



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0029(27.1)
gel. VB zur öAnhörung am 21.05.
14_GKV-FQWG
20.05.2014

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 19.05.2014

**zum Regierungsentwurf
eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV–Finanzstruktur– und Qualitäts–
Weiterentwicklungsgesetz – GKV–FQWG)
vom 05.05.2014
(Bundestagsdrucksache 18/1307)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



I. Vorbemerkung

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) werden die Finanzierungsstrukturen der GKV auf der Grundlage des Koalitionsvertrags vom 27.11.2013 neu geordnet. Daneben wird zur Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität ein Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen errichtet.

Weiterentwicklung der Finanzstruktur

Mit dem Gesetzentwurf kehrt der Gesetzgeber in wesentlichen Punkten zur Finanzstruktur der Beitragsfinanzierung vor Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 zurück. So entfällt mit der Abschaffung des pauschalen Zusatzbeitrags auch der steuerfinanzierte Sozialausgleich nach § 242b SGB V und damit die bislang geplante Verlagerung von Elementen der Einkommensumverteilung von der GKV ins Steuersystem. Durch die künftig wieder rein einkommensabhängige Beitragsfinanzierung wird der Bund zugleich von der Zahlung der gesetzlich zugesicherten Bundesmittel für den Sozialausgleich entlastet, deren Höhe ansonsten in diesem Jahr gesetzlich festzulegen wäre (vgl. § 221b Absatz 1 SGB V). Das Bundesministerium für Gesundheit beziffert die damit einhergehende Entlastung des Bundes für die Jahre 2015–2018 auf insgesamt 3,8 Mrd. Euro (siehe Referentenentwurf vom 12.02.2014).

Der heutige kassenindividuelle Zusatzbeitrag wird in Zukunft nicht mehr einkommensunabhängig, sondern prozentual von den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben. Diese Umstellung erfordert eine Reihe von beitragsrechtlichen, vor allem technischen Änderungen, die aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes mit dem vorliegenden Gesetzentwurf insgesamt sachgerecht umgesetzt sind.

Künftig werden die Verwaltungsräte der Krankenkassen im Rahmen ihrer Satzungsautonomie über die Erhebung und die Höhe eines einkommensabhängigen Zusatzbeitrags entscheiden. Dieser wird als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen festgelegt (kassenindividueller Zusatzbeitragssatz). Der Zusatzbeitrag ist allein vom Mitglied zu tragen. Die Zusatzbeiträge gelten als reguläre Krankenversicherungsbeiträge (§ 220 Absatz 1 Satz 1 SGB V –neu–), sodass für diese alle beitragsrechtlichen Bestimmungen anwendbar sind, es sei denn, das Gesetz regelt ausdrücklich Abweichendes.

Der heute bereits gesetzlich bestimmte allgemeine Beitragssatz von 15,5 Prozent wird zum 1.1.2015 gesetzlich auf 14,6 Prozent reduziert (§ 241 SGB V –neu–); die Beitragstragung erfolgt

für diesen Teil des Krankenversicherungsbeitrags paritätisch. Der heute vom Mitglied allein zu tragende Beitragsanteil von 0,9 Beitragssatzpunkten des allgemeinen Beitragssatzes (§ 249 Absatz 1 Satz 1 SGB V), der so genannte Sonderbeitrag, entfällt; der damit nicht mehr gedeckte Beitragsbedarf ist von den Krankenkassen bei der Festlegung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zu berücksichtigen.

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Parallel zu den einnahmeseitigen Änderungen der Finanzstruktur der GKV werden mit dem Gesetzentwurf auch Anpassungen im Bereich des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs angestrebt. Mit dem neu eingefügten § 269 SGB V soll die im Koalitionsvertrag vereinbarte Weiterentwicklung des Morbi-RSA in den Bereichen Krankengeldzuweisungen und Zuweisungen für Auslandsversicherte umgesetzt werden. Die gesetzlichen Maßnahmen erfolgen ergänzend zu den vom Bundesversicherungsamt veranlassten Änderungen zur Umsetzung der rechtskräftigen Urteile des Landessozialgerichts NRW vom 04.07.2013 – Az. L 16 KR 774/12 KL sowie L 16 KR 800/12 KL – zur Annualisierung der Leistungsausgaben von Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden. Der Koalitionsvertrag sieht eine zeitgleiche Umsetzung dieser drei Bereiche vor.

Der Gesetzentwurf sieht für die Änderungen in den Bereichen Krankengeld und Auslandsversicherte Übergangsregelungen vor. Die Summe der Zuweisungen für die Auslandsversicherten aller Krankenkassen soll übergangsweise entsprechend eines Prüfvorschlags des Wissenschaftlichen Beirats auf die Summe der von diesen Versicherten verursachten Leistungsausgaben aller Krankenkassen begrenzt werden. Hinsichtlich der Zuweisungen für das Krankengeld soll vorübergehend festgelegt werden, dass die bestehenden Unter- und Überdeckungen in diesem Bereich durchgängig halbiert werden. Dies wird im Gesetzentwurf umgesetzt, indem die Hälfte der Zuweisungen nach der Höhe der Ist-Kosten, die andere Hälfte nach dem bisherigen Standardisierungsverfahren ausgeglichen wird. Zudem soll das Bundesversicherungsamt Gutachten in Auftrag geben, mit denen Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte entwickelt werden. Die Modelle sollen wieder zum Standardisierungsansatz des Risikostrukturausgleichs zurückführen, Risikoselektionsanreize verringern und keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen setzen.

Vollständiger Einkommensausgleich

Der ausdrücklichen Vorgabe der Koalitionsvereinbarung folgend hat der Gesetzgeber für den Bereich der kassenindividuellen Zusatzbeiträge einen „vollständigen Einkommensausgleich“ vorgesehen (§ 270a SGB V-neu-). Infolge dieses Einkommensausgleichs erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds diejenigen Mittel, die sich aus der Anwendung ihres kassenindividuel-

len Zusatzbeitragssatzes auf die GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen ergeben. Die tatsächlichen, auf Grundlage der kassenindividuellen beitragspflichtigen Einnahmen erhobenen Beiträge werden dagegen vollständig an den Gesundheitsfonds weitergereicht. Im Ergebnis führt der Einkommensausgleich zu einem vollständigen Ausgleich der unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Mitglieder der Krankenkassen. Damit ist sichergestellt, dass mit der Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge keine Anreize zur Risikoselektion nach Einkommen entstehen.

Sonderkündigungsrecht bei Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

Das Sonderkündigungsrecht der Mitglieder für den Fall der erstmaligen Zusatzbeitragserhebung bzw. der Zusatzbeitragserhöhung wird durch die Reform im Kern nicht berührt. Die Kündigung der Mitgliedschaft kann in diesen Fällen bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der (erhöhte) Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird (§ 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V –neu–). Die Umstellung des Beitragseinzugs auf das Quellenabzugsverfahren führt aber dazu, dass die gegenwärtig geltende Regelung über die Nichterhebung des Zusatzbeitrags bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts (§ 242 Absatz 1 Satz 2–4 SGB V) entfallen wird. Dies ist sachgerecht, weil eine Umsetzung der Regelung im Quellenabzugsverfahren zu erheblichen verfahrenstechnischen Erschwernissen bei Krankenkassen, Arbeitgebern, Rentenversicherungsträgern und der Bundesagentur für Arbeit führen würde. Die Beteiligten müssten in der Praxis eine Vielzahl von Rückrechnungen bzw. Korrekturen der Entgeltabrechnungen durchführen. Für die Mitglieder der Krankenkassen wären diese nachträglichen Korrekturen schwer nachvollziehbar und erschwerten die Verständlichkeit der Entgeltabrechnungen. Darüber hinaus gilt, dass die monetären Wirkungen für die betreffenden Mitglieder aufgrund der Einkommensabhängigkeit des neuen Zusatzbeitrags und des kurzen relevanten Zeitraums (maximal drei Monate) eher begrenzt sind.

Ausgestaltung der Hinweispflichten der Krankenkassen nicht sachgerecht

Insbesondere vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber an der in § 175 Absatz 4 Satz 6 SGB V normierten Hinweispflicht der Krankenkasse gegenüber ihren Mitgliedern auch im neuen Finanzierungssystem festhält: Im Falle der erstmaligen Zusatzbeitragserhebung oder der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes hat die Krankenkasse ihre Mitglieder zeitnah auf die Möglichkeit der Sonderkündigung hinzuweisen. Gegen diese gesetzliche Vorgabe bestehen grundsätzlich keine Bedenken. Kritisch zu bewerten ist allerdings die im Gesetzentwurf vorgesehene zweistufige Ausgestaltung dieser Hinweispflicht. In der ersten Stufe haben alle Krankenkassen nicht nur auf das Bestehen des Sonderkündigungsrechts, sondern zugleich auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V hinzuweisen. Diese Transparenzvorgabe soll laut Begründungsteil dazu dienen, dass sich die Mitglieder ein besseres Bild über das Preis- und Leistungsangebot der Krankenkassen machen können. Dieses Ziel wird aber mit der

vorgesehenen Regelung schon deshalb nicht erreicht, weil der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz nach § 242a SGB V eine rein (prospektiv-) rechnerische Größe ist, die eben nicht den Durchschnitt der von den Krankenkassen erhobenen Zusatzbeitragssätze einer bestimmten Periode abbildet. Der vorgegebene Vergleichsparameter stellt daher keine geeignete Referenzgröße für Markttransparenz dar.

In der zweiten Stufe haben diejenigen Krankenkassen, die einen Zusatzbeitragsatz erheben, der über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz nach § 242a SGB V liegt, ihre Mitglieder zusätzlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, „in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.“ Diese Verschärfung der Hinweispflicht wird abgelehnt, weil die im Wortlaut des Gesetzesentwurfs vorgenommene Gleichsetzung einer Krankenkasse mit einem unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragsatz mit einer „günstigeren Krankenkasse“ (und umgekehrt die Gleichsetzung einer Krankenkasse mit einem überdurchschnittlichen Zusatzbeitragsatz mit einer „ungünstigeren Krankenkasse“) den Mitgliederwettbewerb der Krankenkassen einseitig auf den Preiswettbewerb reduziert und damit den vom Gesetzgeber selbst angestrebten Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Versorgung konterkariert. Darüber hinaus ist kein anderer Markt bekannt, in dem der Gesetzgeber die Anbieter einer Ware oder Dienstleistung verpflichtet, ihre Kunden selbst auf ggf. bestehende „günstigere Angebote“ hinzuweisen. Die Regelung ist insoweit als überzogen zu bewerten.

Erfreulicher Zeitplan des Gesetzgebers

Der GKV-SV begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Zeitschiene des Gesetzgebungsverfahrens. Die geplante frühzeitige Verabschiedung und Verkündung des Gesetzes bereits im Juli 2014 bei Inkrafttreten der wesentlichen Reformteile zum 1.1.2015 schafft Planungssicherheit für die Krankenkassen, Arbeitgeber und übrige Beteiligte und trägt zur Stabilität der GKV bei.

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Zur Stärkung der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen als Stiftung des privaten Rechts zu errichten, dessen Träger der G-BA ist. Die Bestellung der Institutsleitung erfolgt innerhalb des Stiftungsvorstands im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Ein neues Qualitätsinstitut und der besondere Stellenwert, den der Gesetzgeber der Qualitätssicherung in Form einer neu zu schaffenden Institution einräumt, werden begrüßt. Die Errichtung eines Instituts als Stiftung des privaten Rechts wird ebenfalls positiv bewertet. Diese Form hat sich bereits beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bewährt.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Träger des G-BA und die Patientenvertretung über ein Antrags- und das BMG über ein Beauftragungsrecht verfügen. Die ebenfalls vorgesehene Beschränkung des Selbstbefassungsrechts des zu gründenden Qualitätsinstituts auf 10% seiner Haushaltsmittel ist sachgerecht. Es wäre nicht sinnvoll, dem Institut ein umfangliches Selbstbefassungsrecht einzuräumen. Hierdurch könnten sich schwer lösbare Ressourcenallokations- und Priorisierungsfragen ergeben.

Inhaltlich lautet der Auftrag des Gesetzgebers, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität zu erarbeiten. Hierzu gehören die Entwicklung der Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung sowie deren Durchführung. Nicht nachvollziehbar ist hingegen die Beschränkung, einrichtungsbezogene vergleichende Daten der Qualitätssicherung ausschließlich aus dem stationären Bereich in einer vergleichenden Übersicht zu veröffentlichen. Mehr Transparenz ist auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung herzustellen. Ziel sollte eine Messung und Darstellung sowohl der stationären als auch der ambulanten Versorgungsqualität sein.

Weitere Aufgaben des zu gründenden Qualitätsinstituts sind die Veröffentlichung der Qualitätssicherungsmaßnahmen in allgemein verständlicher Form und die Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von in der ambulanten und stationären Versorgung verbreiteten Zertifikaten und Qualitätssiegeln. Diese „Zertifizierung“ von Zertifizierungsmaßnahmen wird aufgrund mangelnder methodisch belastbarer Grundlagen abgelehnt.

Zu den weiteren Bewertungen des Gesetzentwurfs wird auf die nachfolgenden Stellungnahmen zu den einzelnen Änderungsvorschriften verwiesen.

II. Stellungnahme zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 5 Absatz 1 – Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II: Wegfall der Vorrangigkeit der Familienversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt sicher, dass künftig alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind. Die bisherige Vorrangigkeit der Familienversicherung wird zugunsten einer insoweit einheitlichen Versicherungspflicht für alle Leistungsempfänger aufgegeben.

B) Stellungnahme

Die Aufgabe der Vorrangigkeit der Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II wird ausdrücklich begrüßt. Die künftige einheitliche Versicherungspflicht für alle Leistungsempfänger führt zu einem Wegfall der insoweit notwendigen versicherungs- und mitgliedschaftsrechtlichen Prüfungen und entlastet die operative Umsetzung der durchzuführenden Mitgliedschaften von erheblichem Verwaltungsaufwand, und zwar sowohl auf Seiten der GKV als auch auf Seiten der Bundesagentur für Arbeit und der kommunalen Träger.

Die Regelung in Buchstabe b) ist rein redaktioneller Natur.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 10 Absatz 1 – Familienversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem künftigen Wegfall der Vorrangigkeit der Familienversicherung zugunsten einer insoweit einheitlichen Versicherungspflicht für alle Bezieher von Arbeitslosengeld II wird eine entsprechende Regelung auch in den Vorschriften zur Familienversicherung erforderlich. Die Regelung vollzieht diese redaktionelle Anpassung.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich als notwendige konsequente Folgeregelung zur Aufgabe der Vorrangigkeit der Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht aufgrund des Leistungsbezugs von Arbeitslosengeld II dar. Es bietet sich jedoch an, im Sinne der Rechtsklarheit anstelle der vorgesehenen Einfügung der Nr. 2a in § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V den Gesetzestext wieder herzustellen, den die Vorschrift vor dem 1. Januar 2005 hatte.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„In § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „§ 5 Absatz 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8“ durch die Angabe „§ 5 Absatz 1 Nr. 1 bis 8“ ersetzt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 53 Absatz 8 – Wahltarife

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der mit Artikel 1 Nr. 18 vorgenommenen Streichung der Möglichkeit, Prämien nach § 242 –alt– zu zahlen.

B) Stellungnahme

Inhaltlich wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 18 verwiesen.

Hinweis: In § 53 Absatz 8 Satz 4 ist die Angabe „einschließlich Prämienzahlungen nach § 242“ zweifach enthalten; die Änderungsvorschrift sollte dies berücksichtigen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 10 von 99

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 92 Absatz 1 – Richtlinien des G-BA

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 2 (einheitliche Versicherungspflicht für alle Bezieher von Arbeitslosengeld II).

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 11 von 99

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 5, 6 und 8

§§ 136, 137

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich jeweils um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung durch Artikel 1 Nr. 7 (§ 137a –neu–)

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7 verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 137a – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein dauerhaftes Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitssystem errichtet.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung für die Gründung eines unabhängigen wissenschaftlichen Institutes als Stiftung des privaten Rechtes mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Träger wird begrüßt. Die Errichtung eines Instituts als Stiftung des privaten Rechts hat sich beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139a SGB V bewährt. Die Regelung gibt den Trägerorganisationen des G-BA ausreichende Gestaltungsmöglichkeiten beim Aufbau, der Struktur und beim Betrieb des geplanten Qualitätsinstituts, wobei die Erfahrungen aus zehn Jahren IQWiG genutzt werden können.

Nähere Anmerkungen und Änderungsvorschläge zum neuen § 137a werden im Folgenden zu den Absätzen 3, 7 und 10 unterbreitet.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 137a Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3 erweitert das bestehende Aufgabenspektrum des derzeitigen Instituts nach § 137a SGB V (Nummern 1 bis 4) um die Erstellung einer vergleichenden Übersicht der stationären Einrichtungen (Nummer 5), die explizite Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen zur Darstellung der Qualität in der ambulanten und stationären Versorgung (Nummer 6) sowie die Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Qualitätssiegeln (Nummer 7).

B) Stellungnahme

In **Absatz 3 Satz 2 Nummer 5** ist nicht nachvollziehbar, warum einrichtungsbezogen vergleichende Daten der Qualitätssicherung ausschließlich aus dem stationären Bereich in einer vergleichenden Übersicht veröffentlicht werden sollen. Mehr Transparenz ist auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung herzustellen. Viele operative oder interventionelle Maßnahmen werden inzwischen sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt. Hier wäre es bereits kurzfristig möglich, die Ergebnisse beider Sektoren einrichtungsbezogen darzustellen. Ansonsten wäre es für die Öffentlichkeit weiterhin nicht möglich, sich umfassend zu informieren und eine echte Wahlentscheidung zu treffen, da nur über die Ergebnisse aus dem stationären Bereich informiert wird. Eine entsprechende Ergänzung sollte erfolgen.

Die in **Absatz 3 Satz 2 Nummer 6** beschriebene Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen wurde im jetzt vorliegenden Entwurf durch einen Einschub mit Verweis auf § 299 Absatz 1a SGB V präzisiert. Diese Ergänzung ist zu begrüßen.

Die in **Absatz 3 Satz 2 Nummer 7** vorgesehene Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln stellt eine „Zertifizierung“ unterschiedlichster Zertifizierungsverfahren außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des Gemeinsamen Bundesausschusses und außerhalb des Geltungsbereiches des SGB V dar. Zwar wäre eine Darstellung der Aussagekraft des sehr großen Marktangebots an Qualitätssiegeln grundsätzlich sinnvoll. Das Institut würde dadurch jedoch zu einer übergeordneten Akkreditierungsstelle für in der Privatwirtschaft bzw. auf dem Gesundheitsmarkt angebotene Zertifizierungen und Qualitätssiegel. Da zumeist belastbare wissenschaftliche Daten zu den einzelnen Zertifikaten fehlen, gibt es für eine methodisch belastbare Bewertung der Zertifikate nur unzureichende Grundlagen. Wettbewerbsrechtliche Risiken für die Arbeit des Instituts wären die Folge. Zertifizierungen und Qualitätssiegel haben lediglich

im Rahmen der einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsysteme ihre Berechtigung und Potentiale. Deshalb könnte geprüft werden, ob der G-BA dem Qualitätsinstitut einen Auftrag erteilt, Kriterien für sinnvolle Zertifikate zu formulieren. Ein spezifischer gesetzlicher Auftrag wäre hierfür nicht erforderlich. Allgemeine Rahmenvorgaben zum internen Qualitätsmanagement erfolgen im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz bereits durch den G-BA. Die Aufgabe einer Bewertung dieser Qualitätsmanagement-Systeme wurde vom G-BA nach eingehender Prüfung im Rahmen der Evaluation der Qualitätsmanagement-Richtlinie mangels aussagekräftiger Daten und belastbarer Evidenz abgelehnt. Vor diesem Hintergrund ist Nummer 7 aus unserer Sicht entbehrlich.

C) Änderungsvorschläge

1. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

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

2. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 7 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 137a Absatz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 7 bestimmt die bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 zu beteiligenden Institutionen.

B) Stellungnahme

Das Institut hat die in Absatz 7 aufgeführten Organisationen und Institutionen bei der Bearbeitung seiner Aufträge einzubeziehen, damit deren Sachverstand in die Arbeit einfließen kann. Nach der Gesetzesbegründung kann das Beteiligungsrecht sowohl eine Mitwirkung in möglichen Arbeitsgruppen des Instituts als auch ein Stellungnahmerecht bei der Entwicklungsarbeit des Instituts beinhalten. Hiergegen bestehen keine Bedenken.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 137a Absatz 10

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 10 regelt die Möglichkeiten, die im Rahmen der Qualitätssicherung erhobenen Daten auszuwerten und die Auswertungsergebnisse für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in anonymisierter Form nutzen zu können.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist insgesamt grundsätzlich zu begrüßen. Sie dient der Erforschung des Potentials der Qualitätssicherung und der Weiterentwicklung bestehender Qualitätssicherungsinstrumente. Die Sätze 1–4 sind allerdings in Teilen kritisch zu bewerten. Damit kann die sekundäre Datennutzung nicht nur vom Institut nach § 137a, sondern z. B. auch durch Landesgeschäftsstellen oder Kassenärztliche Vereinigungen durchgeführt werden. Die Durchführung dieser Auswertungen bedeutet, dass diese Stellen Zugriff auf den Bundesdatenpool erhalten. Der Bundesdatenpool wird zukünftig auch die Sozialdaten der Krankenkassen enthalten. Das bedeutet, dass damit externe Einrichtungen Zugriff auf den Bundesdatenpool und damit auf die Sozialdaten der Kassen erhalten. Es erscheint weiterhin nicht sachgerecht, dass aufgrund der derzeitigen Strukturen auf der Landesebene Institutionen der Leistungserbringer einen solchen Zugriff erhalten können, die GKV aber nicht, da sie derzeit keine „beteiligte Stelle“ unterhält. Krankenkassen, die als Dritte Auswertungen beantragen wollten, müssten sich bei Umsetzung der beabsichtigten Regelung mit diesem Auftrag an die zumeist bei den Leistungserbringern angesiedelten „beteiligten Stellen“ [zumeist die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS)] wenden. Vor diesem Hintergrund fordert der GKV-Spitzenverband, nur das neue QS-Institut mit der Durchführung und der Datenhaltung zu beauftragen.

Nach dem Wortlaut des Absatzes 10 kann eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle nicht nur die Daten auf Antrag für Dritte („jede natürliche oder juristische Person“) auswerten, sondern 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. Nach dem Wortlaut des Gesetzentwurfs kann der G-BA die Datenweitergabe an Dritte regeln (Absatz 10 Satz 3); ein Genehmigungsvorbehalt ist in die Verfahrensordnung aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

§ 137a Absatz 10 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „oder eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle“ gestrichen.
- b) In Satz 2 werden die Wörter „oder einer nach Satz 1 beauftragten Stelle“ gestrichen.
- c) In Satz 3 werden die Wörter „oder eine andere nach Satz 1 beauftragte Stelle“ gestrichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 171d Absatz 6 – Darlehensfinanzierung zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrages im Schließungs- oder Insolvenzfall

A) Beabsichtigte Neuregelung

Damit der GKV-Spitzenverband im Falle einer Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse der Körperschaft in Abwicklung die erforderlichen Mittel zur Befriedigung der noch offenen Ansprüche von Versicherten, Leistungserbringern und sonstigen Gläubigern bereitstellen kann, ist er darauf angewiesen, zur Zwischenfinanzierung ein Darlehen aufnehmen zu können. Die begrenzten Betriebsmittel des GKV-SV reichen zur Zwischenfinanzierung bis zur endgültigen Refinanzierung durch Umlagen des Haftungsverbundes selbst in Haftungsfällen kleineren Ausmaßes nicht aus. Bislang besteht die bis Ende 2014 befristete Möglichkeit der Darlehensfinanzierung am Kapitalmarkt.

Ab dem 1. Januar 2015 kann der GKV-Spitzenverband zu diesem Zweck ein unverzinsliches Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufnehmen. Dieses ist spätestens binnen 6 Monaten zurückzuzahlen und darf weder im Einzelfall noch kumuliert einen Betrag von 750 Mio. Euro überschreiten. Das Nähere zur administrativen Umsetzung regelt eine Darlehensvereinbarung zwischen dem Bundesversicherungsamt und dem GKV-Spitzenverband.

B) Stellungnahme

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass dem GKV-Spitzenverband die Möglichkeit eröffnet wird, die Bereitstellung der Mittel zur finanziellen Abwicklung der Zahlungsverpflichtungen einer geschlossenen Krankenkasse durch ein zinsloses Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zwischenzufinanzieren. Auch wenn die bisherige Darlehensaufnahme nach § 171d Absatz 6 zu besonders günstigen Zinskonditionen möglich war, so ist die zwischenzeitliche Bereitstellung der Mittel aus dem Sondervermögen der GKV in jedem Fall günstiger als ein Bankdarlehen. Die vorgesehene Regelung erweist sich jedoch bei näherer Betrachtung als unverhältnismäßig verwaltungsaufwändig.

Zur Tilgung des nur zur Zwischenfinanzierung dienenden Darlehens erlässt der GKV-Spitzenverband Umlagebescheide gegenüber den im Falle der Schließung oder Insolvenz haftenden Krankenkassen. Dieses Verwaltungsverfahren setzt vor Erlass der Umlagebescheide eine Anhörung der betroffenen Krankenkassen voraus. Dabei muss der Entwurf des Umlagebescheids – soweit die zugrunde gelegten Mitgliederzahlen als Verteilungsschlüssel korrekt

berücksichtigt wurden – bereits den zuvor fixierten Umlagebetrag ausweisen. Da das Verfahren zur Berechnung der Umlagebeträge inklusive Anhörung sechs bis sieben Wochen in Anspruch nimmt, bevor ein Zahlungseingang realisiert werden kann, muss ein innerhalb von 6 Monaten zu tilgender Darlehensbetrag bereits nach Ablauf von vier Monaten abschließend festgestellt werden. Um in den folgenden beiden Monaten bis zur Rückzahlung dieses Darlehensbetrages weiterhin die erforderlichen Mittel zur Zahlung der dann fälligen Verbindlichkeiten bereitstellen zu können, muss hierfür erneut ein Darlehen aufgenommen werden, das bei einer Tilgungsverpflichtung innerhalb von spätestens 6 Monaten nach wiederum nur vier Monaten erneut eine Refinanzierung durch Umlagebescheide auslöst. In der Praxis hat das zur Folge, dass der GKV-Spitzenverband alle vier Monate Umlagebescheide zur Anhörung bringen und erlassen sowie den Zahlungseingang überwachen muss. Parallel entsteht ein Verwaltungsaufwand auch bei den zur Haftung verpflichteten Krankenkassen, die die Umlagebescheide sachlich, rechnerisch und rechtlich prüfen und ggf. Rechtsmittel einlegen. Verwaltungsaufwand entsteht schließlich auch beim Bundesversicherungsamt durch die Überwachung der fristgerechten und vollständigen Rückzahlung der Darlehensbeträge. In den laufenden Verfahren wird sich zudem der Aufwand für alle Beteiligten verdoppeln, da für die beiden Körperschaften in Abwicklung (CITY BKK KöRiA und BKK für Heilberufe KöRiA) getrennte Umlagebescheide erforderlich sind.

Der wesentliche Teil der Verbindlichkeiten ist in den ersten sechs Monaten nach Schließung zu bedienen. Deshalb führt das vorgesehene Verfahren zu einem Verfahrensmehraufwand für alle Beteiligten, der aufgrund der bald geringen Höhe der zu tilgenden Darlehen in keinem Verhältnis zum Aufwand steht. Nach den bisherigen Erfahrungen erreicht der jährliche Finanzierungsbedarf je geschlossener Krankenkasse in relativ kurzer Zeit Dimensionen im einstelligen Millionenbereich. Angesichts dieser Dimensionen erscheint es auch für den Gesundheitsfonds vertretbar und zweckmäßig, dass ein bis zum 31.12. eines Jahres aufgenommenes Darlehen bis zum 28. Februar des Folgejahres getilgt wird. Damit ist bei entsprechend geringen Beträgen jährlich nur ein Umlagebescheid pro geschlossene Krankenkasse erforderlich. Zugleich wird durch die Umlagebescheide exakt das für die Bilanzierung maßgebliche Geschäftsjahr (= Kalenderjahr) abgebildet.

Allerdings kann auch der Fall eintreten, dass die verstärkte Inanspruchnahme der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den ersten Monaten einer finanziellen Abwicklung dazu führt, dass der Gesundheitsfonds die Zuweisungen an die Krankenkassen zwar noch innerhalb des Zuweisungsmonats – also bis spätestens zum 15. des Folgemonats – , jedoch vergleichsweise spät auszahlt. Damit dies im Interesse derjenigen Krankenkassen vermieden werden kann, die nicht dem Haftungsverbund angehören, schlägt der GKV-Spitzenverband als Ausnahmeregelung vor, dass ein noch nicht getilgter Darlehensbetrag, der zum Ende ei-

nes Monats eine Größenordnung von 50 Mio. Euro (bei mehreren Krankenkassen in der Summe 100 Mio. Euro) überschreitet, bereits bis zum Ende des übernächsten Monats zurückzahlen ist. Dabei stellen die als Schwellenwert genannten 50 Mio. Euro derzeit den Betrag dar, der auf dem Konto des Gesundheitsfonds bei der Bundesbank mindestens vorhanden sein muss, um eine Zahlung der Zuweisungen an die Krankenkassen auszulösen. In allen anderen Fällen reicht auch ein Tilgungszeitpunkt pro Jahr. Dies ermöglicht Krankenkassen, Gesundheitsfonds und GKV-Spitzenverband einen verwaltungseffizienten und den finanziellen Dimensionen sachgerecht angepassten Verfahrensablauf.

Die Prüfung, ob eine Zahlungsverpflichtung grundsätzlich und in der geforderten Höhe besteht und zum genannten Zeitpunkt fällig ist, kann nur durch die Krankenkasse in Abwicklung selbst festgestellt werden. Nach bisheriger Erfahrung richten sich die Gläubiger mit ihren Forderungen ausnahmslos direkt an die bislang geschlossenen Krankenkassen. Die Mittelbereitstellung zur fristgerechten Zahlung stellt der GKV-Spitzenverband entsprechend seinem gesetzlichen Auftrag sicher. § 171d Absatz 6 sollte deshalb als Voraussetzung für die Darlehensaufnahme nicht die Inanspruchnahme des GKV-Spitzenverbandes durch die Gläubiger vorsehen. Eine geeignetere Formulierung wird im Folgenden vorgeschlagen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 155 Absatz 4 oder Absatz 5 zur Bereitstellung der erforderlichen Mittel für die Befriedigung der Gläubiger einer geschlossenen Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrages 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 zum 31. Dezember eines Jahres festgestellte aufgenommene und noch nicht getilgte Darlehensbetrag ist bis spätestens zum 28. Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. Überschreitet der zum Ende eines Kalendermonats festgestellte Darlehensbetrag für eine geschlossene Krankenkasse einen Betrag von 50 Mio. Euro – bei mehreren geschlossenen Krankenkassen in der Summe einen Betrag von mehr als 100 Mio. Euro –, so ist dieser Betrag bis spätestens zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 175 – Sonderkündigungsrecht bei Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrags

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung passt das bestehende Sonderkündigungsrecht bei erstmaliger Erhebung eines Zusatzbeitrags, bei Erhöhung des Zusatzbeitrags oder bei Verringerung der Prämienzahlung an die neue Rechtslage an. Künftig kann die Mitgliedschaft auch bei Erhebung des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags oder der Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes gekündigt werden, ohne dass die Mindestbindungsdauer erfüllt sein muss. Das Sonderkündigungsrecht kann bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragsatz erhöht wird.

Unverändert bleibt, dass die Krankenkasse das Mitglied auf das Sonderkündigungsrecht hinzuweisen hat. Die Regelung sieht dabei eine gestaffelte Informationspflicht der Krankenkasse vor. Soweit der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragsatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz überschreitet, sind die Mitglieder (zusätzlich) auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.

B) Stellungnahme

Das Sonderkündigungsrecht ist in seiner grundsätzlichen Ausrichtung sachgerecht und folgerichtig. Der insoweit gewählte Bezugspunkt für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts (hier: Ablauf des Monats, für den die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmalig erhebt oder ihren Zusatzbeitragsatz erhöht) trägt den operativen Abläufen angemessen Rechnung.

Die gestaffelte Informationspflicht der Krankenkasse in Abhängigkeit davon, ob der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragsatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz überschreitet, wird abgelehnt.

Es steht außer Frage, dass die Krankenkassen ihre Mitglieder über die Möglichkeiten des Sonderkündigungsrechts umfassend zu informieren haben. Die vorgesehene Regelung, nach der die Mitglieder zusätzlich auf die Möglichkeit des Wechsels in eine günstigere Krankenkasse hinzuweisen sind, soweit der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragsatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz übersteigt, überstrapaziert jedoch diese Informationspflichten und setzt zudem völlig falsche Akzente.

Das ursprüngliche Vorhaben der Bundesregierung und der sie tragenden Regierungsfraktionen, vor allem einen Anreiz zum Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten zu schaffen und den „Vermeidungswettbewerb“ um Zusatzbeiträge abzuschaffen, wird durch die überzogenen Informationspflichten nachhaltig konterkariert. Vielmehr wird mit der Regelung der Fokus ausschließlich auf den Preiswettbewerb gelegt; Qualitäts- und Serviceaspekte bleiben bei dieser einseitigen Fokussierung außer Betracht. Eine derartige Regelung, nach der ein Anbieter auf günstigere Angebote aufmerksam zu machen hat, findet sich in keinem anderen wettbewerblich geprägten Lebensbereich.

Im Übrigen gehen die Krankenkassen davon aus, dass sie ihren Hinweispflichten u. a. auch durch eine Information in ihren Mitgliederzeitschriften oder in anderer geeigneter Weise nachkommen können, zumal eine ausschließlich durch mitgliederindividualisierte Anschreiben sicherzustellende Information einen kaum zu leistenden Umsetzungsaufwand bedeuten würde.

Die Aufhebung des Absatzes 4a stellt sich als konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und dem damit verbundenen Wegfall des Sozialausgleichs dar.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 10 wird wie folgt ergänzt:

Absatz 4 Satz 6 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 hinzuweisen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 194 – Satzungsermächtigung zur Festsetzung des Zusatzbeitrags

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung die Festsetzung des Zusatzbeitrags zu regeln. Bestimmungen zur Fälligkeit und zur Zahlung des Zusatzbeitrags sind – anders als bislang hinsichtlich des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags – nicht mehr in die Satzungsautonomie der Krankenkasse gestellt.

B) Stellungnahme

Da die Regelungen zur Fälligkeit und zur Zahlung des neuen einkommensabhängigen Zusatzbeitrags an die Regelungen zur Erhebung des regulären Krankenversicherungsbeitrags geknüpft und diese abschließend gesetzlich vorgegeben sind, besteht für abweichende Satzungsregelungen kein Erfordernis. Insofern ist die Regelung als konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge zu sehen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 24 von 99

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 201 – Meldepflicht des Rentenversicherungsträgers zur Prüfung des Sozialausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Meldepflicht des Rentenversicherungsträgers über die aktuelle Höhe der Rente auf Anforderung der Krankenkasse zur Prüfung des Sozialausgleichs entfällt.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich als konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und dem damit verbundenen Wegfall des Sozialausgleichs dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 Buchstabe a)

§ 220 – Aufbringung der Mittel – Zusatzbeitrag gilt als Beitrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass auch Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V den Krankenversicherungsbeiträgen zuzuordnen sind.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung wird an zentraler Stelle regelungstechnisch deutlich gemacht wird, dass der Zusatzbeitrag ein Krankenversicherungsbeitrag ist und infolgedessen die Regularien zur Bestimmung und Erhebung des Beitrags auch für den Zusatzbeitrag gelten. Dementsprechend bedarf es nur dort ergänzender Bestimmungen, wo Abweichendes gelten soll (z. B. bei der Beitragstragung). Die Regelung stellt sich als konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 Buchstabe b)

§ 220 – Aufgabe des GKV-Schätzerkreises

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird die Aufgabe des GKV-Schätzerkreises redaktionell an die Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge mit einem vollständigen Einkommensausgleich angepasst. Die Schätzung für das Folgejahr dient zusätzlich zur bisherigen Aufgabe als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a und für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a. Es wird klargestellt, dass die von den Einzugsstellen erhobenen und an den Gesundheitsfonds weitergeleiteten Zusatzbeiträge der Krankenkassen bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nicht zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

Die Anpassung der Aufgaben des GKV-Schätzerkreises ist folgerichtig. Die an den Gesundheitsfonds weitergeleiteten Zusatzbeiträge, die von den Krankenkassen nach den in ihren Satzungen festgelegten Zusatzbeitragssätzen erhoben werden, dienen der Finanzierung des vollständigen Einkommensausgleichs nach § 270a. Damit stehen sie für die Finanzierung der Zuweisungen nach §§ 266 und 270 nicht zur Verfügung. Die entsprechende Klarstellung ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 221b – Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeregelung zur Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens wird die Regelung zu den Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich aufgehoben. Die in Absatz 2 enthaltene Evaluierungsklausel, nach der bis zum 30.04.2014 bestimmte Auswirkungen des Versorgungsstrukturgesetzes auf die vertragszahnärztliche und vertragsärztliche Versorgung einmalig zu überprüfen sind, entfällt gleichermaßen, da sie nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht mehr benötigt wird.

B) Stellungnahme

Die vollständige Aufhebung des § 221b SGB V ist folgerichtig und dient der Rechtsbereinigung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 Buchstaben a) und b)

§ 232a – Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld II

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge des wegfallenden Vorrangs der Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II werden die beitragspflichtigen Einnahmen von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, neu geregelt. Dabei wird dem Umstand Rechnung getragen, dass künftig mehr Leistungsempfänger in die Versicherungspflicht einbezogen werden; darüber hinaus werden bislang bestehende verwaltungsaufwändige und fehleranfällige Prüfungen aufgegeben. Künftig erfolgt die Beitragszahlung auf Grundlage einer abgesenkten Beitragsbemessungsgrundlage in Form eines pauschalierten, einheitlichen monatlichen Beitrags; die Anzahl der Tage, für die Arbeitslosengeld II in einem Monat bezogen wurde, sowie ggf. weitere beitragspflichtige Einnahmen des Mitglieds tangieren diesen Beitrag nicht.

Der für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen maßgebliche Faktor wird auf Grundlage der neuen Revisionsklausel zum 01.01.2018 überprüft. Unter Berücksichtigung besonderer Entwicklungen am Arbeitsmarkt wird die Struktur der Leistungsempfänger überprüft und in der Folge ggf. der Faktor für die Beitragsberechnung korrigiert.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist im Hinblick auf den Wegfall der Vorrangigkeit der Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II konsequent und folgerichtig; sie trägt zur Vereinfachung in den Abläufen der versicherungsrechtlichen Beurteilung der betroffenen Leistungsempfänger bei.

Die Revisionsklausel soll sicherstellen, dass der im Rahmen der verwaltungsvereinfachenden Regelung neu festgelegte, für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen maßgebliche Faktor nach § 232a Abs. 1 Nr. 2 SGB V weder zu einer finanziellen Belastung des Bundes, noch zu einer Belastung der GKV führt. Das Ziel der finanziellen Neutralität kann insbesondere durch eine zukünftige Veränderung der Struktur der Bezieher von Arbeitslosengeld II – etwa infolge tiefgreifender arbeitsmarktpolitischer Reformen – verletzt werden, wie z. B. durch die Einführung eines Mindestlohns. Deshalb bedarf es einer erstmaligen Überprüfung und ggf. Anpassung des Faktors bereits mit Wirkung zum 1. Januar 2017. Angesichts des gerin-

gen Umsetzungsaufwandes sollte zudem zukünftig eine jährliche Überprüfung durch das BMG stattfinden.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene neue Höhe des Faktors zur Ermittlung der Bemessungsgrundlage der Beiträge von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, wurde auf der Datenbasis des Jahres 2012 festgelegt, weil zum Erstellungszeitpunkt des Referentenentwurfs zum GKV-FQWG aus der Statistik der Bundesagentur für Arbeit für das Jahr 2013 nur die Werte bis November vorlagen. Der im Rahmen der Untersuchung ermittelte Faktor weist für die Jahre 2009 bis November 2013 eine jährlich leicht steigende Tendenz auf. Zur Wahrung der finanziellen Neutralität für die GKV ist es deshalb erforderlich, dass der Faktor nach § 232a Abs. 1 Nr. 2 SGB V auf der Grundlage der im laufenden Gesetzgebungsverfahren vorliegenden Zahlen für das Gesamtjahr 2013 festgelegt wird. Dieser betrug zuletzt auf der Grundlage der Werte Januar bis November 2013 0,2065 anstelle der im Gesetzentwurf vorgesehenen Höhe von 0,2060.

C) Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1 Nummer 15 Buchstabe a):

Der in § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V vorgesehene Faktor ist jeweils auf der Basis des jeweils letzten abgeschlossenen Kalenderjahres zu ermitteln.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 Buchstaben a) und b)

§ 240 – Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

A) Beabsichtigte Neuregelung

Sofern und solange Mitglieder ihrer bestehenden Mitwirkungspflicht bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht nachkommen, wird der Beitragsberechnung die Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt im Wesentlichen die seit Jahren praktizierte Verfahrensweise der Krankenkassen vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auf eine stabile und rechtssichere Grundlage; sie ist im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erforderlich und mithin folgerichtig. Sie trägt zur Beitragsgerechtigkeit bei, da sich Mitglieder dadurch nicht einer ordnungsgemäßen Beitragseinstufung durch Unterlassung ihrer Mitwirkungspflichten entziehen können. Die seit Jahren bestehende Verfahrenspraxis der Krankenkassen wird dadurch nicht verändert.

Die in Artikel 1 Nr. 16 Buchstabe b) vorgesehenen Ergänzungen sind folgerichtig. Sie tragen dem Umstand Rechnung, dass bei freiwillig versicherten Beziehern von Renten und Versorgungsbezügen kein Quellenabzug hinsichtlich der Zusatzbeiträge erfolgt und es in der Folge auch keiner zeitversetzten Berücksichtigung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes bedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 241 – Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der paritätisch finanzierte allgemeine Beitragssatz wird auf 14,6 v. H. festgesetzt.

B) Stellungnahme

Unter der politisch gesetzten Maßgabe, dass der von den Arbeitgebern zu finanzierende Beitragsanteil unverändert bei 7,3 v. H. festgeschrieben bleiben soll, ist die Festsetzung des paritätisch finanzierten allgemeinen Beitragssatzes in Höhe von 14,6 v. H. konsequent.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 242 – Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag zu erheben. Der Zusatzbeitrag wird in Zukunft nicht mehr einkommensunabhängig, sondern prozentual von den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben. Mit der Umstellung geht eine Reihe von Folgeeregungen einher, insbesondere die Abschaffung der Prämienzahlung in den Fällen, in denen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, sowie der Wegfall des Sanktionsinstruments des Verspätungszuschlags und nicht zuletzt die Abschaffung des Sozialausgleichs.

Darüber hinaus wird geregelt, dass für bestimmte Personengruppen nicht der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, sondern ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag erhoben wird. Hierbei handelt es sich um Mitglieder, deren allgemeine Krankenversicherungsbeiträge von Dritten getragen werden. Die bisherige Regelung, nach der bestimmte Personen von der Zahlung des Zusatzbeitrags ausgenommen sind, wird aufgehoben bzw. geht in anderen Vorschriften auf.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind gesetzestechnisch folgerichtige Regelungen zur Umstellung der Finanzsystematik von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge.

Die durch den Wegfall von Ausnahmeregelungen bedingte Einbeziehung grundsätzlich aller Mitglieder in die Zahlung des Zusatzbeitrags ist in beitragsystematischer Hinsicht gleichermaßen konsequent.

Die im Absatz 3 vorgesehene Auflistung der Personen, für die ein durchschnittlicher Zusatzbeitragsatz gilt, enthält teilweise eine Doppelnennung der angesprochenen Personengruppen (vgl. Nummer 4 und Nummer 5). Dies sollte durch die Anpassung des Gesetzestextes vermieden werden. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die Beiträge und mithin künftig auch die Zusatzbeiträge für die in Nummer 5 genannten Personengruppen regelmäßig von den Krankenkassen berechnet werden; eine verwaltungsvereinfachende Wirkung auf Seiten der die Beiträge tragenden Stellen ist also insoweit nicht gegeben. Hinzu kommt, dass in der Folge in den IT-Systemen der Krankenkassen ausschließlich für diese Personengruppen der durchschnittliche Beitragsatz zu implementieren wäre. Vor diesem Hintergrund halten

wir es für sachgerecht, die bislang in Nummer 5 genannten Personengruppen von der Anwendung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes auszunehmen.

Für die im Absatz 3 unter Nummer 3 genannten Mitglieder (behinderte Menschen in Werkstätten und Einrichtungen) wird in der Gesetzesbegründung irrtümlich darauf hingewiesen, dass beim Bezug des Arbeitsentgelts, welches den maßgeblichen Mindestbetrag übersteigt, der Träger der Einrichtung den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz zu tragen hat.

Hinsichtlich der Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB XII erhalten, wird auf die Stellungnahme zu Artikel 9 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XII) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 18 wird wie folgt ergänzt:

§ 242 Absatz 3 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht,“

§ 242 Absatz 3 Nummer 5 wird gestrichen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 242a – Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes, der für bestimmte Personenkreise zu zahlen ist, die sich insbesondere dadurch auszeichnen, dass bei ihnen auch die allgemeinen Beiträge von Dritten getragen werden. Grundlage der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes ist die Ermittlung der nicht durch Zuweisungen des Gesundheitsfonds nach §§ 266 und 270 gedeckten voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen. Diese ergeben, ins Verhältnis gesetzt zu den voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen und multipliziert mit 100, den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz.

Seine Festlegung erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage der Ergebnisse des GKV-Schätzerkreises und ist bis zum 1. November eines Kalenderjahres für das Folgejahr im Bundesanzeiger bekannt zu gegeben.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes wird u. a. damit begründet, dass diese Festlegung die wettbewerbliche Transparenz erhöhe, da für die Versicherten deutlich werde, welche Krankenkassen einen überdurchschnittlichen und welche einen unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben. Bei dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz handelt es sich jedoch um eine rechnerische Größe, die nicht den Durchschnitt der in den Satzungen der Krankenkassen festgelegten Zusatzbeitragssätze abbildet. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a ist keine geeignete Referenz für die im obigen Sinne angestrebte wettbewerbliche Transparenz; der in der Begründung des Gesetzentwurfs insoweit vorgehaltene Hinweis ist mithin nicht zutreffend.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 242b – Wegfall des Sozialausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zum Sozialausgleich wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung stellt sich als konsequente Folgeregelung der Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und des damit verbundenen Wegfalls des Sozialausgleichs dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 243 – ermäßigter Beitragssatz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der paritätisch finanzierte ermäßigte Beitragssatz für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, wird auf 14,0 v. H. festgesetzt.

B) Stellungnahme

Unter der Maßgabe, dass der von den Arbeitgebern zu finanzierende Beitragsanteil im Falle der Anwendung des ermäßigten Beitragssatzes unverändert bei 7,0 v. H. festgeschrieben bleiben soll, ist die Festsetzung des paritätisch finanzierten ermäßigten Beitragssatzes in Höhe von 14,0 v. H. konsequent.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 Buchstaben a) und b)

§ 247 – Beitragssatz aus ausländischen Renten und Wirksamkeit der Veränderung des Zusatzbeitragssatzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Zuschlag in Höhe von 0,45 Beitragssatzpunkten auf den für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten zu erhebenden halben allgemeinen Beitragssatz entfällt. Die Beiträge aus ausländischen Renten sind somit künftig nach dem halben allgemeinen Beitragssatz sowie dem kassenindividuellen (vollen) Zusatzbeitragssatz zu bemessen.

Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes wirken sich für pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner hinsichtlich der Beiträge aus Renten (mit Ausnahme ausländischer Renten) mit einer zweimonatigen Verzögerung aus.

B) Stellungnahme

Der Wegfall des Zuschlags in Höhe von 0,45 Beitragssatzpunkten bei der Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten stellt sich als Folgeänderung zur Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes und der damit gleichzeitig verbundenen Abschaffung des alleine von den Mitgliedern zu tragenden Beitragsanteils in Höhe von 0,9 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen dar.

Der zeitliche Verzug von zwei Monaten bei der Berücksichtigung von Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes ist der auf Seiten der Rentenversicherung erforderlichen und technisch bedingten Vorlaufzeit geschuldet. Wenngleich auch von allen anderen Beteiligten eine unmittelbare Umsetzung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes im Rahmen des Quellenabzugsverfahrens erwartet und insofern der Rentenversicherung eine Sonderregelung eingeräumt wird, kann die Regelung mit Blick auf einen anzustrebenden stabilen Verfahrensablauf zunächst akzeptiert werden. Die Regelung sollte allerdings mit einer zeitlichen Befristung von maximal zwei Jahren versehen werden, sodass künftig auch von den Rentenversicherungsträgern eine Berücksichtigung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes ohne zeitliche Verzögerung sichergestellt ist.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 38 von 99

C) Änderungsvorschlag

keiner, allerdings sollte die Regelung mit einer Übergangsregelung von maximal zwei Jahren verbunden sein

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 Buchstaben a) und b)

§ 248 – Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Zuschlag in Höhe von 0,45 Beitragssatzpunkten auf den für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach dem ALG zu erhebenden halben allgemeinen Beitragssatz entfällt. Die Beiträge aus derartigen Renten und Landabgaberechten sind somit künftig nach dem halben allgemeinen Beitragssatz sowie dem kassenindividuellen (vollen) Zusatzbeitragssatz zu bemessen.

Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes wirken sich für Bezieher von Renten und Landabgaberechten nach dem ALG – wie auch bei pflichtversicherten Rentnerinnen und Rentnern hinsichtlich der Beiträge aus Renten – mit einer zweimonatigen Verzögerung aus.

B) Stellungnahme

Der Wegfall des Zuschlags in Höhe von 0,45 Beitragssatzpunkten stellt sich als Folgeänderung zur Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes und der damit gleichzeitig verbundenen Abschaffung des alleine von den Mitgliedern zu tragenden Beitragsanteils in Höhe von 0,9 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen dar.

Der zeitliche Verzug von zwei Monaten bei der Berücksichtigung von Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes ist der auf Seiten der landwirtschaftlichen Alterskasse erforderlichen und technisch bedingten Vorlaufzeit geschuldet; auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe b) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 Buchstaben a) und b)

§ 249 – Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für versicherungspflichtige Arbeitnehmer nach dem allgemeinen oder ermäßigten Beitragssatz zu erhebenden Beiträge aus dem Arbeitsentgelt werden künftig jeweils zur Hälfte von den Arbeitnehmern und den Arbeitgebern getragen. Der zusätzliche Beitragssatzanteil in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten entfällt.

Die besonderen Regelungen zur Beitragstragung für Arbeitnehmer mit einem monatlichen Arbeitsentgelt in der Gleitzone werden insoweit angepasst, als der Arbeitgeberbeitragsanteil künftig unter Heranziehung des halben allgemeinen oder halben ermäßigten Beitragssatzes auf das der Beschäftigung zugrunde liegende Arbeitsentgelt ermittelt wird.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stellen sich als Folgeänderungen zur Absenkung des allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes und der damit gleichzeitig verbundenen Abschaffung des alleine von den Mitgliedern zu tragenden Beitragsanteils in Höhe von 0,9 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 249a – Tragung der Beiträge aus der Rente

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für versicherungspflichtige Rentner nach dem allgemeinen Beitragssatz zu erhebenden Beiträge aus der Rente werden künftig jeweils zur Hälfte von den Rentnern und dem Rentenversicherungsträger getragen. Der zusätzliche Beitragssatzanteil in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten entfällt.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich als Folgeänderung zur Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes und der damit gleichzeitig verbundenen Abschaffung des alleine von den Mitgliedern zu tragenden Beitragsanteils in Höhe von 0,9 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 42 von 99

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 Buchstaben a) und b)

§ 250 – Tragung der Beiträge durch das Mitglied

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Beitragstragung durch das Mitglied wird um den ergänzenden Hinweis zum bisherigen Zusatzbeitrag bereinigt.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stellen sich als Folgeänderung zu der in § 220 Absatz 1 Satz 1 SGB V vorgenommenen Klarstellung dar, nach der auch die künftigen Zusatzbeiträge Teil des Krankenversicherungsbeitrages sind. Eines expliziten Hinweises zum Zusatzbeitrag bedarf es daher nicht mehr.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 Buchstaben a), b), c)

§ 251 – Tragung der Beiträge durch Dritte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der für die Beitragsberechnung für Bezieher von Arbeitslosengeld II relevante durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V orientiert sich an voraussichtlichen Werten. Sofern sich Differenzen aus einer Abweichung des voraussichtlichen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes vom tatsächlich von den Krankenkassen im abgelaufenen Kalenderjahr durchschnittlich erhobenen Zusatzbeitragssatz ergeben, sind diese für diesen Personenkreis im Rahmen einer Spitzabrechnung zwischen dem Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt auszugleichen. Der Ausgleich hat aus verwaltungsökonomischen Gründen nicht zu erfolgen, sofern die vorgesehene Bagatellgrenze von einer Million Euro nicht erreicht wird.

Die besonderen Regelungen zur Beitragstragung hinsichtlich des bisherigen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages für Leistungsempfänger nach dem SGB II werden aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stellen sich als Folgeregelungen zur Anwendung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes bei der Beitragsberechnung von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, dar.

Eine Spitzabrechnung als Sonderregelung zur Beitragszahlung für Bezieher von Arbeitslosengeld II durch den Bund ist als Reaktion auf die absehbare Unterschreitung des voraussichtlichen rechnerischen durchschnittlichen Zusatzbeitrags gegenüber dem tatsächlichen Durchschnitt der erhobenen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen im Einführungsjahr der neuen Regelungen verständlich. Diese Regelung muss zukünftig auch dann Bestand haben, wenn sich ein Ausgleich in umgekehrter Richtung ergibt. Eine finanzpolitisch motivierte Unterschätzung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V ist dann nicht zu befürchten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27 Buchstaben a), b), c)

§ 252 – Beitragszahlung, Tilgungsreihenfolge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Zahlung der Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II sollen auch für den Zusatzbeitrag gelten. Die bisherigen Sonderregelungen in § 252 Absatz 2a und 2b SGB V hinsichtlich der Zahlung von Zusatzbeiträgen für Leistungsempfänger nach dem SGB II werden aufgehoben.

Hinsichtlich der Tilgungsreihenfolge erfolgt eine Differenzierung im Hinblick auf die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V in der bis zum 31.12.2014 geltenden Fassung.

Der Verspätungszuschlag wird aus der Tilgungsreihenfolge im Falle von Beitragsschulden herausgenommen.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stellen sich als Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge bei gleichzeitiger Übernahme der Modalitäten zum Beitragseinbehalt und zur Beitragszahlung für die angesprochenen Leistungsempfänger nach dem SGB II dar.

Die in § 252 Absatz 3 SGB V vorgesehene Tilgungsreihenfolge berücksichtigt, dass der künftige Zusatzbeitrag Teil des Krankenversicherungsbeitrages ist; sie berücksichtigt ferner die notwendige Differenzierung im Hinblick auf den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V in der bis zum 31.12.2014 geltenden Fassung. Die Streichung des Verspätungszuschlags bei der Tilgungsreihenfolge ist gleichermaßen konsequent.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 255 – Beitragszahlung aus der Rente

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Zahlung der Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung geltenden Vorschriften sollen für den Zusatzbeitrag ebenfalls gelten.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich als Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge bei gleichzeitiger Übernahme der Modalitäten zum Beitragseinbehalt und zur Beitragszahlung dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstaben a) und b)

§ 256 – Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Zahlung der Beiträge aus Versorgungsbezügen geltende Fälligkeitsregelung wird den heutigen standardisierten maschinellen Verfahren angepasst. Künftig werden die Beiträge am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig.

Der Verweis auf die bisherige Regelung des § 28f Absatz 3 Satz 5 SGB IV wird im Zuge der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Fälligkeit der Beiträge aus Versorgungsbezügen vollzieht die gegenwärtige Praxis nach und passt die Fälligkeitsregelung den vorgehaltenen maschinellen Verfahren an. In diesem Zusammenhang sollte gleichermaßen auch eine Regelung zur Abgabe des Beitragsnachweises geschaffen werden; hierbei sollte sich an den Regelungen zur Abgabe des Beitragsnachweises im Arbeitgeberverfahren orientiert werden.

Die Bereinigung des Beitragsnachweises um das Sozialausgleichsverfahren stellt sich als Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge bei gleichzeitiger Übernahme der Modalitäten zum Beitragseinbehalt und zur Beitragszahlung dar.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 29 Buchstabe b) wird wie folgt geändert:

§ 256 Absatz 1 Satz 3 2. Halbsatz SGB V wird wie folgt geändert: „; § 28f Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB IV gilt entsprechend.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 47 von 99

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30 Buchstaben a) und b)

§ 257 – Beitragszuschuss des Arbeitgebers

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der vom Arbeitgeber zu leistende Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag wird auch künftig ohne Berücksichtigung des zusätzlichen Beitragssatzanteils in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten ermittelt.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stellen sich als Folgeänderung zur Absenkung des allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes und der damit gleichzeitig verbundenen Abschaffung des alleine von den Mitgliedern zu tragenden Beitragsanteils in Höhe von 0,9 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 48 von 99

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31

§ 261 – Rücklage

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zur Umstellung vom einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag auf den prozentualen Zusatzbeitrag wird das Wort „Zusatzbeitrag“ durch „Zusatzbeitragssatz“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Die rein redaktionelle Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 49 von 99

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32

§ 266 Absatz 1 Satz 1 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds.

B) Stellungnahme

Die rein redaktionelle Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33

§ 268 Absatz 3 Satz 14 – Verordnungsermächtigung zur Bestimmung der Voraussetzungen für die Herstellung des Versichertenbezugs im Rahmen des RSA-Clearingverfahrens

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Durchführung des RSA sind die zu übermittelnden versichertenbezogenen Daten zur Wahrung des Datenschutzes zu pseudonymisieren. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu regeln, unter welchen Voraussetzungen eine De-Pseudonymisierung, d. h. Wiederherstellung des Versichertenbezugs, ausnahmsweise für eine zielgerichtete Durchführung des RSA und zur Prüfung der Datenmeldungen im Morbi-RSA auf Richtigkeit bezogen auf Versichertenzeiten und Morbiditätsdaten zulässig ist.

B) Stellungnahme

Die versicherungsrechtlichen Regelungen des SGB V lassen keine doppelten Versicherungsverhältnisse zu. Entsprechend erfordert die zielgerichtete Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, dass die versichertenbezogenen Zuweisungen taggenau nur der Krankenkasse zuzuordnen sind, die die Versicherung durchführt. Im Jahr 2008 stellte das Bundesversicherungsamt (BVA) auf Basis der für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten nach § 30 RSAV fest, dass rund 200.000 der gemeldeten Versicherten nach Abgleich auf GKV-Ebene eine Versichertenzeit von mehr als 365 Versicherten-tagen aufwiesen. Hinzu kam eine geringe Zahl von Versicherten, die nach Abgleich auf GKV-Ebene unterschiedliche Alters- bzw. Geschlechtsangaben aufwiesen. Den Krankenkassen wurde in Abstimmung mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten für einen Übergangszeitraum zur Vermeidung finanzieller Nachteile bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Möglichkeit eröffnet, fehlerhafte Versichertenzeiten zu korrigieren. Der GKV-Spitzenverband wurde mit der Umsetzung eines solchen Korrekturverfahrens beauftragt und entwickelte das sogenannte „RSA-Clearingverfahren“. Ziel dieses Verfahrens ist zunächst die Klärung bestehender doppelter Versicherungsverhältnisse. Aufbauend auf den aus dem Klärungsverfahren gewonnenen Erkenntnissen sollen die Ursachen, die zur Entstehung dieser doppelten Versichertenzeiten führen, identifiziert werden und der Erarbeitung von Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung dieser Fallkonstellationen dienen.

Auf Grundlage des RSA-Clearingverfahrens konnten Fälle mit doppelten Versicherungsverhältnissen in den vergangenen Jahren im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleiches in großem Umfang geklärt und in den Datenmeldungen bereinigt werden. Gleichermaßen wurden Defizite in den Meldeverfahren identifiziert und behoben. Doppelte Versicherungsverhältnisse können jedoch auch in Zukunft nicht ausgeschlossen werden. Ohne die zu begrüßende Verordnungsermächtigung und Regelung im Rahmen der RSAV dürfte der GKV-Spitzenverband auf Grundlage des BMG-Schreibens vom 16. Januar 2013 das Verfahren zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse in diesem Jahr letztmalig durchführen.

Zur Durchführung der Prüfungen zum Morbi-RSA durch die Prüfdienste des BVA und der Länder bedarf es für die nach § 42 Absatz 2 der RSAV vorgesehenen Stichprobenprüfungen ebenfalls der Möglichkeit einer De-Pseudonymisierung der Datenmeldungen. Aufgrund der hierzu vorgesehenen Regelungen in der RSAV ist eine entsprechende Verordnungsermächtigung erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 269 – Sonderregelung für Krankengeld und Auslandsversicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Zuweisungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands hatten (im Folgenden: Auslandsversicherte), werden Sonderregelungen eingeführt, mit denen die Zielgenauigkeit der Zuweisungen verbessert werden soll. Bei den Krankengeldzuweisungen können die tatsächlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen anteilig berücksichtigt werden. Bei den Zuweisungen für Auslandsversicherte kann die Höhe der Zuweisungen entsprechend dem Vorschlag des Beirats beim Bundesversicherungsamt auf die Summe der von den Auslandsversicherten verursachten Leistungsausgaben aller Krankenkassen begrenzt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird für diese Sonderregelungen ermächtigt, das Nähere einschließlich der Durchführung des Zahlungsverkehrs durch die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu regeln.

Das Bundesversicherungsamt soll Gutachten in Auftrag geben, mit denen Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte entwickelt werden. Die Modelle sollen wieder zum Standardisierungsansatz des Risikostrukturausgleichs zurückführen, Risikoselektionsanreize verringern und keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen. Es soll ferner untersucht werden, ob und, wenn ja, welche zusätzlichen Daten erforderlich sind, um eine verbesserte Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte zu erreichen.

Ferner wird geregelt, dass die im Gesetzestext genannten Daten den Gutachtern vom Bundesversicherungsamt und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) in pseudonymisierter oder anonymisierter Form zur Einsicht vorzulegen sind.

B) Stellungnahme

Mit dem neu eingefügten § 269 soll die im Koalitionsvertrag vereinbarte Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in den Bereichen Krankengeldzuweisungen und Zuweisungen für Auslandsversicherte umgesetzt werden. Die gesetzlichen Maßnahmen erfolgen ergänzend zu den vom Bundesversicherungsamt veranlassten Änderungen zur Umsetzung der rechtskräftigen Urteile des Landessozialgerichts NRW vom 04.07.2013 – Az. L 16 KR 774/12 KL sowie L 16 KR 800/12 KL – zur Annualisierung der Leistungsausgaben

von Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden. Der Koalitionsvertrag sieht eine zeitgleiche Umsetzung dieser drei Bereiche vor.

Die Vorschrift schafft die rechtliche Grundlage für die vorgesehenen Regelungen. Dies ist erforderlich, weil die Sonderregelungen eine teilweise Abkehr vom Grundprinzip der Standardisierung der Leistungsausgaben bedeuten. Das Nähere regelt die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung. Die Datenbereitstellung für sowie die Datenverwendung durch die Gutachter wird abweichend hiervon unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben abschließend in § 269 (neu) geregelt.

Es ist zu begrüßen, dass die vorgesehenen Sonderregelungen als Übergangsregelungen angelegt sind und eine Rückkehr zu geeigneteren Standardisierungsverfahren angestrebt wird, wofür weitere wissenschaftliche Untersuchungen erforderlich sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35

§ 270a – Einkommensausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Vermeidung von Risikoselektion nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder wird ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt. Jede Krankenkasse erhält Zusatzbeiträge auf der Grundlage der vom GKV-Schätzerkreis prognostizierten voraussichtlichen GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied entsprechend dem in ihrer Satzung festgelegten kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz vervielfacht mit ihrer Mitgliederzahl.

Es entsteht im Normalfall ein Abweichungsbetrag, der entweder aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufzubringen oder ihr zuzuführen ist.

Die Verwaltung und Durchführung des Einkommensausgleichs obliegt dem Bundesversicherungsamt. Die ihm hierbei entstehenden Ausgaben sind von der GKV zu tragen. Das Bundesversicherungsamt ist ermächtigt, über die Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse hinaus weitere Auskünfte und Nachweise zu verlangen. Klagen gegen die Zuweisungsbescheide haben keine aufschiebende Wirkung.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, 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 in der RSAV zu regeln.

B) Stellungnahme

Der Einkommensausgleich nach § 270a führt zu einem vollständigen Ausgleich der unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Krankenkassen. Damit ist sichergestellt, dass mit der Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge keine Anreize zur Risikoselektion nach Einkommen entstehen.

Sowohl für die Verwaltung des Einkommensausgleichs als auch die Verwaltung des Gesundheitsfonds durch das Bundesversicherungsamt sollte 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.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 55 von 99

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36

§ 271 – Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift stellt klar, dass die Einnahmen, die der Gesundheitsfonds von den Einzugsstellen und den Direktzahlern aus Zusatzbeiträgen erhält, in voller Höhe für den Einkommensausgleich zu verwenden sind. Sie sind dem Bundesversicherungsamt als Verwalter der eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen nachzuweisen.

Für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden die Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs als weiterer gesetzlicher Verwendungszweck hinzugefügt. Die Mindesthöhe der Liquiditätsreserve wird von 20 auf 25 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds angehoben. Die Kompensationsregel zur Finanzierung der Abschaffung der Praxisgebühr für das Jahr 2014 entfällt mit Wirkung zum 1. Januar 2015. Weitere Regelungen werden rechtsbereinigend gestrichen.

B) Stellungnahme

Für die Durchführung des Einkommensausgleichs benötigt der Gesundheitsfonds Mittel, damit er den Krankenkassen Zusatzbeiträge nach dem durchschnittlichen Grundlohn je Mitglied der GKV zuweisen kann. Es ist in dem vorgesehenen Verfahren folgerichtig und konsequent, hierfür die von den Einzugsstellen und Direktzahlern überwiesenen Zusatzbeiträge zu verwenden. Diese stehen somit nicht für die Zuweisungen nach §§ 266, 270 zur Verfügung.

Eine Anhebung der Mindesthöhe der Liquiditätsreserve von 20 auf 25 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds wird abgelehnt. Sie ist insbesondere dann nicht erforderlich, wenn dem Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes zu Artikel I Nr. 9 (§ 171d Abs. 6 SGB V) gefolgt wird. Die vorgesehene Anhebung wird mit dem zusätzlichen Verwendungszweck der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds – der Darlehensaufnahme beim Gesundheitsfonds zur Zwischenfinanzierung von Schließungskosten – begründet. Ein Unterschreiten der Mindesthöhe der Liquiditätsreserve hat zur Folge, dass der Gesundheitsfonds einen Teil der Einnahmen des Folgejahres zum Wiederaufbau der Reserve verwenden muss. Dies geht zu Lasten der Zuweisungen nach §§ 266 und 270 an die Krankenkassen. Dass dies zukünftig bereits bei Unterschreiten einer Mindesthöhe von 25 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe der Fall sein soll, ist nicht begründbar. Der diesseitige Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 9 stellt sicher, dass ein zum Monatsende festgestellter, noch

nicht getilgter Darlehensbetrag zur Zwischenfinanzierung von Schließungskosten ab einer Größenordnung von 50 Mio. Euro bereits bis zum Ende des übernächsten Monats und somit in kürzest möglicher Zeit getilgt wird. Damit wird im Falle hoher Schließungskosten nur der Haftungsverbund und nicht die Gesamtheit der Krankenkassen belastet, wie dies bei Vorgabe einer höheren Liquiditätsreserve der Fall wäre.

Die Regelungen zur Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sind vielmehr um die bislang fehlende Definition einer Obergrenze zu ergänzen. Wie auch die Rücklage der Krankenkassen nach § 261 eine Höchstgrenze hat, weil die Rücklage kein Selbstzweck ist, sondern die Leistungsfähigkeit der Krankenkasse sicherstellen soll, bedarf nach den Erfahrungen der letzten Jahre auch die Reserve des Gesundheitsfonds einer Obergrenze, die ihre Leistungsfähigkeit entsprechend des gesetzlichen Verwendungszwecks sicherstellt. Bislang ist ein ‚Abflussmechanismus‘ überschießender Beträge gesetzlich nicht vorgesehen und bedarf ebenfalls einer Regelung. Ein solcher Mechanismus ist gleichermaßen erforderlich, um die von den Krankenkassen geforderte Kompensation für den Wegfall der Praxisgebühr aus den noch vorhandenen überschüssigen Mitteln der Liquiditätsreserve sicherzustellen.

Anders als bei der Rücklage nach § 261, die eine Höchstgrenze von einer Monatsausgabe aufweist, genügt für den eingeschränkten Verwendungszweck der Liquiditätsreserve ein Höchstwert von 40 % ihrer durchschnittlichen, für das Folgejahr erwarteten Monatsausgabe (zum Vergleich: Ende 2013 beträgt die Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds annähernd 80 % einer Monatsausgabe). Eine darüber hinausgehende Bindung von Beitragsmitteln durch eine insoweit doppelte Rücklage von Krankenkassen und Gesundheitsfonds ist nicht erforderlich. Sie entzieht vielmehr der Versorgung der Versicherten Beitragsmittel oder verhindert eine mögliche Entlastung der Beitragszahler.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 36 wird wie folgt geändert:

In Artikel 1 Nr. 36 Buchstabe a) wird § 271 Absatz 1a Satz 2 wie folgt gefasst:

„Sie sind dem Bundesversicherungsamt als Verwalter der eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen kassenindividuell nachzuweisen, soweit den Beträgen ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz zugrunde liegt.“

In Artikel 1 Nr. 36 Buchstabe b) wird § 271 Absatz 2 Satz 3 wie folgt gefasst:

„Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 20 Prozent und soll nicht mehr 40 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37

§ 272 – Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Konvergenzregel des § 272 wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Da die Konvergenzregel seit dem Berichtsjahr 2011 keine Anwendung mehr findet, ist die Streichung folgerichtig und trägt zur Rechtsbereinigung bei.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Änderung des § 137a in Artikel 1 Nr. 7.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Folgeänderungen sind sachgerecht. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besteht darüber hinaus zu § 299 noch folgender ergänzender gesetzlicher Änderungsbedarf.

1. Die Sozialdaten der Krankenkassen (Routinedaten) dürfen vom G-BA gemäß § 299 Abs. 1a SGB V zum Zwecke der Qualitätssicherung genutzt werden:

Um diese Daten für die Qualitätssicherung nutzen zu können, müssen zuvor wissenschaftliche, empirische Analysen mit eben diesen Daten durchgeführt werden, um zu prüfen, welche dieser Daten für die Qualitätssicherung tatsächlich geeignet sind. Erst dann können die empirisch bestimmten Indikatoren auf Basis der Sozialdaten der Krankenkassen nach § 299 Abs. 1a verpflichtend erhoben und für die Qualitätssicherung sinnvoll genutzt werden. Die Legitimation des G-BA zur Nutzung der Sozialdaten der Krankenkassen muss daher um die Entwicklung von QS-Verfahren sowie deren Instrumente und Indikatoren erweitert werden.

2. Änderungen des § 299 SGB V im Hinblick auf die Pflicht zur Pseudonymisierung:

Ohne eine entsprechende Änderung wird die Qualitätsprüfung gemäß § 136 Abs. 2 SGB V kaum noch als sinnvolle Maßnahme der Qualitätssicherung durchführbar sein. Auch andere Begutachtungen von Patientenakten wären damit erschwert. Diese sind jedoch u. a. für eine Validierung der erhobenen Daten unerlässlich. Der G-BA hat auf die Wichtigkeit und Dringlichkeit dieser Änderung in einem Schreiben an das BMG vom 15.04.2013 mit folgendem Wortlaut ausführlich hingewiesen:

„Aus dem Recht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung aus Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 GG leitet sich der datenschutzrechtliche

Grundsatz ab, dass Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nur aufgrund einer gesetzlichen Grundlage zulässig sind, aus der sich die Voraussetzungen und der Umfang der Beschränkungen klar und für den Bürger erkennbar ergeben und die damit dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit entspricht. Auswahl und Gestaltung von Datenverarbeitungssystemen sind dabei an dem Ziel auszurichten, so wenig personenbezogene Daten wie möglich zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen.

Insbesondere sind personenbezogene Daten zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren, soweit dies nach dem Verwendungszweck möglich ist und keinen im Verhältnis zu dem angestrebten Schutzzweck unverhältnismäßigen Aufwand erfordert (vgl. hierzu Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 15. Dezember 1983, Az. 1 BvR 209, 269, 362, 420, 440, 484/83 und Bundessozialgericht, Urteil vom 10. Dezember 2008, Az. B 6 KA 37/07 R). Diesem allgemeinen datenschutzrechtlichen Grundsatz folgend regeln § 299 Absatz 1 Satz 4 Nr. 1 und Absatz 2 Satz 1 SGB V, dass die unter anderem für die Qualitätsprüfung nach § 136 Absatz 2 SGB V erforderlichen versichertenbezogenen Daten durch diejenigen Ärzte pseudonymisiert werden müssen, bei denen diese Daten abgerufen werden.

Dieses Erfordernis der Pseudonymisierung ist aus verfassungsrechtlichen Gründen auch nicht zugunsten einer allgemeinen Qualitätsprüfung auf Klardatenbasis disponibel. Jedoch können Konstellationen bestehen, in denen der Pseudonymisierung von Versichertendaten eine absolute Sperrwirkung hinsichtlich der Durchführung und der Ziele der Qualitätssicherungsverfahren zukommen kann, wenn für diese die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist. Die Durchführung der Qualitätssicherung wäre in diesen Fällen verunmöglicht. Diese Konstellationen lassen sich in vier Kategorien einteilen:

1. Die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers lässt eine Pseudonymisierung nicht zu,
2. eine Pseudonymisierung kann nur mit einem bezogen auf das Ziel der jeweiligen Qualitätssicherung unverhältnismäßig hohen Aufwand vorgenommen werden,
3. die ordnungsgemäße Dokumentation der Versichertendaten ist Gegenstand der Qualitätsprüfung,
4. die Qualitätsprüfung ist mit einer Prüfung nach § 17a Absatz 1 Satz 2 der Röntgenverordnung oder § 83 Absatz 1 Satz 3 der Strahlenschutzverordnung verbunden.“

Vor diesem Hintergrund richtete der G-BA mit Schreiben vom 09.07.2013 folgenden Änderungsvorschlag an das Bundesministerium für Gesundheit:

„Für diese Konstellationen sind daher Ausnahmeregelungen vom Grundsatz der Pseudonymisierung erforderlich, um die Qualitätssicherungsverfahren in diesen Fällen nicht zu gefährden. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll daher in seinen Richtlinien und Beschlüssen nach § 136 Absatz 2 und § 137 Absatz 1 Satz 1 entsprechende Regelungen vorsehen können, dass in den vier beschriebenen Gruppen von einer Pseudonymisierung abgesehen werden kann, wenn die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und eine Pseudonymisierung die Ziele der Qualitätssicherungsverfahren gefährden würde.

Gleiches gilt bei Vereinbarungen nach § 137d.“

Hieraus ergibt sich der nachfolgende Änderungsvorschlag zu § 299 Abs. 1a.

C) Änderungsvorschlag

§ 299 Abs. 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) Die Krankenkassen sind befugt und verpflichtet, nach § 284 Absatz 1 erhobene und gespeicherte Sozialdaten für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2 sowie zur Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität gemäß § 137a SGB V zu verarbeiten oder zu nutzen, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 2 und § 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. In den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 sind diejenigen Daten, die von den Krankenkassen für Zwecke der Qualitätssicherung sowie zur Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität zu verarbeiten oder zu nutzen sind, sowie deren Empfänger festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstaben a) und b)

§ 304 Absatz 1 – Datenlöschung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Aufbewahrung von Daten für die Durchführung des Risikopools werden redaktionell angepasst, da § 269 durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz aufgehoben wurde.

Die Regelung zur Löschung der den Krankenkassen vorliegenden ärztlichen Abrechnungsdaten wird an die Erfordernisse der Durchführung und Weiterentwicklung des RSA angepasst. Die bisherige Löschungsfrist nach spätestens vier Jahren wird umgewandelt in eine Sperrfrist, d. h. die Daten sind spätestens nach vier Jahren zu sperren. Die gesperrten Daten dürfen nur für Zwecke der Durchführung und Weiterentwicklung des RSA weiter verarbeitet oder verwendet werden. Sie sind nach der Aufbewahrungsfrist des § 30 Abs. 2 RSAV nach sechs Jahren zu löschen.

B) Stellungnahme

Mit Inkrafttreten der 24. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV-ÄndV) sind in der RSAV Regelungen zu den Aufbewahrungsfristen für die MRSA-Datenmeldungen ergänzt worden, die sich auch auf die den MRSA-Datenmeldungen zugrunde liegenden Originaldaten und damit auf Daten nach den §§ 295 bis 303 SGB V erstrecken. Diese sind – wie dargestellt – nach § 30 Abs. 2 RSAV sechs Jahre lang revisionssicher und nachprüfbar zu speichern oder aufzubewahren.

Die in § 30 RSAV getroffenen Regelungen stehen derzeit nicht in Einklang mit den diesbezüglichen Regelungen der Sozialgesetzbücher hinsichtlich der Speicherung, Aufbewahrung, und Löschung von Daten, die auf die Daten nach den §§ 295 bis 303 SGB V anzuwenden sind. Die Harmonisierung der Aufbewahrungsfristen wird daher ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt im Kontext der Regelungen in §§ 247 und 248 SGB V sowie der damit einhergehenden zeitlichen Verzögerung der Berücksichtigung der kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze sicher, dass die Beiträge aus Renten für pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner sowie für Bezieher von Renten der landwirtschaftlichen Alterskasse auch über den 31.12.2014 hinaus unverändert nach den bisherigen Berechnungsparametern berechnet werden. Von März 2015 an erfolgt die Beitragsberechnung unter Berücksichtigung der kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich als Folgeänderung zur Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes unter Berücksichtigung des bei den angesprochenen Personenkreisen zu berücksichtigenden zeitlichen Vorlaufs für die Anwendung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zusätzlicher Änderungsbedarf

§ 5 Absatz 5a – Ausschluss der Versicherungspflicht für zuletzt privat versicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II

A) Beabsichtigte Neuregelung

Keine

B) Stellungnahme

Der am 1. Januar 2009 in Kraft getretene § 5 Abs. 5a SGB V nimmt für Bezieher von Arbeitslosengeld II eine Systemabgrenzung zwischen der GKV und der PKV vor. Die Versicherungspflicht in der GKV wird danach ausgeschlossen (und in der Folge eine Zuordnung zur PKV vorgenommen), wenn die betroffene Person unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war. Die Regelung geht von der Idealvorstellung aus, dass jede unter die Versicherungspflicht in der PKV nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz fallende Person der Verpflichtung zum Abschluss eines entsprechenden Krankenversicherungsvertrages auch nachkommt.

Von dem Ausschluss der Versicherungspflicht werden aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts jedoch die Personen, die dieser Verpflichtung nicht nachgekommen sind, nicht erfasst. In der Konsequenz erfolgt bei derartigen Fallkonstellationen eine Zuordnung des Leistungsbeziehers zur GKV, obwohl zuletzt eine private Krankenversicherung bestand – eine konsequente und auch vom Gesetzgeber beabsichtigte Systemabgrenzung zwischen GKV und PKV findet mithin insoweit nicht statt.

Die Wirkungen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts können nur unter Änderung der angesprochenen Regelung ausgeschlossen werden. Ziel sollte es dabei sein, die Versicherungspflicht in der GKV auszuschließen, sofern vor dem Leistungsbezug zuletzt eine private Krankenversicherung bestand. Personen, die vor dem Leistungsbezug zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden unverändert der GKV zugeordnet.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 wird wie folgt ergänzt:

§ 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 65 von 99

„Nach Absatz 1 Nummer 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II entweder zuletzt privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Absatz 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte.“

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 23 Absatz 1 Satz 4 – Fälligkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bislang für die Ermittlung des Beitragssolls vorgesehene Vereinfachungsregelung in den Fällen, in denen Arbeitgeber das jeweils anzuwendende Sozialausgleichsverfahren von der zuständigen Krankenkasse mitgeteilt bekommt, wird im Zuge der Abschaffung des Verfahrens zum Sozialausgleich aufgegeben.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich als konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 26 Absatz 4 – Beanstandung und Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Abschaffung des Verfahrens zum Sozialausgleich sowie der damit verbundenen monatlichen Meldung für Mehrfachbeschäftigte wird ein Verfahrensablauf vorgesehen, mit dem die Krankenkassen künftig ein Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenzen bei Mehrfachbeschäftigung erkennen und eine Beiträgerstattung von insoweit zu Unrecht entrichteten Beiträgen einleiten können. Ergänzende Angaben sollen von den Krankenkassen bei den Arbeitgebern in einem maschinellen Dialog-Verfahren abgefragt werden; nach Prüfung durch die Krankenkasse erfolgt eine entsprechende maschinelle Rückmeldung an den Arbeitgeber.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist der Abschaffung des Verfahrens zum Sozialausgleich geschuldet. Sie baut darüber hinaus auf den Erfahrungen der Arbeitgeber und Krankenkassen mit dem bislang vorgesehenen Verfahren der monatlichen Meldungen in den Fällen der Mehrfachbeschäftigung auf. Künftig sollen Beitragskorrekturen in Folge des Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze im Rahmen einer Rückschau vorgenommen werden; die generelle Verpflichtung der Arbeitgeber, in allen Fällen der Mehrfachbeschäftigung eine monatliche Meldung abzugeben, wird dadurch auf ein sachgerechtes Maß zurückgeführt. Die Regelung trägt insoweit zu Vereinfachungen im Meldedialog zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen bei und reduziert das Verfahren auf die Sachverhaltskonstellationen, in denen ein Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in den Fällen der Mehrfachbeschäftigung tatsächlich erkennbar ist.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 28a Absatz 1 Nummer 10 – Meldepflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens und des damit verbundenen bislang vorgehaltenen Dialogverfahrens wird die Vorschrift des § 28a Absatz 1 Nummer 10 SGB IV an die künftige inhaltliche Ausrichtung des Meldedialogs angepasst. Die insoweit erforderlichen Meldungen werden nur noch auf Anforderung der Krankenkasse erstattet.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich als konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens sowie Neuausrichtung des Meldedialogs mit den Arbeitgebern dar. Im Zuge der Neuregelung des § 26 Absatz 4 SGB IV wird die Pflicht zur Abgabe der ergänzenden Meldung sachgerecht in § 28a Absatz 1 Nummer 10 SGB IV verankert.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe b)

§ 28a Absatz 4a – Meldepflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens und des damit verbundenen bislang vorgehaltenen Dialogverfahrens werden mit der Vorschrift des § 28a Absatz 4a SGB IV die Inhalte der von den Arbeitgebern abzugebenden Meldungen konkretisiert und an die künftige inhaltliche Ausrichtung des Meldedialogs angepasst.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich als konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens sowie Neuausrichtung des Meldedialogs dar. Im Zuge der Neuregelung des § 26 Absatz 4 SGB IV werden die Inhalte der von den Arbeitgebern abzugebenden Meldungen sachgerecht in § 28a Absatz 4a SGB IV verankert.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 70 von 99

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe c)

§ 28a Absatz 13 – Meldepflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Meldungen der Künstlersozialkasse an die Krankenkassen entfällt die Angabe, ob der Sozialausgleich durch die Künstlersozialkasse vollständig durchgeführt werden konnte (§ 242 Absatz 2 Satz 4 SGB V).

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich als konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 28h Absatz 2a – Einzugsstellen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens entfällt die Vorschrift des § 28h Absatz 2a SGB IV, mit der die Meldeinhalte der bislang gegenüber den Arbeitgebern abzugebenden Rückmeldungen definiert wurden.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich als konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens dar. Die Meldeinhalte der gegenüber den Arbeitgebern abzugebenden Rückmeldungen innerhalb des künftigen Meldedialogs werden in den Gemeinsamen Grundsätzen nach § 28b Absatz 2 SGB IV definiert.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 106 – Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der vom Rentenversicherungsträger zu leistende Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag für freiwillig und privat krankenversicherte Rentenbezieher wird auch künftig ohne Berücksichtigung des zusätzlichen Beitragssatzanteils in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten ermittelt.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stellen sich als Folgeänderung zur Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes und der damit gleichzeitig verbundenen Abschaffung des alleine von den Mitgliedern zu tragenden Beitragsanteils in Höhe von 0,9 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 163 – Beitragspflichtige Einnahmen Beschäftigter

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Arbeitnehmer, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone ausüben, gelten besondere Regelungen für die Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage. Bei der anzuwendenden Gleitzoneformel ist der Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz zu berücksichtigen, in dessen Berechnung der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 242a SGB V einfließt.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stellen sich als Folgeänderung zur Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes und der damit gleichzeitig verbundenen Abschaffung des alleine von den Mitgliedern zu tragenden Beitragsanteils in Höhe von 0,9 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 1 und 2

§ 20 – Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II – Wegfall der Vorrangigkeit der Familienversicherung in der Krankenversicherung

§ 57 – Beitragspflichtige Einnahmen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen vollziehen für die soziale Pflegeversicherung die Regelungen in der Krankenversicherung nach, nach denen künftig alle Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und insoweit die bisherige Vorrangigkeit der Familienversicherung zugunsten einer einheitlichen Versicherungspflicht für alle Leistungsempfänger aufgegeben wird.

In diesem Zusammenhang werden die beitragspflichtigen Einnahmen von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, in der sozialen Pflegeversicherung neu geregelt und insoweit die Regelungen in der Krankenversicherung nachvollzogen.

Die in § 232a Absatz 1a SGB V vorgesehene Revisionsklausel gilt gleichermaßen für die soziale Pflegeversicherung. Sie soll sicherstellen, dass der im Rahmen der vereinfachten Regelung neu festgelegte, für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen maßgebliche Faktor nach § 232a Abs. 1 Nr. 2 SGB V weder zu einer finanziellen Belastung des Bundes, noch zu einer Belastung der sozialen Pflegeversicherung führt. Das Ziel der finanziellen Neutralität kann insbesondere durch eine zukünftige Veränderung der Struktur der Bezieher von Arbeitslosengeld II – etwa infolge tiefgreifender arbeitsmarktpolitischer Reformen – verletzt werden, wie z. B. durch die Einführung eines Mindestlohns. Deshalb bedarf es einer erstmaligen Überprüfung und ggf. Anpassung des Faktors bereits mit Wirkung zum 1. Januar 2017. Angesichts des geringen Umsetzungsaufwandes sollte zudem zukünftig eine jährliche Überprüfung durch das BMG stattfinden.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene neue Höhe des Faktors zur Ermittlung der Bemessungsgrundlage der Beiträge von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, wurde auf der Datenbasis des Jahres 2012 festgelegt, weil zum Erstellungszeitpunkt des Referentenentwurfs zum GKV-FQWG aus der Statistik der Bundesagentur für Arbeit für das Jahr 2013 noch kein Jahreswert vorlag. Der im Rahmen der Untersuchung ermittelte Faktor weist nach der Berechnungsweise des BMG für die Jahre 2010 bis 2012 eine jährlich leicht steigende Tendenz auf. Zur Wahrung der finanziellen Neutralität für die GKV ist es deshalb erforderlich, dass der Faktor nach § 232a Abs. 1 Nr. 2 SGB V auf der Grundlage der im laufenden Gesetzgebungsverfahren vorliegenden Zahlen für das Gesamtjahr 2013 festgelegt wird.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 75 von 99

B) Stellungnahme

Die Regelungen stellen sich als konsequente Folgeänderungen zu den entsprechenden Regelungen in der Krankenversicherung dar.

C) Änderungsvorschlag

Zu Artikel 6 Nummer 2:

Der in § 57 Absatz 1 Satz 2 SGB XI vorgesehene Faktor ist jeweils auf der Basis des jeweils letzten abgeschlossenen Kalenderjahres zu ermitteln.

Artikel 8 (Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte – ALG)

§ 35a – Beitragszuschuss der landwirtschaftlichen Alterskasse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der von der landwirtschaftlichen Alterskasse zu leistende Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag für freiwillig und privat krankenversicherte Rentenbezieher wird künftig ohne Berücksichtigung des zusätzlichen Beitragsatzanteils in Höhe von 0,9 Beitragsatzpunkten ermittelt.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stellen sich als Folgeänderung zur Absenkung des allgemeinen Beitragsatzes und der damit gleichzeitig verbundenen Abschaffung des alleine von den Mitgliedern zu tragenden Beitragsanteils in Höhe von 0,9 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 32 – Übernahme der Beiträge durch den Sozialhilfeträger

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Personen, die im Falle der Hilfebedürftigkeit Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts erhalten, wird neben den regulären Beiträgen zur Krankenversicherung auch der unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu zahlende Zusatzbeitrag übernommen.

B) Stellungnahme

Mit Blick darauf, dass Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Recht der Sozialhilfe erhalten, nach § 242 Absatz 3 SGB V – entgegen den Ausführungen in der Begründung – nicht vom kassenindividuellen Zusatzbeitrag ausgenommen sind, stellt sich die Regelung als nicht konsequent dar.

Soweit von diesen Personen der kassenindividuelle Zusatzbeitrag verlangt wird, erscheint die Übernahme der Beiträge in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 243 Absatz 3 SGB V nicht sachgerecht. Die Übernahme der Beiträge hat sich vielmehr an dem jeweiligen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz zu orientieren.

C) Änderungsvorschlag

Sofern daran festgehalten wird, dass Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Recht der Sozialhilfe erhalten, den kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu zahlen haben, ist die Regelung zu streichen.

Artikel 10 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes – KSVG)

Nrn. 1 – 4

§ 10 – Beitragszuschuss

§ 16 – Beitragsanteil des nach dem KSVG versicherten Künstlers oder Publizisten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der von der Künstlersozialkasse nach § 10 Absatz 1 KSVG zu leistende Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag wird auch künftig ohne Berücksichtigung des zusätzlichen Beitragsanteils in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten ermittelt.

Der Zuschlag nach § 16 Absatz 1 KSVG in Höhe von 0,45 Beitragssatzpunkten auf den vom Versicherten an die Künstlersozialkasse zu zahlenden Beitragsanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe der Hälfte des Beitrags gemäß dem allgemeinen oder ermäßigten Beitragssatz entfällt. Der Beitragsanteil ist künftig nach dem halben allgemeinen oder ermäßigten Beitragssatz sowie dem kassenindividuellen (vollen) Zusatzbeitragssatz zu ermitteln.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stellen sich als Folgeänderungen zur Absenkung des allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes und der damit gleichzeitig verbundenen Abschaffung des alleine von den Mitgliedern zu tragenden Beitragsanteils in Höhe von 0,9 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen dar.

Die übrigen Regelungen sind redaktioneller Natur bzw. stellen sich als Folgeregelung zur Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 13 (Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung – DEÜV)

§ 11b – Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung sowie bei Bezug von weiteren beitragspflichtigen Einnahmen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens sowie der Neuausrichtung des Meldedialogs mit den Arbeitgebern in den Fällen der Mehrfachbeschäftigung wird die Vorschrift des § 11b der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung angepasst. Die Frist zur Abgabe der Monatsmeldung wird dabei entsprechend den üblichen Meldefristen im DEÜV-Verfahren festgelegt.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich als Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens dar. Sie trägt ferner dem Umstand sachgerecht Rechnung, dass ab 2015 ein veränderter Meldedialog mit den Arbeitgebern in den Fällen der Mehrfachbeschäftigung entsprechend § 26 Absatz 4 SGB IV vorgehalten wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 14 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung – BVV)

§ 4 – Tilgungsreihenfolge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der für versicherungspflichtige Arbeitnehmer zusammen mit den Gesamtsozialversicherungsbeiträgen zu zahlende Zusatzbeitrag soll im Falle der nicht vollständigen Zahlung der Beiträge durch den Arbeitgeber den Gesamtsozialversicherungsbeiträgen gleichgestellt sein und mithin gleichrangig getilgt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Anpassung der Tilgungsreihenfolge vollzieht den Charakter des Zusatzbeitrags als „vollwertigen“ Krankenversicherungsbeitrag. Der Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V nimmt in der Konsequenz als Teil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags den gleichen Rang ein, wie auch der übrige Krankenversicherungsbeitrag.

Darüber hinaus ergibt sich weiterer folgender Änderungsbedarf. Die Beiträge werden von den Krankenkassen in ihrer Funktion als Einzugsstelle in großer Anzahl im Wege des Lastschriftverfahrens eingezogen, soweit seitens des Beitragsschuldners eine entsprechende Einzugsermächtigung erteilt wurde. In der Praxis scheitert der Einzug der Beiträge jedoch häufig daran, dass keine ausreichende Deckung des Kontos des Beitragsschuldners vorhanden ist. In diesen Fällen stellen die Kreditinstitute den Einzugsstellen regelmäßig sog. Rücklastschriftgebühren in Rechnung. Durch Ergänzung der Beitragsverfahrensverordnung sollte daher sichergestellt werden, dass Einzugsstellen den Beitragsschuldner mit diesen durch ihn verursachten Rücklastschriftgebühren belasten können. Die Klarstellung innerhalb der Beitragsverfahrensverordnung unterstreicht darüber hinaus den öffentlich-rechtlichen Charakter dieser Forderung und stellt insoweit die Möglichkeit der Vollstreckung über die in Anspruch genommenen Vollstreckungsbehörden (z. B. Hauptzollämter) sicher.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 14 wird wie folgt ergänzt:

§ 4 Satz 1 BVV wird wie folgt geändert:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 81 von 99

Nach dem Wort „Gebühren,“ wird das Wort „Rücklastschriftgebühren,“ und nach dem Wort „Gesamtsozialversicherungsbeiträge“ die Wörter „zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1

§ 2 Absatz 5 – Mitglieder, die einen Leistungsverzicht als Voraussetzung für einen Beitragserlass oder eine –ermäßigung erklärt haben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht dürfen Zeiten für Versicherte, deren Leistungsansprüche ruhen oder die eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen haben, nicht für den RSA gemeldet werden, da den Krankenkassen keine Versorgungsaufwendungen entstehen. Die Vorschrift soll klarstellen, dass auch die Versichertenzeiten für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V, für die eine Erklärung über den Leistungsverzicht als Voraussetzung für einen Beitragserlass oder eine –ermäßigung vorliegt, von den Krankenkassen nicht gemeldet werden dürfen.

B) Stellungnahme

Auch wenn nicht in jedem Fall ausgeschlossen werden kann, dass diese Versicherten vereinzelt unrechtmäßig Leistungen mit einer alten Krankenversicherungskarte in Anspruch genommen haben, ist grundsätzlich eine hinreichende Vergleichbarkeit mit Versicherten, deren Leistungsansprüche ruhen oder die eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen haben, gegeben.

Da Artikel 15 am 1. Januar 2015 in Kraft tritt, wären in den Jahresausgleichen ab 2015 Versicherungszeiten für die Jahre 2012, 2013 und 2014 entsprechend zu bereinigen. Eine insoweit rückwirkende Änderung würde nach Aussage unserer Mitgliedskassen zu nicht unerheblichen Umsetzungsproblemen führen und sollte deshalb vermieden werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 2 Absatz 5 werden das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Angehörige“ die Wörter „sowie Mitglieder, die für die Zeit ab dem 1. Januar 2015 im Zuge einer Beitragsermäßigung nach § 256a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Leistungen in Anspruch genommen haben,“ angefügt.

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 2

§ 29 – Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass bei der Standardisierung der Krankengeldausgaben – entsprechend dem im Risikostrukturausgleich bis 2008 praktizierten Verfahren, das derzeit weiterhin Anwendung findet – auch eine Differenzierung nach Erwerbsminderungsstatus erfolgen soll.

B) Stellungnahme

Mit der Klarstellung wird das bestehende Verfahren beschrieben und damit ein redaktionelles Versehen beseitigt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3 Buchstaben a) und b)

§ 30 – Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse mittels de-pseudonymisierter Versichertendaten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wird zu einem Versichertenpseudonym, zu dem mehr als eine Krankenkasse Daten gemeldet hat, festgestellt, dass in der Summe mehr als 365 Versichertentage (bzw. 366 im Falle eines Schaltjahres) oder unterschiedliche Angaben zu Geburtsjahr oder Geschlecht gemeldet wurden, teilt der GKV-Spitzenverband den betroffenen Krankenkassen die Versichertenpseudonyme, die andere(n) betroffene Krankenkasse(n) und die Fehlerart mit, um eine Klärung der Versichertenverhältnisse herbeizuführen. Dabei ist die Verwendung de-pseudonymisierter Versichertendaten erforderlich. Dies wird durch die Neuregelung ermöglicht. Der GKV-Spitzenverband wird ermächtigt, das Nähere zum Verfahren zu bestimmen.

B) Stellungnahme

Die versicherungsrechtlichen Regelungen des SGB V lassen keine doppelten Versicherungsverhältnisse zu. Entsprechend erfordert die zielgerichtete Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, dass die versichertenbezogenen Zuweisungen taggenau nur der Krankenkasse zuzuordnen sind, die die Versicherung durchführt. Im Jahr 2008 stellte das Bundesversicherungsamt (BVA) auf Basis der für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten nach § 30 RSAV fest, dass rund 200.000 der gemeldeten Versicherten nach Abgleich auf GKV-Ebene eine Versichertenzeit von mehr als 365 Versichertentagen aufwiesen. Hinzu kam eine geringe Zahl von Versicherten, die nach Abgleich auf GKV-Ebene unterschiedliche Alters- bzw. Geschlechtsangaben aufwiesen. Den Krankenkassen wurde in Abstimmung mit dem Bundesdatenschützer für einen Übergangszeitraum zur Vermeidung finanzieller Nachteile bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Möglichkeit eröffnet, fehlerhafte Versichertenzeiten zu korrigieren. Der GKV-Spitzenverband wurde mit der Umsetzung eines solchen Korrekturverfahrens beauftragt und entwickelte das sogenannte „RSA-Clearingverfahren“. Ziel dieses Verfahrens ist zunächst die Klärung bestehender doppelter Versicherungsverhältnisse. Aufbauend auf den aus dem Klärungsverfahren gewonnenen Erkenntnissen sollen die Ursachen, die zur Entstehung dieser doppelten Versicherungszeiten führen, identifiziert werden und der Erarbeitung von Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung dieser Fallkonstellationen dienen.

Auf Grundlage des RSA-Clearingverfahrens konnten Fälle mit doppelten Versicherungsverhältnissen in den vergangenen Jahren im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleiches in großem Umfang geklärt und in den Datenmeldungen bereinigt werden. Gleichermaßen wurden Defizite in den Meldeverfahren identifiziert und behoben. Doppelte Versicherungsverhältnisse können jedoch auch in Zukunft nicht ausgeschlossen werden. Ohne die zu begrüßende Regelung im Rahmen der RSAV dürfte der GKV-Spitzenverband auf Grundlage des BMG-Schreibens vom 16. Januar 2013 das Verfahren zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse in diesem Jahr letztmalig durchführen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 4 Buchstaben a) und b)

§ 31 Absatz 5 – Definition der von Auslandsversicherten verursachten Leistungsausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu § 41 Absatz 1 Satz 2 (neu) werden die Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen definiert, die die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte entsprechend dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt im Rahmen der Übergangsregelungen begrenzen sollen. Der GKV-Spitzenverband kann im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt eine weitergehende oder abweichende Bestimmung der Bereiche vornehmen, die Aufwendungen für Leistungen im Ausland betreffen.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung des § 41 Absatz 1 Satz 2 (neu) wird die im Koalitionsvertrag vereinbarte Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte umgesetzt. Dabei wird der Prüfungsvorschlag des Wissenschaftlichen Beirats aufgegriffen, die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte über alle Krankenkassen auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben aller Krankenkassen zu begrenzen. Da der Wissenschaftliche Beirat die Zuweisungen für Auslandsversicherte mit den Leistungsausgaben der Kontenarten 480 und 483 (Stand Kontenrahmen 2009) verglichen und hieraus seine Empfehlung zur Prüfung einer Deckelung der Zuweisungen abgeleitet hat, ist es nachvollziehbar, dass sich auch die Definition der für eine etwaige Deckelung der Zuweisungen maßgeblichen Leistungsausgaben durch den Ordnungsgeber diesem Vorgehen anschließt. Für den Fall, dass innerhalb der GKV eine Verständigung auf eine geeignetere abweichende oder weitergehende Abgrenzung gefunden werden kann, wird die Möglichkeit begrüßt, die nach Satz 5 getroffene inhaltliche Bestimmung im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt sachgerecht weiterentwickeln zu können.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 5

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

In dieser Vorschrift werden die näheren Vorgaben zu den vom Bundesversicherungsamt in Auftrag zu gebenden, bis zum 31. Dezember 2015 vorzulegenden Gutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte gemacht.

B) Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass die vorgesehenen Sonderregelungen für Krankengeldzuweisungen und Zuweisungen für Auslandsversicherte als Übergangsregelungen angelegt sind und eine Rückkehr zu geeigneteren Standardisierungsverfahren, für die weitere wissenschaftliche Untersuchungen erforderlich sind, angestrebt wird. Die Vorgaben zu den Gutachten berücksichtigen mit der mehrstufigen Herangehensweise die Komplexität der Thematik. Die Vorlagefrist für die vom Bundesversicherungsamt in Auftrag zu gebenden Gutachten trägt sowohl dieser Komplexität als auch dem Erfordernis Rechnung, dass die Sonderregelungen nach § 269 SGB V in absehbarer Zeit von geeigneteren Modellen abgelöst werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 88 von 99

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 6

§§ 33a–34 – Weitere Übergangsregelungen im Zusammenhang mit der Konvergenzregel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds werden nach Auslaufen der Konvergenzregel aufgehoben.

B) Stellungnahme

Da die Konvergenzregel seit dem Berichtsjahr 2011 nicht mehr durchgeführt wird, können diese Übergangsregelungen aufgehoben werden. Dies dient der Rechtsbereinigung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 89 von 99

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 39 Absatz 5 – Tragung der Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kosten der Verwaltung des Gesundheitsfonds werden aus dessen Einnahmen getragen. Diese schließen nach der Neuregelung nicht nur die Kosten der Durchführung des RSA, sondern auch die Kosten seiner Weiterentwicklung ein.

B) Stellungnahme

Die für die Weiterentwicklung des RSA aus den Einnahmen der GKV zu tragenden Kosten sollten gesondert von den Kosten der Verwaltung des Gesundheitsfonds dargelegt werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 8

§ 39a Absatz 5 – Aufschlag auf den Korrekturbetrag bei falsch abgegebener Meldung im Jahresausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Werden die Vorgaben für die Datenmeldungen zum Jahresausgleich nicht eingehalten und erlangt eine Krankenkasse hierdurch einen finanziellen Vorteil, ist bislang ein Korrekturbetrag vorgesehen, der diesem Vorteil entspricht, zuzüglich eines Aufschlags von 25 %. Mit diesem Aufschlag soll der Versuch sanktioniert werden, sich durch Missachtung der Vorgaben einen finanziellen Vorteil zu Lasten der übrigen Krankenkassen zu verschaffen. Mit der Neuregelung kann das Bundesversicherungsamt in bestimmten Fällen auf eine Erhebung des Aufschlags verzichten oder diesen mindern, etwa wenn die Aufklärung des Sachverhalts überhaupt erst durch eine Korrekturmeldung seitens und unter Mitwirkung der Krankenkasse ermöglicht wurde.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ermöglicht es Krankenkassen, einen selber festgestellten Fehler in der Datenmeldung sanktionsfrei melden zu können, wenn sie aktiv zur Korrektur einer überhöhten Zuweisung beigetragen hat. Die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes, den normalen Abschlag zu erheben, von einem Abschlag abzusehen oder diesen zu mindern, sollte gegenüber dem GKV-Spitzenverband offengelegt werden.

C) Änderungsvorschlag

Nach dem neu einzufügenden Absatz 5 Satz 2 wird folgender weiterer Satz angefügt:

„Die Entscheidung nach Satz 3 ist dem GKV-Spitzenverband darzulegen.“

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 9 Buchstabe a) und b)

§ 40 Absatz 1 – Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung verteilt die ab dem 1.1.2015 vor allem durch die Abschaffung des Sonderbeitrags der Mitglieder in Höhe von 0,9 v.H. in jedem Jahr entstehende Unterdeckung der Ausgaben der GKV durch die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 mittels einer mitgliedergleichen Kürzung der Zuweisungen wettbewerbsneutral auf die Krankenkassen. Dabei sind alle Mitglieder, d. h. auch die während des Bezugs von Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld und Betreuungsgeld beitragsfreien Mitglieder, zu berücksichtigen. Da der Fall der Überdeckung der Ausgaben der GKV durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zukünftig nicht mehr eintreten kann, wird die hierfür bislang in Nummer 4 vorgesehene Regelung der mitgliedsgleichen Erhöhung der Zuweisungen gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Berücksichtigung auch der beitragsfreien Mitglieder bei der mitgliederbezogenen Kürzung der Zuweisungen ist sachgerecht, weil die Krankenkassen aus dem Einkommensausgleich nach § 270a sachgerechter Weise für diese Mitglieder – wie für jedes andere Mitglied auch – einen Betrag entsprechend dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz und den GKV-durchschnittlichen Einnahmen erhalten. Damit ist die Wettbewerbsneutralität der vorgesehenen Verfahrensweise gewährleistet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 10 Buchstabe a) bis c)

§ 41 – Jahresausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt das Nähere zur Umsetzung der Sonderregelungen für Krankengeldzuweisungen und Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 SGB V (neu).

Die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an alle Krankenkassen wird entsprechend einem Prüfvorschlag des Wissenschaftlichen Beirats auf die Summe der von diesen Versicherten verursachten Leistungsausgaben aller Krankenkassen begrenzt. Mit der alleinigen Regelung in § 41 RSAV erfolgt diese Kappung nur im Jahresausgleich. Ein etwaiger Überschreibungsbetrag wird aufgrund der Regelung des § 40 RSAV mitgliedbezogen auf alle Krankenkassen verteilt.

Bei den Zuweisungen für Krankengeld wird festgelegt, dass die bestehenden Unter- und Überdeckungen im Bereich Krankengeld halbiert werden sollen. Dies wird umgesetzt, indem die Hälfte der Zuweisungen nach der Höhe der Ist-Kosten zugeteilt wird und die andere Hälfte durch das bisher geltende Standardisierungsverfahren. Auch hier findet die Sonderregelung nur im Jahresausgleich Anwendung. Dies wird in beiden Fällen mit der Vermeidung finanzieller Verwerfungen begründet.

Die Änderung des § 40 wird entsprechend für den Jahresausgleich nachvollzogen.

Ferner wird eine für das Jahr 2009 geltende Sonderregelung aufgehoben.

B) Stellungnahme

Mit der Neuregelung des § 41 RSAV wird die im Koalitionsvertrag vereinbarte Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in den Bereichen Krankengeldzuweisungen und Zuweisungen für Auslandsversicherte weiter konkretisiert. Die gesetzlichen Maßnahmen erfolgen ergänzend zu den vom Bundesversicherungsamt veranlassten Änderungen zur Umsetzung der rechtskräftigen Urteile des Landessozialgerichts NRW vom 04.07.2013 – Az. L 16 KR 774/12 KL sowie L 16 KR 800/12 KL – zur Annualisierung der Leistungsausgaben von Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden. Der Koalitionsvertrag sieht eine zeitgleiche Umsetzung dieser drei Bereiche vor.

Es ist nachvollziehbar, dass eine Anwendung der Sonderregelungen nach § 269 SGB V im monatlichen Abschlagsverfahren der Jahre 2013 und 2014 sowie in den entsprechenden

Strukturanpassungen aufgrund Zeitablaufs schwierig bzw. unmöglich ist. Zudem ist eine zeitgleiche Umsetzung der Annualisierung der Ausgaben für Verstorbene nach der Rechtsprechung politisch gewollt. Spätestens ab dem Jahre 2015 ist jedoch eine Umsetzung aller drei Regelungsbereiche im monatlichen Abschlagsverfahren zur Entlastung des Schlussausgleichseffekts notwendig und unter Verwendung von Schätzgrößen oder Vorjahreswerten auch möglich.

Die entsprechende Berücksichtigung der Änderungen des § 40 auch im Jahresausgleich ist folgerichtig und notwendig.

Die Streichung der nur für den Jahresausgleich 2009 geltenden Regelung in Absatz 4a dient der Rechtsbereinigung.

C) Änderungsvorschlag

Es sollte geprüft werden, ob eine Berücksichtigung der Sonderregelungen für Krankengeldzuweisungen und für Zuweisungen für Auslandsversicherte im monatlichen Abschlagsverfahren und den Strukturanpassungen ab dem Jahr 2015 nicht bereits in der anstehenden RSAV-Änderungsverordnung mit einem Inkrafttreten zum 1.1.2015 erfolgen sollte.

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 11

§ 43 – Durchführung des Einkommensausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die mehrstufige Durchführung des Einkommensausgleichs durch das Bundesversicherungsamt.

Für das monatliche Abschlagsverfahren wird die vorläufige Höhe der Zusatzbeiträge, die der jeweiligen Krankenkasse zugewiesen werden, anhand des in der Satzung festgelegten Zusatzbeitragsatzes der jeweiligen Krankenkasse, den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und dem sich aus der Monatsstatistik für den Vormonat ergebenden Zahl ihrer Mitglieder ermittelt.

Zu den nach § 39 Abs. 3 genannten Zeitpunkten (Zwischenausgleiche) wird die vorläufige Höhe der Zusatzbeiträge anhand der aktuellen Mitgliederzahlen nach KM 1 für die zurückliegenden Monate des Ausgleichsjahres neu berechnet.

Die abschließende Ermittlung der Höhe der Zusatzbeiträge erfolgt im Rahmen des Jahresausgleichs. Ein Korrekturverfahren wird nicht durchgeführt.

B) Stellungnahme

Das dargestellte Verfahren ist geeignet, eine korrekte Ermittlung der Zusatzbeiträge für die einzelne Krankenkasse sicherzustellen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 15 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zusätzlicher Änderungsbedarf

§ 3 – Erhebung von Versichertenzeiten i. V. m. § 30 Abs. 2 Satz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

keine

B) Stellungnahme

Im Rahmen der 24. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) vom 12. Oktober 2012 wurde die Aufbewahrungsfrist der Krankenkassen für alle im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs maschinell erzeugten Datengrundlagen, die gesamte Dokumentation der Korrekturmeldungen für die Datenmeldungen nach § 30 Abs. 1 RSAV sowie die diesen Meldungen zugrunde liegenden gespeicherten Daten in § 30 Abs. 1 Satz 6 RSAV auf sechs Jahre festgelegt. Damit wurde die für den Alt-RSA maßgebliche Regelung in § 3 Absatz 7 Satz 1 auf die nach § 30 Absatz 1 zu erhebenden Daten übertragen, wobei die Aufbewahrungsfrist von neun Jahren auf sechs Jahre verkürzt wurde, um den Aufwand für die Krankenkassen zu verringern (vgl. hierzu Begründung zur 24. RSAV-ÄndV, Bundesratsdrucksache 446/12).

Die in § 3 Abs. 7 Satz 1 RSAV enthaltene Festlegung zu den Aufbewahrungsfristen für die im Rahmen des Risikostrukturausgleichs maschinell erzeugten Datengrundlagen widerspricht derzeit den Vorgaben des § 30 Abs. 1 Satz 6 RSAV. Diese Regelung ist im Zuge der Rechtsbereinigung zu streichen, da sie sich mit Wegfall des bis einschließlich 2008 durchgeführten Alt-RSA-Verfahrens erledigt hat.

Des Weiteren können Krankenkassen gem. § 30 Abs. 1 Satz 6 i. V. m. § 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV zu einer längeren Aufbewahrung der o. g. Daten für den Risikostrukturausgleich verpflichtet werden, sofern das Bundesversicherungsamt die weitere Aufbewahrung zur Durchführung von Korrekturen der gemeldeten Daten für erforderlich hält. In diesem Fall sind die entsprechenden Daten nach zwölf Jahren zu löschen. Eine über die Vorgabe des § 30 Abs. 1 Satz 6 RSAV hinausgehende Aufbewahrungsfrist ist jedoch weder für die Durchführung der Korrektur der Datenmeldungen nach § 30 Abs. 4 Satz 2 RSAV noch die an strikte Fristen gebundenen Prüfungen nach § 42 Abs. 1 RSAV erforderlich. Diese Regelung war vielmehr im Kontext des bis zum Ausgleichsjahr 2008 durchgeführten Alt-RSA-Verfahrens sinnvoll, da die im Alt-Verfahren geltenden Korrekturmöglichkeiten der Datenmeldungen eine entsprechend lange Aufbewahrungsfrist hätten bedingen können. Die Korrektur der bis einschließlich 2008

durchgeführten RSA-Jahresausgleiche ist jedoch mit Wegfall des § 267 Abs. 11 SGB V im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) vom 04.01.2012 nicht mehr möglich.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 15 wird wie folgt ergänzt:

- a) In § 3 Abs. 7 Satz 2 wird das Wort „neun“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.
- b) § 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV wird gestrichen.
- c) In § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV werden nach den Worten „§ 3 Absatz 7 Satz 2“ die Worte „und 3“ gestrichen.

Begründung:

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung, die in Folge der veränderten Korrekturverfahren im Risikostrukturausgleich möglich ist. Während im Risikostrukturausgleich bis zum Jahr 2008 vorgesehen war, dass Ausgleichsjahre auch im fünften Folgejahr noch zu korrigieren waren, sind die Korrekturzyklen im Risikostrukturausgleich ab 2009 auf ein Jahr verkürzt worden. Daher kann die Vorschrift zur Aufbewahrung der erzeugten Datengrundlagen auf die Dauer von sechs Jahren geändert werden (Buchstabe a) und die Ermächtigung, wonach das Bundesversicherungsamt eine Aufbewahrungsfrist von 12 Jahren vorgeben konnte, ersatzlos gestrichen werden (Buchstabe b und c). Die Vorgabe einer fixen Aufbewahrungsdauer von nun einheitlich sechs Jahren ist ausreichend für alle Belange des Risikostrukturausgleichs, einschließlich der Prüfung nach § 42 RSAV, und trägt zur Verwaltungsvereinfachung und damit zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen bei.

Artikel 16 (Änderung des Medizinproduktegesetzes)

§ 42 – Bußgeldvorschriften

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Diese Regelung wird vom GKV-Spitzenverband im Sinne des Patientenschutzes begrüßt. In diesem Zusammenhang wird allerdings erneut auf den Sachverhalt hingewiesen, dass nach wie vor Regelungen über Sanktionsmöglichkeiten durch die Bundesoberbehörde für den Fall fehlen, dass Medizinprodukthersteller oder Anwender ihrer Meldepflicht nach § 3 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung nicht nachkommen – trotz eines entsprechenden Bundestagsbeschlusses vom 17. Januar 2013.

Der GKV-Spitzenverband erneuert daher abermals seine Forderung, der verantwortlichen Bundesoberbehörde auch in diesem Fall das Recht einzuräumen, Sanktionen in Form von Bußgeldern gem. § 42 Absatz 3 Medizinproduktegesetz (MPG) zu verhängen. Um gleichzeitig zu regeln, dass diese Meldungen nicht in Zivil- und Strafverfahren gegen die Meldenden verwendet werden können, schlägt der GKV-Spitzenverband eine schützende rechtliche Klarstellung in Anlehnung an die Bestimmungen zu Behandlungsfehlern gem. § 630c Absatz 2 Satz 3 BGB vor.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 24 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV) wird folgender Abschnitt 6 eingefügt:

§ 25 Ordnungswidrigkeiten

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.05.2014 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG – vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)
Seite 98 von 99

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 werden entsprechend geändert.

Artikel 17 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 3 treten die Regelungen für den Schätzerkreis (Aufgaben, Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags), die Vorschrift zum durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz und die Regelungen zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im SGB V und in der RSAV sowie die Regelung, dass die Beitragsbemessungsgrenze auch für freiwillige Mitglieder als beitragspflichtige Einnahmen anzusetzen ist, sofern und solange Mitglieder Nachweise über ihre Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen, mit Wirkung zum 1. August 2014 in Kraft.

B) Stellungnahme

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. Damit der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz bis zum 1. November 2015 festgesetzt und bekanntgemacht werden kann, muss auch diese Regelung vor dem 1.1.2015 in Kraft treten.

Mit dem neu eingefügten § 269 soll die im Koalitionsvertrag vereinbarte Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in den Bereichen Krankengeldzuweisungen und Zuweisungen für Auslandsversicherte umgesetzt werden. Die gesetzlichen Maßnahmen erfolgen ergänzend zu den vom Bundesversicherungsamt veranlassten Änderungen zur Umsetzung der rechtskräftigen Urteile des Landessozialgerichts NRW vom 04.07.2013 – Az. L 16 KR 774/12 KL sowie L 16 KR 800/12 KL – zur Annualisierung der Leistungsausgaben von Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden. Der Koalitionsvertrag sieht eine zeitgleiche Umsetzung dieser drei Bereiche vor. Die Klarstellung im Rahmen der Gesetzesbegründung, dass das Bundesversicherungsamt die zum 1. August 2014 in Kraft tretenden Regelungen bei der Durchführung des Jahresausgleichs 2013 zu beachten hat, wird als solche begrüßt.

Das Vorziehen der Regelung, dass der Beitragsberechnung für Mitglieder, die ihrer bestehenden Mitwirkungspflicht bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht nachkommen, die Beitragsbemessungsgrenze zugrunde zu legen ist, ist vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

keiner