. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitragerhoben wird, über das Sonderkündigungsrecht zu informieren und auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags aufmerksam zu machen. Sie muss bei Überschreitung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a auf die Möglichkeit hinweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.

Bewertung

Die Möglichkeit des Mitglieds bei Erhebung eines Zusatzbeitrages die Krankenkasse ohne Einhaltung einer Bindungsfrist bzw. Bindungsdauer zu kündigen, besteht bereits seit Einführung des Zusatzbeitrages. Diese Konstellation wird nun für alle Krankenkassen auftreten, die einen Zusatzbeitragssatz zum Ausgleich der wegfallenden 0,9 Prozentpunkte erheben müssen. Damit kann es zum 01.01.2015 zu einer erheblichen Unruhe in der Mitgliederbewegung kommen. Aus unserer Sicht wäre es zielführend, ein solches Sonderkündigungsrecht bei der Einführung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge nur dann zu gewähren, wenn dieser den aktuell gültigen nicht-paritätisch finanzierten Beitragssatzanteil von 0,9 Prozentpunkten überschreitet und folglich nicht allein auf eine Absenkung des einheitlichen Beitragssatzes zurückzuführen ist. Es besteht kein Grund, ein Sonderkündigungsrecht für eine Absenkung des Gesamtbeitrags eines Mitglieds zu gewähren.

Die Innungskrankenkassen können die im Gesetzesentwurf dargelegte Hinweispflicht auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nicht nachvollziehen. Dieser durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ergibt sich als Schätzgröße aus den Prognosen des Schätzerkreises und spiegelt folglich voraussichtlich nicht den tatsächlichen durchschnittlichen Zusatzbeitrag der GKV wider. Er ist mithin für eine Verortung einzelner Kassen im Preisgefüge der GKV ungeeignet, weil insbesondere nicht absehbare Ausgaben- und Mitgliederentwicklungen, die erheblichen Einfluss auf den realen durch-

schnittlichen Zusatzbeitrag haben können, vollkommen ausklammert werden. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a stellt daher vor allem eine Planungsgröße der GKV dar, als Benchmark für die Wettbewerbsfähigkeit einzelner Kassen ist er aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht geeignet.

Die Hinweispflicht zur Möglichkeit des Wechsels in eine günstigere Krankenkasse ist aus unserer Sicht vollkommen untauglich, einen Qualitäts- oder Versorgungswettbewerb in der GKV zu ermöglichen. Einer der Hauptkritikpunkte gegen den aktuellen Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb waren die fehlenden Anreize der Krankenkassen, langfristige Investitionen in die Versorgung von Versicherten vorzunehmen, ohne gleichzeitig extreme Nachteile im Preiswettbewerb befürchten zu müssen. Durch die Hinweispflicht zur Wechselmöglichkeit in eine günstigere Krankenkasse werden die gleichen Fehlreize zur Vermeidung von Investitionen in Innovation und Versorgung gesetzt. Der Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb und seine negativen Konsequenzen bleiben weiterhin bestehen.

Aus diesem Grund lehnen die Innungskrankenkassen einen zwangsweisen Vergleich von kassenindividuellen Zusatzbeitragsätzen mit einem fiktiven Durchschnittszusatzbeitrag ebenso ab wie den obligatorischen Hinweis auf günstigere Kassen, der einem reinen Preiswettbewerb Vorschub leistet.

Eine Mitgliederinformation über den neuen Beitrag ab 01.01.2015 sollte ferner in den Mitgliederzeitschriften der Krankenkassen erfolgen können, sofern der Zusatzbeitrag 0,9 Prozent nicht übersteigt. Es wäre insbesondere aus verwaltungsökonomischen und finanziellen Gründen sinnvoll, auf portointensive Schreiben verzichten zu können, wenn im gleichen Zeitraum auch die Mitgliederzeitschriften versendet werden, über die die Information über den (unveränderten oder sinkenden) Beitragssatz übermittelt werden kann.

Änderungsvorschlag

§ 175 Abs. 4 SGB V wird wie folgt geändert:

Sätze 5 bis 7 werden wie folgt gefasst:

„Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird.“

Dies gilt für eine Beitragssatzerhebung oder Beitragssatzerhöhung zum 01.01.2015 nur dann, wenn der Zusatzbeitrag 0,9 v. H. übersteigt; eine Information über die

Beitragsshöhe zum 01.01.2015 kann über die Mitgliederzeitschrift der Krankenkasse übermittelt werden, sofern der Zusatzbeitrag 0,9 v.H. nicht übersteigt.

Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 220 SGB V: Schätzerkreis

Beabsichtigte Neuregelung

Der Schätzerkreis schätzt für das jeweilige Jahr und das Folgejahr die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der GKV, die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die voraussichtlichen Ausgaben der GKV sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und Mitglieder der Krankenkassen. Die Schätzungen sind entscheidend für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie die Durchführung des Jahresausgleichs.

Bewertung

Die Schätzungen des Schätzerkreises erlangen größere Bedeutung für die Finanzstrukturen der GKV. Sie sind Grundlage für die Bestimmung der Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen. Diese sind insbesondere entscheidend für die Durchführung des vollständigen Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V.

Die Genauigkeit des Einkommensausgleichs hängt von der Güte der Schätzung der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen ab. Ein nachträglicher Korrekturmechanismus, der den Einkommensausgleich auf das reale Niveau der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen anpasst, ist nicht vorgesehen. Damit gewinnen die Schätzungen des Schätzerkreises innerhalb der GKV-Finanzierung wieder erheblich an Gewicht, weil die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder eine entscheidende Planungsgröße in der Haushaltsplanung der Kassen darstellt.

Derzeit lassen die Verfahrensgrundsätze des Schätzerkreises dem GKV-Spitzenverband die Möglichkeit, zu den nicht-öffentlichen Sitzungen des Schätzerkreises bis zu drei Finanzexperten der GKV beratend hinzuzuziehen. Eine obligatorische Beratung durch alle Kassenarten ist nicht vorgesehen. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist es aber entscheidend, die Transparenz der Entscheidungsfindung des Schätzerkreises für die gesamte GKV zu erhöhen, insbesondere wenn die Schätzgenauigkeit des Schätzerkreises wieder direkte Konsequenzen für die Haushaltsplanung der Krankenkassen hat. Wir plädieren daher dafür, eine gleichberechtigte Vertretung aller Kassenarten im Schätzerkreis anzustreben.

Änderungsvorschlag

Die Verfahrensgrundsätze des Schätzerkreises sollten dem GKV-Spitzenverband die Möglichkeit einräumen, einen Finanzexperten jeder Kassenart beratend hinzuzuziehen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 232a SGB V: Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld

Beabsichtigte Neuregelung

Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, wird auf das 0,2060-fache der monatlichen Bezugsgröße festgelegt. Die Festsetzung der beitragspflichtigen Einnahmen erfolgt damit als monatliche Pauschale. Die neue Bezugsgröße soll aufkommensneutral wirken. Der Faktor zur Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen wird in 2018 überprüft.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen können den Willen der Bundesregierung, die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen von Empfängern des ALG-II zu vereinfachen, nachvollziehen. Aus unserer Sicht darf eine solche Vereinfachung aber nicht zu einer aktuellen oder mittelfristigen Minderung des Beitragsaufkommens dieser Personengruppe zu Lasten der Kranken- und Pflegeversicherung führen.

Der Wille der Bundesregierung, die Verfahrensvereinfachung zur Festsetzung der beitragspflichtigen Einnahmen von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, aufkommensneutral zu gestalten, ist zu begrüßen. Allerdings bleibt die festgesetzte Höhe des Faktors, der die monatliche Bezugsgröße zur Festlegung der beitragspflichtigen Einnahmen modifiziert, ohne weitere Erläuterungen unverständlich. Der neue Faktor soll die Struktur der beitragspflichtigen Einnahmen von ALG-II-Empfängern abbilden und dabei die beitragsrechtlichen Änderungen durch die Abschaffung des Vorrangs der Familienversicherung bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Nr. 1, 2, 4) sowie die monatliche Pauschalierung der beitragspflichtigen Einnahmen von Empfängern des Arbeitslosengelds II berücksichtigen. Im Ergebnis bedeutet der neue Faktor die Absenkung der durchschnittlichen monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen von ALG-II-Empfängern von 954,- € auf ca. 570,00 €. Eine vollständige Herleitung dieses neuen Faktors inklusive der dahinterstehenden Annahmen wäre wünschenswert, da ansonsten die Sicherstellung der Aufkommensneutralität der Neuregelung nicht gewährleistet ist.

Die Überprüfung der Festsetzung des neu eingeführten Faktors zur Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen von Empfängern des ALG-II in 2018 erscheint aus Sicht der Innungskrankenkassen zu überdenken. Der Faktor ist dann mit Wirkung zum

01.01.2018 nur rückwirkend neu zu bestimmen. Daher sollte eine erste Überprüfung bereits in 2017 stattfinden. Die Überprüfungen sollten regelmäßig in zweijährigem Turnus durchgeführt werden.

Änderungsvorschlag

§ 232 Abs. 1a SGB V wird wie folgt gefasst:

„Der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Jahr 2017 im Hinblick auf die für die Berechnung maßgebliche Struktur der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II zu überprüfen. Bei Veränderung ist der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Wirkung zum 01. Januar 2018 neu zu bestimmen. Das Nähere über das Verfahren einer Korrektur bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 240 SGB V: Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Beitragsbemessung der freiwilligen Mitglieder ist die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds zu berücksichtigen. Mit der Neuregelung wird eine Regelungslücke geschlossen. Bei Mitgliedern, die ihrer Mitwirkungspflicht bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht nachkommen, ist zukünftig die Beitragsbemessungsgrenze als beitragspflichtige Einnahme anzusetzen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Neuregelung zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder, die aus unserer Sicht zur Beitragsgerechtigkeit beiträgt.

Die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wird seit dem 1. Januar 2009 einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat deshalb „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge“ (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) verabschiedet. Bestandteil dieser Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler war bislang eine Regelung, nach der die Beitragsbemessungsgrenze als beitragspflichtige Einnahmen anzusetzen war, sofern und solange Mitglieder ihrer Mitwirkungspflicht bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht nachkommen.

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung fehlte dieser Verfahrenspraxis eine Ermächtigungsgrundlage und musste von den Kassen aufgegeben werden. Bislang sieht § 240 Absatz 4 allein bei freiwillig versicherten Selbständigen vor, dass die Beitragsbemessungsgrenze als beitragspflichtige Einnahmen anzusetzen ist, sofern das Mitglied nicht geringere Einnahmen nachweist. Die Wirkung der Rechtsprechung setzte falsche Anreize, durch die Verweigerung der Mitwirkung bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen die Beitragsfestsetzung auf der Grundlage der Mindestbemessungsgrundlage zu erreichen. Nunmehr wird rechtssicher geregelt, dass die Beitragsbemessungsgrenze als beitragspflichtige Einnahmen anzusetzen ist, sofern und solange Mitglieder Nachweise über ihre Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 269 SGB V: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte und Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nrn. 4, 5, 10

Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf sieht die Einführung von Sonderregelungen für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte zum Ausgleichsjahr 2015 vor. Diese werden erst im jeweiligen Jahresausgleich umgesetzt.

Die Krankengeldzuweisungen sollen sich in Zukunft zur einen Hälfte nach dem aktuell gültigen Zellansatz und zur anderen Hälfte an den tatsächlichen Krankengeldausgaben einer Kasse bemessen. Der Zuweisungsmechanismus sieht damit einen partiellen Ist-Kostenausgleich vor.

Für die Auslandsversicherten soll die Summe der GKV-weiten Zuweisungen auf die tatsächlich gemeldeten Leistungsausgaben für Auslandsversicherte begrenzt werden. Die Abgrenzung dieser Leistungsausgaben soll durch den GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem BVA festgelegt werden.

Zur langfristigen Verbesserung der Zielgenauigkeit in den Bereichen Krankengeld und Auslandsversicherte sollen vom BVA Gutachten in Auftrag gegeben werden, die auch zusätzliche Bestimmungsfaktoren und die Notwendigkeit einer Verbreiterung der Datengrundlage untersuchen sollen. Die entsprechenden Gutachten sind bis zum 31.12.2015 abzuschließen.

Bewertung

Die Übergangsregelung der Bundesregierung für die Krankengeldzuweisungen wird von den Innungskrankenkassen grundsätzlich mitgetragen, weil wir sie für zielgenauer als das bestehende Zuweisungsmodell erachten. Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind geeignet, eine vorübergehende Annäherung der Deckungsquoten im Bereich des Krankengeldes zu erreichen, indem Über- und Unterdeckungen halbiert werden. Die Innungskrankenkassen stehen, mit Ausnahme der IKK Nord, der RSA-fremden Einführung eines Ausgleichs von Ist-Kosten im Krankengeldbereich kritisch gegenüber. Die gewählte Regelung kann daher nur eine Übergangslösung darstellen, die zwangsweise zu ersetzen ist. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist es daher unumgänglich, die vorge-

sehene Übergangslösung zu befristen. Wir schlagen dafür den 31.12.2016 vor. Nach Ablauf dieser Frist ist durch die Vorlage der explorativen Gutachten klar, ob eine Ablösung der geplanten Sonderregelungen überhaupt realistisch ist und inwieweit sich die vorgesehenen Sonderregelungen bewährt haben.

Die Notwendigkeit einer Sonderregelung für Auslandsversicherte ergibt sich nach Auffassung der Bundesregierung aus den Ergebnissen des Evaluationsgutachtens zum Morbi-RSA, das von einer erheblichen und strukturell bedingten Überdeckung für Auslandsversicherte ausgeht. Das Evaluationsgutachten bildet die Deckungsquoten für Auslandsversicherte auf zwei Arten ab: Zum einen über einen Abgleich der Zuweisungshöhe mit den tatsächlich erfassten Leistungsausgaben dieser Versicherten, zum anderen durch einen Vergleich der Zuweisungen mit den im Ausland erbrachten und von der GKV erstatteten Leistungen. In beiden Fällen attestiert der Evaluationsbericht dem aktuellen Verfahren für den Jahresausgleich 2009 eine deutliche Überdeckung (539,7% bzw. 172,9%), wobei zumindest letztere Deckungsquote im Zeitverlauf stark abnimmt und für 2012 noch bei rd. 105% liegt.

Die Innungskrankenkassen können daher derzeit keinen Anlass erkennen, von einer gesicherten Überdeckung auszugehen. Die Berechnungsmethoden für die Deckungsquote von Auslandsversicherten basieren ohnehin auf Hilfsgrößen, die keine definitive Aussage über die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Auslandsversicherte erlauben. Sinnvoller wäre es, auf die Ergebnisse der Gutachten nach § 33 Abs. 1 RSAV zu warten, bevor übereilte Maßnahmen ohne wissenschaftliche Evaluation umgesetzt werden.

Dennoch plant die Bundesregierung, die Zuweisungen für die Auslandsversicherten auf die tatsächlichen gemeldeten Ausgaben für Auslandsversicherte zu begrenzen. Als tatsächliche Ausgaben sollen dabei alle Kosten gelten, für die die GKV im Rahmen von Auslandsleistungen aufkommt. Aus Sicht der Innungskrankenkassen greift diese Definition zu kurz, weil neben den Leistungen, die Versicherte im Ausland in Anspruch nehmen, die Gruppe der Auslandsversicherten auch in Deutschland Kosten verursacht. Gerade Versicherte in Grenzgebieten, die beispielweise in Frankreich wohnen, aber in Deutschland arbeiten, gehen häufig in Deutschland zum Arzt. Bei einigen Kassen machen Ausgaben für Auslandsversicherte im Inland bereits die Hälfte der Zuweisungen für Auslandsversicherte aus. Die vorgeschlagene Regelung wird also nur einen Teil der Kosten decken, weil nur ein Teil - die Auslandskosten - in die Bestimmung der Höchstgrenze der Zuweisungen einfließt, während ein anderer Teil - die Inlandskosten - außen vor bleibt.

In jedem Fall kann nicht davon ausgegangen werden, dass die so begrenzten Zuweisungen für Auslandsversicherte die Deckungsquote der Auslandsversicherten zielgenauer macht. Eine Begrenzung des Verteilungsvolumens bei gleichzeitiger Beibehaltung der aus der Referenzgruppe gewonnenen Regressionskoeffizienten würde hingegen

bestehende Unterdeckungen verstärken. Die Folge der Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte nach dem geplanten Gesetzesentwurf wären daher nicht zielgenauere Zuweisungen, sondern nur geringere Zuweisungen für alle Auslandsversicherten.

In der Summe erwarten die Innungskrankenkassen durch die beabsichtigte Neuregelung eher eine GKV-weite Unterdeckung des Ausgleichs für Auslandsversicherte und damit einhergehend erhebliche Anreize zur Risikoselektion. Wir lehnen daher eine willkürliche Begrenzung des Zuweisungsvolumens ab und plädieren dafür, bis zur Vorlage des unter § 269 Abs. 3 SGB V beschriebenen Gutachtens keine Änderungen im derzeit gültigen Zuweisungsmechanismus für Auslandsversicherte vorzunehmen.

Änderungsvorschlag

§ 269 Abs. 1 SGB V wird in Satz 1 nach dem Wort „Krankengeldes“ um die Wörter „bis zum 31.12.2016“ ergänzt.

§ 41 Abs. 1 Satz 3 wird nach den Worten „ist für jede Krankenkasse“ die Wörter „bis zum 31.12.2016“ ergänzt.

§ 269 Abs. 2 SGB V und § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV werden gestrichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Nr. 33****§ 268 SGB V: Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs**

und

zu Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)**Nr. 3****§ 30 RSAV: Erhebung und Verwendung von Daten für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs****Beabsichtigte Neuregelung**

Die Bundesregierung schafft die rechtlichen Voraussetzungen für die dauerhafte Durchführung des Verfahrens zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse (RSA-Clearingverfahren).

Bewertung

Die Innungskrankenkassen unterstützen die Verankerung des RSA-Clearingverfahrens. Seit der Einführung des RSA-Clearingverfahrens hat sich die Zahl der Versicherten mit doppelten bzw. überschneidenden Versicherungszeiten in der GKV von rd. 200.000 mehr als halbiert. Doppelte Versicherungsverhältnisse sind aus Sicht der Praxis auch in Zukunft nicht völlig auszuschließen. Der Verzicht auf ein Versichertenclearing würde die Fallzahlen zwangsläufig wieder ansteigen lassen. Daher ist aus Sicht der Innungskrankenkassen eine Verankerung des RSA-Clearingverfahrens in den rechtlichen Grundlagen des Risikostrukturausgleichs in Form eines der amtlichen RSA-Datenmeldungen vorgelagerten und auf Dauer angelegten Regelverfahrens durch die geplanten Änderungen sehr zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 16 (Änderung des Medizinproduktegesetzes)

§ 42 Abs. 2 Nr. 16 MPG

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung möchte die Möglichkeit schaffen, eine nicht erlaubte Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarmen oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten als Ordnungswidrigkeit zu ahnden.

Bewertung

Der Regelung ist zuzustimmen. Es ist im Interesse der Patientinnen und Patienten, dafür Sorge zu tragen, dass Aufbereitungen von Medizinprodukten, die keimarm oder steril sein müssen, nicht nur verboten, sondern auch strafbewährt sind. Indem die Bundesregierung dies nun im MPG normiert, wird eine Regelungslücke geschlossen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Diese Stellungnahme ergeht im Namen aller Innungskrankenkassen: IKK Brandenburg und Berlin, IKK classic, IKK gesund plus, IKK Nord, IKK Südwest und BIG direkt gesund.