

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0033(2)

gel. VB zur öAnhörung am 21.05.

14_GKV-FQWG-ÄÄ

19.05.2014



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwick-
lung der Finanzstruktur und der Qualität in der
Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
Finanzstruktur- und Qualitäts-
Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

BT-Drs. 18/1307

anlässlich der öffentlichen Anhörung vor dem Ge-
sundheitsausschuss des Deutschen Bundestages
am 21. Mai 2014

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	4
2. Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetzentwurf	5
3. Stellungnahme zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	8
• Nr. 7 § 137a (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen)	8
• Nr. 10 § 175 Absatz 4 (Krankenkassenwahlrecht).....	10
• Nr. 15 § 232a (Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld)	11
• Nr. 18 § 242 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 und 5 (Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz für Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder vergleichbaren Entgeltersatzleistungen).....	13
• Nr. 34 § 269 (Sonderregelung für Krankengeld und Auslandsversicherte)	14
• Nr. 35 § 270a (Einkommensausgleich).....	15
• Nr. 36 a § 271 (Gesundheitsfonds).....	17
• Nr. 36 b § 271 (Gesundheitsfonds).....	18
4. Stellungnahme zu Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)	
• Nr. 2 § 26 Absatz 4 – neu – (Beitragsausgleichsverfahren bei Mehrfachbeschäftigten, deren Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet).....	20
• Nr. 3a – neu § 28d Absatz 1 Satz 5 (Definition des Begriffs Gesamtsozialversicherungsbeitrag)	21
5. Stellungnahme zu Artikel 9 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch).....	23
• § 32 Absatz 4 (Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung) ...	23
6. Stellungnahme zu Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)	25
• Nr. 3 § 3 (Erhebung der Versicherungszeiten) und § 30 Absatz 2 (Erhebung und Verwendung von Daten für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs).....	25
• Nr. 4 § 31 Absatz 5 (Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells).....	25

•	Nr. 5 § 33 (Gutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte).....	26
•	Nr. 9 § 40 Absatz 1 (Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen).....	27
•	Nr. 10 § 41 (Jahresausgleich)	28
•	Nr. 11 § 43 (Durchführung des Einkommensausgleichs).....	29
7.	Stellungnahme zu Artikel 16 (Änderung des Medizinproduktegesetzes).....	31
•	§ 42 (Bußgeldvorschriften)	31
8.	Stellungnahme zu Artikel 17 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten).....	32

1. Vorbemerkung

Mit dem Entwurf zum GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz – GKV-FGWG – verfolgt die Bundesregierung ihr Ziel, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung neu zu justieren. Dies gehört auch nach Überzeugung der Ersatzkassen zu den vordringlichen Aufgaben. Voraussichtlich ab 2015 werden die jährlichen Ausgaben der Krankenkassen die jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds übersteigen. Es gilt zu verhindern, dass Krankenkassen noch nach altem Recht zusätzliche Finanzmittel über einen pauschalen Zusatzbeitrag erheben müssen. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf und seinem voraussichtlichen Zeitplan wird dies sichergestellt.

Mit der Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags entspricht die Regierung einer zentralen Forderung der Ersatzkassen. Einkommensunabhängige pauschale Zusatzbeiträge haben sich in der Vergangenheit als ungeeignet erwiesen, geeignete wettbewerbliche Impulse zu setzen. Zudem hätten sie einen aufwändigen und bürokratischen Sozialausgleich aus Steuermitteln notwendig gemacht, der nun entfallen kann.

Zukünftig werden Zusatzbeiträge ausschließlich prozentual und im Quellenabzugsverfahren erhoben. Dies ist ein wichtiger Schritt in Richtung Beitragssatzautonomie. Das dem GKV-System inhärente Prinzip der Belastungsumverteilung über eine einkommensabhängige Beitragserhebung wird bestätigt; der Solidargedanke und die GKV wird gestärkt.

Mit dem Gesetz zum FQWG schafft die Regierung auch die Voraussetzungen für eine bessere Versorgungsqualität. Es werden die Rechtsgrundlagen für ein neues unabhängiges Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen geschaffen und die Bemühungen für bessere Qualität verstärkt. Die Ersatzkassen sehen es als positiv an, dass dabei eine selbstverwaltungsnahe Lösung gewählt wird.

2. Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetzentwurf

Mit dem GKV-FQWG werden folgende Bereiche neu geregelt:

- Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent.
- Die daraus resultierende Unterdeckung soll durch kassenindividuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge gedeckt werden.
- Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag und der steuerfinanzierte Sozialausgleich werden abgeschafft.
- Es wird ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt.
- Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wird weiterentwickelt.
- Es wird ein Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen geschaffen.
- Das Medizinproduktegesetz wird um eine Sanktionsmöglichkeit ergänzt.
- Der Gesetzentwurf enthält ferner diverse beitrags-, mitgliedschafts- und melderechtliche Regelungen, unter anderem ein Sonderkündigungsrecht bei Einführung des Zusatzbeitragssatzes.

Die Ausgabenentwicklung darf zukünftig nicht allein zulasten der Versicherten gehen.

Der allgemeine Beitragssatz wird vom Gesetzgeber auf 14,6 Prozent festgelegt. Der Arbeitgeberbeitrag beträgt nach § 249 SGB V auch nach den hier beabsichtigten Rechtsänderungen die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und damit 7,3 Prozent. Die Abhängigkeit des Arbeitgeberbeitrags vom allgemeinen Beitragssatz bleibt bestehen. Es fehlt aber ein Mechanismus, der vorgibt, nach welchen Regeln der allgemeine Beitragssatz und damit der Arbeitgeberbeitrag verändert werden. Eine auf lange Sicht ausschließliche Finanzierung von zu erwartenden Ausgabenzuwächsen durch die Versicherten auf Basis von Zusatzbeiträgen widerspricht dem Grundsatz der Solidarität. Die Ersatzkassen setzen sich ausdrücklich dafür ein, einen Mechanismus zu implementieren, der sicherstellt, dass auch die Arbeitgeber ihren Beitrag zur solidarischen Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung leisten und künftige Ausgabenzuwächse mittragen.

Die Einführung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge ist richtig.

Die Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages wird ausdrücklich begrüßt. Die Vergangenheit hat gezeigt: Schon die Erhebung von finanziell überschaubaren pauschalen Zusatzbeiträgen hat überzogene Preisreaktionen hervorgerufen und dem Gesundheitssystem mehr geschadet als genutzt. Beitragsrelevante Investitionen in eine gute Versorgung wurden durch Mitgliederabwanderungen bestraft und ein Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb ausgelöst. Es ist gut, dass dies mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geändert werden soll.

Die Informationspflichten reduzieren den Wettbewerb auf den Preis.

Im Falle der Erhebung eines überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes sind die Versicherten nicht nur auf ein Sonderkündigungsrecht, sondern auch auf die Wahlmöglichkeit hin zu einer günstigen Krankenkasse hinzuweisen. Diese Regelung überspannt selbst in einem wettbewerblich angelegten Krankenversicherungssystem die Anforderungen an eine wohlverstandene Informationspflicht und geht über die landläufige Praxis in vergleichbaren Bereichen (wie z. B. Versicherungs- oder Versorgungsunternehmen) deutlich hinaus. Der Wettbewerb wird in der Folge auf einen reinen Preiswettbewerb reduziert. Innovationsbereitschaft, Qualität und Service einer Krankenkasse werden vollständig ausgeblendet. Die Mitteilung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes ist zudem irreführend, da es sich beim durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz um eine rein rechnerische Größe handelt und nicht um einen realen Durchschnittswert.

Die Einkommensumverteilung in der Krankenversicherung ist unbürokratisch.

Mit der Abschaffung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen wird auch der Sozialausgleich aus Steuermitteln überflüssig. Es ist gut, dass die Regierung künftig auf die Einkommensumverteilung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung setzen will. Das ist systemgerecht und entlastet alle Beteiligten von unnötigen Bürokratieaufwendungen. Die für den Sozialausgleich vorgesehenen Steuermittel in Höhe von zwei Milliarden Euro sind bereits durch eine Kürzung des Bundeszuschusses wieder dem Bundeshaushalt zugeführt worden.

Das Quellenabzugsverfahren sichert die Beitragseinnahmen.

Die Ersatzkassen haben immer wieder die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung und zur vollständigen Beitragssatzautonomie gefordert. Mit den nun beabsichtigten Regelungen kommen sie dem letzteren Ziel einen Schritt näher. Mit der Umwandlung des pauschalen in einen prozentualen Zusatzbeitrag erhalten sie die Beitragssatzautonomie über den Zusatzbeitragsbereich. Es ist ein Schritt in die richtige Richtung. Daneben wird sich auch das Quellenabzugsverfahren nicht nur über den allgemeinen Beitragssatz, sondern automatisch auch über den Zusatzbeitragsatz erstrecken. Das ist wesentlich, um den Einzug von Zusatzbeiträgen zu sichern. Damit dies künftig auch für die Beiträge von Arbeitnehmern, die bei einer Krankenkasse freiwillig versichert sind, gelten kann, ist eine Ergänzung notwendig, die deren Beiträgen den Charakter eines Gesamtsozialversicherungsbeitrags verleiht. Dies schützt nicht zuletzt auch die betroffenen Arbeitnehmer im Falle der Insolvenz des Arbeitgebers vor unbilligen Härten.

Der Einkommensausgleich ist die Basis für einen fairen Wettbewerb.

Grundsätzlich unterstützen die Ersatzkassen Maßnahmen, die einen fairen und gleichberechtigten Wettbewerb der Krankenkassen gewährleisten. Die Ersatz-

kassen begrüßen deshalb grundsätzlich die Einführung eines Einkommensausgleichs. Hinsichtlich seiner Umsetzung vertreten die Mitgliedskassen des vdek jedoch divergierende Positionen.

Im Gesundheitsfonds ist eine Obergrenze gesetzlich zu verankern.

Darüber hinaus müssen neben den bestehenden Untergrenzen auch Obergrenzen für die Liquiditätsreserve gesetzlich verankert werden. Diese sollen sicherstellen, dass übersteigende Fondsmittel für Zuweisungen an die Krankenkassen im Folgejahr zur Verfügung stehen.

Die Übergangsregelungen im Risikostrukturausgleich müssen durch systemkonforme Verfahren abgelöst werden.

Mit der Weiterentwicklung des Morbi-RSA sollen die Erkenntnisse aus dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs aus dem Jahr 2011 in Teilen umgesetzt werden. Der Ansatz, über die Vergabe von Gutachten systemkonforme und zielgenauere Verfahren für die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte zu erhalten, wird unterstützt. Vor diesem Hintergrund und bis zum Vorliegen praktikabler und akzeptabler Ergebnisse werden die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Übergangslösungen für Auslandsversicherte von allen Mitgliedskassen akzeptiert. Hinsichtlich der Ausgestaltung der Übergangslösung zum Krankengeld vertreten die Ersatzkassen keine einheitliche Auffassung.

Das neue Qualitätssicherungsinstitut soll Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung entwickeln.

Die Ersatzkassen begrüßen ausdrücklich das Bemühen um eine bessere Versorgungsqualität, zu dem sich CDU, CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag verpflichtet haben. Mit dem hier vorliegenden Regelungsentwurf für ein Institut für Qualitätssicherung und Transparenz wird der Anfang gemacht. Die zusätzlichen Aufgaben nach dem neuen § 137a SGB V werden von den Ersatzkassen als sinnvolle Ergänzung empfunden und unterstützt. Ergänzend sollte dem Institut von Beginn an die Aufgabe zukommen, für die Krankenhausplanung relevante planungstaugliche Qualitätskriterien und -indikatoren zu entwickeln.

3. Stellungnahme zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 7

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

Beabsichtigte Neuregelung

Der § 137a regelt in seiner heutigen Ausgestaltung die Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität durch ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen eines Vergabeverfahrens beauftragtes Institut (AQUA-Institut). Mit Artikel 1 Nummer 1 des GKV-FQWG wird dieser Paragraph neu gefasst. Er regelt nunmehr, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ein fachlich unabhängiges Institut gründet und dieses trägt („Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“). Die Organisationsform und die Finanzierung sind an die des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) angelehnt. Die Bestellung der Institutsleitung erfolgt innerhalb des Stiftungsvorstands mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit, das in den Stiftungsvorstand einen Vertreter entsendet. Des Weiteren wird geregelt, mit welchen Aufgaben das Institut insbesondere vom G-BA beauftragt werden soll. Dies sind die vier bisher schon in § 137a verankerten Aufgaben:

1. Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Messung der Versorgungsqualität und
2. die dafür notwendige Dokumentation.
3. Beteiligung an der Durchführung der Qualitätssicherung und
4. Veröffentlichung von Qualitätssicherungs-Ergebnissen.

Neu hinzu kommen folgende Aufgaben:

5. Krankenhausvergleiche im Internet zur Verfügung stellen (für ausgewählte Bereiche),
6. Qualitätsmessung und -darstellung der ambulanten und stationären Versorgung auf Basis von Sozialdaten der Krankenkassen (für ausgewählte Bereiche),
7. öffentliche Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln aus der ambulanten und stationären Versorgung.

Stellungnahme vdek

Die Neufassung des § 137a in dieser Form ist zu begrüßen. Ein Qualitätsinstitut in regelmäßigen Abständen auszuschreiben, führt zu hohen Arbeits- und Kostenaufwänden und massiven Reibungsverlusten. So gab es immer wieder Diskussionen um den Leistungsumfang der ursprünglichen Ausschreibung, die das operative Geschäft behindert haben. Des Weiteren ist jede Vergabe zeitlich begrenzt, so dass eine kontinuierliche, institutionelle Sicherung von Know-how nicht gewährleistet ist. Hier ist Kontinuität und Nachhaltigkeit dringend erfor-

derlich. Daneben könnten die zunehmend wichtigen Aspekte der Patientensicherheit in einem längerfristigen Prozess angegangen und operativ umgesetzt werden.

Die Zusammenarbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung mit dem IQWiG funktioniert grundsätzlich gut. Dieses Vorbild wird übernommen; das neu zu gründende Qualitätsinstitut wird auf ähnlich solide Füße gestellt wie das IQWiG. Dass die bisherigen Aufgaben des AQUA-Instituts an das neu zu gründende Institut übergehen sollen, ist zu begrüßen. Die drei zusätzlichen Aufgabengebiete, die auf das neue Institut zukommen, sind dort sachgerecht angesiedelt und inhaltlich wichtig.

Grundsätzlich unterstützen die Ersatzkassen auch den Ansatz, Zertifikate und Qualitätssiegel aus der ambulanten und stationären Versorgung zu bewerten und diese Bewertungen zu veröffentlichen. Allerdings haben solche Siegel vornehmlich im Bereich der internen Qualitätssicherung und des internen Qualitätsmanagements Relevanz. Insofern ist zu prüfen, ob diese Aufgabe in dem neuen Institut, dessen Schwerpunkte im Bereich der externen Qualitätssicherung und an den Schnittstellen der Versorgung liegen, richtig angesiedelt ist. Alternativ wäre zu prüfen, das IQWiG mit der Erarbeitung einer entsprechenden Patienteninformation zu beauftragen.

Dem neuen Institut sollte allerdings noch eine weitere Aufgabe übertragen werden. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD zur 18. Legislaturperiode besagt, dass in einer Qualitätsoffensive die Qualität der stationären Versorgung verbessert und die Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt (§ 1 KHG) werden soll. Dieses Bekenntnis entspricht exakt den Forderungen der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung. Die Versorgungsqualität muss bei der Auswahl von geeigneten Krankenhäusern im Rahmen der Planung berücksichtigt werden. Hierzu ist aber erforderlich, dass planungstaugliche Qualitätsindikatoren existieren, die vom Land bei der Planung herangezogen werden können. Das Qualitätsinstitut sollte deshalb den Auftrag bekommen, aus den Richtlinien nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 planungstaugliche Qualitätskriterien abzuleiten oder falls erforderlich, neue zu entwickeln und diese zu veröffentlichen. Diese sind dann von den Ländern verbindlich bei der Krankenhausplanung anzuwenden.

Änderungsvorschlag vdek

§ 137a Absatz 3 (neu) wird ergänzt um Nummer 8: *„planungstaugliche Qualitätskriterien aus den Richtlinien nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V abzuleiten beziehungsweise neue zu entwickeln und diese zu veröffentlichen.“*

§ 137a Absatz 3 (neu) wird um folgenden Satz 4 ergänzt: *„Die Kriterien nach Absatz 3 Satz 2 Nummer 8 sind von den Ländern bei der Krankenhausplanung anzuwenden.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 10
§ 175 Absatz 4 (Krankenkassenwahlrecht)

Beabsichtigte Neuregelung

aa) Mit der Änderung Absatz 4 Satz 1 wird der Terminus „wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben“ gestrichen.

bb) Mit den Änderungen Absatz 4 Sätze 5 bis 7 sollen die bisherigen Bestimmungen zum Sonderkündigungsrecht und den damit verbundenen Informationspflichten der Krankenkassen modifiziert werden. Bei Nichterfüllung der Informationspflichten durch die Krankenkassen ist der Kündigungszeitpunkt gesetzlich geregelt.

cc) Satz 10 der Vorschrift wird gestrichen.

Stellungnahme vdek

aa) Es handelt sich um die redaktionelle Bereinigung der Vorschrift.

bb) Schon bisher gab es ein Sonderkündigungsrecht bei Einführung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrages.

Die in § 175 Absatz 4 Satz 6 enthalten folgende Regelungen:

- Hinweis der Krankenkasse, die einen Zusatzbeitrag einführt oder den Zusatzbeitragssatz erhöht, auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag sowie
- Hinweis der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten, dass dieser in eine günstigere Krankenkasse wechseln kann, wenn der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz überschreitet.

Diese Regelungen überspannen selbst in einem wettbewerblich angelegten gegliederten Krankenversicherungssystem die Anforderungen an eine wohlverstandene Informationspflicht gegenüber dem Mitglied. Die Mitteilung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes ist unnötig und irreführend, da es sich beim durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz um eine rein rechnerische Größe handelt und nicht um den Durchschnittswert aus den tatsächlich erhobenen Zusatzbeiträgen, den das Mitglied (wenn überhaupt) in diesem Zusammenhang erwarten würde. Zudem setzt die Hinweispflicht auf günstigere Krankenkassen ein falsches Signal, da damit der Preis über mögliche Qualitäts- und Versorgungsaspekte gestellt wird. Schließlich sagt die Höhe eines Zusatzbeitrags per se nichts über die Qualität der Versorgungs- und Beratungsleistungen einer Krankenkasse aus. Räumt die Bundesregierung mit der geplanten Hinweispflicht der Höhe des Zusatzbeitragssatzes einen derart hohen Stellenwert ein, besteht das Risiko, dass es beim Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb bleibt und als Folge notwendige Investitionen von den Krankenkassen weiterhin nicht getätigt werden. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Intensivierung des Wettbewerbs um eine gute Versorgung würde damit konterkariert. Der Hinweis auf

die Möglichkeit, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln, könnte auch als Aufforderung, dies zu tun, missverstanden werden und ist mit dem Selbstverständnis eines mündigen Bürgers/Verbrauchers nicht in Einklang zu bringen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Hinweis Personen erteilt werden muss, bei denen der durchschnittliche Zusatzbeitrag anzusetzen ist (§ 242 Absatz 3) oder bei denen ein Dritter den kassenindividuellen Zusatzbeitrag trägt (z. B. Bezieher von Arbeitslosengeld) und damit eine finanzielle Betroffenheit gar nicht besteht. Diese Personen könnten sich abgeschoben fühlen.

Die Ausgestaltung der Informationspflicht der Krankenkassen ist aus Sicht des vdek überzogen und geht über die landläufige Praxis in vergleichbaren Bereichen (wie z. B. Versicherungs- oder Versorgungsunternehmen) deutlich hinaus. Der Wettbewerb wird in der Folge auf einen reinen Preiswettbewerb reduziert. Innovationsbereitschaft, Qualität und Service einer Krankenkasse werden vollständig ausgeblendet. Der Vergleich mit einem rechnerischen Durchschnittswert ist zudem nicht sachgerecht und irreführend.

cc) Es handelte sich um eine Sonderbestimmung, die bei Einführung des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes im Jahr 2007 notwendig gewesen war. Diese ist durch Zeitablauf überholt. Die Streichung dient der Rechtsbereinigung.

Änderungsvorschlag vdek

aa) Keiner.

bb)

b) § 175 Absatz 5 Satz 6 SGB V sollte wie folgt gefasst werden: *„Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem Ende der in Satz 5 genannten Kündigungsfrist ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 hinzuweisen.“*

cc) Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

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

Beabsichtigte Neuregelung

Artikel 1 Nummer 15 Buchstabe a), § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2:

Die Beitragsbemessungsgrundlage für pflichtversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld wird vom 0,345-fachen auf das 0,206-fache der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV verringert. Ferner wird bestimmt, dass diese volle monatliche Beitragsbemessungsgrundlage auch dann gilt, wenn Versicherte nur für

einen Tag Arbeitslosengeld II in einem Kalendermonat bezogen haben. Damit geht einher, dass die bisherige Regelung zur Anrechnung von sonstigen beitragspflichtigen Einnahmen (z. B. Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung) entfällt. In diesen Fällen stehen künftig bei einer Doppelversicherung sowohl die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem weiteren Versicherungsverhältnis als auch aus der Versicherung als Bezieher von Arbeitslosengeld II zur Verfügung.

Artikel 1 Nummer 15 Buchstabe b), § 232a Absatz 1a:

Die Vorschrift wird neugefasst. Die bisherige Regelung zum Verfahren bei der Berücksichtigung sonstiger beitragspflichtiger Einnahmen entfällt. Sie wird ersetzt durch eine Revisionsklausel, nach der geprüft wird, ob die Änderung der Beitragsbemessungsgrundlage (siehe oben) sachgerecht ist oder diese ab 1. Januar 2018 verändert werden muss. Die Revisionsklausel gilt auch für zurückliegende Zeiträume (1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017). Die Frage der Rückwirkung soll in einem gesonderten Verfahren, an dem das BMG, das BMAS und das BMF beteiligt sind, noch bestimmt werden.

Stellungnahme vdek

Die Neuordnung der Beitragsbemessung für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II ist eine Folgeregelung zum Wegfall des Vorrangs der Familienversicherung gegenüber einer Pflichtversicherung als Bezieher von Arbeitslosengeld II. Erklärtes Ziel der Bundesregierung ist es, diese Neuordnung kostenneutral auszugestalten. Deshalb wird die Beitragsbemessungsgrundlage vom 0,345-fachen auf das 0,206-fache der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV abgesenkt. Bei der Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage auf das 0,206-fache der Bezugsgröße ist auch zu berücksichtigen, dass aus Vereinfachungsgründen künftig darauf verzichtet wird, die Beitragsbemessungsgrundlage für den Bezieher von Arbeitslosengeld II zu vermindern, wenn das Mitglied weitere beitragspflichtige Einnahmen im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung bezieht. Darüber hinaus wird die volle für einen Monat geltende Beitragsbemessungsgrundlage auch dann angesetzt, wenn der Versicherte nicht für einen vollen Monat Arbeitslosengeld II bezieht. Diese Maßnahmen stellen für sich betrachtet eine erhebliche Verwaltungsvereinfachung dar.

Die Revisionsklausel nach § 232a Absatz 1a ist sachgerecht, da auf diese Weise eine Überprüfung der Kostenneutralität der heute festgesetzten Quoten sichergestellt ist. Die Möglichkeit einer rückwirkenden Korrektur wird ausdrücklich begrüßt. Aus Sicht des vdek ist es darüber hinaus notwendig, diese Quote jährlich neu zu überprüfen und festzusetzen.

Änderungsvorschlag vdek

Absatz 1a sollte wie folgt gefasst werden: *„(1a) Der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist ab dem 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 ab 1. Januar 2018 jährlich 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.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 242 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 und 5 (Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz für Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder vergleichbaren Entgeltersatzleistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift bestimmt in der Gesamtheit die Vorgaben zur Erhebung des Zusatzbeitrags. In Absatz 3 ist die Spezialität geregelt, dass für bestimmte Personengruppen der durchschnittliche Zusatzbeitrag maßgebend sein soll.

Stellungnahme vdek

§ 242 Absatz 3 Satz 1 Nr. 5 SGB V sieht vor, dass die Krankenkassen abweichend den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz anzuwenden haben für Mitglieder, die Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen.

Die Anwendung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes soll eine Erleichterung für die beitragsabführenden Stellen darstellen. Bei den anderen in Absatz 3 genannten Personenkreisen, bei denen die Beiträge im Quellenabzugsverfahren eingezogen werden, ist das auch richtig, bei den in Nummer 5 genannten Personenkreisen berechnet jedoch die Krankenkasse den KV- und damit ab 2015 auch den Zusatzbeitrag.

Nur für diesen begrenzten Personenkreis müssten in den DV-Systemen der Krankenkassen der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz integriert werden. Eine Erleichterung tritt hier für die beitrags tragenden Stellen (z.B. Berufsgenossenschaften) nicht ein, denn diese berechnen die Beiträge gar nicht selbst. Eine Ersparnis entsteht ebenfalls nicht, weil der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für alle Krankenkassen gilt. Mit dieser Änderung wird daher lediglich ein hoher finanzieller Aufwand für die Krankenkassen verursacht, dem kein rechtfertigender Nutzen gegenübersteht.

Mit dem gleichen Argument ist in Nummer 4 der Vorschrift der Verweis auf § 192 Abs. 1 Nr. 3 SGB V zu streichen. Denn in dieser Regelung werden auch die Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld genannt. Ohnehin wäre wegen der Redundanz in Nummer 4 und in Nummer 5 eine Bereinigung erforderlich geworden.

Änderungsvorschlag vdek

In Nummer 4 wird der Terminus „§ 192 Absatz 1 Nr. 3“ sowie Nummer 5 gestrichen. Für die genannten Personenkreise ist dann der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz anzuwenden. Die bisherige Nummer 6 wird Nummer 5. Die Vorschrift hat dann folgenden Wortlaut:

„(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 § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht sowie für*
- 5. 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 Beitragsatz nach Absatz 1 Anwendung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 269 (Sonderregelung für Krankengeld und Auslandsversicherte)

Beabsichtigte Neuregelung

Es sollen Sonderregelungen im Sinne einer Übergangsregelung für die Zuweisungen 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 (sog. Auslandsversicherte), eingeführt werden.

Für Auslandsversicherte soll eine Ermächtigungsgrundlage dafür geschaffen werden, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen für Auslandsversicherte entsprechend dem Vorschlag des Beirats auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben insgesamt begrenzt werden kann.

Weiterhin wird ein erweitertes Verfahren zur Bestimmung der Zuweisungen für ein Übergangsverfahren für Krankengeldzuweisungen geregelt: Es werden durch die Einführung einer Sonderregelung die bestehenden Über- und Unterdeckungen im Bereich Krankengeld halbiert. Dies geschieht dadurch, dass die Hälfte der Zuweisungen über das bisher geltende Standardisierungsverfahren und die andere Hälfte über einen Ist-Kosten-Ausgleich verteilt wird.

Gleichzeitig gibt das Bundesversicherungsamt (BVA) Gutachten in Auftrag, mit denen Modelle für eine zielgerichtetere 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.

Stellungnahme vdek

Der Ansatz, bei der Weiterentwicklung des Morbi-RSA eine „Paketlösung“ zu schnüren, wird unterstützt. Es ist richtig, zur Erarbeitung von systemkompatiblen Lösungsvorschlägen entsprechende Gutachten in Auftrag zu geben. Während die im Referentenentwurf für die Auslandsversicherten vorgeschlagene Übergangslösung weitgehend unstrittig ist, vertreten die Mitgliedskassen des vdek hinsichtlich des Vorschlags für das Krankengeld keine einheitliche Auffassung.

Änderungsvorschlag vdek

Von einem Änderungsvorschlag wird aus vorgenannten Gründen abgesehen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 35
§ 270a (Einkommensausgleich)

Beabsichtigte Neuregelung

Eine Unterdeckung aus Gesundheitsfondszuweisungen kann die Krankenkasse zukünftig durch die Erhebung eines in seiner Höhe variablen einkommensabhängigen Zusatzbeitrags decken. Die unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen können zu Wettbewerbsverzerrungen führen, da die Höhe des Zusatzbeitrags auch von der Finanzkraft der Mitglieder der Krankenkasse abhängt.

Mit dem neuen § 270a wird im Hinblick auf die Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt.

Mit dem Einkommensausgleich sollen die Einkommensunterschiede der Mitglieder der Krankenkassen vollständig ausgeglichen werden. Jede Krankenkasse erhält durch diesen Ausgleich die Einnahmen aus dem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, die sie erzielen würde, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder dem Durchschnitt in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen würden.

Der Einkommensausgleich wird durch das Bundesversicherungsamt durchgeführt, das die in den Gesundheitsfonds eingehenden Einnahmen auch aus dem Zusatzbeitragssatz für diese Zwecke verwaltet.

Die Krankenkasse berechnet die Höhe des von ihr benötigten Zusatzbeitrags auf der Grundlage der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Als Einzugsstelle führt die Krankenkasse sämtliche Beitragseinnahmen einschließlich der Einnahmen aus dem von ihr erhobenen Zusatzbeitrag an den Gesundheitsfonds ab. Der Einzug des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags erfolgt im Quellenabzug. Auch die sog. Direktzahler (Deutsche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Optionskommunen, Künstlersozialkasse etc.) führen wie bisher die Beitragseinnahmen unmittelbar an den Gesundheitsfonds ab.

Der eigentliche Einkommensausgleich wird wie folgt durchgeführt: Die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag nach § 242 erheben, erhalten vom Bundesversicherungsamt die beim Gesundheitsfonds eingegangenen Beträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder nach § 242 in der sich nach Durchführung des Einkommensausgleichs ergebenden Höhe. Durch diesen Einkommensausgleich erhalten Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen einen höheren Betrag vom Gesundheitsfonds als sie abgeführt haben – und umgekehrt. Das Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 bleibt vom Einkommensausgleich unberührt.

Stellungnahme vdek

Grundsätzlich wird die Notwendigkeit eines Einkommensausgleichs gesehen. Nach mehrheitlicher Meinung der Mitgliedskassen des vdek entspricht die vorgeschlagene Regelung den Vorgaben des Koalitionsvertrages und ist geeignet, den vollständigen Einkommensausgleich umzusetzen. Dies gilt insbesondere dafür, dass der Einkommensausgleich mitgliederbezogen erfolgen soll.

Die Ersatzkassen, die sich der vorgeschlagenen Regelung nicht anschließen, vertreten die Auffassung, dass ein Einkommensausgleich auf einer anderen Basis (Einkommensausgleich in Höhe eines insgesamt GKV-weit kostendeckenden rechnerischen Beitragssatzes, vergleichbar dem früheren Ausgleichsbedarfssatz, aber für die Gesamtheit der GKV-Ausgaben) durchgeführt werden muss.

Änderungsvorschlag vdek:

Aufgrund der divergierenden Positionen erfolgt kein Änderungsvorschlag.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 36 a
§ 271 (Gesundheitsfonds)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein neuer Absatz 1a eingefügt, der klarstellt, dass die beim Gesundheitsfonds eingehenden Beträge der verschiedenen Mitgliedergruppen nach Absatz 1, soweit sie sich auf Zusatzbeiträge nach § 242 beziehen, in voller Höhe für den Einkommensausgleich nach § 270a zu verwenden sind. Dies bedeutet, dass diese Beträge bei dem Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen nach §§ 266 und 270 außer Betracht bleiben. Das heißt, dass die aus Zusatzbeiträgen erhobenen Beitragsmittel nicht für Zuweisungen nach §§ 266 und 270 verwendet werden dürfen. Zusatzbeitragsmittel fließen dem Gesundheitsfonds zwar zunächst zu, dürfen aber nur dem Verfahren des Einkommensausgleichs unterzogen werden und sind danach entsprechend an die Krankenkassen separat auszuschütten.

Zudem wird geregelt, dass sie dem Bundesversicherungsamt als Verwalter der eingehenden Beiträge aus den Zusatzbeiträgen (§ 270a Absatz 4) nachzuweisen sind. Dafür sollen die bestehenden Beitragsnachweisverfahren genutzt werden.

Stellungnahme vdek

Die ergänzende Regelung in Satz 1 ist sachgerecht. Die Vorgabe impliziert, dass die eingehenden Zusatzbeiträge dem Bundesversicherungsamt über die Monatsabrechnung (MOA) als Teil der Beitragsnachweisverfahren zu belegen sind. Dies ist dem Grunde nach sachgerecht, um auf Basis faktischer Verhältnisse den Anteil der Beitragseinnahmen aus Zusatzbeiträgen an allen Beitragseinnahmen ermitteln zu können. Insoweit ist davon auszugehen, dass darüber hinaus keine weiteren gesonderten Ausweisungen der Beträge nach § 242, die per se eine Belastung der Arbeitgeber im Bereich der Beitragsabführung darstellen, notwendig bzw. sinnvoll sind

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in § 271 Absatz 2 wird im Hinblick auf die Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge (§ 242), die Abschaffung des Sozialausgleichs (§ 242b – alt –) und die Einführung eines vollständigen Einkommensausgleichs zwischen den Krankenkassen (§ 270a – neu –) geändert. Zudem werden redaktionelle bzw. rechtsbereinigende Anpassungen vorgenommen.

In Absatz 2 Satz 1 wird nunmehr festgestellt, dass der Gesundheitsfonds liquide Mittel in Form einer Liquiditätsreserve vorzuhalten hat. Der Zweck dieser Liquiditätsreserve besteht darin, unterjährige Schwankungen in den Einnahmen bei der Festsetzung des einheitlichen Betrags nach § 266 Absatz 2, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des vollständigen Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken.

Neu ist folglich der Finanzierungszweck für die Durchführung des vollständigen Einkommensausgleichs gemäß § 270a. Sollten insbesondere in der ersten Zeit nach Einführung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge durch das Abschmelzen von Finanzreserven einiger Krankenkassen die Mittel aus Zusatzbeiträgen nach § 242 die Aufwendungen nach § 270a Absatz 2 unterschreiten, würde die Differenz der erforderlichen Aufwendungen nach dem geänderten § 271 Absatz 2 für das jeweils laufende Jahr aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Der bisherige Finanzierungszweck Sozialausgleich (§ 242b – alt –) entfällt; dasselbe gilt für die Finanzierung der Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II.

Im Übrigen wird geregelt, dass die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 25 Prozent (bisher 20 Prozent) der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen muss. Hintergrund ist die Neufassung des § 171d Absatz 6, wonach der GKV-Spitzenverband im Falle der Insolvenz einer Krankenkasse zur Zwischenfinanzierung ein Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufnehmen kann.

Weitere Regelungen werden rechtsbereinigend gestrichen. So ist die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds schon seit längerer Zeit vollständig aufgebaut, das heißt oberhalb ihrer Mindesthöhe von mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds. Die Regelung zu ihrem schrittweisen Aufbau wird daher gestrichen. Dasselbe gilt für die bisherige Regelung, wonach die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen nach § 242a Absatz 1 Satz 1 übersteigenden jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds der Liquiditätsreserve zuzuführen

sind. Dieser Fall kann ab 2015 nicht mehr eintreten, da durch die Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils in Höhe von 0,9 Prozentpunkten eine deutliche Unterdeckung eintreten und sukzessive ansteigen wird. Auch die Kompensationsregel zur Finanzierung der Abschaffung der Praxisgebühr für das Jahr 2014 kann mit Wirkung zum 1. Januar 2015 entfallen.

Stellungnahme vdek

Die vorgenommenen Änderungen sind sachgerecht. Die Erweiterung um den Zweck, ggf. Mittel zum Einkommensausgleich für Zusatzbeiträge vorzuhalten, ist nötig, wenn der hier gesetzlich vorgesehene Einkommensausgleich für Zusatzbeiträge durchgeführt werden soll. Die Anhebung der Mindestreserve von 20 Prozent auf 25 Prozent ist ebenfalls vertretbar, um die in § 171d vorgesehene Möglichkeit der Gewährung von Zwischendarlehen aus der Liquiditätsreserve an den GKV-SV für die kurzfristige Befriedigung der Forderungen von Gläubigern in Insolvenz- oder Schließungsfällen weitgehend sicherzustellen.

Aber in einem entscheidenden Punkt sind die Änderungen nicht ausreichend: Die Regelungen zur Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sehen keine Obergrenze und einen gleichzeitigen „Abflussmechanismus“ bei Überschreiten der Obergrenze vor, um die überschüssigen Mittel den Krankenkassen zugute kommen zu lassen. Für die gesetzlich genannten Zwecke der Liquiditätsreserve sollte aus Sicht des vdek eine Obergrenze definiert sein. Darüber hinausgehende bestehende Reserven oder über Zuweisungsverpflichtungen hinausgehende Fondseinnahmen, mit denen diese Grenze zukünftig wieder überschritten wird, sind für Zuweisungen an die Krankenkassen in Folgejahren zu verwenden, indem die negative mitgliederbezogene Veränderung nach § 40 RSAV reduziert wird.

Änderungsvorschlag vdek

Absatz 2 wird um folgenden vierten Satz ergänzt:

„Die Mittel der Liquiditätsreserve dürfen 35 Prozent einer Monatsausgabe nicht übersteigen. Die über das festgelegte Zuweisungsvolumen und bis zu dieser Obergrenze der Liquiditätsreserve zuzuführenden Einnahmen hinausgehenden Mittel sind für die Festsetzung der Zuweisungen an die Krankenkassen in Folgejahren einzusetzen, indem die negative mitgliederbezogene Veränderung nach § 40 RSAV reduziert wird.“

4. Stellungnahme zu Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 26 Absatz 4 – neu – (Beitragsausgleichsverfahren bei Mehrfachbeschäftigten, deren Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen in den Fällen, in denen zu vermuten ist, dass aufgrund einer Mehrfachbeschäftigung die Beitragsbemessungsgrenze überschritten und damit eine Verhältnisberechnung zur Beitragsverteilung auf die Arbeitgeber notwendig wird, den Tatbestand von Amts wegen feststellen. Der notwendige Informationsaustausch mit den betroffenen Arbeitgebern ist auf elektronischem Wege durchzuführen. Das Nähere regeln die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung in einheitlichen Grundsätzen.

Stellungnahme vdek

Das Beitragsausgleichsverfahren für Mehrfachbeschäftigte mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, das bisher nach § 28h Absatz 2a Nummer 3 SGB durchzuführen war, wird in anderer Form im Rahmen der Neuregelung des § 26 Absatz 4 fortgeführt. Die Krankenkasse hat das Verfahren innerhalb von zwei Monaten nach Vorliegen aller insoweit erforderlichen Meldungen abzuschließen. Das ist gegenüber dem ursprünglichen Gesetzentwurf ein deutlich verbesserter Zeitrahmen. Ferner wird erreicht, dass ein möglicher Verzinsungsanspruch nach § 27 SGB für die überzahlten Beiträge frühestens nach Ablauf dieser Frist beginnen kann. Das Ausgleichsverfahren nach § 26 Absatz 4 gilt für Abrechnungszeiträume ab dem 1. Januar 2015 und entfaltet keine Rückwirkung. Die Neuregelung wird begrüßt.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3a – neu

§ 28d Absatz 1 Satz 5 (Definition des Begriffs Gesamtsozialversicherungsbeitrag)

Ergänzender Änderungsvorschlag vdek

Nummer 3a § 28d Absatz 1 SGB IV wird wie folgt geändert:

a.) Satz 1 wird wie folgt gefasst: *„Die Beiträge für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung für einen in diesem Zweig versicherten Beschäftigten sowie die Beiträge aus Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Kraft Gesetzes versicherte Hausgewerbetreibende nach dem Recht der Rentenversicherung oder der Arbeitsförderung werden als Gesamtsozialversicherungsbeitrag gezahlt.“*

b.) Der bisherige Satz 2 wird gestrichen.

Begründung:

Derzeit zählen Beiträge für Arbeitnehmer, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind und sich bei einer Krankenkasse freiwillig versichert haben, einschließlich der damit verbundenen Pflegeversicherungsbeiträge, nicht zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Der Arbeitgeber ist daher nicht verpflichtet, diese Beiträge einzubehalten und an die Krankenkassen abzuführen. Seit Jahrzehnten ist es jedoch Praxis, dass der weit überwiegende Teil der Arbeitgeber diese Beiträge dennoch einbehält und an die Krankenkasse zahlt. Diesem Umstand trägt auch das DEÜV-Verfahren Rechnung, nachdem die Beitragsgruppe 9 für die Krankenversicherung zu melden ist, wenn der Arbeitgeber die Beiträge einbehält.

Die aktuelle Regelung führt dazu, dass Beschäftigte, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der GKV freiwillig versichert sind, im Falle einer Insolvenz des Arbeitgebers gegenüber versicherungspflichtigen Arbeitnehmern deutlich benachteiligt werden, ohne dass dies, wie unten weiter dargestellt wird, gerechtfertigt ist. Obwohl diese Arbeitnehmer genauso wie die versicherungspflichtigen Arbeitnehmer eines insolventen Arbeitgebers häufig nicht mehr ihr Nettoentgelt erhalten, haften sie persönlich für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, weil diese nicht als Gesamtsozialversicherungsbeiträge gelten. Dies gilt selbst dann, wenn der Arbeitgeber der Krankenkasse zuvor gemeldet hat, dass er die Arbeitnehmeranteile vom Entgelt einbehält und alle Beiträge an die Krankenkassen zahlt. Obwohl diese Arbeitnehmer kein Entgelt mehr bekommen haben bzw. ihre Arbeitnehmeranteile vom Entgelt einbehalten wurden, haften sie nach aktueller Rechtslage bei Nichtzahlung durch den Arbeitgeber sogar für dessen Zuschussanteile nach § 257 Abs. 1 SGB V bzw. § 61 Abs 1 SGB XI. Die Beiträge für die übrigen Zweige (insbesondere zur Renten- und Arbeitslosenversicherung) sind Gesamtsozialversiche-

rungsbeiträge; für diese haftet der Arbeitgeber unabhängig vom Krankenversicherungsstatus des Arbeitnehmers immer alleine. Unterschiedliche Haftungsregelungen für Sozialversicherungsbeiträge für Beschäftigte, die sich nur durch ihren versicherungsrechtlichen Status in der GKV unterscheiden, führen zu unverhältnismäßiger Schlechterstellung dieses Personenkreises. Diese Regelungen sind den Beschäftigten nicht vermittelbar. Trotzdem fordert das BVA bei Prüfungen der Krankenkasse diese Beitragsrückstände von den Versicherten ein. Daher ist eine Gleichstellung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für den Personenkreis der abhängig Beschäftigten sachgerecht.

Die aktuelle unterschiedliche Handhabung führt bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung für Arbeitgeber zu Mehraufwand. Da der weit überwiegende Teil der Arbeitgeber diese Arbeitnehmergruppe als sogenannte Firmenzahler mit dem DEÜV-Verfahren anmeldet, dokumentieren sie damit, dass sie diese Beiträge zahlen und übernehmen wollen. Vor diesem Hintergrund ist die gesetzlich abweichende Haftungsfolge auch nicht mehr zeitgemäß.

Im Kontext der Änderungen zu § 242 Absatz 4 SGB V (vgl. Artikel 1 Nummer 18), mit denen der Zusatzbeitrag/Zusatzbeitragssatz dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag zugeordnet wird und damit das Quellenabzugsverfahren gelten soll, bedarf es zudem einer zusätzlichen Maßnahme der Sicherung des Beitragsaufkommens.

Zusammenfassend ist es sinnvoll und sachgerecht, auch den Beiträgen für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer den Charakter eines Gesamtsozialversicherungsbeitrags zu verleihen. Die Beitragsregelungen für die übrigen freiwillig krankenversicherten Personen bleiben unverändert.

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds haben die Krankenkassen die eingehenden Beiträge arbeitstäglich an diesen weiterzuleiten. Der Verwaltungsaufwand würde sich auch für die Krankenkassen minimieren, wenn die Beiträge für freiwillig versicherte Arbeitnehmer künftig nur noch über den Arbeitgeber an die Krankenkasse gezahlt werden würden. Durch die Absicherung im Krankheitsfall in der PKV, die Auffangversicherungspflicht (§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V; 193 Absatz 3 VVG) oder die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V macht die Differenzierung zwischen KV-Beiträgen von versicherungspflichtig oder von freiwillig versicherten Beschäftigten keinen Sinn mehr. Von daher ist es angebracht, auch die freiwilligen Beiträge zur Krankenversicherung und die damit verbundenen Pflegeversicherungsbeiträge als Gesamtsozialversicherungsbeiträge zu behandeln.

5. Stellungnahme zu Artikel 9 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Artikel 9 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)
§ 32 Absatz 4 (Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung)

Beabsichtigte Neuregelung

Soweit der Sozialhilfeträger nach § 32 Absatz 1 oder 2 zur Übernahme der Beiträge eines freiwillig Versicherten oder eines Rentenantragstellers verpflichtet ist, wird diese Verpflichtung auch auf die Übernahme des Zusatzbeitrags ausgedehnt. Es ist der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz zu übernehmen.

Stellungnahme vdek

Es handelt sich um eine Folgeregelung wegen der Neuausprägung des Zusatzbeitragsatzes. Von daher ist die Regelung sachgerecht. Im Hinblick darauf, dass wegen der Erhebung des Zusatzbeitragsatzes keine Sonderregelungen für bedürftige Versicherte vorgesehen sind, ist es notwendig, dass für die Übernahme der Beiträge von Sozialhilfeempfängern nicht der durchschnittliche, sondern der kassenindividuelle Zusatzbeitragsatz zugrunde gelegt wird.

Das Beitragsübernahmeverfahren nach § 32 gehört allerdings generell auf den Prüfstand. Es hat sich in der Vergangenheit als stumpfes Schwert erwiesen, weil sich die Sozialämter auf den Standpunkt gestellt haben, dass die Beitragsübernahme einen Antrag des Versicherten beim Sozialamt voraussetzt.

Die Entwicklung der Beitragsrückstände vor dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ macht deutlich, dass die Zahlungsmoral sowohl unter den freiwillig Versicherten als auch unter den Personen, die der Auffangversicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V unterliegen, erheblich zu beklagen ist. Soweit der Zusatzbeitrag nicht im Quellenabzugsverfahren erhoben werden kann, wird auch hier mit deutlichen Beitragsrückständen zu rechnen sein. Um dies zu vermeiden, ist es erforderlich, dass die Übernahmepflicht der Sozialämter verschärft und auch auf rückständige Beiträge ausgedehnt wird. Nur so lassen sich weitere negative Auswirkungen für Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Zusatzbeitragsatz vermeiden. Durch die Vorschrift wird der Krankenkasse ein unmittelbares Recht eingeräumt, bei dem Sozialhilfeträger rückständige Beiträge geltend zu machen. Voraussetzung dafür ist, dass die Krankenkasse nachweist, dass sie das Vollstreckungsverfahren fruchtlos durchgeführt hat. Die Beitragsübernahme soll sich auch auf die rückständigen Beiträge erstrecken.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die eigentliche Beitragsübernahme-
regelung nach § 32 Absatz 1 seit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung unvollständig er-

scheint. Denn mit diesem Gesetz wurde eine Sonderform der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V geschaffen. Danach bleiben Personen, die aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung ausscheiden, unter bestimmten Voraussetzungen freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Wegen dieses Sonderstatus der freiwilligen Mitgliedschaft kann es zu Streitigkeiten mit den Sozialämtern kommen, ob von dort die Beiträge für diesen Personenkreis übernommen werden.

Änderungsvorschlag vdek

Die Änderung in Absatz 4 entfällt, da der bisherige Wortlaut auch die neue Rechtslage abdeckt.

In Absatz 1 wird nach den Worten ‚§ 9 Absatz 1 Nummer 1‘ die Worte „sowie § 188 Absatz 4“ und nach den Worten ‚§ 6 Absatz 1 Nummer 1‘ die Worte „sowie § 22 Absatz 3“ eingefügt.

Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

"Für die Übernahme der Beiträge ab dem Zeitpunkt des Entstehens der Beitragsschuld nach den Absätzen 1 bis 4 sind die Voraussetzungen des § 19 bereits dann erfüllt, wenn die zuständige Krankenkasse nachweist, dass Vollstreckungshandlungen im Rahmen des § 66 des Zehnten Buches erfolglos waren. Beitragsrückstände einschließlich darauf entfallender Säumniszuschläge und Gebühren sollen übernommen werden, wenn ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Absatz 3a des Fünften Buches eingetreten ist oder einzutreten droht."

6. Stellungnahme zu Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung)

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung)

Nr. 3

§ 3 (Erhebung der Versicherungszeiten) und § 30 Absatz 2 (Erhebung und Verwendung von Daten für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)

Ergänzender Vorschlag vdek

§3 Absatz 7 Satz 1 und 3 RSAV werden gestrichen. Satz 2 wird Satz 1 und Satz 4 wird Satz 2.

In § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV werden nach „... § 3 Absatz 7“ die Worte „Satz 2 und 3“ gestrichen und in „Satz 1“ verändert.

Begründung:

Es handelt sich um Anpassungen, die die optionale Ausdehnung der Aufbewahrungsfrist seitens des Bundesversicherungsamtes (BVA) auf 12 Jahre und die grundsätzliche Frist der Änderung des Alt–RSA auf grundsätzlich 9 Jahre entfallen lassen soll. Die in der RSAV enthaltenen Aufbewahrungsfristen (12 respektive 9 Jahre) sind veraltet und stammen noch aus dem Alt–RSA. Der Zweck der längeren Aufbewahrungsfristen ist fraglich und eine Optierung auf eine Verlängerung der Frist seitens des BVA hat es nie gegeben. Zu einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist kann es nur in vom BVA jeweils festzustellenden Ausnahmefällen kommen. Diese Feststellung kann durch das BVA 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. Mit dieser Änderung werden die Krankenkassen von unnötigen Kosten, die aus verlängerten Aufbewahrungserfordernissen erwachsen, entlastet.

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung)

Nr. 4

§ 31 Absatz 5 (Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells)

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 41 Absatz 1 Satz 2 – neu –. Mit der Regelung in § 41 Absatz 1 Satz 2 – neu – wird entsprechend dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt. Maßgeblich für die Umsetzung

dieser Regelungen ist eine genaue Erfassung und Abgrenzung der Leistungsausgaben für Auslandsversicherte. Das Nähere zur Abgrenzung dieser Ausgaben für Auslandsversicherte ist daher nach dieser Vorschrift vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem BVA zu bestimmen.

Stellungnahme vdek

Die beabsichtigte Neuregelung konkretisiert die zu berücksichtigenden Ausgaben für die im Ausland erbrachten Leistungen und schafft eine klare Berechnungsgrundlage für die Auslandszuweisungen.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 5

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

Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 33 werden nähere Vorgaben zu den vom BVA gemäß § 269 Absatz 3 SGB V in Auftrag zu gebenden Gutachten gemacht. Dabei handelt es sich in Absatz 1 um die Anforderungen an die Gutachter.

In Absatz 2 werden die Zielsetzungen der Gutachten jeweils näher bestimmt.

Absatz 3 bestimmt, dass bezüglich des Krankengelds zunächst die Frage zu klären ist, welche der weiteren, auch vom Wissenschaftlichen Beirat angesprochenen Bestimmungsfaktoren, die Ausgaben einer Krankenkasse maßgeblich beeinflussen und bei der Standardisierung berücksichtigt werden sollten sowie anhand welcher Datengrundlagen diese Faktoren abgebildet und erhoben werden können.

Absatz 4 sieht eine entsprechende Analyse auch für den Bereich der Auslandsversicherten vor. Hier soll darüber hinaus auch untersucht werden, wie die Transparenz des bisherigen Verfahrens bzw. die Qualität der dort verwendeten Daten verbessert werden kann – auch indem die Daten z. B. anders abgegrenzt werden als heute. Eine solche Analyse wird in jedem Fall auch eine Bestandsaufnahme und Darstellung des heutigen, sehr vielschichtigen Verfahrens beinhalten.

In Absatz 5 wird vorgegeben, dass diese ersten Gutachten jeweils bis zum 31. Dezember 2015 abgeschlossen sein sollen.

Stellungnahme vdek

Der Ansatz, über die Vergabe von Gutachten systemkonforme und zielgenauere Verfahren für die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte zu erhalten, wird unterstützt.

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung)

Nr. 9

§ 40 Absatz 1 (Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Der geltende § 40 Absatz 1 gibt dem BVA vor, wie der Unterschiedsbetrag zwischen dem Einnahmenvolumen, das der Gesundheitsfonds den Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben (§§ 266, 270 SGB V) zuweist, und den voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen für ein Ausgleichsjahr zu ermitteln ist. Dieser Unterschiedsbetrag wird über eine mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen auf alle Krankenkassen verteilt.

Da in § 220 Absatz 2 SGB V bestimmt wurde, dass die Zusatzbeiträge nach §§ 242, 271 Absatz 1a SGB V bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds außer Betracht bleiben, kann die Nummer 1, welche Vorgaben zur Ermittlung des maßgeblichen Einnahmenvolumens macht, ebenso wie die Nummer 2, in welcher die Ermittlung der voraussichtlichen Ausgaben vorgegeben wird, unverändert bleiben.

In den Nummern 3 und 4 des bisherigen Rechts ist geregelt, dass ein negativer (Nummer 3) bzw. positiver Unterschiedsbetrag (Nummer 4) wettbewerbsneutral auf die Krankenkassen verteilt wird. Im Falle einer Unterdeckung werden bei der Umlage dabei nur die Mitglieder berücksichtigt, von denen auch Zusatzbeiträge erhoben werden können. Im Falle einer Überdeckung werden bei der Umlage alle Mitglieder berücksichtigt.

Stellungnahme vdek

Die Änderungen sind konsequent, wenn die rechnerische Vorgehensweise zur Durchführung des Einnahmeausgleichs wie im Entwurf zu § 270a SGB V vorgesehen, realisiert wird. Das ist die Position, die von der Mehrheit der Ersatzkassen vertreten wird. Diejenigen Mitgliedskassen, die die Berechnungsgrundlagen für den Einkommensausgleich in anderer Weise modifiziert sehen wollen, fordern eine dementsprechende Anpassung des § 40 RSAV (Veränderungsbetrag proportional zu den beitragspflichtigen Einnahmen).

Die Klarstellung, dass abweichend von der geltenden Gesetzlage nunmehr bei der Berechnung des mitgliederbezogenen Anpassungsbetrags ein genereller Bezug zu allen Mitgliedern hergestellt wird, ist unter dem Gesichtspunkt, dass

damit die Schätzung der Mitgliederzahlen vereinfacht wird, nachvollziehbar. Auch der vdek geht davon aus, dass diese Herangehensweise keine Verzerrungen in den Ergebnissen nach sich ziehen wird. Sie ist insofern sachgerecht und wird begrüßt.

Änderungsvorschlag vdek

Aufgrund der divergierenden Positionen erfolgt kein Änderungsvorschlag.

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 10

§ 41 (Jahresausgleich)

Beabsichtigte Neuregelung

In den in § 41 Absatz 1 enthaltenden Regelungen zum Jahresausgleich werden Regelungen zur Umsetzung der Sonderregelungen zum Krankengeld und Auslandsversicherte ergänzt sowie die dort bislang enthaltenen, ausgelaufenen Regelungen zur Umsetzung der Konvergenzregelung (§ 33c) gestrichen.

Mit der Neuregelung zu Auslandsversicherten wird die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt. Dieses Modell soll umgesetzt werden, bis ein Modell vorliegt, mit dem die Zuweisungen für Auslandsversicherte auf der Grundlage empirischer Untersuchungen insgesamt zielgerichteter verteilt werden können als bislang. Der Überschreibungsbetrag wird anschließend mitgliederbezogen auf alle Krankenkassen verteilt.

Weiterhin wird ein erweitertes Verfahren zur Bestimmung der Zuweisungen für Krankengeld geregelt: Bis ein Modell vorliegt, mit dem die Zuweisungen für Krankengeld auf der Grundlage empirischer Untersuchungen zielgerichteter standardisiert werden können, werden durch die Einführung einer Sonderregelung mit dieser Norm die bestehenden Über- und Unterdeckungen im Bereich Krankengeld halbiert. Dies geschieht dadurch, dass die Hälfte der Zuweisungen über das bisher geltende Standardisierungsverfahren verteilt wird und die andere Hälfte über einen Ist-Kosten-Ausgleich. Da auch ein teilweiser Ist-Kosten-Ausgleich der grundsätzlichen RSA-Systematik mit ihrer Orientierung an den jeweiligen Durchschnittskosten widerspricht und tendenziell mit negativen Wirtschaftlichkeitsanreizen für die Krankenkassen verbunden ist, soll dieses Verfahren mittelfristig durch ein weiterentwickeltes Modell zur Standardisierung der Krankengeldausgaben abgelöst werden.

Der ergänzende Ist-Kosten-Ausgleich (auf GKV-Ebene) soll für Auslandsversicherte und für Krankengeld ausschließlich im Jahresausgleich umgesetzt werden. Im Monatsverfahren erfolgen die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte nach dem bisher geltenden Verfahren.

Weiterhin werden Änderungen des § 40 als Folgeänderung zur Regelung des Einkommensausgleichs auch für den Jahresausgleich (analog § 40) nachvollzogen. Im Jahresausgleich sind die aktuellen jahresdurchschnittlichen Mitgliederzahlen zu verwenden. Auch für die beitragsfreien Mitglieder (Mitglieder während des Bezugs von Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld und Betreuungsgeld) erhält die Krankenkasse – wie für jedes andere Mitglied – somit einen Betrag entsprechend dem Kassen-individuellen Zusatzbeitragssatz und den GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen. Zukünftig werden somit bei der Umlage des Unterschiedsbetrags – also sowohl bei einem positiven wie bei einem negativen Unterschiedsbetrag – immer alle Mitglieder berücksichtigt.

Zusätzlich ergibt sich eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 272 SGB V und der §§ 33a bis 34.

Stellungnahme vdek

Im Sinne einer Übergangsregelung bis zur Festlegung einer systemkonformeren Lösung für zielgenauere Zuweisungen bei den Auslandsversicherten wird der Vorschlag als weitgehend unstrittig angesehen. Beim Krankengeld vertreten die Ersatzkassen keine einheitliche Auffassung.

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 11

§ 43 (Durchführung des Einkommensausgleichs)

Beabsichtigte Neuregelung

Das BVA erhält nach § 270a Absatz 4 SGB V die Aufgabe, den Einkommensausgleich durchzuführen und den Krankenkassen die entsprechenden Mittel zuzuweisen. Jede Krankenkasse erhält durch diesen Ausgleich die Einnahmen aus dem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, die sie erzielen würde, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder dem Durchschnitt in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprächen. Das Nähere zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben wird in § 43 – neu – geregelt. Insbesondere spezifiziert die Vorschrift die Verfahrensweise für das monatliche Verfahren, für quartalsweise Zwischenkorrekturen und für den abschließenden Jahresausgleich.

Stellungnahme vdek

Die Vorgaben für das monatliche Verfahren und für die quartalsweisen Zwischenkorrekturen sind sachgerecht, weil sie eine größtmögliche Aktualität des Abschlagsverfahrens unter der gegebenen Datenlage sicherstellen. In Absatz 4 wird bestimmt, dass das Bundesversicherungsamt dann, wenn es den Jahresausgleich für die Zuweisungen nach § 266 Absatz 1 Satz 1 SGB V durch-

führt, auch die Höhe der Mittel für den Einkommensausgleich neu berechnet. Die Bekanntgabe und das Verfahren zum Ausgleich der Unterschiedsbeträge erfolgen entsprechend der Regelung in § 41 Absatz 4. Ein Korrekturverfahren wird nicht durchgeführt. Nach § 270a Absatz 2 sollen sich sowohl die quartalsweisen Zwischenausgleiche als auch der Jahresausgleich auf die einmal festgesetzten vorläufigen beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der GKV beziehen, also nicht auf die endgültig in den Rechnungsergebnissen festgestellten tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

Ein Teil der Ersatzkassen unterstützt den Vorschlag des BMG, da zum einen die Beibehaltung des ursprünglichen Planwerts die Planungssicherheit erhöhe und zum anderen eine Analogie zur bisherigen Fondssystematik hergestellt werde, nach der die Zuweisungen gemäß den §§ 266 und 270 SGB V ebenfalls verbindlich auf Basis der durch den GKV-Schätzerkreis im Voraus geschätzten Einnahmen- und Ausgabenentwicklung verbindlich festgelegt werden.

Mit der jetzigen Formulierung des § 43 Absatz 4 ist diese Vorgabe nicht mehr klar formuliert; sie bietet aus Sicht des vdek auch in Zusammenhang mit der Begründung verschiedene Auslegungsmöglichkeiten. Wird die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen für die Berechnung des Durchschnittsbetrags neu ermittelt oder werden nur die auf die Krankenkassen entfallenden Anteile aufgrund aktuellerer Mitgliederzahlen neu berechnet?

Änderungsvorschlag vdek

§ 43 Absatz 4 sollte im Hinblick auf die zu verwendenden Rechengrößen im Jahresausgleich klar und auslegungsfrei formuliert werden.

7. Stellungnahme zu Artikel 16 (Änderung des Medizinproduktegesetzes)

Artikel 16 (Änderung des Medizinproduktegesetzes)
§ 42 (Bußgeldvorschriften)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird die Ahndung einer Ordnungswidrigkeit in dem Fall ermöglicht, dass eine Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarmen oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten nicht der Rechtsverordnung gemäß § 37 Absatz 5 Nummer 1a MPG festgelegten Anforderungen entspricht. In diesem Fall soll ein Bußgeld verhängt werden können.

Stellungnahme vdek

Die Regelung ist aus Gründen des Patientenschutzes zu begrüßen.

Wie bereits im Zusammenhang der Diskussion um das Patientenrechtegesetz, aber auch zu späteren Zeitpunkten, vorgebracht worden ist, fehlen nach wie vor Sanktionsregelungen für den Fall, dass Medizinproduktehersteller oder Anwender ihrer Meldepflicht nach § 3 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung nicht nachkommen. Auch hier sollte die zuständige Bundesoberbehörde das Recht haben, Sanktionen in Form von Bußgeldern zu verhängen. Gleichzeitig ist zu regeln, dass diese Meldungen nicht in Zivil- und Strafverfahren gegen die Meldenden verwendet werden können.

Änderungsvorschlag vdek

- a.) Medizinproduktegesetz: nach § 24 MPG wird folgender Abschnitt 6 eingefügt:

§ 25 Ordnungswidrigkeiten

„Ordnungswidrig im Sinne des § 42 Absatz 2 Nummer 16 des Medizinproduktegesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 3 Absatz 1 bis 3 eine Meldung nicht, nicht richtig oder nicht vollständig erstattet.“

- b.) Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung: Ergänzend wird nach § 3 Absatz 3 MPSV folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Erfolgte Meldungen nach den Absätzen 2 und 3 durch Angehörige der Heilberufe dürfen nicht zu Beweis Zwecken in einem gegen den Meldenden geführten Zivil- oder Strafverfahren genutzt werden.“

Die Nummern der folgenden Absätze ändern sich entsprechend.

8. Stellungnahme zu Artikel 17 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschriften zu den Aufgaben des Schätzerkreises, zum Zusatzbeitragsatz, zu den Übergangsregelungen zum Zuweisungsverfahren für Krankengeld und Auslandsversicherte im Rahmen des RSA-Jahresschlussausgleichs sowie zum geplanten RSA-Gutachten treten zum 1. August 2014 in Kraft. Ferner tritt zu diesem Termin auch die Bestimmung zur Beitragsbemessung nach der Beitragsbemessungsgrenze bei Nichtvorlage von Einkommensnachweisen in Kraft.

Stellungnahme vdek

Der vdek hält diese Vorschrift grundsätzlich für sachgerecht. Allerdings sollte klarer ausformuliert werden, ab welchem Ausgleichsjahr die Übergangsregelungen zum Zuweisungsverfahren für Krankengeld und Auslandsversicherte zum Tragen kommen, konkret, ob sie bereits für den Jahresausgleich 2013 zu beachten sind. Es wird deshalb eine Klarstellung in der Begründung vorge schlagen, ob die Neuregelungen bereits für das Ausgleichsjahr 2013 im Rahmen des Jahresausgleichs 2013 zur Anwendung kommen.

Das Inkrafttreten der Regelung über die Rechtsfolgen für die Beitragsbemessung freiwillig Versicherte bei nicht vorgelegten Einkommensnachweisen zum 1. August 2014 ist sachgerecht. Damit kann die bisherige Praxis weitergeführt werden.

Die Regelungen über den Wegfall des Vorrangs der Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II in der Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Neuordnung des Beitragsbemessungsverfahrens für diesen Personenkreis treten zum 1. Januar 2016 in Kraft (vgl. Artikel 17 Nummer 2). Diese Vorlaufzeit benötigt die Bundesagentur für Arbeit auf jeden Fall, um sich auf die neuen Gegebenheiten einzustellen.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 - 0

Fax: 030/2 69 31 - 2900

info@vdek.com



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
zu den Änderungsanträgen
Ausschussdrucksachen 18(14)0030.1–5

anlässlich der öffentlichen Anhörung zum GKV-
Finanzstruktur- und Weiterentwicklungsgesetz –
GKV-FQWG vor dem Gesundheitsausschuss des
Deutschen Bundestages
am 21. Mai 2014

Inhaltsverzeichnis

1. Grundsätzliche Anmerkungen zu den Änderungsanträgen	3
2. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen.....	3
• Änderungsantrag 1 zu Artikel 1 Nummer 3a – neu – (§65b SGB V) Unabhängig Patientenberatung.....	3
• Änderungsantrag 2 zu Artikel 1 Nummer 4a – neu – (§ 132e SGB V) Impfstoffverträge	Fehler! Textmarke nicht definiert.
• Änderungsantrag 3 zu Artikel 1 Nummer 4b – neu – (§ 134a SGB V) Versorgung mit Hebammenhilfe	5
• Änderungsantrag 4 zu Artikel 1 Nummer 39a – neu – (§ 303b SGB V) Regionalkennzeichen für Zwecke der Datentransparenz – Versorgungsforschung	Fehler! Textmarke nicht definiert.
• Änderungsantrag 5 zu den Artikeln 16a – neu –, 16b – neu – und 16c – neu – (KHG, BpflV und Psych-Entgeltgesetz) Schlichtungsausschuss auf Landesebene, Verlängerung der Optionsphase des Psych-Entgeltsystems	Fehler! Textmarke nicht definiert.

1. Grundsätzliche Anmerkungen zu den Änderungsanträgen

Die Änderungsanträge der Ausschussdrucksachen 18(14)0030.1–5 enthalten Regelungen zur Unabhängigen Patientenberatung (UPD), zu Impfstoffen für Schutzimpfungen, zur Versorgung mit Hebammenhilfe und zur Erfassung und Übermittlung eines Regionalkennzeichens. Daneben wird die Umsetzung des Psych-Entgeltsystems um zwei Jahre verschoben. Während der Ansatz, die Versorgungsforschung zu verbessern, grundsätzlich positiv bewertet wird und auch die Absicht, die UPD in einem angemessenen Rahmen finanziell stärker zu unterstützen, stößt der Antrag zur auf Kritik. Der Vorschlag ist nicht geeignet, die Versorgung effizient zu gestalten. Im Gegenteil: er hilft, unwirtschaftliche Strukturen zu konservieren. Der Änderungsantrag zum Psych-Entgeltsystem ist differenzierter zu sehen. Einerseits kann eine Verlängerung der Einführungsphase akzeptiert werden. Abzulehnen ist dagegen ein Automatismus, mit dem den Optionshäusern basiswirksam finanzielle Anreize zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus wird das bereits im Beitragsschuldengesetz verankerte Schlichtungsverfahren auf der Landesebene eine Vielzahl an Umsetzungsproblemen verursachen. Insbesondere ist für alle Beteiligten sehr ressourcenintensiv. Umgekehrt wird die beabsichtigte Entlastung der Sozialgerichte nicht erreicht. Eine bilaterale Streitschlichtung hingegen würde nicht nur zu einer höheren Akzeptanz beitragen, sondern auch die künftige Kommunikation zwischen Krankenhaus und Krankenkasse verbessern.

2. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Änderungsantrag 1 zu Artikel 1 Nummer 3a – neu – (§65b SGB V)
Unabhängige Patientenberatung

Beabsichtigte Neuregelung

Der Förderzeitraum für die Unabhängige Patientenberatung (UPD) erhöht sich von fünf auf sieben Jahre; die aktuelle Fördersumme erhöht sich ab dem Jahr 2016 von heute 5,6 Millionen Euro auf dann 9 Millionen Euro. Damit soll insbesondere die telefonische Erreichbarkeit durch zusätzliches Personal verbessert werden. Der Patientenbeauftragte wird künftig den Beirat leiten, dessen Beratungsauftrag auf Fragen der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Beratungsbetriebes ausgeweitet wird.

Stellungnahme vdek

Die Verlängerung des Förderzeitraums ist angemessen. Die Ausschreibung für die nächste Förderrunde der UPD steht bereits im Herbst 2014 an, so dass die Verlängerung des Förderzeitraums vorab gesetzlich geregelt werden muss, um diese Änderung in der Ausschreibung zu berücksichtigen. Die Evaluation der UPD hat darüber hinaus eine Verschlechterung der Erreichbarkeit von 2012 auf 2013 ergeben, so dass der Wunsch einer Verbesserung der Erreichbarkeit der UPD nachvollzogen werden kann. Allerdings sind aus

Sicht der Gesetzlichen Krankenkassen noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft, die Erreichbarkeit mit den vorhandenen Mitteln zu verbessern, z. B. durch die angekündigte bessere Nutzung des Wissensmanagements und des Intranets der UPD. Diese Effizienzverbesserungen sollten zunächst angegangen und erst dann die Mittel erhöht werden. Nicht geeignet hingegen erscheint der Ansatz, die Zahl der Beratungsstellen – heute 21 – zu erhöhen. Der entsprechende Passus in der Begründung zu Buchstabe b sollte deshalb gestrichen werden.

Sofern der Gesetzgeber eine Erhöhung der Mittel bereits zum jetzigen Zeitpunkt für erforderlich hält, damit die UPD u. a. die im Änderungsantrag vom Gesetzgeber angedeutete Einführung von öffentlichkeitswirksamen Kampagnen und damit einhergehende höheren Nachfragen abfangen kann, sollte die Höhe von 9 Millionen Euro nicht überschritten und die Mittel – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – vor allem in die bessere telefonische Erreichbarkeit fließen.

Änderungsvorschlag vdek

In der Begründung zu Buchstabe b wird der fünfte Satz wie folgt geändert:
„Mit der Erhöhung der Fördersumme auf 9 Millionen Euro lassen sich auch die Personalressourcen in den bestehenden 21 Beratungsstellen ausweiten, um vor allem die telefonische Erreichbarkeit der UPD zu verbessern.“

Änderungsantrag 2 zu Artikel 1 Nummer 4a – neu – (§ 132e SGB V)
Impfstoffverträge

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können zur Versorgung ihrer Versicherten mit Impfstoffen für Schutzimpfungen nach dem geltenden § 20d Absatz 1 und 2 Verträge mit einzelnen pharmazeutischen Unternehmen schließen. Die hier beabsichtigte Neuregelung verpflichtet die Krankenkassen, in jedem Versorgungsgebiet immer mit wenigstens zwei pharmazeutischen Unternehmen diese Verträge nach Satz 1 zu schließen, um Versorgungslücken zu vermeiden.

Stellungnahme vdek

Häufig gibt es nur zwei pharmazeutische Unternehmer, die einen bestimmten Impfstoff anbieten. Grippeimpfstoffe bilden hier die Ausnahme; hier gibt es deutlich mehr Hersteller. Würde man nun die Krankenkassen dazu verpflichten, in jedem Versorgungsgebiet mindestens zwei Zuschläge zu erteilen, würden Ausschreibungen für die meisten Impfstoffe ad absurdum geführt. Denn dann entfällt jegliches Motiv, sich auf eine Ausschreibung zu bewerben. Ein wirtschaftlicher Vorteil wäre nicht zu generieren.

Darüber hinaus werden bei den derzeit durchgeführten Ausschreibungen regionale Gebietslose gebildet, bei denen häufig verschiedene Anbieter den

Zuschlag erhalten. D. h. ein größeres Gebiet wird in Teillose aufgeteilt, so dass potentiell auch mehrere Bieter die Möglichkeit haben, einen Zuschlag zu erhalten. Bieter müssen somit nicht zum Beispiel ein ganzes Flächenland versorgen; die Versorgung verteilt sich auf mehrere Schultern. Beispielsweise war die Ausschreibung für die Grippeimpfstoffe der Grippesaison 2013/2014 für Baden-Württemberg in vier Gebiets-/Teillose aufgeteilt. Den Zuschlag bekamen zwei pharmazeutische Unternehmen für jeweils zwei unterschiedliche Gebietslose.

Grundsätzlich ist auch auf die regionalen Verträge mit den Landesapothekerverbänden zur Versorgung mit Schutzimpfungen im Rahmen des (gemeinsamen) Sprechstundenbedarfs zu verweisen. Sollte ein Ausschreibungsgewinner mit seiner Impfstoffproduktion ausfallen bzw. hinter dem Bedarf zurückbleiben, ist die Versorgung der Bevölkerung mit Impfstoffen über den Sprechstundenbedarf grundsätzlich sichergestellt. Es besteht folglich kein Neuregelungsbedarf.

Änderungsvorschlag vdek

Der Änderungsantrag wird zurückgezogen.

Änderungsantrag 3 zu Artikel 1 Nummer 4b – neu – (§ 134a SGB V)
Versorgung mit Hebammenhilfe

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Regelung der Haftpflichtproblematik bei den Hebammen wird zunächst und mit einer Laufzeit vom 1.7.2014 bis zum 30.6.2015 eine ausdifferenzierte Vergütung (Zuschläge) für die jeweilige Art der Geburt unter besonderer Berücksichtigung von Hausgeburten, Geburtshausgeburten und Geburten mit eins zu eins Betreuung ohne Schichtdienst eingeführt, um die höheren Haftpflichtkosten je Geburt bei diesen Geburten aufgrund der geringen Anzahl derselben auszugleichen (§ 134a Absatz 1c).

Ab dem 1.7.2015 soll diese Regelung durch einen individuellen Sicherstellungszuschlag ersetzt werden (§ 134a Absatz 1b). Dieser Sicherstellungszuschlag soll für all die Hebammen auf Nachweis ausgezahlt werden, die aufgrund der geringen Zahl der Geburten ihre Haftpflichtversicherung nicht aus den Geburten refinanzieren können. Die Auszahlung soll der GKV-Spitzenverband übernehmen.

Außerdem sollen bis Jahresende 2014 einheitliche Qualitätsstandards für die Geburtshilfe festgelegt werden, deren Erfüllung auch Voraussetzung für die Auszahlung Sicherstellungszuschläge werden soll (§ 134a Absatz 1a).

Stellungnahme vdek

Die Neuregelungen werden mit Ausnahme der verbindlichen Regelung zu den Qualitätsanforderungen (§ 134 Absatz 1a) abgelehnt.

Die Zuschlagsregelung in (§ 134 Absatz 1c) ist nicht erforderlich, da die Möglichkeit und Bereitschaft zu einer differenzierten Vergütung je nach Art der Geburt bereits jetzt besteht. Entsprechende Angebote wurden den Hebammen bereits unterbreitet.

Ein Sicherstellungszuschlag (§ 134a Absatz 1b) wird ebenfalls abgelehnt, da sie im Ergebnis einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung Vorschub leistet, indem sie in Summe zu einer Überkompensation der Haftpflichtkosten bei den Hebammen führt. Die geschieht dadurch, dass bei diesem Modell die Haftpflichtkosten grundsätzlich Bestandteil der Vergütung bleiben und lediglich bei Unterkompensation ein Ausgleichsanspruch gegenüber der GKV entsteht, bei Überkompensation jedoch kein Rückzahlungsanspruch der GKV. Im Ergebnis wird die GKV mehr Haftpflichtkosten bezahlen, als tatsächlich angefallen sind. Dieser Effekt wird sich verstärken, wenn Hebammen, die bisher nur quartalsweise an der Geburtshilfe teilgenommen haben (und sich auch nur quartalsweise versichert haben) nun aufgrund der Vollkaskoabsicherung ihrer Prämien ganzjährig versichern.

Zudem ist die Einrichtung einer Kostenerstattungsstelle für Haftpflichtversicherungen von Leistungserbringern als Aufgabe der GKV ordnungspolitisch fragwürdig, bürokratisch aufwändig und bisher ohne Beispiel. Es ist allerdings zu befürchten, dass ein Präzedenzfall hier schnell Schule machen könnte.

Änderungsvorschlag vdek

Streichung der Neuregelungen in § 134a Absatz 1b und 1c.

Änderungsantrag 4 zu Artikel 1 Nummer 39a – neu – (§ 303b SGB V)
Regionalkennzeichen für Zwecke der Datentransparenz – Versorgungsforschung

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird die Rechtsgrundlage dafür geschaffen, dass die Krankenkassen ein Regionalkennzeichen jährlich und verschlüsselt an das Bundesversicherungssamt (BVA) übermitteln. Das BVA übermittelt diese dann an das DIMDI. Ziel der Maßnahme ist es, die Datenlage für die Versorgungsforschung zu verbessern. Für die Datenbestände der Jahre 2009 und 2010, als im Zuge der Konvergenzregelung bei Einführung des Gesundheitsfonds der Gemeindeclüssel erhoben wurde, soll eine Sonderregelung geschaffen werden. Diese Daten sollen einmalig an das DIMDI übermittelt werden, um sie nutzbar zu machen.

Stellungnahme vdek

Mit der Neuregelung wird ein Vorhaben des Koalitionsvertrages umgesetzt. Die vorgesehene Umsetzung ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Änderungsantrag 5 zu den Artikeln 16a – neu –, 16b – neu – und 16c – neu – (KHG, BPfIV und Psych-Entgeltgesetz)
Schlichtungsausschuss auf Landesebene, Verlängerung der Optionsphase des Psych-Entgeltsystems

Beabsichtigte Neuregelung

Nr. 1a) Mit der Regelung soll eine Rechtsgrundlage für die Finanzierung der Kosten des Schlichtungsausschusses geschaffen werden. Danach könnte der Schlichtungsausschuss eine „Verfahrensgebühr“ für das Schlichtungsverfahren fordern.

Nr. 1b) Können sich die Parteien nicht über eine Vereinbarung zum Schlichtungsausschuss Land einigen, soll nach dieser Regelung die Schiedsstelle nach § 18a KHG entscheiden. Ist bis zum 31.8.2014 kein Schlichtungsausschuss vorhanden, soll die Schiedsstelle nach § 18a KHG übergangsweise diese Funktion wahrnehmen. Sie kann vorübergehend auch einen Schlichtungsausschuss einrichten.

Nr. 2 Mit den Änderungen des § 17d KHG, der Bundespflegesatzverordnung sowie dem Psych-Entgeltgesetz möchte der Gesetzgeber die Optionsphase zur freiwilligen Anwendung des neuen Psych-Entgeltsystems verlängern. So soll den Krankenhäusern sowie den Selbstverwaltungspartnern mehr Zeit gegeben werden für notwendige Anpassungen bzw. zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems. Die obligatorische Anwendung verschiebt sich somit um zwei Jahre; ebenso die Phase zur schrittweisen Konvergenz der krankenhausindividuellen Preise an einen Landeswert. Mit der Verlängerung der Optionsphase einher geht die Verlängerung der budgetneutralen Phase – die Phase, während der die Krankenhäuser grundsätzlich keine Budgetverluste zu befürchten haben. Darüber hinaus wird mit Artikel 16b Nr. 1 Buchstabe c (Änderung zu § 3 Absatz 2 Satz 1 BPfIV) ein finanzieller Anreiz für die Einrichtungen gesetzt, die frühzeitig das neue Entgeltsystem anwenden. Ihnen wird für die Jahre 2015 und 2016 die Möglichkeit einberaumt, einen Budgetanstieg bis zum Zweifachen der ansonsten geltenden Obergrenze (Veränderungswert) mit den Kostenträgern zu vereinbaren. Dies führt bei der Annahme einer Optionsquote von je 40 Prozent zu geschätzten Mehrausgaben für alle Kostenträger von insgesamt 150 Millionen Euro (GKV: rund 142 Millionen Euro). Darüber hinaus gelten die bereits heute für die optierenden Einrichtungen bestehenden vorteilhaften Mehr- oder Mindererlösausgleichsätze für die Zeit der Verlängerung fort, was zu weiteren geschätzten Mehrausgaben für alle Kostenträger in Höhe von insgesamt 58 Millionen Euro (GKV 54 Millionen Euro) führt. Mit der Verlängerung der Options- und budgetneutralen Phase erfolgt automatisch eine Verlängerung der Anwendung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) bis einschließlich zum Jahr 2018.

Stellungnahme des vdek

Zu Nr. 1a) Die Änderung ist an für sich zu begrüßen, da bisher eine gesetzliche Grundlage für die Erhebung einer Verfahrensgebühr fehlt. Allerdings ist das Verfahren nach Ansicht der Ersatzkassen wieder abzuschaffen bzw. alternativ zumindest neu zu gestalten (siehe unten zu Nr. 1b). Die Gebühr würde damit obsolet.

Zu Nr. 1b) Die Intention des Gesetzgebers, die Abrechnungsstreitigkeiten durch die Schlichtungsausschüsse Land zu reduzieren kann auch mit den vorliegenden geplanten Änderungen nicht erreicht werden. Zudem bedeutet diese Regelung eine „Verschlechterung“ zum Status Quo. Die Schiedsstelle nach § 18a KHG ist für Streitigkeiten im Zusammenhang mit Budgetfragen zuständig und ist für die neue Funktion nicht ausgelegt. Es fehlt ihr auch an dem erforderlichen Fachwissen. Eben diese Gründe haben dazu geführt, dass die „alten“ Schlichtungsausschüsse nach § 17c KHG a. F. („Stichprobenprüfung“) von den Beteiligten gekündigt bzw. die Krankenhäuser und Krankenkassen einstimmig von einem Wegfall der Geschäftsgrundlage ausgingen.

Die bestehenden Umsetzungsprobleme werden auch in einem Übergangsausschuss nicht gelöst werden können. Der Umstand, dass bisher noch keine Schlichtungsausschüsse etabliert werden konnten, hängt nicht mit der fehlenden Einigungsbereitschaft der Beteiligten, sondern mit der Vielzahl an Umsetzungsproblemen (wie z.B. der Umgang mit Altfällen, die Finanzierung, Datenschutzfragen und vor allem das personelle Ressourcenproblem der Beteiligten) zusammen. Das bisher vorgesehene Verfahren ist für alle Beteiligten sehr ressourcenintensiv. Geht man allein von 2.000 Fällen pro Jahr und Bundesland aus, müsste ein Schlichtungsausschuss über zehn Vorsitzende und einen entsprechenden großen Ausschuss verfügen, damit die Fälle auch tatsächlich bearbeitet werden können. Realistische Schätzungen gehen von mehreren tausend Fällen pro Jahr und Land für den Schlichtungsausschuss aus. Zum Vergleich: Ein Sozialrichter bearbeitet pro Jahr etwa 250 Verfahren. Die Anzahl der zu erwartenden Fälle (mehrere Tausend pro Bundesland und Jahr) kann von den Schlichtungsausschüssen nicht abgearbeitet werden. In der Folge wäre der Schlichtungsausschuss arbeitsunfähig. Im Übrigen wäre durch diese Änderung auch die Funktionsfähigkeit der Schiedsstelle nach § 18a KHG gefährdet.

Die Etablierung der Schlichtungsausschüsse (Besetzung mit mehreren Vertretern der GKV und Krankenseite) bedeutet somit einen enormen Bürokratieaufbau und eine erhebliche finanzielle Belastung aller Beteiligten. Der Schlichtungsausschuss steht auch in keinem vertretbaren Kosten-Nutzen-Verhältnis. Zudem sind die Empfehlungen des Schlichtungsausschusses beklagbar, so dass nicht von einer Reduzierung der Verfahren ausgegangen werden kann. Eine wirkliche Entlastung der Sozialgerichte findet damit nicht statt. Dass dies der Fall ist, zeigen die Erfahrungen mit den Schiedsstellenentscheidungen nach § 18a KHG.

Die heute bereits vorhandene Bereitschaft von Krankenhäusern und Krankenkassen, sich bilateral zu einigen, wird eher negativ beeinflusst und im Ergebnis das Gegenteil des Beabsichtigten bewirkt. Vor diesem Hintergrund ist eine ersatzlose Streichung des § 17c Absatz 4 KHG erforderlich, zumal der Gesetzgeber im Beitragsschuldengesetz auch den Schlichtungsausschuss Bund vorgesehen hat und die nähere Ausgestaltung der Einzelfallprüfung durch die Selbstverwaltungspartner vorgesehen ist. Diese Änderungen dürften bereits zu einer Reduzierung der Abrechnungsstreitigkeiten und damit zu einer Entlastung der Sozialgerichte führen.

Hilfsweise ist die Regelung des § 17c Absatz 4 KHG für zwei Jahre auszusetzen; in diesem Zeitraum kann festgestellt werden, ob die o. g. Instrumente des Schlichtungsausschusses Bund und die nähere Ausgestaltung der Einzelfallprüfung durch die Selbstverwaltungspartner die gewünschte Wirkung zeigen.

Zu Nr. 2) Die Ersatzkassen schließen sich hier vollständig der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes an.

Änderungsvorschlag vdek

Zu Nr. 1b)

§ 17c Absatz 4 KHG wird gestrichen.

Hilfsweise:

§ 17c Absatz 4 KHG wird folgender Satz angefügt:

„Die Regelung tritt am 1.8.2016 in Kraft.“

Zu Nr. 2)

Die Ersatzkassen schließen sich hier vollständig dem Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes an.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel.: 030/2 69 31 – 0 Fax: 030/2 69 31 – 2900 info@vdek.com
