

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0029(22)
gel. VB zur öAnhörung am 21.05.
14_GKV-FQWG
19.05.2014



BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung Gesundheitsausschuss
am 21. Mai 2014**

**Entwurf eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität
in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-
Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)
Bundestags-Drucksache 18/1307 vom 05. Mai 2014**

16.05.2014

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Geschäftsführungseinheiten
Finanzen, Versorgung,
Politik und Unternehmensentwicklung

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322



Übersicht:

	Seite
I. Vorbemerkung	3
II. Gesetzentwurf	6
Regelungen zur Weiterentwicklung der Qualität der Gesundheitsversorgung	
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Nr. 7	6
Regelungen zu den Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung	16
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	16
Artikel 4 Änderungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	56
Artikel 6 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch	57
Artikel 9 Änderungen des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch	58
Artikel 15 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	59
Artikel 17 Inkrafttreten	77

I. Vorbemerkung:

Der Gesetzentwurf erfüllt die Vorgaben des CDU/CSU/SPD-Koalitionsvertrags zur 18. Legislaturperiode in Bezug auf die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge konsequent. Der bisherige, komplizierte Sozialausgleich entfällt. Richtigerweise setzt der Gesetzentwurf die Vorgabe nach einem vollständigen Einkommensausgleich um. Dieser im Koalitionsvertrag geforderte vollständige Einkommensausgleich ist zwingend erforderlich, wenn einkommensabhängige Zusatzbeiträge für die GKV-Finanzierung erhoben werden sollen. Ohne einen vollständigen Einkommensausgleich würden ansonsten die Einkommensunterschiede der Mitglieder der Krankenkassen die Höhe des Zusatzbeitragsatzes entscheidend beeinflussen und zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Das im Gesetzentwurf vorgesehene Verfahren ist geeignet, einen vollständigen Einkommensausgleich schon ab dem 01.01.2015 planungssicher für die Krankenkassen umzusetzen. Denn die Krankenkassen kalkulieren zukünftig ihren Zusatzbeitragsatz auf der Grundlage der voraussichtlichen GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder und erhalten entsprechende Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Kassenindividuelle Einkommensunterschiede können damit die Höhe der Zusatzbeiträge nicht beeinflussen. Die technische Umsetzung über das bestehende Quellenabzugsverfahren, das um die Zusatzbeiträge erweitert wird, ist GKV-weit etabliert und unbürokratisch.

Der Gesetzentwurf berücksichtigt auch die Aussagen des Koalitionsvertrages zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Allerdings war es nicht erforderlich, Regelungen zur Annualisierung der Ausgaben Verstorbener zu treffen, da zwischenzeitlich die Urteile des LSG NRW für die Jahr 2013 und 2014 rechtskräftig sind und das Bundesversicherungsamt hiernach verpflichtet ist, den bestehenden Berechnungsfehler zu korrigieren und diese Ausgaben entsprechend im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen. Damit wird der zentralen Forderung des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats entsprochen, der eine Änderung seit langem gefordert hat.

Der Gesetzentwurf berücksichtigt aber nicht die Feststellung der Gutachter, dass für die Anpassungen der Zuweisungen für Krankengeld erheblicher Forschungsbedarf besteht, bevor eine Änderung umgesetzt werden kann. Die Gutachter sprechen sich eindeutig gegen eine Abweichung vom bisherigen Verfahren aus. Entgegen der gutachterlichen Expertise wird im Gesetzentwurf ein Übergangsverfahren formuliert, das wissenschaftlich weder belegt noch begründet ist und im RSA-Verfahren unzulässige IST-Kosten-Ausgleiche vorsieht. Hiermit werden Anreize zur Unwirtschaftlichkeit gesetzt, da Versorgungssteuerung nicht honoriert wird. Ebenfalls entgegen den Empfehlungen aus dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats des BVA, wird eine Änderung der Zuweisungen für Auslandsversicherte vorgesehen, deren Zuweisungen auf in der Jahresrechnung erfasste Ausgaben zu begrenzen sind. Diese Änderung widerspricht der Vorgabe, dass für Auslandsversicherte GKV-durchschnittliche Zuweisungen nach Alter und Geschlecht erfolgen. Zudem sieht der Gesetzentwurf vor, dass der

GKV-Spitzenverband und das BVA hiervon abweichende Ausgaben festlegen können, die für die Begrenzung der Höhe der Zuweisungen für Auslandsversicherte als Maßstab dienen. Diese Ermächtigung läuft den angedachten wissenschaftlichen Untersuchungen zuwider. Weder dem GKV-Spitzenverband noch dem BVA liegen die hierfür erforderlichen Daten vor. Gerade die Kostenabrechnung mit dem Ausland ist durch erhebliche Unzulänglichkeiten (Zeitverzug der Rechnungslegung, Zahlungsausfall etc.) und dynamische Entwicklungen gekennzeichnet. Die angedachte Übergangsregelung ignoriert diese wesentlichen Verwerfungen und ist geeignet, bestehende Finanzierungsprobleme weiter zu verschärfen. Auch besteht in Bezug auf die Zuweisungen für Auslandsversicherte kein Handlungsbedarf. Die vergangenen Ausgleichsjahre zeigen, dass die im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats genannte Überdeckung im Jahr 2009 ein Einzelereignis war.

Die Initiative der Bundesregierung, zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung ein fachlich sowie wissenschaftlich unabhängiges Institut zu gründen und damit Kontinuität in der Bearbeitung dieser Themenfelder zu fördern, wird begrüßt. Denn im internationalen Vergleich werden in Deutschland für die Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich hohe Finanzmittel zur Verfügung gestellt, allerdings ist die Behandlungsqualität in Deutschland nur durchschnittlich, so die aktuellen Erkenntnisse des Gesundheitsreports der OECD „Health at the Glance“. Die Ausrichtung des Instituts auf die Qualitätssicherung mit Routinedaten, öffentliche Berichterstattung und Bewertung von Zertifikaten sowie die Möglichkeit, zukünftig kontinuierlich die Bewertung der Behandlungsqualität vornehmen zu können, ist zielführend und kann zur Steigerung der Versorgungsqualität beitragen. Durch das Institut können darüber hinaus das bereits vorhandene Wissen über das Niveau der Behandlungsqualität vertieft und die Ursachen über Unterschiede bei den Behandlungserfolgen gefunden werden.

In einem auf Qualitätswettbewerb setzenden Gesundheitswesen ist jedoch auch für die Zukunft sicherzustellen, dass die Qualitätsforschung und deren Veröffentlichung weiter gefördert werden. Hierzu hat sich die Verpflichtung der Krankenkassen, die Ergebnisse der Qualitätssicherung zu veröffentlichen und um eigene Erkenntnisse zu ergänzen, bewährt. Exemplarisch an den Themen Nutzung von Routinedaten für die Qualitätssicherung und Patientenbefragungen zeigten sich der Wert und die Schrittmacherfunktion einer breit aufgestellten Qualitätsberichterstattung. Daher sollten neben der gesetzlichen Qualitätssicherung alle Vertragspartner des Gesundheitswesens gesetzlich darin bestärkt werden, eigene Initiativen zur Qualitätssicherung fortzuführen bzw. zu ergreifen und über die Ergebnisse entsprechend zu berichten. Eine entsprechende gesetzliche Aufforderung fördert und sichert diesen für eine dynamische Entwicklung der Qualitätssicherung fundamental wichtigen Prozess. Insofern verweisen wir auch auf die gesonderte Stellungnahme des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO).

Um aufgrund der neuen Strukturen diesbezüglich Irritationen zu vermeiden, sollte im Gesetz deutlich gemacht werden, dass neben den Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und des neuen Instituts nach § 137a SGB V, die Krankenkassen, Leistungserbringer und Organisationen der Wahrnehmung von Patienteninteressen weiterhin berechtigt sind, Versicherte sowie zusätzlich Leistungs-

erbringer über die Qualität der Leistungserbringung und der Leistungserbringer – auch vergleichend – zu informieren. Dazu sollten sie weiterhin befugt sein, vergleichende Bewertungen der Qualität entsprechend dem Stand der Wissenschaft unter Nutzung der vorhandenen Erkenntnisse, insbesondere der sog. Routedaten, zu erstellen, (siehe dazu auch die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen WIdO).

Nachfolgend wird zu den Regelungen des Entwurfs eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) im Einzelnen Stellung genommen.

II. Gesetzentwurf:

Regelungen zur Weiterentwicklung der Qualität der Gesundheitsversorgung

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Nr. 7 § 137a Abs. 1 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf legt die Gründung eines fachlich unabhängigen, rechtsfähigen wissenschaftlichen Instituts durch den Gemeinsamen Bundesausschuss fest. Als Rechtsform wird eine Stiftung privaten Rechts verbindlich vorgegeben.

B Stellungnahme

Mit dem Gesetzesvorschlag entfällt die Ausschreibung des Qualitätsinstituts für die Zwecke der Ausarbeitung der gesetzlichen Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Damit wird die Kontinuität der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses gestärkt und ein verwaltungsaufwendiges Verfahren sinnvollerweise beendet. Die auch beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gewählte Rechtsform der Stiftung des privaten Rechts hat sich bewährt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 137a Abs. 2 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Bestellung der Institutsleitung erfolgt im Einvernehmen mit dem BMG, das einen Vertreter in den Stiftungsvorstand entsendet.

B Stellungnahme

Die Regelung hat sich beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bewährt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 137a Abs. 3 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden die Aufgaben des Instituts konkretisiert. Neben den im geltenden § 137a SGB V bereits bestehenden Aufgaben werden die Bereiche Qualitätsberichterstattung, Nutzung von Routinedaten der Krankenkassen und Bewertung von Zertifizierungsverfahren ergänzt. Die Wirkung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf weitere Einrichtungen der Qualitätssicherung wird gesetzlich fixiert.

B Stellungnahme

Die Fortführung der bestehenden Aufgaben des Qualitätsinstituts nach § 137a in der geltenden Fassung und die Ausweitung auf die weiteren Aufgabenfelder sind zu begrüßen. Die Erweiterung des Geltungsrahmens der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf weitere Einrichtungen erleichtert die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Um den Qualitätswettbewerb nicht zu schwächen, muss an den bewährten Berichts- und Beratungsverpflichtungen der Krankenkassen festgehalten werden. Um den Qualitätswettbewerb noch weiter zu intensivieren, sollten freiwillige Initiativen zur Qualitätssicherung – insbesondere auf dem Gebiet der Nutzung von Routinedaten – gestärkt werden. Die Belange der Datensparsamkeit und des Datenschutzes sind dabei analog den gesetzlichen Bestimmungen zu beachten.

Die Festlegung in Abs. 3 Nr.6, dass es sich bei den durch die Kassen übermittelten Routinedaten um Sozialdaten handeln muss, ist abzulehnen, da im Sinne des Datenschutzes wenn immer möglich anonymisierte bzw. aggregierte Daten übermittelt werden sollten.

C Änderungsvorschlag

Abs. 3 Nr.6: Ersetzen von „Sozialdaten“ durch „Daten“

Im Übrigen verweisen wir auch auf die gesonderte Stellungnahme des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO).

Nr. 7 § 137a Abs. 4 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz regelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss sein Institut unmittelbar beauftragen kann und räumt dieses Recht ebenso dem BMG ein. Das Institut kann Aufträge des BMG ablehnen, es sei denn, das BMG trägt die Finanzierung. Den unparteiischen Mitgliedern des G-BA wird ein eigenständiges Antragsrecht gegenüber dem Institut eingeräumt. Außerdem kann sich das Institut auch ohne konkrete Beauftragung mit relevanten Fragestellungen der Aufgaben nach Abs. 3 befassen. Die eigeninitiative Befassung des Instituts mit Aufgaben wird auf max. 10% der Haushaltsmittel beschränkt und ist dem Stiftungsvorstand anzuzeigen. Den unparteiischen Mitgliedern des G-BA wird ein eigenständiges Antragsrecht zur Beauftragung des Instituts eingeräumt.

B Stellungnahme

Die Kontinuität der Verantwortung des Gemeinsamen Bundesausschuss für die Beauftragung wird ausdrücklich begrüßt.

Die daneben bestehenden Möglichkeiten einer Beauftragung durch das BMG und des Tätigwerdens ohne Beauftragung entspricht den bewährten Regelungen für die Arbeit des IQWiG. Beide Varianten sind zu begrüßen.

Das Antragsrecht des BMG und die nunmehr enthaltene Begrenzung der Selbstbeauftragung des Instituts auf 10% seiner Haushaltsmittel sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 137a Abs. 5 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz schreibt die Gründung eines wissenschaftlichen Beirats vor.

B Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 137a Abs. 6 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz regelt die Beauftragung externer Sachverständiger.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 137a Abs. 7 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Abs. 3, in dem die Beteiligung an der Arbeit des Instituts geregelt sind, wird redaktionell verschoben und ist nun Abs. 7. Die Beteiligungspflicht wird auf das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung, zwei GMK-Vertreter und Bundesoberbehörden im Bereich des BMG, soweit tangiert, ausgeweitet.

B Stellungnahme

Die Beteiligungsrechte sind grds. sinnvoll und haben sich in der Vergangenheit grds. bewährt. Jedoch ist zu bedenken, dass zu umfassende Beteiligungspflichten die Geschwindigkeit der Richtlinienerstellung mindern können.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 137a Abs. 8 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Finanzierung wird analog zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geregelt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 137a Abs. 9 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts hat der Stiftungsvorstand dafür Sorge zu tragen, dass Interessenkonflikte von Institutsbeschäftigten und den übrigen Beteiligten vermieden werden.

B Stellungnahme

Damit hängt die Intensität der Prüfung von Interessenskonflikten an der Intensität, mit der der Stiftungsvorstand vorgeht. Dem könnte besser Nachdruck verliehen werden, wenn der Stiftungsvorstand dafür Sorge zu tragen hat, dass Interessenkonflikte ausgeschlossen sind.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 9 werden die Worte „vermieden werden“ durch die Worte „ausgeschlossen sind“ ersetzt.

Nr. 7 § 137a Abs. 10 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Gegenüber dem Referentenentwurf werden Inhalte von Abs. 7 nun in den neuen Abs. 10 angeführt. Inhaltlich wird die Weitergabe von Daten an Dritte für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung modifiziert. Auf die regelhafte Befassung des BfD mit Antragsvorgängen durch Dritte wird nicht mehr explizit verwiesen.

B Stellungnahme

Die Anpassung ist zu begrüßen, weil Anträge auf Weitergabe von Daten an Dritte für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung schneller bearbeitet werden können.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Regelungen zu den Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Nr. 1 Buchstabe a) § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Vorrang der Familienversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II wird gestrichen. Dies führt zu einer generellen Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II.

B Stellungnahme

Die versicherungsrechtliche Änderung für Bezieher von Arbeitslosengeld II, die künftig grundsätzlich versicherungspflichtig sind, wird aus verwaltungstechnischen Gründen begrüßt. Wünschenswert wäre eine Einführung der generellen Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II allerdings bereits ab 01.01.2015.

C Änderungsvorschlag

Siehe Anmerkungen zu Artikel 17 (Seite 76).

Nr. 2 § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zum generellen Wegfall des Familienversicherungsanspruchs für Bezieher von Arbeitslosengeld II.

B Stellungnahme

Sachgerechte Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 9 § 171d Abs. 6 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung ermöglicht dem GKV-Spitzenverband in Anspruch genommene Mittel nach § 155 Absatz 4 oder Absatz 5 SGB V aus der Liquiditätsreserve unverzinst zu entnehmen. Die Höhe dieses Darlehens ist insgesamt auf 750 Mio. Euro begrenzt, es ist innerhalb von sechs Monaten zurückzahlen.

B Stellungnahme

Um zu vermeiden, dass insbesondere die Versicherten und Leistungserbringer auf die Befriedigung fälliger Forderungen im Falle einer Schließung oder Insolvenz warten müssen, wird vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband zur kurzzeitigen Zwischenfinanzierung ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (§ 271 Absatz 2) aufnehmen kann. Eine Darlehensfinanzierung am Kapitalmarkt, die die bisherige Regelung befristet bis Ende 2014 bereits ermöglicht hat, ist damit zukünftig nicht mehr erforderlich.

C Änderungsvorschlag

Keiner. Allerdings wird auf unsere Stellungnahme zu Nr. 36 Buchstabe b verwiesen. Eine Erhöhung der Liquiditätsreserve aus o.g. Grund ist nicht erforderlich, zumal die Darlehensbeträge innerhalb von sechs Monaten vollständig zurückzahlen sind.

Nr. 10 Buchstabe a) bb) § 175 Abs. 4 S. 5 – 7 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung des Sonderkündigungsrechts an die Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige, prozentuale Zusatzbeiträge sowie die Abschaffung einer Prämienzahlung.

B Stellungnahme

Der Grundgedanke des Sonderkündigungsrechts wird beibehalten, jedoch auf die Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge sowie an die Abschaffung einer Prämienzahlung angepasst.

Eine Verschärfung des Sonderkündigungsrechts ist darin zu sehen, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, spätestens einen Monat vor Ablauf des ersten Monats, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder erhöht wird, ihre Mitglieder nicht nur auf ihr Kündigungsrecht und auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags hinzuweisen, sondern – für den Fall, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz überschreitet – auch auf die Möglichkeit, zu einer günstigeren Krankenkasse zu wechseln. .

Der nach Absatz 4 Satz 6 zwingend zu gebende Hinweis auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a wird abgelehnt. Bei ihm handelt es sich um eine vom BMG im Voraus vorgenommene Schätzung, die lediglich eine rechnerische Größe und Planungshilfe darstellt und die möglicherweise im Nachhinein anzupassen ist, wie sich aus der geplanten Neuregelung zu § 251 Abs. 4 ergibt. Daher gibt er keine valide Auskunft darüber, ob die Krankenkasse tatsächlich einen Zusatzbeitrag erhebt, der über dem GKV-Durchschnitt liegt.

Des Weiteren wird die in Absatz 4 Satz 6 zweiter Halbsatz für die Krankenkassen vorgesehene Hinweispflicht abgelehnt, wonach die Mitglieder zu informieren sind, dass diese in eine günstigere Krankenkasse wechseln können. Allein der in Absatz 4 Satz 6 vorgesehene Hinweis auf das Kündigungsrecht dürfte ausreichend sein, dass Mitglieder, die mit der Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes nicht einverstanden sind, sich über die Konditionen anderer Kassen informieren können. Schon mit Blick auf die mediale Beachtung von Beitragserhöhungen im Gesundheitssektor ist sichergestellt, dass Mitglieder – sofern sie preisorientiert denken – vielfältige Preisvergleiche vornehmen können. Eines besonderen Hinweises der Krankenkassen bedarf es hierfür nicht. Vielmehr setzt ein solcher Hinweis Fehlanreize, da den Mitgliedern nahegelegt wird, sich ausschließlich nach dem Preis und nicht nach der angebotenen Versorgungsqualität zu orientieren.

Vor dem Hintergrund, dass vermutlich die große Mehrheit der Krankenkassen ab 01.01.2015 einen Zusatzbeitrag erheben wird, wird kritisch eingeschätzt, dass nahezu alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung zu diesem Zeitpunkt

ein Sonderkündigungsrecht haben. Diese Krankenkassenwechsel erfolgen aber nicht zwischen „wirtschaftlichen“ und „unwirtschaftlichen“ Krankenkassen, sondern sind vor allem dem Umstand geschuldet, dass in Folge der Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5% auf 14,6% flächendeckend Zusatzbeiträge erhoben werden. Um die Preissignale im Krankenkassenwettbewerb nicht zu konterkarieren, darf ein Sonderkündigungsrecht zum 01.01.2015 nur dann entstehen, wenn die Krankenkassen einen Zusatzbeitragssatz über dem GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V (n.F.) erhebt. Die beabsichtigte Neureglung zu Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend zu ergänzen.

Zur ressourcenschonenden Umsetzung der Neuregelung ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, dass die Krankenkassen ihrer Hinweispflicht u.a. durch eine Information in ihrer Mitgliederzeitschrift oder im Internetauftritt nachkommen können. Nur dadurch kann die Einhaltung der in Absatz 4 Satz 6 vorgesehenen sehr kurzen Frist gewährleistet werden. Eine individuelle Information der Versicherten, die von der Rechtsprechung ohne die hier vorgeschlagene Ergänzung der Gesetzesbegründung möglicherweise gefordert wird, kann schon aus technischen und tatsächlichen Gründen innerhalb der kurzen Frist nicht gewährleistet werden (u.a. Druck und Versand von über 50 Millionen Briefen). Im Übrigen entstünden durch sie Kosten, die sich zwar in dem Gesetzentwurf bislang nicht finden, die aber im mittleren zweistelligen Millionenbereich liegen dürften. Dieses Geld stünde dann für die Versorgung der Versicherten nicht zur Verfügung. Sofern diese sehr große logistische Herausforderung – auch ohne Verschulden einer Krankenkasse – dazu führt, dass vereinzelt Versicherte nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist informiert werden, zieht dies eine Fülle rechtlicher Schwierigkeiten nach sich, denn die Krankenkasse kann im Zweifel nicht nachvollziehen, wann der einzelne Versicherte die Information erhalten hat. Die Entscheidung, ob eine Kündigung angesichts einer gemäß Satz 7 (neu) hinausgeschobenen Frist rechtzeitig erfolgte, ist nicht möglich.

Positiv zu bewerten ist, dass die sog. „Nichtzahlungsklausel“, nach der Mitglieder nach dem Recht bis 31.12.2014 bis zum Wirksamwerden der Kündigung den erhöhten Zusatzbeitrag nicht zu zahlen hatten, entfällt. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist es sachgerecht, für den Kündigungszeitraum den (neuen) Zusatzbeitrag von allen Mitgliedern zu erheben, weil es nicht nur für die Arbeitgeber und andere Zahlungspflichtige, sondern auch für die Krankenkassen selbst mit erheblichem Mehraufwand verbunden wäre, mit verschiedenen Beitragssätzen zu arbeiten – einerseits für Mitglieder, die vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch gemacht haben, und andererseits denen, die bei der Krankenkasse versichert bleiben.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 4 Satz 5 (n. F.) wird das Wort „erstmal“ gestrichen. Nach den Worten „erhöht wird“ wird folgende Halbsatz eingefügt:

„, dies gilt nicht, wenn die Krankenkasse zum 01.01.2015 einen Zusatzbeitragssatz festlegt, der den Zusatzbeitragssatz nach § 242a nicht übersteigt“

Begründung:

Satz 5, zweiter Halbsatz stellt sicher, dass die Sonderkündigungsrechte der Mitglieder durch die Reduzierung des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent nicht beeinflusst werden, so lange die Krankenkassen keine Zusatzbeiträge erheben, die über dem GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a liegen. Insofern werden die Mitglieder nicht schlechter gestellt. Es handelt sich um ein einmaliges Aussetzen des ansonsten mit Änderungen des Zusatzbeitrags verbundenen Sonderkündigungsrechts zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes.

Absatz 4 Satz 6 (n.F.) wird wie folgt gefasst:

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

In der Gesetzesbegründung wird klargestellt, dass eine Information per Mitgliederzeitschrift oder im Internetauftritt ausreichend ist.

Nr. 11 § 194 Absatz 1 Nummer 4 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die dem Umstand Rechnung trägt, dass die Zusatzbeitragssätze in den Satzungen der Krankenkassen festgelegt werden müssen.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht. Wie in der Vergangenheit auch, wird die Höhe der Zusatzbeiträge in der Satzung der Krankenkasse festgelegt. Durch Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge, die im Quellenabzugsverfahren erhoben werden, gelten die Regelungen des SGB IV Zweiter und Dritter Abschnitt (Fälligkeit und Zahlung) entsprechend (vgl. auch Neuregelung Nr. 9 Buchstabe f). Die Satzungen der Krankenkassen müssen daher keine gesonderten Regelungen enthalten.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 13 Buchstabe a) § 220 Absatz 1 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Anpassung, nach der Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V den Beiträgen gleichgestellt werden.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung führt dazu, dass Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V als Beiträge gelten. Auf dieser Grundlage finden die Regelungen zur Beitragsbemessung und -erhebung gemäß dem achten Kapitel des SGB V Anwendung, soweit nichts anderes geregelt ist.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 13 Buchstabe b) § 220 Absatz 2 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung erweitert die Aufgaben des Schätzerkreises, so dass dieser zukünftig auch die für die Durchführung des vollständigen Einkommensausgleichs maßgeblichen Berechnungsgrößen schätzt.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung schafft die Voraussetzungen für die Durchführung des vollständigen Einkommensausgleichs. Dazu ist es erforderlich, dass bereits der Schätzerkreis die relevanten Eckwerte für das laufende und das Folgejahr festlegt. Dazu gehören die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen, die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds für Zuweisungen und der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen. Richtigerweise bleiben die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen bei der Schätzung der Einnahmen des Gesundheitsfonds für Zuweisungen unberücksichtigt. Diese Neuregelung ist sachlich richtig und erforderlich. Denn die Beitragseinnahmen aus Zusatzbeiträgen werden zukünftig im Quellenabzugsverfahren erhoben und an den Gesundheitsfonds weitergeleitet. Sie dürfen nicht für die Gesundheitsfondsdeckung verrechnet werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 14 § 221b SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Kosten des Sozialausgleichs wird aufgehoben.

B Stellungnahme

Der Gesetzentwurf setzt die Vorgaben des Koalitionsvertrags in Bezug auf die Ablösung des Zusatzbeitrags in Euro durch den einkommensabhängigen Zusatzbeitragsatz richtig um. Mit dieser Umstellung des Zusatzbeitrages entfällt die Notwendigkeit eines Sozialausgleichs. Die Neuregelung ist zu begrüßen, da hiermit erhebliche Aufwände bei Arbeitgebern, Krankenkassen, Mitgliedern etc. entfallen. Anstelle des bürokratischen Sozialausgleichs treten gem. Gesetzentwurf einkommensabhängige Zusatzbeiträge, für die ein einfacher, unbürokratischer und vollständiger Einkommensausgleich durchgeführt wird. Aufwändige Ausgleichsmechanismen sind nicht erforderlich, da der vollständige Einkommensausgleich dadurch umgesetzt wird, dass die Krankenkassen zukünftig ihren Zusatzbeitragsatz auf den GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied kalkulieren und entsprechende Mittel als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Während der Sozialausgleich nach § 221b SGB V weitere Zahlungsströme ausgelöst und zusätzliche Bundesmittel in Höhe von jährlich bis zu 2,1 Mrd. Euro verbraucht hätte, sind gem. Neuregelungen des Gesetzentwurfs alle Zahlungen im Rahmen der bestehenden Zahlungsströme möglich (Quellenabzug, Beitragsabführung an den Gesundheitsfonds, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds). Die Verwendung von Bundesmittel für den Sozialausgleich ist nicht mehr erforderlich.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 15 Buchstabe a) § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Festlegung einer neuen Bemessungsgrundlage für die Bezieher von Arbeitslosengeld II in Höhe des 0,2060fachen der monatlichen Bezugsgröße. Bereits ab einem Tag einer Mitgliedschaft ist der gesamte Monatsbeitrag zu zahlen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung, dass die Beiträge ab dem 1. Mitgliedstag im Monat in Höhe des vollen Monatswerts zu zahlen sind, bedeutet eine erhebliche Vereinfachung des Beitragszahlungsverfahrens für die Bundesagentur für Arbeit sowie für die Krankenkassen. Die Bestimmung des Faktors soll finanzneutral erfolgt sein.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 15 Buchstabe b) § 232a Abs. 1a SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neu festgesetzte Faktor zur Beitragsbemessung der Bezieher von Arbeitslosengeld II wird im Jahr 2018 auf seine finanzneutralen Auswirkungen überprüft. Aufgrund der vorgesehenen Revisionsklausel ist bei Veränderungen der Faktor mit Wirkung zum 01.01.2018 (rückwirkend) neu zu bestimmen. Das nähere Verfahren hierzu soll durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen bestimmt werden.

B Stellungnahme

Die Revisionsklausel ist sehr offen gestaltet. Es wird lediglich das Ziel der finanzneutralen Umsetzung verfolgt. Zudem ist die Revisionsklausel ausschließlich auf das Jahr 2018 ausgerichtet, so dass später eintretende arbeitsmarktpolitische Änderungen keine Berücksichtigung finden.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1a Satz 1 wird hinter der Jahreszahl 2018 die Worte „und folgend jährlich“ sowie hinter dem Wort „Arbeitslosengeld II“ die Worte „unter Berücksichtigung der Ausgabenentwicklung in der GKV“ eingefügt.

In Absatz 1a Satz 2 wird die Zahl „2018“ durch die Worte „des jeweiligen Kalenderjahres“ ersetzt.

Nr. 16 Buchstabe a) § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Mitglieder, die der Beitragsbemessung nach § 240 SGB V unterliegen und die der Krankenkasse auf Verlangen keine Einkommensnachweise vorlegen, gilt als beitragspflichtige Einnahmen künftig wieder die Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung.

B Stellungnahme

Die bislang bestehende Vorgabe des GKV-Spitzenverbandes in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler wurde durch Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18.12.2013 – B 12 KR 15/11 R – als unzulässig erklärt. Mit der beabsichtigten Neuregelung wird die erforderlichlich gewordene gesetzliche Grundlage geschaffen, damit die seitherige Verfahrensweise fortgeführt werden kann. Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 18 § 242 Absatz 1 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag zukünftig als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben wird. Die Kalkulation des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes erfolgt unter Berücksichtigung der voraussichtlichen GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen. Die bisher mit dem Sonderkündigungsrecht verbundene Nichtzahlerklausel, nach der Mitglieder bis zum Wirksamwerden der Kündigung den erstmals erhobenen oder erhöhten Zusatzbeitrags nicht zu zahlen hatten, wird aufgehoben.

B Stellungnahme

Die Neuregelung stellt sicher, dass die Zusatzbeiträge zukünftig wieder einkommensabhängig erhoben werden, nämlich als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Zugleich enthält die Neuregelung die Vorschrift, dass die Krankenkassen die kassenindividuellen Zusatzbeiträge berechnen, in dem sie die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen je Mitglied zugrunde legen. Diese Vorschrift ist ein zentraler Bestandteil und unverzichtbare Voraussetzung für den im Koalitionsvertrag vorgegebenen vollständigen Einkommensausgleich. Dieser ist notwendig, denn mit der Einführung von einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen würden ansonsten Risikoselektionsanreize zum Nachteil von Geringverdienern und zum Vorteil von Gutverdienern geschaffen. Ebenfalls würden erhebliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen aufgrund der unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Mitglieder entstehen. Krankenkassen, die überwiegend Mitglieder mit geringem Einkommen versichern, müssten bei gleicher Wirtschaftlichkeit in jedem Fall höhere Zusatzbeiträge erheben. Auch könnten sie ihren Versicherten Zusatzleistungen und Versorgungsprogramme nur durch überproportional hohe Zusatzbeiträge anbieten. Diese Benachteiligung bzw. Wettbewerbsverzerrung bestimmter Mitglieder bzw. Krankenkassen wird durch einen vollständigen Einkommensausgleich vermieden. Ohne einen vollständigen Einkommensausgleich kann der Wettbewerb in der GKV nicht funktionieren.

Das für den vollständigen Einkommensausgleich gewählte Verfahren ist systematisch richtig und unbürokratisch. Die Kalkulation von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen auf der Grundlage der voraussichtlichen GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ist einfach umzusetzen. Dieser Eckwert wird bereits rechtzeitig für die Haushaltsplanung des Folgejahres durch den Schätzerkreis festgelegt und bekannt gegeben (vgl. Artikel 1 Nr. 13 Buchstabe b). Damit ist ausgeschlossen, dass Unterschiede in der Einkommensstruktur die Höhe des Zusatzbeitragssatzes der Krankenkassen beeinflussen. Dies entspricht exakt einem vollständigen Einkommensausgleich – so wie im Koalitionsvertrag vereinbart und ausformuliert. Die Verwendung der voraussichtlichen GKV-durchschnittlichen bei-

tragspflichtigen Einnahmen je Mitglied stellt zudem sicher, dass diese Kalkulationsgrundlage für Zusatzbeitragssätze und Einnahmen aus Zusatzbeiträgen keinen unterjährigen Schwankungen unterliegt (i. V. m. Neuregelung gem. Artikel 1 Nr. 35 und Artikel 12 Nr. 11). Die Planungssicherheit für die Krankenkassen wird verbessert. Denn mit Einführung des vollständigen Einkommensausgleichs können die Krankenkassen die Beitragseinnahmen aus Zusatzbeiträgen besser kalkulieren und verlässlich im Haushalt einplanen. Nur unterjährige Mitgliederbewegungen können sich auf die Höhe der Zusatzbeitragseinnahmen auswirken.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 18 § 242 Absatz 2 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 2 übernimmt inhaltsgleich die bisherigen Regelungen nach § 242 Absatz 3 Sätze 2 bis 5 SGB V a. F. über die Erhöhung des Zusatzbeitrages, sofern die Betriebsmittel der Krankenkasse und die Zuführung der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 18 § 242 Absatz 3 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Für bestimmte Personengruppen ist der Zusatzbeitrag in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu erheben. In Absatz 3 werden diese Personengruppen enumerativ aufgezählt.

B Stellungnahme

Für die meisten der aufgezählten Personengruppen war bislang kein Zusatzbeitrag zu erheben, soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen hatten. Sollten von dieser Regelung betroffene Personen bei einer Krankenkasse versichert sein, die keinen Zusatzbeitrag erhebt, ist der durchschnittliche Zusatzbeitrag gleichwohl zu erheben.

Zukünftig werden nicht nur Mitglieder, die selbst Krankenversicherungsbeiträge zu tragen haben mit einem Zusatzbeitrag belastet. Auch für die hier im Fokus stehenden Personen, für die die Beiträge von Dritten getragen werden, sind Zusatzbeiträge nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zu zahlen. Haben diese Personen daneben beitragspflichtige Einnahmen, findet der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz Anwendung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 18 § 242 Absatz 4 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ausdrücklich geregelt, dass für die Zusatzbeiträge die Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend gelten.

B Stellungnahme

Diese Regelung wird begrüßt, da sie das Quellenabzugsverfahren stärkt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 18 § 242a SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung ist eine Folgeänderung zur Umstellung der festen Zusatzbeiträge auf prozentuale Zusatzbeiträge der beitragspflichtigen Einnahmen. Zukünftig wird der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitrag als Prozentsatz der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen ermittelt. Unverändert ist dabei die Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen zugrunde zu legen. Der neue GKV-durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wird weiterhin durch das BMG auf der Grundlage des Schätzerkreisergebnisses veröffentlicht. Die Beteiligung des BMF entfällt.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist eine sachlich richtige Folgeänderung der Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge. Da der aus Steuermitteln zu finanzierende Sozialausgleich zukünftig entfällt (vgl. Nr. 14), ist eine Beteiligung des BMF nicht mehr erforderlich. Bei der Ermittlung des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes bleiben die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen bei der Festlegung der jährlichen Einnahmen für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds richtigerweise unberücksichtigt (vgl. hierzu Neuregelung Nr. 13 Buchstabe b des Gesetzentwurfs).

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 19 § 242b SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Regelung zur Durchführung des Sozialausgleichs wird aufgehoben.

B Stellungnahme

Der bisherige § 242b SGB V kann entfallen, da die Notwendigkeit des Sozialausgleichs aufgrund des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags nicht mehr gegeben ist.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 22 Buchstabe b) § 248 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V (Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte) wird bei Veränderungen in der Höhe des Zusatzbeitragssatzes ein Verzögerungszeitraum von zwei Monaten eingeführt. Diese Neuregelung bezieht sich auf die ebenfalls geänderte Vorgehensweise bei Renten nach § 247 Satz 3 SGB V.

B Stellungnahme

Wie auch für Renten sollen für die Versorgungsbezüge der Altersversorgung der Landwirte nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes mit zweimonatiger Verzögerung geändert werden. Die Notwendigkeit wird mit nicht näher bezeichneten technischen Erfordernissen begründet. Im maschinellen Zahlstellen-Meldeverfahren sind auch die Beitragssätze an die Zahlstellen zu melden. Aufgrund der Unterscheidungen zwischen den Versorgungsbezügen § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den sonstigen Versorgungsbezügen können Übermittlungsfehler bzw. fehlerhafte Interpretationen durch die Zahlstellen aufgrund der zweimonatigen Verzögerung eintreten.

Ein einheitliches Verfahren für alle Versorgungsbezüge sollte angestrebt werden. Es ist nicht nachvollziehbar, dass sämtliche andere Zahlstellen von Versorgungsbezügen Änderungen sofort zu berücksichtigen haben, während für Zahlstellen von Renten und Renten der Altersversorgung der Landwirte eine zweimonatige Verzögerung ermöglicht wird. Die zwingende Notwendigkeit kann nicht erkannt werden.

C Änderungsvorschlag

Nr. 22 Buchstabe b) ist zu streichen.

Nr. 26 Buchstabe b) § 251 Abs. 4 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vom Bund für die Bezieher von Arbeitslosengeld II getragenen Zusatzbeiträge werden im Folgejahr spitzabgerechnet. Dazu wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V mit dem für das Vorjahr ermittelten rechnerischen Durchschnitt der erhobenen Zusatzbeitragssätze abgeglichen. Ergibt sich ein Unterschiedsbetrag von mehr als einer Millionen Euro, erfolgt ein finanzieller Ausgleich zwischen dem Gesundheitsfonds und dem Bundesministerium für Arbeit.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 27 Buchstabe c) § 252 Absatz 3 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird lediglich der bis zum 31.12.2014 geltende Zusatzbeitrag in der Regelung des § 252 Abs. 3 SGB V als „alter“ Zusatzbeitrag in der Tilgungsreihenfolge kenntlich gemacht. Der Verspätungszuschlag nach § 242 Abs. 6 SGB V wird gestrichen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die ab dem 01.01.2015 geltenden Zusatzbeiträge werden aufgrund der Neuregelung des § 220 Abs. 1 SGB V als Beiträge bestimmt und erfordern insoweit keine separate Nennung mehr in § 252 Abs. 3 SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Nr. 28 § 255 SGB V und
Nr. 29 § 256 Abs. 1 SGB V**

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigten Neuregelungen der Nummern 28 bis 29 enthalten Klarstellungen, dass die Regelungen für die Beitragszahlung aus der Rente (Nr. 28) sowie für Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen (Nr. 29 Buchstabe a) auch für die Zahlung von Zusatzbeiträgen gelten. Hinsichtlich der Fälligkeit von Beiträgen aus Versorgungsbezügen (Nr. 29 Buchstabe b) erfolgt die Gleichsetzung mit anderen Fälligkeitszeitpunkten zum 15. des Folgemonats der Auszahlung.

B Stellungnahme

Die Regelungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 31 § 261 Absatz 3 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Innerhalb eines Haushaltsjahres soll die Rücklage einer Krankenkasse in Anspruch genommen werden, wenn dadurch eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes vermieden werden kann.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge, die als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 32 § 266 Absatz 1 Satz 1 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Es entfällt die Zuweisungen nach § 272 SGB V (Konvergenzklausel).

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Auslaufen der Konvergenzklausel nach § 272 SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 33 § 268 Absatz 3 Satz 14 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird die Rückschlüsselung des Versichertenpseudonyms im Morbi-RSA zusätzlich für solche Zwecke erlaubt, die der Aufklärung von mehrfachen Versicherungsverhältnissen zwischen den Krankenkassen der GKV dienen.

B Stellungnahme

Mit der Neuregelung werden die für die Durchführung des sog. GKV-Clearingverfahren erforderlichen Pseudonymrückschlüsselungen gesetzlich fixiert. Diese sind erforderlich, da ohne Kenntnis der Krankenversicherungsnummer eine Klärung von mehrfachen Versicherungsverhältnissen zwischen den Krankenkassen nicht möglich ist. Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 34 § 269 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung sollen die Rechtsvorschriften zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs erweitert werden, so dass die Zuweisungen für Krankengeld anteilig die Höhe der tatsächlichen Ausgaben berücksichtigen (Absatz 1) können und die Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die tatsächlichen GKV-weiten Ausgaben der Auslandsversicherten begrenzt werden (Absatz 2). Weiter ist vorgesehen, für die Entwicklung von zielgenaueren Zuweisungsverfahren bei Krankengeld und Auslandsversicherten Gutachten in Auftrag zu geben, für die weitere Datenerhebungen durchgeführt werden können. Hierzu enthält die beabsichtigte Neuregelung konkrete Bestimmungen für die Nutzung von Daten unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte. Bei der Weiterentwicklung sind die Zielvorgaben des § 268 Abs. 1 Nummern 2 bis 4 SGB V zu beachten (Absatz 3). Die nähere Ausgestaltung soll im Rahmen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) erfolgen.

B Stellungnahme

Die Berücksichtigung der tatsächlichen **Krankengeld**ausgaben widerspricht den Vorgaben zur Standardisierung von Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich und im Zuweisungsverfahren gem. § 266 SGB V. Der dadurch faktische IST-Kostenausgleich ist mit den in § 268 SGB V vorgegebenen Zielen nicht vereinbar. Der IST-Kostenausgleich würde Anreize zur Unwirtschaftlichkeit setzen, da Versorgungssteuerung nicht honoriert wird.

Soweit darauf verwiesen wird, dass bei den Zuweisungen für Krankengeld erhebliche Differenzen zwischen den Deckungsgraden der Krankenkassen bestehen, die ansonsten in keinem anderen Hauptleistungsbereich beobachtet werden, ist dies nicht ausschlaggebend. Anders als bei allen anderen Leistungsausgaben werden die Zuweisungen hier weder über direkte Morbiditätsmerkmale noch prospektiv bemessen. Stattdessen erfolgen die Zuweisungen für Krankengeld entsprechend der Kriterien Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung, basierend auf einem zeitgleichen Berechnungsverfahren. Daher ist ein Vergleich mit Deckungsgraden in anderen Hauptleistungsbereichen systematisch nicht möglich; eine Übergangsregelung kann hierdurch nicht gerechtfertigt werden.

Eine nach Hauptleistungsbereichen differenzierte Regulierung der Deckungsgrade der einzelnen Krankenkassen scheidet schon aus formalen Gründen aus. Die Vorschriften des § 266 Absatz 2 SGB V sind eindeutig: Die Krankenkassen erhalten Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben insgesamt. Ein Anspruch auf die Deckung der Ausgaben durch Zuweisungen differenziert nach einzelnen Leistungsbereichen ist aus gutem Grund gerade nicht vorgesehen. Die im Gesetzentwurf beabsichtigte Übergangsregelung würde mit diesem Grundsatz brechen. Vielmehr ist es auch aus versorgungssystematischen Gründen rich-

tig, die Deckung immer in Bezug auf die Leistungsausgaben insgesamt zu betrachten. Nur so können Krankenkassen die Möglichkeiten eines sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements nutzen. Durch eine leistungsbereichsbezogene Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs würden die Vorgaben des § 268 Abs. 1 Nr. 4 SGB V verletzt. In Bezug auf die Höhe der Krankengeldausgaben ist festzuhalten, dass eine intensive Versorgungssteuerung und ein sogar erhöhter Behandlungsaufwand in anderen Leistungsbereichen gerade ein wirtschaftliches Verhalten der Krankenkassen darstellen. Dies ist immer dann der Fall, wenn hierdurch Krankengeldausgaben begrenzt werden können – beispielsweise wenn durch Versorgungssteuerung die Dauer des Krankengeldbezuges oder auch die Rückfallquoten reduziert werden können. Die geringeren Ausgaben für Krankengeld korrespondieren dann mit höheren Leistungsausgaben in anderen Versorgungsbereichen. Die beabsichtigte Neuregelung verhindert also alle für die einzelne Krankenkasse wirtschaftlichen Ansätze der Versorgungssteuerung. Es ist davon auszugehen, dass die beruflichen Ausfallzeiten – sowohl im Krankengeldbezug als auch im Rahmen der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber – nicht weiter reduziert werden können sondern zukünftig wieder ansteigen. Dies führt nicht nur zu einer Ausgabensteigerung in der GKV (§ 268 Abs. 1 Nr. 4 SGB V), sondern auch zu Mehrbelastungen der Wirtschaft.

Solche Ausgabensteigerungen werden unbegründet in Kauf genommen, obwohl das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats gerade anmahnt, das bestehende Zuweisungsverfahren für Krankengeld nicht zu ändern, bevor ein besseres Modell gefunden wurde. Die beabsichtigte Neuregelung ignoriert diese Warnung vor unkontrollierbaren finanziellen Auswirkungen.

Positiv zu werten ist die in Absatz 3 beabsichtigte Neuregelung, die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld auf der Grundlage eines Gutachtens zu klären. Aufgrund der durch das Gutachten aus dem Jahr 2011 aufgestellten, weiterführenden Fragen, erscheinen weitere Datenerhebungen unvermeidlich. Die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte erfolgt damit ohne Verzögerung. Allerdings sieht die Neuregelung bislang lediglich vor, dass die Weiterentwicklung der Zuweisungsverfahren die Ziele nach § 268 Abs. 1 Nummer 2 bis 4 SGB V zu beachten hat. Damit sind die in § 268 Abs. 1 Nummer 1 enthaltenen direkten Morbiditätsmerkmale, die für die Weiterentwicklung des RSA-Verfahrens berücksichtigt werden sollen, ausgeschlossen. Diese unsystematische und unbegründete Verkürzung der Gutachterziele widerspricht allen wissenschaftlichen Erkenntnissen. So hat das Gutachten zum Morbi-RSA aus dem Jahr 2011 zweifelsfrei festgestellt, dass die Morbidität der Versicherten ganz maßgeblich die Höhe der Krankengeldzahlungen beeinflusst. Deshalb muss zwingend die Morbidität der Versicherten bei der Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld berücksichtigt werden. Andernfalls kann der mit der Neuregelung beabsichtigte Gutachterauftrag auch nicht die in § 268 Abs. 1 Nummer 2 bis 4 SGB V genannten Ziele ansatzweise erreichen.

Die Begrenzung der Zuweisungen für **Auslandsversicherte** (vgl. Absatz 2 der Neuregelung) auf die tatsächlichen, GKV-weit angefallenen Ausgaben von Auslandsversicherten entspricht einem globalen IST-Kostenausgleich für eine einzige Versichertengruppe und muss daher ebenfalls abgelehnt werden. Ein Änderungsbedarf bei den Zuweisungen für Auslandsversicherte besteht aus verschiedenen Gründen nicht. So zeigen die vergangenen Ausgleichsjahre, dass die im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats genannte Überdeckung im Jahr 2009 ein Einzelereignis war. Die Deckung der Ausgaben durch Zuweisungen bewegt sich in den jüngeren Jahren in einem Korridor von +/- 10%. Dies ist für einen Ausgaben- bzw. Zuweisungsbereich von nicht einmal 1 Prozent des Gesundheitsfondsvolumens ein überaus stabiler Wert.

Unabhängig davon ist die skizzierte Sonderregelung für Zuweisungen für Auslandsversicherte inhaltlich nicht belastbar. Sie ignoriert, dass das Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte in keinem Fall an den tatsächlichen GKV-weiten Ausgaben dieser Personengruppe gemessen werden kann. Eine solche Vergleichsbetrachtung erfolgt aus gutem Grund auch nicht für andere Zuweisungsbereiche, sondern lediglich für die Ausgaben gesamt (vgl. § 266 Abs. 2 SGB V). Entscheidend für die Zuweisungen für Auslandsversicherte ist das Vorliegen eines dauerhaften Aufenthalts im Ausland im Vorjahr (prospektiver Morbi-RSA). Der Vergleich von Vorjahresinformationen mit Ausgaben des Ausgleichsjahres ist also nicht möglich – im Übrigen auch nicht gewünscht, denn es sollen ja die durchschnittlichen erwarteten Folgekosten zugewiesen werden, um die richtigen Anreize für ein wirtschaftliches Verhalten der Krankenkassen zu setzen. Krankenkassen erhalten in einem Ausgleichsjahr also systematisch Auslandszuweisungen für Versicherte, die nicht mehr im Ausland leben, aber keine Zuweisungen für Versicherte, die ihren dauerhaften Aufenthalt im Ausland erst im Ausgleichsjahr begründet haben. Würde man also die tatsächlichen Ausgaben für die Bemessung der Zuweisungen für Auslandsversicherte heranziehen wollen, müsste man das Grundprinzip des prospektiven Risikostrukturausgleichs außer Kraft setzen. Eine solche Entscheidung darf in keinem Fall ohne eine fundierte wissenschaftliche Begleitung getroffen werden. Eine Übergangslösung scheidet somit in jedem Fall aus.

Die hier dargestellte Problematik wird noch durch zwei weitere Aspekte verschärft. (a) Zum einen liegen die tatsächlichen Ausgaben für Versicherte mit dauerhaftem Wohnort im Ausland nicht zeitnah vor. Die Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand erfolgen mit erheblichem, zeitlichem Versatz und können im Rahmen des bestehenden RSA-Datenmeldeverfahrens nicht annähernd erfasst werden. Würde man diese Daten nacherheben und im Sinne der Neuregelung verwenden, was ggf. möglich ist, würde dies zu einem „verkehrt-prospektiven“ RSA-Verfahren führen: Für die Zuweisungen für Auslandsversicherte im Ausgleichsjahr würden der Aufenthalt im Ausland gemäß Vorjahr und die Ausgaben des Vorjahres angesetzt. Dies ist weder inhaltlich noch praktisch umsetzbar. (b) Tatsächlich ist in den vergangenen Jahren auch eine deutliche Erhöhung der pauschalen Auslandsvergütungen zu beobachten, die sich weiter fortsetzen wird. Würde also auf tatsächliche, beobachtete Ausgaben für die Normierung der Zuweisungen abgestellt, werden die Folgekosten für Auslandsversicherte systematisch unterschätzt. Auch hier

schafft die angedachte Sonderregelung mehr Probleme, als dass durch diese das Zuweisungsverfahren im Sinne des § 268 SGB V sinnvoll weiterentwickelt werden kann.

Aufgrund der o. g. Problemlage ist es daher auch nicht möglich, im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V, den GKV-Spitzenverband und das BVA zu ermächtigen, die genaue Abgrenzung der Ausgaben für Auslandsversicherte festzulegen (vgl. unsere Anmerkungen zu Artikel 15 Nr. 4). Weder dem GKV-Spitzenverband noch dem BVA liegen valide Daten über die Höhe der Leistungsausgaben für Auslandsversicherte vor.

Zur Bewertung der Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte ist daran zu erinnern, dass die Bildung gesonderter Risikomerkmale für Auslandsversicherte aus einem einfachen Grund heraus erfolgt ist. Für Auslandsversicherte liegen keine Morbiditätsinformationen aus den geforderten DTA-Verfahren nach SGB V vor. Dies hätte bei Einführung des Morbi-RSA dazu geführt, dass für alle Versicherten mit Wohnsitz im Ausland deutlich weniger Zuweisungen bereit gestellt worden wären, als dies unter dem RSA nach altem Recht der Fall war. Bewusst wurden damit Anreize zur Risikoselektion gegen Versicherte im Ausland unterbunden (vgl. § 268 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Da die Krankenkassen für Auslandsversicherte seit Einführung des Morbi-RSA also nicht mehr und nicht weniger Zuweisungen erhalten als seit Einführung des RSA im Jahr 1994, würde die gem. Gesetzentwurf skizzierte, ungeeigneten Sonderregelungen erhebliche Verwerfungen verursachen. Sie steht im Widerspruch zu den europäischen Regelungen der Arbeitnehmerfreizügigkeit und Integration der Arbeitsmärkte (Stichwort: Grenzgänger).

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelungen zu § 269 Absatz 1 und 2 SGB V sind zu streichen. Absatz 3 der beabsichtigten Neuregelung wird Absatz 1.

Satz 3 des neuen Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

„§ 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten.“

Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 2 und wie folgt neugefasst:

„(2) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 und zur Festlegung der Vorgaben für die Gutachten regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7.“

Nr. 35 § 270a SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung setzt den vollständigen Einkommensausgleich für die Krankenkassen um. Dazu ist vorgesehen, dass die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben, Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten, deren Höhe anhand des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes, den voraussichtlichen GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied sowie der Anzahl der Mitglieder der Krankenkasse bemessen wird. Es ist zudem beabsichtigt, dass Differenzbeträge, die bei GKV-weiten Abweichungen zwischen den für den Einkommensausgleich ausgezahlten Mitteln und den Einnahmen aus Zusatzbeiträgen entstehen, der Liquiditätsreserve zugeführt bzw. entnommen werden. Es wird geregelt, dass das Bundesversicherungsamt die eingehenden Beitragseinnahmen aus Zusatzbeiträgen verwaltet, die Höhe der Mittel für den Einkommensausgleich bemisst und den Krankenkassen diese im Rahmen der bestehenden Zuweisungssystematik zuweist. Die nähere Ausgestaltung des Verfahrens soll in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung geregelt werden.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist geeignet, den vollständigen Einkommensausgleich umzusetzen. Die Umsetzung eines vollständigen Einkommensausgleichs ist notwendig, um Wettbewerbsverzerrungen und Risikoselektionsanreize zu verhindern, wenn Zusatzbeiträge als Prozentsatz des beitragspflichtigen Einkommens erhoben werden. Sie korrespondiert mit der Neuregelung in § 242 Abs. 2 SGB V (für weitere Ausführungen vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 18). In § 242 Abs. 2 SGB V n. F. ist vorgesehen, dass die Krankenkassen den Zusatzbeitragssatz auf der Basis der voraussichtlichen GKV-weiten beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied kalkulieren. Die hier dargestellte Neuregelung zu § 270a SGB V stellt sicher, dass die Krankenkasse Finanzmittel in Höhe der voraussichtlichen GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied, des kalkulierten Zusatzbeitragssatzes und der Anzahl ihrer Mitglieder erhalten. Damit die Krankenkassen die kalkulatorischen Einnahmen aus Zusatzbeiträgen erhalten, ist es notwendig, dass alle Beitragseinnahmen aus Zusatzbeiträgen an den Gesundheitsfonds abgeführt und – wie alle anderen Einnahmen auch – ebenfalls durch das BVA verwaltet werden. Sowohl die Beitragsweiterleitung als auch die Zuweisungen für Zusatzbeiträge (Mittel nach § 270a Abs. 2 SGB V n. F.) werden in das bestehende Zuweisungsverfahren eingebunden. Damit erfolgt der vollständige Einkommensausgleich als Verrechnung der beim Gesundheitsfonds eingegangenen Beträgen aus Zusatzbeiträgen und den Mitteln, die den Krankenkassen als Zusatzbeitragseinnahmen auf der Grundlage der GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen und der individuellen Zusatzbeitragssätzen zustehen (=Zuweisungen für Zusatzbeiträge gem. Einkommensausgleich). Dadurch, dass keine weiteren Zahlungsströme zwischen den Beteiligten eingerichtet werden müssen, entsteht nur ein sehr geringfügiger Verwaltungsaufwand. Da der Sozial-

ausgleich entfällt, ist insgesamt mit einer Reduzierung des Verwaltungsaufwandes zu rechnen.

Der Gesetzentwurf geht richtigerweise davon aus, dass sich die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen und die erforderlichen Zuweisungen für Zusatzbeiträge GKV-weit unterscheiden können. Dabei ist es möglich, dass entweder höhere Zusatzbeitragseinnahmen als Zuweisungen für Zusatzbeiträge entstehen oder die erforderlichen Zuweisungen über den Einnahmen aus Zusatzbeiträgen liegen. Der daraus resultierende Differenzbetrag wird entweder der Liquiditätsreserve zugeführt oder dieser entnommen. Die Liquiditätsreserve soll gem. Gesetzentwurf weiterhin rund 3 Mrd. Euro umfassen. Dieser Betrag ist mehr als ausreichend, um mögliche Differenzbeträge in jedem Fall ausgleichen zu können.

Es ist richtig, dass die Verwaltung und Berechnung der für den Einkommensausgleich benötigten Mittel ebenfalls dem Bundesversicherungsamt übertragen werden. Unnötiger Verwaltungsaufwand kann auf diese Weise vermieden werden, da sowohl das Verfahren der Beitragsweiterleitung an den Gesundheitsfonds als auch das Verfahren der Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen hierdurch nicht verändert werden muss. Vielmehr können die bestehenden Zahlungswege beibehalten werden. Die bisherigen Zahlungsbeträge werden lediglich verändert, indem (a) die an den Gesundheitsfonds abgeführten Beiträge nun auch die einkommensabhängig erhobenen Zusatzbeiträge enthalten und (b) die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds um die Zuweisungen für die Zusatzbeiträge ergänzt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 36 Buchstabe a) § 271 Absatz 1a SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen für den vollständigen Einkommensausgleich und nicht für die Zuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V zu verwenden sind. Zugleich wird geregelt, dass die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen den Bundesversicherungsamt nachzuweisen sind.

B Stellungnahme

Die Regelung ist erforderlich, damit die Beitragseinnahmen aus Zusatzbeiträgen nicht als Gesundheitsfondseinnahmen für die Zuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V zur Verfügung stehen. Die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen sind richtigerweise für den Einkommensausgleich zu verwenden. Die Regelung steht in Verbindung mit den Neuregelungen zu § 220 SGB V (Artikel 1, Nr. 13) und § 270a SGB V (Artikel 1, Nr. 35). Der Nachweis der Einnahmen aus Zusatzbeiträgen ist erforderlich, um die Abgrenzung der Einnahmen für Zuweisungen und Einnahmen für Zuweisungen für Zusatzbeiträge vornehmen zu können. Zum Nachweis der Zusatzbeiträge kann das bestehende Beitragsnachweisverfahren genutzt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 36 Buchstabe b) § 271 Absatz 2 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs aus der Liquiditätsreserve gedeckt werden. Zugleich ist vorgesehen, dass die Liquiditätsreserve auf 25 Prozent einer Monatsausgabe angehoben wird. Darüber hinaus erfolgt eine Bereinigung der bestehenden Vorschrift.

B Stellungnahme

Da sowohl die bislang in § 271 SGB V formulierten Regelungen zur Finanzierung der für die Konvergenzregelung vorgesehenen Ausgleichsbeträge, zur Finanzierung des Sozialausgleichs und zu Mittelzuführungen aus der Liquiditätsreserve in den Gesundheitsfonds nicht mehr anzuwenden sind, können diese gestrichen werden. Richtig ist, dass ein schrittweiser Aufbau der Liquiditätsreserve nicht mehr erforderlich ist, da die Liquiditätsreserve bereits aufgebaut ist. Die Neufassung sieht zudem vor, dass zukünftig keine Mittel mehr der Liquiditätsreserve zugeführt werden, wenn die Beitragseinnahmen aus allgemeinem Beitragssatz, Beiträgen für geringfügig Beschäftigte sowie der Bundeszuschuss die Ausgaben der GKV überschreiten. Diese Rechtsbereinigung wird damit begründet, dass ein Überschreiten der Ausgaben durch die Einnahmen in Zukunft nicht mehr zu erwarten ist, da der allgemeine Beitragssatz auf 14,6 Prozent abgesenkt wird. Davon unberührt ist die Veränderung der Liquiditätsreserve durch das Verfahren zum Einkommensausgleich nach § 270a Absatz 3 SGB V.

Die der GKV durch Abschaffung der Zuzahlung bei Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung (sog. Praxisgebühr) seit 2013 entstehenden Mehrausgaben werden bislang für die aktuellen Haushaltsjahre durch Mittelzuführung aus der Liquiditätsreserve ausgeglichen. Es wird empfohlen, auch für kommende Haushaltsjahre ein Ausgleich der mit der Abschaffung der Praxisgebühr verbundenen Mehrausgaben vorzusehen. Dies kann zunächst im Rahmen einer zweckgebundenen Zuführung aus der Liquiditätsreserve erfolgen, muss perspektivisch aber über eine Erhöhung des Steuerzuschusses sichergestellt werden. Damit wird verhindert, dass diese Mehrausgaben in die Kalkulation der Zusatzbeitragssätze nach § 242 SGB V n. F. und des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes § 242a SGB V n. F. einfließen. Die Zuführung aus der Liquiditätsreserve ist durch entsprechende gesetzliche Regelung vorzusehen.

Bei der Erhöhung der Liquiditätsreserve von 20 auf 25 Prozent einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds handelt es sich um eine Folgeänderung zu Nr. 9. Es ist vorgesehen, die Liquiditätsreserve um 750 Mio. Euro zweckgebunden für Insolvenzdarlehen zu erhöhen. Die Erhöhung erfolgt unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme. Soweit diese Mittel nicht regelmäßig benötigt werden, ist es ökonomisch nicht sinnvoll, die Liquiditätsreserve zu erhöhen. Die Neuregelung ist so zu konkretisieren, dass das Insolvenzdarlehen aus der Liquiditätsreserve ent-

nommen werden kann, ohne dass ein weiterer Aufbau der Liquiditätsreserve erfolgt. Dies ist völlig ausreichend, da die beabsichtigte Neuregelung zum Insolvenzdarlehen vorsieht, dass dieses zwingend innerhalb von sechs Monaten zurückzahlen ist. Damit ist sichergestellt, dass die Liquiditätsreserve nicht dauerhaft sondern allenfalls temporär gemindert wird. Eine permanente Erhöhung der Liquiditätsreserve ist nicht erforderlich und ökonomisch nicht sinnvoll.

C Änderungsvorschlag

Die Liquiditätsreserve soll unverändert 20 Prozent einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds betragen. Satz 2 der beabsichtigten Neuregelung ist daher wie folgt zu fassen:

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

Nach diesem Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Soweit die Höhe der Liquiditätsreserve 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds übersteigt, werden jährlich Mittel in Höhe von bis 1,78 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt. Übersteigt die Höhe der Liquiditätsreserve nicht 20 Prozent der durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds oder reichen die Mittel der Liquiditätsreserve nicht aus, um eine Zuführung gem. Satz 3 zu gewährleisten, werden die Mittel nach § 221 entsprechend erhöht.“

Begründung:

Mit der Abschaffung der Zuzahlung bei Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung wurde eine Entlastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Entbürokratisierung der Abrechnungsprozesse der Leistungserbringer erreicht. Damit verbunden waren Ausgabensteigerungen in der GKV, die aus dem Verlust von Eigenbeteiligung und Steuerungswirkung resultieren. Deshalb wurde bereits für das Jahr 2013 vorgesehen, dass die hiermit verbundenen Mehrausgaben in Höhe von 1,78 Mr. Euro dadurch kompensiert werden, dass die Einnahmen des Gesundheitsfonds durch Zuführungen aus der Liquiditätsreserve entsprechend erhöht werden. Mit der Änderung wird geregelt, dass die Mehrausgaben in Folge der Abschaffung der Zuzahlung bei Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung verlässlich auch in der Zukunft durch Zuführungen aus der Liquiditätsreserve kompensiert werden. Für den Fall, dass die Liquiditätsreserve nicht über ausreichende Mittel verfügt, werden die erforderlichen Mittel durch eine Erhöhung der Aufwendungen des Bundes nach § 221 SGB V aufgebracht-

Nr. 36 Buchstabe c) § 271 Absatz 6 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass nicht nur die Kosten der Durchführung des Morbi-RSA und Gesundheitsfondsverfahrens sondern auch die Aufwendungen für deren Weiterentwicklung von der GKV getragen werden.

B Stellungnahme

Bislang ist gesetzlich lediglich vorgesehen, dass die Kosten der Durchführung des Morbi-RSA- und Gesundheitsfondsverfahrens von der GKV übernommen werden. Dazu werden regelmäßig die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds um entsprechende Beträge gemindert. Zukünftig sollen auch die Kosten der Weiterentwicklung, die z.B. im Rahmen der mit diesem Gesetz vorgesehenen Gutachten entstehen, von der GKV getragen werden. Mit der Öffnung, dass die Weiterentwicklungskosten von der GKV getragen werden, wird die Finanzierungszuständigkeit auf die GKV übertragen. Allerdings besitzt die GKV keine Informationen über Kosten und Umfang der Weiterentwicklungsaufwendungen. Es ist in jedem Fall zu vermeiden, dass Weiterentwicklungskosten in erheblichem Umfang entstehen. Daher muss eine Ausgabentransparenz hergestellt werden.

C Änderungsvorschlag

Im Rahmen der Begründung ist vorzusehen, dass die mit der Weiterentwicklung verbundenen Kosten gesondert auszuweisen sind. Dabei ist auch festzulegen, welche Kosten unter Weiterentwicklungskosten zu subsumieren sind. Da die Durchführung des Morbi-RSA bereits eine jährliche Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells vorsieht (vgl. § 31 RSAV), kann es sich bei Weiterentwicklungskosten nur um Gutachterkosten handeln, soweit diese Gutachten gesetzlich vorgeben sind.

Nr. 37 § 272 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Übergangsregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds (Konvergenzphase) formulierten gesetzlichen Regelungen werden gestrichen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung in Folge des Auslaufens der Übergangsregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds (Konvergenzphase).

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 38 § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die für den Sozialausgleich erforderliche Erhebung und Speicherung von Daten entfällt

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung in Folge der Streichung des Sozialausgleichs. Die Regelung zu § 284 Abs. 1 SGB V enthält auch einen Verweis auf den Risikopool, der seit 2009 nicht mehr durchgeführt wird. Diese Vorschrift sollte im Rahmen der Rechtsbereinigung ebenfalls gestrichen werden.

C Änderungsvorschlag

Nr. 38 wird wie folgt gefasst:

„In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „und die Durchführung des Sozialausgleichs“ sowie in Nummer 14 die Wörter „und des Risikopools (§ 269 Abs. 1 bis 3) sowie“ gestrichen.“

Nr. 40 § 304 Abs. 1 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung stellt klar, dass für die Durchführung und Weiterentwicklung die Aufbewahrungsvorgaben der RSAV maßgeblich sind. Zudem werden die Vorgaben bez. Daten des Risikopools gestrichen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht. Sie stellt sicher, dass die für den Morbi-RSA maßgeblichen Datenaufbewahrung durch die entsprechenden Vorschriften der RSAV abschließend geregelt werden. Weiterhin handelt sich um eine Rechtsbereinigung in Folge des Wegfalls des Risikopools.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 26 Abs. 4 SGB IV

A Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein Verfahren eingeführt werden, dass es nach Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens ermöglicht, einen notwendigen Beitragsausgleich von zu Unrecht gezahlten Beiträgen bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze bei Mehrfachbeschäftigungen zu erkennen. Liegen der Krankenkasse Hinweise auf eine Mehrfachbeschäftigung vor, hat sie Ermittlungen einzuleiten um festzustellen, ob das Gesamtentgelt die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet und dadurch ein Anwendungsfall des § 22 Abs. 2 SGB IV über eine anteilige Verteilung der beitragspflichtigen Einnahmen vorliegt. Das neue Verfahren gilt für alle Abrechnungszeiträume ab dem 01.01.2015.

B Stellungnahme

Der ursprünglich für die Durchführung des Sozialausgleichs entwickelte Meldedia-log zwischen Arbeitgeber und Krankenkasse wird unter Beibehaltung der bereits vorhandenen DV-Strukturen verändert und dient künftig für Mehrfachbeschäftigte, deren Arbeitsentgelte zusammen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, ein Verfahren zur Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge auszulösen.

C Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Geändert werden sollte in der Gesetzesbegründung die Aussage, dass das Verfahren für alle Mehrfachbeschäftigten, die nach dem 01.01.2015 aufgenommen werden, gilt. Dies weicht von dem in § 26 Abs. 4 Satz 6 SGB IV eingefügten Wortlaut ab, wonach die Regelung nicht nur für neu aufgenommene Mehrfachbeschäftigungen gilt, sondern für alle am 01.01.2015 oder später bestehenden Mehrfachbeschäftigungen.

Artikel 6 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 20 Abs. 1 Satz 2 Nummer 2a SGB XI

A Beabsichtigte Neuregelung

Wegen Wegfalls der vorrangigen Familienversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II im SGB V erfolgt hier die akzessorische Gleichstellung in der Pflegeversicherung. Zudem werden die Folgen eines rückwirkenden Entfalls von Arbeitslosengeld II den Regelungen in der Krankenversicherung gleichgesetzt. Das bedeutet, dass auch bei nachträglichem Wegfall des Arbeitslosengeld II die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung bestehen bleibt.

B Stellungnahme

Die Vorrangigkeit der Versicherungspflicht gegenüber einem Familienversicherungsanspruch wird begrüßt.

Die Gleichstellung der versicherungsrechtlichen Wirkungen bei rückwirkendem Entfall der SGB II-Leistung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 9 Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

§ 32 Abs. 4 SGB XII

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig hat der Sozialhilfeträger für Anspruchsberechtigte Sozialhilfeempfänger den durchschnittlichen Zusatzbeitrag zu übernehmen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 15 Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 1 § 2 Abs. 5 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Änderung regelt, dass Mitglieder, für die nach § 256a SGB V Absatz 4 in Folge eines Beitragserlasses oder -ermäßigung, kein Leistungsanspruch besteht, den Versicherten mit freier Heilfürsorge bzw. den Anwartschaftsversicherten gleichgestellt werden. Damit sollen die Zeiten dieser Versicherten zukünftig nicht mehr im RSA berücksichtigt werden.

B Stellungnahme

Die Personen, die durch die Neuregelung betroffen sind, können nicht den anderen Personengruppen des § 2 Absatz 5 RSAV zugeordnet werden. Unverständlich ist zudem, warum andererseits nicht die Zeiten des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 und 3 SGB V in den RSA gemeldet werden dürfen, da die Krankenkassen hier vollumfänglich Leistungspflichtig sind. Die entsprechende Folgeänderung ist daher unbedingt vorzunehmen.

C Änderungsvorschlag

Zeiten des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 und 3 SGB V sind zukünftig für die Versicherungszeiten des RSA zu berücksichtigen. An die Stelle von Art. 15 Nr. 1 treten folgende Änderungen:

§ 267 Absatz 2 SGB V wird um folgenden Satz ergänzt:

„Für die Erhebung nach Satz 1 sind die Zeiten, in denen Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 und 3 besteht, zu berücksichtigen.“

Begründung:

In den Zeiten, in denen der Leistungsanspruch gem. § 19 Absatz 2 und 3 SGB V erhalten bleibt, sind die Krankenkassen gegenüber den Mitgliedern und ihren Familienangehörigen vollumfänglich leistungspflichtig. Deshalb sind die Zeiten, für die der Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 und 3 SGB V erhalten bleibt, in den Versichertenzeitemeldungen für den Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen.

In § 3 Absatz 3 RSAV wird folgender Satz nach Satz 1 eingefügt.

„Für die Versicherungszeiten nach Satz 1 sind die Zeiten, in denen Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, zu berücksichtigen.“

Begründung:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 267 Abs. 2 SGB V.

Nr. 2 § 29 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die Versichertengruppen für die Zuweisungen für Krankengeld nach Erwerbsminderungsstatus differenziert werden.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Klarstellung. Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 Buchstabe a) § 30 Abs. 2 Satz 2 und 5 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Einführung einer gesetzlichen Grundlage zur Verwendung der Daten nach der RSAV für Zwecke eines GKV-weiten RSA-Clearingverfahrens zur Klärung doppelter Versicherungszeiten.

B Stellungnahme

Die Regelungen sind sachgerecht, weil damit die bislang bestehenden datenschutzrechtlichen Bedenken ausgeräumt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 Buchstabe b) § 30 Abs. 5 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Einführung einer gesetzlichen Grundlage für das GKV-weite RSA-Clearingverfahren zur Aufklärung doppelter Versicherungsverhältnisse bei unterschiedlichen Krankenkassen. Sofern zwei oder mehr Krankenkassen für den selben Versicherten mehr als 365 Versichertentage melden, sind diese Überschneidungen aufzuklären. Damit wird erreicht, dass nur die tatsächlich zuständige Krankenkasse die Zuweisungen aus dem RSA erhält. Der GKV-Spitzenverband hat das Nähere über den Ablauf zu bestimmen.

B Stellungnahme

Die Aufklärung doppelter Versicherungsverhältnisse im Rahmen von RSA-Clearingverfahren erfolgt bereits seit 2008, allerdings traf die zur Ermittlung von Clearingfällen erforderliche Auswertung der RSA-Daten regelmäßig auf erhebliche datenschutzrechtliche Bedenken. Die jetzt beabsichtigte Aufnahme des RSA-Clearingverfahrens in die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung schafft nun eine ausreichende Rechtsgrundlage.

Bezüglich der Umsetzung des Clearingverfahrens, welches nach § 30 Abs. 5 Satz 2 RSAV den GKV-Spitzenverband zur Verfahrensbestimmung verpflichtet, ist leider die verpflichtende Einbindung der Krankenkassen unterblieben. Zwar stimmt der GKV-Spitzenverband bislang schon die Verfahrensweisen zum RSA-Clearingverfahren mit den Verbänden der Krankenkassen ab. Die beabsichtigte Regelung überträgt die Festlegungskompetenz allerdings ausschließlich auf den GKV-Spitzenverband. Mit Blick auf die unumgängliche GKV-übergreifende Abstimmung über den Ablauf des Verfahrens sollten Bestimmungen hierzu nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen getroffen werden können.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung in § 30 Abs. 5 Satz 2 sollte nach dem Wort „Spitzenverband Bund“ um die Worte „im Einvernehmen mit den Krankenkassen“ erweitert werden.

Nr. 4 Buchstaben a) und b) § 31 Abs. 5 Satz 5 und 6 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung zu Nr. 4 Buchstabe a) begrenzt die Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die in der Jahresrechnung gebuchten Aufwendungen. Zugleich ermächtigt die Neuregelung zu Nr. 4 Buchstabe b) den GKV-Spitzenverband davon abweichende Begrenzungen auf die tatsächlichen Ausgaben von Auslandsversicherten abzugrenzen und festzulegen. In Verbindung mit der nach Artikel 15, Nr. 10a beabsichtigten Neuregelung wird dadurch die Höhe der Zuweisungen für Auslandsversicherte festgelegt.

B Stellungnahme

Die Neuregelung konkretisiert die beabsichtigte Übergangsregelung, wonach die Zuweisungen für Auslandsversicherte an deren Ist-Kosten bemessen werden sollen. Diese Übergangslösung wird abgelehnt (vgl. hierzu ausführlich unsere Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 34), weshalb auch die Regelung zu Artikel 15, Nr. 4 entbehrlich ist.

Die Neuregelung nach Nummer 4 Buchstabe a) begrenzt die Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die in der Jahresrechnung nachgewiesenen Aufwendungen für Erstattungen an ausländische Versicherungsträger sowie an Arbeitgeber. Sofern an der Regelung festgehalten wird, ist zumindest klarzustellen, dass hierzu Umlagen, die in der Jahresrechnung nach den einschlägigen Vorschriften den Konten 482 und 487 zugeordnet sind, zu berücksichtigen sind.

Die Neuregelung nach Nummer 4 Buchstabe b) würde im Übrigen dem GKV-Spitzenverband weitreichende Regelungskompetenz in Bezug auf die Festlegung des RSA-Verfahrens, hier in Bezug auf die Zuweisungen für Auslandsversicherte, übertragen. Der GKV-Spitzenverband könnte zukünftig entscheiden, welche Ausgaben für Auslandsversicherte im Sinne der Neuregelung des § 269 Abs. 2 (neu) SGB V (Artikel 1, Nr. 34) i. V. m § 41 Abs. 1 (neu) RSAV (Artikel 15, Nr. 10a) als tatsächliche Ausgaben der Auslandsversicherten gelten. Damit würde die Höhe der Zuweisungen für Auslandsversicherte de facto festgelegt, ggf. abweichend von den in der Jahresrechnung nachgewiesenen Aufwendungen. Bislang werden alle Festlegungen, die die Berechnungen der Zuweisungen im RSA-Verfahren betreffen, durch das Bundesversicherungsamt unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats getroffen. Dass von diesem Verfahren abgewichen werden soll, ist nicht begründet und nicht zulässig. Auch § 38 Abs. 2 RSAV stellt keine vergleichbare Regelung dar: § 38 Abs. 2 RSAV überträgt dem GKV-Spitzenverband zwar die Aufgabe, die Höhe der DMP-Programmkostenpauschale zu bestimmen. Diese beträgt allerdings nur ein Bruchteil der Gesamtzuweisungen, die für DMP-Versicherte aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen werden. Eine weitreichendere Festlegungskompetenz, die in diesem Falle die Gesamtzuweisungen für Auslandsversicherte betrifft, darf dem GKV-Spitzenverband nicht übertra-

gen werden. Sie kollidiert darüber hinaus mit dem Grundsatz der wissenschaftlichen Begleitung des RSA-Verfahrens. Dass die Festlegung im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt getroffen werden muss, stellt kein entsprechendes Korrektiv da.

Besonders problematisch ist auch, dass weder ein gesondertes Anhörungsverfahren noch eine Integration der Bestimmung nach § 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV n. F. in das bestehende Anhörungs- und Festlegungsverfahren nach § 31 Abs. 4 RSAV vorgesehen ist. Bereits durch die Formulierungen und Begründungen zum beabsichtigten Gutachten nach § 33 RSAV n. F. (vgl. Artikel 15, Nr. 5) wird deutlich, dass eine Abgrenzung der Leistungsausgaben von Auslandsversicherten nicht ohne wissenschaftliche Begleitung erfolgen kann. Dies gilt umso mehr, da hierdurch das Zuweisungsverfahren ansonsten willkürlich beeinflusst werden kann. Für Fragen der Ausgestaltung des RSA-Verfahrens wird die Verankerung von Anhörungsrechten der Krankenkassen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung gefordert.

C Änderungsvorschlag

Artikel 15, Nr. 4 wird wie folgt gefasst:

„§ 31 Abs. 5 Satz 5 wird aufgehoben“

Begründung:

Es handelt sich um eine rechtsbereinigende Anpassung.

Außerdem wird vor Artikel 15, Nr. 4 eine weitere Änderung eingefügt.

„In § 31 Abs. 4 Satz 1 werden die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie der Krankenkassen“ ersetzt.

Begründung:

Durch die Änderung wird eine höhere Transparenz im Anhörungsverfahren erreicht. Damit wird die Akzeptanz der Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs weiter gestärkt. Zugleich wird eine redaktionelle Anpassung vorgenommen.

Nr. 5 § 33 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte werden ein oder mehrere wissenschaftliche Gutachten in Auftrag gegeben. Ziel ist es, die Zuweisungen gem. der Vorgaben des § 268 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 SGB V zielgerichteter als bisher zu ermitteln. Die ersten Gutachten sollen die für die Ausgaben im Bereich Krankengeld und Auslandsversicherte maßgeblichen Einflussfaktoren bestimmen und die zur Messung der Einflussfaktoren erforderlichen Daten benennen. Sie sind durch sachverständige Personen zu erstellen und bis Ende 2015 abzuschließen. Darauf aufbauend sollen Folge-Gutachten Weiterentwicklungsvorschläge für die Zuweisungsverfahren aufzeigen.

B Stellungnahme

Bereits in seinem Gutachten vom 22.6.2011 hat der Wissenschaftliche Beirat herausgearbeitet, dass bislang kein Verfahren bekannt ist, das dem bisherigen Verfahren zur Ermittlung der Zuweisung für Krankengeld überlegen ist. Vielmehr besteht erheblicher Forschungsbedarf. Daher ist es richtig, dass vor einer Weiterentwicklung des Zuweisungsverfahrens für Krankengeld der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats aufgegriffen wird, und weitere wissenschaftliche Untersuchungen beauftragt werden. Dabei kann es richtig sein, sogar ein mehrstufiges Begutachtungsverfahren anzustreben, wie dies durch die beabsichtigte Neuregelung ausgedrückt wird. In jedem Fall ist es deshalb falsch, eine Übergangsregelung zur Veränderung der Zuweisungen für Krankengeld umzusetzen, wie dies durch Artikel 1 Nr. 34 i. V. m. mit Artikel 15 Nr. 10a skizziert wird (vgl. auch unsere ausführliche Stellungnahme hierzu zu Artikel 1, Nr. 34). Aufgrund der beabsichtigten Gutachtenkonstruktion ist nicht zu erkennen, zu welchem Termin ein Vorschlag für die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld vorliegen soll. Im Gegenteil, der Teil des Gutachtens, der sich auf konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung bezieht (Absatz 2), ist von der Frist der Gutachtenerstellung zum 31.12.2015 ausgenommen. Auf diese Weise wird die in Artikel 15 Nr. 10a konkretisierte Übergangsregelung gewissermaßen entfristet. De facto wird also – genau entgegen der Aussagen des Gutachtens vom 22.6.2011 – eine Änderung vorgenommen, ohne dass diese wissenschaftlich oder inhaltlich begründet ist. Im Gegenteil: Der beabsichtigte Ist-Kostenausgleich widerspricht ausdrücklich den Zielen des § 268 Abs. 1 Nr. 3 SGB V und setzt – worauf in der Begründung zu Artikel 15, Nr. 10a auch ausdrücklich hingewiesen wird – Anreize zur Unwirtschaftlichkeit.

Auch in einem weiteren Punkt weicht die beabsichtigte Neuregelung wesentlich von den Ergebnissen des Gutachtens vom 22.6.2011 ab. Die Gutachter haben ausdrücklich nachgewiesen, dass die Dauer und Häufigkeit des Krankengeldbezuges und damit die Höhe der Krankengeldausgaben maßgeblich durch die Morbidität der Versicherten bestimmt werden. Daher ist es falsch, dass die Möglichkeit einer direkten Morbiditätsorientierung der Krankengeldzuweisungen von vorne

herein von der gutachterlichen Untersuchung ausgeschlossen wird. In jedem Fall sind für den Auftrag an die Gutachter auch die in § 268 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Vorgaben aufzunehmen.

C Änderungsvorschlag

Artikel 15, Nr. 5; § 33 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Vorgaben des § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 sind bei der Entwicklung der Modelle zu beachten.“

Begründung:

Für die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte sind die gleichen gesetzlichen Vorgaben zu beachten, die für die Ausgestaltung des Morbi-RSA insgesamt gelten.

Nr. 6 § 33a bis 34 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschriften zur Berechnung der Konvergenzregelung werden gestrichen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung in Folge des Auslaufens der Konvergenzregelung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 39 Abs. 5 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Artikel 1 Nr. 36 Buchstabe c), § 271 Absatz 3 SGB V, worin geregelt wird, dass nicht nur die Kosten der Durchführung des Morbi-RSA und Gesundheitsfondsverfahrens sondern auch die Aufwendungen für die Weiterentwicklung von der GKV getragen werden.

B Stellungnahme

Bislang ist gesetzlich lediglich vorgesehen, dass die Kosten der Durchführung des Morbi-RSA- und Gesundheitsfondsverfahren von der GKV übernommen werden. Dazu werden regelmäßig die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds um entsprechende Beträge gemindert. Zukünftig sollen auch die Kosten der Weiterentwicklung, die z.B. im Rahmen der mit diesem Gesetz vorgesehenen Gutachten entstehen, von der GKV getragen werden. Mit der Öffnung, dass die Weiterentwicklungskosten von der GKV getragen werden, wird die Finanzierungszuständigkeit auf die GKV übertragen. Allerdings besitzt die GKV keine Informationen über Kosten und Umfang der Weiterentwicklungsaufwendungen. Es ist in jedem Fall zu vermeiden, dass Weiterentwicklungskosten in erheblichem Umfang entstehen. Daher muss eine Ausgabentransparenz hergestellt werden.

C Änderungsvorschlag

Im Rahmen der Begründung ist vorzusehen, dass die mit der Weiterentwicklung verbundenen Kosten gesondert auszuweisen sind. Dabei ist auch festzulegen, welche Kosten unter Weiterentwicklungskosten zu subsumieren sind. Da die Durchführung des Morbi-RSA bereits eine jährliche Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells vorsieht (vgl. § 31 RSAV), kann es sich bei Weiterentwicklungskosten nur um Gutachterkosten handeln, soweit diese Gutachten gesetzlich vorgeben sind.

Nr. 8 § 39a Abs. 5 S. 2 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll dem Bundesversicherungsamt die Möglichkeit eröffnet werden, von der Sanktionierung einer Krankenkassen im Rahmen der Feststellung von Veränderungen der Morbiditätsdaten abzusehen, wenn die Krankenkasse diese Feststellung erst ermöglicht hat (§ 273 SGB V i.V.m. § 39a RSAV).

B Stellungnahme

Bislang ist vorgesehen, dass bei Feststellung einer Veränderung der Morbiditätsinformationen durch die Krankenkasse die Krankenkasse zusätzlich zu dem aus der Veränderung resultierenden Betrag mit einem Sanktionsbetrag belastet wird. Diese Sanktionierung ist geboten, sollten Krankenkassen absichtlich die gesetzlichen Vorgaben umgehen, um sich durch Veränderung von Morbiditätsdaten einen Vorteil zu verschaffen. Deshalb sieht § 273 SGB V i.V.m. mit § 39a RSAV eine gesonderte Prüfung durch das Bundesversicherungsamt und die Möglichkeit der Festsetzung von Korrekturbeträgen, die einen Sanktionscharakter enthalten. Nach bestehendem Recht würde daher auch jede Krankenkasse sanktioniert, für die aus anderen als den o.g. Gründen eine Veränderung der Morbiditätsdatendaten festgestellt wurde. Das kann z.B. der Fall sein, wenn die datentechnische Aufbereitung (Selektion) oder die Meldung der Morbiditätsdaten durch den Leistungserbringer selbst fehlerhaft ist. Um für die Krankenkassen einen Anreiz zu schaffen, diese Sachverhalte aktiv aufzuklären und damit fehlerhafte Daten im Morbi-RSA-Verfahren zu verhindern, ist es richtig, dass zukünftig von einer Sanktionierung dieser Sachverhalte abgesehen werden kann. § 273 SGB V misst dem Bundesversicherungsamt bei den Auffälligkeitsprüfungen weitreichende Kompetenzen und Auskunftsrechte bei. Deshalb ist es folgerichtig, dass die beabsichtigte Neuregelung die Sanktionsbefreiung in das Ermessen des Bundesversicherungsamtes legt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 9 Buchstaben a) und b) § 40 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Absenkung des allgemeinen Beitragsatzes auf 14,6 Prozent und der Einführung des vollständigen Einkommensausgleichs.

B Stellungnahme

Aufgrund der Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 Prozent ist davon auszugehen, dass zukünftig die Ausgaben die festgelegte Zuweisungshöhe in jedem Fall übersteigen werden. Daher ist sachgerecht, die Regelung zur Ermittlung der mitgliederbezogenen Anpassungsbeträge auf diesen Sachverhalt zu konzentrieren. Richtiger Weise werden bei der Berechnung der mitgliederbezogenen Anpassungsbeträge genau die Mitglieder berücksichtigt, die für die Zuweisungen im Rahmen des Einkommensausgleichs (§ 43 RSAV n.F.) anzusetzen sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 10 Buchstabe a) § 41 Abs. 1 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung dient dazu, die Übergangsregelungen zur Veränderung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte im Sinne von IST-Kostenausgleichen umzusetzen.

B Stellungnahme

Für Krankengeldzuweisungen soll ein 50%iger IST-Kostenausgleich durchgeführt werden. Dies setzt erhebliche Unwirtschaftlichkeitsanreize, was in der Begründung zur Neuregelung auch ausdrücklich problematisiert wird. Ein wie auch immer ausgestalteter IST-Kostenausgleich im Risikostrukturausgleich wird abgelehnt. Die Begrenzung von Deckungsgradunterschieden in einzelnen GKV-Ausgabenbereichen ist unbegründet und kann auch die Einführung eines IST-Kostenausgleichs nicht rechtfertigen (vgl. hierzu auch unsere Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 34). Die Festlegung eines hälftigen Verteilungsschlüssels ist nicht begründet. Die Neuregelung ist zu streichen.

Ebenfalls abgelehnt wird die Neuregelung, wonach die Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die in der Jahresrechnung nachgewiesenen Aufwendungen bzw. durch den GKV-Spitzenverband bestimmten tatsächlichen Ausgaben begrenzt werden sollen (vgl. hierzu auch unsere Stellungnahme zu Artikel 15, Nr. 4). Mit der Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte werden erhebliche Unsicherheiten und Verzerrungen im Zuweisungsverfahren umgesetzt. Denn weder die in der Jahresrechnung nachgewiesenen Ausgaben noch die tatsächlichen Ausgaben für Auslandsversicherte, die in ihrer Höhe nicht bestimmt werden können, da ein erheblicher zeitlicher Verzug in der Rechnungslegung besteht, sind als Bezugsgröße geeignet. Sie stehen im Widerspruch zu der systematisch richtigen Vorgabe der RSAV, wonach die Auslandsversicherten Zuweisungen in Höhe der GKV-durchschnittlichen Zuweisungen nach Alter und Geschlecht erhalten sollen.

Völlig unverständlich ist zudem die nähere Erläuterung in der Begründung, die offensichtlich die rechentechnischen Vorgaben versucht außerhalb des eigentlichen Verordnungstextes zu skizzieren. Danach ist vorgesehen, dass eine Anpassung erst mit dem Jahresausgleich erfolgen soll, um Verzerrungen im Zuweisungsverfahren zu vermeiden. Differenzbeträge zwischen den gezahlten Zuweisungen für Auslandsversicherte und den im Jahresausgleich neu ermittelten Zuweisungen sollen im Rahmen der mitgliederbezogenen Veränderungen der Zuweisungen ausgeglichen werden. Hierzu ist festzuhalten: Eine Anpassung der Berechnung erst im Jahresausgleich verursacht gerade erhebliche Verwerfungen. Ziel des monatlichen Abschlagsverfahrens ist ja gerade, diese Verwerfungen zu verhindern. Deshalb müssten die Übergangsregelungen für Auslandsversicherte zwingend bereits im Abschlagsverfahren berücksichtigt werden. Eine entsprechende Änderung und Klarstellung im Rahmen der Begründung ist erforderlich.

Auch ist es systematisch falsch, Zuweisungsbeträge, die ggf. nicht mehr für Auslandsversicherte angerechnet werden, über mitgliederbezogene Beträge zuzuweisen. Damit folgt die Begründung zwar der Systematik, die mit der Rückzahlung von Korrekturbeträgen im Rahmen der Prüfungen nach § 273 SGB V und § 42 RSAV eingeführt wurde. Diese Ausnahmeregelung ist allerdings nur dem Umstand geschuldet, dass die Prüfergebnisse erst nach Abschluss des Jahresausgleichs vorliegen und somit ein einfaches Verrechnungsverfahren gefunden werden musste. Für Anpassung der Zuweisungen bei Auslandsversicherten, die im Rahmen des Jahresausgleiches erfolgen sollen, ist hingegen eine Verrechnung der Differenzbeträge mit den Leistungsausgaben der GKV insgesamt vorzunehmen. D.h., sie müssen den Zuschlägen nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrente, Morbidität (HMG) sowie Kostenerstattungsversicherte zugeordnet werden. Denn bereits heute wird die Höhe der Zuschläge für Auslandsversicherte als Durchschnittswert über die vorgenannten Risikomerkmale gebildet.

Das AOK-System fordert, die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte nur auf der Grundlage wissenschaftlicher Gutachten vorzunehmen, so wie sie richtigerweise durch den Gesetzentwurf veranlasst werden. Erfolgt eine Umsetzung ohne Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse, wird es bei Ablösung der Übergangsregelung zu erheblichen finanziellen Verwerfungen in Bezug auf die Zuweisungen kommen. Es ist damit zu rechnen, dass im Rahmen der Gutachten nach § 33 RSAV n. F. eindeutig festgestellt wird, dass die beabsichtigten Übergangsregelungen nicht mit den Vorgaben der §§ 266 und 268 SGB V in Einklang stehen. Dies führt zu erheblichen Rechtsunsicherheiten in Folge der Umsetzung der Übergangsregelung. Dies ist umso problematischer, da der Gesetzentwurf keine zeitliche Befristung der Übergangsregelung vorsieht.

C Änderungsvorschlag

Artikel 15, Nr. 10a wird wie folgt gefasst:

„In Absatz 1 wird Nummer 3 gestrichen.“

Begründung:

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 272 SGB V und der §§ 33a bis 34.

Nr. 10 Buchstabe b) § 41 Absatz 2 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Absenkung des allgemeinen Beitragsatzes auf 14,6 Prozent und der Einführung des vollständigen Einkommensausgleichs (vgl. auch Neuregelung gem. Artikel 15, Nr. 9).

B Stellungnahme

Aufgrund der Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 Prozent ist davon auszugehen, dass zukünftig die Ausgaben die festgelegte Zuweisungshöhe in jedem Fall übersteigen werden. Daher ist sachgerecht, die Regelung zur Ermittlung der mitgliederbezogenen Anpassungsbeträge auf diesen Sachverhalt zu konzentrieren. Richtiger Weise werden bei der Berechnung der mitgliederbezogenen Anpassungsbeträge genau die Mitglieder berücksichtigt, die für die Zuweisungen im Rahmen des Einkommensausgleichs (§ 43 RSAV n.F.) anzusetzen sind (vgl. auch Neuregelung gem. Artikel 15, Nr. 9).

C Änderungsvorschlag

Keine

Nr. 10 Buchstabe c) § 41 Absatz 4a RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Verrechnung von Rückzahlungsbeträgen aus der Konvergenzregelung wird gestrichen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung in Folge des Auslaufens der Konvergenzregelungen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 11 § 43 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Durchführung des vollständigen Einkommensausgleichs wird mit der Neuregelung verfahrenstechnisch beschrieben.

B Stellungnahme

Das Verfahren zum vollständigen Einkommensausgleich wird in die bestehende Systematik des monatlichen Abschlagsverfahrens und des Jahresausgleichs eingebunden. Die Vorgaben des § 270a SGB V n. F. (vgl. Artikel 1 Nr. 35) werden richtig umgesetzt. Danach erhalten die Krankenkassen im Rahmen des monatlichen Abschlagsverfahrens Zuweisungen für Zusatzbeiträge, die auf den jeweils aktuellsten, verfügbaren Informationen zu Mitgliederzahlen basieren. Diese Abschlagszahlungen werden im Rahmen der bestehenden Strukturanpassungen nach § 39 RSAV aktualisiert und mit dem Jahresausgleich nach § 41 RSAV final festgesetzt. Durch die vollständige Integration des Einkommensausgleiches in das Gesundheitsfondszuweisungsverfahren wird eine verwaltungsökonomisch sinnvolle und transparente Verfahrensweise gewählt. Zur Notwendigkeit und Ausgestaltung des vollständigen Einkommensausgleichs vgl. auch unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 13, Nr. 18 und Nr. 35.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 17 Inkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Sämtliche Neuregelungen, die mit der generellen Versicherungspflicht von ALG II-Beziehern einhergehen, sollen erst zum 01.01.2016 in Kraft treten.

B Stellungnahme

Aus Sicht der GKV sollten die Änderungen bereits zum 01.01.2015 wirksam werden, da die bisher normierte vorrangige Familienversicherung von ALG II-Beziehern zu nicht unerheblichen Problemen in der Feststellung der Versicherung geführt hat.

Seit Jahren schon entscheiden die Jobcenter und Arbeitsagenturen anhand der ihnen vorliegenden Unterlagen darüber, ob die SGB II-Leistungsbezieher beim Haushaltsvorstand einen Familienversicherungsanspruch haben oder als versicherungspflichtige Mitglieder zu bewerten sind, ohne hierbei die Entscheidung des hierfür zuständigen Versicherungsträgers, also der Krankenkasse abzuwarten. Melden die Arbeitsagenturen Bezieher von Arbeitslosengeld II als Familienangehörige, erfolgt nach der bisherigen Regelung auch keine Beitragszahlung. Die Krankenkasse hat in der Folge die Voraussetzungen für eine Familienversicherung zu prüfen. In einigen Fällen wirken die Leistungsbezieher jedoch bei der Feststellung der Familienversicherung nicht mit. Und ohne diese Mitwirkung darf die Krankenkasse die Familienversicherung nicht durchführen und erhält auch keine Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Mit dem GKV-FQWG und der generellen Versicherungspflicht werden diese Probleme kostenneutral beseitigt. Die hierfür erforderlichen technischen Umstellungen dürfen als geringfügig bewertet werden, da die SGB II-Leistungsträger die Kranken- und Pflegeversicherungspflicht als Leistungsbezieher bereits kennen und sämtliche melde- und beitragsrechtliche Verfahren zwischen den Versicherungsträgern vorhanden sind.

C Änderungsvorschlag

Streichung des Absatz 2. Absatz 3 wird Absatz 2, Absatz 4 wird Absatz 3.

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung Gesundheitsausschuss Teil 1
am 21. Mai 2014**

Änderungsanträge

Ausschuss-Drucksache 18/140030 (1) und (4)

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität
in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-
Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)
Bundestags-Drucksache 18/1307 vom 05. Mai 2014**

Stand 16.05.2014

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Geschäftsführungseinheiten
Versorgung,
Politik und Unternehmensentwicklung

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

I. Zusammenfassung

Zu Änderungsantrag 1 Unabhängige Patientenberatung

Zu dem Änderungsantrag Unabhängige Patientenberatung besteht eine vollständige Übereinstimmung mit der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes; es wird daher - um Doppelungen zu vermeiden - insoweit auf dessen Stellungnahme verwiesen und von weiteren Ausführungen abgesehen.

Zu Änderungsantrag 4 Regionalkennzeichen für Zwecke der Datentransparenz - Versorgungsforschung

Die Absicht, in der Versorgungsforschung auch räumliche Analysen zu ermöglichen, ist zu begrüßen. Dazu ist es erforderlich, dass die Krankenkassen ein Regionalkennzeichen zum Wohnort ihrer Versicherten übermitteln, welches mit den vorhandenen, für die Zwecke der Versorgungsforschung bereits vorgesehenen Daten des Morbi-RSA verknüpft werden kann. Es ist zu begrüßen, dass an die Verknüpfung hohe datenschutzrechtliche Maßstäbe gesetzt werden. Allerdings wird übersehen, dass die beabsichtigte Erhebung und Meldung des Regionalkennzeichens im Rahmen der Morbi-RSA-Daten erhebliche datenschutzrechtliche und praktische Probleme aufwirft.

Deshalb ist es erforderlich, dass die Meldung des Regionalkennzeichens unabhängig von den Morbi-RSA-Daten erfolgt. D.h., die Datensätze des Morbi-RSA dürfen hierfür nicht verwendet oder erweitert werden. Vielmehr muss das Regionalkennzeichen in einer eigenen Datenmeldung erhoben und durch ein eigenes Pseudonymisierungsverfahren verschlüsselt gemeldet werden. In dieser Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes werden umfangreiche Änderungsvorschläge vorgelegt, mit denen sichergestellt wird, dass die bestehenden Datenmeldewege über das Bundesversicherungsamt genutzt werden können.

II. Änderungsanträge

Änderungsantrag 4

Zu Artikel 1 Nummer 39a - neu - (§ 303b SGB V)

Regionalkennzeichen für Zwecke der Datentransparenz –Versorgungsforschung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, dass für Zwecke der Versorgungsforschung die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten an das DIMDI übermittelt wird. Die Wohnortinformation soll dazu mit den Informationen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) verknüpft werden. Die Postleitzahlen sollen im Rahmen des Datenmeldeverfahrens zum Morbi-RSA von den Krankenkassen erhoben und an das Bundesversicherungsamt gemeldet werden. Dazu soll ein gesondertes Pseudonymisierungsverfahren genutzt werden, das verhindert, dass jemand anderes als die Vertrauensstelle eine Verknüpfung zwischen den Morbi-RSA-Daten und der Postleitzahl erstellen kann. Weiterhin wird geregelt, dass die im Rahmen von § 272 SGB V erhobenen Regionalkennzeichen für Versorgungsforschungszwecke zur Verfügung gestellt werden.

B Stellungnahme

Die Absicht, in der Versorgungsforschung auch räumliche Analysen zu ermöglichen, ist zu begrüßen. Dazu ist es erforderlich, dass die Krankenkassen ein Regionalkennzeichen zum Wohnort ihrer Versicherten übermitteln, das mit den vorhandenen, für die Zwecke der Versorgungsforschung bereits vorgesehenen Daten des Morbi-RSA verknüpft werden kann. Es ist zu begrüßen, dass an die Verknüpfung hohe datenschutzrechtliche Maßstäbe gesetzt werden. Allerdings wird übersehen, dass die beabsichtigte Erhebung und Meldung des Regionalkennzeichens im Rahmen der Morbi-RSA-Daten erhebliche datenschutzrechtliche und praktische Probleme aufwirft. Soweit das Regionalkennzeichen (hier: Postleitzahl) als Datum an die Morbi-RSA-Daten angehängt wird (vgl. Begründung), erleichtert diese zusätzliche Information die Identifikation von Versicherten.

Die Morbi-RSA-Daten erhalten alle Krankheitsinformationen der GKV-Versicherten. Gerade bei seltenen Krankheiten ist regelmäßig davon auszugehen, dass diese nur bei einem oder einzelnen Versicherten in einem Postleitzahlbezirk vorkommen. Eine Identifikation der Versicherten und somit eine faktische Deanonymisierung des Morbi-RSA-Pseudonyms wird damit erheblich erleichtert, wenn nicht ermöglicht. Da das Morbi-RSA-Datenmeldeverfahren vorsieht, dass die Daten für einen Berichtszeitraum insgesamt fünf Mal übermittelt werden (zweimal lediglich für das monatliche Abschlagsverfahren), erfolgt eine Vielzahl nicht erforderlicher Übermittlungen von Regional- und Versicherteninformationen.

Weiterhin ist es nicht möglich, in den Morbi-RSA-Daten das Regionalkennzeichen mit einem abweichenden Pseudonym zu erheben, ohne dass eine nicht erlaubte Verknüpfbarkeit mit dem Morbi-RSA-Pseudonym entsteht. Würde die Datenmeldung im Sinne des Änderungsantrages erfolgen, besteht eine 1:1-Verknüpfbarkeit von Morbi-RSA-Pseudonym und dem Pseudonym des Regionalkennzeichens.

Deshalb ist es erforderlich, dass die Meldung des Regionalkennzeichens unabhängig von den Morbi-RSA-Daten erfolgt. D.h., die Datensätze (Satzarten) des Morbi-RSA dürfen hierfür nicht verwendet oder erweitert werden. Vielmehr muss das Regionalkennzeichen in einer eigenen Datenmeldung (Satzart) erhoben und durch ein eigenes Pseudonymisierungsverfahren verschlüsselt gemeldet werden. Soweit dies sichergestellt ist, können die bestehenden Datenmeldewege über das Bundesversicherungsamt genutzt werden.

C Änderungsvorschlag

Vorgabe zur Verwendung der Morbi-RSA-Daten für die Meldung des Regionalkennzeichens ist zu streichen.

Dazu ist § 303b Absatz 2 Satz 2 SGB V in der Fassung des Änderungsantrages 4 (Nummer 39a, Nummer 2) wie folgt zu formulieren:

„Sie übermitteln die Regionalkennzeichen jährlich an das Bundesversicherungsamt.“

In § 303b Absatz 3 Satz 1 SGB V in der Fassung des Änderungsantrages 4 (Nummer 39a, Nummer 2) wird die Formulierung „mit den Daten nach Absatz 1“ durch das Wort „jährlich“ ersetzt.

Begründung zur Änderung des Änderungsantrags:

Die Änderung stellt sicher, dass die Erhebung des Regionalkennzeichens für Zwecke der Versorgungsforschung in Einklang mit den datenschutzrechtlichen Vorgaben steht. Insbesondere wird eine Identifikation des Versicherten mit Hilfe der Wohnortinformation unterbunden. Eine Verknüpfung von Morbiditätsinformationen des Morbi-RSA mit der Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten wird dadurch verhindert, dass die Erhebung des Regionalkennzeichens strikt getrennt von der Erhebung der Morbi-RSA-Daten erfolgt. Die Erzeugung einer gesonderten Datenmeldung für das Regionalkennzeichen verursacht nur einen geringen zusätzlichen Aufwand bei den Krankenkassen und Beteiligten. Dieser Mehraufwand ist vor dem Hintergrund der datenschutzrechtlichen Belange nicht in Frage zu stellen.

Die Begründung zu Änderungsantrag 4, Nummer 2 ist wie folgt zu fassen:

„Zu Nummer 2:

Ziel der Regelung ist es, die Datenlage für die Versorgungsforschung weiter zu verbessern. Zu diesem Zweck wurden mit dem Versorgungsstrukturgesetz die Regelungen zur Datentransparenz neu gefasst und als Datengrundlage die bereits vorhandenen Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs bestimmt. Mit der zur weiteren Umsetzung dieser Regelungen erlassenen Datentransparenzverordnung wurden dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die Aufgaben einer Vertrauens- und einer Datenaufbereitungsstelle übertragen.

Mit dieser Änderung werden die Daten beim DIMDI, die für Zwecke der Datentransparenz genutzt werden dürfen, um ein Regionalkennzeichen ergänzt. Hierzu haben die Krankenkassen die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten aus den bei ihnen auf der Grundlage des § 284 Absatz 1 rechtmäßig gespeicherten Adres-

sen zu ermitteln und als Regionalkennzeichen an das Bundesversicherungsamt zu übermitteln.

Die Übermittlung erfolgt jährlich an das Bundesversicherungsamt. Dabei kann die Datenübermittlung an das Verfahren, das in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung geregelt ist, angelehnt werden. Dieses Verfahren regelt für Zwecke des Risikostrukturausgleichs die jährliche Datenübermittlung von den Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt und sieht bereits eine Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten bei den Krankenkassen vor.

Absatz 2 Satz 3 bestimmt die Verschlüsselung des Regionalkennzeichens. Die Regelung gewährleistet, dass eine Entschlüsselung und Zusammenführung dieser Regionalkennzeichen mit den für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs übermittelten Daten nur durch das DIMDI und nur zum Zweck der Datentransparenz möglich ist, denn für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ist das Regionalkennzeichen nicht erforderlich. Das Regionalkennzeichen soll aber beim DIMDI den versichertenbezogenen periodenübergreifenden Pseudonymen zugeordnet werden, damit für die Nutzungszwecke der Datentransparenz (vgl. § 303e Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 6), insbesondere für die Versorgungsforschung und -planung, eine belastbare regionalisierte Datengrundlage zur Verfügung steht.

Absatz 3 Satz 1 bestimmt, dass das Bundesversicherungsamt die besonders verschlüsselten Regionalkennzeichen an die Datenaufbereitungsstelle übermittelt. Für das weitere Verfahren gelten die §§ 303c und 303d. Damit wird sichergestellt, dass die Regionalkennzeichen den periodenübergreifenden Pseudonymen korrekt zugeordnet werden.

Damit wird das Regionalkennzeichen getrennt von den Morbi-RSA-Daten der Krankenkassen als zusätzliche Datenmeldung erhoben. Dies stellt sicher, dass das Verfahren hohe datenschutzrechtliche Anforderungen erfüllt. Dadurch, dass das Regionalkennzeichen getrennt von den Morbi-RSA-Informationen erhoben wird, besteht keine Möglichkeit, unter Verwendung der regionalen Informationen einen Versichertenbezug der Morbi-RSA-Daten herzustellen. Ferner wird über die Geltung des § 303c Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 5 Datentransparenzverordnung und insbesondere durch eine dementsprechende Prüfung der Datenaufbereitungsstelle vor der Bereitstellung der Daten für die Nutzungsberechtigten sichergestellt, dass auch in Bezug auf die Verarbeitung und Nutzung des Regionalkennzeichens für Zwecke der Datentransparenz auszuschließen ist, dass Versicherte hierdurch wieder identifiziert werden können.

Absatz 3 Satz 2 enthält eine Sonderregelung für die Jahre 2009 und 2010. Für diesen Zeitraum liegen dem Bundesversicherungsamt bereits versichertenbezogenen Kennzeichen zum Wohnort vor. Grundlage hierfür war die Übergangsregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds (sog. Konvergenzklausel) in § 272, die mit diesem Gesetz aufgehoben wird (vgl. Artikel 1 Nummer 37). Das Bundesversicherungsamt hat die ihm bereits vorliegenden Kennzeichen zum Wohnort der Versicherten an die Datenaufbereitungsstelle einmalig zu übermitteln, damit diese Daten bereits für Zwecke der Versorgungsforschung und -planung genutzt werden können. Damit bei der Datenaufbereitungsstelle auch für diese Daten eine Zuordnung zu den periodenübergreifenden Pseudonymen möglich ist, ist es erforderlich, dass das Bundesversicherungsamt auch für diese Daten eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle übermittelt. Dort werden die Daten in die periodenübergreifenden Pseudonyme über-

führt. Für die Jahre, ab denen die Regionaldaten nach Absatz 2 Satz 1 ermittelt werden, gilt dann das in Absatz 1 und Absatz 2 sowie Absatz 3 Satz 1 geregelte Verfahren.

Mit Absatz 4 wird den Beteiligten, dem Bundesversicherungsamt, dem Spitzenverband Bund und dem DIMDI die Möglichkeit eingeräumt, das Nähere für die Umsetzung der Datenübermittlungen zu vereinbaren, und zwar sowohl für das reguläre Verfahren nach Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 1 als auch für die Sonderregelung nach Absatz 3 Satz 2.

Die Neuregelung tritt mit den Änderungen der Vorschriften zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA am 1. August 2014 in Kraft, um eine Übermittlung der Kennzeichen zum Wohnort der Versicherten für die Jahre 2009 und 2010 an das DIMDI und damit deren Nutzung für Zwecke der Datentransparenz noch in diesem Jahr zu ermöglichen.“