

Referentenentwurf

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung

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

A. Problem und Ziel

Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt. In der Folge konnten die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds Finanzreserven aufbauen. Dies ist einerseits Ergebnis einer robusten gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und andererseits Folge wettbewerbsorientierter Reformen in den letzten Jahren, die zu einer höheren Wirtschaftlichkeit der Versorgung und damit zu einem moderaten Ausgabenwachstum beigetragen haben. Trotz der derzeit guten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ist davon auszugehen, dass schon ab 2015 die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds übersteigen werden.

Eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung kann nur mit einer wettbewerblichen Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung und einer umsichtigen Ausgabenpolitik gewährleistet werden. Darüber hinaus ist eine beschäftigungsfreundliche Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen sicherzustellen, um negative Effekte steigender Gesundheitsausgaben auf Beschäftigung und Wachstum zu vermeiden.

Dafür ist es notwendig, dass Zusatzbeiträge in Zukunft ein etabliertes Instrument der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind und von den Krankenkassen erhoben werden, um eine bessere Ausgewogenheit zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb zu erreichen. Die bisherige Situation, dass einzelne Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben mussten, während viele Krankenkassen aufgrund ihrer Finanzsituation auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen verzichten konnten, hat zu einer ungewollten Dominanz des Preiswettbewerbs geführt und den Wettbewerb auf der Leistungsseite, insbesondere um mehr Qualität in der Versorgung und Bemühungen um eine stärker präventive und sektorenübergreifende Ausrichtung des Gesundheitswesens, in den Hintergrund rücken lassen.

Zudem machten Krankenkassen mit hohen Überschüssen und hohen Finanzreserven – insbesondere zur mittelfristigen Vermeidung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge – nur in vergleichsweise geringem Umfang von der Möglichkeit Gebrauch, ihre Mitglieder durch die Auszahlung von Prämien oder durch zusätzliche Satzungsleistungen an der positiven Finanzentwicklung zu beteiligen. Das hatte zur Folge, dass sich die Finanzreserven der Krankenkassen höchst unterschiedlich entwickelten, differenzierte Preissignale an die Versicherten jedoch weitestgehend unterblieben.

Bei einer Neugestaltung der Finanzierungsgrundlagen ist sicherzustellen, dass die Beitragsautonomie der Krankenkassen weiter gestärkt wird und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen mit dem Ziel einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung stattfindet. Hieraus resultierende Anreize für Risikoselektion und damit einhergehende Wettbewerbsverzerrungen sind auszuschließen.

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt hat mit Datum vom 22. Juni 2011 einen Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich erstellt. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gegenüber

dem bis zum Jahr 2008 bestehenden Risikostrukturausgleich die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben insgesamt erhöht hat. Der Beirat hat dabei u.a. die Zuweisungen für die Auslandsversicherten und die Zuweisungen für Krankengeld im Hinblick auf ihre Zielgenauigkeit untersucht. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wird auf dieser Grundlage weiterentwickelt.

Durch eine konsequente Qualitätsorientierung der Gesundheitsversorgung sollen Verbesserungspotentiale im ambulanten und im stationären Bereich aufgedeckt und genutzt werden. Um die Versorgung auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern, müssen die strukturellen Voraussetzungen für eine stringente Qualitätsorientierung gestärkt und der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Festlegung von Qualitätsanforderungen besser und dauerhaft wissenschaftlich unterstützt werden.

B. Lösung

Mit dem Gesetzentwurf werden die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Qualität der Versorgung nachhaltig gestärkt und auf eine dauerhaft solide Grundlage gestellt. Dies erfolgt im Wesentlichen durch die folgenden Maßnahmen:

Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz wird bei 14,6 Prozent festgesetzt und der Arbeitgeberanteil bleibt bei 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben. Die im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) erfolgte Entkopplung der Lohnzusatzkosten von den Gesundheitsausgaben bleibt damit bestehen. Dadurch gewährleistet die Bundesregierung gute Rahmenbedingungen für Wachstum und Beschäftigung.

Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag und der damit verbundene steuerfinanzierte Sozialausgleich werden abgeschafft. Die Krankenkassen erheben den Zusatzbeitrag zukünftig als prozentualen Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen. Mit diesen Maßnahmen wird die Einkommensumverteilung bei den Zusatzbeiträgen zukünftig innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung organisiert. Ein Sozialausgleich und damit verbundene Mehrbelastungen des Bundeshaushalts sind nicht mehr erforderlich.

Durch die Abschaffung des durch die Mitglieder zu tragenden Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten wird der Beitragssatz der Arbeitnehmer von heute 8,2 Prozent auf 7,3 Prozent reduziert. Die daraus resultierende Unterdeckung in Höhe von rund 11 Mrd. Euro soll durch kassenindividuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge gedeckt werden. Dadurch wird eine preisliche Differenzierung der Zusatzbeiträge erreicht. Zusatzbeiträge bleiben ein wichtiges Preissignal im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander. Damit wird der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt gestärkt. Die mit diesen Maßnahmen einhergehende Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen wird für viele Beitragszahlerinnen und -zahler im Jahr 2015 zu Entlastungen führen.

Grundsätzlich bestehen in der Höhe der durchschnittlichen Einkommen der versicherten Mitglieder zwischen den Krankenkassen erhebliche Unterschiede. Dies führt dazu, dass Krankenkassen mit überdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern beim gleichen Finanzierungsbedarf einen geringeren einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben müssten als Krankenkassen mit unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern. Damit die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen nicht zu Risiko-selektionsanreizen und Wettbewerbsverzerrungen führt, wird ein unbürokratischer und vollständiger Einkommensausgleich eingeführt. Damit wird sichergestellt, dass sich der Wettbewerb an den Bedürfnissen der Versicherten orientiert und sich die Krankenkassen um eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung bemühen.

Auf der Grundlage der Analysen und Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt vom 22. Juni 2011 zum Krankengeld und zu den Auslandsversicherten werden Sonderregelungen zur Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen in diesen Bereichen eingeführt.

Zur Stärkung der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Aufgabe des Institutes ist es, sich wissenschaftlich mit der Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu befassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss die notwendigen Entscheidungsgrundlagen für die von ihm nach § 137 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zu gestaltenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu liefern.

C. Alternativen

Keine

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Aus den Maßnahmen dieses Gesetzentwurfes ergeben sich finanzielle Auswirkungen insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung und den Bund. Daneben sind mit dem Gesetzentwurf finanzielle Auswirkungen für Länder und Gemeinden und für die Bundesagentur für Arbeit verbunden.

1. Bund

Der Bund wird durch die Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens erheblich entlastet, da die dafür bisher anzusetzenden Bundesmittel (§ 221b a.F. SGB V) nicht mehr benötigt werden.

Tabelle 1: Entlastung des Bundes durch Wegfall des Sozialausgleichs in Mrd. Euro

Jahr	2015	2016	2017	2018
	in Mrd. Euro			
Entlastung des Bundes durch Wegfall des Sozialausgleichs	0,2	0,5	1,0	2,1

Zudem wird der Bund im Hinblick auf den Übergang von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge durch die geringeren von ihm zu tragenden Beiträge von Beziehern von Arbeitslosengeld II im Bereich des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) entlastet.

Tabelle 2: Entlastung des Bundes im Bereich ALG II in Mrd. Euro

Jahr	2015	2016	2017	2018
	in Mio. Euro			
Entlastung des Bundes durch Übergang von einkommensunabhängigen zu einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen	90	190	310	430

Dem Bund entstehen Kosten in Höhe von 244.500,- Euro infolge der Gutachten, welche das Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in Auftrag zu geben hat. Mit Hilfe der Gutachten

sollen Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte entwickelt werden. Die Kosten für die ersten beiden explorativen Studien setzen sich zusammen aus Kosten von ca. 150.000 Euro für die Gutachten sowie sonstige Kosten von rd. 94.500,- Euro (15 Personenmonate, 1 Planstelle der Entgeltgruppe 13 TVöD, nach den Personalkostensätzen des BMF, einschließlich anteiliger Sachkostenpauschale).

Zu den für den Bund durch diesen Gesetzentwurf entstehenden Einsparungen im Vollzugsaufwand siehe unter Erfüllungsaufwand.

2. Länder und Gemeinden

Zu den für Länder und Gemeinden durch diesen Gesetzentwurf entstehenden Einsparungen im Vollzugsaufwand siehe unter Erfüllungsaufwand.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Reduzierung des durch die Mitglieder zu tragenden Beitragssatzanteils von 8,2 auf 7,3 Prozent Mindereinnahmen in einer Größenordnung von 10,6 Mrd. Euro. Diese Belastung kann durch die Erhebung prozentualer Zusatzbeiträge kompensiert werden.

Durch die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zu bisher entstandenen Ausgaben für die Aufgabenwahrnehmung nach § 137a SGB V zusätzliche jährliche Ausgaben im geschätzten unteren einstelligen Millionenbereich. Die Kosten des neuen Instituts werden ab dem Zeitpunkt, ab dem es die bisherigen sowie einige neue Aufgaben zur wissenschaftlichen Unterstützung der Qualitätssicherung erfüllt, auf bis zu 14 Mio. Euro jährlich geschätzt. Grundlage der Schätzung sind die Erfahrungen mit der Gründung und den Kosten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie mit dem bisher beauftragten Qualitätsinstitut.

4. Gesetzliche Rentenversicherung

Für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen. Zu den für die Rentenversicherungsträger durch diesen Gesetzentwurf entstehenden Einsparungen im Vollzugsaufwand siehe unter Erfüllungsaufwand.

5. Bundesagentur für Arbeit

Die Tragung der Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld führt für die Bundesagentur für Arbeit zu entsprechenden Belastungen.

Jahr	2015	2016	2017	2018
	in Mio. Euro			
Belastung der BA durch Tragung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge	50	90	150	200

6. Gesetzliche Unfallversicherung

Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht durch den Gesetzentwurf kein Erfüllungsaufwand. Vielmehr werden die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Abführung der Zusatzbeiträge im Quellenabzug deutlich entlastet. Müssten sie ihre Zusatzbeiträge selbst an ihre Krankenkasse zahlen, so wäre damit für sie ein entsprechender Aufwand verbunden.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden mehrere Informationspflichten abgeschafft. Dies führt zu geringeren Bürokratiekosten für die Wirtschaft und die Verwaltung.

Der einkommensabhängige Zusatzbeitrag wird im Quellenabzug von den beitragsabführenden Stellen abgeführt. Dafür ist es lediglich erforderlich, dass die Arbeitgeber die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen durch Meldung erfahren und bei der Beitragsabführung durch entsprechende einmalige Anpassung der IT berücksichtigen. Aus dieser Umstellung ergeben sich geringe Einmalkosten für die Arbeitgeber. Zudem ist davon auszugehen, dass diese durch eine Gesetzesänderung entstehenden Umstellungskosten in vielen Fällen je nach Gestaltung von den IT-Wartungsverträgen ohnehin erfasst sind. Die Arbeitgeber können nach der einmaligen Softwareanpassung zum Jahreswechsel den Zusatzbeitrag im Rahmen des allgemeinen Beitragsverfahrens melden und überweisen.

Bei den Krankenkassen entsteht durch die Einführung des Quellenabzugs bei den Zusatzbeiträgen ein einmaliger Erfüllungsaufwand zur Einrichtung der elektronischen Verarbeitung des prozentualen Zusatzbeitrages und der Pflege einer gemeinsamen Beitragsatzdatei sowie laufenden Mehraufwand durch die Verarbeitung des Zusatzbeitrages.

Des Weiteren besteht geringer Erfüllungsaufwand durch die Anpassung der Beitragsnachweisgrundsätze nach § 28b Viertes Buch Sozialgesetzbuch.

Diesem Erfüllungsaufwand bei den Krankenkassen stehen erhebliche Entlastungen gegenüber, die sich aus dem Wegfall des Sozialausgleichs ergeben. Neben wegfallenden Meldepflichten im Fall mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen der Mitglieder, entfällt für die Krankenkassen die Verpflichtung zur Durchführung des Sozialausgleichs bei freiwillig Versicherten Mitgliedern und Studenten sowie das Antragsverfahren bei unständig Beschäftigten.

Würden die Zusatzbeiträge nicht im Quellenabzug, sondern alternativ durch die Krankenkassen direkt bei ihren Mitgliedern erhoben, würden bei den Krankenkassen erhebliche Umstellungs- und laufende Kosten anfallen. Die Krankenkassen müssten hier die Einkommen der Mitglieder erfragen, auf Basis dieser Angaben den Zusatzbeitrag berechnen, Rechnungen an die Mitglieder versenden und den Zahlungseingang einschließlich entsprechender Mahnverfahren administrieren.

Durch die Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens werden auch die Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit, die Künstlersozialkasse und die Krankenkassen von Bürokratiekosten durch den Wegfall bestehender Meldepflichten und Dialogverfahren entlastet. Die Umstellung auf den Einzug der Zusatzbeiträge über den Quellenabzug führt – ähnlich wie bei den Arbeitgebern – für die Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit, die Künstlersozialkasse und die Krankenkassen zu einem geringen einmaligen Erfüllungsaufwand zur Einrichtung entsprechender Dialogverfahren.

Die Einführung des Beitragseinzugs für den prozentualen Zusatzbeitrag führt darüber hinaus zur Entlastung der Versicherten, da deren direkte Entrichtung von Zusatzbeiträgen an die Krankenkassen in der Regel entfällt.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Durch die Abschaffung des Sozialausgleichs entfallen insbesondere folgende Meldepflichten und Dialogverfahren der Arbeitgeber:

- die Meldung bei Mehrfachbeschäftigung bzw. bei mehreren sozialversicherungspflichtigen Einnahmen des Beschäftigten. Hieraus ergibt sich eine Entlastung von ca. 3 Mio. Euro jährlich.
- die Verpflichtung des Arbeitgebers, im Beitragsnachweis den Betrag gesondert nachzuweisen, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs als Beitrag zu zahlen wäre.
- die Verarbeitung der Meldung der Krankenkasse, wenn aufgrund mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen kein Sozialausgleich durchzuführen bzw. ein erhöhter Beitrag abzuführen ist.

Zusätzlich zu den oben genannten Entlastungen führt der Wegfall der monatlichen Meldungen bei angenommenen Mehrfachbeschäftigten in der Gleitzone und bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenzen zu Einsparungen. Für das bisherige Verfahren für Fälle in der Gleitzone liegt eine Erhebung des Erfüllungsaufwandes durch das Statistische Bundesamt vor. Die bisherigen Kosten betragen 5,147 Mio. Euro im Jahr für rd. 795.000 Fälle. Die Anzahl derer, die die Beitragsbemessungsgrenzen überschreiten, wird auf rund 4,5 Mio. Fälle geschätzt. Daraus ergibt sich bei gleichbleibendem Aufwand pro Fall von rd. 6,47 Euro wie für Fälle in der Gleitzone ein Erfüllungsaufwand von 29,134 Mio. Euro. Insgesamt beläuft sich der Erfüllungsaufwand für das bisherige Verfahren damit auf 34,281 Mio. Euro im Jahr.

Das vorgeschlagene Ersatzverfahren führt zu einem erheblich niedrigeren Erfüllungsaufwand, da die Entgeltmeldungen den Krankenkassen bereits vorliegen. Einmalige Kosten entstehen mit der Einrichtung des elektronischen Abfrageverfahrens. Für die Arbeitgeber erfolgt dies mit der alljährlichen Softwareanpassung, so dass hier keine zusätzlichen Kosten anzunehmen sind. Die Zahl der angenommenen Fälle mit einer Mehrfachbeschäftigung liegen bei rund 10 % der bisherigen Fälle, d.h. bei rd. 529.500 Fällen insgesamt. Bei einem angenommenen Erfüllungsaufwand pro Fall von ca. 6 Euro bezogen, ergibt sich daraus ein neuer Erfüllungsaufwand von rd. 3,177 Mio. Euro. Gegenüber dem heutigen Erfüllungsaufwand (34,281 Mio. Euro) für Personen, die die Gleitzonen- oder die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, kommt es zu einer Einsparung von rd. 31,104 Mio. Euro pro Jahr.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden mehrere Informationspflichten abgeschafft. Dies führt zu geringeren Bürokratiekosten für die Verwaltung (siehe auch unter E.2).

Durch den Auftrag zur Einrichtung des Qualitätsinstituts entsteht beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein einmaliger Umstellungsaufwand für die Stiftungsgründung und den Institutsaufbau. Diesem steht der Wegfall des Erfüllungsaufwands für die nach geltendem Recht regelmäßig notwendige und sehr aufwändige europaweite Neuausschreibung und Vergabe der Institutsaufgaben gegenüber. Auch der Aufwand für kontinuierlich erforderli-

che Verhandlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses mit dem bisherigen Institut über den Auftragsumfang und ggf. erforderliche Erweiterungen fällt künftig weg. Es ist daher von erheblichen Entlastungseffekten auszugehen.

Der Erfüllungsaufwand, der sich durch die Umsetzung der neuen Aufgaben des Instituts ergibt, lässt sich im einzelnen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht quantifizieren, weil dieser maßgeblich davon abhängt, wie der Gemeinsame Bundesausschuss diese Aufgaben konkret ausgestaltet. So hat dieser zunächst festzulegen, für welche und damit auch für wie viele Bereiche der stationären Versorgung vergleichende Qualitätsbewertungen entwickelt und veröffentlicht werden und wie detailliert diese Vergleiche sein sollen. Auch Auswahl und Umfang der Aufgaben zur Routinedatenauswertung sowie zur Einordnung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln hängt von zahlreichen notwendigen Vorfestlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ab. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass der Erfüllungsaufwand für diese Aufgaben durch die unter Buchstabe D.3 geschätzten jährlichen Mehrkosten im unteren einstelligen Millionenbereich abgedeckt ist. Umfasst sind insbesondere zwei neu geschaffene Informationspflichten des Instituts zur Veröffentlichung einrichtungsbezogener Qualitätsvergleiche der stationären Versorgung sowie zur Veröffentlichung von Informationen zu Zertifikaten und Qualitätssiegeln des Gesundheitswesens.

F. Weitere Kosten

Kosten, die über die oben aufgeführten Kosten und Erfüllungsaufwände hinausgehen, entstehen durch den Gesetzentwurf nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfs nicht zu erwarten.

Referentenentwurf

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung

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

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2013 (BGBl. I. S. 4382) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 137a wird wie folgt gefasst:

„§ 137a

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

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

(2) Die Bestellung der Institutsleitung erfolgt innerhalb des Stiftungsvorstands im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, das in den Stiftungsvorstand einen Vertreter entsendet.

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

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,

4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und diese in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten, die von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a unter Beachtung datenschutzrechtlicher Anforderungen übermittelt werden, darzustellen; sowie
7. Kriterien zur Bewertung von in der ambulanten und stationären Versorgung verbreiteten Zertifikaten und Qualitätssiegeln zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über deren Aussagekraft in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.

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

(4) Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen, das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen können die Beauftragung des Instituts beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Institut unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu den Aufgaben nach Absatz 3 für den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen. Das Institut kann sich auch ohne Beauftragungen mit Fragestellungen der Aufgaben nach Absatz 3 befassen; der Vorstand nach Absatz 2 ist hierüber unverzüglich zu informieren. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Satz 3 sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Veröffentlichung vorzulegen.

(5) Zur Erledigung der Aufgaben nach Absatz 3 kann das Institut im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss Forschungs- und Entwicklungsaufträge an externe Sachverständige vergeben.

(6) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sowie der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zu beteiligen.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut nach Absatz 1 oder eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle beauftragen, auf Antrag die im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten auszuwerten und die Auswertungsergebnisse für Zwecke der wis-

senschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in anonymisierter Form zu übermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt hierfür in der Verfahrensordnung unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften und des Gebots der Datensicherheit ein transparentes Verfahren sowie Bestimmungen zur Erstattung der aufgrund des Antrags entstandenen Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse. § 91 Absatz 5a gilt entsprechend. Das Verfahren nach Satz 2 beinhaltet insbesondere die Prüfung des berechtigten Interesses des Antragstellers an den Auswertungsergebnissen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit das für die Wahrnehmung der Aufgabe nach Satz 1 notwendige Datenschutzkonzept regelmäßig durch unabhängige Gutachter prüfen und bewerten zu lassen; das Ergebnis der Prüfung ist zu veröffentlichen.

(8) Für die Finanzierung des Instituts nach Absatz 1 gilt § 139c entsprechend.

(9) Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts haben die Beschäftigten vor ihrer Einstellung sowie alle an der Aufgabenerfüllung nach Absatz 3 beteiligten Personen und Institutionen mögliche Interessenkonflikte einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen zu legen.“

2. § 175 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung oder Beitragssatzerhöhung gekündigt werden.“

bb) In Satz 7 werden nach dem Wort „Erhebung“ die Wörter „des Zusatzbeitrags“ eingefügt und wird das bisherige Wort „Zusatzbeitrags“ durch das Wort „Zusatzbeitragssatzes“ ersetzt.

b) Absatz 4a wird aufgehoben.

3. § 194 Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242,“

4. § 201 Absatz 4 Nummer 1a wird aufgehoben.

5. § 220 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt für jedes Jahr und für das Folgejahr bis zum 15. Oktober die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen, der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen. Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a, für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach den §§ 266 und 270 sowie für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a. Bei der Schätzung der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen bleiben die Beträge nach § 271 Absatz 1a außer Betracht.“

6. § 221b wird aufgehoben.

7. Dem § 224 Absatz 1 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Die Sätze 1 und 2 gelten für den Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 entsprechend.“

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

9. § 242 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Kassenindividueller“ gestrichen.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „einkommensunabhängiger“ durch das Wort „einkommensabhängiger“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „Zusatzbeitrags“ durch das Wort „Zusatzbeitragssatzes“ ersetzt.

c) Absatz 2 wird aufgehoben.

d) Absatz 3 wird Absatz 2 und in Satz 1 werden nach den Wörtern „Absatz 1“ die Wörter „als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds“ und nach dem Wort „deckt“ folgender Halbsatz eingefügt: „; dabei sind die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen (§ 220 Absatz 2) je Mitglied zugrunde zu legen.“

e) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1 ist in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu erheben für

1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a sowie für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten oder Zwölften Buch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 13 oder freiwillig versichert sind; dies gilt auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben,
2. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 und 6 und Absatz 4a Satz 1,
3. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 7 und 8, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Absatz 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt,
4. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 3 oder nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht,
5. Mitglieder, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen sowie
6. Beschäftigte, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird.“

f) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

g) Absatz 5 wird aufgehoben.

h) Absatz 6 wird aufgehoben.

10. § 242a wird wie folgt gefasst:

„§ 242a

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

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

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

11. § 242b wird aufgehoben.

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

13. In § 247 Satz 2 werden die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ gestrichen.

14. In § 248 Satz 2 werden die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ gestrichen.

15. § 249 wird wie folgt geändert:

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

b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Beitrag“ die Wörter „zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 1“ eingefügt.

c) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3 und die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderte“ gestrichen.

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

17. § 251 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 3.“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Beitrag“ die Wörter „, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 3,“ eingefügt und in der Nummer 2 die Angabe „und Absatz 3“ gestrichen.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Beiträge“ die Wörter „und Zusatzbeiträge“ eingefügt.

- c) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Beiträge“ die Wörter „und die Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 1“ eingefügt.
 - d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Der Punkt am Ende wird durch die Wörter „, einschließlich der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 3.“ ersetzt.
 - bb) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 3 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden.“
 - e) In Absatz 4a wird der Punkt am Ende durch die Wörter „, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 1.“ ersetzt.
 - f) In Absatz 4b wird der Punkt am Ende durch die Wörter „, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 3.“ ersetzt.
 - g) In Absatz 4c wird der Punkt am Ende durch die Wörter „, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 3.“ ersetzt.
 - h) Absatz 6 wird aufgehoben.
18. § 252 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach §§ 242, 242a“ gestrichen.
 - b) Absatz 2a wird aufgehoben.
 - c) Absatz 2b wird aufgehoben.
 - d) In Absatz 3 werden die Wörter „den Verspätungszuschlag nach § 242 Absatz 6,“ gestrichen.
19. In § 253 werden nach dem Wort „Beschäftigung“ die Wörter „, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242,“ eingefügt.
20. In § 254 werden nach dem Wort „Beiträge“ die Wörter „, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242,“ eingefügt.
21. § 255 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags“ durch die Wörter „, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242“ ersetzt.
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Beiträgen“ die Wörter „und Zusatzbeiträgen“ und nach dem Wort „Beiträge“ die Wörter „und Zusatzbeiträge“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Beiträgen“ die Wörter „und Zusatzbeiträgen“ eingefügt.

- c) In Absatz 3 werden in den Sätzen 1, 2 und 4 jeweils nach dem Wort „Beiträge“ die Wörter „und Zusatzbeiträge“ eingefügt.
22. § 256 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Versorgungsbezügen“ die Wörter „, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242,“ eingefügt.
- bb) In Satz 3 werden die Wörter „; § 28f Absatz 3 Satz 5 des Vierten Buches gilt entsprechend“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Beiträge“ die Wörter „, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242,“ eingefügt.
- bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Beiträge“ die Wörter „, und Zusatzbeiträge nach § 242,“ eingefügt.
- cc) In Satz 4 werden nach dem Wort „Beiträge“ die Wörter „, und Zusatzbeiträgen nach § 242,“ eingefügt.
- c) In Absatz 3 wird in den Sätzen 1 und 2 jeweils das Wort „Beitragszahlung“ durch die Wörter „Zahlung der Beiträge und Zusatzbeiträge“ ersetzt.
23. § 257 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
- b) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
24. In § 261 Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Zusatzbeitrags“ durch das Wort „Zusatzbeitragssatzes“ ersetzt.
25. In § 266 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „; die Zuweisungen werden jeweils entsprechend § 272 angepasst“ gestrichen.
26. Nach § 268 wird folgender § 269 eingefügt:

„§ 269

Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

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

(2) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, kann die Höhe der Zuwei-

sungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppen begrenzt werden.

(3) Das Bundesversicherungsamt gibt Gutachten in Auftrag, mit denen Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, entwickelt werden sollen. Dabei ist auch zu untersuchen, ob und welche zusätzlichen Daten jeweils erforderlich sind, um das in Satz 1 genannte Ziel zu erreichen. § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten.

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

27. Nach § 270 wird folgender § 270a eingefügt:

„§ 270a

Einkommensausgleich

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

(2) Die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag nach § 242 erheben, erhalten die beim Gesundheitsfonds eingegangenen Beträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder nach § 242 in der sich nach Durchführung des Einkommensausgleichs ergebenden Höhe aus dem Gesundheitsfonds. Die Höhe dieser Mittel wird ermittelt, indem der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 mit den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und ihrer Mitgliederzahl vervielfacht wird.

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

(4) Das Bundesversicherungsamt verwaltet für die Zwecke der Durchführung des Einkommensausgleichs die eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen; § 271 Absatz 6 Satz 1 findet entsprechende Anwendung. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Mittel nach Absatz 2 und weist sie den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 5 Satz 3 und Absatz 6 Satz 7 finden entsprechende Anwendung. Das Nähere regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7.“

28. § 271 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Die eingehenden Beträge nach Absatz 1 sind, soweit sie sich auf Zusatzbeiträge nach § 242 beziehen, in voller Höhe für den Einkommensausgleich nach § 270a zu verwenden.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel in Form einer Liquiditätsreserve vorzuhalten, aus der unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, bei der Festsetzung des einheitlichen Betrags nach § 266 Absatz 2 nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken sind. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen.“

29. § 272 wird aufgehoben.

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

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

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

„(4) In den Fällen, in denen eine Mehrfachbeschäftigung vorliegt und nicht auszuschließen ist, dass die Voraussetzungen des § 22 vorliegen, hat die Einzugsstelle zwei Monate nach Eingang der Meldung über das Ende einer der Beschäftigungen oder der Jahresmeldungen von Amts wegen festzustellen, ob und in welcher Höhe Beiträge zu Unrecht entrichtet wurden. Die Einzugsstelle kann weitere Angaben zur Ermittlung der zugrunde zu legenden Entgelte seitens der Meldepflichtigen anfordern. Eine Anforderung hat in elektronischer Form durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erfolgen. Dies gilt auch für die Rückübermittlung des Ermittlungsergebnisses an die Meldepflichtigen. Das Nähere zum Verfahren und den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen regeln Gemeinsame Grundsätze; § 28b Absatz 1 gilt entsprechend.“

3. § 28a wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Nummer 10 wird aufgehoben.
 - b) Absatz 4a wird aufgehoben.
4. § 28f Absatz 3 Satz 5 wird aufgehoben.
5. § 28h Absatz 2a wird aufgehoben.

Artikel 3

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

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

1. In Absatz 2 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkten verminderten“ gestrichen.
2. In Absatz 3 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkten verminderten“ gestrichen.

Artikel 4

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

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

1. § 39 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Bemessung dieser Beiträge gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.“
 - bb) In Satz 3 werden die Wörter „die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ durch die Wörter „abweichend von Satz 2 die Hälfte des um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für die Bemessung der Beiträge aus den in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Renten gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung. Abweichend von Satz 1 gilt für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Hälfte des um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung.“
2. § 40 Absatz 2 Satz 1 wird durch folgenden Satz ersetzt:

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

3. In § 42 Absatz 2 werden die Wörter „abzüglich 0,9 Beitragssatzpunkte“ gestrichen.
4. In § 48 Absatz 3 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.

Artikel 5

Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte

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

Artikel 6

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

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

Artikel 7

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

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

1. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ werden gestrichen.
 - b) Die Angabe „§§ 223, 234 Absatz 1, die §§ 241, 242 Absatz 6 und § 242b Absatz 1 bis 3, 7 und 8“ wird durch die Angabe „§§ 223, 234 Absatz 1 und § 242“ ersetzt.
2. § 34 Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

Artikel 8

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

In § 12 Absatz 1c Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. I 1993 S. 2), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 13 des Gesetzes vom 28. August 2013 (BGBl. I S. 3395) geändert worden ist, wird das Wort „Zusatzbeitrag“ durch das Wort „Zusatzbeitragssatz“ ersetzt.

Artikel 9

Änderung des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes

In § 13 Absatz 3 Satz 3 des Gesetzes zur Regelung der Weiterverwendung nach Einsatzunfällen (Einsatz-Weiterverwendungsgesetz – EinsatzWVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2012 (BGBl. I S. 2070) werden die Wörter „in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung“ gestrichen.

Artikel 10

Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung

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

Artikel 11

Änderung der Beitragsverfahrensverordnung

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

Artikel 12

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 29 Nummer 4 werden vor dem Punkt die Wörter „sowie Minderung der Erwerbsfähigkeit“ eingefügt.
2. In § 31 wird Absatz 5 Satz 5 wie folgt gefasst:

„Das Nähere über die Abgrenzung der Leistungsausgaben für die Risikogruppen nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt.“
3. § 33 wird wie folgt gefasst:

„§ 33

Gutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

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

(2) Die Gutachten sollen Vorschläge unterbreiten, wie die Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und die Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, zielgerichteter ermittelt werden können. Die Vorgaben des § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 sind bei der Entwicklung der Modelle zu beachten. Dabei ist auch die Notwendigkeit einer Verbreiterung der Datengrundlage zu prüfen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe können die dem Bundesversicherungsamt oder dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelten versichertenbezogenen Daten der Krankenkassen sowie die der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland vorliegenden Daten genutzt werden.

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

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

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

4. Die §§ 33a bis 34 werden aufgehoben.
5. § 40 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 1 werden nach dem Wort „um“ die Wörter „die nach § 271 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für den Einkommensausgleich nach § 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu verwendenden Einnahmen,“ eingefügt.
 - b) In Nummer 3 wird jeweils die Angabe „§ 242 Absatz 5“ durch die Angabe „§ 224 Absatz 1“ ersetzt.
6. § 41 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

neu. Die Summe der Risikozuschläge nach § 31 Absatz 5 Satz 1 ist auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 31 Absatz 5 Satz 5 zu begrenzen. Die Hälfte der Zuweisungen für die Versichertengruppen nach § 29 Nummer 4 ist für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln.“
 - b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 wird jeweils die Angabe „§ 242 Absatz 5“ durch die Angabe „§ 224 Absatz 1“ ersetzt.
 - c) Absatz 4a wird aufgehoben.
7. Folgender § 43 wird angefügt:

„§ 43

Durchführung des Einkommensausgleichs

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

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

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnung zu den in § 39 Absatz 3 Satz 1 genannten Terminen die vorläufige Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu, indem die voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen mit ihrem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der durchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht werden. § 39 Absatz 3 Satz 5 und Absatz 3a gelten entsprechend.

(4) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr) zu dem in § 41 Absatz 5 Satz 1 genannten Termin die Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu, indem die voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen mit ihrem jahresdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht wird. § 41 Absatz 4 gilt entsprechend.“

Artikel 13

Änderung des Medizinproduktegesetzes

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

Artikel 14

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2015 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt wird.

(2) Artikel 1 Nummern 5, 10 und 26 sowie Artikel 12 Nummern 1 bis 3 und 6 Buchstabe a treten mit Wirkung vom 1. August 2014 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 1 und Artikel 13 treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt. In der Folge konnten die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds Finanzreserven aufbauen. Dies ist einerseits Ergebnis einer robusten gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und andererseits Folge wettbewerbsorientierter Reformen in den letzten Jahren, die zu einer höheren Wirtschaftlichkeit der Versorgung und damit zu einem moderaten Ausgabenwachstum beigetragen haben. Trotz der derzeit guten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ist davon auszugehen, dass schon ab 2015 die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds übersteigen werden.

Eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung kann nur mit einer wettbewerblichen Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung und einer umsichtigen Ausgabenpolitik gewährleistet werden. Darüber hinaus ist eine beschäftigungsfreundliche Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen sicherzustellen, um negative Effekte steigender Gesundheitsausgaben auf Beschäftigung und Wachstum zu vermeiden.

Dafür ist es notwendig, dass Zusatzbeiträge in Zukunft ein etabliertes Instrument der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind und von den Krankenkassen erhoben werden, um eine bessere Ausgewogenheit zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb zu erreichen. Die bisherige Situation, dass einzelne Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben mussten, während die meisten Krankenkassen aufgrund ihrer Finanzsituation auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen verzichten konnten, hat zu einer ungewollten Dominanz des Preiswettbewerbs geführt und den Wettbewerb auf der Leistungsseite, insbesondere um mehr Qualität in der Versorgung und Bemühungen um eine stärker präventive und sektorenübergreifende Ausrichtung des Gesundheitswesens, in den Hintergrund rücken lassen.

Zudem machten Krankenkassen mit hohen Überschüssen und hohen Finanzreserven - insbesondere zur langfristigen Vermeidung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge - nur in vergleichsweise geringem Umfang von der Möglichkeit Gebrauch, ihre Mitglieder durch die Auszahlung von Prämien oder durch zusätzliche Satzungsleistungen an der positiven Finanzentwicklung zu beteiligen. Das hatte zur Folge, dass sich die Finanzreserven der Krankenkassen höchst unterschiedlich entwickelten, differenzierte Preissignale an die Versicherten jedoch weitestgehend unterblieben.

Bei einer Neugestaltung der Finanzierungsgrundlagen ist sicherzustellen, dass die Beitragsautonomie der Krankenkassen weiter gestärkt wird und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen mit dem Ziel einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung stattfindet. Hieraus resultierende Anreize für Risikoselektion und damit einhergehende Wettbewerbsverzerrungen sind auszuschließen.

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt hat mit Datum vom 22. Juni 2011 einen Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich erstellt. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gegenüber dem bis zum Jahr 2008 bestehenden Risikostrukturausgleich die Zielgenauigkeit der Zu-

weisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben insgesamt erhöht hat. Der Beirat hat dabei u.a. die Zuweisungen für die Auslandsversicherten und die Zuweisungen für Krankengeld im Hinblick auf ihre Zielgenauigkeit untersucht. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wird auf dieser Grundlage weiterentwickelt.

Um eine qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtete gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, legt der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage gesetzlicher Rahmenvorgaben die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung fest. Auch wenn die Etablierung qualitätssichernder Maßnahmen in den letzten Jahren verbessert worden ist, gibt es immer wieder Hinweise darauf, dass weiteres Verbesserungspotential besteht. Die Qualitätsorientierung in der medizinischen Versorgung und die Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen muss deshalb gestärkt werden.

Bei der Entwicklung der Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität wird der Gemeinsame Bundesausschuss derzeit durch eine fachlich unabhängige Institution unterstützt, die im Rahmen eines europaweiten Vergabeverfahrens zeitlich befristet beauftragt wird. Es hat sich gezeigt, dass das in regelmäßigen Abständen erforderliche europaweite Ausschreibungsverfahren umfangreiche Arbeitskapazitäten des Gemeinsamen Bundesausschusses und der in ihm tätigen Institutionen blockiert. Auch erfordert dies in der Regel eine längerfristige Planung der zu übertragenden Aufgaben an die Institution, wodurch die Flexibilität bei der Gestaltung der Qualitätssicherung und die Orientierung an aktuellen Herausforderungen beeinträchtigt werden. Hinzu kommt, dass mit jeder Neubeauftragung entwickelte Kompetenzen und Verfahrensmodalitäten zwischen dem Auftraggeber und dem Auftragnehmer verloren gehen können. Notwendig ist daher eine dauerhafte und verlässliche Unterstützung des Gemeinsamen Bundesausschusses durch ein unabhängiges Qualitätsinstitut.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Mit dem Gesetzentwurf werden die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig gestärkt und auf eine dauerhaft solide Grundlage gestellt. Dies erfolgt im Wesentlichen durch die folgenden Maßnahmen:

1. Festsetzung des allgemeinen paritätisch finanzierten Beitragssatzes bei 14,6 Prozent

Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz wird bei 14,6 Prozent festgesetzt und der Arbeitgeberanteil bleibt bei 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben. Die im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) erfolgte Entkopplung der Lohnzusatzkosten von den Gesundheitsausgaben bleibt damit bestehen. Dadurch gewährleistet die Bundesregierung gute Rahmenbedingungen für Wachstum und Beschäftigung.

2. Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags und des damit verbundenen steuerfinanzierten Sozialausgleichsverfahrens

Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag und der damit verbundene steuerfinanzierte Sozialausgleich werden abgeschafft. Die Krankenkassen erheben den Zusatzbeitrag zukünftig als prozentualen Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen. Mit diesen Maßnahmen wird die Einkommensumverteilung bei den Zusatzbeiträgen zukünftig innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung organisiert. Ein Sozialausgleich und damit verbundene Mehrbelastungen des Bundeshaushalts sind nicht mehr erforderlich.

3. Einführung kassenindividueller einkommensabhängiger Zusatzbeiträge

Durch die Abschaffung des durch die Mitglieder zu tragenden Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten wird der Beitragssatz der Arbeitnehmer von heute 8,2 Prozent auf 7,3

Prozent reduziert. Die daraus resultierende Unterdeckung in Höhe von rund 11 Mrd. Euro soll durch kassenindividuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge gedeckt werden. Dadurch wird eine preisliche Differenzierung der Zusatzbeiträge erreicht. Zusatzbeiträge bleiben ein wichtiges Preissignal im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander. Damit wird der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt gestärkt. Die mit diesen Maßnahmen einher gehende Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen wird für viele Beitragszahlerinnen und -zahler im Jahr 2015 zu Entlastungen führen.

4. Einführung eines unbürokratischen und vollständigen Einkommensausgleichs

Grundsätzlich bestehen in der Höhe der durchschnittlichen Einkommen der versicherten Mitglieder zwischen den Krankenkassen erhebliche Unterschiede. Dies führt dazu, dass Krankenkassen mit überdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern beim gleichen Finanzierungsbedarf einen geringeren einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben müssten als Krankenkassen mit unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern. Damit die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen nicht zu Risiko-selektionsanreizen und Wettbewerbsverzerrungen führt, wird ein unbürokratischer und vollständiger Einkommensausgleich eingeführt. Damit wird sichergestellt, dass sich der Wettbewerb an den Bedürfnissen der Versicherten orientiert und sich die Krankenkassen um eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung bemühen.

5. Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Auf der Grundlage der Analysen und Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt vom 22. Juni 2011 zum Krankengeld und zu den Auslandsversicherten werden Sonderregelungen zur Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen in diesen Bereichen eingeführt.

6. Gründung eines Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Die Qualitätsorientierung in der ambulanten und stationären Versorgung wird durch die Gründung eines unabhängigen wissenschaftlichen Qualitätsinstitutes gestärkt. Aufgabe dieses Instituts ist es, den Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung zu unterstützen und stärkere Transparenz über die Behandlungsqualität für interessierte Patientinnen und Patienten zu schaffen.

7. Änderung des Medizinproduktegesetzes

Im Medizinproduktegesetz wird die Möglichkeit geschaffen, eine Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarmen oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten, die nicht den durch Rechtsverordnung festgelegten Anforderungen entspricht, als Ordnungswidrigkeit zu ahnden.

III. Alternativen

Keine

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes. Für die Änderung des Medizinproduktegesetzes folgt die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei. Dies betrifft insbesondere die Abschaffung des Sozialausgleichs und Einführung der Abführung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge im Quellenabzug von den beitragsabführenden Stellen.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf wurde unter Berücksichtigung der Managementregelungen der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft, seine Wirkung entsprechen einer nachhaltigen Entwicklung.

Durch den Gesetzentwurf wird die Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig gestärkt und dauerhaft auf eine solide Grundlage gestellt. Zudem wird damit eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Versorgung sichergestellt. Darüber hinaus wird mit dem Gesetzentwurf auch zukünftig eine beschäftigungsfreundliche Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen gewährleistet, um negative Effekte steigender Gesundheitsausgaben auf Beschäftigung und Wachstum zu vermeiden. Der Bundeshaushalt wird durch die neuen Regelungen tendenziell entlastet.

Mit der Gründung eines Qualitätsinstitutes, welches dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermitteln und hierfür geeignete Qualitätsindikatoren und Verfahren zur Messung von Qualität entwickeln soll, werden die Voraussetzungen für eine konsequente Qualitätsorientierung der Leistungserbringer geschaffen und der Qualitätswettbewerb gestärkt. Eine höhere Qualität der Versorgung führt mittel- bis langfristig zu einer wirtschaftlicheren Verwendung der Mittel und zu mehr Nachhaltigkeit im deutschen Gesundheitswesen.

Damit entspricht der Gesetzentwurf insbesondere den Managementregelungen 4 und 7 der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Aus den Maßnahmen dieses Gesetzentwurfes ergeben sich finanzielle Auswirkungen insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung und den Bund. Daneben sind mit dem Gesetzentwurf finanzielle Auswirkungen für Länder und Gemeinden und für die Bundesagentur für Arbeit verbunden.

1. Bund

Der Bund wird durch die Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens erheblich entlastet, da die dafür bisher anzusetzenden Bundesmittel (§ 221b a.F. SGB V) nicht mehr benötigt werden.

Tabelle 1: Entlastung des Bundes durch Wegfall des Sozialausgleichs in Mrd. Euro

Jahr	2015	2016	2017	2018
	in Mrd. Euro			
Entlastung des Bundes durch Wegfall des Sozialausgleichs	0,2	0,5	1,0	2,1

Zudem wird der Bund im Hinblick auf den Übergang von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge durch die geringeren von ihm zu tragenden Beiträge von Beziehern von Arbeitslosengeld II im Bereich des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) entlastet.

Tabelle 2: Entlastung des Bundes im Bereich ALG II in Mrd. Euro

Jahr	2015	2016	2017	2018
	in Mio. Euro			
Entlastung des Bundes durch Übergang von einkommensunabhängigen zu einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen	90	190	310	430

Dem Bund entstehen Kosten in Höhe von 244.500,- Euro infolge der Gutachten, welche das Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in Auftrag zu geben hat. Mit Hilfe der Gutachten sollen Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte entwickelt werden. Die Kosten für die ersten beiden explorativen Studien setzen sich zusammen aus Kosten von ca. 150.000 Euro für die Gutachten sowie sonstige Kosten von rd. 94.500,- Euro (15 Personenmonate, 1 Planstelle der Entgeltgruppe 13 TVöD, nach den Personalkostensätzen des BMF, einschließlich anteiliger Sachkostenpauschale).

Zu den für den Bund durch diesen Gesetzentwurf entstehenden Einsparungen im Vollzugsaufwand siehe unter Erfüllungsaufwand.

2. Länder und Gemeinden

Zu den für Länder und Gemeinden durch diesen Gesetzentwurf entstehenden Einsparungen im Vollzugsaufwand siehe unter Erfüllungsaufwand.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Reduzierung des durch die Mitglieder zu tragenden Beitragssatzanteils von 8,2 auf 7,3 Prozent Mindereinnahmen in einer Größenordnung von 10,6 Mrd. Euro. Diese Belastung kann durch die Erhebung prozentualer Zusatzbeiträge kompensiert werden.

Durch die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zu bisher entstandenen Ausgaben für die Aufgabenwahrnehmung nach § 137a SGB V jährlich zusätzliche Ausgaben im geschätzten unteren einstelligen Millionenbereich. Das neu zu gründende Institut soll die bisherigen Aufgaben nach § 137a Absatz 2 SGB V sowie einige zusätzliche Aufgaben übernehmen. Die Kosten für das neue Qualitätsinstitut werden ab diesem Zeitpunkt auf bis zu rd. 14 Mio. Euro jährlich geschätzt. Die Mehrkosten in Höhe eines unteren einstelligen Millionenbetrages entstehen insbesondere für die Aufgaben, die dem neuen Institut zusätzlich übertragen werden sollen. Die Gründung des Instituts ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss unmittelbar nach Inkrafttreten des § 137a neu SGB V einzuleiten. Nach der Gründung muss sukzessive das Personal gewonnen und die Infrastruktur des Instituts aufgebaut werden. In der Aufbauphase werden für das Jahr 2015

Kosten in Höhe von bis zu rd. 2 Mio. Euro und für das Jahr 2016 von bis zu rd. 8 Mio. Euro geschätzt. Diese entstehen zusätzlich zu den bis Ende des Jahres 2016 noch anfallenden Kosten des bisher beauftragten Instituts.

4. Gesetzliche Rentenversicherung

Für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen. Zu den für die Rentenversicherungsträger durch diesen Gesetzentwurf entstehenden Einsparungen im Vollzugaufwand siehe unter Erfüllungsaufwand.

5. Bundesagentur für Arbeit

Die Tragung der Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld führt für die Bundesagentur für Arbeit zu entsprechenden Belastungen.

Jahr	2015	2016	2017	2018
	in Mio. Euro			
Belastung der BA durch Tragung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge	50	90	150	200

6. Gesetzliche Unfallversicherung

Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen.

4. Erfüllungsaufwand

Bei der Berechnung des Erfüllungsaufwandes sowie der Be- und Entlastungseffekte wurde der Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwandes in Regelungsvorhaben der Bundesregierung des Statistischen Bundesamtes (Stand: Oktober 2012) zugrunde gelegt.

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht durch den Gesetzentwurf kein Erfüllungsaufwand. Vielmehr werden die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Abführung der Zusatzbeiträge im Quellenabzug deutlich entlastet. Müssten sie ihre Zusatzbeiträge selbst an ihre Krankenkasse zahlen, so wäre damit für sie ein entsprechender Aufwand verbunden.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden mehrere Informationspflichten abgeschafft. Dies führt zu geringeren Bürokratiekosten für die Wirtschaft und die Verwaltung.

Der einkommensabhängige Zusatzbeitrag wird im Quellenabzug von den beitragsabführenden Stellen abgeführt. Dafür ist es lediglich erforderlich, dass die Arbeitgeber die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen durch Meldung erfahren und bei der Beitragsabführung durch entsprechende einmalige Anpassung der IT berücksichtigen. Aus dieser Umstellung ergeben sich geringe Einmalkosten für die Arbeitgeber. Zudem ist davon auszugehen, dass diese durch eine Gesetzesänderung entstehenden Umstellungskosten in vielen Fällen je nach Gestaltung von den IT-Wartungsverträgen ohnehin erfasst sind.

Die Arbeitgeber können nach der einmaligen Softwareanpassung zum Jahreswechsel den Zusatzbeitrag im Rahmen des allgemeinen Beitragsverfahrens melden und überweisen.

Bei den Krankenkassen entsteht durch die Einführung des Quellenabzugs bei den Zusatzbeiträgen ein einmaliger Erfüllungsaufwand zur Einrichtung der elektronischen Verar-

beitung des prozentualen Zusatzbeitrages und der Pflege einer gemeinsamen Beitragsatzdatei sowie laufenden Mehraufwand durch die Verarbeitung des Zusatzbeitrages. Des weiteren besteht geringer Erfüllungsaufwand durch die Anpassung der Beitragsnachweisgrundsätze nach § 28b Viertes Buch Sozialgesetzbuch. Diesem Erfüllungsaufwand bei den Krankenkassen stehen erhebliche Entlastungen gegenüber, die sich aus dem Wegfall des Sozialausgleichs ergeben. Neben wegfallenden Meldepflichten im Fall mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen der Mitglieder, entfällt für die Krankenkassen die Verpflichtung zur Durchführung des Sozialausgleichs bei freiwillig Versicherten Mitgliedern und Studenten sowie das Antragsverfahren bei unständig Beschäftigten.

Würden die Zusatzbeiträge nicht im Quellenabzug, sondern alternativ durch die Krankenkassen direkt bei ihren Mitgliedern erhoben, würden bei den Krankenkassen erhebliche Umstellungs- und laufende Kosten anfallen. Die Krankenkassen müssten hier die Einkommen der Mitglieder erfragen, auf Basis dieser Angaben den Zusatzbeitrag berechnen, Rechnungen an die Mitglieder versenden und den Zahlungseingang einschließlich entsprechender Mahnverfahren administrieren.

Durch die Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens werden auch die Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit, die Künstlersozialkasse und die Krankenkassen von Bürokratiekosten durch den Wegfall bestehender Meldepflichten und Dialogverfahren entlastet. Die Umstellung auf den Einzug der Zusatzbeiträge über den Quellenabzug führt – ähnlich wie bei den Arbeitgebern – für die Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit, die Künstlersozialkasse und die Krankenkassen zu einem geringen einmaligen Erfüllungsaufwand zur Einrichtung entsprechender Dialogverfahren.

Die Einführung des Beitragseinzugs für den prozentualen Zusatzbeitrag führt darüber hinaus zur Entlastung der Versicherten, da deren direkte Entrichtung von Zusatzbeiträgen an die Krankenkassen in der Regel entfällt.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Durch die Abschaffung des Sozialausgleichs entfallen insbesondere folgende Meldepflichten und Dialogverfahren der Arbeitgeber:

- die Meldung bei Mehrfachbeschäftigung bzw. bei mehreren sozialversicherungspflichtigen Einnahmen des Beschäftigten. Hieraus ergibt sich eine Entlastung von ca. 3 Mio. Euro jährlich.
- die Verpflichtung des Arbeitgebers, im Beitragsnachweis den Betrag gesondert nachzuweisen, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs als Beitrag zu zahlen wäre.
- die Verarbeitung der Meldung der Krankenkasse, wenn aufgrund mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen kein Sozialausgleich durchzuführen bzw. ein erhöhter Beitrag abzuführen ist.

Zusätzlich zu den oben genannten Entlastungen führt der Wegfall der monatlichen Meldungen bei angenommenen Mehrfachbeschäftigten in der Gleitzone und bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenzen zu Einsparungen. Für das bisherige Verfahren für Fälle in der Gleitzone liegt eine Erhebung des Erfüllungsaufwandes durch das Statistische Bundesamt vor. Die bisherigen Kosten betragen 5,147 Mio. Euro im Jahr für rd. 795.000 Fälle. Die Anzahl derer, die die Beitragsbemessungsgrenzen überschreiten, wird auf rund 4,5 Mio. Fälle geschätzt. Daraus ergibt sich bei gleichbleibendem Aufwand pro Fall von rd. 6,47 Euro wie für Fälle in der Gleitzone ein Erfüllungsaufwand von 29,134 Mio. Euro. Insgesamt beläuft sich der Erfüllungsaufwand für das bisherige Verfahren damit auf 34,281 Mio. Euro im Jahr.

Das vorgeschlagene Ersatzverfahren führt zu einem erheblich niedrigeren Erfüllungsaufwand, da die Entgeltmeldungen den Krankenkassen bereits vorliegen. Einmalige Kosten entstehen mit der Einrichtung des elektronischen Abfrageverfahrens. Für die Arbeitgeber erfolgt dies mit der alljährlichen Softwareanpassung, so dass hier keine zusätzlichen Kosten anzunehmen sind. Die Zahl der angenommenen Fälle mit einer Mehrfachbeschäftigung liegen bei rund 10 % der bisherigen Fälle, d.h. bei rd. 529.500 Fällen insgesamt. Bei einem angenommenen Erfüllungsaufwand pro Fall von ca. 6 Euro bezogen, ergibt sich daraus ein neuer Erfüllungsaufwand von rd. 3,177 Mio. Euro. Gegenüber dem heutigen Erfüllungsaufwand (34,281 Mio. Euro) für Personen, die die Gleitzone- oder die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, kommt es zu einer Einsparung von rd. 31,104 Mio. Euro pro Jahr. Durch den Auftrag zur Einrichtung des Qualitätsinstituts entsteht beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein einmaliger Umstellungsaufwand für die Stiftungsgründung und den Institutsaufbau. Diesem steht der Wegfall des Erfüllungsaufwands für die nach geltendem Recht regelmäßig notwendige und sehr aufwändige europaweite Neuausschreibung und Vergabe der Institutsaufgaben gegenüber. Auch der Aufwand für kontinuierlich erforderliche Verhandlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses mit dem bisherigen Institut über den Auftragsumfang und ggf. erforderliche Erweiterungen fällt künftig weg. Es ist daher von erheblichen Entlastungseffekten auszugehen.

Der Erfüllungsaufwand, der sich durch die Umsetzung der neuen Aufgaben des Instituts ergibt, lässt sich im einzelnen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht quantifizieren, weil dieser maßgeblich davon abhängt, wie der Gemeinsame Bundesausschuss diese Aufgaben konkret ausgestaltet. So hat dieser zunächst festzulegen, für welche und damit auch für wie viele Bereiche der stationären Versorgung vergleichende Qualitätsbewertungen entwickelt und veröffentlicht werden und wie detailliert diese Vergleiche sein sollen. Auch Auswahl und Umfang der Aufgaben zur Routinedatenauswertung sowie zur Einordnung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln hängt von zahlreichen notwendigen Vorfestlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ab. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass der Erfüllungsaufwand für diese Aufgaben durch die unter Ziffer 3 geschätzten jährlichen Mehrkosten im unteren einstelligen Millionenbereich abgedeckt ist. Umfasst sind insbesondere zwei neu geschaffene Informationspflichten des Instituts zur Veröffentlichung einrichtungsbezogener Qualitätsvergleiche der stationären Versorgung sowie zur Veröffentlichung von Informationen zu Zertifikaten und Qualitätssiegeln des Gesundheitswesens.

5. Weitere Kosten

Kosten, die über die oben aufgeführten Kosten und Erfüllungsaufwände hinausgehen, entstehen durch den Gesetzentwurf nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfs nicht zu erwarten.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Mit dem Gesetzentwurf werden die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig gestärkt und auf eine dauerhaft solide Grundlage gestellt. Sowohl dadurch als auch durch die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen wird zudem eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Versorgung sichergestellt.

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetz keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

VII. Befristung; Evaluation

Eine Befristung der mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen kommt nicht in Betracht. Die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung werden mit den mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen nachhaltig gestärkt und auf eine dauerhaft solide Grundlage gestellt. Sowohl dadurch als auch durch die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen wird zudem eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Versorgung sichergestellt.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 137a)

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den gesetzlichen Auftrag, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Das Institut wird sich mit der Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität befassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss notwendige Entscheidungsgrundlagen für die von ihm gemäß § 137 zu gestaltenden Maßnahmen der Qualitätssicherung liefern. Neben den bisherigen Aufgaben nach § 137a werden dem neuen Institut zusätzliche Aufgaben zur Förderung der Qualitätsorientierung der Versorgung übertragen. So gehören die Ermittlung der Versorgungsqualität auch auf der Basis von sogenannten Routinedaten sowie eine bessere Information über die Qualität der Leistungserbringung zu den Aufgaben des Instituts. Der Wechsel zu einer dauerhaften Institutsstruktur sichert die sachgerechte und wirtschaftliche Aufgabenerfüllung und stärkt die fachliche Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Zuarbeit für den Gemeinsamen Bundesausschuss. Durch die nachhaltige Verankerung der Institutsaufgaben kann künftig kontinuierlich auf entwickelte Kompetenzen, Verfahrensabläufe und bereits gewonnene Erkenntnisse zurückgegriffen werden. Diese Kontinuität bei der wissenschaftlichen Unterstützung der Qualitätssicherung ist im Hinblick auf die wachsende Bedeutung von Qualitätsaspekten für die Weiterentwicklung der Versorgung dringend erforderlich.

Zu Absatz 1

Die Regelung in Satz 1 verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss, ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges wissenschaftliches Institut zu gründen und dessen Trägerschaft zu übernehmen. Diesem Institut obliegen zukünftig umfassende Aufgaben der wissenschaftlichen Unterstützung der Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität. Es ist nach der Regelung als fachlich unabhängiges Institut zu bilden. Um das Institut in dem Umfang, in dem es die Wahrnehmung seiner Aufgaben erfordert, mit der notwendigen Kompetenz auszustatten, ist die Rechtsfähigkeit des Instituts gefordert. Satz 2 gibt insoweit als Rechtsform die Stiftung des privaten Rechts vor. Diese Vorgaben orientieren sich an der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 139a Absatz 1 gewählten Organisationsform bei der Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, die sich in der Praxis bewährt hat.

Zu Absatz 2

Die Regelung in Absatz 2 sichert ein Beteiligungsrecht des Bundesministeriums für Gesundheit bei der Bestimmung der Leitung des Instituts und bei der Wahrnehmung der Aufgaben des Stiftungsvorstands. Näheres regelt die Satzung der Stiftung des privaten Rechts.

Zu Absatz 3

Absatz 3 Satz 1 nennt die Arbeitsfelder, in denen das Institut im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses tätig wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann danach das Institut in allen Bereichen, in denen er Maßnahmen zur Qualitätssicherung gestaltet, mit Aufgaben insbesondere zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen und zur Darstellung der Versorgungsqualität beauftragen. Satz 2 konkretisiert insoweit in nicht abschließender Form wichtige Aufgaben, mit denen der Gemeinsame Bundesausschuss das Institut beauftragen soll.

Die Nummern 1 bis 4 entsprechen dem Aufgabenkatalog in Absatz 2 der bisherigen Regelung. Der Auftrag nach Nummer 1 zur möglichst sektorenübergreifenden Entwicklung von abgestimmten Indikatoren und Instrumenten zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität belässt die Möglichkeit von notwendigen sektorbezogenen Entwicklungsaufträgen. Daneben soll das Institut nach den Nummern 2 bis 4 unter Beachtung des Gebots der Datensparsamkeit die Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung erarbeiten, sich an der Durchführung der externen Qualitätssicherung beteiligen und die Ergebnisse von Maßnahmen der Qualitätssicherung allgemeinverständlich veröffentlichen.

Nummer 5 enthält den zusätzlichen Auftrag, über die Qualität von maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung im Internet durch einrichtungsbezogene, vergleichende Übersichten zu informieren. Diese Übersichten sollen Unterschiede in der Qualität der stationären Versorgung deutlich machen und eine qualitätsorientierte Auswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten ermöglichen. In welchen Leistungsbereichen der Krankenhausversorgung vergleichende Qualitätsübersichten erstellt werden, ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Hinblick auf die Relevanz der Leistung, das vorhandene Verbesserungspotential und das Informationsbedürfnis insbesondere der Patientinnen und Patienten zu bestimmen. Als Grundlage der vergleichenden Übersichten sind geeignete Daten, die in den Qualitätsberichten veröffentlicht werden, heranzuziehen. Sofern sich auch Ergebnisse der Routinedatenauswertung nach Nummer 6 für die Nutzung in den vergleichenden Übersichten zum stationären Versorgungsgeschehen eignen, sollen diese nach der Regelung einbezogen werden. Dies zielt auf einen möglichst hohen Informationsgehalt der Qualitätsvergleiche zur Krankenhausversorgung ab.

Nummer 6 sieht als weitere neue Aufgabe vor, dass das Institut beauftragt werden soll, die Qualität ausgewählter Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung auch auf der Basis von sogenannten Routinedaten der Krankenkassen (z.B. Abrechnungs- und Leistungsdaten) zu ermitteln und für den Gemeinsamen Bundesausschuss als Entscheidungsgrundlage zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung darzustellen. Diese Routinedatennutzung soll insbesondere dazu dienen, Qualitätsdefizite möglichst frühzeitig zu erkennen und mit gezielten Qualitätssicherungsmaßnahmen gegensteuern zu können. Die Auswahlentscheidung, bei welchen Leistungen die Qualität auf der Basis von Routinedaten untersucht werden soll, trifft der Gemeinsame Bundesausschuss. Die stärkere Nutzung der bei den Krankenkassen bereits vorliegenden Daten zur Erhebung der Versorgungsqualität hat den Vorteil, dass für die Leistungserbringer kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entsteht. Für die Qualitätserhebungen heranzuziehen sind nach der Regelung allerdings nur solche Routinedaten, welche geeignet sind, Aufschluss über Qualitätsaspekte zu geben. Der Verweis auf § 299 Absatz 1a stellt die notwendige Verknüpfung mit der Rechtsgrundlage für die Nutzung und Übermittlung der nach § 284 Absatz 1 erhobenen und gespeicherten versicherten- und einrichtungsbezogenen Daten für die Zwecke der Qualitätssicherung her. Damit wird auch klargestellt, dass die von den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nach Maßgabe des § 299 Absatz 1a in Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses festzulegen sind. Zusätzlich ist für die Datennutzung die Beachtung datenschutzrechtlicher Anforderungen ausdrücklich vorgegeben.

Nach Nummer 7 soll das Institut den Auftrag erhalten, Bewertungskriterien für die Vielfalt von Zertifikaten und Qualitätssiegeln im Gesundheitswesen zu erarbeiten und auf der Ba-

sis dieser Kriterien allgemeinverständlich über den Gehalt der Zertifikate zu informieren. Die Bewertungskriterien und Informationen zu den Zertifikaten und Siegeln bieten Hilfeleistung für Patientinnen und Patienten bei der Beurteilung, welche Aussagen einer Zertifizierung in Bezug auf Qualität entnommen und welche Schlüsse aus einem Zertifikat gerade nicht abgeleitet werden können. Dadurch wird Transparenz über die Aussagekraft von Zertifikaten und Qualitätssiegeln hergestellt und ihre Einordnung ermöglicht.

Satz 3 übernimmt mit redaktionellen Änderungen die Regelung des bisherigen Absatz 2 Satz 2, der die Fälle betrifft, in denen weitere Einrichtungen z.B. die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Nummer 1 mitwirken. Danach wird die Bindungswirkung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung über § 91 Absatz 6 hinaus auch auf diese Einrichtungen erstreckt.

Zu Absatz 4

Satz 1 gibt den Organisationen, die den Gemeinsamen Bundesausschuss bilden, dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen das Recht, beim Gemeinsamen Bundesausschuss die Beauftragung des Instituts nach Absatz 1 zu beantragen. Die Antragsberechtigten erhalten dadurch die Möglichkeit, aus ihrer Sicht notwendige Institutsaufträge anzustoßen.

Daneben begründet Satz 2 für das Bundesministerium für Gesundheit ein unmittelbares Auftragsrecht an das Institut. Es bezieht sich auf Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu den Aufgaben nach Absatz 3, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bei der weiteren Entwicklung der Qualitätssicherung berücksichtigt werden sollen. Dadurch wird dem Bundesministerium für Gesundheit ermöglicht, wichtige Fragestellungen der Qualitätssicherung aufzugreifen und Beratungsprozesse im Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage der Ergebnisse der Institutsbefassung zu befördern.

Satz 3 begründet eine Ermächtigung für das Institut, sich auch außerhalb von Beauftragungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Bundesministeriums für Gesundheit mit Fragestellungen zur Qualitätssicherung nach Absatz 3 zu befassen. Die Inhalte dieser Arbeit und die sich daraus ergebenden Ergebnisse sind allein vom Institut zu verantworten. Legitimiert durch das Selbstbefassungsrecht kann das Institut Qualitätssicherungsthemen aus eigener Initiative aufgreifen und bearbeiten. Die Informationspflicht über die Selbstbefassung gegenüber dem Vorstand trägt im Hinblick auf den Ressourceneinsatz dessen Kontrollfunktion in Bezug auf die ordnungsgemäße Geschäftsführung des Instituts Rechnung. Zudem ist über den Stiftungsvorstand der Informationsfluss zu den Inhalten der Selbstbefassung zu den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses und zum Bundesministerium für Gesundheit sichergestellt. Das Erfordernis der Unverzögerlichkeit dieser Information ermöglicht u.a., dass von diesen gegebenenfalls bereits in einem frühen Stadium der Bearbeitung Anregungen zu den Selbstbefassungstätigkeiten an das Institut herangetragen werden können.

Satz 4 verpflichtet das Institut, die Ergebnisse der auf eigene Initiative durchgeführten Arbeiten dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Bundesministerium für Gesundheit bereits vor der Veröffentlichung vorzulegen. Sie erhalten dadurch die Gelegenheit, sich vorab mit den Ergebnissen zu befassen und eine mögliche Bewertung für den Zeitpunkt der Veröffentlichung vorzubereiten.

Zu Absatz 5

Die Regelung erlaubt dem Institut nach Absatz 1 im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss Forschungs- und Entwicklungsaufträge an externe Sachverständigen

dige zu vergeben. Damit erhält das Institut die Möglichkeit, mit anderen wissenschaftlichen Einrichtungen und Instituten zusammenzuarbeiten, die Expertise im Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen besitzen. Der dort vorhandene Sachverstand kann insbesondere dann für die Institutsaufgaben genutzt werden, wenn Expertise in Spezialbereichen notwendig ist oder zur Aufgabenerfüllung zusätzliche Kapazitäten erforderlich sind. Das Einvernehmensefordernis gewährleistet die notwendige Abstimmung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Einbeziehung externer Sachverständiger bei den Institutsaufträgen.

Zu Absatz 6

Die Regelung übernimmt die Beteiligungsvorschrift aus Absatz 3 der bisherigen Fassung des § 137a, die gewährleistet, dass das Institut bei der Bearbeitung seiner Aufträge die genannten, fachlich betroffenen Organisationen und Institutionen z.B. in Expertengruppen einzubeziehen hat, damit deren Sachverstand in die Arbeiten einfließen kann.

Zu Absatz 7

Durch die Regelung in Satz 1 werden die Voraussetzungen zur Nutzung der Daten aus der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung für Zwecke der Forschung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung nunmehr ausdrücklich geregelt (sogenannte sekundäre Datennutzung). Die Regelung ermächtigt den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Institut nach Absatz 1 oder eine andere an der Qualitätssicherung beteiligte Einrichtung zu beauftragen, diese Daten auf Antrag auszuwerten und den Antragstellenden die Auswertungsergebnisse zu Forschungszwecken und zur Entwicklung der Qualitätssicherung in anonymisierter Form zu übermitteln. Der Auftrag kann auch an eine andere Stelle gerichtet werden, die für den Gemeinsamen Bundesausschuss Auswertungsaufgaben im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung wahrnimmt (z.B. bei der Qualitätssicherung in der Dialyseversorgung). Zur sekundären Nutzung werden ausschließlich anonymisierte und darüber hinaus aggregierte Daten zur Verfügung gestellt, die keinerlei Zuordnung zu einzelnen Versicherten oder Leistungserbringern zulassen.

Satz 2 verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Verfahren der sekundären Datennutzung unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften und des Gebots der Datensicherheit sowie notwendige Bestimmungen zur Kostentragung durch die Antragstellenden in seiner Verfahrensordnung zu regeln. Durch die Verortung dieser Regelungen in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses wird dem Transparenzerfordernis Rechnung getragen und die Regelungssystematik in Bezug auf andere Antragsverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingehalten. Als Teil der Verfahrensordnung bedürfen die Regelungen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 91 Absatz 4 Satz 2.

Durch die in Satz 3 angeordnete entsprechende Geltung des § 91 Absatz 5a ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, auch wenn es sich nicht um Richtlinienbeschlüsse, sondern um Regelungen der Verfahrensordnung handelt. Diese Stellungnahme soll dessen Expertise im Interesse eines möglichst hohen Datenschutzniveaus des Verfahrens einfließen lassen; der Gemeinsame Bundesausschuss hat sie in seine Entscheidung über das Verfahren einzubeziehen.

Satz 4 schreibt vor, dass der Antragstellende für die Nutzung der Qualitätssicherungsdaten ein berechtigtes wissenschaftliches Interesse nachweisen muss. Das Nähere hierzu bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Verfahrensregelungen nach Satz 2.

Die Bestimmung des Satz 5 gewährleistet, dass das Verfahren der sekundären Datennutzung regelhaft einer Überprüfung unterzogen wird, um hinsichtlich Datenschutz und Datensicherheit den jeweils aktuellen Anforderungen zu entsprechen. Ein wichtiger Gegenstand dieser regelmäßigen Überprüfung wird das für die Umsetzung des Verfahrens zur

sekundären Datennutzung erforderliche Datenschutzkonzept und dessen Umsetzung sein. Die regelmäßige Überprüfung durch unabhängige Dritte ist wegen des raschen informationstechnischen Fortschrittes geboten. Die Veröffentlichung des Prüfergebnisses dient der Transparenz des Verfahrens.

Zu Absatz 8

Die Regelung übernimmt den Finanzierungsmechanismus, wie er nach § 139c für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vorgegeben ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt auch hier das Nähere insbesondere zur Höhe der finanziellen Leistungen sowie zum Verfahren der Mittelbereitstellung.

Zu Absatz 9

Die Offenlegungspflicht in Absatz 9 dient der Sicherung der fachlichen Unabhängigkeit der in die Institutsaufgaben einbezogenen Personen und Institutionen. Mögliche Interessenkonflikte durch Arbeitsbeziehungen zu Industrie, Verbänden und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind danach transparent zu machen.

Zu Nummer 2 (§ 175)

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe aa

Mit der Änderung wird das Sonderkündigungsrecht bei Erhebung von Zusatzbeiträgen in § 175 Absatz 4 Satz 5 im Hinblick auf die Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge in § 242 Absatz 1 und die Abschaffung der Zahlung einer Prämie in § 242 Absatz 2 a.F. angepasst. Nach dem ersten Halbsatz kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung oder Beitragssatzerhöhung gekündigt werden, wenn die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 einen Zusatzbeitrag einführt oder ihren Zusatzbeitragssatz erhöht. Da die Zahlung einer Prämie in § 242 Absatz 2 nicht mehr vorgesehen ist, entfällt das Sonderkündigungsrecht bei Verringerung einer Prämie.

Zu Buchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 175 Absatz 4 Satz 5.

Zu Buchstabe b

Als Folgeänderung zur Abschaffung der Regelung zur Erhebung des Differenzbetrags in § 242 Absatz 4 a.F. wird auch das Sonderkündigungsrecht im Zusammenhang mit der Erhebung eines Differenzbetrages in § 175 Absatz 4a aufgehoben.

Zu Nummer 3 (§ 194)

§ 194 Absatz 1 regelt, welche Bestimmungen die Satzung der Krankenkasse insbesondere enthalten muss. Durch eine Änderung der Nummer 4 wird korrespondierend mit § 242 Absatz 1 Satz 1 klargestellt, dass die Krankenkasse in ihrer Satzung die Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242 zu regeln hat. Regelungen zur Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrags sind gesetzlich vorgegeben, so dass insoweit abweichende Regelungen in der Satzung nicht in Betracht kommen.

Zu Nummer 4 (§ 201)

Als Folge der Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge entfällt die Notwendigkeit eines Sozialausgleichs (§ 242b a.F.). Daher sind nunmehr auch Meldungen des Rentenversicherungsträgers nach § 201 Absatz 4 Nummer 1a entbehrlich.

Zu Nummer 5 (§ 220)

§ 220 Absatz 2 regelt die Aufgabe des Schätzerkreises beim Bundesversicherungsamt. Mit der Änderung wird die Regelung im Hinblick auf die Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge mit einem vollständigen Einkommensausgleich modifiziert und redaktionell angepasst. Danach schätzt der Schätzerkreis für jedes Jahr und für das Folgejahr bis zum 15. Oktober die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen, der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen. Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a, für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach den §§ 266 und 270 sowie für die Durchführung des mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen vollständigen Einkommensausgleichs nach § 270a. Zudem wird in der Regelung klargestellt, dass die Zusatzbeiträge nach §§ 242, 271 Absatz 1a bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds außer Betracht bleiben.

Zu Nummer 6 (§ 221b)

Als Folgeregelung zur Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F.) wird auch die Regelung zur Beteiligung des Bundes an diesen Aufwendungen einschließlich der Evaluierungsklausel in Absatz 2 aufgehoben. Die Evaluierungsklausel, nach der eine einmalige Überprüfung der Auswirkungen bestimmter Regelungen des Versorgungstrukturgesetzes im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung durch die Bundesregierung bis zum 30. April 2014 zu erfolgen hat, wird nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht mehr benötigt.

Zu Nummer 7 (§ 224)

Mit der Ergänzung des § 224 Absatz 1 wird geregelt, dass sich die Beitragsfreiheit in den Fällen des § 224 auch auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 erstreckt.

Zu Nummer 8 (§ 241)

Der paritätisch finanzierte allgemeine Beitragssatz wird bei 14,6 Prozent festgesetzt. Der Arbeitgeberanteil ist damit weiterhin bei 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben. Die gesetzlichen Krankenkassen erheben im Wettbewerb künftig den Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder. Der bisherige mitgliederbezogene Beitragssatzanteil in Höhe von 0,9 Prozent fließt in diesen Zusatzbeitrag ein.

Zu Nummer 9 (§ 242)

Die Zusatzbeiträge nach § 242 werden in Zukunft nicht mehr einkommensunabhängig, sondern prozentual im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben. Diese Umstellung erfordert eine Reihe von Änderungen des § 242. So wird die Zahlung von Prämien abgeschafft. Die Sonderregelungen für die Erhebung von Zusatzbeiträgen für Bezieher von Arbeitslosengeld II werden gestrichen. Die Vorschriften zu den Personen, die von der Erhebung von Zusatzbeiträgen ausgenommen sind, werden angepasst. Das Sanktionsinstrument des Verspätungszuschlags wird abgeschafft.

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird redaktionell angepasst.

Zu Buchstabe b

Soweit erforderlich wurden Zusatzbeiträge von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung bislang in festen Eurobeträgen erhoben. Nunmehr erfolgt eine einkommensabhängige Erhebung. Dies geschieht, indem ein kassenindividueller Prozentsatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder angewendet wird. In Verbindung mit der Absenkung des einheitlichen Beitragssatzes wird die Beitragsautonomie der Krankenkassen erheblich ausgeweitet. Damit die unterschiedliche Einkommensstruktur der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führt, wird zudem ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt (vgl. § 270a).

Zu Buchstabe c

Der bisherige Absatz 2 entfällt. Damit wird die Möglichkeit der Krankenkassen, an ihre Mitglieder Prämien auszus zahlen, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf übersteigen, abgeschafft. Der Finanzbedarf der gesetzlichen Krankenversicherung wird künftig über Beiträge aus dem allgemeinen bzw. dem ermäßigten Beitragssatz, den einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen sowie der Beteiligung des Bundes aus Steuermitteln gedeckt. Als Folge der Senkung des allgemeinen bzw. ermäßigten Beitragssatzes auf 14,6 Prozent bzw. 14,0 Prozent sowie der Tatsache, dass der bisherige mitgliederbezogene Beitragssatzanteil in Höhe von 0,9 Prozent in die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen einfließt, soll der Preiswettbewerb zukünftig über die Höhe der Zusatzbeiträge stattfinden.

Zu Buchstabe d

Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2. In diesem wird zum einen als Folge der Einführung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge redaktionell klargestellt, dass die Krankenkassen den Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen des Mitglieds erheben. Zum anderen wird im Zusammenhang mit der Einführung des vollständigen Einkommensausgleichs nach § 270a und im Hinblick auf die Schätzung des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 - neu - geregelt, dass die Krankenkassen bei der Bemessung des Zusatzbeitrags die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen – d.h. nicht ihre eigenen beitragspflichtigen Einnahmen – je Mitglied zugrundelegen haben.

Zu Buchstabe e

Die bisherige Rechtsnorm (§ 242 Absatz 4 a.F.) enthält die Regelung, dass für bestimmte Personenkreise der kassenindividuelle Zusatzbeitrag nur bis zur Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a a.F. zu zahlen ist. Hierzu zählen versicherungspflichtige Bezieherinnen und Bezieher Arbeitslosengeld II sowie Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 und 13 oder freiwillig versichert sind, und zwar auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen beziehen.

Aus beitragsrechtlicher Sicht zeichnen sich diese Personengruppen u.a. dadurch aus, dass bei ihnen auch die allgemeinen Beiträge von Dritten getragen werden.

Dieser Umstand trifft auch auf andere Personengruppen zu, die bislang generell vom Zusatzbeitrag ausgenommen (§ 242 Absatz 5 a.F.) waren. Hierzu zählen:

- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Absatz 1 Nummer 5),
- (behinderte) Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Absatz 1 Nummer 6),

- behinderte Menschen, in Einrichtungen, deren beitragspflichtige Einnahmen den Betrag von derzeit 553 Euro nicht übersteigen (§ 5 Absatz 1 Nummer 7 und 8),
- Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden (§ 5 Absatz 4a Satz 1)
- Wehr- und Zivildienstleistende bzw. Eignungsübende (§ 244, § 8 Eignungsübungsgesetz)
- Mitglieder, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen sowie
- Beschäftigte, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird.

Die Träger bzw. der Bund werden bezüglich dieser Personenkreise zukünftig entlastet, da der allgemeine und ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung gleichzeitig um jeweils 0,9 Beitragssatzpunkte gesenkt werden. Da die Krankenkassen den Zusatzbeitrag im Wettbewerb künftig nicht mehr einkommensunabhängig, sondern als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erheben und in diesen Zusatzbeitrag perspektivisch der bisherige mitgliederbezogene Beitragssatzanteil von 0,9 Prozent einfließt, ist es sachgerecht, dass die jeweiligen Träger bzw. der Bund für die genannten Personenkreise künftig auch die Beiträge übernehmen, die sich bei Anwendung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes auf die beitragspflichtigen Einnahmen ergeben.

Die Regelungen zur Tragung und Zahlung von Zusatzbeiträgen folgen damit den grundsätzlichen Regeln des Beitragsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Künftig zahlen somit alle Personen Zusatzbeiträge, die auch ansonsten Krankenversicherungsbeiträge nach dem allgemeinen oder ermäßigten Beitragssatz zahlen bzw. für die diese Beiträge von Dritten getragen und gezahlt werden.

Zudem wird zur verwaltungsseitigen Entlastung der jeweiligen Träger bzw. des Bundes für die genannten Personenkreise nicht der kassenindividuelle Zusatzbeitrag nach § 242 erhoben, sondern der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz nach § 242a.

Zu Buchstabe f

Absatz 4 wird neu gefasst. Es wird ausdrücklich geregelt, dass für die Zusatzbeiträge die Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches entsprechend gelten.

Zu Buchstabe g

Absatz 5 wird aufgehoben. In diesem waren bisher die Personenkreise geregelt, die von der Erhebung der Zusatzbeiträge ausgenommen waren. Grundsätzlich bleibt es dabei, dass diese Personenkreise den Zusatzbeitrag nicht selbst zahlen müssen, allerdings wird dies rechtssystematisch zukünftig anders geregelt: Vom Zusatzbeitrag ausgenommen sind künftig die Personengruppen, die beitragsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Beitragsfrei sind Mitglieder für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder des Bezugs von Elterngeld, wobei sich die Beitragsfreiheit nur auf die genannten Leistungen erstreckt. Eine Klarstellung, dass sich die Beitragsfreiheit auch auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 242 erstreckt, wird durch eine Ergänzung des § 224 vorgenommen. Im Übrigen ist auf die Tragung der Zusatzbeiträge von den Einrichtungen und Trägern nach dem neuen Absatz 3 hinzuweisen.

Zu Buchstabe h

Absatz 6 wird aufgehoben. Die Vorschrift enthielt ein Sanktionsinstrument für die Krankenkassen gegenüber ihren Mitgliedern, sofern ein Mitglied für insgesamt mindestens sechs Monate mit der Zahlung des einkommensunabhängigen kassenindividuellen Zusatzbeitrags säumig war (Verspätungszuschlag).

Mit der Einführung eines einkommensabhängigen Zusatzbeitrags, der in der Regel im sogenannten Quellenabzug, also direkt vom Arbeitsentgelt bzw. der gesetzlichen Rente einbehalten wird, bedarf es dieses zusätzlichen Sanktionsinstruments nicht mehr. Für Personen, die ihre Beiträge selbst zahlen, aber den Zahlungsaufforderungen nicht nachkommen, stehen den Krankenkassen weiter mit den Säumniszuschlägen und einem etwaigen Ruhen von Leistungsansprüchen Instrumente zur Beitreibung ihrer Forderungen zur Verfügung.

Zu Nummer 10 (§ 242a)

Der bisherige § 242a regelte den durchschnittlichen Zusatzbeitrag der Krankenkassen, der für die Ermittlung der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 sowie für die Durchführung des Sozialausgleichs (§ 242b – alt -) erforderlich war. Die Vorschrift wird im Hinblick auf die Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und die Abschaffung des Sozialausgleichs neugefasst und regelt nunmehr den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz. Durch die zukünftig vorgesehene Festlegung eines durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes wird der rechtliche und verwaltungstechnische Umstellungsaufwand gering gehalten. Zudem erhöht diese Festlegung die wettbewerbliche Transparenz, da für die Versicherten deutlich wird, welche Krankenkassen einen überdurchschnittlichen und welche einen unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist auch für die Zusatzbeiträge der Bezieher von Arbeitslosengeld II relevant, die vom Bund getragen und von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt werden.

Zu Absatz 1

Der neue Absatz 1 regelt, wie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz zu berechnen ist. Dieser ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, vervielfacht mit der Zahl 100. Grundlage sind die Werte, die sich aus der Schätzung des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 ergeben.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt wie bisher die Festlegung und Bekanntmachung, die sich jetzt auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz beziehen. Danach legt das Bundesministerium für Gesundheit nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und macht diesen Wert jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt. Anders als bei der Festsetzung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages in der Vergangenheit ist kein Einvernehmen des Bundesministeriums der Finanzen einzuholen, weil der bisherige Bezug zu jährlichen Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich entfällt.

Zu Nummer 11 (§ 242b)

Mit der Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge entfällt die Notwendigkeit eines Sozialausgleichs. § 242b wird daher aufgehoben.

Zu Nummer 12 (§ 243)

Als Folge der Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 Prozent (§ 241) wird der ermäßigte Beitragssatz auf 14,0 Prozent festgesetzt. Der bisherige Abstand zwischen

allgemeinem und ermäßigtem Beitragssatz in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten bleibt erhalten.

Zu Nummer 13 (§ 247)

Als rechnerische Folgeänderung zur Senkung des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5, auf 14,6 Prozent (Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent) werden in § 247 Satz 2 die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ bei der Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten gestrichen.

Zu Nummer 14 (§ 248)

Als rechnerische Folgeänderung zur Senkung des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5 auf 14,6 Prozent (Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent) werden in § 248 Satz 2 die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ bei der Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen in Gestalt von Renten und Landabgaberechten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (§ 229 Absatz 1 Nummer 4 SGB V) gestrichen.

Zu Nummer 15 (§ 249)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent.

Zu Nummer 16 (§ 249a)

Zu Buchstaben a und c

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent.

Zu Buchstaben b

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die alleinige Beitragstragungspflicht des Arbeitgebers für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld auch die kassenindividuellen Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 1 umfasst.

Zu Nummer 17 (§ 251)

Zu Buchstaben a bis c sowie e bis g

In den Absätzen 1, 2, 3, 4b und 4c wird jeweils klarstellend eingefügt, dass sich die dortigen Beitragstragungsregelungen (für verschiedene Träger und Einrichtungen) auch auf die Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 3 (durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz) beziehen. In Absatz 4a wird demgegenüber geregelt, dass sich die dortige Beitragstragungsregelung für die Bundesagentur für Arbeit bei den Beziehern von Arbeitslosengeld auch auf die – kassenindividuellen – Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 1 bezieht.

Zu Buchstabe d

Absatz 6, der die Tragung der – einkommensunabhängigen - Zusatzbeiträge durch Dritte geregelt hat, wird aufgehoben. Die Mittel für die – nunmehr einkommensabhängigen - Zusatzbeiträge der Bezieher von Arbeitslosengeld II werden nicht wie bisher aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht. Vielmehr werden sie in Zukunft wie die übrigen Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II gemäß § 251 Absatz 4 vom Bund getragen. Absatz 4 enthält eine entsprechende Klarstellung. Auch die Rege-

lung zur Tragung des Differenzbetrages in Absatz 6 kann wegen dessen Abschaffung entfallen. Zudem gilt die Tragung durch den Bund auch für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 3 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden.

Zu Buchstabe h

Absatz 6, der die Tragung der – einkommensunabhängigen - Zusatzbeiträge durch Dritte geregelt hat, wird aufgehoben.

Zu Nummer 18 (§ 252)

Die Regelungen zur Beitragszahlung in § 252 werden im Hinblick auf die Umstellung der einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge angepasst.

Zu Buchstabe a

Durch die Streichung der Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach §§ 242, 242a“ in § 252 Absatz 1 Satz 2 wird geregelt, dass die einkommensabhängigen Zusatzbeiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II zukünftig von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt werden.

Zu Buchstabe b

Als Folgeänderung der Streichung von § 251 Absatz 6 zur Tragung der Zusatzbeiträge und zur Änderung von § 252 Absatz 1 Satz 2 wird die bisherige Sonderregelung zur Zahlung der Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II in § 252 Absatz 2a aufgehoben.

Zu Buchstabe c

§ 252 Absatz 2b wird aufgehoben. Da die Mittel für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 3 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden, nicht mehr aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht, sondern in Zukunft nach § 251 Absatz 4 vom Bund getragen werden, besteht für die Zahlung an die Bundesagentur für Arbeit nach § 252 Absatz 2b kein Raum mehr.

Zu Buchstabe d

Als technische Folgeänderung zur Abschaffung der Sanktion des Verspätungszuschlags gemäß § 242 Absatz 6 wird der Verspätungszuschlag auch in der Regelung zur Bestimmung der Schuldentilgung in § 252 Absatz 3 gestrichen.

Zu Nummer 19 (§ 253)

Durch die Regelung wird klargestellt, dass Regelungen über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag nach den § 28 d bis 28n und § 28r des Vierten Buches auch für die Zahlung von Zusatzbeiträgen nach § 242 aus dem Arbeitsentgelt einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gelten.

Zu Nummer 20 (§ 254)

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass Studierende ihre Beiträge zuzüglich der Beiträge, die sich bei Anwendung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes auf die beitragspflichtigen Einnahmen ergeben, an die Krankenkassen zu zahlen haben.

Zu Nummer 21 (§ 255)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung in Absatz 1 ist sichergestellt, dass die Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente zu zahlen haben, also auch Beiträge, die sich nach dem einkommensabhängigen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz bemessen, von den Trägern der Rentenversicherung bei der Zahlung der Rente einzubehalten sind und zusammen mit dem Beitragssatzanteilen der Rentenversicherungsträger gezahlt werden („Quellenabzug“).

Zu Buchstaben b und c

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen als Folge der Klarstellung in Absatz 1.

Zu Nummer 22 (§ 256)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung in Absatz 1 ist sichergestellt, dass die Beiträge versicherungspflichtiger Rentner aus Versorgungsbezügen, also auch Beiträge, die sich nach dem einkommensabhängigen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz bemessen, von den Zahlstellen bei der Zahlung der Versorgungsbezüge einzubehalten sind („Quellenabzug“).

Der Verweis auf die Vorschrift des § 28f Absatz 5 Satz 3 des Vierten Buches ist aufgrund der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens zu streichen.

Zu Buchstaben b und c

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen als Folge der Klarstellung in Absatz 1.

Zu Nummer 23 (§ 257)

Es handelt sich um technische Folgeregelungen zur Änderung des allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes.

Zu Nummer 24 (§ 261)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Umstellung vom einkommensunabhängigen auf den prozentualen Zusatzbeitrag.

Zu Nummer 25 (§ 266)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (sog. Konvergenzklausel) in § 272.

Zu Nummer 26 (§ 269)

Mit dieser Vorschrift werden Sonderregelungen für die Zuweisungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten (sog. Auslandsversicherte), eingeführt. Die Sonderregelungen sind geeignet, über Ausnahmeregelungen zum gesetzlich vorgegebenen Standardisierungsverfahren die Zielgenauigkeit in den betreffenden Bereichen zu verbessern. Gleichzeitig legt die Vorschrift fest, dass Gutachten zu erstellen sind, in deren Rahmen unter Beachtung des gesetzlich vorgegebenen Standardisierungsverfahrens (§ 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2) Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben sowie zur Deckung der standardisierten Ausgaben für Auslandsversicherte entwickelt und geprüft werden.

Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Evaluationsbericht 27 Alternativen zum derzeitigen Zuweisungsmodell für Krankengeld konzeptionell entwickelt und empirisch überprüft, dabei aber festgestellt, dass keines der Modelle durch eine deutlich verbesserte Zielgenauigkeit gegenüber dem Status quo überzeugen konnte. Eine Reihe wesentlicher, von einer Krankenkasse nicht beeinflussbarer Parameter habe ebenfalls Einfluss auf die Krankengeldzahlungen, die entsprechenden Daten lägen aber nicht vor. Hier bestehe erheblicher Forschungsbedarf. Um Alternativen zum derzeitigen Zuweisungsmodell entwickeln zu können, wird nach Absatz 3 ein Gutachten in Auftrag gegeben.

Bei den Auslandsversicherten hat der Wissenschaftliche Beirat in seinem Evaluationsbericht eine erhebliche Überdeckung der Gesamtausgaben für Auslandsversicherte durch die Gesamtzuweisungen für diese Gruppe festgestellt, die Situation bei den Einzelkassen sei aber sehr unterschiedlich. Einen Vorschlag für eine verbesserte, zielgerichtetere Standardisierung hat er nicht unterbreitet. Die zum Teil großen Unterschiede zwischen den Krankenkassen seien voraussichtlich auch darauf zurückzuführen, dass die Regeln für die Erstattungen in bilateralen Abkommen zwischen Staaten erfolgen und sich erheblich in der Art der Abrechnung (pauschal, einzelleistungsbezogen) und in der Höhe unterscheiden. Hier bestehe daher zunächst die Notwendigkeit, die Transparenz der Datengrundlagen zu verbessern, wofür der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sorgen sollte. Dieser Notwendigkeit zur Verbesserung der Transparenz wird durch ein Gutachten nach Absatz 3 ebenfalls Rechnung getragen. Der Beirat regt darüber hinaus an zu überprüfen, ob als erster Schritt zu zielgenaueren Zuweisungen übergangsweise die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt werden könnte.

Zu Absatz 1

Die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben bleibt gegenwärtig deutlich hinter der Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der übrigen Leistungsausgaben zurück. Die Deckungsquoten bei den einzelnen Krankenkassen weichen teilweise erheblich voneinander ab. Ein dem bisherigen Verfahren überlegenes Standardisierungsverfahren ist derzeit nicht bekannt.

Mit dieser Vorschrift wird daher eine Ermächtigung dahingehend geschaffen, dass für die Versichertengruppen mit Anspruch auf Krankengeld (§ 267 Absatz 2 Satz 2) das bisherige Standardisierungsverfahren um ein Verfahren ergänzt werden kann, welches die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld (d.h. ihre Ist-Kosten) anteilig berücksichtigt, um die Abweichungen der Deckungsquoten zu reduzieren. § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 enthält zwar bereits die Befugnis des Verordnungsgebers, ein besonderes Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung der Krankengeldausgaben zu regeln. Standardisierung bedeutet jedoch entsprechend der Zielsetzung des Risikostrukturausgleichs, dass der Bedarf an Zuweisungen einer Krankenkasse nicht an ihren tatsächlichen, sondern an standardisierten durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen bemessen wird. Sobald ein verbessertes Modell zur Standardisierung der Zuweisungen auf der Grundlage weiterer Forschung vorliegt, kann diese Regelung abgelöst und zur bisherigen RSA-Systematik zurückgekehrt werden.

Zu Absatz 2

Mit dieser Vorschrift wird die Ermächtigungsgrundlage dafür geschaffen, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen für Auslandsversicherte entsprechend dem Vorschlag des Beirats auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt werden kann.

Zu Absatz 3

Für den Bereich Krankengeld hat der Wissenschaftliche Beirat in seinem Evaluationsbericht erheblichen Forschungsbedarf festgestellt. Auch für die Auslandsversicherten hat der

Beirat auf fehlende Datengrundlagen hingewiesen und nur die Einführung eines Übergangsmodells empfohlen. Mit dieser Regelung wird das Bundesversicherungsamt daher ermächtigt, Gutachten in Auftrag zu geben, um Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Krankengeldausgaben sowie der Zuweisungen für Auslandsversicherte zu entwickeln. Die Modelle sollen die grundlegenden Anforderungen an die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beachten, d.h. insbesondere Anreize zur Risikoselektion verringern und Wirtschaftlichkeitsanreize wahren. Klargestellt wird zudem, dass die Gutachten auch zu untersuchen haben, welche Datengrundlagen für die Ausgestaltung und Prüfung der Modelle erforderlich sind. Entsprechend der Erkenntnisse aus dem Evaluationsbericht ist insbesondere eine Verbreiterung der Datengrundlagen gegenüber dem Status Quo durch Einbeziehung weiterer Parameter, die Einfluss auf die Ausgaben der Krankenkassen für Krankengeld oder Auslandsversicherte haben, zu prüfen.

Zu Absatz 4

Mit dieser Norm wird der Ordnungsgeber ermächtigt, das Nähere zur Umsetzung der Sonderregelungen zum Krankengeld und zu den Auslandsversicherten einschließlich der Durchführung des Zuweisungsverfahrens sowie zu den Gutachten und den hierfür jeweils erforderlichen Datenerhebung und -übermittlung zu regeln.

Zu Nummer 27 (§ 270a)

Im Hinblick auf die Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge wird mit dem neuen § 270a ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt. Damit wird verhindert, dass die unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen zu Wettbewerbsverzerrungen führen.

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

Der Einkommensausgleich wird durch das Bundesversicherungsamt durchgeführt, das die in den Gesundheitsfonds eingehenden Einnahmen auch aus dem Zusatzbeitrag für diese Zwecke verwaltet. Eine Unterdeckung kann die Krankenkasse zukünftig durch die Erhebung eines in seiner Höhe variablen einkommensabhängigen Zusatzbeitrags decken. Die Krankenkasse berechnet die Höhe des von ihr benötigten Zusatzbeitrags auf der Grundlage der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Als Einzugsstelle führt die Krankenkasse sämtliche Beitragseinnahmen einschließlich der Einnahmen aus dem von ihr erhobenen Zusatzbeitrag an den Gesundheitsfonds ab. Der Einzug des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags erfolgt im Quellenabzug. Auch die sog. Direktzahler (Deutsche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Optionskommunen, Künstlersozialkasse etc.) führen wie bisher die Beitragseinnahmen unmittelbar an den Gesundheitsfonds ab.

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

Zu Absatz 1

In Absatz 1 ist festgelegt, dass zwischen den Krankenkassen im Hinblick auf die von ihnen erhobenen Zusatzbeiträge nach § 242 nach Maßgabe der folgenden Absätze ein vollständiger Ausgleich der unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder durchgeführt wird.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird geregelt, dass die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag nach § 242 erheben, die beim Gesundheitsfonds eingegangenen Beträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder nach § 242 in der sich nach Durchführung des Einkommensausgleichs ergebenden Höhe aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Zudem wird geregelt, dass die Höhe dieser Mittel ermittelt wird, indem der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 mit den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und ihrer Mitgliederzahl vervielfacht wird.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt für den Fall, dass der Gesamtbetrag aus den Zusatzbeiträgen der Krankenkassen nach § 242 von den notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach Absatz 2 abweicht, der Abweichungsbetrag entweder aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht oder ihr zugeführt wird. Eine entsprechende Zweckbestimmung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird auch in § 271 Absatz 2 geregelt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Aufgaben und Befugnisse des Bundesversicherungsamts bei der Durchführung des Einkommensausgleichs. Das Bundesversicherungsamt verwaltet für die Zwecke der Durchführung des Einkommensausgleichs die eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen. § 271 Absatz 6 Satz 1 findet entsprechende Anwendung, d.h. die dem Bundesversicherungsamt bei der Durchführung des Einkommensausgleichs entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Mittel nach Absatz 2 und weist sie den Krankenkassen zu.

§ 266 Absatz 5 Satz 3 und Absatz 6 Satz 7 finden entsprechende Anwendung. Das Bundesversicherungsamt kann zur Durchführung des Einkommensausgleichs von den Krankenkassen weitere Auskünfte und Nachweise verlangen, außerdem haben Klagen gegen die Höhe der auszahlenden Mittel im Einkommensausgleichsverfahren keine aufschiebende Wirkung. Das Nähere zur Ermittlung der Mittel, die Krankenkassen im Rahmen des Einkommensausgleichs erhalten, und zum Zahlungsverfahren wird in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung nach § 266 Absatz 7 geregelt.

Zu Nummer 28 (§ 271)

Zu Buchstabe a

Es wird ein neuer Absatz 1a eingefügt, der klarstellt, dass die eingehenden Beträge nach Absatz 1, soweit sie sich auf Zusatzbeiträge nach § 242 beziehen, in voller Höhe für den Einkommensausgleich nach § 270a zu verwenden sind. Dies bedeutet, dass diese Beträge bei dem Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen nach §§ 266, 270 außer Betracht bleiben.

Zu Buchstabe b

Die Regelung zur Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in § 271 Absatz 2 wird im Hinblick auf die Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge (§ 242), die Abschaffung des Sozialausgleichs (§ 242b – alt -) und die Einführung eines vollständigen Ein-

kommensausgleichs zwischen den Krankenkassen (§ 270a – neu -) geändert. Zudem werden redaktionelle bzw. rechtsbereinigende Anpassungen vorgenommen.

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

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

Im Übrigen bleibt es dabei, dass die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen muss.

Weitere Regelungen werden rechtsbereinigend gestrichen. So ist die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds schon seit längerer Zeit vollständig aufgebaut, d.h. oberhalb ihrer Mindesthöhe von mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds. Die Regelung zu ihrem schrittweisen Aufbau wird daher gestrichen. Dasselbe gilt für die bisherigen Regelung, wonach die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen nach § 242a Absatz 1 Satz 1 übersteigenden jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds der Liquiditätsreserve zuzuführen sind. Dieser Fall kann ab 2015 nicht mehr eintreten, da durch die Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils in Höhe von 0,9 Prozentpunkten eine deutliche Unterdeckung eintreten und sukzessive ansteigen wird. Auch die Kompensationsregel zur Finanzierung der Abschaffung der Praxisgebühr für das Jahr 2014 kann mit Wirkung zum 1. Januar 2015 entfallen.

Zu Nummer 29 (§ 272)

Die Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (sog. Konvergenzklausel) in § 272 sind in der Praxis nicht mehr relevant und können daher im Wege der Rechtsbereinigung abgeschafft werden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 23)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F. SGB V).

Zu Nummer 2 (§ 26)

Mit der Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens in § 242b a.F. SGB V und daran anknüpfend der monatlichen Meldung für Mehrfachbeschäftigte ist es notwendig, ein Verfahren einzuführen, um den Beitragsausgleich von zu Unrecht gezahlten Beiträgen bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenzen durch eine Mehrfachbeschäftigung durchzuführen. Aufgrund der Entgeltmeldungen ist es den Einzugsstellen möglich, von Amts wegen überschneidende Zeiträume, in denen eine Mehrfachbeschäftigung vorgelegen hat,

zu ermitteln. Soweit danach noch weitere Angaben seitens der Arbeitgeber erforderlich sind, sollen diese durch die Einzugsstellen elektronisch abgefragt werden.

Zu Nummer 3 (§ 28a)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F. SGB V).

Zu Nummer 4 (§ 28f)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F. SGB V).

Zu Nummer 5 (§ 28h)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F. SGB V).

Zu Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Im Hinblick auf den Rentenzuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung für Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (§ 106 Absatz 2), wird eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen.

Zu Nummer 2

Im Hinblick auf den Rentenzuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung für Rentenbezieher, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, das der deutschen Aufsicht unterliegt (§ 106 Absatz 3), wird eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen.

Zu Artikel 4 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Die landwirtschaftliche Krankenversicherung (LKV) nimmt wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen (keine einkommensabhängigen Beiträge, Bundeszuschüsse für die Altenteiler) nicht am Gesundheitsfonds teil. Die landwirtschaftliche Krankenkasse steht auch nicht im Wettbewerb mit den übrigen gesetzlichen Krankenkassen. Daher wird nach geltendem Recht in der LKV kein Zusatzbeitrag erhoben.

An diesen bestehenden Finanzierungsstrukturen soll auch zukünftig festgehalten werden.

Da es in der LKV nicht zu Wettbewerbsverzerrungen mit anderen Krankenkassen kommen kann, wird die LKV auch nicht an dem zukünftig zwischen den übrigen Krankenkassen durchzuführenden Einkommensausgleich teilnehmen.

Der nach geltendem Recht im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vom Mitglied allein zu tragende Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten wurde bisher bei der Beitragsberechnung in der LKV berücksichtigt. Da dieser Anteil bei den übrigen Krankenkassen zukünftig in die Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes mit einfließt, wird dieser Anteil auch weiterhin in der LKV bei der Beitragsberechnung berücksichtigt. Dadurch wird zugleich sichergestellt, dass die Senkung des allgemeinen Beitragssatzes in der allgemei-

nen gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu Einnahmeausfällen in der LKV führt, die bei den Rentnern und Altenteilern anderenfalls durch zusätzliche Bundesmittel finanziert werden müssten.

Bei den Änderungen in den §§ 39, 40, 42 und 48 KVLG 1989 handelt sich um Folgeregelungen zur Änderung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung fließt – wie bisher der Beitragssatzanteil von 0,9 Beitragssatzpunkten – zukünftig in die Beitragsberechnung in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung mit ein.

Zu Artikel 5 (Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent im Fünften Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 6 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

In § 32 Absatz 4 wird eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick darauf umgesetzt, dass nach § 242 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zwölften Buch erhalten, der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz zu erheben ist.

Zu Artikel 7 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 16)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils im allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (Senkung um 0,9 Beitragssatzpunkte) und zur Abschaffung des Sozialausgleichs nach § 242b a.F. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und des Verspätungszuschlag nach § 242 Absatz 6 a.F. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 2 (§ 34)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens in § 242b a.F. SGB V.

Zu Artikel 8 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umstellung auf prozentuale Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung und auf die Regelung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes in § 242a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Im Hinblick auf den Basistarif in der privaten Krankenversicherung und den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 12 Absatz 1c Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes wird der bisherige durchschnittliche Zusatzbeitrag als Rechengröße durch den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ersetzt.

Zu Artikel 9 (Änderung des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Einführung prozentualer Zusatzbeiträge.

Zu Artikel 10 (Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F. SGB V). Die Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung sowie bei Bezug von weiteren beitragspflichtigen Einnahmen wird abgeschafft.

Zu Artikel 11 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung)

Mit der Änderung werden die Tilgungsvorschriften an die Einführung prozentualer Zusatzbeiträge angepasst.

Zu Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 29)

Die Ausgaben für Krankengeld werden derzeit entsprechend dem im Alt-Risikostrukturausgleich gültigen Verfahren standardisiert, d.h. in einem zeitgleichen Verfahren nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Bezug von Erwerbsminderungsrenten. Insoweit erfolgt in § 29 Nummer 4 mit der Klarstellung einer Differenzierung auch nach Erwerbsminderungsstatus die Beseitigung eines redaktionellen Versehens.

Zu Nummer 2 (§ 31)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 41 Absatz 1 Satz 2 - neu -. Mit der Regelung in § 41 Absatz 1 Satz 2 - neu - wird entsprechend dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt. Maßgeblich für die Umsetzung dieser Regelungen ist eine genaue Erfassung und Abgrenzung der Leistungsausgaben für Auslandsversicherte. Das Nähere zur Abgrenzung dieser Ausgaben für Auslandsversicherte ist daher nach dieser Vorschrift vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen.

Zu Nummer 3 (§ 33)

In dieser Norm werden nähere Vorgaben zu den vom Bundesversicherungsamt gemäß § 269 Absatz 3 SGB V in Auftrag zu gebenden Gutachten gemacht.

In Absatz 1 wird vorgegeben, dass das Bundesversicherungsamt die Gutachten an eine Person oder Personengruppe zu vergeben hat, die über einschlägige Kenntnisse in Bezug auf die Versichertenklassifikation verfügen.

In Absatz 2 werden die Zielsetzungen der Gutachten jeweils näher bestimmt: Die Zuweisungen sollen zielgerichteter ermittelt werden sowie die weiteren gesetzlichen Vorgaben beachten (Orientierung an der Höhe der durchschnittlichen Leistungsausgaben, Verringerung von Anreizen zur Risikoselektion, Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung gemäß § 268 Absatz 1 SGB V). Zur Erfüllung dieser Aufgabe kann der Gutachter jeweils – unter Beachtung der relevanten datenschutzrechtlichen Bestimmungen – auf die versichertenbezogenen Daten zurückgreifen, die dem Bundesversicherungsamt vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt werden bzw. die bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland vorliegen.

Die in Absatz 2 formulierte Zielsetzung wird auf Grund der Komplexität der Thematik nur im Rahmen eines mehrstufigen Forschungs- und Analyseprozess zu erfüllen sein. In den Absätzen 3 und 4 wird deshalb jeweils dargelegt, welche Analysen zu Beginn dieses Prozesses zunächst im Rahmen einer explorativen Studie durchgeführt werden sollten. Absatz 3 bestimmt, dass bezüglich des Krankengelds zunächst die Frage zu klären ist, welche der weiteren, auch vom Wissenschaftlichen Beirat angesprochenen Bestimmungsfaktoren die Ausgaben einer Krankenkasse maßgeblich beeinflussen und bei der Standardisierung berücksichtigt werden sollten sowie anhand welcher Datengrundlagen diese Faktoren abgebildet und erhoben werden können. Dabei geht es insbesondere um solche

Bestimmungsfaktoren und Datengrundlagen, die in den im geltenden RSA-Verfahren verwendeten Daten nicht enthalten sind, so z.B. soziodemographische (Familienstand etc.) oder sozioökonomische Daten (Branche).

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

In Absatz 5 wird vorgegeben, dass diese ersten Gutachten jeweils bis zum 31. Dezember 2015 abgeschlossen sein sollen. Zu erwarten ist, dass im Rahmen der ersten explorativen Studien geklärt wird, welche weiteren Bestimmungsfaktoren für das Standardisierungsverfahren berücksichtigt und erhoben werden sollen. Im Anschluss daran werden die für eine Verbreiterung der Datenbasis ggf. erforderlichen Rechtsgrundlagen zu schaffen sein, um dann in einer jeweiligen Folgestudie weiterführende Modelle prüfen zu können.

Zu Nummer 4 (§§ 33a bis 34)

Die Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (sog. Konvergenzregelung) werden seit dem Berichtsjahr 2011 nicht mehr durchgeführt und können daher aufgehoben werden.

Zu Nummer 5 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung des Einkommensausgleichs nach § 270 a SGB V. Der geltende § 40 Absatz 1 gibt dem Bundesversicherungsamt vor, wie der Unterschiedsbetrag zwischen dem Einnahmenvolumen, das der Gesundheitsfonds den Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben (§§ 266, 270 SGB V) zuweist, und den voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen für eine Ausgleichsjahr zu ermitteln ist. Dieser Unterschiedsbetrag wird wettbewerbsneutral über eine mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen auf alle Krankenkassen verteilt. Die Einfügung in Absatz 1 stellt klar, dass bei der Ermittlung des maßgeblichen Einnahmenvolumens die Beträge aus den Zusatzbeträgen nach § 242 SGB V in Abzug zu bringen sind, da sie ausschließlich für den Einkommensausgleich zu verwenden sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung der §§ 224 und 242 SGB V. Künftig wird nur noch für Mitglieder für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld oder des Bezugs von Elterngeld von der Erhebung von Zusatzbeiträgen abgesehen, für die weiteren, ursprünglich von § 242 Absatz 5 SGB V erfassten Mitgliedergruppen wird künftig der durchschnittliche Zusatzbeitrag erhoben (§ 242 Absatz 3 SGB V – neu). Absatz 1 Nummer 3 regelt bereits die wettbewerbsneutrale Umlage der Unterschiedsbeträge zwischen den voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds und den voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen, Danach sind bei der Umlage nur die Mitglieder zu berücksichtigen, von denen auch Zusatzbeiträge erhoben werden können. Diese Regelung ist an die ab 2015 geltende Neuregelung nach § 224 Absatz 1 i.V.m. § 242 Absatz 1 SGB V – neu – anzupassen.

Zu Nummer 6 (§ 41)

Zu Buchstabe a

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

Mit der Regelung im neu gefassten Satz 2 wird entsprechend dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats in einem ersten Schritt zu zielgenaueren Zuweisungen die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt. Dieses Modell soll umgesetzt werden, bis ein Modell vorliegt, mit dem die Zuweisungen für Auslandsversicherte auf der Grundlage empirischer Untersuchungen insgesamt zielgerichteter verteilt werden können als bislang. Um finanzielle Verwerfungen zu vermeiden, erfolgt die Kapung ausschließlich im Jahresausgleich. Der Überschreibungsbetrag wird anschließend mitgliederbezogen auf alle Krankenkassen wettbewerbsneutral verteilt. Das Nähere zur Abgrenzung der Leistungsausgaben für Auslandsversicherte wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt geregelt (vgl. § 31).

Im neu gefassten Satz 3 wird das erweiterte Verfahren zur Bestimmung der Zuweisungen für Krankengeld geregelt: Bis ein Modell vorliegt, mit dem die Zuweisungen für Krankengeld auf der Grundlage empirischer Untersuchungen zielgerichteter standardisiert werden können, werden durch die Einführung einer Sonderregelung mit dieser Norm die bestehenden Über- und Unterdeckungen im Bereich Krankengeld halbiert. Dies geschieht dadurch, dass die Hälfte der Zuweisungen über das bisher geltende Standardisierungsverfahren verteilt wird und die andere Hälfte über einen Ist-Kosten-Ausgleich. Da ein Ist-Kosten-Ausgleich der grundsätzlichen RSA-Systematik mit ihrer Orientierung an den jeweiligen Durchschnittskosten widerspricht und tendenziell mit negativen Wirtschaftlichkeitsanreizen für die Krankenkassen verbunden ist, soll dieses Verfahren mittelfristig durch ein weiterentwickeltes Modell zur Standardisierung der Krankengeldausgaben abgelöst werden. Wie bei den Zuweisungen für Auslandsversicherte wird der ergänzende Ist-Kosten-Ausgleich für Krankengeld ausschließlich im Jahresausgleich umgesetzt, um finanzielle Verwerfungen zu vermeiden. Im Monatsverfahren erfolgen die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte somit nach wie vor nach dem bisher geltenden Verfahren.

Zu Buchstabe b

Die Änderung des § 40 als Folgeänderung zur Regelung des Einkommensausgleichs wird auch für den Jahresausgleich nachvollzogen.

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 7 (§ 43)

Das Bundesversicherungsamt erhält nach § 270a Absatz 4 SGB V die Aufgabe, den Einkommensausgleich durchzuführen und den Krankenkassen die entsprechenden Mittel zuzuweisen. Jede Krankenkasse erhält durch diesen Ausgleich die Einnahmen aus dem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, die sie erzielen würde, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder dem Durchschnitt in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprächen. Das Nähere zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben wird in § 43 – neu – geregelt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 gibt entsprechend der Regelung in § 270a Absatz 4 Satz 2 SGB V vor, dass das Bundesversicherungsamt die Mittel zum Ausgleich der unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben, ermittelt und das Zahlungsverfahren durchführt.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird das monatliche Abschlagsverfahren geregelt. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die monatlichen Mittel an die Krankenkassen vorläufig auf der Grundlage ihres jeweiligen Zusatzbeitragsatzes und der Zahl ihrer Mitglieder, die sich aus der Statistik für den jeweiligen Ausgleichsmonat ergeben (KM 1 nach § 1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung). Krankenkassen, die keinen Zusatzbeitrag erheben, erhalten keine Zuweisungen zum Ausgleich der unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder (vgl. § 270a Absatz 2 SGB V). Die jeweilige Monatsstatistik liegt dem Bundesversicherungsamt regelmäßig erst in dem übernächsten des auf den Ausgleichsmonat folgenden Monats vor, so dass die Zahlungen für den jeweiligen Ausgleichsmonat erst ab diesem Monat erfolgen können. Das Bundesversicherungsamt zahlt die Mittel entsprechend der Regelung in § 39 Absatz 4 Satz 1 in Teilbeträgen aus, die sich an den monatlichen Hauptfälligkeitzeitpunkten der beim Gesundheitsfonds eingehenden Beträge einschließlich der Einnahmen aus Zusatzbeiträgen orientieren. Bis zum 15. des auf den Monat der ersten Auszahlung folgenden Monats sind die Mittel für einen Ausgleichsmonat vollständig auszuführen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 gibt vor, dass das Bundesversicherungsamt zu den Zeitpunkten, zu denen es den monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 Satz 1 für die Zuweisungen nach § 266 Absatz 1 Satz 1 SGB V durchführt, auch die Höhe der Mittel aus dem Einkommensausgleich für jede Krankenkasse auf der Grundlage ihres durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes und der durchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder, die sich jeweils aus der aktuellen Vierteljahresrechnung ergeben (KV 45 nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung), neu berechnet. Die bis zu diesen Zeitpunkten ermittelte Höhe der Mittel wird neu berechnet. Das in § 39 Absatz 3a zum Ausgleich der Unterschiedsbeträge geregelte Verfahren gilt entsprechend.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird bestimmt, dass das Bundesversicherungsamt dann, wenn es den Jahresausgleich für die Zuweisungen nach § 266 Absatz 1 Satz 1 SGB V durchführt, auch die Höhe der Mittel für den Einkommensausgleich anhand der jahresdurchschnittlichen Mitgliederzahl und des jahresdurchschnittlichen Zusatzbeitrags für jede Krankenkasse für das jeweilige Ausgleichsjahr neu berechnet. Die Bekanntgabe und das Verfahren zum Ausgleich der Unterschiedsbeträge erfolgen entsprechend der Regelung in § 41 Absatz 4. Ein Korrekturverfahren wird nicht durchgeführt.

Zu Artikel 13 (Änderung des Medizinproduktegesetzes)

Es handelt sich um die Beseitigung einer Regelungslücke. Es wird die Möglichkeit geschaffen, eine Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarmen oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten, die nicht den durch Rechtsverordnung festgelegten Anforderungen entspricht, als Ordnungswidrigkeit zu ahnden.

Zu Artikel 14 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Regelungen des Gesetzes treten am 1. Januar 2015 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes geregelt ist. Insbesondere die prozentualen Zusatzbeiträge können ab dem 1. Januar 2015 erhoben werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, dass Artikel 1 Nummern 5, 10 und 26 sowie Artikel 12 Nummern 1 bis 3 und 6 Buchstabe a mit Wirkung vom 1. August 2014 in Kraft treten. Dies betrifft zum einen die Aufgaben des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 SGB V; durch das frühere Inkrafttreten ist sichergestellt, dass er die Schätzung in seiner Sitzung im Oktober 2014 für das Jahr 2015 schon auf Basis der neuen Finanzstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmen kann. Daran anknüpfend tritt auch die Vorschrift zum durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz (§ 242a SGB V) schon am 1. August 2014 in Kraft, damit dieser für das Jahr 2015 zum 1. November 2014 festgesetzt und bekanntgemacht werden kann. Das Bundesversicherungsamt erlässt auf dieser Grundlage nach dem neuen Recht im November 2014 die Zuweisungsbescheide für 2015 an die Krankenkassen. Desweiteren treten auch die Regelungen zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im SGB V sowie in der Risikostrukturausgleichs-Verordnung mit Wirkung vom 1. August 2014 in Kraft, damit die Regelungen zeitnah vom Bundesversicherungsamt im Rahmen des Festlegungs- und Zuweisungsverfahrens umgesetzt werden können.

Zu Absatz 3

Der neue § 137a SGB V zur Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Artikel 1 Nummer 1) und die Änderung des Medizinproduktegesetzes (Artikel 13) treten bereits am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft.