



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 19.02.2014**

**zum Referentenentwurf
eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV–Finanzstruktur– und Qualitäts–
Weiterentwicklungsgesetz – GKV–FQWG)
vom 12.02.2014**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 30, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Vorbemerkung

Mit dem Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) werden die Finanzierungsstrukturen der GKV auf der Grundlage des Koalitionsvertrags vom 27.11.2013 neu geordnet. Daneben wird zur Verbesserung der Qualitätsorientierung in der ambulanten wie der stationären Gesundheitsversorgung ein Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen errichtet.

Der heutige kassenindividuelle Zusatzbeitrag wird in Zukunft nicht mehr einkommensunabhängig, sondern prozentual von den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben. Diese Umstellung erfordert eine Reihe von Änderungen der beitragsrechtlichen Bestimmungen. Ungeachtet seiner künftig in die Satzungsautonomie der einzelnen Krankenkasse gestellten Festsetzungsbefugnis ist und bleibt der Zusatzbeitrag jedoch ein Krankenversicherungsbeitrag. Somit gelten im Grundsatz die Regelungen zur Erhebung des Krankenversicherungsbeitrags.

Rechtstechnisch betrachtet erfassen die Vorschriften, die den Krankenversicherungsbeitrag in Bezug nehmen, auch den Zusatzbeitrag. Mithin ist es zur Klarstellung dessen völlig ausreichend, wenn (einmal) an zentraler Stelle deutlich gemacht wird, dass der Zusatzbeitrag ein Krankenversicherungsbeitrag ist und infolgedessen die Regularien zur Bestimmung und Erhebung des Beitrags auch für den Zusatzbeitrag gelten. Dementsprechend bedarf es nur dort ergänzender Bestimmungen, wo Abweichendes gelten soll (z. B. bei der Beitragstragung). Unter dieser Maßgabe könnten die beitragsrechtlichen Änderungsvorschriften des Referentenentwurfs ganz erheblich reduziert werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 137a SGB V (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitssystem)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Nähere Anmerkungen und Änderungsvorschläge zum neuen § 137a werden im Folgenden zu den Absätzen 3, 4 und 7 unterbreitet.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 137a Abs. 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

In **Abs. 3 Satz 2 Nummer 3** ist wie in der bisherigen Fassung des § 137a textiert, dass das Institut nach § 137a beauftragt wird, sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Beschränkung allein auf die Beteiligung bei der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung ist vor dem Hintergrund der dauerhaften Gründung eines wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nicht mehr fachlich begründbar und unwirtschaftlich. Konnte der G-BA bisher aus der Entwicklung der Qualitätssicherung heraus auch andere Dienstleister mit der Durchführung der Qualitätssicherung beauftragen (z. B. als Datenanalyst im Qualitätssicherungsverfahren zur Dialyse), ist mit der nun dauerhaften Einrichtung eines QS-Instituts keine fachliche Begründung mehr ersichtlich, warum der G-BA für die Aufgabe der Durchführung weitere Auswertungsinstitute beauftragen sollte, die immer wieder ausgeschrieben werden müssten. Die Aufgabe der Durchführung der Qualitätssicherung und der Datenhaltung sollte auf der Bundesebene deshalb grundsätzlich dem neuen Institut zukommen. Die dezentralen und nachgelagerten Aufgaben bspw. der Landesebenen können weiterhin abweichend geregelt werden.

In **Abs. 3 Satz 2 Nummer 5** ist nicht nachvollziehbar, warum einrichtungsbezogen vergleichende Daten der Qualitätssicherung ausschließlich aus dem stationären Bereich in einer vergleichenden Übersicht veröffentlicht werden sollen. Mehr Transparenzgebot ist unseres Er-

achtens auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung herzustellen. Viele operative oder interventionelle Maßnahmen werden inzwischen sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt. Hier wäre es bereits kurzfristig möglich, die Ergebnisse beider Sektoren einrichtungsbezogen darzustellen. Ansonsten wäre es für die Öffentlichkeit weiterhin nicht möglich, sich umfassend zu informieren und eine echte Wahlentscheidung zu treffen, da nur über die Ergebnisse aus dem stationären Bereich informiert wird. Eine entsprechende Ergänzung sollte erfolgen.

Die in **Abs. 3 Satz 2 Nummer 6** beschriebene Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen wird inhaltlich begrüßt. Sie ist allerdings bereits geregelt in § 299 Abs. 1a SGB V und befindet sich in Umsetzung. Die Aufgaben zur Messung und Darstellung der Qualität in der Versorgung gemäß den Nummern 1 bis 4 enthalten zudem auch Instrumente und Indikatoren unter Einbeziehung der Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen. Eine weitere Regelung, wie mit der Nummer 6 vorgesehen, ist unseres Erachtens nicht zwingend erforderlich.

Die in **Abs. 3 Satz 2 Nummer 7** vorgesehene Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln stellt eine „Zertifizierung“ unterschiedlichster Zertifizierungsverfahren außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des Gemeinsamen Bundesausschusses und außerhalb des Geltungsbereiches des SGB V dar. Zwar wäre eine Darstellung der Aussagekraft des sehr großen Marktangebots an Qualitätssiegeln grundsätzlich sinnvoll. Das Institut würde dadurch jedoch zu einer übergeordneten Akkreditierungsstelle für in der Privatwirtschaft bzw. auf dem Gesundheitsmarkt angebotene Zertifizierungen und Qualitätssiegel. Da zumeist belastbare wissenschaftliche Daten zu den einzelnen Zertifikaten fehlen, gibt es für eine methodisch belastbare Bewertung der Zertifikate nur unzureichende Grundlagen. Wettbewerbsrechtliche Risiken für die Arbeit des Instituts wären die Folge. Zertifizierungen und Qualitätssiegel haben lediglich im Rahmen der einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsysteme ihre Berechtigung und Potentiale. Deshalb könnte geprüft werden, ob der G-BA dem Qualitätsinstitut einen Auftrag erteilt, Kriterien für sinnvolle Zertifikate zu formulieren. Ein spezifischer gesetzlicher Auftrag wäre hierfür nicht erforderlich. Allgemeine Rahmenvorgaben zum internen Qualitätsmanagement erfolgen im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz bereits durch den G-BA. Die Aufgabe einer Bewertung dieser Qualitätsmanagement-Systeme wurde vom G-BA nach eingehender Prüfung im Rahmen der Evaluation der Qualitätsmanagement-Richtlinie mangels aussagekräftiger Daten und belastbarer Evidenz abgelehnt. Vor diesem Hintergrund ist Nummer 7 aus diesseitiger

Sicht entbehrlich.

C) Änderungsvorschläge

§ 137a Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„die einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen und soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen.“

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

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

Zu § 137a Abs. 3 Satz 2 Nummer 6 wird eine Prüfung auf Redundanz zu § 299 Abs. 1a SGB V angeregt.

§ 137a Abs. 3 Satz 2 Nummer 7 Satz 1 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 137a Abs. 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem Institut wird die Möglichkeit eingeräumt, sich auch ohne Beauftragung mit Fragestellungen der Aufgaben nach § 137a Absatz 3 zu befassen. Der Stiftungsvorstand ist hierüber unverzüglich zu informieren. Darüber hinaus sind die Ergebnisse dieser „Selbstbefassung“ dem G-BA und dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Veröffentlichung vorzulegen.

B) Stellungnahme

Es ist nicht sinnvoll, dem Institut ein so umfängliches Selbstbefassungsrecht in der beabsichtigten Art und Weise einzuräumen. Alle denkbaren Fragestellungen der Aufgaben nach § 137a Absatz 3 sollen im Rahmen der Selbstbefassung möglich sein, unabhängig von den über den G-BA beauftragten oder von ihm selbst gestellten Aufträgen. Hierbei könnte es zu unnötigen inhaltlichen Überschneidungen der Institutsarbeit aufgrund der Selbstbefassung mit denjenigen kommen, die auf die Umsetzungsbefugnisse des G-BA zurückzuführen sind. Verbunden damit könnten sich auch schwer lösbare Ressourcenallokations- und Priorisierungsfragen in der Finanzplanung des Instituts ergeben. Dies spricht für eine Streichung der Regelung der Sätze 3 und 4. Allenfalls wäre es vorstellbar, die Selbstbefassung des Instituts in ökonomisch vertretbarem und im Haushalt planbarem Umfang zu ermöglichen. So wäre hilfsweise eine finanzielle Begrenzung der Aufwendungen für die Selbstbefassung auf einen Anteil von 5 % der Jahreshaushaltsplanung des Instituts vorstellbar.

C) Änderungsvorschläge

§ 137a Absatz 4 Satz 3 und 4 werden gestrichen.

alternativ:

§ 137a Absatz 4 Satz 3 wird ergänzt um den Halbsatz: „die diesbezüglichen Aufwendungen dürfen den Anteil von 5 Prozent der Jahreshaushaltsplanung des Instituts nicht überschreiten.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 137a Abs. 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 7 regelt die Möglichkeiten, die im Rahmen der Qualitätssicherung erhobenen Daten auszuwerten und die Auswertungsergebnisse für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in anonymisierter Form nutzen zu können.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist insgesamt grundsätzlich zu begrüßen. Sie dient der Erforschung des Potentials der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung bestehender Qualitätssicherungsinstrumente. Satz 1 ist allerdings in Teilen kritisch zu bewerten. Damit kann die sekundäre Datennutzung nicht nur vom Institut nach § 137a, sondern z. B. auch durch Landesgeschäftsstellen oder Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden. Die Durchführung dieser Auswertungen bedeutet, dass diese Stellen Zugriff auf den Bundesdatenpool erhalten. Der Bundesdatenpool wird zukünftig auch die Sozialdaten der Krankenkassen enthalten. Das bedeutet, dass damit auch externe Einrichtungen Zugriff auf den Bundesdatenpool und damit auf die Sozialdaten der Kassen erhalten. Es erscheint nicht sachgerecht, dass aufgrund der derzeitigen Strukturen auf der Landesebene Institutionen der Leistungserbringer einen solchen Zugriff erhalten können, die GKV aber nicht, da sie derzeit keine „beteiligte Stelle“ unterhält. Vor diesem Hintergrund ist die Forderung, nur das neue QS-Institut mit der Durchführung und der Datenhaltung zu beauftragen, begründet.

Eine solche Regelung stärkt auch den Datenschutz. Nicht ersichtlich ist, warum der G-BA andere Datenschutzanforderungen umsetzen soll, als sie beispielsweise für die Datenaufbereitungsstelle in der Verordnung zur Umsetzung der Vorschriften über die Datentransparenz (§§ 303a bis 303e SGB V) enthalten sind. Neben der datenschutzkonformen Bereitstellung anonymisierter Daten für die wissenschaftliche Nutzung sollte insbesondere ein Datenschutzkonzept für die Datenhaltung und Auswertung des Instituts zur Erfüllung der Aufgaben des Absatz 3 erstellt werden und regelmäßig durch unabhängige Gutachter geprüft werden.

C) Änderungsvorschläge

§ 137a Abs. 7 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut nach Absatz 1 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 wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in anonymisierter Form zu übermitteln.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Ergänzender gesetzlicher Änderungsbedarf

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

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

Änderungsvorschlag zu § 299 Abs. 1a SGB V:

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

2. Änderungen des § 299 SGB V im Hinblick auf die Pflicht zur Pseudonymisierung: Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die vom G-BA an das BMG übermittelte ausführliche Begründung des Änderungsbedarfs des § 299 (Schreiben vom 15.04.2013) sowie den dazugehörigen Änderungsvorschlag (Schreiben vom 09.07.2013). Ohne eine entsprechende Änderung wird die Qualitätsprüfung gemäß § 136 Abs. 2 SGB V kaum noch als sinnvolle Maßnahme der Qualitätssicherung durchführbar sein. Auch andere Begutachtungen von Patientenakten wären damit erschwert. Diese sind aber u. a. für eine Validierung der erhobenen Daten

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 11 von 84

unerlässlich. Der G-BA hat auf die Wichtigkeit und Dringlichkeit dieser Änderung in seiner ausführlichen Begründung hingewiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 Buchst. a) und b)

§ 175 SGB V (Sonderkündigungsrecht bei Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrags)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung passt das bestehende Sonderkündigungsrecht bei erstmaliger Erhebung eines Zusatzbeitrags, bei Erhöhung des Zusatzbeitrags oder bei Verringerung der Prämienzahlung an die neue Rechtslage an. Künftig kann die Mitgliedschaft auch bei Erhebung des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags oder der Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes gekündigt werden, ohne dass die Mindestbindungsdauer erfüllt sein muss. Unverändert bleibt, dass die Krankenkasse das Mitglied spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit des Zusatzbeitrags auf das Sonderkündigungsrecht hinzuweisen hat.

B) Stellungnahme

Das Sonderkündigungsrecht in Abhängigkeit von der erstmaligen Fälligkeit des Zusatzbeitrags bzw. der erstmaligen Fälligkeit des Zusatzbeitrags infolge der Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes gestaltet sich verfahrenspraktisch problematisch. Dies liegt in den unterschiedlichen Fälligkeitszeitpunkten für die Erhebung der Beiträge aus den einzelnen beitragspflichtigen Einnahmen begründet. Während die Beiträge aus Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung am drittletzten Bankarbeitstag des Monats für den laufenden Monat fällig werden (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV), werden die Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Renten zu tragen haben, entweder am letzten Bankarbeitstag des Monats, für den die Rente gezahlt wird (bei vorschüssiger Rentenzahlung), oder am letzten Bankarbeitstag des Folgemonats, für den die Rente gezahlt wird (bei nachschüssiger Rentenzahlung), fällig. Freiwillige Mitglieder wiederum haben ihre Beiträge spätestens bis zum 15. des dem Beitragsmonat folgenden Monats zu zahlen.

Von daher bietet sich an, das Sonderkündigungsrecht und die Hinweispflicht der Krankenkasse an den Zeitpunkt zu knüpfen, zu dem der Zusatzbeitrag bzw. die Zusatzbeitragsatzerhö-

hung wirksam wird; insoweit wird im Wesentlichen die bis Ende 2008 geltende Rechtslage wiederhergestellt.

Voraussetzung für diese inhaltliche Ausrichtung des Sonderkündigungsrechts ist darüber hinaus, dass die bisherige Regelung des § 242 Absatz 1 Satz 2 bis 4 SGB V, nach der der Zusatzbeitrag bzw. der erhöhte Zusatzbeitrag bei ausgeübtem Sonderkündigungsrecht nicht zu zahlen ist, entfällt; auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 242 SGB V) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 4 Satz 5 SGB V 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 zum Ablauf des auf das Inkrafttreten des der Erhebung des Zusatzbeitrages oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes folgenden Kalendermonats gekündigt werden.“

Absatz 4 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens einen Monat nach dem Zeitpunkt, zu dem die erstmalige Erhebung des Zusatzbeitrages oder die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes wirksam wird, hinzuweisen.“

Absatz 4 Satz 7 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 194 SGB V (Satzungsermächtigung zur Festsetzung des Zusatzbeitrags)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 15 von 84

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 201 SGB V (Meldepflicht des Rentenversicherungsträgers zur Prüfung des Sozialausgleichs)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 220 SGB V (Aufbringung der Mittel – Grundsatz; hier: GKV-Schätzerkreis)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der gesetzliche Auftrag des GKV-Schätzerkreises wird in Absatz 2 an die Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge angepasst. Außerdem wird klargestellt, dass die Zusatzbeiträge, die wie die Beiträge an den Gesundheitsfonds abzuführen sind, bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds außer Betracht bleiben.

B) Stellungnahme

Der GKV-Schätzerkreis hat unverändert die Aufgabe, die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen, sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung zu schätzen. Diese Schätzgrößen sind erforderlich für die Festlegung des rechnerischen durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a, für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach den §§ 266 und 270 sowie für die Zuweisung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge aus dem Gesundheitsfonds, die bestimmt werden aus dem kassenindividuellen, in der Satzung festgelegten Zusatzbeitragsatz, dem GKV-durchschnittlichen Grundlohn je Mitglied und der Zahl der Mitglieder der betreffenden Krankenkasse.

Die Beitragsfreiheit nach § 224 Absatz 1 erstreckt sich automatisch auch auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Da demnach nicht für alle Mitglieder ein Zusatzbeitrag zugewiesen wird, ist bei der Festlegung des GKV-durchschnittlichen Grundlohns je Mitglied die geschätzte Zahl der GKV-Mitglieder ohne die von der Beitragszahlung befreiten Mitglieder zugrunde zu legen. Sie ist also zu bereinigen um die Mitglieder, die für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder den Bezug von Elterngeld oder Betreuungsgeld, auch keinen Zusatzbeitrag zu zahlen haben. Andernfalls würden den Krankenkassen mit einem zu

niedrig festgelegten durchschnittlichen Grundlohn je Mitglied zu geringe Zusatzbeiträge zugewiesen werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Begründung wird ergänzt um die Klarstellung, dass die Zahl der Mitglieder, die für die Festlegung des durchschnittlichen Grundlohns je Mitglied zugrunde gelegt wird, um die Zahl der voraussichtlich nach § 224 von der Beitragszahlung befreiten Mitglieder zu bereinigen ist.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 221 b SGB V (Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 224 SGB V (Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Elterngeld)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung soll sicherstellen, dass die für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld oder des Bezugs von Elterngeld angeordnete Beitragsfreiheit auch auf den Zusatzbeitrag ausstrahlt.

B) Stellungnahme

Das mit der Regelung verfolgte Ergebnis erscheint auf den ersten Blick als konsequente Übertragung der Regelungen zur Beitragsfreiheit auf den neuen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag. Die Beitragspflicht des Mitglieds wird danach insoweit aufgehoben, als das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen, von dem bislang Beiträge erhoben wurden, durch das Krankengeld, Mutterschafts- oder Elterngeld ersetzt wird. Dazu bedarf es allerdings keiner besonderen Erwähnung des Zusatzbeitrags, da die Regelungssystematik des § 224 SGB V auf alle Beiträge zur Krankenversicherung anzuwenden ist. Demgemäß schließt auch der Grundsatz der Beitragspflicht in § 223 Abs. 1 SGB V, wonach Beiträge für jeden Tag der Mitgliedschaft zu zahlen sind, den Zusatzbeitrag ein, ohne dass es einer besonderen Erwähnung bedarf.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung kann ersatzlos entfallen, ohne dass damit inhaltliche Änderungen verbunden sind.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 20 von 84

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 241 SGB V (Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 Buchst. a), b), c), d), f), h)

§ 242 SGB V (einkommensabhängiger Zusatzbeitrag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Ergänzend ist im Zuge einer veränderten Ausrichtung des Sonderkündigungsrechts nach § 175 Absatz 4 SGB V die Regelung des § 242 Absatz 1 Satz 2 bis 4 SGB V zu streichen. Die wirksame Ausübung des Sonderkündigungsrechts führt nämlich nach bislang geltendem Recht dazu, dass der Zusatzbeitrag bzw. der infolge der Zusatzbeitragserhöhung erhöhte Zusatzbeitrag nicht erhoben werden kann. Die Regelung ist dem Umstand geschuldet, dass die bisherigen Regelungen im Wesentlichen auf einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag abzielen. Die Regelung würde aber künftig – unter den Rahmenbedingungen eines einkommensabhängigen Zusatzbeitrages und dem damit verbundenen Quellenabzugsverfahren – zu verfahrenspraktischen Umsetzungsschwierigkeiten führen; insbesondere Arbeitgeber wären in einer nicht unerheblichen Anzahl mit Rückrechnungen bzw. Korrekturen der Entgeltabrechnungen konfrontiert. Die Regelung sollte daher – auch im Hinblick auf die zu vernachlässigen monetären Wirkungen für das jeweilige Mitglied – entfallen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014
Seite 22 von 84

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 werden die Sätze 2 bis 4 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 Buchst. e), g)

§ 242 SGB V (Ausnahmen von der Erhebung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die durch den Wegfall von Ausnahmeregelungen bedingte Einbeziehung grundsätzlich aller Mitglieder in die Zahlung des Zusatzbeitrags ist in beitragsystematischer Hinsicht konsequent. Die mit der verwaltungsseitigen Entlastung der jeweiligen Träger bzw. des Bundes (als beitragsstragungs- und -zahlungspflichtige Stellen) begründete Erhebung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes (anstelle des kassenindividuellen Zusatzbeitrags) muss in Zeiten einer nahezu ausschließlich maschinell gestützten Beitragsberechnung hinterfragt werden.

Der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz kann allerdings nur von den beitragspflichtigen Einnahmen erhoben werden, die das Mitgliedschaftsverhältnis der jeweiligen Personengruppe prägen. Sofern diese Mitglieder weitere beitragspflichtige Einnahmen beziehen, ist auf diese weiteren beitragspflichtigen Einnahmen der kassenindividuelle Zusatzbeitrag zu erheben.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe e) wird wie folgt angepasst:

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 24 von 84

In Absatz 3 Nr. 1 des Entwurfs wird der zweite Halbsatz gestrichen. In Absatz 3 Nr. 6 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Angabe angefügt: „soweit diese Mitglieder keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 242a SGB V (Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Die Einführung eines durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes wird u. a. damit begründet, dass diese Festlegung die wettbewerbliche Transparenz erhöhe, da für die Versicherten deutlich werde, welche Krankenkassen einen überdurchschnittlichen und welche einen unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben. Bei dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz handelt es sich jedoch um eine rechnerische Größe, die nicht den Durchschnitt der in den Satzungen der Krankenkassen festgelegten Zusatzbeitragssätze abbildet. Sofern vorhandene Rücklagen eingesetzt werden, um einen niedrigeren als den rechnerisch notwendigen Zusatzbeitragssatz erheben zu können, ist der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a keine geeignete Referenz für die im obigen Sinne angestrebte wettbewerbliche Transparenz. Diese Begründung sollte deshalb gestrichen werden.

Die bei den Zuweisungen nach §§ 266 und 270 nicht berücksichtigungsfähigen Ausgaben (sog. Sonstige Ausgaben) sind bei der Schätzung der Ausgaben der Krankenkassen – wie auch bislang – nicht zu berücksichtigen. Sie sind gleichwohl von den Krankenkassen aus ihren Zusatzbeitragseinnahmen zu finanzieren, sofern sie nicht durch Sonstige Einnahmen gedeckt sind. Es bedarf deshalb einer Klarstellung, ob die Sonstigen Ausgaben und Sonstigen Einnahmen bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags zu berücksichtigen sind. Immer dann, wenn die Sonstigen Einnahmen nicht ausreichen, die Sonstigen Ausgaben zu decken, und die Sonstigen Ausgaben nicht aus dem Vermögen bestritten werden können oder sollen, sind sie Bestandteil des in der Satzung der Krankenkassen festgelegten Zusatzbeitragssatzes.

Es sollte geprüft werden, ob der Saldo von Sonstigen Ausgaben und Sonstigen Einnahmen bei der Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu berücksichtigen ist.

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung zu Artikel 1 Nr. 10 wird der Satz „Zudem erhöht diese Festlegung die wettbewerbliche Transparenz, da für die Versicherten deutlich wird, welche Krankenkassen einen überdurchschnittlichen und welche einen unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben.“ gestrichen.

Soll der Saldo der Sonstigen Ausgaben und Sonstigen Einnahmen bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags Berücksichtigung finden, ist in Absatz 1 der Neufassung hinter den Worten „voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen“ einzufügen „zuzüglich der Differenz der voraussichtlichen Sonstigen Ausgaben und der voraussichtlichen Sonstigen Einnahmen“.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 27 von 84

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 242b SGB V (Wegfall des Sozialausgleichs)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zum Sozialausgleich wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 243 SGB V (ermäßigter Beitragssatz)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 247 SGB V (Beitragssatz aus ausländischen Renten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 248 SGB V (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 Buchst. a), b), c)

§ 249 SGB V (Tragung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt und bei Kurzarbeitergeldbezug)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Die alleinige Beitragspflicht des Arbeitgebers für die bei Bezug von Kurzarbeitergeld zu zahlenden Beiträge erstreckt sich auch auf den Zusatzbeitrag.

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 249a SGB V (Tragung der Beiträge aus der Rente)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 Buchst. a), b), c), d), e), f), g), h)

§ 251 SGB V (Tragung der Beiträge durch Dritte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die allgemeinen Regelungen zur Tragung der Beiträge durch Dritte sollen auch für den Zusatzbeitrag gelten.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stellen sich als Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge bei gleichzeitiger Übernahme der Modalitäten zum Beitragseinbehalt und zur Beitragszahlung dar. Die Regelungen sind in rechtstechnischer Hinsicht allerdings entbehrlich. Insofern wird auf die allgemeinen Vorbemerkungen zu den beitragsrechtlichen Regelungen zum einkommensabhängigen Zusatzbeitrag verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe a) bis g) werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 Buchst. a), b), c), d)

§ 252 SGB V (Beitragszahlung, Tilgungsreihenfolge)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die allgemeinen Regelungen zur Zahlung der Beiträge sollen auch für den Zusatzbeitrag gelten.

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

B) Stellungnahme

Die Regelungen stellen sich zunächst als Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge bei gleichzeitiger Übernahme der Modalitäten zum Beitragseinbehalt und zur Beitragszahlung dar. Die Regelungen sind in rechtstechnischer Hinsicht allerdings entbehrlich. Hiervon ausgenommen ist die Streichung des Verspätungszuschlags bei der Tilgungsreihenfolge. Ansonsten wird auf die allgemeinen Vorbemerkungen zu den beitragsrechtlichen Regelungen zum einkommensabhängigen Zusatzbeitrag verwiesen.

Ungeachtet dessen ist in § 252 Absatz 3 SGB V die Tilgungsreihenfolge anzupassen. Vor dem Hintergrund, dass der künftige Zusatzbeitrag in seiner Ausrichtung grundsätzlich Teil des allgemeinen Krankenversicherungsbeitrages ist, ist eine Gleichstellung insoweit zwingend geboten. Eine abweichende Tilgungsreihenfolge wäre auch verfahrenspraktisch kaum umsetzbar. Von daher ist es erforderlich, dass der Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V den gleichen Rang einnimmt, wie auch der reguläre Krankenversicherungsbeitrag.

Darüber hinaus bedarf es im Hinblick auf die vorgesehenen Verteilungsmechanismen zum Zusatzbeitrag im Rahmen des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V einer gesonderten Ausweisung der Zusatzbeiträge auch in den Fällen der Direktzahlung an den Gesundheits-

fonds. Diese sind aus Gründen der Transparenz, Nachvollziehbarkeit sowie der Plausibilisierbarkeit kassenindividualisiert darzustellen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 18 wird wie folgt geändert:

Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt ergänzt: „; die Beiträge sowie die Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V sind dabei je Krankenkasse gesondert nachzuweisen.“

In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „, den Zusatzbeitrag nach § 242“ durch die Wörter „zuzüglich des Zusatzbeitrages nach § 242, den Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31.12.2014 geltenden Fassung“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 253 SGB V (Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Zahlung der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt geltenden Vorschriften über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag sollen für den Zusatzbeitrag, der nach dem Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bemessen wird, ebenfalls gelten.

B) Stellungnahme

Der Regelung stellt sich als Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge bei gleichzeitiger Übernahme der Modalitäten zum Beitragseinbehalt und zur Beitragszahlung dar. Die Regelung ist in rechtstechnischer Hinsicht allerdings entbehrlich. Insofern wird auf die allgemeinen Vorbemerkungen zu den beitragsrechtlichen Regelungen zum einkommensabhängigen Zusatzbeitrag verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 19 wird gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 37 von 84

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 254 SGB V (Beitragszahlung der Studenten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Zahlung der Beiträge der versicherungspflichtigen Studenten geltenden Vorschriften sollen für den Zusatzbeitrag ebenfalls gelten.

B) Stellungnahme

Der Regelung stellt sich als Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge bei gleichzeitiger Übernahme der Modalitäten zum Beitragseinbehalt und zur Beitragszahlung dar. Die Regelung ist in rechtstechnischer Hinsicht allerdings entbehrlich. Insofern wird auf die allgemeinen Vorbemerkungen zu den beitragsrechtlichen Regelungen zum einkommensabhängigen Zusatzbeitrag verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 20 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 Buchst. a), b), c)

§ 255 SGB V (Beitragszahlung aus der Rente)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Der Regelung stellt sich als Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge bei gleichzeitiger Übernahme der Modalitäten zum Beitragseinbehalt und zur Beitragszahlung dar. Die Regelung ist in rechtstechnischer Hinsicht allerdings entbehrlich. Hiervon ausgenommen ist der Regelungsbefehl, mit dem in § 255 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags“ gestrichen werden. Ansonsten wird auf die allgemeinen Vorbemerkungen zu den beitragsrechtlichen Regelungen zum einkommensabhängigen Zusatzbeitrag verwiesen.

Darüber hinaus bedarf es im Hinblick auf die vorgesehenen Verteilungsmechanismen zum Zusatzbeitrag im Rahmen des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V einer gesonderten Ausweisung der Zusatzbeiträge auch in den Fällen der Direktzahlung an den Gesundheitsfonds. Diese sind aus Gründen der Transparenz, Nachvollziehbarkeit sowie der Plausibilisierbarkeit kassenindividualisiert darzustellen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 21 wird wie folgt gefasst:

§ 255 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags“ gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 39 von 84

- b) Absatz 3 Satz 4 wird wie folgt ergänzt: „; die Beiträge sowie die Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V sind dabei je Krankenkasse gesondert nachzuweisen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 Buchst. a), b), c)

§ 256 SGB V (Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Zahlung der Beiträge aus Versorgungsbezügen geltenden Vorschriften sollen für den Zusatzbeitrag ebenfalls gelten.

B) Stellungnahme

Der Regelung stellt sich als Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge bei gleichzeitiger Übernahme der Modalitäten zum Beitragseinbehalt und zur Beitragszahlung dar. Die Regelung ist in rechtstechnischer Hinsicht allerdings entbehrlich; insoweit wird auf die allgemeinen Vorbemerkungen zu den beitragsrechtlichen Regelungen zum einkommensabhängigen Zusatzbeitrag verwiesen.

Darüber hinaus bedarf es im Hinblick auf die vorgesehenen Verteilungsmechanismen zum Zusatzbeitrag im Rahmen des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V einer gesonderten Ausweisung der Zusatzbeiträge. Der Beitragsnachweis ist daher entsprechend anzupassen. Die in Nummer 22 Buchstabe a) bb) vorgesehene Streichung von § 256 Absatz 1 Satz 3 SGB V sollte daher entfallen. Somit wird die gesamte Änderungsvorschrift entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 22 wird gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 41 von 84

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 Buchst. a), b)

§ 257 SGB V (Beitragszuschuss des Arbeitgebers)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 42 von 84

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 261 SGB V (Rücklage)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die rein redaktionelle Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 43 von 84

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 266 SGB V (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich))

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufhebung der Konvergenzklausel in § 272 entfällt die Notwendigkeit einer Anpassung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechend § 272. Der entsprechende Teilsatz wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine folgerichtige redaktionelle Änderung zur Aufhebung der Konvergenzklausel. Dies dient der Rechtsbereinigung.

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 269 SGB V (Sonderregelung für Krankengeld und Auslandsversicherte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Mit dem neu eingefügten § 269 soll die im Koalitionsvertrag vereinbarte Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in den Bereichen Krankengeldzuweisungen und Zuweisungen für Auslandsversicherte umgesetzt werden. Ausweislich des Begleitschreibens zum Referentenentwurf sind die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt zur Annualisierung der Kosten für Verstorbene vom Bundesversi-

cherungsamt auf der Grundlage der Rechtsprechung umzusetzen und deshalb nicht Gegenstand des Referentenentwurfs. Der Koalitionsvertrag sieht eine zeitgleiche Umsetzung dieser drei Bereiche vor.

Die Vorschrift schafft die rechtliche Grundlage für die vorgesehenen Regelungen. Dies ist erforderlich, weil die Sonderregelungen eine teilweise Abkehr vom Grundprinzip der Standardisierung der Leistungsausgaben bedeuten. Das Nähere regelt die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 270a SGB V (Einkommensausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Da das Ausgleichsverfahren nur auf Null aufgehen kann, wenn alle Krankenkassen den gleichen Zusatzbeitragsatz erheben oder je Mitglied die gleichen beitragspflichtigen Einnahmen haben, entsteht regelmäßig ein Abweichungsbetrag, der entweder aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufzubringen oder ihr zuzuführen ist.

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

B) Stellungnahme

Der Einkommensausgleich nach § 270a führt zu einem vollständigen Ausgleich der unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Krankenkassen. Damit ist sichergestellt, dass auch mit der Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge weiterhin keine Anreize zur Risikoselektion nach Einkommen bestehen. Unterschiedliche beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen führen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen.

Die in Absatz 2 Satz 1 getroffene und in der Begründung wiederholte Formulierung „Die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag nach § 242 erheben, erhalten die *beim Gesundheitsfonds eingegangenen* Beträge ihrer Mitglieder nach § 242 in der sich nach Durchführung des Einkommensausgleichs ergebenden Höhe aus dem Gesundheitsfonds“ kann missverstanden werden bzw. ist nicht hinreichend bestimmt. Es entsteht der Eindruck, dass die vom Bundesversicherungsamt ermittelten Zusatzbeiträge, die sie einer Krankenkasse zuweist, von der Höhe der beim Gesundheitsfonds eingegangenen Zusatzbeiträge dieser Krankenkasse, also von ihrer Realisierungsquote abhängen. Dies stünde im Widerspruch zur Regelung in Satz 2, wonach allein die voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen maßgeblich sind. Eine solche Regelung, wenn sie denn beabsichtigt wäre, stünde auch im Widerspruch dazu, dass auch die Zuweisungen nach §§ 266 und 270 unabhängig sind von der Realisierungsquote beim Einzug der Beiträge. Mit § 271a existiert eine Regelung zur Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds. Hiervon abweichende Regelungen für Zusatzbeiträge sind nicht erforderlich und müssten andernfalls hinreichend bestimmt sein.

Sowohl für die Verwaltung des Einkommensausgleichs als auch die Verwaltung des Gesundheitsfonds durch das Bundesversicherungsamt sollte Transparenz über die von der GKV zu finanzierenden Personal- und Sachkosten gegeben sein. Die zu tragenden Ausgaben bei der Verwaltung und Durchführung des Einkommensausgleichs sollten gesondert von der Verwaltung des Gesundheitsfonds dargelegt werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 27 wird wie folgt geändert:

In § 270a Absatz 2 Satz 1 des Entwurfs und an entsprechender Stelle in der Begründung werden die Worte „beim Gesundheitsfonds eingegangenen“ gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 271 SGB V (Gesundheitsfonds)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift stellt klar, dass die Einnahmen, die der Gesundheitsfonds von den Einzugsstellen und den Direktzahlern aus Zusatzbeiträgen erhält, in voller Höhe für den Einkommensausgleich zu verwenden sind.

Für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden die Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs als weiterer gesetzlicher Verwendungszweck hinzugefügt.

B) Stellungnahme

Für die Durchführung des Einkommensausgleichs benötigt der Gesundheitsfonds Mittel, damit er den Krankenkassen Zusatzbeiträge nach dem durchschnittlichen Grundlohn je Mitglied der GKV zuweisen kann. Es ist in dem vorgesehenen Verfahren folgerichtig und konsequent, hierfür die von den Einzugsstellen und Direktzahlern überwiesenen Zusatzbeiträge zu verwenden.

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 49 von 84

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 272 SGB V (Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Konvergenzregel des § 272 wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zusätzlicher Änderungsbedarf

§ 268 Absatz 3 Satz 8 SGB IV (Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)

A) Beabsichtigte Neuregelung

keine

B) Stellungnahme

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

Auf Grundlage des RSA-Clearingverfahrens konnten Fälle mit doppelten Versicherungsverhältnissen in den vergangenen Jahren im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs in großem Umfang geklärt und in den Datenmeldungen bereinigt werden. Gleichermaßen wurden Defizite in den Meldeverfahren identifiziert und behoben. Doppelte Versicherungsverhältnisse können jedoch auch in Zukunft nicht ausgeschlossen werden. Wir verweisen diesbezüglich auf unser Schreiben vom 16. Dezember 2011.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 51 von 84

Der GKV-Spitzenverband führt auf Grundlage des BMG-Schreibens vom 16. Januar 2013 in diesem Jahr letztmalig das Verfahren zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse durch. Sollte das BMG eine Weiterführung dieses Verfahrens für sinnvoll erachten, ist eine entsprechende Ermächtigung hierzu zu implementieren.

C) Änderungsvorschlag

In § 268 Absatz 3 SGB V wird Satz 8 wie folgt neu gefasst:

„Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, soweit dies für die Prüfung der nach Satz 7 übermittelten Daten oder die Klärung von Versichertenverhältnissen erforderlich ist.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zusätzlicher Änderungsbedarf

Harmonisierung der Aufbewahrungsfristen für die MRSA-Datenmeldungen in den Sozialgesetzbüchern

A) Beabsichtigte Neuregelung

keine

B) Stellungnahme

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

Die in § 30 der RSAV getroffenen Regelungen stehen jedoch derzeit nicht in Einklang mit den diesbezüglichen Regelungen der Sozialgesetzbücher hinsichtlich der Speicherung, Aufbewahrung, und Löschung von Daten, die auf die Daten nach den §§ 295 bis 303 SGB V anzuwenden sind. Zu nennen ist hier beispielsweise § 304 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, wonach Daten nach § 295 Abs. 1a, 1b und 2 SGB V spätestens nach 4 Jahren zu löschen sind. Wir verweisen diesbezüglich auch auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf der 24. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

C) Änderungsvorschlag

Diese Problematik wurde seitens des Gesetzgebers in der Begründung zur 24. RSAV-ÄndV bereits mit dem Hinweis aufgegriffen, dass zeitnah eine Harmonisierung der Regelungen in den Sozialgesetzbüchern angestrebt werde. Dies sollte nunmehr erfolgen.

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 23 Absatz 1 Satz 4 SGB IV (Fälligkeit)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 26 Absatz 4 SGB IV (Beanstandung und Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Allerdings ergibt sich ein Nachjustierungsbedarf hinsichtlich der vorgesehenen zeitlichen Verfahrensabläufe. Die Regelung sieht in Satz 1 vor, dass die Krankenkassen in den angesprochenen Sachverhaltskonstellationen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der die Verfahren auslösenden Entgeltmeldungen von Amts wegen festzustellen haben, ob und in welcher Höhe Beiträge zu Unrecht entrichtet wurden. Da die Krankenkassen in aller Regel insoweit auf ergänzende Meldungen der Arbeitgeber angewiesen sein werden, ist ein vorgegebener Zeitkorridor nicht sachgerecht. Denkbar wäre hingegen, die Krankenkassen zu verpflichten, das Verfahren innerhalb von zwei Monaten nach Vorliegen aller insoweit erforderli-

chen Meldungen abzuschließen. Des Weiteren sollte die Mitteilungspflicht der Krankenkassen für Abrechnungszeiträume ab dem 01.01.2015 gelten, um eine klare Abgrenzung zum bisherigen Rückmeldeverfahren zu gewährleisten und den notwendigen Programmierarbeiten der Krankenkassen Rechnung zu tragen.

Im Übrigen wird es für sachgerecht gehalten, die in Satz 2 der Vorschrift vorgesehene Pflicht zur Abgabe von ergänzenden Meldungen auch in § 28a Absatz 1 SGB IV zu verankern, zumal dadurch die Meldungen auch hinsichtlich ihres Charakters dem Arbeitgeber-Meldeverfahren zugeordnet würden. Gleiches gilt auch für die Vorgaben in § 28a Absatz 4a SGB IV sowie § 28h Absatz 2a SGB IV. Auf die Ausführungen dort wird verwiesen.

Darüber hinaus ist vorgesehen, dass das Nähere zum Verfahren und zu den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen in Gemeinsamen Grundsätzen zu regeln ist; § 28b Absatz 2 SGB IV soll insoweit entsprechend gelten. Die Regelung ist entbehrlich. Gemeinsame Grundsätze nach § 28b Absatz 2 SGB IV regeln bereits heute die in den Meldeverfahren relevanten Parameter; soweit das künftige Dialogverfahren nach § 26 Absatz 4 SGB IV seine Berücksichtigung auch in § 28a Absatz 1 Nummer 10 SGB IV findet, bedarf es keiner (möglicherweise) redundanten Grundsätze.

C) Änderungsvorschlag

In § 26 Absatz 4 Satz 1 SGB IV wird u. a. geregelt, dass die Krankenkassen das vorgesehene Verfahren innerhalb von zwei Monaten nach Vorliegen aller insoweit erforderlichen Meldungen abzuschließen hat. Das Verfahren gilt für Abrechnungszeiträume ab dem 01.01.2015. Das Erfordernis, das Nähere zum Verfahren sowie zu den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen in Gemeinsamen Grundsätzen zu regeln, wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 28a Absatz 1 Nummer 10 SGB IV (Meldepflicht)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens und des damit verbundenen bislang vorgehaltenen Dialogverfahrens soll die Vorschrift des § 28a Absatz 1 Nummer 10 SGB IV, mit der die insoweit bestehende Meldepflicht des Arbeitgebers beschrieben wird, entfallen.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich nur auf den ersten Blick als (vermeintlich) konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens dar. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass mit der Neuregelung des § 26 Absatz 4 SGB IV ein Dialogverfahren zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen weiterhin vorgesehen wird. Im Rahmen dieses Verfahrens sollen Arbeitgeber auf Anforderung der Krankenkassen weitere Angaben im Wege eines elektronischen Dialogverfahrens machen. Hierfür ist es erforderlich, die Pflicht zur Abgabe dieser ergänzenden Meldung auch in § 28a Absatz 1 SGB IV zu verankern, zumal dadurch die Meldungen auch hinsichtlich ihres Charakters dem Arbeitgeber-Meldeverfahren zugeordnet würden.

C) Änderungsvorschlag

In § 28a Absatz 1 Nummer 10 SGB IV wird die im Rahmen des Verfahrens nach § 26 Absatz 4 SGB IV auf Anforderung der Krankenkassen von den Arbeitgebern abzugebende Meldung verankert.

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe b)

§ 28a Absatz 4a SGB IV (Meldepflicht)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens und des damit verbundenen bislang vorgehaltenen Dialogverfahrens soll die Vorschrift des § 28a Absatz 4a SGB IV, mit der die Meldeinhalte des bislang von den Arbeitgebern abzugebenden Meldungen definiert werden, entfallen.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich nur auf den ersten Blick als (vermeintlich) konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens dar. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass mit der Neuregelung des § 26 Absatz 4 SGB IV ein Dialogverfahren zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen weiterhin vorgesehen wird. Im Rahmen dieses Verfahrens sollen Arbeitgeber auf Anforderung der Krankenkassen weitere Angaben im Wege eines elektronischen Dialogverfahrens machen. Hierfür ist es erforderlich, neben der Pflicht zur Abgabe dieser ergänzenden Meldung auch die Meldeinhalte ausreichend stabil zu verankern; hierfür bietet sich die Regelung des § 28a Absatz 4a SGB IV unverändert an.

C) Änderungsvorschlag

In § 28a Absatz 4a SGB IV werden die Inhalte der im Rahmen des Verfahrens nach § 26 Absatz 4 SGB IV auf Anforderung der Krankenkassen von den Arbeitgebern abzugebenden Meldungen beschrieben.

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 28f Absatz 3 Satz 5 SGB IV (Aufzeichnungspflicht, Nachweis der Beitragsabrechnung und der Beitragszahlung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens soll die Vorschrift des § 28f Absatz 3 Satz 5 SGB IV, mit der im Beitragsnachweis des Arbeitgebers die gesonderte Ausweisung des Betrages, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wäre, beschrieben wird, entfallen.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich zunächst als konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens dar. Gleichwohl bedarf es im Hinblick auf die vorgesehenen Verteilungsmechanismen zum Zusatzbeitrag im Rahmen des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V einer gesonderten Ausweisung der Zusatzbeiträge. Der Beitragsnachweis ist daher entsprechend anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

§ 28f Absatz 3 Satz 5 SGB IV sollte wie folgt gefasst werden: „Im Beitragsnachweis ist der Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V gesondert nachzuweisen.“

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 28h Absatz 2a SGB IV (Einzugsstellen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich zunächst als konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens dar. Gleichwohl gilt es zu berücksichtigen, dass mit der Neuregelung des § 26 Absatz 4 SGB IV ein Dialogverfahren zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen weiterhin vorgesehen wird. Im Rahmen des Verfahrens sollen die Krankenkassen die Ergebnisse ihrer Prüfungen den Arbeitgebern mitteilen. Aufgrund der bisherigen praktischen Erfahrungen sollten die Krankenkassen dabei in den Fällen des § 22 Absatz 2 Satz 1 weiterhin das der Berechnung zu Grunde zu legende Gesamtentgelt den Arbeitgebern mitteilen. Hierfür ist es erforderlich, weiterhin entsprechende Regelungen im § 28h Absatz 2a SGB IV darzustellen.

C) Änderungsvorschlag

In § 28h Absatz 2 Nummer SGB IV werden die Inhalte der im Rahmen des Verfahrens nach § 26 Absatz 4 SGB IV von den Krankenkassen an die Arbeitgeber zu übermittelnden Mitteilungen beschrieben.

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zusätzlicher Änderungsbedarf

§ 28a Absatz 13 Satz 1 SGB IV (Meldepflicht)

A) Beabsichtigte Neuregelung

keine

B) Stellungnahme

Infolge der Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens ist in den Meldungen der Künstlersozialkasse an die Krankenkassen nach § 28 a Abs. 13 SGB IV die Angabe, ob der Sozialausgleich durch die Künstlersozialkasse vollständig durchgeführt werden konnte (§ 242 Absatz 2 Satz 4 SGB V), entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

In § 28a Abs.13 Satz 1 SGB IV werden nach den Wörtern „§ 16 Absatz 2 KSVG,“ die Wörter „sowie ein Kennzeichen in den Fällen des § 242b Absatz 2 Satz 4 SGB V“ gestrichen.

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zusätzlicher Änderungsbedarf

§ 70 Absatz 5 SGB IV (Haushaltsplan)

A) Beabsichtigte Neuregelung

keine

B) Stellungnahme

Nach § 70 Absatz 5 Satz 1 SGB IV haben die Träger der Krankenversicherung den vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan spätestens am 1. November vor Beginn des Kalenderjahrs, für das er gelten soll, der Aufsichtsbehörde vorzulegen, wenn diese es verlangt. Auf Verlangen der Aufsichtsbehörde ist der Haushaltsplan zusätzlich in einer maschinell auswertbaren Form zu übermitteln. Die Aufsichtsbehörde kann den Haushaltsplan oder einzelne Ansätze innerhalb von einem Monat nach Vorlage beanstanden, soweit gegen Gesetz oder sonstiges für den Träger maßgebendes Recht verstoßen wird, insbesondere soweit dadurch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers zur Erfüllung seiner Verpflichtungen gefährdet wird.

Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des GKV-Schätzerkreises die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1. November bekannt. Auf diesen Grundlagen berechnet das Bundesversicherungsamt für die einzelnen Krankenkassen die voraussichtlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und gibt diese mit dem Grundlagenbescheid I bekannt. Danach muss den Krankenkassen ausreichend Zeit für eine ggf. erforderliche Nachjustierung der Haushaltsplanung zugestanden werden. Es kann sich auch die Anpassung eines bisher geplanten Zusatzbeitrages an die sich aus dem Grundlagenbescheid ergebende Zuweisungshöhe ergeben. Aus diesen Gründen wurde eine Vorlage der Haushaltspläne bei den Aufsichtsbehörden in den vergangenen Jahren bereits regelmäßig bis zum 1. Dezember geduldet. Dieses Datum sollte daher in die gesetzlichen Regelungen übernommen werden. In seiner Mitteilung über die Prüfung der Haushalte der Sozialversicherung vom 14. Januar 2013 (Gz.: IX 4 - 2012 - 0598) hat auch der Bundesrechnungshof auf diese Änderungsnotwendigkeit hingewiesen.

Eine Bekanntgabe der Zuweisungshöhe durch das Bundesversicherungsamt nicht vor dem 15. November ist in Anbetracht der vorgelagerten Terminalschiene begründet und unvermeidlich. Ein zeitliches Vorziehen des gesamten Prozesses – von der Schätzung der Einnahmen über die Berechnungen des Bundesversicherungsamtes bis hin zur Bekanntgabe der Ergebnisse kommt ohne entsprechende Risiken für die Schätz- und Planungsgenauigkeit nicht in Betracht.

Da mit der elektronischen Übermittlung der Haushaltspläne nach § 70 Absatz 5 Satz 2 SGB IV für die Aufsichtsbehörden die manuelle Erfassung entfällt, kann die Prüfung der Haushaltspläne zeitlich früher abgeschlossen werden, ohne die Qualität der Prüfung zu gefährden. Um eine vorläufige Haushaltsführung zu vermeiden, sollte die Beanstandungsfrist der Aufsichtsbehörden von einem Monat auf zwei Wochen verkürzt werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 70 Absatz 5 Satz 1 SGB IV wird das Wort „November“ durch „Dezember“ und in Satz 4 werden die Worte „einem Monat“ durch „zwei Wochen“ ersetzt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 63 von 84

Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 106 SGB VI (Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

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

§ 35a ALG (Beitragszuschuss der landwirtschaftlichen Alterskasse)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 6 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 32 SGB XII (Übernahme der Beiträge durch den Sozialhilfeträger)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Mit Blick darauf, dass für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Recht der Sozialhilfe erhalten, nicht der kassenindividuelle Zusatzbeitrag verlangt wird, sondern der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz anzuwenden ist, stellt sich die Regelung als konsequente Folgeänderung dar.

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 7 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Nr. 1

§ 16 KSVG (Beitragsanteil des nach dem KSVG versicherten Künstlers oder Publizisten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 10 (Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung – DEÜV)

§ 11b DEÜV (Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung sowie bei Bezug von weiteren beitragspflichtigen Einnahmen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens soll die Vorschrift des § 11b der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung, mit der die Frist der erstmaligen und weiteren Übermittlung der Entgeltmeldung nach § 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 SGB IV definiert wurde, entfallen.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt sich nur auf den ersten Blick als (vermeintlich) konsequente Folgeregelung zur Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und der damit einhergehenden Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens dar. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass mit der Neuregelung des § 26 Absatz 4 SGB IV ein Dialogverfahren zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen weiterhin vorgesehen wird. Im Rahmen dieses Verfahrens sollen Arbeitgeber auf Anforderung der Krankenkassen weitere Angaben im Wege eines elektronischen Dialogverfahrens machen. Hierfür ist es erforderlich, neben der Pflicht zur Abgabe dieser ergänzenden Meldung auch die Meldefrist ausreichend stabil zu verankern; hierfür bietet sich die Regelung des § 11b der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung unverändert an.

C) Änderungsvorschlag

In § 11b der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung wird die Frist zur Übermittlung der im Rahmen des Verfahrens nach § 26 Absatz 4 SGB IV auf Anforderung der Krankenkassen von den Arbeitgebern abzugebenden Meldungen verankert.

Artikel 11 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung)

§ 4 BVV (Tilgungsreihenfolge)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der für versicherungspflichtige Arbeitnehmer zusammen mit den Gesamtsozialversicherungsbeiträgen zu zahlende Zusatzbeitrag soll im Falle der nicht vollständigen Zahlung der Beiträge durch den Arbeitgeber nachrangig gegenüber den Gesamtsozialversicherungsbeiträgen getilgt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene nachrangige Tilgung der Zusatzbeiträge wird dem Charakter des Zusatzbeitrags als „vollwertiger“ Krankenversicherungsbeitrag nicht gerecht. Hinzu kommt, dass durch die Zahlung und den Nachweis der Zusatzbeiträge nach den Modalitäten des Gesamtsozialversicherungsbeitrags eine abweichende Tilgungsreihenfolge auch verfahrenspraktisch kaum umsetzbar wäre. Von daher ist es erforderlich, dass der Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V den gleichen Rang einnimmt, wie auch der reguläre Krankenversicherungsbeitrag als Teil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags.

C) Änderungsvorschlag

In § 4 Abs. 1 der Beitragsverfahrensverordnung werden nach dem Wort „Gesamtsozialversicherungsbeiträge“ die Wörter „zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1

§ 29 RSAV (Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 2

§ 31 RSAV (Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu § 41 Absatz 1 Satz 2 neu wird der GKV-Spitzenverband beauftragt, im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere zur Abgrenzung der von den Auslandsversicherten verursachten Leistungsausgaben zu bestimmen. Dies ist Grundlage für die Begrenzung der Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an alle Krankenkassen in Höhe der Summe der von den Auslandsversicherten aller Krankenkassen verursachten Leistungsausgaben.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung des § 41 Absatz 1 Satz 2 neu wird die im Koalitionsvertrag vereinbarte Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte umgesetzt. Dabei wird der Prüfvorschlag des Wissenschaftlichen Beirats aufgegriffen, die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte über alle Krankenkassen auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben aller Krankenkassen zu begrenzen. Dieser Vorschlag resultierte aus der empirischen Feststellung im Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zum Jahresausgleich 2009, dass die Zuweisungen für Auslandsversicherte in der Summe höher seien als die in den Jahresrechnungen der Krankenkassen ausgewiesene Summe der Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen. Dabei hatte der Wissenschaftliche Beirat bereits (siehe S. 85 f. des Evaluationsberichts) darauf hingewiesen, dass eine genaue Trennung der Aufwendungen für Leistungen im Ausland, die von Versicherten mit dauerhaftem Aufenthalt im Ausland verursacht werden (Auslandsversicherte im Sinne der RSAV), von denen, die von Versicherten mit vorübergehendem Aufenthalt ausgelöst wurden, nicht möglich sei. Ferner bedeute die prospektive Anwendung des Merkmals „Auslandsversicherter“, dass ein Teil der betrachteten Personengruppe im Ausgleichsjahr wieder ins Inland gezogen sei und so Ausgaben verursacht habe, die nicht in den Auslandskonten verbucht werden.

Weiter wird im Evaluationsbericht festgestellt, dass die Abrechnung der im Ausland erbrachten Leistungen über die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung im Ausland (DVKA) entweder pauschal oder einzelleistungsbezogen, aber in keinem Fall versichertenbezogen erfolge. Schließlich wird festgestellt, dass deshalb eine Trennung der Ausgaben für Versicherte mit dauerhaftem Aufenthalt im Ausland von denen mit nur zeitweiligem Aufenthalt weder von der DVKA, noch auf Basis der Jahresrechnungen der Krankenkassen trennscharf vorgenommen werden könne.

Die Ausführungen des Wissenschaftlichen Beirats sind an dieser Stelle von Bedeutung, weil sie von unabhängiger Stelle unterstreichen, dass der an den GKV-Spitzenverband gerichtete Auftrag, im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere zur Abgrenzung der von den Auslandsversicherten verursachten Leistungsausgaben zu bestimmen, nicht zu erfüllen ist. Als Auslandsversicherte im Sinne der RSAV sind Versicherte definiert, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres (mindestens 183 Tage) ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten. Eine Möglichkeit aber, die von dieser Personengruppe verursachten Leistungsausgaben für die im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen festzustellen, gibt es – im Gegensatz zu den im Inland verursachten Leistungen – wegen des fehlenden Versichertenbezugs der Abrechnungen nicht.

Da der Wissenschaftliche Beirat die Zuweisungen für Auslandsversicherte mit den Leistungsausgaben der Kontenarten 480 und 483 (Stand Kontenrahmen 2009) verglichen und hieraus seine Empfehlung zur Prüfung einer Deckelung der Zuweisungen abgeleitet hat, ist die Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte nach Koalitionsvertrag ggf. in diese Richtung mit einer „von den durch Auslandsversicherte verursachten Leistungsausgaben“ losgelösten Formulierung umzusetzen.

C) Änderungsvorschlag

Der Auftrag an den GKV-Spitzenverband nach § 31 Absatz 5 Satz 5 wird in der RSAV und Begründung so gefasst, dass er mit den gegebenen Datengrundlagen erfüllbar ist. Hierbei sind pauschalierende Verfahren möglich.

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 73 von 84

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 4

§§ 33a bis 34 RSAV (Weitere Übergangsregelungen im Zusammenhang mit der Konvergenzregel)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

entfällt

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 5

§ 40 RSAV (Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift soll klarstellen, dass bei der Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen die Beiträge aus den Zusatzbeiträgen nicht als Einnahmen des Gesundheitsfonds zu berücksichtigen sind, da sie ausschließlich für den Einkommensausgleich zu verwenden sind. Deshalb werden die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen von den voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds abgezogen.

Bei der Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen sind die Mitglieder nicht zu berücksichtigen, von denen keine Zusatzbeiträge erhoben werden. Aufgrund der Änderung der §§ 224 und 242 SGB V ergibt sich ab 2015 ein anderer Kreis von Mitgliedern, die beitragsfrei sind. Die Folgeänderung wird entsprechend umgesetzt.

B) Stellungnahme

Die nach der Vorschrift vorgesehene Bereinigung der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds „nach § 271 Absatz 1 SGB V“ führt im Ergebnis zu einer doppelten Bereinigung. § 271 Absatz 1 SGB V regelt die vom Gesundheitsfonds zu verwaltenden Einnahmen. Hierzu zählen ab dem Jahr 2015 auch die an den Gesundheitsfonds abzuführenden Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V. Allerdings sind nicht die tatsächlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 1 SGB V für die Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung maßgeblich, sondern die vom GKV-Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 SGB V zu prognostizierenden v o r a u s s i c h t l i c h e n jährlichen Einnahmen, weil der Gesundheitsfonds auch nach 2014 unverändert Zuweisungen in Höhe dieser voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds garantiert. Nach § 220 Absatz 2 Satz 3 SGB V (neu) sind die Beträge nach § 271 Absatz 1a SGB V (neu), also die Einnahmen aus Zusatzbeiträgen, in der Schätzung der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nicht enthalten. Die Vorschrift ist entsprechend mit Bezugnahme auf die voraussichtlichen jährlichen Einnah-

men nach § 220 Absatz 2 SGB V zu korrigieren. Eine weitere Bereinigung um Einnahmen aus Zusatzbeiträgen würde zu einem doppelten Abzug führen.

Die Nichtberücksichtigung der nach § 224 Absatz 1 SGB V während des Bezugs von Kranken-, Mutterschafts-, Erziehungs- und Betreuungsgeld beitragsfreien Mitglieder bei der mitgliederbezogenen Veränderung nach § 40 RSAV ist nicht sachgerecht. Wie bislang soll mit der Regelung des § 40 RSAV eine wettbewerbsneutrale Kürzung der Zuweisungen erfolgen, weil der Gesundheitsfonds nicht mehr ausschütten kann, als er eingenommen hat. Wettbewerbsneutral ist diese Kürzung nach dem bis zum 31.12.2014 geltenden Recht, wenn die Kürzung für alle Krankenkassen eine je Mitglied und Monat gleich hohe Belastung zur Folge hat. Für Monate der Beitragsfreiheit erhält eine Krankenkasse gegenwärtig keine Zusatzbeiträge von den nach § 224 von der Beitragszahlung befreiten Mitgliedern. Eine wettbewerbsneutrale Kürzung setzt demnach voraus, dass eine Krankenkasse für Mitglieder, für die sie keine Einnahmen aus Zusatzbeiträgen generieren kann, keine Kürzung ihrer Zuweisung erfährt.

Ab dem 1.1.2015 erhält eine Krankenkasse ihre Einnahmen aus Zusatzbeiträgen nicht mehr vom jeweiligen Mitglied, sondern aus dem Gesundheitsfonds entsprechend dem GKV-durchschnittlichen Grundlohn und der Zahl ihrer Mitglieder. Für ein Mitglied, das während des Bezuges von Krankengeld-, Mutterschafts-, Eltern- und Betreuungsgeld, keine beitragspflichtigen Einnahmen hat, erhält die Krankenkasse – wie für jedes andere Mitglied auch, das geringe oder hohe beitragspflichtige Einnahmen hat – einen Zusatzbeitrag entsprechend dem kassenindividuellen Zusatzbeitragsatz und dem GKV-durchschnittlichen Grundlohn. Da der Kürzung wettbewerbsneutrale Einnahmen gegenüberstehen, ist eine Bereinigung weder erforderlich noch sachgerecht. Der Einkommensausgleich gewährleistet, dass eine betragsgleiche Kürzung der Zuweisungen über alle Mitglieder wettbewerbsneutral ist.

C) Änderungsvorschlag

Die nach Artikel 12 Nr. 5 Buchstabe a) zunächst vorgesehene Änderung wird gestrichen.

In § 40 Abs. 1 Nr. 3 RSAV wird ferner der Teilsatz: „, verringert um die Anzahl der Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“ gestrichen.

Artikel 12 Nr. 5 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

In Nummer 1 wird die Angabe „§ 271 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 220 Absatz 2“ ersetzt.

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 6

§ 41 RSAV (Jahresausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

Ferner wird eine für das Jahr 2009 geltende Sonderregelung aufgehoben.

B) Stellungnahme

Mit der Neuregelung des § 41 RSAV wird die im Koalitionsvertrag vereinbarte Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in den Bereichen Krankengeldzuweisungen und Zuweisungen für Auslandsversicherte weiter konkretisiert. Ausweislich des Begleitschreibens zum Referentenentwurf sind die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundessicherungsamt zur Annualisierung der Kosten für Verstorbene vom Bundes-

versicherungsamt auf der Grundlage der Rechtsprechung umzusetzen und deshalb nicht Gegenstand des Referentenentwurfs. Der Koalitionsvertrag sieht eine zeitgleiche Umsetzung dieser drei Bereiche vor.

Für eine rechtssichere Umsetzung der Sonderregelung für die Zuweisungen für Auslandsversicherte erscheint es erforderlich, dass für diese Zuweisungen eine faktisch umsetzbare Kapazitätsgrenze definiert wird. Auf die objektiv gegebene, vom Wissenschaftlichen Beirat wegen des fehlenden Versichertenbezugs der aus dem Ausland erfolgenden Abrechnungen bereits in seinem Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 festgestellte Unmöglichkeit, die von den sich dauerhaft im Ausland aufhaltenden Versicherten im Ausland verursachten Leistungsausgaben zu ermitteln, wurde bereits ausführlicher in der Stellungnahme zu Artikel 12 Nummer 2 hingewiesen.

Es ist nachvollziehbar, dass eine Anwendung der Sonderregelungen nach § 269 SGB V im monatlichen Abschlagsverfahren der Jahre 2013 und 2014 sowie in den entsprechenden Strukturanpassungen aufgrund Zeitablaufs schwierig bzw. unmöglich ist. Zudem ist eine zeitgleiche Umsetzung der Annualisierung der Ausgaben für Verstorbene nach der Rechtsprechung politisch gewollt. Spätestens ab dem Jahre 2015 ist jedoch eine Umsetzung aller drei Regelungsbereiche im monatlichen Abschlagsverfahren möglich und sinnvoll.

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

C) Änderungsvorschlag

Der Auftrag an den GKV-Spitzenverband nach § 31 Absatz 5 Satz 5 wird in der RSAV so gefasst, dass er mit den gegebenen Datengrundlagen erfüllt werden kann. Die Begründung zu § 41 RSAV wird entsprechend angepasst.

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

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 43 RSAV (Durchführung des Einkommensausgleichs)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Auf der Grundlage der Vierteljahresrechnungen wird die vorläufige Höhe der Zusatzbeiträge erneut bestimmt, indem die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen multipliziert werden mit dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der jeweiligen Krankenkasse und der durchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder (jeweils für den Meldezeitraum).

Die abschließende Ermittlung der Höhe der Zusatzbeiträge erfolgt auf der Grundlage der Jahresrechnung, wobei der jahresdurchschnittliche Zusatzbeitrag und die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder zugrunde gelegt werden.

B) Stellungnahme

Das im Referentenentwurf dargestellte Verfahren ist nicht geeignet, eine korrekte Ermittlung der Zusatzbeiträge für die einzelne Krankenkasse sicherzustellen, weil die Berechnung in den Absätzen 3 und 4 auf Durchschnittswerte abstellt. Ein Zusatzbeitrag kann ab dem 1.1.2015 zukünftig zu jedem Monatsersten eingeführt bzw. verändert werden. Dies hat gegebenenfalls – und dann mit einer zeitlichen Verzögerung aufgrund der zu beachtenden Kündigungsfristen – Auswirkungen auf den Mitgliederbestand. Eine korrekte mitgliedergewichtete Ermittlung des

für einen Zeitraum geltenden durchschnittlichen Zusatzbeitrages ist nur möglich, wenn für jeden einzelnen Monat die in diesem Monat geltende Höhe des Zusatzbeitragssatzes mit der zum Ersten des Monats gemeldeten Zahl der Mitglieder gewichtet wird. Dies ist aber nicht möglich, wenn die Zahl der Mitglieder bereits nur als Durchschnitt für den betreffenden Zeitraum vorliegt. Dies gilt insbesondere für den Jahresdurchschnittswert nach KM1/13, der als einzige KM1-Statistik Korrekturen der Vormonate enthalten darf, in der aber die Mitgliederzahl bislang nicht nach den (ggf. korrigierten) Einzelmonaten ausgewiesen wird.

Um eine korrekte Ermittlung der vom Gesundheitsfonds an die jeweilige Krankenkasse zu überweisenden Zusatzbeiträge sicherzustellen, wird folgendes Vorgehen vorgeschlagen, wobei die Berechnung immer auf den Monatswerten der gemeldeten Mitglieder und dem für diesen Monat geltenden Zusatzbeitrag der jeweiligen Krankenkasse entsprechend der Beitragsatzdatei der ITSG erfolgt:

1. Im monatlichen Abschlagsverfahren erhalten die Krankenkassen Zusatzbeiträge in Höhe des satzungsmäßigen Zusatzbeitragssatzes für diesen Monat, multipliziert mit den voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen (entsprechend der Prognose des GKV-Schätzerkreises), vervielfacht mit der Zahl der in der aktuellsten KM1-Statistik zum Monatsersten gemeldeten Zahl der Mitglieder. Es ist ausgeschlossen, dass für die ersten beiden Monate eines Jahres keine Zusatzbeiträge zugewiesen werden. Deshalb ist im monatlichen Abschlagsverfahren nicht auf die Mitgliederzahl für den Ausgleichsmonat abzustellen, sondern auf die Mitgliederzahl in der KM1 des Vormonats. Diese Vorgehensweise ist wegen der zweimonatigen Kündigungsfrist hinreichend genau für das Abschlagsverfahren.
2. Um eine Kongruenz der Liquiditätsflüsse zur periodengerechten Abbildung in der quartalsweisen vorläufigen Erfolgsrechnung KV45 herzustellen, wird die Höhe der für den Meldezeitraum zu zahlenden Zusatzbeiträge anhand der KM1 der im Meldezeitraum liegenden Ausgleichsmonate neu ermittelt. Dies geschieht auf der Grundlage der bereits beim Bundesversicherungsamt für diese Monate vorliegenden KM1-Zahlen. Auf diesen zweiten Verfahrensschritt kann ggf. verzichtet werden.
3. Die abschließende Ermittlung und Korrektur der bereits zugewiesenen Zusatzbeiträge erfolgt auf der Grundlage einer um die einzelnen (ggf. korrigierten) Monatsmeldungen

der Mitglieder ergänzten KM1/13. Eine Korrektur der Mitgliederzahl soll, wie auch bislang, nur in der KM1/13 zulässig sein. Ein weiteres Korrekturverfahren wird nicht für notwendig erachtet. Liegt die KM1/13 vor Durchführung der Strukturanpassung vor, ist die abschließende Ermittlung und Korrektur der Zusatzbeiträge zu diesem Zeitpunkt finanziell abzuwickeln. Im Jahresausgleich können die hierbei festgestellten Werte nachrichtlich ausgewiesen werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 43 RSAV ist an das beschriebene Verfahren anzupassen.

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zusätzlicher Änderungsbedarf

§ 30 RSAV (Erhebung und Verwendung von Daten für die Weiterentwicklung des Risikostruktur-ausgleichs)

A) Beabsichtigte Neuregelung

keine

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband führt auf Grundlage des BMG-Schreibens vom 16. Januar 2013 in diesem Jahr letztmalig das Verfahren zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse (RSA-Clearingverfahren) durch. Sollte das BMG eine Weiterführung dieses Verfahrens für sinnvoll erachten, ist eine entsprechende Ermächtigung hierzu auch in der RSAV zu implementieren.

C) Änderungsvorschlag

In § 30 RSAV wird folgender Absatz 5 angefügt:

„ (5) Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass zu einem Versichertenpseudonym, zu dem mehr als eine Krankenkasse Daten gemeldet hat, in der Summe mehr Versicherungstage übermittelt wurden, als das Ausgleichsjahr an Kalendertagen aufweist, oder dass unterschiedliche Angaben zu Geburtsjahr und Geschlecht übermittelt wurden, teilt er den betroffenen Krankenkassen das jeweilige Versichertenpseudonym, die Art des Fehlers sowie die jeweils andere betroffene Krankenkasse mit, um eine Klärung der Versichertenverhältnisse herbeizuführen. Die Herstellung des Versichertenbezugs durch die Krankenkassen ist zulässig, soweit dies für die Klärung der Versichertenverhältnisse erforderlich ist. Das Nähere über das Verfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

Artikel 13 (Änderung des Medizinproduktegesetzes)

§ 42 Bußgeldvorschriften

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

Nach § 24 wird folgender Abschnitt 6 eingefügt:

§ 25 Ordnungswidrigkeiten

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 12.02.2014

Seite 83 von 84

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

Ergänzend wird nach § 3 Abs. 3 MPSV folgender Absatz 4 eingefügt:

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

Die Nummern der folgenden Absätze werden entsprechend geändert.

Artikel 14 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 2 treten die Regelungen für den Schätzerkreis (Aufgaben, Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags) und die Regelungen zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im SGB V und in der RSAV mit Wirkung zum 1. August 2014 in Kraft.

B) Stellungnahme

Das vorgezogene Inkrafttreten der den GKV-Schätzerkreis betreffenden Regelungen ist notwendig, damit die Schätzung für 2015 auf der Grundlage der für 2015 geltenden neuen Finanzstruktur erfolgen kann.

Mit dem neu eingefügten § 269 soll die im Koalitionsvertrag vereinbarte Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in den Bereichen Krankengeldzuweisungen und Zuweisungen für Auslandsversicherte umgesetzt werden. Ausweislich des Begleitschreibens zum Referentenentwurf sind die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt zur Annualisierung der Kosten für Verstorbene vom Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der Rechtsprechung umzusetzen und deshalb nicht Gegenstand des Referentenentwurfs. Der Koalitionsvertrag sieht eine zeitgleiche Umsetzung dieser drei Bereiche vor. Es ist klarzustellen, ob das Bundesversicherungsamt die zum 1. August 2014 in Kraft tretenden Regelungen bei der Durchführung des Jahresausgleichs 2013 zu beachten hat.

C) Änderungsvorschlag

entfällt