

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0029(4)
gel. VB zur öAnhörung am 21.05.
14_GKV-FQWG
15.05.2014



BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0
FAX (030) 2700406-111
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 14. Mai 2014

zum

Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur
Weiterentwicklung der Finanzstruktur und
der Qualität in der Gesetzlichen Kranken-
versicherung
(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-
Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	(Seite 2)
II. Detailkommentierung	(Seite 6)
III. Weiterer Änderungsbedarf	(Seite 95)

I. Vorbemerkung

Im vorliegenden Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) werden einige der im Koalitionsvertrag vereinbarten Reformvorhaben aufgenommen: Hierunter fällt insbesondere die Errichtung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, die teilweise Rückgabe der Beitragssatzautonomie an die Krankenkassen durch Einführung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages sowie die Weiterentwicklung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA) bezüglich der Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass der Gesetzgeber diese drängenden Themen zeitnah angeht, um den Krankenkassen, speziell mit den Finanzreformen, bereits frühzeitig Planungssicherheit zu geben. Positiv ist insbesondere die Einführung eines prozentual zu erhebenden Zusatzbeitrages, denn er stärkt die Beitragsautonomie der Krankenkassen.

Mit dem vom Gesetzgeber intendierten Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA im SGB V sowie in der RSAV am 1. August 2014 ist bislang gewährleistet, dass die Umsetzung der Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte zeitgleich mit der veränderten Berücksichtigung der Ausgaben für verstorbene Versicherte erfolgt, welche vom Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der Rechtsprechung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen ebenfalls erstmals für das Ausgleichsjahr 2013 umgesetzt wird. Die gewollte Zeitgleichheit des Gesetzgebers ist jedoch nicht mehr gegeben, falls die Annualisierung – bei entsprechender Gerichtsentscheidung des Bundessozialgerichts – rückwirkend für die Vorjahre vor 2013 vorgenommen werden müsste. Die politisch gewollte Parallelität der Veränderungen wäre dann nicht mehr gegeben. Dies würde weitere Wettbewerbsverzerrung mit gravierenden Folgen nach sich ziehen. In diesem Fall sollte eine rückwirkende Anwendung der Annualisierung aus der Liquiditätsreserve finanziert werden. Damit würde quasi die im Koalitionsvertrag vorgesehene Zeitgleichheit bei der Umsetzung der drei Themen im Morbi-RSA sichergestellt und verhindert, dass einzelne Kassenarten über Gebühr belastet werden.

Bei der Bewertung des Gesetzesentwurfes des GKV-FQWG ist vor allem positiv festzustellen, dass hinsichtlich der Weiterentwicklung des Morbi-RSA neben dem Thema Auslandsversicherte auch für das Krankengeld die Einführung einer Übergangslösung vorgesehen ist, bis wissenschaftlich fundierte Studien eine zielgenauere Lösung gefunden haben.

Leider bleibt jedoch im aktuell vorgesehenen Übergangsmodell beim Krankengeld auf Grund der fehlenden Grundlohnkomponente ein systematischer Methodenfehler bestehen, den es zu beheben gilt.

So sieht die Übergangslösung im Gesetzesentwurf des GKV-FQWG – das sogenannte 50/50-Modell - vor, dass die Zuweisungen einer Krankenkasse für Krankengeld

- zu 50 Prozent - wie bisher - auf Basis der standardisierten Ausgaben und
- zu 50 Prozent auf Basis der Aufwendungen der Krankenkasse

erfolgen. Damit wird aber bei den 50 Prozent standardisierten Ausgaben nicht berücksichtigt, dass es sich beim Krankengeld „nicht um eine einkommensunabhängige Sach-, sondern um eine reine Lohnersatzleistung handelt“. [Drösler et al. (2011), *Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich*, S. 8]. Konzentrieren sich bei einer Kasse Mitglieder mit hohem Einkommen, führt dies zugleich zu hohen Krankengeldansprüchen. Umgekehrt gilt bei Krankenkassen mit niedrigem Einkommensniveau der Mitglieder eine niedrige Krankengeldverpflichtung. Die aktuellen standardisierten Zuweisungen ignorieren diese Tatsache und gehen von einheitlichen Einkommensverhältnissen aller Krankengeldbezieher aus. Durch den gleichzeitigen, vollständigen Einkommensausgleich im Morbi-RSA sind aber für höhere Zahlungsverpflichtungen beim Krankengeld zu wenig Finanzmittel vorhanden.

Diese unnötige Pauschalisierung lässt sich allerdings durch ein alternatives Modell präzise ausgleichen.

Alternatives Übergangsmodell zum Thema Krankengeld

Die Betriebskrankenkassen schlagen für die Übergangszeit ein Ausgleichsmodell vor, das die Grundlohnkomponente mit einem anteiligen Ausgabenausgleich kombiniert:

- bei dem 70-prozentigen Anteil wird die Grundlohnkomponente beim Krankengeld berücksichtigt, indem die standardisierten Ausgaben mit einem zusätzlichen Grundlohnfaktor multipliziert werden. Dazu muss bei den Zuweisungen für das Krankengeld das Verhältnis der kassenindividuellen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder mit Krankengeldanspruch im Verhältnis zu denen auf GKV-Ebene bestimmt werden. Damit wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass sich das Krankengeld als Geldleistung nach der Höhe des Einkommens bemisst.
- der Realkostenausgleich wird von 50 auf 30 Prozent begrenzt, um den Anreize für Krankengeldmanagement-Aktivitäten zu steigern,

Die Umsetzung dieser Maßnahmen ist ohne besonderen zusätzlichen administrativen Aufwand für die Krankenkassen zu erreichen, zumal dem BVA – als Verwalter des Gesundheitsfonds – die notwendigen Daten vorliegen (zu den Details der technischen Umsetzung siehe Seite 49 ff.).

Sollte die Übergangslösung nicht wie beschrieben geregelt werden, werden bestehende Wettbewerbsverzerrungen weiter verstärkt und Nachteile für die Mehrheit der betrieblichen Krankenkassen verstetigt.

Einzelne Betriebskrankenkassen ordnen aufgrund ihrer Morbiditätsstruktur die Sachverhalte bezüglich eines Ausgleichs singulär in Kraft tretender Änderungen aus der Liquiditätsreserve und hinsichtlich des Krankengeldes anders ein. Sie bevorzugen deshalb als Übergangslösung eine Kombination aus standardisierten und tatsächlichen Krankengeldausgaben.

Leider wird im Gesetzesentwurf ebenfalls versäumt, weitere Anpassungsbedarfe im Morbi-RSA zu berücksichtigen. Dabei handelt es sich bspw. um die Wiedereinführung eines Risikopools, den sachgerechten Ausgleich der Verwaltungskosten sowie die Veranlassung von Forschungsarbeiten bzw. die Gutachtenvergabe zur Entwicklung eines Regionalfaktors. Dies sollte jedoch zur Erreichung des Ziels, den Morbi-RSA zielgerichteter auszugestalten, dringend berücksichtigt werden.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Errichtung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTG). Dabei wird die Erwartung geteilt, durch die Gründung des IQTG mehr Kontinuität bei der Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen, vor allem der sektorenübergreifenden und sektorenbezogenen Qualitätsindikatoren, zu erreichen. Hierzu sind drei wesentliche Voraussetzungen entscheidend: Erstens die grundsätzliche Unabhängigkeit des IQTG bei gleichzeitiger Institutionalisierung im Rahmen der Selbstverwaltung, zweitens die Freiheit des Instituts, nicht nur im Rahmen der direkten Einzelbeauftragung durch den G-BA auch eigenständig an der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung arbeiten zu können und drittens, die Verfügbarkeit der hierzu erforderlichen Daten.

Die mangelnde Datengrundlage war in der Vergangenheit ein zentrales Entwicklungshemmnis für die Qualitätssicherung. Daneben ist die Bürokratie ein immer wieder vorgetragenes Hemmnis. Der Rückgriff auf Routinedaten ist insofern von entscheidender Bedeutung. Deshalb ist bereits im geltenden Recht vorgesehen, dass Routinedaten für die Qualitätssicherung genutzt werden sollen (§ 299 SGB V). Hierzu bedarf es jedoch jeweils auf die einzelnen Maßnahmen zur Qualitätssicherung bezogener Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der dazu erforderliche Konsens der Selbstverwaltungspartner scheidet regelmäßig an den unterschiedlichen Interessen der Beteiligten. Deshalb sollte überdacht werden, die Bereitstellung

von pseudonymisierten Routinedaten in Anlehnung an § 303a ff SGB V zu regeln. Eine Einbeziehung in die Verordnungskompetenz des Bundesministeriums für Gesundheit würde auch zur Umsetzung der vorgesehenen Generalbeauftragung des IQTG passen. Hierdurch würden das Qualitätsinstitut und die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung entscheidend gestärkt und die Verfahren beschleunigt werden.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1

§ 5 (Versicherungspflicht)

§ 5 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2a werden die Wörter „, soweit sie nicht familienversichert sind“ gestrichen.
- b) In Nummer 11a wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Diese Änderung ist zu begrüßen. Dass künftig alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten einheitlich versicherungspflichtig sind, soweit sie nicht privat krankenversichert oder dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, erleichtert die Arbeit der Kassen.

Nr. 2

§ 10 (Familienversicherung)

In § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird nach der Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 2,“ die Angabe „2a,“
eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 3
§ 53 (Wahltarife)

In § 53 Absatz 8 Satz 4 werden die Wörter „*einschließlich Prämienzahlungen nach § 242*“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 4

§ 92 (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)

In § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 werden die Wörter „*und der nach § 10*“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 5

§ 136 (Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen)

In § 136 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 137a Absatz 3“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung

b) Begründung

/

Nr. 6

§ 137 (Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung)

In § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „§ 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 137a Absatz 3“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 7

§ 137 a (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen)

„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Hierzu errichtet er eine Stiftung des privaten Rechts, die Trägerin des Institutes ist.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die gewählte Form der Institutionalisierung als Stiftung des privaten Rechts im Rahmen der Selbstverwaltung ist zu begrüßen. Das Konstrukt von Trägerschaft durch die Krankenkassen- und Leistungserbringerverbände einerseits und fachlicher Unabhängigkeit andererseits hat sich bewährt. Durch die Änderung im Gesetzesentwurf der Bundesregierung wird die rechtliche Selbstständigkeit und damit vollständige Loslösung des Institutes von der Struktur des G-BA ermöglicht.

„(2) Der Vorstand der Stiftung bestellt die Institutsleitung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in den Vorstand der Stiftung.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Im Kabinettsentwurf wird ein Zustimmungserfordernis seitens des BMG bezüglich der Bestellung der Institutsleitung normiert.

„(3) Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die zu entwickelnden Indikatoren ermöglichen einen Vergleich der Qualität der Leistungserbringung, unterschieden nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wohingegen die Instrumente die Grundlage der Messung liefern, die ihrerseits zur Darstellbarkeit von Qualität beitragen.

Die im Gesetzesentwurf der Bundesregierung enthaltene Ergänzung um Module der Patientenbefragungen ist zu begrüßen. Es ist wünschenswert, dass (inter-)subjektive Patienten Aspekte in die Bewertung der Leistungserbringer einbezogen werden.

2. „die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die Qualitätsdokumentation wird auf das zwingende Maß reduziert.

3. „sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,“

a) Gewünschte Änderung

„sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und in den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mitwirken, haben diese dem Institut nach Absatz 1 auf der Grundlage der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben nach Satz 2 erforderlichen Daten zu übermitteln.“

b) Begründung

Das Institut wird ermächtigt, sich an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Den erforderlichen Datenaustausch für diese Fälle stellt schließlich der folgende Halbsatz sicher.

4. „die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,“

a) Gewünschte Änderung

„die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen und die diesen zugrunde liegenden Indikatoren in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen und barrierefreien Form zu veröffentlichen,“

b) Begründung

/

5. „auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,“

a) Gewünschte Änderung

„auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und diese laienverständlich und barrierefrei im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden, die Ergebnisdaten werden in maschinenverwertbarer Form zur Verfügung gestellt.“

b) Begründung

Den Krankenkassen wird durch den Einschub des Satzes ermöglicht, geeignete Einrichtungen für die Versorgung der Versicherten auszuwählen und die Versicherten über Versorgungsangebote zu beraten. Unsererseits wird kritisch gesehen, dass die Hoheit der Auswertung und der Daten ausschließlich bei dem Institut angesiedelt wird.

Problematisch erscheint die einseitige Kompetenz des Institutes zur Veröffentlichung. Es sollte sichergestellt werden, dass die Krankenkassen auch ein Nutzungsrecht der vergleichenden Übersichten erhalten, Empfänger der Ergebnisdaten sind und diese für den Nutzer sinnvoll in die bestehenden Auskunftssysteme zu den Qualitätsberichten integrieren dürfen. Die Implementierung der Übersichten würde zu einer deutlichen Verbesserung der qualitätsorientierten Auswahlhilfe führen, gleichzeitig den langjährigen Erfahrungsvorsprung der Veröffentlichungsstellen nutzen und durch die maschinenverwertbare Form auch wirtschaftlich umsetzbar sein. Durch die Aufgabenübertragung in Nummer 5-7 an das Institut entstehen nach der Referentenentwurfsbegründung zusätzliche Kosten im unteren einstelligen Millionenbereich (A. VI. 3. 3. S.27). Ökonomische Aspekte sprechen für eine teilweise Auftragsübertragung an die Krankenkassen und führen zu einer finanziellen Entlastung.

Notwendig ist die Zurverfügungstellung der Daten und Listen in maschinenverwertbarer Form, damit diese ohne Mehraufwand und unverändert in die Portale der Krankenkassen integriert werden können.

6. „für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschuss übermittelt werden sowie“

a) Gewünschte Änderung

„...von den Krankenkassen oder von ihnen beauftragten Stellen auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschuss übermittelt werden sowie“

b) Begründung

Es erfolgte eine redaktionelle Änderung. Der Verweis auf § 299 könnte irrtümlich auf die Krankenkassen selbst bezogen sein. § 299 SGB V meint jedoch das Verfahren der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung.

Die Routinedaten der Krankenkassen sollten dem Institut verfügbar gemacht werden, ohne eine vorherige Beschlussfassung im Gemeinsamen Bundesausschuss zu benötigen. Dies erscheint mit Blick auf die Erfahrungen der vergangenen Jahre bzgl. der Transparenzentwicklung geboten. Zur Weiterentwicklung der QS und Sicherstellung eines umfangreichen Datenflusses an das Institut sollte die Zusammenführung und Verfügbarmachung der Routinedaten der Krankenkassen über das bestehende Verfahren nach § 303a ff SGB V geregelt werden. Diese Datenzusammenführung – die sich bereits in der Umsetzung befindet – sollte nach der zustimmungsfreien Rechtsverordnung des BMG (Daten-Transparenz-Verordnung, DaTraV) erfolgen. Hierin sollte (auf entsprechend erweiterter gesetzlicher Grundlage nach § 303a ff SGB V), nicht nur die Datenaufbereitungsstelle und die Vertrauensstelle für die Durchführung des Pseudonymisierungsverfahrens bestimmt werden (derzeit das DIMDI), sondern auch der Umfang der Lieferung der Routinedaten der Krankenkassen über das DIMDI an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz sowie der Umfang der Daten bzw. Auswertungen, die den berechtigt Interessierten nach § 137a Abs. 10 SGB V – neu – verfügbar gemacht werden sollen.

7. „Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.“

In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mitwirken, haben diese dem Institut nach Absatz 1 auf der Grundlage der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben nach Satz 2 erforderlichen Daten zu übermitteln.“

a) Gewünschte Änderung

„Kriterien zur Bewertung von in der ambulanten und stationären Versorgung verbreiteten Zertifikaten und Qualitätssiegeln zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über deren Aussagekraft zu informieren. Anhand dieser Ergebnisse ist eine laienverständliche und barrierefreie Vergleichsliste zu veröffentlichen; die Ergebnisdaten der Auswertungen werden in maschinenverwertbarer Form zur Verfügung gestellt.“

b) Begründung

Auch hier sollte die Hoheit der Veröffentlichungsrechte nicht ausschließlich bei dem Institut liegen. Die Ergebnisse über die Aussagekraft der am Markt existierenden Zertifikate müssen auf den Portalen der Krankenkassen für Patienten nutzbar sein.

Die Bewertungskriterien und Informationen über die Zertifikate können nur dann eine Hilfestellung für den Patienten sein, wenn eine Plattform zur Information in einer aufbereiteten Darstellung vorliegt, ähnlich der Vergleichsliste zu Krankenhäusern. Des Weiteren könnten diese dokumentierten Ergebnisse über Gehalt und Aussagekraft der Siegel und Zertifikate in die Qualitätsberichte einfließen und auf den Portalen der Krankenkassen veröffentlicht werden. Zusätzlich könnte das Institut zentral diese Ergebnisse veröffentlichen. Gleichwohl darf dieses Institut nicht die originären Serviceinstrumente der Selbstverwaltung aushebeln. Die Daten müssen daher in maschinenverwertbarer Form den Krankenkassen bei einer zentralen Stelle zugänglich gemacht werden machen.

Zu den zusätzlich entstehenden Kosten und der Möglichkeit der teilweisen Aufgabenübertragung an die Krankenkassen s.o.

„(4) Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen, die unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschuss, das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene können die Beauftragung des Instituts beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Institut unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu den Aufgaben nach Absatz 3 für den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen. Das Institut kann einen Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ablehnen, es sei denn, das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrages. Das Institut kann sich auch ohne Auftrag mit Aufgaben nach Absatz 3 befassen; der Vorstand der Stiftung ist hierüber von der Institutsleitung unverzüglich zu informieren. Für die Tätigkeit nach Satz 4 können jährlich bis zu 10 Prozent der Haushaltsmittel eingesetzt wer-

den, die dem Institut zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Satz 4 sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Veröffentlichung vorzulegen.“

a) Gewünschte Änderung

/

b) Begründung

Die dem Institut übertragenen Aufgaben sind Ausfluss einer vorherigen wissenschaftlichen Recherche, Daten- und Gutachtenauswertungen und Ergebnisdarstellungen. Die Aufgaben in Abs. 3 Nr. 5-7 liefern die Ergebnisse für eine Informationssammlung, die in aufbereiteter Form für die Nutzung durch Patienten zur Verfügung gestellt werden. Um die Akzeptanz und wissenschaftliche Expertise zu bewahren, ist die fachliche Unabhängigkeit des Institutes Voraussetzung. Vor dem Hintergrund, dass die Arbeit des Institutes Grundlage des Beschlüsse und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist, gilt es, diese Unabhängigkeit zu wahren.

Das Institut arbeitet als wissenschaftlich unabhängiges Institut, daher muss die Möglichkeit gegeben sein, Anträge als unbegründet zurückzuweisen. Die Finanzierung durch das BMG kommt jedoch in den Fällen in Betracht, wenn der Ablehnungsgrund gerade nicht in der wissenschaftlichen Argumentation besteht, sondern mit der Begründung der derzeitigen Ausschöpfung personeller Ressourcen. Das Institut könnte dann den Inhalten nach Abs. 3 nachkommen und unter Beauftragung eines Dritten die Bewertungen etc. vornehmen. Vor diesem Hintergrund wird die im Gesetzesentwurf vorgenommene Änderung begrüßt.

Die Begrenzung der Haushaltsmittel bei Eigenbeschäftigung des Institutes ist geboten. Im Fokus bleiben damit die Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschuss an das Institut, das Institut wird wiederum einer Pflicht zur Priorisierung unterworfen. Die Begrenzung auf 10% erscheint jedoch gering. Geboten erscheint vielmehr, den Selbstverwaltungspartnern im Stiftungsvorstand einen diesbezüglichen Spielraum (z.B. 10-25%) zu geben.

„(5) Das Institut hat zu gewährleisten, dass die Aufgaben nach Absatz 3 auf Basis der maßgeblichen, international anerkannten Standards der Wissenschaften erfüllt werden. Hierzu ist in der Stiftungssatzung ein wissenschaftlicher Beirat aus unabhängigen Sachverständigen vorzusehen, der das Institut in grundsätzlichen Fragen berät. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats werden auf Vorschlag der Institutsleitung einvernehmlich vom Vorstand der Stiftung bestellt. Der wissenschaftliche Beirat kann dem Institut Vorschläge für eine Befassung nach Absatz 4 Satz 4 machen.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die Regelung der Einrichtung eines Beirats ist zu begrüßen. Hiermit wird dem Institut ergänzend zum eigenen Sachverstand externer Sachverstand zur Verfügung gestellt. Damit ist eine Beratungsebene geschaffen, die die Neutralität und wissenschaftliche Expertise auf ein breiteres Fundament stellt.

„(6) Zur Erledigung der Aufgaben nach Absatz 3 kann das Institut im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss Forschungs- und Entwicklungsaufträge an externe Sachverständige vergeben; soweit hierbei personenbezogene Daten übermittelt werden sollen, gilt § 299.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Zweck der Regelung ist die Institutionalisierung einer unabhängigen Stelle, die nach wissenschaftlich anerkannten Kriterien Forschungs- und Entwicklungsaufträge annimmt. Um die Unabhängigkeit dieses Institutes zu wahren, ist die Einbeziehung von externem Sachverstand im Bedarfsfall notwendig und geboten.

„(7) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind zu beteiligen:

- 1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,*
- 2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,*
- 3. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,*
- 4. der Verband der privaten Krankenversicherung,*
- 5. die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, und die Bundespsychotherapeutenkammer,*
- 6. die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe,*
- 7. die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften,*
- 8. das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung*
- 9. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene ,*
- 10. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,*

11. *Zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreter sowie*
12. *Die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind.“*

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Absatz 7 regelt die Beteiligungsrechte an der Entwicklung der Inhalte, mit denen sich das Institut befassen soll. Die Regelung ist obligatorisch und Ausfluss der Beteiligungsrechte beim Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der Richtlinienentwicklung.

Es sollte eine Einbeziehung der Stellungnahmen in die Entscheidung, ob neue Inhalte hinzugefügt werden sollen, erfolgen, um eine nahtlose Beteiligung sicherzustellen. Die Beteiligung im Verfahren selbst ist die Voraussetzung für eine spätere Inbezugnahme.

Die hier vorgesehene Beteiligung von zwei Vertretern der Gesundheitsministerkonferenz der Länder ist sachgerecht. Perspektivisch können damit Qualitätsaspekte bei der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden.

„(8) Für die Finanzierung des Instituts gilt § 139c entsprechend.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die im Gesetzesentwurf dargelegte Regelung zur Finanzierung erfolgt in Anlehnung an die Finanzierungsregelungen des IQWiG. Einer Zuschlagsfinanzierung kann zugestimmt werden.

„(9) Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts hat der Stiftungsvorstand dafür Sorge zu tragen, dass Interessenkonflikte von Beschäftigten des Instituts sowie von allen an der Aufgabenerfüllung nach Absatz 3 beteiligten Personen und Institutionen vermieden werden.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die Regelung ist zu begrüßen. Sie soll dazu dienen, bei künftigen Einstellungen zu prüfen, ob Interessenkonflikte einer Einstellung entgegenstehen.

„(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut oder eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle beauftragen, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten auf Antrag eines Dritten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auszuwerten. Jede natürliche oder juristische Person kann hierzu beim Gemeinsamen Bundesausschuss oder einer nach Satz 1 beauftragten Stelle einen Antrag auf Auswertung und Übermittlung der Auswertungsergebnisse stellen. Das Institut oder eine andere nach Satz 1 beauftragte Stelle übermittelt dem Antragstellenden nach Prüfung des berechtigten Interesses die anonymisierten Auswertungsergebnisse, wenn dieser sich bei der Antragstellung zur Übernahme der entstehenden Kosten bereit erklärt hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Verfahrensordnung für die Auswertung der nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten und die Übermittlung der Auswertungsergebnisse unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben und des Gebots der Datensicherheit ein transparentes Verfahren sowie das Nähere zum Verfahren der Kostenübernahme nach Satz 3. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit das für die Wahrnehmung der Aufgabe nach den Sätzen 1 und 3 notwendige Datenschutzkonzept regelmäßig durch unabhängige Gutachter prüfen und bewerten zu lassen; das Ergebnis der Prüfung ist zu veröffentlichen.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die Regelung ist zu begrüßen und dient der Erforschung des Potentials der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung bestehender Qualitätssicherungsinstrumente. Im Hinblick auf die derzeitige Entwicklung im Follow-Up-Verfahren und eine fehlende Dokumentation und Datenauswertung im ambulanten Bereich ist diese Regelung zu begrüßen.

Gleichwohl birgt sie die Gefahr, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zur Überprüfung der Anträge und Entwicklung des Datenschutzkonzeptes erhebliche personelle Ressourcen benötigt. Es ist entsprechend darauf zu achten, dass die Kosten des Antragsverfahrens und der entsprechenden Vorschüsse adäquat geregelt wird.

Nr. 8

§ 137 f (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

In 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „§ 137a Absatz 2 Nummer 1 und 2“
durch die Wörter „§ 137a Absatz 3“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 137a.

Nr. 9

§ 171d (Haftung im Insolvenzfall)

§ 171d Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 155 Absatz 4 oder Absatz 5 von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt. Der Darlehensbetrag ist spätestens nach Ablauf von sechs Monaten zurückzuzahlen. Die darlehensweise Inanspruchnahme des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung

b) Begründung

/

Nr. 10

§ 175 (Ausübung des Wahlrechts)

§ 175 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „gebunden“ die Wörter „, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben“ gestrichen.

bb) Die 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.

Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 sowie auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.

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.“

cc) Satz 10 wird aufgehoben.

b) Absatz 4a wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Abs. 4 Satz 5 nach „,“ einfügen: „; §247 Satz 3 und § 248 Satz 3 bleiben außer Betracht.“

und

Streichung des letzten Halbsatzes in Abs. 4 Satz 6. Absatz 4 Satz 6 wird dann wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 sowie auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a hinzuweisen.“

b) Begründung

Ausgangspunkt ist die Definition der „Erhebung“ der Beiträge in § 175 Abs. 4 Satz 5. Bei Rentenbeziehern und Versorgungsbeziehern nach dem ALG wirken sich Beitrags-satzveränderungen künftig mit zweimonatiger Verzögerung aus (vgl. RegE Art. 1 Nr. 21, 22). Mit der Klarstellung würde deutlich, dass der maßgebliche Zeitpunkt für das Sonderkündigungsrecht allgemein gilt. Dieses würde nicht nur Fragen bzgl. einer etwa nachgelagerten Hinweispflicht vermeiden, vor allem würde für Rechtsklarheit und Rechtssicherheit gesorgt. Im BKK System gibt es im ländlichen Bereich nicht wenige Mitglieder, die Renten bzw. Versorgungsbezüge nach dem ALG und gleichzeitig auch sonstige Versorgungsbezüge erhalten. Bei diesem Personenkreis würde bei einer Zusatzbeitragserhebung/-erhöhung die Frage aufkommen, wann vom Sonderkündigungszeitpunkt Gebrauch gemacht werden darf: Nach der für die Versorgungsbezüge geltenden allgemeinen Bestimmung in § 175 Abs. 4 Satz 5 oder nachgelagert, weil man sich wegen des Bezugs einer Rente/von Versorgungsbezügen nach dem ALG an §§ 247/248 n.F. orientiert.

Die Hinweispflicht, auf eine günstigere Krankenkasse hinzuweisen, konterkariert das ursprüngliche Vorhaben der Bundesregierung, einen Anreiz zum Wettbewerb um eine gute Versorgung herzustellen und den Vermeidungswettbewerb um die Zusatzbeiträge abzuschaffen. Es wird vielmehr erneut der Focus auf den Preiswettbewerb gelegt. Auch lässt der Hinweis auf den Preis Qualitäts- und Serviceaspekte vollkommen außer Acht. Krankenkassen werden so nur eingeschränkt Neuentwicklungen vornehmen und Investitionen in die Versorgungsqualität sehr zurückhaltend tätigen.

Hinzu kommt, dass bereits der bloße Hinweis auf die Möglichkeit des Sonderkündigungsrechts für die Betroffenen zum Ausdruck bringt, dass ein Wechsel in eine andere und demzufolge auch in eine günstigere Krankenkasse möglich ist, sollte die eigene Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmals erheben oder erhöhen. Angesichts der zu erwartenden medialen Begleitung der Erhebung oder Erhöhung von Zusatzbeiträgen und der Möglichkeit für die Betroffenen, sich sowohl von den Krankenkassen beraten zu lassen als auch sich bspw. über das Internet zu informieren, sind Nachteile für die Mitglieder nicht zu befürchten.

Die gesetzliche Fiktion in Abs. 4 Satz 7 führt zu Rechtssicherheit und Rechtsklarheit bei allen Beteiligten und ist daher zu begrüßen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 11
§ 194 (Satzung der Krankenkassen)

§ 194 Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242,“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 12

§ 201 (Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug)

§ 201 Absatz 4 Nummer 1a wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 13
§ 220 (Grundsatz)

§ 220 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Diese Regelung hat klarstellenden Charakter und macht die Bezugnahme auf den Zusatzbeitrag in den Einzelnormen entbehrlich. Dies ist zu begrüßen.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt jedes Jahr bis zum 15. Oktober für das jeweilige Jahr und für das Folgejahr

- 1. die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen,*
- 2. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds,*
- 3. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie*
- 4. die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen.*

Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a, für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach den §§ 266 und 270 sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a. Bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen bleiben die Beträge nach § 271 Absatz 1a außer Betracht.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 14

§ 221 b (Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich)

§ 221b wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 15

§ 232a (Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld)

§ 232a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.“

b) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 16

§ 240 (Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder)

§ 240 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter *„sofern und solange Mitglieder Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223)“* eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe *„247 und 248“* durch die Wörter *„247 Satz 1 und 2 und § 248 Satz 1 und 2“* ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Diese Regelung, die infolge der Entscheidung des BSG vom 18.12.2013, Az. B 12 KR 15/11 R (Rechtswidrigkeit von § 6 Abs. 5 BeitrVerfGrds SelbstZ), kurzfristig Eingang ins Gesetz gefunden hat, ist uneingeschränkt zu begrüßen. Nunmehr ist die Beitragsfestsetzung in Fällen der fehlenden Mitwirkung eines freiwilligen Mitglieds bei der Ermittlung seiner beitragspflichtigen Einnahmen rechtssicher geregelt. Auch das Inkrafttreten der Regelung bereits am 01.08.2014 wird begrüßt.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 17

§ 241 (Allgemeiner Beitragssatz)

In § 241 wird die Angabe „15,5“ durch die Angabe „14,6“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 18

§ 242 (Zusatzbeitrag) und § 242a (Durchschnittlicher Zusatzbeitrag)

§§ 242 und 242a werden wie folgt gefasst:

„§ 242

Zusatzbeitrag

„(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Die Krankenkassen haben den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitragssatz). Der Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken; dabei ist die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen nach § 220 Absatz 2 Satz 2 je Mitglied zugrunde zu legen.

(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitragssatz nach Absatz 1 durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitragssatz bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) Die Krankenkasse hat den Zusatzbeitrag abweichend von Absatz 1 in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu erheben für

- 1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a,*
- 2. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 und 6 und Absatz 4a Satz 1,*
- 3. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 7 und 8, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Absatz 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt,*
- 4. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 3 oder nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht,*
- 5. Mitglieder, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen sowie für*

6. Beschäftigte, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird.

Auf weitere beitragspflichtige Einnahmen dieser Mitglieder findet der Beitragssatz nach Absatz 1 Anwendung.

(4) *Die Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches gelten entsprechend.*

§ 242a

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

(1) *Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, multipliziert mit 100.*

(2) *Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert in Prozent jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.“*

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 19

§ 242b (Sozialausgleich)

§ 242b wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 20

§ 243 (Ermäßigter Beitragssatz)

In § 243 Satz 3 wird die Angabe „14,9“ durch die Angabe „14,0“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 21

§ 247 (Beitragssatz aus der Rente)

§ 247 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden die Wörter „*zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte*“ gestrichen.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an; dies gilt nicht für ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 22

§ 248 (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen)

§ 248 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden die Wörter „*zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte*“ gestrichen.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 23

§ 249 (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung)

§ 249 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
- b) Absatz 4 wird Absatz 3 und in Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderte“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 24

§ 249 a (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)

In § 249a Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 25

§ 250 (Tragung der Beiträge durch das Mitglied)

250 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 wird das Komma gestrichen.
- b) Nach der Aufzählung werden die Wörter „sowie den Zusatzbeitrag nach § 242“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 26

§ 251 (Tragung der Beiträge durch Dritte)

§ 251 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 zweiter Halbsatz wird die Angabe „und Abs. 3“ gestrichen.

b) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Höhe der vom Bund zu tragenden Zusatzbeiträge für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II wird für ein Kalenderjahr jeweils im Folgejahr abschließend festgestellt. Hierzu ermittelt das Bundesministerium für Gesundheit den rechnerischen Zusatzbeitragssatz, der sich als Durchschnitt der im Kalenderjahr geltenden Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen nach § 242 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Zahl ihrer Mitglieder ergibt. Weicht der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a von dem für das Kalenderjahr nach Satz 2 ermittelten rechnerischen Zusatzbeitragssatz ab, so erfolgt zwischen dem Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt ein finanzieller Ausgleich des sich aus der Abweichung ergebenden Differenzbetrags. Den Ausgleich führt das Bundesversicherungsamt für den Gesundheitsfonds nach § 271 und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen für den Bund durch. Ein Ausgleich findet nicht statt, wenn sich ein Betrag von weniger als einer Million Euro ergibt.“

c) Absatz 6 wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 27

§ 252 (Beitragszahlung)

§ 252 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „*mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach §§ 242, 242a*“ gestrichen.
- b) Die Absätze 2a und 2b werden aufgehoben.
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „*Zusatzbeitrag nach § 242, den Verspätungszuschlag nach § 242 Absatz 6*“ durch die Wörter „*Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung*“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 28
§ 255 (Beitragszahlung aus der Rente)

In § 255 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „*mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach § 242*“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Diese Regelung bedeutet eine Verwaltererleichterung für die Krankenkassen und ist zu begrüßen.

Nr. 29

§ 256 (Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen)

§ 256 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden die Wörter „*fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind*“ durch die Wörter „*am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig*“ ersetzt.

b) In Satz 3 werden die Wörter „; § 28f Absatz 3 Satz 5 des Vierten Buches gilt entsprechend“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

In Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter „; § 28f Absatz 3 Satz 5 des Vierten Buches gilt entsprechend“ ersetzt durch: „; § 28f Absatz 3 Satz 1 des Vierten Buches gilt entsprechend“.

b) Begründung

Der Beitragsnachweis trifft eine Aussage zur Höhe der fälligen Beitragsschuld. Anhand dessen nimmt die Einzugsstelle den Beitragseinzug sowie die Aufteilung und Weiterleitung der Beiträge vor. Die Einzugsstellen sollen in die Lage versetzt werden, die Versicherungs- und Beitragspflicht prüfen zu können, die zutreffende Beitragshöhe feststellen und den Gesamtsozialversicherungsbeitrag rechtzeitig einziehen zu können.

Eine verbindliche Regelung, bis wann die Beitragsnachweise einzureichen sind, wäre wünschenswert, da somit für Rechtsklarheit bei den Kassen und auch den Zahlstellen gesorgt würde.

§ 28f Abs. 3 Satz 1 SGB IV wurde mit Wirkung vom 01.01.2008 eingeführt. Die Erbringung der Beitragsnachweise durch den Arbeitgeber war bis dato durch Satzungsrecht der Krankenkassen geregelt und differierte stark. Dieses führte zu einem erheblichen Mehraufwand bei den Kassen wegen notwendiger Mahnungen und Säumniszuschlägen und behinderte außerdem eine einheitliche Abgabe des Datensatzes Beitragsnachweis im vollautomatisierten Verfahren erheblich. Die Frist, zwei Tage vor Fälligkeit, wurde mit Blick auf die Praxis gewählt, um eine ordnungsgemäße Versendung und Buchung sicherzustellen (BT-Drs. 16/6540, 25). Da hinsichtlich der Beitragsnachweise der Zahlstellen eine identische Problemlage besteht, bietet sich die entsprechende Anwendung von § 28f Abs. 3 Satz 1 SGB IV an. Damit wird die Einreichungsfrist für den Beitragsnachweisdatensatz für alle Einzugsstellen vereinheitlicht, was zu erheblichen Erleichterungen bei den Kassen führen wird.

Nr. 30

§ 257 (Beitragszuschüsse für Beschäftigte)

§ 257 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
- b) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 31
§ 261 (Rücklage)

In § 261 Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Zusatzbeitrags“ durch das Wort „Zusatzbeitragssatzes“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 32

§ 266 (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich))

In § 266 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „; die Zuweisungen werden jeweils entsprechend § 272 angepasst“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

In §266 Absatz 6 wird ein neuer Satz 5 eingefügt.

„Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht auf der eigenen Internetpräsenz bis zum 31.12. des dem Ausgleichsjahr folgenden Jahres die Ergebnisse nach Absatz 5 Satz 1 und 2 und §270 Absatz 1 auf Ebene der Kassenarten und stellt diese den entsprechenden Aufwendungen auf Basis der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse für das Ausgleichsjahr gegenüber.“

b) Begründung

Diese Änderung trägt maßgeblich zur Transparenz und damit der Akzeptanz des Verfahrens bei.

Nr. 33

§268 (Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)

In § 268 Absatz 3 Satz 14 wird vor dem Wort „Verfahren“ das Wort „sowie“ gestrichen und werden nach dem Wort „Datenerhebung“ die Wörter „sowie die Voraussetzungen, unter denen die Herstellung des Versichertenbezugs zulässig ist“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 34

§ 269 (Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte)

Nach § 268 wird folgender §269 eingefügt:

§ 269 – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

„(1) Für die in § 267 Absatz 2 Satz 2 genannten Versichertengruppen kann das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes um ein Verfahren ergänzt werden, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld anteilig berücksichtigt.“

a) Gewünschte Änderung

„Für die in § 267 Absatz 2 Satz 2 genannten Versichertengruppen ist das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes durch ein Verfahren zu ersetzen, das die kassenindividuelle Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder und die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld im Verhältnis 70:30 berücksichtigt.“

b) Begründung

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist durch den Gesetzgeber sicher zu stellen, dass tatsächlich ein Übergangsmodell zur Anwendung kommt, das die Unterschiede bei den beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen in sachgerechter Weise berücksichtigt. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist deshalb eine Muss-Regelung einzuführen.

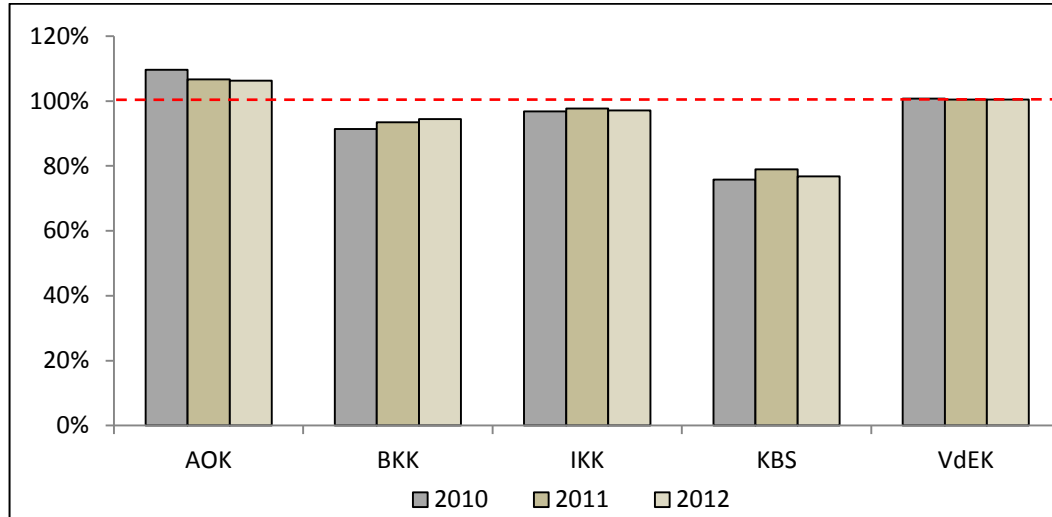
Das bisher im Gesetzesentwurf enthaltene und vom Bundesversicherungsamt erdachte sogenannte Hybridmodell, bei dem das defizitäre aktuelle demographische Modell durch einen hälftigen Ausgabenausgleich ergänzt werden soll, führt im Ergebnis zu einer Halbierung der Über- und Unterdeckungen auf Einzelkassenebene. Demzufolge lässt dieser Vorschlag allein den wesentlichen *Methodenfehler* des aktuellen Ausgleichsmodells unbeachtet.

Verursacht wird diese Verzerrung dadurch, dass es sich beim Krankengeld – im Gegensatz zu den sonstigen im Morbi-RSA berücksichtigten Leistungsbereichen – „nicht um eine einkommensunabhängige Sach-, sondern um eine reine Lohnersatzleistung handelt“. [Drösler et al. (2011), *Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich*, S. 8]. Im derzeitigen Morbi-RSA gleicht das Zuweisungsmodell im Krankengeldbereich aber lediglich standardisierte Durchschnittsverdienste der gesamten GKV aus. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken die Ausgaben also

insbesondere dann nicht, wenn bei einer Krankenkasse die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter über dem bundesweiten Durchschnitt liegen. Krankenkassen mit vergleichsweise niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen erhalten hingegen Zuweisungen, die über ihrem eigentlichen Ausgleichsbedarf liegen, d.h. die Zuweisungen sind höher als ihre tatsächlichen Ausgaben. Konzentrieren sich bei einer Krankenkasse Mitglieder mit hohen Krankengeldansprüchen, etwa als Resultat hoher Einkommen, führt dies zu einem signifikanten Missverhältnis von Krankengeldzuweisungen aus dem Morbi-RSA und Krankengeldauszahlungen der Krankenkasse an ihre Mitglieder, d. h. die Zuweisungen sind hier niedriger als dessen tatsächliche Ausgaben. Da das bestehende Verfahren nur die demographischen Faktoren Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus berücksichtigt, ist es somit offenbar nicht geeignet, das Krankengeld sachgerecht zu berücksichtigen.

Die Deckungsquoten auf Krankenkassenartenebene belegen die beschriebene Verzerrung:

Abb. 1: Deckungsquoten im Bereich Krankengeld nach Kassenarten in Prozentangaben (Jahresschlussausgleich 2010 bis 2012; Status Quo)



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Deckungsbeiträge gemäß
RSA-Schlussausgleiche der Jahre 2010 bis 2012

Tabelle 1: Deckungsquoten im Bereich Krankengeld nach Kassenarten in absoluten Zahlen (Jahresschlussausgleich 2010 bis 2012; Status Quo)

Jahr	Krankengeld	Kassenart				
		AOK	BKK	IKK	KBS	VdEK
2010	Tatsächlich [in Mill. Euro]	2.030,97	1.732,89	672,17	190,16	2.876,81
	Standardisiert [in Mill. Euro]	2.226,03	1.583,34	650,48	144,15	2.899,00
	Deckungsquote [in Prozent]	109,60	91,37	96,77	75,80	100,77
2011	Tatsächlich [in Mill. Euro]	2.322,89	1.655,43	746,33	207,61	3.294,79
	Standardisiert [in Mill. Euro]	2.478,02	1.547,46	729,45	163,90	3.308,20
	Deckungsquote [in Prozent]	106,68	93,48	97,74	78,95	100,41
2012	Tatsächlich [in Mill. Euro]	2.525,76	1.742,55	818,27	233,55	3.541,57
	Standardisiert [in Mill. Euro]	2.685,28	1.646,08	794,68	179,26	3.556,40
	Deckungsquote [in Prozent]	106,32	94,46	97,12	76,75%	100,42

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Deckungsbeiträge gemäß
RSA-Schlussausgleiche der Jahre 2010 bis 2012

Abb. 1 bzw. Tabelle 1 zeigen, dass in den Betrachtungsjahren 2010 bis 2012 bei den Betriebskrankenkassen eine signifikante Unterdeckung vorliegt, während bei den AOKen im Bereich Krankengeld eine deutliche Überdeckung besteht. Die Unter- bzw. Überdeckungen sind aber nicht das Ergebnis von (un-)wirtschaftlicherem Handeln. Vielmehr ist hier ein *Methodenfehler* ausschlaggebend, da ungeachtet der tatsächlichen Höhe der gesetzlich vorgegebenen Zahlungsverpflichtungen bundeseinheitliche Zuweisungen erfolgen. Dabei ließe sich die Grundlohnsumme präzise ausgleichen, wie es im Übrigen beim Einkommensausgleich (§ 270a SGB V) für den Zusatzbeitrag mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf geschehen soll.

Für eine vollständige und zielgenaue Korrektur der systematischen Verzerrung beim Krankengeld ist noch einige Forschungsarbeit notwendig. Bis dahin ist jedoch das folgende Übergangsmodell sachgerecht und zeitnah umsetzbar:

Das im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Modell muss dahingehend verändert werden, dass der Realkostenausgleich auf 30 Prozent begrenzt und die Grundlohnkomponente beim Krankengeld mit einem 70 Prozent-Anteil sachgerecht berücksichtigt wird, indem die standardisierten Ausgaben mit einem zusätzlichen Grundlohnfaktor multipliziert werden. Der Realkostenausgleich ist dadurch gering genug, um genügend Raum für Wirtschaftlichkeitsanreize zu lassen, zugleich aber die verbleibenden Dysfunktionalitäten des aktuellen Krankengeldmodells zu verringern.

Es muss eine Berücksichtigung der Grundlohnkomponente erfolgen. Hierzu wird ein entsprechender Faktor in die Zuweisungen für Krankengeld einbezogen, welcher das Verhältnis der kassenindividuellen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder mit Krankengeldanspruch zu denen auf GKV-Ebene abbildet.

Der kassenindividuelle Betrag je anspruchsberechtigtem Mitglied kann auf Basis der beim BVA zusammengeführten Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldberechtigten Mitglieder ermittelt werden. Dieser kassenindividuelle Wert wird ins Verhältnis zum GKV-Durchschnittswert gesetzt; das Ergebnis ist der jeweilige Grundlohnfaktor. Um die neue Summe der Krankengeldzuschläge zu ermitteln, wird die nach dem bestehenden Verfahren ermittelte Summe der Krankengeldzuschläge mit diesem Faktor multipliziert. Sollte die GKV-Summe der so errechneten Zuschläge von der Ausgangssumme abweichen, ist mittels Korrekturfaktor eine Anpassung auf den GKV-Ausgangswert vorzunehmen.

Zum Schlussausgleich kann dann auf Basis der Jahresrechnung der Krankenkassen eine anteilige Berücksichtigung der tatsächlichen Nettoaufwendungen für Krankengeld zu 30 von Hundert erfolgen. Damit wird sichergestellt, dass die Folgen der vom wissenschaftlichen Beirat festgestellten, nicht identifizierbaren oder quantifizierbaren Effekte gemildert werden, ohne jedoch den Wirtschaftlichkeitsanreiz über Gebühr auszuhebeln. [Vgl. Artikel 15 Nummer 6 sowie Nummer 10].

„(2) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, ist die Höhe der Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppen zu begrenzen.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Es ist darauf hinzuweisen, dass die „kann“-in-„ist“-Regelung bereits in dem § 269 Absatz 2 umgesetzt wurde. In dem § 269 SGB V Absatz 1 bezüglich des Krankengeldes fin-

det die Umstellung von „kann“ zu „ist“ bedauerlicherweise keine Anerkennung. Es ist
wünschenswert, dies zu ändern.

„(3) Das Bundesversicherungsamt gibt Gutachten in Auftrag, mit denen Modelle für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, entwickelt werden sollen. Dabei ist auch zu untersuchen, ob zusätzliche Daten erforderlich sind, um das in Satz 1 genannte Ziel zu erreichen. § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten. Zur Erfüllung des jeweiligen Gutachtauftrags ist der beauftragten Person oder Personengruppe beim Bundesversicherungsamt Einsicht in die diesem nach § 268 Absatz 3 Satz 7 übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu geben. Zu diesem Zweck ist der beauftragten Person oder Personengruppe bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland ebenso Einsicht in die dieser nach Artikel 35 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1; L 200 vom 7.6.2004, S. 1; L 204 vom 4.8.2007, S. 30) in Verbindung mit Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1) vorliegenden Daten zu geben; Einsicht ist nur in pseudonymisierte oder anonymisierte Daten zu geben.“

a) Gewünschte Änderung

„... § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten; ebenso die kassenindividuelle Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder.“

b) Begründung

Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass bei der Entwicklung des Langfristmodells zur Ablösung der Übergangsregelung die kassenindividuelle Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder in angemessener Weise berücksichtigt werden.

„(4) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben der Absätze 1 bis 3, insbesondere zur Abgrenzung der Leistungsausgaben, zum Verfahren einschließlich der Durchführung des Zahlungsverkehrs sowie zur Festlegung der Vorgaben für die Gutachten regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1.“

a) Gewünschte Änderung

Einfügen eines neuen Absatzes 5 zu § 269 SGB V - Zeitgleiche Wirkung der Auswirkungen der Annualisierung Verstorbener, Krankengeld und Auslandsversicherte

„(5) Die Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte sollen ihre Wirkung zeitgleich zu den Korrekturen bei der Annualisierung der Kosten Verstorbener entfalten. Für den Fall, dass aus verfahrenstechnischen Gründen einzelne der in Satz 1 genannten Korrekturen singulär umgesetzt werden, erhalten die belasteten Krankenkassen einen identischen Ausgleich aus der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 2.“

b) Begründung

Die monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind für die Krankenkassen von elementarer Bedeutung. Nach dem politischen Willen sollen die im Koalitionsvertrag beschriebenen Themenfelder eine zeitgleiche Wirkung entfalten. Nachträgliche Änderungen bei Ausgleichsjahren vor 2013, etwa durch Gerichtsurteile oder rückwirkende Gesetzes- oder Verfahrensänderungen (Klassifikation), die zur Neuberechnung der Zuweisungsbeträge und somit zu Rückzahlungen an den Gesundheitsfonds führen, sind demnach aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu entnehmen.

Nr. 35
§ 270 a (Einkommensausgleich)

Nach § 270 wird folgender § 270a eingefügt:

„§ 270a – Einkommensausgleich

(1) Zwischen den Krankenkassen wird im Hinblick auf die von ihnen erhobenen Zusatzbeiträge nach § 242 nach Maßgabe der folgenden Absätze ein vollständiger Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder durchgeführt.

(2) Die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag nach § 242 erheben, erhalten aus dem Gesundheitsfonds die Beträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder in der Höhe, die sich nach dem Einkommensausgleich ergibt. Die Höhe dieser Mittel für jede Krankenkasse wird ermittelt, indem der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 mit den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und ihrer Mitgliederzahl multipliziert wird.

(3) Weicht der Gesamtbetrag aus den Zusatzbeiträgen nach § 242 von den notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach Absatz 2 ab, wird der Abweichungsbetrag entweder aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht oder der Liquiditätsreserve zugeführt.

(4) Das Bundesversicherungsamt verwaltet für die Zwecke der Durchführung des Einkommensausgleichs die eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen; § 271 Absatz 6 Satz 1 ist entsprechend anzuwenden. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Mittel nach Absatz 2 und weist sie den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 5 Satz 3 und Absatz 6 Satz 7 ist entsprechend anzuwenden. Das Nähere zur Ermittlung der vorläufigen und endgültigen Mittel, die die Krankenkassen im Rahmen des Einkommensausgleichs erhalten, zur Durchführung, zum Zahlungsverkehr und zur Fälligkeit der Beiträge regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Es wird angemerkt, dass der vollständige Einkommensausgleich nur diejenigen Kassen betrifft, die einen Zusatzbeitrag erheben. Kassen, die einen unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben, werden dementsprechend auch nur unterdurchschnittlich am Einkommensausgleich beteiligt, Kassen mit überdurchschnittlichem Zusatzbeitrag betrifft der Einkommensausgleich dementsprechend überdurchschnittlich. In der Folge wird die Liquiditätsreserve nach Verteilung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge entweder weiter auf- oder abgebaut. Es droht auf der einen Seite eine Schieflage in der Form, dass die Liquiditätsreserve mit Finanzmitteln, die den Krankenkassen nicht

zur Verfügung stehen, übermäßig aufgefüllt wird, oder auf der anderen Seite die Gefahr, dass die Reserven des Gesundheitsfonds vollständig aufgezehrt werden.

Des Weiteren erbringen durch den vollständigen Einkommensausgleich Krankenkassen mit überdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen einen erheblichen Solidarbeitrag gegenüber anderen Krankenkassen. Das macht es umso notwendiger, dass diese Krankenkassen im Bereich der Sonderregelung Krankengeld eine Entlastung erfahren und nicht zusätzlich einen weiteren Solidarbeitrag an die übrige GKV entrichten müssen.

Zudem sollte für die Verwaltung des Einkommensausgleichs und des Gesundheitsfonds durch das Bundesversicherungsamt Transparenz über die von der GKV zu finanzierenden Personal- und Sachkosten gegeben sein. Die zu tragenden Ausgaben bei der Verwaltung und Durchführung des Einkommensausgleichs sollten gesondert von der Verwaltung des Gesundheitsfonds dargelegt werden.

Nr. 36

§ 271 (Gesundheitsfonds)

§ 271 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die eingehenden Beträge nach Absatz 1 sind, soweit es sich dabei um Zusatzbeiträge nach § 242 handelt, in voller Höhe für den Einkommensausgleich nach § 270a zu verwenden. Sie sind dem Bundesversicherungsamt als Verwalter der eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen nachzuweisen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Aus der Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde gelegten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 25 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen.“

c) In Absatz 6 werden nach dem Wort „Durchführung“ die Wörter „und Weiterentwicklung“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Abführung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages an den Gesundheitsfonds Anpassungen in folgenden Infrastrukturen nötig macht: Anpassung des Beitragsnachweises, Anpassungen der Monatsabrechnungen „GSV“ und „Sonstige“, Anpassung des Beitragsbuches.

Weiterhin wäre eine Anpassung der Finanzfunktionalitäten hinsichtlich der Buchung der Geldflüsse für die Zusatzbeiträge an den/vom Gesundheitsfonds erforderlich. Bisher verblieb der Zusatzbeitrag bei der Kasse, so dass ein neues Buchungsverfahren etabliert werden müsste.

Die Beitragsbescheide für Selbstzahler sind anzupassen. Statt zwei müssten künftig drei Positionen aufgeführt werden: KV-Beitrag, KV-Zusatzbeitrag, PflV-Beitrag.

Anders als in der Begründung, Teil A.VI.5 (Weitere Kosten) ausgeführt, ist dies insgesamt mit Kosten verbunden.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 37

§ 272 (Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds)

§ 272 wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 38

§ 284 (Sozialdaten bei den Krankenkassen)

In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „*und die Durchführung des Sozialausgleichs*“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung

b) Begründung

/

Nr. 39

§ 299 (Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung)

§ 299 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2“ durch die Wörter „§ 135a Absatz 2, § 136 Absatz 2 oder § 137a Absatz 3“ ersetzt.

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2“ durch die Wörter „§ 135a Absatz 2, § 136 Absatz 2 oder § 137a Absatz 3“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird nach der Angabe „Satz 3“ die Angabe „bis 7“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Folgeregelungen im Zusammenhang mit § 137a SGB V.

Nr. 40

**§ 304 (Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen
und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse)**

§ 304 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „*oder des Risikopools (§ 269)*“ gestrichen.

b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 2 können Krankenkassen die rechtmäßig gespeicherten ärztlichen Abrechnungsdaten für Zwecke der Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs länger aufbewahren; sie sind nach spätestens vier Jahren zu sperren und spätestens nach den in der Rechtsverordnung genannten Fristen zu löschen.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung

b) Begründung

/

Nr. 41

§ 322 (Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4)

Nach § 321 wird folgender § 322 eingefügt:

„§ 322 – Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent sowie für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 übergangsweise weiter ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 8,2 Prozent Anwendung; von diesen gelten jeweils 0,9 Prozentpunkte als Zusatzbeitrag gemäß § 242.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 2 – Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

In § 40 Absatz 2 Nummer 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitssuchende - in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 7. Mai 2013 (BGBl. I S. 1167) geändert worden ist, werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter *„§ 335 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 1 ist nicht anwendbar, wenn in einem Kalendermonat für mindestens einen Tag rechtmäßig Arbeitslosengeld II gewährt wurde; in den Fällen des § 335 Absatz 1 Satz 2 und des § 335 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 besteht kein Beitragsersatzanspruch“* eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 3 – Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

In § 174 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, werden nach den Wörtern „*der gesetzlichen Krankenversicherung*“ die Wörter „*zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes*“ eingefügt und wird die Angabe „§ 241“ durch die Angabe „§§ 241, 242a“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 4 – Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S.363), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 23 Absatz 1 Satz 4 wird aufgehoben.
2. Dem § 26 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) In den Fällen, in denen eine Mehrfachbeschäftigung vorliegt und nicht auszuschließen ist, dass die Voraussetzungen des § 22 Absatz 2 vorliegen, hat die Einzugsstelle nach Eingang der Entgeltmeldungen von Amts wegen die Ermittlung einzuleiten, ob Beiträge zu Unrecht entrichtet wurden. Die Einzugsstelle kann weitere Angaben zur Ermittlung der zugrunde zu legenden Entgelte von den Meldepflichtigen anfordern. Eine Anforderung hat in elektronischer Form durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erfolgen. Dies gilt auch für die Rückübermittlung der ermittelten Gesamtentgelte an die Meldepflichtigen. Die Einzugsstelle hat das Verfahren innerhalb von zwei Monaten nach Vorliegen aller insoweit erforderlichen Meldungen abzuschließen. Das Verfahren gilt für Abrechnungszeiträume ab dem 1. Januar 2015. Das Nähere zum Verfahren, den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen regeln die gemeinsamen Grundsätze nach § 28b Absatz 2.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Anzumerken ist, dass für die Umsetzung dieser Änderung ein neues elektronisches Abfrageverfahren zur Erfassung der Mehrfachbeschäftigten bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze erforderlich ist. Anders als in der Begründung, Teil A.VI.4 (Weitere Kosten) ausgeführt, dürfte dieses mit enormen Kosten verbunden sein. Daher greifen auch die Ausführungen der Gesetzesbegründung zu kurz, soweit dort nur die Kostensparnis mit Blick auf den Wegfall des Meldeverfahrens thematisiert wird.

3. § 28a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

„10. auf Anforderung der Einzugsstelle nach § 26 Absatz 4 Satz 2,“.

b) Absatz 4a wird wie folgt gefasst:

„(4a) Der Meldepflichtige erstattet die Meldungen nach Absatz 1 Nummer 10 an die zuständige Einzugsstelle. In der Meldung sind insbesondere anzugeben:

1. die Versicherungsnummer des Beschäftigten,

2. die Betriebsnummer des Beschäftigungsbetriebes,

3. das monatliche laufende und einmalig gezahlte Arbeitsentgelt, von dem Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung für das der Ermittlung nach § 26 Absatz 4 zu Grunde liegende Kalenderjahr berechnet wurden.“

c) In Absatz 13 Satz 1 werden die Wörter „sowie ein Kennzeichen in den Fällen des § 242b Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

4. § 28f Absatz 3 Satz 5 wird aufgehoben.

5. § 28h Absatz 2a wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 5 – Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch § 106 (Zuschuss zur Krankenversicherung)

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 106 Absatz 2 und 3 Satz 1 werden jeweils die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
2. In § 154 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „um den allgemeinen Beitragsanteil“ die Wörter „sowie den durchschnittlichen Zusatzbeitrag“ eingefügt.
3. In § 163 Absatz 10 Satz 3 werden die Wörter „allgemeinen Beitragssatzes“ durch die Wörter „um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 6 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2a werden die Wörter *„soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind“* durch die Wörter *„auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist“* ersetzt.

2. In § 57 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter *„der 30. Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße“* durch die Wörter *„das 0,2172fache der monatlichen Bezugsgröße“* ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter *„und sind abweichend von § 54 Absatz 2 Satz 2 die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen; § 232a Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend“* eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 7 – Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Bemessung dieser Beiträge gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.“

bb) In Satz 3 werden die Wörter *„die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“* durch die Wörter *„abweichend von Satz 2 die Hälfte des um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“* ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für die Bemessung der Beiträge aus den in Absatz 1 Nummer 2 genannten Renten gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung. Abweichend von Satz 1 gilt für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Hälfte des um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung.“

2. § 40 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Vergleichsbeitrag ist aus dem Dreißigfachen des in § 223 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages und dem um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermitteln.“

3. In § 42 Absatz 2 werden die Wörter *„abzüglich 0,9 Beitragssatzpunkte“* gestrichen.

4. In § 48 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter *„um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“* gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 8 – Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte § 35a (Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung)

In § 35a Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891), das zuletzt durch Artikel 16 Absatz 17 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 9 – Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch § 32 (Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung)

In § 32 Absatz 4 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 1. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3733) geändert worden ist, werden die Wörter „Zusatzbeitrag nach § 242“ durch die Wörter „*durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 3*“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 10 – Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 16 Absatz 18 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 10 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 2 werden jeweils die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
2. § 16 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ werden durch die Wörter „zuzüglich des Zusatzbeitrages nach § 242 Absatz 1 des Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
 - b) Die Wörter „§§ 223, 234 Absatz 1, die §§ 241, 242 Absatz 6 bis § 242b Absatz 1 und 3, 7 und 8“ werden durch die Wörter „§ 220 Absatz 1 Satz 1, §§ 223, 234 Absatz 1, §§ 241 und 242“ ersetzt.
3. In § 16a Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 57“ durch die Angabe „§ 55“ ersetzt.
4. § 34 Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 11 – Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

§ 12 Absatz 1c Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl.1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 13 des Gesetzes vom 28. August 2013 (BGBl. I S. 3395) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 12 – Änderung des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes

In § 13 Absatz 3 Satz 3 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2012 (BGBl. I S. 2070) werden die Wörter „*in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung*“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 13 – Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung

§ 11b der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152), die zuletzt durch Artikel 16 Absatz 5 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„§ 11b – Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung auf Anforderung der Einzugsstelle

Nach Anforderung der Einzugsstelle hat der Arbeitgeber mit der ersten folgenden Lohn- und Gehaltsabrechnung, spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung, die Entgeltmeldungen nach § 28a Absatz 1 Nummer 10 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch an die zuständige Einzugsstelle zu melden.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 14 – Änderung der Beitragsverfahrensverordnung

In § 4 Satz 1 der Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S. 1138), die zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2474) geändert worden ist, werden nach dem Wort „*Gesamtsozialversicherungsbeiträge*“ die Wörter „, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 15 – Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 1

§ 2 (Versichertengruppen)

In § 2 Absatz 5 werden das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Angehörige,“ die Wörter *„sowie Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 256a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen,“* angefügt.

a) Gewünschte Änderung

In § 2 Absatz 5 werden das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Angehörige“ die Wörter *„sowie Mitglieder, deren Leistungsansprüche für Zeiten ab dem 01. Januar 2015 nach § 256a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen,“* angefügt.

b) Begründung

Artikel 15 tritt am 01.01.2015 in Kraft. In 2015 und den Folgejahren werden im Morbi-RSA noch Versicherungszeiten für die Jahre 2012, 2013 und 2014 gemeldet. Ohne die Klarstellung würde es ggf. zu einer rückwirkenden Änderung kommen.

Nr. 2

§ 29 (Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)

In § 29 Nummer 4 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „*sowie Minderung der Erwerbsfähigkeit*“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 3

§ 30 (Erhebung und Verwendung von Daten für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)

§ 30 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 und 5 werden jeweils nach der Angabe „§ 42“ die Wörter „sowie zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 5“ eingefügt.

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass zu einem Versichertenpseudonym, zu dem mehr als eine Krankenkasse Daten gemeldet hat, in der Summe mehr Versicherungstage übermittelt wurden, als das Ausgleichsjahr an Kalendertagen aufweist, oder dass unterschiedliche Angaben zu Geburtsjahr und Geschlecht übermittelt wurden, teilt er den betroffenen Krankenkassen das jeweilige Versichertenpseudonym, die Art des Fehlers sowie die jeweils andere betroffene Krankenkasse mit, um eine Klärung der Versichertenverhältnisse herbeizuführen. Das Nähere über das Verfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr.4

§ 31 (Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells)

§ 31 wird Absatz 5 wie folgt geändert:

a) Satz 5 wie folgt gefasst:

„Als Leistungsausgaben für die Risikogruppen nach Satz 1 werden die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung gebuchten Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen zu Grunde gelegt; danach sind, entsprechend den Bestimmungen des Kontenrahmens, die Bereiche pauschalierter oder nach dem tatsächlichen Aufwand berechneter Erstattungen an ausländische Versicherungsträger sowie Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.“

b) Folgender Satz 6 wird angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt eine weitergehende oder abweichende Bestimmung der Bereiche, die Aufwendungen für Leistungen im Ausland betreffen, treffen.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 5

§ 33 (Gutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte)

§ 33 wird wie folgt gefasst:

„§ 33 – Gutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

„(1) Das Bundesversicherungsamt beauftragt Personen oder Personengruppen, die über besonderen Sachverstand in Bezug auf die Versichertenklassifikation nach § 31 Absatz 4 verfügen, mit der Erstellung von einem oder mehreren wissenschaftlichen Gutachten nach § 269 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

„(2) Die Gutachten sollen Vorschläge unterbreiten, wie die Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und die Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, zielgerichteter ermittelt werden können. Die Vorgaben des § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 sind bei der Entwicklung der Modelle zu beachten. Dabei ist auch die Notwendigkeit einer Verbreiterung der Datengrundlage zu prüfen.“

a) Gewünschte Änderung

„...Die Vorgaben des § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 sind bei der Entwicklung der Modelle zu beachten; ebenso die kassenindividuelle Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder. Dabei ist auch die Notwendigkeit einer Verbreiterung der Datengrundlage zu prüfen.“

b) Begründung

Vgl. Begründung zu § 269 Abs. 1 und 3 SGB V (Nr. 26).

Die Vorgaben des § 268 Absatz 1, Satz 3 engen zudem möglicherweise die Modellbildung inadäquat ein. Da die Geldleistung Krankengeld gesetzlich vorgegeben am Ein-

kommen orientiert ist, muss dies zwingend bei der „Durchschnittsbildung“ berücksichtigt werden.

„(3) Im Gutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld soll zunächst untersucht werden, welche der Bestimmungsfaktoren, die die Höhe der Krankengeldausgaben einer Krankenkasse maßgeblich beeinflussen, zusätzlich zu berücksichtigen sind und mit Hilfe welcher Daten sich diese Bestimmungsfaktoren abbilden und erheben lassen, um die Zielsetzung nach Absatz 2 Satz 1 zu erreichen.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

„(4) Im Gutachten zu den Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, soll zunächst untersucht werden, welche der Bestimmungsfaktoren, die die Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse für diese Versichertengruppen maßgeblich beeinflussen, zusätzlich zu berücksichtigen sind und mit Hilfe welcher Daten sich diese Bestimmungsfaktoren abbilden und erheben lassen, um eine Verbesserung der Zielgerichtetheit nach Absatz 2 Satz 1 zu erreichen. Dabei sollen auch Vorschläge zur Verbesserung der Qualität, Transparenz und Abgrenzung der Daten unterbreitet werden.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

„(5) Das Bundesversicherungsamt hat sicherzustellen, dass die Untersuchungen nach den Absätzen 3 und 4 jeweils bis zum 31. Dezember 2015 abgeschlossen sind.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 6

§§ 33a bis 34 (Ermittlung der fortgeschriebenen Einnahmen, Ermittlung der Zuweisungen, Durchführung der Übergangsregelungen, Datenerhebungen und Gutachten-erstellung zu den Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds, Schlussformel)

§§ 33a bis 34 werden aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

§§ 33a bis 33c werden aufgehoben.

§ 34 wird wie folgt gefasst:

§ 34 (Durchführung der Sonderregelung für Krankengeld)

„(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse

a. auf Basis der Monatsabrechnung der Krankenkassen, der Meldung der Bundesagentur für Arbeit und der Meldung der Künstlersozialkasse die kassenindividuelle Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder,

b. die kassenindividuelle Anzahl der Krankengeldanspruchstage,

c. die kassenindividuelle Grundlohnkomponente je Tag, die sich aus dem Quotienten aus a und b ergibt.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Grundlohnkomponente je Tag für die GKV, die sich aus dem Quotienten der Summe der Werte nach Absatz 1 a über alle Krankenkassen und der Summe der Werte nach Absatz 1 b über alle Krankenkassen ergibt.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet den kassenindividuellen Grundlohnfaktor, in dem der kassenindividuelle Wert nach Absatz 1 c durch die Grundlohnkomponente der GKV nach Absatz 2 dividiert wird. Um die Summe der Krankengeldzuschläge nach der Sonderregelung des § 269 Abs. 1 SGB V zu ermitteln, wird für jede Krankenkasse die auf Basis des bestehenden Standardisierungsverfahrens ermittelte Summe der Krankengeldzuschläge mit dem kassenindividuellen Grundlohnfaktor nach Satz 1 multipliziert.

(4) Weicht die Summe der Krankengeldzuschläge aller Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 2 von der Summe der Aufwendungen aller Krankenkassen für Krankengeld ab, ist mittels Korrekturfaktor die Summe der Zuschläge auf die Höhe der Krankengeldaufwendungen zu nivellieren.“

b) Begründung

Die Änderung definiert das Verfahren zur Umsetzung der in die Sonderregelung für das Krankengeld neu aufzunehmenden Grundlohnkomponente. [Vgl. *Begründung zu § 269 Abs. 1 SGB V*]. Die Umsetzung ist in vier einfachen Berechnungsschritten möglich:

1. Die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder einer Krankenkasse wird in Relation zur Summe der Versicherungentage mit Krankengeldanspruch (VTKG) dieser Krankenkasse gesetzt. Da es sich bei dem KG um eine Lohnersatzleistung handelt, stellt dieses Verhältnis ein Maß für die durchschnittlichen Ausgaben einer Krankenkasse je VTKG dar und wird im Folgenden als Grundlohnkomponente einer Kasse bezeichnet.
(Problematisch wäre hingegen die Alternative einer Standardisierung über den kassenindividuellen kalendertäglichen Krankengeldzahlbetrag, wie sie der wissenschaftliche Beirat in seinem Gutachten vorgenommen hat; denn dazu müssten zusätzliche Daten von den Kassen erhoben werden. Die im Gutachten genutzten Daten wurden damals in Form von Sondererhebungen von den Kassen erstellt. Eine kurzfristige Umsetzung dieses Vorgehens wäre daher aufwendig, langfristig aber grundsätzlich möglich.)
2. Analog zu 1. wird die *Grundlohnkomponente der GKV* gebildet. Sie ist ein Maß für die GKV-durchschnittlichen Ausgaben je VT_{KG} .
3. Die Grundlohnkomponente jeder Kasse wird in Relation zur Grundlohnkomponente der GKV gesetzt. Dieses Verhältnis ist ein Maß für den Anteil, den jede Kasse an den Gesamtausgaben der GKV für die Finanzierung eines VT_{KG} trägt und wird im Folgenden *Grundlohnfaktor einer Krankenkasse* genannt. Zur abschließenden Berechnung der *Summe der KG-Zuschläge einer Krankenkasse* wird die im bestehenden Standardisierungsverfahren ermittelte Summe der KG-Zuschläge aller Krankenkassen mit dem kassenbezogenen Grundlohnfaktor multipliziert. Die standardisierten Zuweisungen werden so der unterschiedlichen Grundlohnlast der Krankenkassen bei der KG-Leistung angepasst.
4. Bei einer Abweichung der Summe der KG-Zuschläge aller Krankenkassen von der Summe der Aufwendungen aller Krankenkassen wird zur Nivellierung ein *Korrekturfaktor* eingesetzt.

Um die Liquidität der Kassen auch unterjährig zu sicherzustellen, sind die entsprechenden finanziellen Mittel nicht nur im Jahresausgleich, sondern bereits im Abschlagsverfahren zuzuweisen. Beide Verfahren können ohne besonderen zusätzlichen administ-

rativen Aufwand für die Krankenkassen im Rahmen einer einmaligen Anpassung adaptiert werden.

Die notwendigen Daten werden bereits derzeit regelmäßig als Teil der Monatsabrechnungen der in den Gesundheitsfonds einzahlenden Institutionen an das BVA übermittelt und liegen daher dort bereits vor. Alternativ wäre auch eine gesonderte Datenmeldung ohne großen Mehraufwand für die Kassen möglich. Diese könnte dann zusätzlich auch bereits kassenindividuelle Berechnungsergebnisse enthalten. Auf Basis dieser Daten ist die Grundlohnsumme des Teils der gesetzlich Versicherten zu ermitteln, der Anspruch auf Krankengeld hat.

Für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 ist das in § 269 Abs. 1 SGB V festgelegte Verhältnis von 70 Prozent (Standardisierung mit Grundlohnfaktor) zu 30 Prozent (Ist-Kosten-Ausgleich) in den jeweiligen Jahresausgleichen umzusetzen.

Nr. 7

§ 39 (Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung)

In § 39 Absatz 5 werden nach dem Wort „Durchführung“ die Wörter „und Weiterentwicklung“
eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 8

§ 39 (Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung)

Nach § 39a Absatz 5 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Auf die Erhebung des Aufschlags kann ganz oder teilweise verzichtet werden, wenn die Erhebung nach Lage des einzelnen Falls unbillig wäre.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 9

§ 40 (Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen)

§ 40 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. das Ergebnis nach Nummer 2 durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen und durch die Zahl 12 teilt und für jede Krankenkasse mit der Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, vervielfacht.“

b) Nummer 4 wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 10

§ 41 (Jahresausgleich)

§ 41 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr)

- 1. die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge und*
- 2. die Werte nach § 37 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie Absatz 4 Satz 2 Nummer 2*

neu. Die Summe der Risikozuschläge nach § 31 Absatz 5 Satz 1 ist auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 31 Absatz 5 Satz 5 zu begrenzen. Die Hälfte der Zuweisungen für die Versichertengruppen nach § 29 Nummer 4 ist für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln.“

a) Gewünschte Änderung

„(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr)

- 1. die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge und*
- 2. die Werte nach § 34 und*
- 3. die Werte nach § 37 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie Absatz 4 Satz 2 Nummer 2*

neu. Die Summe der Risikozuschläge nach § 31 Absatz 5 Satz 1 ist auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 31 Absatz 5 Satz 5 zu begrenzen. Die Zuweisungen für die Versichertengruppen nach § 29 Nummer 4 sind für jede Krankenkasse zu 30 v. H. auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln und zu 70 v. H. nach den Werten nach § 34 zu ermitteln.“

b) Begründung

Diese Ergänzung ist erforderlich, um den 30-prozentigen Ist-Kostenausgleich im Jahresausgleich zu berücksichtigen [Vgl. Artikel 15 Nummer 6].

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird nach dem Wort „*abzieht*“ das Komma durch das Wort „*und*“ ersetzt.

bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. das Ergebnis nach Nummer 1 durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen teilt und für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht.“

cc) Nummer 3 wird aufgehoben.

c) Absatz 4a wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 11

§ 43 (Durchführung des Einkommensausgleichs)

Folgender § 43 wird angefügt:

„§ 43 – Durchführung des Einkommensausgleichs

***(1)** Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Mittel, die die Krankenkassen aus dem Einkommensausgleich nach § 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.“*

*„**(2)** Das Bundesversicherungsamt ermittelt die vorläufige Höhe der Mittel nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit; § 39 Absatz 2 gilt entsprechend. Die monatlichen Mittel für jede Krankenkasse für den jeweiligen Ausgleichsmonat ergeben sich, indem die voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen mit dem Zusatzbeitragsatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht wird. § 39 Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend. Die Mittel für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des auf den Monat der ersten Auszahlung folgenden Monats ausgezahlt.“*

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Für die Berechnung der Abschlagssumme soll auf die KM1 des Vormonats abgestellt werden. Die Auszahlung des Zusatzbeitrages kann dann – nach erfolgtem Einnahmeausgleich – parallel zu den Zahlungseingängen erfolgen.

Die Genauigkeit dieses KM1-Wertes ist für das Abschlagsverfahren hinreichend. Die Versichertengelder werden so direkt für die Versorgung eingesetzt.

*„**(3)** Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der aktuellen Mitgliederzahlen aus den jeweils zum Ersten eines Monats erstellten Monatsstatistiken für die zurückliegenden Monate des Ausgleichsjahres zu den in § 39 Absatz 3 Satz 1 genannten Terminen die vorläufige Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 39 Absatz 3 Satz 5 und Absatz 3a gilt entsprechend.“*

*„**(4)** Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das Ausgleichsjahr*

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 14. Mai 2014 zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



*zu dem in § 41 Absatz 5 Satz 1 genannten Termin die Höhe der Mittel für jede Krankenkasse
neu. § 41 Absatz 4 gilt entsprechend.“*

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 16 – Änderung des Medizinproduktegesetzes

In § 42 Absatz 2 Nummer 16 des Medizinproduktegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 62 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist, wird nach der Angabe „Abs. 5 Nr. 1,“ die Angabe „1a,“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Es handelt sich dabei um eine Erweiterung der Bußgeldvorschriften. Ordnungswidrig (mit der Möglichkeit ein Bußgeld bis 25.000 € zu verhängen) handelt demnach, wer gegen folgende Rechtsverordnung bzw. vom BMG erlassene Anforderungen nach § 37 des Medizinproduktegesetzes verstößt:

1a. Anforderungen an die sichere Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten festzulegen und Regelungen zu treffen über

- a) zusätzliche Anforderungen an Aufbereiter, die Medizinprodukte mit besonders hohen Anforderungen an die Aufbereitung aufbereiten,
- b) die Zertifizierung von Aufbereitern nach Buchstabe a,
- c) die Anforderungen an die von der zuständigen Behörde anerkannten Konformitätsbewertungsstellen, die Zertifizierungen nach Buchstabe b vornehmen.

Artikel 17 – Inkrafttreten, Außerkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Januar 2015 in Kraft.
- (2) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2, 4 und 15, Artikel 2 und Artikel 6 treten am 1. Januar 2016 in Kraft.
- (3) Artikel 1 Nummer 13, 16 Buchstabe a, in Nummer 18 § 242a, Nummer 34 sowie Artikel 15 Nummer 2, 4, 5 und 10 Buchstabe a treten am 1. August 2014 in Kraft.
- (4) Artikel 1 Nummer 5 bis 8 und Nummer 39 sowie Artikel 16 treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Das vorgezogene Inkrafttreten der den GKV-Schätzerkreis betreffenden Regelungen ist notwendig, damit die Schätzung für 2015 auf der Grundlage der für 2015 geltenden neuen Finanzstruktur erfolgen kann.

Der Koalitionsvertrag sieht eine zeitgleiche Umsetzung der drei Bereiche Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener, Krankengeld und Auslandsversicherte vor. Es ist klarzustellen, dass das Bundesversicherungsamt ggf. alle rückwirkend in Kraft tretende Regelungen im Zusammenhang mit Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener, Krankengeld und Auslandsversicherten bei den Korrekturen der jeweiligen Jahresausgleiche zu beachten hat.

III. Weiterer Änderungsbedarf

1. Änderungsbedarf

Nach § 284 Absatz 4 SGB V wird ein neuer Absatz 5 eingefügt:

a) Gewünschte Änderung

„(5) Die Krankenkassen, ihre Verbände sowie die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen und ihrer Verbände dürfen die für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs aufgrund der von § 266 Abs. 7 SGB V erlassenen Rechtsverordnung erhobenen Daten über die Regelungen dieser Rechtsverordnung hinaus verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Erfüllung der Auskunftspflichten nach § 172 Absatz 2 Satz 1 erforderlich ist.“

b) Begründung

Gestützt auf § 172 Absatz 2 Satz 1 haben die Betriebskrankenkassen ein gemeinsames Verfahren zum Finanzcontrolling und zur Haftungsprävention eingeführt. Dieses Verfahren wurde mit Zustimmung der Landesaufsichten in gleichlautenden Satzungsregelungen aller BKK Landesverbände niedergelegt. Damit ist bereits seit mehreren Jahren ein bundesweit einheitliches Vorgehen auf Basis valider Informationen gewährleistet.

Ziel dieses Verfahrens ist es, finanzielle Risiken der Mitgliedskassen der BKK Landesverbände frühzeitig zu erkennen, finanzielle Belastungen aus der Schließung, Auflösung oder Insolvenz von Betriebskrankenkassen zu vermeiden und damit Schäden vom Haftungsverbund abzuwenden.

Zur Durchführung des Finanzcontrollings sehen die einschlägigen Satzungsregelungen der BKK Landesverbände unter anderem die Heranziehung der RSA-Satzarten vor. Diese sind für die im Rahmen der Haftungsprävention notwendigen Finanzprognosen und die in die Zukunft gerichtete Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse unabdingbar.

Mit Schreiben vom 12.08.2013 hat das BVA die seiner Aufsicht unterstehenden Betriebskrankenkassen aufgefordert, die regelhafte Übermittlung der RSA-Satzarten an die Landesverbände einzustellen, weil die Nutzung der RSA-Satzarten für das Finanzcontrolling und die Haftungsprävention nach seiner Einschätzung nicht zulässig sei. Damit greift die aus § 172 Absatz 2 Satz 1 resultierende Verpflichtung zur Durchfüh-

zung eines Finanzcontrollings, die mit den entsprechenden Satzungsregelungen der BKK Landesverbände konkretisiert wurde, nicht mehr.

Um zu gewährleisten, dass die bewährten Verfahren zum Finanzcontrolling und zur Haftungsprävention innerhalb des BKK Systems rechtssicher fortgesetzt werden können, ist deshalb die gewünschte Änderung erforderlich.

2. Änderungsbedarf

Zu § 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV

„Zu einer längeren Aufbewahrung ist eine Krankenkasse nur verpflichtet und berechtigt, wenn das Bundesversicherungsamt im Einzelfall feststellt, dass die weitere Aufbewahrung zur Durchführung von Korrekturen der gemeldeten Daten erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach zwölf Jahren zu löschen.“

und

zu § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, alle im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs maschinell erzeugten Datengrundlagen sowie die gesamte Dokumentation aller Korrekturmeldungen für die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 sowie Nummer 8,9 und 11 in Verbindung mit Absatz 4 sowie die diesen Meldungen zugrunde liegenden, bei den Krankenkassen rechtmäßig gespeicherten Daten sechs Jahre lang revisionssicher und nachprüfbar zu speichern und aufzubewahren; § 3 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

a) Gewünschte Änderungen

§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV wird gestrichen. In § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV werden nach „...§ 3 Absatz 7 Satz 2“ die Worte „und 3“ gestrichen.

b) Begründung

Die Regelung ist veraltet, denn sie stammt noch aus dem Alt-RSA und war gedacht für etwaige Korrekturen von Satzarten der Versicherungszeiten und später auch des Risikopools. Beide Satzarten sind heute nicht mehr existent und wurden von den Meldungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs abgelöst. Aus der Begründung der 5. RSAV-Änderungsverordnung vom 4. Dezember 2002, wonach diese Regelung eingeführt wurde, ist folgendes angeführt:

„Diese Vorschrift stellt klar, dass die in Satz 1 genannte Aufbewahrungsfrist von der Krankenkasse grundsätzlich weder über- noch unterschritten werden darf. Zu einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist kann es nur in vom Bundesversicherungsamt je-

weils festzustellenden Ausnahmefällen kommen. Diese Feststellung kann durch das Bundesversicherungsamt jedoch nur getroffen werden, wenn es hierfür sachliche Gründe, wie z.B. Unplausibilitäten in dem zuletzt erhobenen Korrekturjahr, gibt, die eine Korrektur der gemeldeten Daten erforderlich machen. Durch die Änderung wird eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Verfahrens erreicht.“

Parallel zu der damaligen Einführung wurde auch das Korrekturverfahren der Versicherungszeiten erweitert. Die Korrekturen wurden auf das erste und das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr ausgedehnt. In Ausnahmefällen wurde sogar eine Korrektur für Ausgleichsjahre, die vor den fünf Jahren gelten, mit der 5. RSAV-Änderungsverordnung ermöglicht. Dadurch war es theoretisch denkbar, dass etwaige Meldungen und die dazugehörigen Daten der Versicherungszeiten durch die damals geltenden neun Jahre nicht abgedeckt waren. Die Korrekturen des Alt-RSA und damit auch die Prüfung nach §15a RSAV wurde mit der 24. RSAV-Änderungsverordnung entsprechend zeitlich begrenzt.

„(2) Für Prüfungen bis zum Ausgleichsjahr 2008 ist § 15a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung anzuwenden. Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 und die damit verbundenen Datenerhebungen sind ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr durchzuführen.“

Eine Anpassung im Rahmen des nun geltenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches fand bei der 24. RSAV-ÄnderV statt. In der Begründung zur Änderung des §30 Absatz 2 RSAV wird dazu wurde folgendes aufgeführt:

„Weiterhin ist zu beachten, dass sich an die Durchführung eines Jahresausgleichs durch das Bundesversicherungsamt Klageverfahren anschließen können, für deren Ausgang es wesentlich sein kann, dass Originaldaten noch vorliegen. Der Jahresausgleich 2009, dem die Morbiditätsinformationen des Jahres 2008 zugrunde liegen, wurde Ende 2011 korrigiert. Die Aufbewahrung für darüber hinausgehende drei Jahre erscheint angemessen, da früher nicht mit einem Abschluss etwaiger Klageverfahren zu rechnen ist. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die zum Teil kürzeren gesetzlichen Aufbewahrungszeiten insbesondere für die Abrechnungsunterlagen für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs auf sechs Jahre zu verlängern.“

Der Verweis auf § 3 Absatz 7 Satz 2 (Beginn der Frist) und Satz 3 konterkariert die oben genannten Ausführungen.

Zudem ist die eigentliche Prüfung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nach § 42 RSAV an strikte Fristen gebunden. Nur zu diesem Zweck werden die entsprechenden Originalunterlagen von den Kassen aufbewahrt. Eine Ausweitung dieser Aufbewahrungsfrist der entsprechenden Abrechnungsunterlagen und der Original Datengrundlagen über den zu erwartenden Prüfungszeitraum hinaus ist nicht nachvollziehbar. Insofern ist der Passus redaktionell anzupassen, da eine unnötige Verlängerung der Aufbewahrungsfrist unwirtschaftlich ist.