

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur BMG-Anhörung am 24.2.2014**

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität
in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-
Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)**

Stand 19.02.2014

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Geschäftsführungseinheiten
Finanzen, Versorgung,
Politik und Unternehmensentwicklung

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



Übersicht:

	Seite
I. Vorbemerkung	3
II. Referentenentwurf	
Regelungen zur Stärkung der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung	
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Nr. 1	5
Regelungen zu den Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung	
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Nr. 2 bis 29	14
Artikel 2 Änderungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	38
Artikel 12 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	39

I. Vorbemerkung:

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

Allerdings weicht der Referentenentwurf von den Vorgaben des Koalitionsvertrages zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erheblich ab. Der Koalitionsvertrag sieht Anpassungen in Bezug auf die Annualisierung der Ausgaben für Verstorbene sowie die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte entsprechend der Empfehlungen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats vor. Im Referentenentwurf finden sich jedoch keine Änderungen in Bezug auf die Annualisierung der Ausgaben für Verstorbene.

Der Referentenentwurf ignoriert weiter die Feststellung der Gutachter, dass für die Anpassungen der Zuweisungen für Krankengeld erheblicher Forschungsbedarf besteht, bevor eine Änderung umgesetzt werden kann. Die Gutachter sprechen sich eindeutig gegen eine Abweichung vom bisherigen Verfahren aus. Entgegen der gutachterlichen Expertise wird im Referentenentwurf ein Übergangsverfahren formuliert, das wissenschaftlich weder belegt noch begründet ist und im RSA-Verfahren unzulässige IST-Kosten-Ausgleiche vorsieht. Hiermit werden Anreize zur Unwirtschaftlichkeit gesetzt, da Versorgungssteuerung nicht honoriert wird. Ebenfalls entgegen der Vorgaben des Koalitionsvertrags wird eine Änderung der Zuweisungen für Auslandsversicherte vorgesehen. Diese Änderung ist ebenfalls weder wissenschaftlich belegt noch begründet. Zudem sieht der Referentenentwurf vor, dass das BVA und der GKV-Spitzenverband hierzu Näheres festlegen können, was den angedachten wissenschaftlichen Untersuchungen zuwiderläuft. Weder dem GKV-Spitzenverband noch dem BVA liegen die hierfür erforderlichen Daten vor. Gerade die Kostenabrechnung mit dem Ausland ist durch erhebliche Unzulänglichkeiten (Zeitverzug der Rechnungslegung, Zahlungsausfall etc.)

und dynamischen Entwicklungen gekennzeichnet. Die angedachte Übergangsregelung ignoriert diese wesentlichen Verwerfungen und ist geeignet, bestehende Finanzierungsprobleme weiter zu verschärfen. Auch besteht in Bezug auf die Zuweisungen für Auslandsversicherte kein Handlungsbedarf. Die vergangenen Ausgleichsjahre zeigen, dass die im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats genannte Überdeckung im Jahr 2009 ein Einzelereignis war.

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

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

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

II. Referentenentwurf:

Regelungen zur Stärkung der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Nr. 1 § 137a – Abs. 1

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Nr. 1 § 137a – Abs. 2**

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Nr. 1 § 137a – Abs. 3**

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

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

C Änderungsvorschlag

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

**Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Nr. 1 § 137a – Abs. 4**

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz regelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss sein Institut unmittelbar beauftragen kann und räumt dieses Recht ebenso dem BMG ein. Außerdem kann sich das Institut auch ohne konkrete Beauftragung mit relevanten Fragestellungen der Aufgaben nach Abs. 3 befassen. Dies ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss anzuzeigen.

B Stellungnahme

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

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

Sinnvoll erscheint es, folgende Formulierung aus dem § 139b zu übernehmen, die auch beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zur Anwendung kommt. Dort heißt es „Das Institut kann einen Antrag des Bundesministeriums für Gesundheit als unbegründet ablehnen, es sei denn, das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags“.

C Änderungsvorschlag

Nach Satz 2 wird folgender neuer Satz 3 eingefügt:

Das Institut kann einen Antrag des Bundesministeriums für Gesundheit als unbegründet ablehnen, es sei denn, das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags.

Die weiteren Sätze verschieben sich entsprechend.

**Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Nr. 1 § 137a – Abs. 5**

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass das Institut im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss externe Sachverständige in seine Arbeiten einbeziehen kann.

B Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Nr. 1 § 137a – Abs. 6**

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Abs. 3, in dem die Beteiligungsvorschriften an der Arbeit des Instituts geregelt sind, wird redaktionell verschoben und ist nun Abs. 6.

B Stellungnahme

Die Vorschrift hat sich in der Vergangenheit grds. bewährt, so dass die Beibehaltung erfolgen sollte.

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Nr. 1 § 137a – Abs. 7**

A Beabsichtigte Neuregelung

Satz 1 regelt die bisher bereits geübte Praxis der sekundären Datennutzung und verpflichtet in Satz 2 des Abs. 4 den Gemeinsamen Bundesausschuss diese Regelungen in die Verfahrensordnung zu konkretisieren. Mit Satz 3 wird die verpflichtende Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz festgelegt. In Satz 4 wird klargestellt, dass Antragssteller ihr wissenschaftliches Interesse darlegen müssen. Satz 5 regelt verbindlich regelmäßige Prüfungen des Datenschutzkonzepts bzgl. der Datensicherheit und des Datenschutzes durch geeignete Fachleute.

B Stellungnahme

Die sekundäre Datennutzung war auch in der Vergangenheit bereits möglich. Der Gesetzgeber stellt nun Verfahrensgrundsätze auf, die bei der sekundären Datennutzung zu beachten sind. Dabei werden die Interessen des Datenschutzes und der Datensicherheit gestärkt. Die Regelungen sind geeignet, dieses Ziel zu erreichen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Nr. 1 § 137a – Abs. 8**

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Regelungen zu den Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung

A. Problem und Ziel

A bestehende Formulierung

Die Notwendigkeit für einen vollständigen Einkommensausgleich bei der Einführung von einkommensabhängigen Zusatzbeitragsätzen ist richtig formuliert. Hingegen wird der Weiterentwicklungsbedarf beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich lediglich für die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte genannt.

B Stellungnahme

Die Begrenzung des Weiterentwicklungsbedarfs im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auf die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte entspricht nicht dem Koalitionsvertrag. Die unstrittige erforderliche Korrektur des Morbi-RSA in Bezug auf die Annualisierung der Ausgaben für Verstorbene muss Gegenstand der Problem- und Zielformulierung für das GKV-FQWG werden.

C Änderungsvorschlag

1. Absatz, Seite 2 ist wie folgt zu ergänzen (Änderungen hervorgehoben):

Der Beirat hat dabei u.a. **die Annualisierung der Kosten von Verstorbenen**, die Zuweisungen für die Auslandsversicherten und die Zuweisungen für Krankengeld im Hinblick auf ihre Zielgenauigkeit untersucht. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wird auf dieser Grundlage weiterentwickelt.

B. Lösung

A bestehende Formulierung

In Bezug auf die Weiterentwicklung des Morbi-RSA werden Sonderregelungen zur Verbesserung der Zuweisungen bei Krankengeld und Auslandsversicherten als Änderungen vorgeschlagen.

B Stellungnahme

Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats (22.6.2011) hat eine Änderung des Morbi-RSA in Bezug auf die Annualisierung der Ausgaben Verstorbener dringend empfohlen. Dieser Anpassungsbedarf ist auch im Koalitionsvertrag formuliert. Es ist erforderlich, dass die Ausgaben für Verstorbene richtig im Morbi-RSA berücksichtigt werden. Dazu muss ein entsprechender Lösungsvorschlag aufgenommen werden. Es ist nicht ausreichend, lediglich im Rahmen der Anhörungseinladung auf die laufenden Gerichtsverfahren und die Umsetzung der Rechtsprechung durch das BVA zu verweisen; zumal weder Bezug genommen wird auf das konkrete Urteil des LSG NRW vom 04.07.2013 noch ein Zeitpunkt für die Korrektur des

Berechnungsfehlers genannt wird. Die Korrektur des bestehenden Berechnungsfehlers ist auf diese Weise nicht gesichert.

C Änderungsvorschlag

1. Absatz, Seite 3 ist wie folgt zu ergänzen (Änderungen hervorgehoben):

Auf der Grundlage der Analysen und Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt vom 22. Juni 2011 werden wissenschaftliche Gutachten beauftragt, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen in den Bereichen Krankengeld und Auslandsversicherte zu erhöhen. **Die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt zur Annualisierung der Kosten für Verstorbene sind vom Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der Rechtsprechung umzusetzen.**

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 Buchstabe aa) § 175 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Dem Grunde nach wird die bisherige Systematik des Sonderkündigungsrechts beibehalten, jedoch auf die Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge sowie an die Abschaffung einer Prämienzahlung angepasst.

Missverständlich kann jedoch die Formulierung sein, dass bei der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages ein Sonderkündigungsrecht entsteht. Beispielsweise wäre dies dann der Fall, wenn eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, dann nicht mehr erhebt und zu einem späteren Zeitpunkt erneut einen Zusatzbeitrag erhebt. Diese zweite Erhebung eines Zusatzbeitrages ist keine erstmalige Erhebung und würde bei wörtlicher Auslegung der Vorschrift kein Sonderkündigungsrecht begründen.

Es sollte klargestellt werden, dass bei jeder Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrages ein Sonderkündigungsrecht besteht.

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

C Änderungsvorschlag

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

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

Begründung:

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

Nr. 3 § 194 Absatz 1 Nummer 4 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 5 § 220 Absatz 2 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 6 § 221b SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 9 Buchstabe d, § 242 Absatz 2 SGB V n. F.

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag zukünftig als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben wird. Die Kalkulation des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes erfolgt unter Berücksichtigung der voraussichtlichen GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen.

B Stellungnahme

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

Das für den vollständigen Einkommensausgleich gewählte Verfahren ist systematisch richtig und unbürokratisch. Die Kalkulation von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen auf der Grundlage der voraussichtlichen GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ist einfach umzusetzen. Dieser Eckwert wird bereits rechtzeitig für die Haushaltsplanung des Folgejahres durch den Schätzerkreis festgelegt und bekannt gegeben (vgl. Artikel 1 Nr. 5). Damit ist ausgeschlossen, dass Unterschiede in der Einkommensstruktur die Höhe des Zusatzbeitragsatzes der Krankenkassen beeinflussen. Dies entspricht exakt einem vollständigen Einkommensausgleich – so wie im Koalitionsvertrag vereinbart und ausformuliert. Die Verwendung der voraussichtlichen GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied stellt zudem sicher, dass diese Kalkulationsgrundlage für Zusatzbeitragsätze und Einnahmen aus Zusatzbeiträgen keinen unterjährigen Schwankungen unterliegt (i. V. m. Neuregelung gem. Artikel 1 Nr. 27 und Artikel 12 Nr. 7). Die Planungssicherheit für die Krankenkassen wird verbessert. Denn mit Einführung des vollständigen Einkommensausgleichs können die Krankenkassen die Beitragseinnahmen aus Zusatzbeiträgen besser kalkulieren und verlässlich im

Haushalt einplanen. Nur unterjährige Mitgliederbewegungen können sich auf die Höhe der Zusatzbeitragseinnahmen auswirken.

C Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 9 Buchstabe e, § 242 Absatz 3 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Für die meisten der aufgezählten Personengruppen war bislang kein Zusatzbeitrag zu erheben, soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen hatten.

Unklar ist jedoch, ob der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz zu erheben ist, sobald es rechnerisch einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a gibt, oder ob der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz erst dann zu erheben ist, wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitragssatz erhebt. Die vollständige Umsetzung einer unbürokratischen Regelung wird erreicht, wenn die Zahlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages für die genannten Personengruppen in jedem Fall gezahlt wird. Gesonderte Verfahren zur Unterscheidung der zu zahlenden Zusatzbeiträge sind damit entbehrlich.

Klargestellt wird, dass für die genannten Personengruppen in jedem Fall der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a zu zahlen ist, auch wenn der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse vom durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz abweicht.

C Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 1 (n. F.) wird wie folgt gefasst:

„Der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a ist zu erheben für ...“

Nr. 9 § 242 Buchstabe f)

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Diese Regelung wird begrüßt, da sie das Quellenabzugsverfahren stärkt.

C Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 10 Buchstabe d, § 242a SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist eine sachlich richtige Folgeänderung der Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge. Da der aus Steuermitteln zu finanzierende Sozialausgleich zukünftig entfällt (vgl. Nr. 6), ist eine Beteiligung des BMF nicht mehr erforderlich. Bei der Ermittlung des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes bleiben die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen bei der Festlegung der jährlichen Einnahmen für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds richtigerweise unberücksichtigt (vgl. hierzu Neuregelung Nr. 5 des Referentenentwurfs).

C Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 11 § 242b SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Regelung zur Durchführung des Sozialausgleichs wird aufgehoben.

B Stellungnahme

Der bisherige § 242b SGB V kann entfallen (vgl. unsere Stellungnahme zur Neuregelung in Artikel 1, Nr. 6 des Referentenentwurfs).

C Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 17 § 251 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass sich die Regelungen über die Beitragstragung auch auf die Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 3 (durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz) beziehen.

Ergänzend wird festgeschrieben, dass die für Bezieher von Arbeitslosengeld II zu entrichtenden Zusatzbeiträge vom Bund getragen werden. Zudem wird festgeschrieben, dass dies auch in den Fällen des § 26 Abs. 3 SGB II entsprechend für die Bundesagentur für Arbeit gilt.

B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 18 Buchstabe d, § 252 Absatz 3 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung wird der Verspätungszuschlag nach § 242 Abs. 6 SGB V gestrichen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Es muss allerdings zusätzlich geregelt werden, dass die Zusatzbeiträge nach neuem Recht in Bezug auf die Tilgungsreihenfolge den Beiträgen gleichgestellt sind. Ergänzend ist die Nachrangigkeit der Zusatzbeiträge nach altem Recht zu regeln.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung in Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe d) wird wie folgt neu gefasst:

d) In Absatz 3 werden die Wörter „, den Zusatzbeitrag nach § 242“ ersetzt durch die Worte „zuzügliche des Zusatzbeitrages nach § 242, den Zusatzbeitrag nach § 242 a. F.“ eingefügt und die Wörter „den Verspätungszuschlag nach § 242 Absatz 6,“ gestrichen.

Nr. 19 § 253 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 20 § 254 SGB V

Nr. 21 § 255 SGB V

Nr. 22 § 256 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigten Neuregelungen der Nummern 20 bis 22 enthalten Klarstellungen, dass die Regelungen für die Beitragszahlung der studentischen Krankenversicherungen (Nr. 20), für die Beitragszahlung aus der Rente (Nr. 21) sowie für Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen (Nr. 22) auch für die Zahlung von Zusatzbeiträgen gelten.

B Stellungnahme

Die Regelungen werden begrüßt.

C Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 24 § 261 Absatz 3 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 26 § 269 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

Eine nach Hauptleistungsbereichen differenzierte Regulierung der Deckungsgrade der einzelnen Krankenkassen scheidet schon aus formalen Gründen aus. Die Vorschriften des § 266 Absatz 2 SGB V sind eindeutig: Die Krankenkassen erhalten Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben insgesamt. Ein Anspruch auf die Deckung der Ausgaben durch Zuweisungen differenziert nach einzelnen Leistungsbereichen ist aus gutem Grund gerade nicht vorgesehen. Die im Referentenentwurf beabsichtigte Übergangsregelung würde mit diesem Grundsatz brechen. Vielmehr ist es auch aus versorgungssystematischen Gründen richtig, die Deckung immer in Bezug auf die Leistungsausgaben insgesamt zu betrachten. Nur so können Krankenkassen die Möglichkeiten eines sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements nutzen. Durch eine leistungsbereichsbezogene Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs würden die Vorgaben des § 268 Abs. 1 Nr. 4 SGB V verletzt. In Bezug auf die Höhe der Krankengeldausgaben ist festzuhalten, dass eine intensive Versorgungssteuerung und ein sogar erhöhter

Behandlungsaufwand in anderen Leistungsbereichen gerade ein wirtschaftliches Verhalten der Krankenkassen darstellen. Dies ist immer dann der Fall, wenn hierdurch Krankengeldausgaben begrenzt werden können – beispielsweise wenn durch Versorgungssteuerung die Dauer des Krankengeldbezuges oder auch die Rückfallquoten reduziert werden können. Die geringeren Ausgaben für Krankengeld korrespondieren dann mit höheren Leistungsausgaben in anderen Versorgungsbereichen. Die beabsichtigte Neuregelung verhindert also alle für die einzelne Krankenkasse wirtschaftlichen Ansätze der Versorgungssteuerung. Es ist davon auszugehen, dass die beruflichen Ausfallzeiten – sowohl im Krankengeldbezug als auch im Rahmen der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber – nicht weiter reduziert werden können sondern zukünftig wieder ansteigen. Dies führt nicht nur zu einer Ausgabensteigerung in der GKV (§ 268 Abs. 1 Nr. 4 SGB V), sondern auch zu Mehrbelastungen der Wirtschaft.

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

Positiv zu werten ist die in Absatz 3 beabsichtigte Neuregelung, die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld auf der Grundlage eines Gutachtens zu klären. Aufgrund der durch das Gutachten aus dem Jahr 2011 aufgestellten, weiterführenden Fragen, erscheinen weitere Datenerhebungen unvermeidlich. Die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte erfolgt damit ohne Verzögerung.

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

Unabhängig davon ist die skizzierte Sonderregelung für Zuweisungen für Auslandsversicherte inhaltlich nicht belastbar. Sie ignoriert, dass das Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte in keinem Fall an den tatsächlichen GKV-weiten Ausgaben dieser Personengruppe gemessen werden kann. Eine solche Vergleichsbetrachtung erfolgt aus gutem Grund auch nicht für andere Zuweisungsbe- reiche, sondern lediglich für die Ausgaben gesamt (vgl. § 266 Abs. 2 SGB V). Entscheidend für die Zuweisungen für Auslandsversicherte ist das Vorliegen eines dauerhaften Aufenthalts im Ausland im Vorjahr (prospektiver Morbi-RSA). Der

Vergleich von Vorjahresinformationen mit Ausgaben des Ausgleichsjahres ist also nicht möglich – im Übrigen auch nicht gewünscht, denn es sollen ja die durchschnittlichen erwarteten Folgekosten zugewiesen werden, um die richtigen Anreize für ein wirtschaftliches Verhalten der Krankenkassen zu setzen. Krankenkassen erhalten in einem Ausgleichsjahr also systematisch Auslandszuweisungen für Versicherte, die nicht mehr im Ausland leben, aber keine Zuweisungen für Versicherte, die ihren dauerhaften Aufenthalt im Ausland erst im Ausgleichsjahr begründet haben. Würde man also die tatsächlichen Ausgaben für die Bemessung der Zuweisungen für Auslandsversicherte heranziehen wollen, müsste man das Grundprinzip des prospektiven Risikostrukturausgleichs außer Kraft setzen. Eine solche Entscheidung darf in keinem Fall ohne eine fundierte wissenschaftliche Begleitung getroffen werden. Eine Übergangslösung scheidet somit in jedem Fall aus.

Die hier dargestellte Problematik wird noch durch zwei weitere Aspekte verschärft. (a) Zum einen liegen die tatsächlichen Ausgaben für Versicherte mit dauerhaftem Wohnort im Ausland nicht zeitnah vor. Die Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand erfolgen mit erheblichem, zeitlichem Versatz und können im Rahmen des bestehenden RSA-Datenmeldeverfahrens nicht annähernd erfasst werden. Würde man diese Daten nacherheben und im Sinne der Neuregelung verwenden, was ggf. möglich ist, würde dies zu einem „verkehrt-prospektiven“ RSA-Verfahren führen: Für die Zuweisungen für Auslandsversicherte im Ausgleichsjahr würden der Aufenthalt im Ausland gemäß Vorjahr und die Ausgaben des Vorjahres angesetzt. Dies ist weder inhaltlich noch praktisch umsetzbar. (b) Tatsächlich ist in den vergangenen Jahren auch eine deutliche Erhöhung der pauschalen Auslandsvergütungen zu beobachten, die sich weiter fortsetzen wird. Würde also auf tatsächliche, beobachtete Ausgaben für die Normierung der Zuweisungen abgestellt, werden die Folgekosten für Auslandsversicherte systematisch unterschätzt. Auch hier schafft die angedachte Sonderregelung mehr Probleme, als dass durch diese das Zuweisungsverfahren im Sinne des § 268 SGB V sinnvoll weiterentwickelt werden kann.

Aufgrund der o. g. Problemlage ist es daher auch nicht möglich, im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V, den GKV-Spitzenverband und das BVA zu ermächtigen, die genaue Abgrenzung der Ausgaben für Auslandsversicherte festzulegen (vgl. unsere Anmerkungen zu Artikel 12 Nr. 2). Weder dem GKV-Spitzenverband noch dem BVA liegen valide Daten über die Höhe der Leistungsausgaben für Auslandsversicherte vor.

Zur Bewertung der Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte ist daran zu erinnern, dass die Bildung gesonderter Risikomerkmale für Auslandsversicherte aus einem einfachen Grund heraus erfolgt ist. Für Auslandsversicherte liegen keine Morbiditätsinformationen aus den geforderten DTA-Verfahren nach SGB V vor. Dies hätte bei Einführung des Morbi-RSA dazu geführt, dass für alle Versicherten mit Wohnsitz im Ausland deutlich weniger Zuweisungen bereit gestellt worden wären, als dies unter dem RSA nach altem Recht der Fall war. Bewusst wurden damit Anreize zur Risikoselektion gegen Versicherte im Ausland unterbunden (vgl. § 268 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Da die Krankenkassen für Aus-

landsversicherte seit Einführung des Morbi-RSA also nicht mehr und nicht weniger Zuweisungen erhalten als seit Einführung des RSA im Jahr 1994, würde die gem. Referentenentwurf skizzierte, ungeeigneten Sonderregelungen erhebliche Verwerfungen verursachen. Sie steht im Widerspruch zu den europäischen Regelungen der Arbeitnehmerfreizügigkeit und Integration der Arbeitsmärkte (Stichwort: Grenzgänger).

C Änderungsvorschlag

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

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

„(2) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1, insbesondere zur Erhebung, Nutzung und Übermittlung der erforderlichen personenbezogenen Daten und zur Festlegung der Vorgaben für die Gutachten regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7.“

Nr. 27 § 270a SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist geeignet, den vollständigen Einkommensausgleich umzusetzen. Die Umsetzung eines vollständigen Einkommensausgleichs ist notwendig, um Wettbewerbsverzerrungen und Risikoselektionsanreize zu verhindern, wenn Zusatzbeiträge als Prozentsatz des beitragspflichtigen Einkommens erhoben werden. Sie korrespondiert mit der Neureglung in § 242 Abs. 2 SGB V (für weitere Ausführungen vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 9). In § 242 Abs. 2 SGB V n. F. ist vorgesehen, dass die Krankenkassen den Zusatzbeitragssatz auf der Basis der voraussichtlichen GKV-weiten beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied kalkulieren. Die hier dargestellte Neuregelung zu § 270a SGB V stellt sicher, dass die Krankenkasse Finanzmittel in Höhe der voraussichtlichen GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied, des kalkulierten Zusatzbeitragssatzes und der Anzahl ihrer Mitglieder erhalten. Damit die Krankenkassen die kalkulatorischen Einnahmen aus Zusatzbeiträgen erhalten, ist es notwendig, dass alle Beitragseinnahmen aus Zusatzbeiträgen an den Gesundheitsfonds abgeführt und – wie alle anderen Einnahmen auch – ebenfalls durch das BVA verwaltet werden. Sowohl die Beitragsweiterleitung als auch die Zuweisungen für Zusatzbeiträge (Mittel nach § 270a Abs. 2 SGB V n. F.) werden in das bestehende Zuweisungsverfahren eingebunden. Damit erfolgt der vollständige Einkommensausgleich als Verrechnung der beim Gesundheitsfonds eingegangenen Beträgen aus Zusatzbeiträgen und den Mitteln, die den Krankenkassen als Zusatzbeitragseinnahmen auf der Grundlage der GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen und der individuellen Zusatzbeitragssätzen zustehen (=Zuweisungen für Zusatzbeiträge gem. Einkommensausgleich). Dadurch, dass keine weiteren Zahlungsströme zwischen den Beteiligten eingerichtet werden müssen, entsteht nur ein sehr geringfügiger Verwaltungsaufwand. Da der Sozialausgleich entfällt, ist insgesamt mit einer Reduzierung des Verwaltungsaufwandes zu rechnen.

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

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

C Änderungsvorschlag
keiner

Nr. 28 § 271 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen für den vollständigen Einkommensausgleich und nicht für die Zuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V zu verwenden sind. Zugleich wird geregelt, dass Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs aus der Liquiditätsreserve gedeckt werden. Darüber hinaus erfolgt eine Bereinigung der bestehenden Vorschrift.

B Stellungnahme

Die Regelung ist erforderlich, damit die Beitragseinnahmen aus Zusatzbeiträgen nicht als Gesundheitsfondseinnahmen für die Zuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V zur Verfügung stehen. Die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen sind richtigerweise für den Einkommensausgleich zu verwenden. Die Regelung steht in Verbindung mit den Neuregelungen zu § 220 SGB V (Artikel 1, Nr. 5) und § 270a SGB V (Artikel 1, Nr. 27). Da sowohl die bislang in § 271 SGB V formulierten Regelungen zur Finanzierung der für die Konvergenzregelung vorgesehenen Ausgleichsbeträge, zur Finanzierung des Sozialausgleichs und zu Mittelzuführungen aus der Liquiditätsreserve in den Gesundheitsfonds nicht mehr anzuwenden sind, können diese gestrichen werden. Richtig ist, dass ein schrittweiser Aufbau der Liquiditätsreserve nicht mehr erforderlich ist, da die Liquiditätsreserve bereits aufgebaut ist. Die Neufassung sieht zudem vor, dass zukünftig keine Mittel mehr der Liquiditätsreserve zugeführt werden, wenn die Beitragseinnahmen aus allgemeinem Beitragssatz, Beiträgen für geringfügig Beschäftigte sowie der Bundeszuschuss die Ausgaben der GKV überschreiten. Diese Rechtsbereinigung wird damit begründet, dass ein Überschreiten der Ausgaben durch die Einnahmen in Zukunft nicht mehr zu erwarten ist, da der allgemeine Beitragssatz auf 14,6 Prozent abgesenkt wird. Davon unberührt ist die Veränderung der Liquiditätsreserve durch das Verfahren zum Einkommensausgleich nach § 270a Absatz 3 SGB V.

Die der GKV durch Abschaffung der Zuzahlung bei Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung (Praxisgebühr) seit 2013 entstehenden Mehrausgaben werden bislang für die aktuellen Haushaltsjahre durch Mittelzuführung aus der Liquiditätsreserve ausgeglichen. Es wird empfohlen, auch für kommende Haushaltsjahre eine weitere, zweckgebundene Zuführung aus der Liquiditätsreserve zum Ausgleich der durch die Abschaffung der Praxisgebühr entstehenden Mehrausgaben vorzusehen. Damit wird verhindert, dass diese Mehrausgaben in die Kalkulation der Zusatzbeitragssätze nach § 242 SGB V n. F. und des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes § 242a SGB V n. F. einfließen. Eine entsprechende gesetzliche Regelung ist für die jeweiligen Haushaltsjahre vorzunehmen.

C Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 Änderungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 26 SGB IV

A Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein Verfahren eingeführt werden, dass es nach Abschaffung des Sozialausgleichsverfahren ermöglicht, einen Beitragsausgleich von zu Unrecht gezahlten Beiträgen bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze durch Mehrfachbeschäftigungen durchzuführen.

B Stellungnahme

Das bisher im Zusammenhang mit dem Sozialausgleich durchzuführende Dialogverfahren zur GKV-Monatsmeldung befindet sich noch in der Stabilisierungsphase. Ein Umbau in das zu § 26 SGB IV geplante Verfahren ist durchaus mit technisch-organisatorischen Risiken in der Umsetzung behaftet.

C Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 12 Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 2 § 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung ermächtigt den GKV-Spitzenverband die tatsächlichen Ausgaben von Auslandsversicherten abzugrenzen und festzulegen. In Verbindung mit der nach Artikel 12, Nr. 6 beabsichtigten Neuregelung wird dadurch die Höhe der Zuweisungen für Auslandsversicherte festgelegt. Ein Einvernehmen mit dem BVA ist erforderlich.

B Stellungnahme

Die Neuregelung konkretisiert die beabsichtigte Übergangsregelung, wonach die Zuweisungen für Auslandsversicherte an deren Ist-Kosten bemessen werden sollen. Diese Übergangslösung wird abgelehnt (vgl. hierzu ausführlich unsere Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 26), weshalb auch die Regelung zu Nr. 2 entbehrlich ist.

Die Neuregelung würde im Übrigen dem GKV-Spitzenverband weitreichende Regelungskompetenz in Bezug auf die Festlegung des RSA-Verfahrens, hier in Bezug auf die Zuweisungen für Auslandsversicherte, übertragen. Der GKV-Spitzenverband würde zukünftig entscheiden, welche Ausgaben für Auslandsversicherte im Sinne der Neuregelung des § 269 Abs. 2 (neu) SGB V (Artikel 1, Nr. 26) i. V. m § 41 Abs. 1 (neu) RSAV (Artikel 12, Nr. 6) als tatsächliche Ausgaben der Auslandsversicherten gelten. Damit würde die Höhe der Zuweisungen für Auslandsversicherte de facto festgelegt. Bisher werden alle Festlegungen, die die Berechnungen der Zuweisungen im RSA-Verfahren betreffen, durch das Bundesversicherungsamt unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats getroffen. Dass von diesem Verfahren abgewichen werden soll, ist nicht begründet und nicht zulässig. Auch § 38 Abs. 2 RSAV stellt keine vergleichbare Regelung dar: § 38 Abs. 2 RSAV überträgt dem GKV-Spitzenverband zwar die Aufgabe, die Höhe der DMP-Programmkostenpauschale zu bestimmen. Diese beträgt allerdings nur ein Bruchteil der Gesamtzuweisungen, die für DMP-Versicherte aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen werden. Eine weitreichendere Festlegungskompetenz, die in diesem Falle die Gesamtzuweisungen für Auslandsversicherte betrifft, darf dem Gesetz nach dem GKV-Spitzenverband nicht übertragen werden. Sie kollidiert darüber hinaus mit dem Grundsatz der wissenschaftlichen Begleitung des RSA-Verfahrens. Dass die Festlegung im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt getroffen werden muss, stellt kein entsprechendes Korrektiv da.

Besonders problematisch ist auch, dass weder ein gesondertes Anhörungsverfahren noch eine Integration der Bestimmung nach § 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV n. F. in das bestehende Anhörungs- und Festlegungsverfahren nach § 31 Abs. 4 RSAV vorgesehen ist. Bereits durch die Formulierungen und Begründungen zum beabsichtigten Gutachten nach § 33 RSAV n. F. (vgl. Artikel 12, Nr. 3) wird deutlich, dass eine Abgrenzung der Leistungsausgaben von Auslandsversicherten nicht

ohne wissenschaftliche Begleitung erfolgen kann. Dies gilt umso mehr, da hierdurch das Zuweisungsverfahren ansonsten willkürlich beeinflusst werden kann. Für Fragen der Ausgestaltung des RSA-Verfahrens wird die Verankerung von Anhörungsrechten der Krankenkassen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung gefordert.

C Änderungsvorschlag

Artikel 12, Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 31 Abs. 5 Satz 5 wird aufgehoben“

Begründung:

Es handelt sich um eine rechtsbereinigende Anpassung.

Weiter wird vor Artikel 12, Nr. 2 eine Änderung Nr. 1b neu eingefügt.

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

Begründung:

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

Nr. 3 § 33 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Bereits in seinem Gutachten vom 22.6.2011 hat der Wissenschaftliche Beirat herausgearbeitet, dass bislang kein Verfahren bekannt ist, das dem bisherigen Verfahren zur Ermittlung der Zuweisung für Krankengeld überlegen ist. Vielmehr besteht erheblicher Forschungsbedarf. Daher ist es richtig, dass vor einer Weiterentwicklung des Zuweisungsverfahrens für Krankengeld der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats aufgegriffen wird, und weitere wissenschaftliche Untersuchungen beauftragt werden. Dabei kann es richtig sein, sogar ein mehrstufiges Begutachtungsverfahren anzustreben, wie dies durch die beabsichtigte Neuregelung ausgedrückt wird. In jedem Fall ist es deshalb falsch, eine Übergangsregelung zur Veränderung der Zuweisungen für Krankengeld umzusetzen, wie dies durch Artikel 1 Nr. 26 i. V. m. mit Artikel 12 Nr. 6 skizziert wird (vgl. auch unsere ausführliche Stellungnahme hierzu zu Artikel 1, Nr. 26). Aufgrund der beabsichtigten Gutachtenkonstruktion ist nicht zu erkennen, zu welchem Termin ein Vorschlag für die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld vorliegen soll. Im Gegenteil, der Teil des Gutachtens, der sich auf konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung bezieht (Absatz 2), ist von der Frist der Gutachtenerstellung zum 31.12.2015 ausgenommen. Auf diese Weise wird die in Artikel 12 Nr. 6 konkretisierte Übergangsregelung gewissermaßen entfristet. De facto wird also – genau entgegen der Aussagen des Gutachtens vom 22.6.2011 – eine Änderung vorgenommen, ohne dass diese wissenschaftlich oder inhaltlich begründet ist. Im Gegenteil: Der beabsichtigte Ist-Kostenausgleich widerspricht ausdrücklich den Zielen des § 268 Abs. 1 Nr. 3 SGB V und setzt – worauf in der Begründung zu Artikel 12, Nr. 6 auch ausdrücklich hingewiesen wird – Anreize zur Unwirtschaftlichkeit.

Auch in einem weiteren Punkt weicht die beabsichtigte Neuregelung wesentlich von den Ergebnissen des Gutachtens vom 22.6.2011 ab. Die Gutachter haben ausdrücklich nachgewiesen, dass die Dauer und Häufigkeit des Krankengeldbezuges und damit die Höhe der Krankengeldausgaben maßgeblich durch die Morbidität der Versicherten bestimmt werden. Daher ist es falsch, dass die Möglichkeit einer direkten Morbiditätsorientierung der Krankengeldzuweisungen von vorne herein von der gutachterlichen Untersuchung ausgeschlossen wird. In jedem Fall sind für den Auftrag an die Gutachter auch die in § 268 Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannten Vorgaben aufzunehmen.

C Änderungsvorschlag

Artikel 12, Nr. 3; § 33 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

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

Begründung:

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

Nr. 5 § 40 Abs. 1 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des vollständigen Einkommensausgleichs. Die Neuregelung zu (a) stellt sicher, dass weder die Beitragseinnahmen aus Zusatzbeiträgen noch die Zuweisungen für Zusatzbeiträge die Höhe der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen beeinflussen. Die Neuregelung zu (b) sieht vor, dass im Falle einer Fondsunterdeckung die Mitglieder, die keinen Zusatzbeitrag entrichten müssen, bei der Berechnung und den Zuweisungen unberücksichtigt bleiben.

B Stellungnahme

Die Regelung zu Buchstabe (a) ist sachgerecht. Hierdurch wird erreicht, dass die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen weiterhin als Differenz zwischen den Einnahmen des Gesundheitsfonds für Zuweisungen nach §§ 266 und 270 SGB V sowie den Ausgaben der Krankenkassen ermittelt wird. Das bedeutet, dass wie bisher alle Ausgaben der GKV für die Berechnung der Zuweisungen nach § 266 SGB V (Leistungsausgaben) und § 270 SGB V (Verwaltungskosten, DMP, Satzungs- und Ermessensleistungen) in voller Höhe berücksichtigt werden. Die Fondsunterdeckung – die sich als Differenz aus den GKV-Ausgaben insgesamt und den Einnahmen aus Bundesmitteln, für geringfügig Beschäftigte und Beitragseinnahmen auf Grundlage des allgemeinen Beitragssatzes (14,6 Prozent, n. F.) ermittelt – wird ebenfalls wie bisher als mitgliederbezogener Änderungsbeitrag wettbewerbsneutral verteilt (Verringerung der Zuweisungen).

Vor dem Hintergrund des vollständigen Einkommensausgleichs ist die Regelung zu Buchstabe (b) nicht erforderlich. Dadurch, dass die Krankenkassen zukünftig die Zusatzbeitragssätze auf der Grundlage aller ihrer Mitglieder sowie den voraussichtlichen GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen ermitteln und Zuweisungen für Zusatzbeiträge in entsprechender Höhe erhalten, ist ein Herausrechnen von Mitgliedern, die nach § 224 Absatz 1 Satz 1 SGB V keinen Zusatzbeitrag (genau: überhaupt keinen Krankenversicherungsbeitrag) zahlen, nicht erforderlich. Folglich ist es auch nicht erforderlich, diese Personengruppen gesondert zu erheben und in den Schätzerkreisprognosen zusätzlich zu berücksichtigen.

Eine ergänzende, redaktionelle Folgeänderung zu § 242a SGB V n. F. ist in § 40 Absatz 1 erforderlich, so dass einheitlich auf die Festlegung des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes verwiesen wird.

C Änderungsvorschlag

Artikel 12, Nr. 5 Buchstabe b) ist wie folgt zu fassen:

„§ 40 Absatz 1 Nr. 3 wird wie folgt neu gefasst:

3. bei einem negativen Ergebnis nach Nummer 2 das Ergebnis nach Nummer 2 durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen und durch die Zahl 12 teilt und für jede Krankenkasse mit der Zahl ihrer

Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, vervielfacht,“

Begründung:

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung der §§ 224 und 242 SGB V. Da sowohl die Kalkulation der kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze als auch der Mittel, die die Krankenkassen im Rahmen des Einkommensausgleichs erhalten, auf der Zahl aller Mitglieder beruht, sind bei der Berechnung der mitgliederbezogenen Veränderungsbeträge keine Personengruppen auszunehmen. Absatz 1 Nummer 3 regelt bereits die wettbewerbsneutrale Umlage der Unterschiedsbeträge zwischen den voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds und den voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen. Die Neuregelung stellt sicher, dass dies auch nach Einführung des vollständigen Einkommensausgleichs weiterhin wettbewerbsneutral erfolgt.

Nr. 4a (NEU): § 40 Absatz 1:

„In § 40 Absatz 1 wird das Wort „Zusatzbeitrag“ durch das Wort „Zusatzbeitragssatz“ ersetzt.“

Begründung:

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des § 242a SGB V.

Nr. 6 § 41 Abs. 1 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung dient dazu, die Übergangsregelungen zur Veränderung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte im Sinne von IST-Kostenausgleichen umzusetzen. Die Berechnung der mitgliederbezogenen Veränderungen der Zuweisungen werden an die Personengruppen nach § 224 SGB V angepasst. Weiterhin erfolgen Rechtsbereinigungen durch das Auslaufen der Konvergenzregelungen.

B Stellungnahme

Für Krankengeldzuweisungen soll ein 50%iger IST-Kostenausgleich durchgeführt werden. Dies setzt erhebliche Unwirtschaftlichkeitsanreize, was in der Begründung zur Neuregelung auch ausdrücklich problematisiert wird. Ein wie auch immer ausgestalteter IST-Kostenausgleich im Risikostrukturausgleich wird abgelehnt. Die Begrenzung von Deckungsgradunterschieden in einzelnen GKV-Ausgabenbereichen ist unbegründet und kann auch die Einführung eines IST-Kostenausgleichs nicht rechtfertigen (vgl. hierzu auch unsere Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 26). Die Festlegung eines hälftigen Verteilungsschlüssels ist nicht begründet. Die Neuregelung ist zu streichen.

Ebenfalls abgelehnt wird die Neuregelung, wonach die Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die durch den GKV-Spitzenverband bestimmten tatsächlichen Ausgaben begrenzt werden sollen (vgl. hierzu auch unsere Stellungnahme zu Artikel 12, Nr. 2). Während die beabsichtigte Neuregelung zu § 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV noch von einer „Abgrenzung“ der Leistungsausgaben von Auslandsversicherten spricht, soll durch § 41 Absatz 1 RSAV n. F. eine Begrenzung der Zuweisungen stattfinden. Damit werden erhebliche Unsicherheiten und Verzerrungen im Zuweisungsverfahren umgesetzt. Während eine Abgrenzung der Leistungsausgaben im Sinne einer systematischen, inhaltlichen Differenzierung auch theoretisch erfolgen kann, ist eine faktische Begrenzung unmöglich. Denn die tatsächlichen Ausgaben für Auslandsversicherte können nicht in ihrer Höhe bestimmt werden, da ein erheblicher zeitlicher Verzug in der Rechnungslegung besteht. Es wird also der Fall eintreten, dass ggf. nach § 31 Absatz 5 Satz 5 RSAV n. F. beschrieben ist, welche Leistungen den Auslandsversicherten zugeordnet werden sollen, aber es besteht keine Kenntnis darüber, in welcher Höhe diese Leistungen denn angefallen sind. Damit ist eine Pauschalierung – sowie wie sie im Gutachten vom 22.6.2011 als Übergangslösung beschrieben und für Ausgaben der Konten der Jahresrechnung 480 und 483 operationalisiert wurde – mit der vorgesehenen Neuregelung nicht umsetzbar.

Völlig unverständlich ist zudem die nähere Erläuterung in der Begründung, die offensichtlich die rechentechnischen Vorgaben versucht außerhalb des eigentlichen Verordnungstextes zu skizzieren. Danach ist vorgesehen, dass eine Anpassung erst mit dem Jahresausgleich erfolgen soll, um Verzerrungen im Zuweisungsverfahren zu vermeiden. Differenzbeträge zwischen den gezahlten Zuweisungen für Auslandsversicherte und den im Jahresausgleich neu ermittelten Zu-

weisungen sollen im Rahmen der mitgliederbezogenen Veränderungen der Zuweisungen ausgeglichen werden. Hierzu ist festzuhalten: Eine Anpassung der Berechnung erst im Jahresausgleich verursacht gerade erhebliche Verwerfungen. Ziel des monatlichen Abschlagsverfahrens ist ja gerade, diese Verwerfungen zu verhindern. Deshalb müssten die Übergangsregelungen für Auslandsversicherte zwingend bereits im Abschlagsverfahren berücksichtigt werden. Eine entsprechende Änderung und Klarstellung im Rahmen der Begründung ist erforderlich. Auch ist es systematisch falsch, Zuweisungsbeträge, die ggf. nicht mehr für Auslandsversicherte angerechnet werden, über mitgliederbezogene Beträge zuzuweisen. Damit folgt die Begründung zwar der Systematik, die mit der Rückzahlung von Korrekturbeträgen im Rahmen der Prüfungen nach § 273 SGB V und § 42 RSAV eingeführt wurde. Diese Ausnahmeregelung ist allerdings nur dem Umstand geschuldet, dass die Prüfergebnisse erst nach Abschluss des Jahresausgleichs vorliegen und somit ein einfaches Verrechnungsverfahren gefunden werden musste. Für Anpassung der Zuweisungen bei Auslandsversicherten, die im Rahmen des Jahresausgleiches erfolgen sollen, ist hingegen eine Verrechnung der Differenzbeträge mit den Leistungsausgaben der GKV insgesamt vorzunehmen. D.h., sie müssen den Zuschlägen nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrente, Morbidität (HMG) sowie Kostenerstattungsversicherte zugeordnet werden. Denn bereits heute wird die Höhe der Zuschläge für Auslandsversicherte als Durchschnittswert über die vorgenannten Risikomerkmale gebildet.

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

Eine rückwirkende Änderung in der Zuweisungssystematik scheidet nach gerichtlicher Auffassung aus, da die Planungssicherheit der Krankenkassen hierdurch erheblich beeinträchtigt wird (vgl. zuletzt Urteil des LSG NRW vom 04.07.2013). Deshalb wird eine Klarstellung empfohlen, dass – soweit die Feststellungen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats unberücksichtigt blieben und die skizzierten Übergangsregelungen angewendet würden – die Neuregelungen ab dem Ausgleichsjahr 2015 gelten.

Die unter Buchstabe b) vorgenommene Anpassung der nicht zu berücksichtigenden Mitgliedergruppen ist entbehrlich. Eine gesonderte Berücksichtigung im Berechnungsverfahren ist nicht mehr erforderlich (vgl. unsere Stellungnahme zu Artikel 12 Nr. 5).

C Änderungsvorschlag

Artikel 12, Nr. 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 41 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Nummer 3 gestrichen

b) Absatz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

2. bei einem negativen Ergebnis nach Nummer 1 das Ergebnis nach Nummer 1 durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen teilt und für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen, um die Anzahl ihrer Mitglieder vervielfacht,

c) Absatz 4a wird aufgehoben“

Begründung:

Zu Buchstabe a):

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

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.

Nr. 7 § 43 RSAV

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Das Verfahren zum vollständigen Einkommensausgleich wird in die bestehende Systematik des monatlichen Abschlagsverfahrens und des Jahresausgleichs eingebunden. Die Vorgaben des § 270a SGB V n. F. (vgl. Artikel 1 Nr. 27) werden richtig umgesetzt. Danach erhalten die Krankenkassen im Rahmen des monatlichen Abschlagsverfahrens Zuweisungen für Zusatzbeiträge, die auf den jeweils aktuellsten, verfügbaren Informationen zu Mitgliederzahlen basieren. Diese Abschlagszahlungen werden im Rahmen der bestehenden Strukturanpassungen nach § 39 RSAV aktualisiert und mit dem Jahresausgleich nach § 41 RSAV final festgesetzt. Durch die vollständige Integration des Einkommensausgleiches in das Gesundheitsfondszuweisungsverfahren wird eine verwaltungsökonomisch sinnvolle und transparente Verfahrensweise gewählt. Zur Notwendigkeit und Ausgestaltung des vollständigen Einkommensausgleichs vgl. auch unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 5, Nr. 9 und Nr. 27.

Allerdings wird in der Begründung zu Absatz 2 ausgeführt, dass die Zuweisungen für den Zusatzbeitrags erst mit zwei Monaten Verzögerung erfolgen können. Ursächlich sei hierfür, dass die monatlichen Statistiken zu den Mitgliederzahlen dem Bundesversicherungsamt ebenfalls erst mit zwei Monaten Verzögerung vorliegen. Dies hätte weitreichende Auswirkungen auf die Liquidität der Krankenkassen. Diese würden zwar ab Januar einen Zusatzbeitrag erheben und an den Gesundheitsfonds weiterleiten, erhielten aber erst mit zwei Monaten Verzögerungen Einnahmen für Zusatzbeiträge. Richtig ist, dass zum Zeitpunkt der Zuweisungen für den Monat Januar auch bislang die monatlichen Statistiken des Vormonats vorliegen. Deshalb erfolgen auch alle Berechnungen für den Zuweisungsmonat Januar auf der Grundlage u.a. der KM1-Mitglieder- und Versichertenstatistik des Monats November (Vorjahr). Dieses Verfahren soll auch für die Zuweisungen für Zusatzbeiträge im Rahmen des § 43 RSAV n. F. angewendet werden. Eine entsprechende Klarstellung in der Begründung ist erforderlich.

C Änderungsvorschlag

Die Begründung zur Neuregelung in Absatz 2 ist wie folgt zu formulieren:

„In Absatz 2 wird das monatliche Abschlagsverfahren geregelt. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die monatlichen Mittel an die Krankenkassen vorläufig auf der Grundlage ihres jeweiligen Zusatzbeitragssatzes 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 Bundesversiche-

rungsamt regelmäßig erst in dem übernächsten des auf den Ausgleichsmonat folgenden Monats vor, so dass die Zahlungen für den jeweiligen Ausgleichsmonat auf der Grundlage der KM 1 – Statistik des jeweiligen Vormonats ermittelt werden. Für die Startphase des monatlichen Abschlagsverfahrens ist eine Übergangslösung in Bezug auf die Übermittlung der erhobenen Zusatzbeitragssätze umzusetzen. Diese kann z. B. vorsehen, dass der Nachweis der Zusatzbeitragssätze nach § 242 SGB V n. F. unabhängig von den amtlichen Statistiken erfolgt, wobei das Verfahren im Einvernehmen zwischen dem Bundesversicherungsamt und dem GKV-Spitzenverband geregelt wird. 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.