



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)  
vom 20. Februar 2014

anlässlich der Verbändeanhörung  
am 24. Februar 2014

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Vorbemerkung .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Grundsätzliche Positionen zum Gesetzentwurf.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Stellungnahme zum Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....</b>	<b>8</b>
• Nr. 1 § 137a (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) .....	8
• Nr. 2 Buchst. a) § 175 Abs. 4 Satz 5 und Satz 7 (Krankenkassenwahlrecht).....	10
• Nr. 3 § 194 (Satzung der Krankenkassen).....	11
• Nr. 4 § 201 Abs. 4 Nr. 1 (Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug) .....	11
• Nr. 5 § 220 (Grundsatz) .....	12
• Nr. 6 § 221b (Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich) .....	13
• Nr. 7 § 224 Abs. 1 Satz 3 – neu – (Beitragsfreiheit bei Bezug bestimmter Entgeltersatzleistungen) .....	13
• Nr. 7a – neu – § 225 (Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller) .....	14
• Nr. 8 § 241 (Allgemeiner Beitragssatz) .....	14
• Nr. 9 § 242 (Zusatzbeitrag) Überschrift, Abs. 1 Satz 1 und 3, Abs. 2, Abs. 3, Abs. 4, Abs. 5 sowie Abs. 6 .....	15
• Nr. 10 § 242a (Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz) .....	18
• Nr. 11 § 242b (Sozialausgleich).....	19
• Nr. 12 § 243 (Ermäßigter Beitragssatz) .....	19
• Nr. 13 § 247 Satz 2 (Beitragssatz aus der Rente) .....	20
• Nr. 14 § 248 Satz 2 (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen) .....	20
• Nr. 15 § 249 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 und Abs. 3 (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung) .....	21
• Nr. 16 § 249a Satz 1 (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug).....	22
• Nr. 17 § 251 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 und 2, Abs. 3, Abs. 4, Abs. 4a, Abs. 4b, Abs. 4c und Abs. 6 (Tragung der Beiträge durch Dritte) .....	22
• Nr. 18 § 252 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2a, Abs. 2b sowie Abs. 3 (Beitragszahlung) .....	23
• Nr. 19 § 253 (Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt) .....	23
• Nr. 20 § 254 (Beitragszahlung der Studenten) .....	24

•	Nr. 21 § 255 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 und 2 sowie Abs. 3 Sätze 1, 2 und 4 (Beitragszahlung aus der Rente) .....	25
•	Nr. 22 § 256 Abs. 1 Satz 1 und Satz 3, Abs. 2 Sätze 2 bis 4 sowie Abs. 3 Sätze 1 und 2 (Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen) ....	25
•	Nr. 23 § 257 Abs. 2 und 4 (Beitragszuschüsse für Beschäftigte) .....	27
•	Nr. 24 § 261 (Rücklage) .....	28
•	Nr. 25 § 266 (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) .....	28
•	Nr. 26 § 269 (Sonderregelung für Krankengeld und Auslandsversicherte) .....	29
•	Nr. 27 § 270a (Einkommensausgleich).....	30
•	Nr. 28 a § 271 (Gesundheitsfonds) .....	31
•	Nr. 28 b § 271 (Gesundheitsfonds).....	32
•	Nr. 29 § 272 (Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds) .....	33
<b>4.</b>	<b>Stellungnahme zum Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch).....</b>	<b>35</b>
•	Nr. 1 § 23 Abs. 1 Satz 4 (Fälligkeit) .....	35
•	Nr. 2 § 26 Abs. 4 – neu – (Beitragsausgleichsverfahren bei Mehrfachbeschäftigten, deren Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet).....	35
•	Nr. 3 § 28a Abs. 1 Nr. 10 und Abs. 4 (Abgabe der Monatsmeldung und deren Inhalt) .....	37
•	Nr. 3a neu § 28d Abs. 1 Satz 5 (Definition des Begriffs Gesamtsozialversicherungsbeitrag) .....	37
•	Nr. 4 § 28f Abs. 3 Satz 5 (Angaben zum Sozialausgleich im Beitragsnachweis).....	38
•	Nr. 5 § 28h Abs. 2a (Meldedialog zur Durchführung des Sozialausgleichs, des Beitragsausgleichsverfahrens bei Mehrfachbeschäftigten in der Gleitzone und bei Mehrfachbeschäftigten oberhalb der BBG) .....	39
<b>5.</b>	<b>Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>40</b>
•	§ 106 (Beitragszuschüsse für freiwillig oder privat krankenversicherte Rentner).....	40
<b>6.</b>	<b>Artikel 6 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch).....</b>	<b>41</b>
•	§ 32 Abs. 4 (Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung) .....	41

<b>7. Artikel 7 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)....</b>	<b>43</b>
• Nr. 1 § 16 Abs. 1 (Beiträge zur Krankenversicherung ).....	43
• Nr. 2 § 34 Abs. 1 Satz 2 (Bundeszuschuss).....	43
<b>8. Artikel 10 (Änderung der Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung).....</b>	<b>44</b>
<b>9. Artikel 11 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung) .....</b>	<b>45</b>
<b>10. Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur- Ausgleichsverordnung) .....</b>	<b>46</b>
• Nr. 1 § 29 (Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs) .....	46
• Nr. 2 § 31 Absatz 5 (Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells).....	46
• Nr. 3 § 33 (Gutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte).....	47
• Nr. 4 §§ 33a bis 34 (Wegfall Konvergenzregelung) .....	48
• Nr. 5 § 40 Absatz 1 (Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen).....	48
• Nr. 6 § 41 (Jahresausgleich) .....	49
• Nr. 7 § 43 (Durchführung des Einkommensausgleichs).....	50
<b>11. Artikel 13 (Änderung des Medizinproduktegesetzes).....</b>	<b>53</b>
<b>12. Artikel 14 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten).....</b>	<b>54</b>

## 1. Vorbemerkung

Mit dem Referentenentwurf zum GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz – GKV-FGWG – folgt die Bundesregierung ihrer Absicht, schnell in die praktische Umsetzung wichtiger Maßnahmen des Koalitionsvertrages einzusteigen. Die Neujustierung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gehört auch nach Überzeugung der Ersatzkassen zu den vordringlichen Aufgaben. Wir teilen die Auffassung, dass voraussichtlich ab 2015 die jährlichen Ausgaben der Krankenkassen die jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds übersteigen werden und Handlungsbedarf gegeben ist. Es gilt zu verhindern, dass Krankenkassen noch nach altem Recht zusätzliche Finanzmittel über einen pauschalen Zusatzbeitrag erheben müssen. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf und seinem voraussichtlichen Zeitplan dürfte dies sichergestellt sein.

Mit der Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags entspricht die Regierung einer zentralen Forderung der Ersatzkassen. Einkommensunabhängige pauschale Zusatzbeiträge haben sich in der Vergangenheit als ungeeignet erwiesen, geeignete wettbewerbliche Impulse zu setzen. Zudem hätten sie einen aufwändigen und bürokratischen Sozialausgleich aus Steuermitteln notwendig gemacht, der nun entfallen kann.

Zukünftig werden Zusatzbeiträge ausschließlich prozentual und im Quellenabzugsverfahren erhoben. Dies ist ein wichtiger Schritt in Richtung Beitragssatzautonomie. Das dem GKV-System inhärente Prinzip der Belastungsumverteilung über eine einkommensabhängige Beitragserhebung wird bestätigt; der Solidargedanke und die GKV wird gestärkt.

Mit dem Gesetz zum FQWG schafft die Regierung auch die Voraussetzungen für eine bessere Versorgungsqualität. Es werden die Rechtsgrundlagen für ein neues unabhängiges Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen geschaffen und die Bemühungen für bessere Qualität verstärkt. Die Ersatzkassen sehen es als positiv an, dass dabei eine selbstverwaltungsnahe Lösung gewählt wird.

## 2. Grundsätzliche Positionen zum Gesetzentwurf

Mit dem FQWG werden folgende Bereiche neu geregelt:

- Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent.
- Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag und der steuerfinanzierte Sozialausgleich werden abgeschafft.
- Es werden kassenindividuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge und ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt.
- Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wird weiterentwickelt.
- Es wird ein Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen geschaffen.
- Das Medizinproduktegesetz wird um eine Sanktionsmöglichkeit angereichert.

Der allgemeine Beitragssatz wird auf 14,6 Prozent festgelegt und ist damit paritätisch finanziert. Der Arbeitgeberbeitrag beträgt nach § 249 SGB V auch nach den hier beabsichtigten Rechtsänderungen die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und damit 7,3 Prozent. Die Abhängigkeit des Arbeitgeberbeitrags vom allgemeinen Beitragssatz bleibt bestehen. Auf ein Einfrieren wird verzichtet. Dies begrüßen die Ersatzkassen als wichtiges Signal. Gleichwohl wird ein Mechanismus benötigt, der vorgibt, nach welchen Regeln der allgemeine Beitragssatz und damit der Arbeitgeberbeitrag verändert wird. Eine auf lange Sicht ausschließliche Finanzierung von zu erwartenden Ausgabenzuwächsen durch die Versicherten auf Basis von Zusatzbeiträgen widerspricht dem Grundsatz der Solidarität. Die Ersatzkassen setzen sich ausdrücklich dafür ein, einen Mechanismus zu implementieren, der sicherstellt, dass auch die Arbeitgeber ihren Beitrag zur solidarischen Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung leisten und an künftigen Ausgabenzuwächsen partizipieren.

Die Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages wird ausdrücklich begrüßt. Die Vergangenheit hat gezeigt: Schon die Erhebung von finanziell überschaubaren pauschalen Zusatzbeiträgen haben überzogene Preisreaktionen hervorgerufen und dem Gesundheitssystem mehr geschadet als genutzt. Beitragsrelevante Investitionen in eine gute Versorgung wurden durch Mitgliederabwanderungen bestraft und ein Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb ausgelöst. Es ist gut, dass dies mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geändert werden soll.

Mit der Abschaffung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen wird auch der Sozialausgleich aus Steuermitteln überflüssig. Es ist gut, dass die Regierung künftig auf die Einkommensumverteilung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung setzen will. Das ist systemgerecht und entlastet alle Beteiligten von unnötigen Bürokratieaufwendungen. Die für den Sozialausgleich vorgesehenen Steuermittel in Höhe von zwei Milliarden Euro sind bereits durch eine Kürzung des Bundeszuschusses wieder dem Bundeshaushalt zugeführt worden.

Die Ersatzkassen haben immer wieder die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung und zur vollständigen Beitragssatzautonomie gefordert. Mit den nun beabsichtigten Regelungen kommen sie dem letzteren Ziel einen Schritt näher. Mit der Umwandlung des pauschalen in einen prozentualen Zusatzbeitrag erhalten sie die Beitragssatzautonomie über den Zusatzbeitragsbereich. Es ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Grundsätzlich begrüßen die Ersatzkassen Maßnahmen, die einen fairen und gleichberechtigten Wettbewerb der Krankenkassen gewährleisten. Die Ersatzkassen begrüßen deshalb grundsätzlich die Einführung eines Einkommensausgleichs. Hinsichtlich seiner Umsetzung vertreten die Mitgliedskassen des vdek jedoch divergierende Positionen. Darüber hinaus müssen neben den bestehenden Untergrenzen auch Obergrenzen für die Liquiditätsreserve gesetzlich verankert werden. Diese sollen sicherstellen, dass übersteigende Fondsmittel für Zuweisungen an die Krankenkassen im Folgejahr zur Verfügung stehen.

Mit der Weiterentwicklung des Morbi-RSA sollen die Erkenntnisse aus dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs aus dem Jahr 2011 in Teilen umgesetzt werden. Der Ansatz, über die Vergabe von Gutachten systemkonforme und zielgenauere Verfahren für die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte zu erhalten, wird unterstützt. Vor diesem Hintergrund und bis zum Vorliegen praktikabler und akzeptabler Ergebnisse werden die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Übergangslösungen für Auslandsversicherte von allen Mitgliedskassen akzeptiert. Hinsichtlich der Ausgestaltung der Übergangslösung zum Krankengeld vertreten die Ersatzkassen keine einheitliche Auffassung.

Die Ersatzkassen begrüßen ausdrücklich das Bemühen um eine bessere Versorgungsqualität, zu dem sich die CDU, CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag verpflichtet haben. Mit dem hier vorliegenden Regelungsentwurf für ein Institut für Qualitätssicherung und Transparenz wird der Anfang gemacht. Die zusätzlichen Aufgaben nach dem neuen § 137a SGB V werden von den Ersatzkassen als sinnvolle Ergänzung empfunden und unterstützt.

### **3. Stellungnahme zum Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 137a (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der § 137a regelt in seiner heutigen Ausgestaltung die Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität durch ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen eines Vergabeverfahrens beauftragtes Institut (AQUA-Institut). Mit Artikel 1 Nummer 1 des GKV-FQWG wird dieser Paragraph neu gefasst. Er regelt nunmehr, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ein fachlich unabhängiges Institut gründet und dieses trägt („Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“). Die Organisationsform und die Finanzierung sind an die des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) angelehnt. Die Bestellung der Institutsleitung erfolgt innerhalb des Stiftungsvorstands im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, das in den Stiftungsvorstand einen Vertreter entsendet. Des Weiteren wird geregelt, mit welchen Aufgaben das Institut insbesondere vom G-BA beauftragt werden soll. Dies sind die vier bisher schon in § 137a verankerten Aufgaben:

1. Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Messung der Versorgungsqualität und
2. die dafür notwendige Dokumentation.
3. Beteiligung an der Durchführung der Qualitätssicherung und
4. Veröffentlichung von Qualitätssicherungs-Ergebnissen.

Neu hinzu kommen folgende Aufgaben:

5. Krankenhausvergleiche im Internet zur Verfügung stellen (für ausgewählte Bereiche),
6. Qualitätsmessung und -darstellung der ambulanten und stationären Versorgung auf Basis von Sozialdaten der Krankenkassen (für ausgewählte Bereiche),
7. öffentliche Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln aus der ambulanten und stationären Versorgung.

#### **Stellungnahme vdek**

Die Neufassung des § 137a in dieser Form ist zu begrüßen. Ein Qualitätsinstitut in regelmäßigen Abständen auszuschreiben, führt zu hohen Arbeits- und Kostenaufwänden und massiven Reibungsverlusten. So gab es immer wieder Diskussionen um den Leistungsumfang der ursprünglichen Ausschreibung, die das operative Geschäft behindert haben. Des Weiteren ist jede Vergabe zeitlich begrenzt, so dass eine kontinuierliche, institutionelle Sicherung von Know-how nicht gewährleistet ist. Hier ist Kontinuität und Nachhaltigkeit dringend erfor-

derlich. Daneben könnten die zunehmend wichtigen Aspekte der Patientensicherheit in einem längerfristigen Prozess angegangen und operativ umgesetzt werden.

Die Zusammenarbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung mit dem IQWiG funktioniert grundsätzlich gut. Dieses Vorbild wird übernommen; das neu zu gründende Qualitätsinstitut wird auf ähnlich solide Füße gestellt wie das IQWiG. Dass die bisherigen Aufgaben des AQUA-Instituts an das neu zu gründende Institut übergehen sollen, ist zu begrüßen. Die drei zusätzlichen Aufgabengebiete, die auf das neue Institut zukommen, sind dort sachgerecht angesiedelt und inhaltlich wichtig.

Grundsätzlich unterstützen die Ersatzkassen auch den Ansatz, Zertifikate und Qualitätssiegel aus der ambulanten und stationären Versorgung zu bewerten und diese Bewertungen zu veröffentlichen. Allerdings haben solche Siegel vornehmlich im Bereich der internen Qualitätssicherung und des internen Qualitätsmanagements Relevanz. Insofern ist zu prüfen, ob diese Aufgabe in dem neuen Institut, dessen Schwerpunkte im Bereich der externen Qualitätssicherung und an den Schnittstellen der Versorgung liegen, richtig angesiedelt ist. Alternativ wäre zu prüfen, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Erarbeitung einer entsprechenden Patienteninformation zu beauftragen.

Dem neuen Institut sollte allerdings noch eine weitere Aufgabe übertragen werden. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD zur 18. Legislaturperiode besagt, dass in einer Qualitätsoffensive die Qualität der stationären Versorgung verbessert und die Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt (§ 1 KHG) werden soll. Dieses Bekenntnis entspricht exakt den Forderungen der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung. Die Versorgungsqualität muss bei der Auswahl von geeigneten Krankenhäusern im Rahmen der Planung berücksichtigt werden. Hierzu ist aber erforderlich, dass planungstaugliche Qualitätsindikatoren existieren, die vom Land bei der Planung herangezogen werden können. Das Qualitätsinstitut sollte deshalb den Auftrag bekommen, aus den Richtlinien nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 planungstaugliche Qualitätskriterien abzuleiten oder falls erforderlich, neue zu entwickeln und diese zu veröffentlichen. Diese sind dann von den Ländern verbindlich bei der Krankenhausplanung anzuwenden.

### **Änderungsvorschlag vdek**

§ 137a Absatz 3 (neu) wird ergänzt um Nummer 8: *„planungstaugliche Qualitätskriterien aus den Richtlinien nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V abzuleiten beziehungsweise neue zu entwickeln und diese zu veröffentlichen.“*

§ 137a Absatz 3 (neu) wird um folgenden Satz 4 ergänzt: *„Die Kriterien nach Absatz 3 Satz 2 Nummer 8 sind von den Ländern bei der Krankenhausplanung anzuwenden.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 2  
§ 175 Abs. 4 Satz 5 und Satz 7 (Krankenkassenwahlrecht)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Satz 5 der Vorschrift erhält folgende Fassung: Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung oder Beitragssatzerhöhung gekündigt werden.

Satz 7 der Vorschrift erhält folgende Fassung: Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung des Zusatzbeitrags oder die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.

### **Stellungnahme vdek**

Schon bisher gab es ein Sonderkündigungsrecht bei Einführung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrages. Die entsprechenden Vorschriften innerhalb des § 175 Absatz 4 SGB V (Sätze 5 und 7) werden an das neue Recht angepasst. Wenn die Neuregelung des § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V in der vorstehenden Fassung zum 1. Januar 2015 in Kraft treten sollte, ergeben sich erhebliche Friktionen. Durch die Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 Prozent ist wahrscheinlich jede Krankenkasse gezwungen, einen Zusatzbeitrag neuer Prägung zu erheben. Das hätte zur Folge, dass mit dem Wirksamwerden des neuen Rechts ein Sonderkündigungsrecht über alle Krankenkassen hinweg entstünde, das ggf. erhebliche Mitgliederwanderungen nach sich zieht. Eine solche Wanderungsbewegung kann nicht gewollt sein. Zudem hätten alle Krankenkassen ihre Mitglieder auf das Sonderkündigungsrecht hinzuweisen. Hier wird ein unnötiger Verwaltungsaufwand erzeugt. Um vermeidbare und mit dem Koalitionsvertrag nicht vereinbare Friktionen auszuschließen, ist es notwendig, ein Sonderkündigungsrecht erst zu einem späteren Zeitpunkt entstehen zu lassen.

### **Änderungsvorschlag vdek**

§ 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V sollte wie folgt gefasst werden: *„Erhebt die Krankenkasse nach dem 1. Januar 2015 einen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 oder erhöht sie diesen, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung oder Beitragssatzerhöhung gekündigt werden“.*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 3  
§ 194 (Satzung der Krankenkassen)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Nach § 194 Nummer 4 muss die Satzung künftig Bestimmungen über die Festsetzung des Zusatzbeitrages enthalten.

### **Stellungnahme vdek**

Die Krankenkassen müssen in ihrer Satzung die Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242 regeln. Die bisherige Nummer 4 wird an das neue Recht des Zusatzbeitrags angepasst.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 4  
§ 201 Abs. 4 Nr. 1 (Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vorschrift wird gestrichen.

### **Stellungnahme vdek**

Es wird der Sondermeldetatbestand zur Rentenhöhe durch die Rentenversicherung zur Durchführung des Sozialausgleichs gestrichen. Es handelt sich um eine unkritische Folgeregelung zur Streichung des Sozialausgleichs.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 5  
§ 220 (Grundsatz)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **Stellungnahme vdek**

Die geplanten Änderungen sind sachgerecht, weil die Aufgaben des GKV-Schätzerkreises durch die Umorientierung auf die Kalkulation von Zusatzbeitragsätzen angepasst und erweitert werden müssen. Der heute ermittelte GKV-durchschnittliche Zusatzbeitrag in Euro wird ersetzt durch einen GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz. Zusätzlich ist eine Information über die durchschnittliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der GKV notwendig, um den Einkommensausgleich für die Zusatzbeitragsätze durchzuführen.

Der vdek hält eine Konkretisierung der vom GKV-Schätzerkreis zu schätzenden Parameter für geboten. Satz 1 ist um die Schätzung der beitragsbefreiten Mitglieder zu ergänzen, um die korrekten voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen auf GKV-Ebene je Mitglied schätzen zu können.

### **Änderungsvorschlag vdek**

In § 220 Absatz 2 Satz 2 sollte nach ‚§ 242a‘ folgende Ergänzung vorgenommen werden: *„, der Bestimmung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder in der GKV“.*

Im 3. Satz sollte hinter dem Wort ‚Einnahmen‘ ergänzt werden: *„für Zuweisungen nach §§ 266 und 270“.*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 6  
§ 221b (Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vorschrift wird gestrichen, da auch der bisherige Sozialausgleich nach § 242b in alter Fassung aufgehoben wird.

Ebenfalls soll die in diesem Paragraphen verankerte Evaluationsregel zur Überprüfung der Auswirkung bestimmter Regelungen des Versorgungsstrukturgesetzes im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 30.4.2014 in Absatz 2 keine Anwendung mehr finden.

### **Stellungnahme vdek**

Die geplanten Änderungen sind sachgerecht.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 7  
§ 224 Abs. 1 Satz 3 – neu – (Beitragsfreiheit bei Bezug bestimmter Entgeltersatzleistungen)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue Satz 3 bestimmt, dass Beitragsfreiheit auch für Beiträge aus dem Zusatzbeitragssatz besteht, wenn der Versicherte Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld hat bzw. Erziehungsgeld oder Elterngeld bezieht.

### **Stellungnahme vdek**

Mit der Ergänzung des § 224 Absatz 1 SGB V wird geregelt, dass sich die Beitragsfreiheit in den Fällen des § 224 auch auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 erstreckt. Dies ist sachgerecht, weil der Zusatzbeitragssatz ein eigenständiger Beitragsanteil des Versicherten ist. Ohne diese Regelung wäre es zweifelhaft gewesen, ob bei Bezug der in § 224 Absatz 1 SGB V genannten Entgeltersatzleistungen Beitragsfreiheit entstanden wäre. Die Freistellung ist auch berechtigt, weil sich sonst die Problematik aufgetan hätte, nach welcher Beitragsbemessungsgrundlage Zusatzbeiträge zu erheben wären, weil sich der Zusatzbeitrag neuer Prägung an den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds orientiert.

## **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 7a - neu -  
§ 225 (Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Bislang keine.

### **Stellungnahme vdek**

Nach § 225 Satz 1 SGB V sind bestimmte Rentenantragsteller für die Dauer der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V und damit während des Rentenantragsverfahrens beitragsfrei. Folgt man der Änderung zu § 224 Absatz 1 Satz 3 SGB V - neu - (vgl. Artikel 1 Nummer 7 GKV-FQWG), nach der eine Beitragsfreistellung auch für den Zusatzbeitragssatz explizit festgeschrieben wird, ist dieser Logik folgend auch die Beitragsfreiheitsvorschrift des § 225 entsprechend anzupassen.

## **Änderungsvorschlag vdek**

Nach Artikel 1 Nummer 7 wird folgende Nummer 7a eingefügt:

„7a. § 225 wird wie folgt geändert:

- a) Es wird folgender Satz 2 eingefügt: „Satz 1 gilt für den Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 entsprechend“.
- b) Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden die Sätze 3 und 4.
- c) Satz 3 erhält folgende Fassung: „Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn der Rentenantragsteller Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 8  
§ 241 (Allgemeiner Beitragssatz)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der allgemeine Beitragssatz wird von 15,5 auf 14,6 Prozent gesenkt.

## **Stellungnahme vdek**

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

Stimmt man dem Konzept zur Neuordnung der Beitragssatzautonomie unter Beibehaltung der Regularien des Gesundheitsfonds zu, ist die Herangehensweise über eine Senkung des allgemeinen Beitragssatzes als zielführend zu erachten.

## **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 242 (Zusatzbeitrag)

Überschrift, Abs. 1 Satz 1 und 3, Abs. 2, Abs. 3, Abs. 4, Abs. 5 sowie Abs. 6

## **Beabsichtigte Neuregelung**

Als zentrale Regelung zur Ablösung des einkommensabhängigen durch einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag, der in Prozentpunkten der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben werden soll, wird die Vorschrift des § 242 SGB V geändert und angepasst. Zu diesem Zweck werden folgende Änderungen vorgenommen:

In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort einkommensunabhängiger durch das Wort einkommensabhängiger (Zusatzbeitrag) ersetzt.

In Satz 3 dieses Absatzes wird das Wort „Zusatzbeitrags“ durch „Zusatzbeitragssatzes“ ersetzt.

Absatz 2, der eine Prämienzahlung ermöglicht, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den Finanzbedarf der Krankenkasse übersteigt, wird gestrichen.

Der bisherige Absatz 3, der die Kalkulationsgrundlage für den Zusatzbeitrag beinhaltet, wird Absatz 2. Hier wird geregelt, dass der Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds festzusetzen ist. Ferner wird angefügt, dass bei der Kalkulation die voraussichtlichen Einnahmen

aller Krankenkassen entsprechend dem Schätzergebnis des Schätzerkreises nach § 220 SGB V je Mitglied zugrunde zu legen sind.

Als neuer Absatz 3 wird eine Regelung eingeführt, die bestimmt, welche Personenkreise nicht den kassenindividuellen Zusatzbeitrag, sondern den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V zahlen sollen.

Absatz 4 erhält eine Verweisregelung auf den Zweiten und Dritten Abschnitt des Vierten Buches (des SGB). Damit wird erreicht, dass der Zusatzbeitrag als eigenständige Form der Beitragserhebung im Arbeitnehmerbereich vollumfänglich den Regelungen des Gesamtsozialversicherungsbeitrags zuzuordnen ist. Das führt zum Quellenabzug durch den Arbeitgeber.

Die bisherigen Absätze 5 (Befreiung von der Zahlung des Zusatzbeitrages für bestimmte Personengruppen) und 6 (Erhebung eines Verspätungszuschlages bei längerfristiger Säumnis hinsichtlich der Zahlung des Zusatzbeitrages werden) werden gestrichen.

### **Stellungnahme vdek**

Die Änderungen in Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 (neu) der Vorschrift sind folgerichtig, wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitrag künftig als prozentualer Anteil an den beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten festzusetzen ist. Im Hinblick auf den politischen Ansatz, bei den Krankenkassen einen Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen vornehmen, ist die Kalkulation des Zusatzbeitragssatzes unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Einnahmen aller Krankenkassen folgerichtig.

Die Streichung der bisherigen Regelung (Absatz 2 – alt), nach der Krankenkassen Prämien ausschütten können, wenn der Finanzbedarf geringer ist als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, ist wegen der Einführung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zwangsläufig.

Die Neuregelung in Absatz 3, dass für bestimmte Personengruppen die Zusatzbeiträge nach einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zu zahlen sind, scheint politisch gewollt.

Die Vorgaben des Absatzes 4, mit der die Bestimmungen über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag auch für den Zusatzbeitrag bzw. den Zusatzbeitragssatz trotz seiner neuen eigenständigen Ausprägung gelten, ist zwingend notwendig. Nur so ist gewährleistet, dass die gesetzgeberische Intention eines kostengünstigen und für alle Beteiligten unbürokratischen Beitragseinzugs sichergestellt wird. In diesem Zusammenhang wird auf den ergänzenden Vorschlag zu § 28d SGB IV des vdek hingewiesen.

Die Streichung der Absätze 5 und 6 ist folgerichtig.

Allerdings sind bestimmte Regelungen zu überdenken: Auch nach der Neufassung des § 242 Absatz 1 sehen die Sätze 2 bis 4 der Regelung vor, dass bei fristgerechtem Sonderkündigungsrecht der Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitrag nicht zu zahlen ist.

Eine Regelung zur Nichtzahlung des eingeführten oder eines nun erhöhten Zusatzbeitragsatzes ist nicht mit den Bedingungen eines Quellenabzugsverfahrens vereinbar. Die den Quellenabzug durchführenden Stellen (Arbeitgeber/Rentenversicherungsträger/Zahlstellen von Versorgungsbezügen) müssten den Tatbestand, dass das Krankenkassenmitglied, für das sie Beiträge einzubehalten haben, vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch gemacht hat, berücksichtigen. Dazu bedürfte es der Einführung von Meldetatbeständen und der Erweiterung der Meldeverfahren, denn die Krankenkassen müssten diese Stellen entsprechend informieren. Die Einführung der entsprechenden Verfahren ist mit erheblichem finanziellem Aufwand für die beitragsabführenden Stellen und für die Krankenkassen verbunden. Letztlich ist die Nichtzahlungsklausel ein Relikt aus der Zeit eines einkommensunabhängigen und vom Versicherten selbst einzuzahlenden Zusatzbeitrages. Es lässt sich auf die Neuausprägung des Zusatzbeitrages nicht übertragen.

In § 242 Absatz 3 Nummer 1 ist geregelt, dass nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a Versicherte sowie Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten oder Zwölften Buch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 13 oder freiwillig versichert sind, Beiträge nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag zu tragen haben. Diese Regelung ist äußerst problematisch. Die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger haben bei Rentnern, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11, 11a oder 12 versichert sind, keine Kenntnis, dass Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts bezogen werden. Das ist auch für die Durchführung des Versicherungsverhältnisses nicht von Bedeutung. Damit wären die Krankenkassen gezwungen, bei allen Rentnern entsprechende Rückfragen zu stellen, um festzustellen, ob der durchschnittliche Zusatzbeitrag heranzuziehen ist. Selbst wenn man im maschinellen Meldeverfahren zur KVdR zunächst beim Rentenversicherungsträger einen Abgleich aller Rentenhöhen durchführen würde, um herauszufiltern, welche Personen von der Rentenhöhe her für Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts infrage kämen, wäre dies mit einem unverhältnismäßigem Aufwand verbunden. Deshalb ist es sachgerecht, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag nur dann heranzuziehen ist, wenn der Rentner (und auch die in der Vorschrift genannten Auffangpflichtversicherten – § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V – sowie die freiwillig Versicherten) durch einen von ihnen erbrachten Nachweis belegen, dass sie Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beziehen.

Die Vorschrift des § 242 Absatz 3 Satz 1 lässt offen, ob ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag auch dann zu zahlen ist, wenn die Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag erhebt. Die Einleitung „der Zusatzbeitrag ... ist zu erheben“ nimmt ausdrücklich auf § 242 Absatz 1 Satz 1 Bezug. Dort wird bestimmt, dass die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag zu erheben hat, wenn die Zuweisungen aus dem

Gesundheitsfonds den Finanzbedarf nicht decken. Ist diese Unterdeckung nicht gegeben und damit ein Zusatzbeitrag nicht zu erheben, lässt die Einleitung den Rückschluss zu, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag für bestimmte Personengruppen nicht zu erheben ist, wenn sie selbst keinen Zusatzbeitrag verlangt. Diese Problematik gilt es zu lösen.

### **Änderungsvorschlag vdek**

In § 242 Absatz 1 werden die Sätze 2 bis 4 gestrichen.

In § 242 Absatz 3 wird der bisherige Text Satz 1.

Die Passage vor Nummer 1 wird wie folgt gefasst: *„Die Krankenkasse erhebt einen Zusatzbeitrag in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a für“*

Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst: *„1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a,“*

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt: *„Satz 1 gilt auch für Mitglieder, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 13 oder freiwillig versichert sind und den Nachweis erbringen, dass sie Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten oder Zwölften Buch erhalten; dies gilt auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 242a (Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Auch unter den Bedingungen eines Zusatzbeitrages neuer Prägung soll es einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag geben. In dessen Berechnung werden als Nenner nunmehr die jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen berücksichtigt und mit der Zahl 100 vervielfacht.

Ein durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz soll für wettbewerbliche Transparenz sorgen. Ferner wird für bestimmte Mitgliedergruppen nicht der kassenindividuelle, sondern der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für die Beitragsentrichtung herangezogen.

### **Stellungnahme vdek**

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zum Zusatzbeitragssatz und zur Durchführung des vollständigen Einkommensausgleichs.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 11  
§ 242b (Sozialausgleich)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen über den Sozialausgleich werden gestrichen.

### **Stellungnahme vdek**

Die Streichung des äußerst bürokratieintensiven Sozialausgleichs wird ausdrücklich begrüßt. Sie ist im Lichte der Wiederherstellung der Beitragssatzautonomie der Krankenkassen auch unausweichlich gewesen.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 12  
§ 243 (Ermäßigter Beitragssatz)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der ermäßigte Beitragssatz wird von 14,9 auf 14,0 Prozent gesenkt.

### **Stellungnahme vdek**

Die Senkung des ermäßigten Beitragssatzes um 0,9 Prozentpunkte entspricht dem Vorgehen beim allgemeinen Beitragssatz. Sie ist im Hinblick auf die Intention des Gesetzesvorhabens folgerichtig.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 13  
§ 247 Satz 2 (Beitragssatz aus der Rente)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In der Vorschrift wird der Terminus „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“, im Zusammenhang mit der Beitragsbemessung bei Bezug einer ausländischen Rente gestrichen.

### **Stellungnahme vdek**

Es ist eine Folgeregelung wegen der Einführung der neuen Ausprägung des Zusatzbeitragssatzes. Der Bezieher einer ausländischen Rente zahlt ebenfalls den Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1, deshalb ist für eine Zuschlagsregelung (0,45 Beitragssatzpunkte) kein Raum.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 14  
§ 248 Satz 2 (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In der Vorschrift wird der Terminus „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“, im Zusammenhang mit der Beitragsbemessung bei Bezug einer Rente aus der landwirtschaftlichen Alterssicherung gestrichen.

### **Stellungnahme vdek**

Es ist eine Folgeregelung wegen der neuen Ausprägung des Zusatzbeitragssatzes. Der Bezieher einer Rente aus der landwirtschaftlichen Alterssicherung zahlt ebenfalls den Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1, deshalb ist für eine Zuschlagsregelung (0,45 Beitragssatzpunkte) kein Raum.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 249 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 und Abs. 3 (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Bei Arbeitnehmern trägt der Arbeitgeber die Hälfte des Beitragssatzes nach § 241 oder 243 SGB V, also 7,3 oder 7,0 Prozent.

Der Arbeitgeber wird verpflichtet, bei Bezug von Kurzarbeitergeld den Zusatzbeitrag neuer Prägung zu tragen, soweit die Beitragsbemessungsgrundlage nach § 232a Absatz 2 SGB V heranzuziehen ist.

Bei Arbeitnehmern in der Gleitzone trägt der Arbeitgeber die Hälfte des Beitragssatzes nach § 241 oder 243 SGB V, also 7,3 oder 7,0 Prozent für den nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Arbeitgeberanteil.

### **Stellungnahme vdek**

Die Vorschriften über die Beitragstragung werden entsprechend der neuen Ausprägung des Zusatzbeitragssatzes formal angepasst. Die Regelungen stellen sicher, dass der Arbeitgeber sowohl im regulären Beschäftigungsverhältnis als auch bei Beschäftigungen innerhalb der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 SGB IV entsprechend dem allgemeinen oder ermäßigten Beitragssatz einen Beitragsanteil aus dem Arbeitsentgelt von 7,3 oder 7 Prozent trägt. Der Arbeitnehmer trägt den Zusatzbeitrag allein.

Bei Beziehern von Kurzarbeitergeld trägt der Arbeitgeber aufgrund der Regelung des § 249 Absatz 2 SGB V den Zusatzbeitrag allein. Der Arbeitnehmer wird, soweit er kein Arbeitsentgelt erzielt, von der Tragung des Zusatzbeitrages zulasten des Arbeitgebers befreit.

Die Änderungen sind im Kontext des Gesetzesvorhabens sachgerecht.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 249a Satz 1 (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In der Vorschrift wird der Terminus „um 0,9 Beitragssatzpunkte geminderten“, gestrichen.

### **Stellungnahme vdek**

Folgeregelung wegen der Einführung der neuen Ausprägung des Zusatzbeitragssatzes. Damit zahlt der Rentenversicherungsträger – wie bisher – nach einem Beitragssatz von 7,3 Prozent des Rentenzahlbetrags seinen Trägeranteil.

Die Vorschrift ist sachgerecht.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 251 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 und 2, Abs. 3, Abs. 4, Abs. 4a, Abs. 4b, Abs. 4c und Abs. 6 (Tragung der Beiträge durch Dritte)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Bei einer Reihe von Personengruppen, bei denen schon die regulären Beiträge durch Dritte getragen werden, wird die Beitragstragung auch für die Zusatzbeiträge auf diese Dritte übertragen. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um den kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 SGB V oder um den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 3 i. V. m. § 242a SGB V handelt.

### **Stellungnahme vdek**

Die umfangreiche, aber gesetztechnisch bedingte Anpassung der Beitragstragungsvorschriften für die in § 251 SGB V genannten Personenkreise ist eine Folgeregulierung im Kontext der neuen Ausprägung des Zusatzbeitragssatzes. Sie sind sachgerecht und nachvollziehbar.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 18  
§ 252 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2a, Abs. 2b sowie Abs. 3 (Beitragszahlung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In den genannten Stellen des § 252 SGB V werden Tatbestände gestrichen, die die Beitragszahlung für Zusatzbeiträge nach der bisherigen Ausprägung regeln.

### **Stellungnahme vdek**

Die Anpassungen der Absätze 1 und 3 sowie die Streichung von Absatz 2a und Absatz 2b der Vorschrift ist sachgerecht. Ersatzlösungen sind wegen der Neuausprägung des Zusatzbeitragssatzes nicht notwendig. Diese sind bei den jeweiligen Personenkreisen vollzogen.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 19  
§ 253 (Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vorschrift wird um den Tatbestand der Zusatzbeiträge erweitert.

### **Stellungnahme vdek**

Nach der Erweiterung der Vorschrift erstreckt sie sich auch auf die Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V. Damit wird sichergestellt, dass bei Arbeitnehmern der Zusatzbeitrag im Quellenabzugsverfahren vom Arbeitgeber abzuführen ist. Damit gelten auch die sonstigen Bestimmungen über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag für den Zusatzbeitrag neuer Prägung nach § 242 SGB V. Die Regelung ist zu begrüßen (siehe auch Anmerkung zu § 242 Absatz 4). In diesem Zusammenhang wird auf den ergänzenden Vorschlag zu § 28d SGB IV des vdek hingewiesen.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 20  
§ 254 (Beitragszahlung der Studenten)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vorschrift über die Zahlung der Beiträge von nach § 5 Absatz 1 Nummer 9 oder 10 pflichtversicherten Studenten oder Praktikanten wird um den Tatbestand der Zusatzbeiträge erweitert.

### **Stellungnahme vdek**

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung des Zusatzbeitrags neuer Prägung. Auch versicherungspflichtige Studenten haben den Zusatzbeitrag grundsätzlich mit den anderen Beiträgen für das Semester im Voraus an die Krankenkasse zu zahlen. Diese Regelung ist unter der Voraussetzung, dass bestimmte Personenkreise einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag entrichten sollen, folgerichtig.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Regelung des § 254 SGB V nur einen Aspekt der Beitragserhebung bei Studenten darstellt. Unter anderem ist noch § 245 SGB V zu berücksichtigen, nach dem als Beitragssatz 7/10 des allgemeinen Beitragssatzes gelten. Durch die Absenkung des Beitragssatzes nach § 241 SGB V auf 14,6 Prozent entsteht nun die Situation, dass auch für Studenten der kassenindividuelle Zusatzbeitrag neuer Prägung anfielen. Da es an Sonderbestimmung im Gesetzentwurf (bislang) fehlt, wäre dies der kassenindividuelle Zusatzbeitrag.

Soll an dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für Studenten festgehalten und der vorgenannte Umstand vermieden werden, ist eine gesetzliche Ergänzung notwendig. Es erscheint dann sachlogisch, diesen Zusatzbeitrag ebenfalls nach 7/10 des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu bemessen.

### **Änderungsvorschlag vdek**

In Artikel 1 wird folgende Nummer 12a aufgenommen:

*„12a. In § 245 werden nach dem Wort ‚Beitragssatz‘ die Worte ‚zuzüglich Sieben Zehntel des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a‘ eingefügt.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 255 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 und 2 sowie Abs. 3 Sätze 1, 2 und 4 (Beitragszahlung aus der Rente)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In den genannten Stellen des § 255 SGB V werden Tatbestände geändert, die die Beitragszahlung für Zusatzbeiträge nach der neuen Ausprägung regeln. Durch Verweisungsregeln auf die Vorschrift des § 242 Absatz 1 SGB V werden die Zusatzbeiträge neuer Prägung in das Verfahren zur Beitragszahlung aus der Rente einbezogen.

### **Stellungnahme vdek**

Die Rentenversicherungsträger werden verpflichtet, den Zusatzbeitrag neuer Prägung bei der Rentenzahlung einzubehalten (Quellenabzugsverfahren wie bei Arbeitnehmern). Die Regelungen zum nachträglichen Einbehalt von Beiträgen aus der Rente werden auch auf den Zusatzbeitragssatz neuer Prägung übertragen. Das gilt ferner für die Bestimmungen zur Fälligkeit von Beiträgen aus der Rente.

Das Quellenabzugsverfahren für Beiträge aus der Rente ist zu begrüßen, die damit einhergehenden Folgeregelungen sind sachgerecht. Dass die Beiträge weiterhin direkt an den Gesundheitsfonds gezahlt werden, ist aufgrund der vorgesehenen Verteilungs- und Ausgleichsmechanismen begründet.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 256 Abs. 1 Satz 1 und Satz 3, Abs. 2 Sätze 2 bis 4 sowie Abs. 3 Sätze 1 und 2 (Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In den genannten Stellen des § 256 SGB V werden Tatbestände geändert, die die Beitragszahlung für Zusatzbeiträge nach der neuen Ausprägung regeln. Durch Verweisungsregeln auf die Vorschrift des § 242 Absatz 1 SGB V werden die Zusatzbeiträge neuer Prägung in das Verfahren zur Beitragszahlung aus den Versorgungsbezügen integriert.

## Stellungnahme vdek

Die Zahlstellen von Versorgungsbezügen werden verpflichtet, den Zusatzbeitrag neuer Prägung bei der Auszahlung einzubehalten (Quellenabzugsverfahren wie bei Arbeitnehmern oder Rentnern). Die Regelungen zum nachträglichen Einbehalt von Beiträgen aus den Versorgungsbezügen werden auch auf den Zusatzbeitragsatz neuer Prägung übertragen, das gilt ebenso für die Bestimmungen zur Fälligkeit von Beiträgen aus Versorgungsbezügen und zur Beitragsüberwachung. Die Änderungen sind sachgerecht.

Im Zusammenhang mit der Fälligkeit von Beiträgen aus Versorgungsbezügen ist jedoch Änderungsbedarf aufgrund des Prüfverhaltens des Bundesversicherungsamts entstanden. Die Versorgungsempfänger erhalten die Versorgungsbezüge zu unterschiedlichen Zeitpunkten ausgezahlt. Selbst innerhalb einer Versorgungseinrichtung sind unterschiedliche Auszahlungstermine denkbar. Die Kassen erhalten in aller Regel von der Zahlstelle auch nur eine Beitragsnachweisung, unabhängig von den einzelnen Auszahlungsterminen. Letztlich wären die Kassen, wenn sie der Auffassung des BVA folgen gezwungen, für jeden Versorgungsempfänger den tatsächlichen Auszahlungstermin der Versorgungsbezüge zu ermitteln, um den jeweiligen Fälligkeitstermin festzulegen. Damit wären nicht nur die Krankenkassen belastet, sondern auch den Zahlstellen von Versorgungsbezügen würde unnötige Bürokratie aufgebürdet. Denn es wäre unter anderem denkbar, dass die Kassen von einer Zahlstelle drei Beitragsnachweise (zum 1., zum 15. und zum letzten des Monats) verlangen müssten.

Die verwendete Software sieht derartige individuelle Lösungen nicht vor. Auch ist im Rahmen des maschinellen Zahlstellenverfahrens eine Angabe über den Zahlungstermin des Versorgungsbezuges nicht vorgesehen. Eine Anpassung der Vorschrift über die Fälligkeit, die den heutigen standardisierten maschinellen Verfahren Rechnung trägt, ist notwendig. Mit einer entsprechenden Ergänzung (siehe unten) kann eine rechtssichere Grundlage für einen letztlich feststehenden Fälligkeitstermin für die Beiträge von Versorgungsbezügen einschließlich der Zusatzbeiträge geschaffen werden. Sie entspricht auch der geltenden Regelung des § 23 Absatz 1 Satz 5 (künftig Satz 4) SGB IV, nach der sonstige Beiträge eben am 15. des Folgemonats fällig werden. Die Beiträge aus Versorgungsbezügen sind damit vergleichbar. Mit diesem einheitlichen Fälligkeitstermin wäre eine unbürokratische einheitliche Beitragszahlung für alle Zahlstellen und Krankenkassen sichergestellt.

Wenn ohnehin die Vorschrift des § 256 zu ändern ist, bietet es sich an, auch eine schon lange notwendige Rechtsbereinigung vorzunehmen. Im Zeitalter des elektronischen Datenaustauschs ist es nicht mehr nachvollziehbar, dass Zahlstellen von Versorgungsbezügen mit weniger als 30 Versorgungsempfängern sich von der Beitragsabführungspflicht befreien lassen können und damit die Beitragszahlung auf den Versicherten abwälzen (§ 256 Absatz 4 SGB V). Um auch das Quellenabzugsverfahren für den Zusatzbeitrag ergänzend zu unter-

stützen, ist es insgesamt sachgerecht, die v. g. Befreiungsregelung der Zahlstellen ersatzlos zu streichen.

#### **Änderungsvorschlag vdek**

In Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe a) wird eine neue Nummer bb) eingefügt:

*„bb) in Satz 2 werden nach dem Wort ‚sind‘ die Worte „spätestens am 15. des Folgemonats“ eingefügt.“*

Der bisherige Doppelbuchstabe bb) wird cc)

Nach Buchstabe c) wird folgender Buchstabe d) eingefügt:

*„d) Absatz 4 wird gestrichen“.*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 23  
§ 257 Abs. 2 und 4 (Beitragszuschüsse für Beschäftigte)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 257 Absatz 2 und 4 SGB V werden jeweils die Termini „um 0,9 Beitragsatzpunkten verminderten“ gestrichen. Damit werden die Beitragszuschüsse – wie bisher – nach einem Beitragssatz von 7,3 Prozent (Arbeitnehmer) bzw. 7,0 Prozent (Empfänger von Vorruhestandsgeld) des Arbeitsentgelts bemessen.

#### **Stellungnahme vdek**

Es handelt sich um eine Folgeregelung wegen der Einführung des Zusatzbeitragssatzes.

#### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 24  
§ 261 (Rücklage)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 261 wird unter anderem bestimmt, dass Mittel aus der Rücklage der Krankenkasse entnommen werden können, um die Erhebung eines Zusatzbeitrags zu vermeiden.

### **Stellungnahme vdek**

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

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 25  
§ 266 (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich))

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **Stellungnahme vdek**

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung ist sachgerecht.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es sollen Sonderregelungen im Sinne einer Übergangsregelung für die Zuweisungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten (sog. Auslandsversicherte), eingeführt werden.

Für Auslandsversicherte soll eine Ermächtigungsgrundlage dafür geschaffen werden, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen für Auslandsversicherte entsprechend dem Vorschlag des Beirats auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben insgesamt begrenzt werden kann. Weiterhin wird ein erweitertes Verfahren zur Bestimmung der Zuweisungen für ein Übergangsverfahren für Krankengeldzuweisungen geregelt: Es werden durch die Einführung einer Sonderregelung die bestehenden Über- und Unterdeckungen im Bereich Krankengeld halbiert. Dies geschieht dadurch, dass die Hälfte der Zuweisungen über das bisher geltende Standardisierungsverfahren und die andere Hälfte über einen Ist-Kosten-Ausgleich verteilt wird.

Gleichzeitig gibt das Bundesversicherungsamt (BVA) Gutachten in Auftrag, mit denen Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, entwickelt werden sollen.

### **Stellungnahme vdek**

Der Ansatz, bei der Weiterentwicklung des Morbi-RSA eine „Paketlösung“ zu schnüren, wird unterstützt. Es ist richtig, zur Erarbeitung von systemkompatiblen Lösungsvorschlägen entsprechende Gutachten in Auftrag zu geben. Während die im Referentenentwurf für die Auslandsversicherten vorgeschlagene Übergangslösung weitgehend unstrittig ist, vertreten die Mitgliedskassen des vdek hinsichtlich des Vorschlags für das Krankengeld keine einheitliche Auffassung.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Von einem Änderungsvorschlag wird aus vorgenannten Gründen abgesehen.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Eine Unterdeckung aus Gesundheitsfondszuweisungen kann die Krankenkasse zukünftig durch die Erhebung eines in seiner Höhe variablen einkommensabhängigen Zusatzbeitrags decken. Die unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen können zu Wettbewerbsverzerrungen führen, da die Höhe des Zusatzbeitrags auch von der Finanzkraft der Mitglieder der Krankenkasse abhängt.

Mit dem neuen § 270a wird im Hinblick auf die Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt.

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

Der Einkommensausgleich wird durch das Bundesversicherungsamt durchgeführt, das die in den Gesundheitsfonds eingehenden Einnahmen auch aus dem Zusatzbeitragsatz für diese Zwecke verwaltet.

Die Krankenkasse berechnet die Höhe des von ihr benötigten Zusatzbeitrags auf der Grundlage der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Als Einzugsstelle führt die Krankenkasse sämtliche Beitragseinnahmen einschließlich der Einnahmen aus dem von ihr erhobenen Zusatzbeitrag an den Gesundheitsfonds ab. Der Einzug des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags erfolgt im Quellenabzug. Auch die sog. Direktzahler (Deutsche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Optionskommunen, Künstlersozialkasse etc.) führen wie bisher die Beitragseinnahmen unmittelbar an den Gesundheitsfonds ab.

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

## **Stellungnahme vdek**

Grundsätzlich wird die Notwendigkeit eines Einkommensausgleichs gesehen. Nach mehrheitlicher Meinung der Mitgliedskassen des vdek entspricht die vorgeschlagene Regelung den Vorgaben des Koalitionsvertrages und ist geeignet, den vollständigen Einkommensausgleich umzusetzen.

Die Ersatzkassen, die sich der vorgeschlagenen Regelung nicht anschließen, vertreten die Auffassung, dass ein Einkommensausgleich auf einer anderen Basis (Einkommensausgleich in Höhe eines insgesamt GKV-weit kostendeckenden rechnerischen Beitragssatzes, vergleichbar dem früheren Ausgleichsbedarfssatz, aber für die Gesamtheit der GKV-Ausgaben) durchgeführt werden muss.

## **Änderungsvorschlag vdek:**

Aufgrund der divergierenden Positionen erfolgt kein Änderungsvorschlag.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 28 a  
§ 271 (Gesundheitsfonds)

## **Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird ein neuer Absatz 1a eingefügt, der klarstellt, dass die beim Gesundheitsfonds eingehenden Beträge der verschiedenen Mitgliedergruppen nach Absatz 1, soweit sie sich auf Zusatzbeiträge nach § 242 beziehen, in voller Höhe für den Einkommensausgleich nach § 270a zu verwenden sind. Dies bedeutet, dass diese Beträge bei dem Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen nach §§ 266 und 270 außer Betracht bleiben. Das heißt, dass die aus Zusatzbeiträgen erhobenen Beitragsmittel nicht für Zuweisungen nach §§ 266 und 270 verwendet werden dürfen. Zusatzbeitragsmittel fließen dem Gesundheitsfonds zwar zunächst zu, dürfen aber nur dem Verfahren des Einkommensausgleichs unterzogen werden und sind danach entsprechend an die Krankenkassen separat auszuschütten.

## **Stellungnahme vdek**

Die ergänzende Regelung ist sachgerecht.

## **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 28 b  
§ 271 (Gesundheitsfonds)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung zur Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in § 271 Absatz 2 wird im Hinblick auf die Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge (§ 242), die Abschaffung des Sozialausgleichs (§ 242b – alt –) und die Einführung eines vollständigen Einkommensausgleichs zwischen den Krankenkassen (§ 270a – neu –) geändert. Zudem werden redaktionelle bzw. rechtsbereinigende Anpassungen vorgenommen.

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

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

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

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

Kompensationsregel zur Finanzierung der Abschaffung der Praxisgebühr für das Jahr 2014 kann mit Wirkung zum 1. Januar 2015 entfallen.

### **Stellungnahme vdek**

Die vorgenommenen Änderungen sind sachgerecht. Die Erweiterung um den Zweck, ggf. Mittel zum Einkommensausgleich für Zusatzbeiträge vorzuhalten, ist nötig, wenn der hier gesetzlich vorgesehene Einkommensausgleich für Zusatzbeiträge entsprechend dem „Wasem-Vorschlag“ durchgeführt werden soll.

Aber in einem entscheidenden Punkt sind die Änderungen nicht ausreichend: Die Regelungen zur Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sehen keine Obergrenze und einen gleichzeitigen „Abflussmechanismus“ bei Überschreiten der Obergrenze vor, um die überschüssigen Mittel den Krankenkassen zugute kommen zu lassen. Für die gesetzlich genannten Zwecke der Liquiditätsreserve sollte aus Sicht des vdek eine Obergrenze definiert sein. Darüber hinausgehende Fondseinnahmen sind für Zuweisungen an die Krankenkassen im Folgejahr zu verwenden, indem die negative mitgliederbezogene Veränderung nach § 40 RSAV reduziert wird.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Absatz 2 wird um folgenden Satz ergänzt:

*„Berücksichtigt man zusätzlich die Notwendigkeit eines Puffers für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270 SGB V, sollten die Mittel der Liquiditätsreserve 35 Prozent einer Monatsausgabe nicht übersteigen. Die über das festgelegte Zuweisungsvolumen und bis zu dieser Obergrenze der Liquiditätsreserve zuzuführenden Einnahmen hinausgehenden Mittel sind für die Festsetzung der Zuweisungen im Folgejahr einzusetzen, indem die negative mitgliederbezogene Veränderung nach § 40 RSAV reduziert wird.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 272 (Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **Stellungnahme vdek**

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung ist sachgerecht.

## Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

#### **4. Stellungnahme zum Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)**

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 23 Abs. 1 Satz 4 (Fälligkeit)

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Satz 4 der Vorschrift wird gestrichen.

##### **Stellungnahme vdek**

Es handelt sich um eine unkritische Folgeregelung zur Streichung des Sozialausgleichs.

##### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 26 Abs. 4 – neu – (Beitragsausgleichsverfahren bei Mehrfachbeschäftigten, deren Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet)

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Krankenkassen sollen in den Fällen, in denen zu vermuten ist, dass aufgrund einer Mehrfachbeschäftigung die Beitragsbemessungsgrenze überschritten und damit eine Verhältnisberechnung zur Beitragsverteilung auf die Arbeitgeber notwendig wird, den Tatbestand von Amts wegen feststellen. Der notwendige Informationsaustausch mit den betroffenen Arbeitgebern ist auf elektronischem Wege durchzuführen. Das Nähere regeln die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung in einheitlichen Grundsätzen.

##### **Stellungnahme vdek**

Das Beitragsausgleichsverfahren für Mehrfachbeschäftigte mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, das bisher nach § 28h Absatz 2a Nummer 3 SGB IV durchzuführen war, wird in abgespeckter Form im Rahmen der Neuregelung des § 26 Absatz 4 SGB IV fortgeführt. Die Neuregelung wird begrüßt. Allerdings besteht ergänzender Anpassungsbedarf.

Die Verhältnisberechnung bei Mehrfachbeschäftigten oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze ist in § 22 Absatz 2 SGB IV geregelt. Entsprechend muss die Paragraphenangabe ausgestaltet sein.

Die vorgesehene Zwei-Monats-Frist, nach deren Ablauf die Krankenkasse das Prüfverfahren aufnehmen soll, wird als zu kurz erachtet. Dies gilt gerade auch im Zusammenhang mit der Verkürzung der Abgabefrist für Jahresmeldungen auf den 15. Februar eines Kalenderjahres. In diesem Zusammenhang erscheint eine erweiterte Frist, die den Krankenkassen einen längeren Handlungsspielraum zur Aufnahme des Verfahrens nach § 26 Absatz 4 SGB IV einräumt, sachgerecht.

Die Fassung der Vorschrift könnte im Kontext der Vorortung den Schluss zulassen, dass die Krankenkassen auch die Beiträge an die Arbeitgeber zurückmelden. Das gilt es zu vermeiden. Die Beiträge sollen wie bisher im Verfahren nach § 28h Absatz 2a Nummer 3 SGB IV von den Krankenkassen nicht gemeldet werden. Dies war schließlich auch in der Vergangenheit stets Wunsch der Softwarehäuser gewesen.

Ferner sind Vorkehrungen erforderlich, die eine Verzinsung erst zulassen, wenn die erforderlichen Angaben durch die beteiligten Arbeitgeber vollständig vorliegen.

#### **Änderungsvorschlag vdek**

§ 26 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) *In den Fällen, in denen eine Mehrfachbeschäftigung vorliegt und nicht auszuschließen ist, dass die Voraussetzungen des § 22 Absatz 2 SGB IV vorliegen, hat die Einzugsstelle **drei** Monate nach Eingang der Meldung über das Ende einer der Beschäftigungen oder der Jahresmeldungen von Amts wegen festzustellen, ob eine **Korrektur der Beitragsberechnung** durch die beteiligten Arbeitgeber notwendig wird. Die Einzugsstelle kann weitere Angaben zur Ermittlung der zugrunde zu legenden Entgelte seitens der Meldepflichtigen anfordern. Eine Anforderung hat in elektronischer Form durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erfolgen. Dies gilt auch für die Rückübermittlung des Ermittlungsergebnisses an die Meldepflichtigen. **Solange der Einzugsstelle die erforderlichen Meldungen nicht vollständig vorliegen oder notwendige Angaben fehlen, sind die Voraussetzungen für die Annahme eines vollständigen Erstattungsantrags (§ 27 Absatz 1 Satz 1) nicht erfüllt. Das Nähere zum Verfahren und den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen nach den Sätzen 1 bis 4 regeln gemeinsame Grundsätze; § 28b Absatz 1 gilt entsprechend.***“

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 28a Abs. 1 Nr. 10 und Abs. 4 (Abgabe der Monatsmeldung und deren Inhalt)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 28a Absatz 1 Nummer 10 und Absatz 4 werden die Bestimmungen zur Abgabe und zum Inhalt der GKV-Monatsmeldung gestrichen.

### **Stellungnahme vdek**

Es handelt sich um eine unkritische Folgeregelung zur Streichung des Sozialausgleichs. Der Wegfall der Regelung wird begrüßt.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3a neu

§ 28d Abs. 1 Satz 5 (Definition des Begriffs Gesamtsozialversicherungsbeitrag)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Keine.

### **Stellungnahme vdek**

Im Kontext der Änderungen zu § 242 Absatz 4 SGB V (vgl. Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe f) sowie § 253 SGB V (vgl. Artikel 1 Nummer 19), mit denen der Zusatzbeitrag/Zusatzbeitragssatz dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag zugeordnet wird und damit das Quellenabzugsverfahren gelten soll, bedarf es einer zusätzlichen Maßnahme der Sicherung des Beitragsaufkommens. Dazu wird vorgeschlagen, auch den Beiträgen für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer den Charakter eines Gesamtsozialversicherungsbeitrags zu verleihen.

Derzeit zählen Beiträge für Arbeitnehmer, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind und sich bei einer Krankenkasse freiwillig versichert haben, einschließlich der damit verbundenen Pflegeversicherungsbeiträge nicht zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Der Arbeitgeber ist daher nicht verpflichtet, diese Beiträge einzubehalten und an die Krankenkassen abzuführen. Seit Jahrzehnten ist es jedoch Praxis, dass ein Großteil der Arbeitgeber über diese gesetzliche Vorgabe hinaus, diese Beiträge dennoch einbehalten und an die Krankenkasse zahlen. Diesem Umstand trägt auch das DEÜV-Verfahren Rechnung, nachdem die Beitragsgruppe 9 für die Krankenversicherung zu melden ist, wenn der Arbeitgeber die Beiträge einbehält.

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds haben die Krankenkassen die eingehenden Beiträge arbeitstäglich an diesen weiterzuleiten. Der Verwaltungsaufwand würde sich erheblich minimieren, wenn die Beiträge für freiwillig versicherte Arbeitnehmer künftig nur noch über den Arbeitgeber an die Krankenkasse gezahlt werden würden. Durch die Absicherung im Krankheitsfall in der PKV, die Auffangversicherungspflicht (§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V; 193 Absatz 3 VVG) oder die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V macht die Differenzierung zwischen KV-Beiträgen von versicherungspflichtig oder von freiwillig versicherten Beschäftigten keinen Sinn mehr. Von daher ist es angebracht, auch die freiwilligen Beiträge zur Krankenversicherung und die damit verbundenen Pflegeversicherungsbeiträge als Gesamtsozialversicherungsbeiträge zu behandeln, sodass jeder Arbeitgeber verpflichtet wäre, diese Beiträge an die Krankenkasse abzuführen. Damit wird auch eine in weiten Teilen gehandhabte Praxis (siehe oben) formal umgesetzt.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Nummer 3a § 28d Absatz 1 SGB IV wird wie folgt geändert:

a.) Satz 1 wird wie folgt gefasst: *„Die Beiträge für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung für einen in diesem Zweig versicherten Beschäftigten sowie die Beiträge aus Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Kraft Gesetzes versicherte Hausgewerbetreibende nach dem Recht der Rentenversicherung oder der Arbeitsförderung werden als Gesamtsozialversicherungsbeitrag gezahlt.“*

b.) Der bisherige Satz 2 wird gestrichen.

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 28f Abs. 3 Satz 5 (Angaben zum Sozialausgleich im Beitragsnachweis)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 28f Absatz 3 werden die Bestimmungen zur gesonderten Darstellung des Sozialausgleichsbetrages im Beitragsnachweis gestrichen.

### **Stellungnahme vdek**

Es handelt sich um eine unkritische Folgeregelung wegen Wegfall des Sozialausgleichs.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 28h Abs. 2a (Meldedialog zur Durchführung des Sozialausgleichs, des Beitragsausgleichsverfahrens bei Mehrfachbeschäftigten in der Gleitzone und bei Mehrfachbeschäftigten oberhalb der BBG)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen zum qualifizierten Meldedialog zur Durchführung des Sozialausgleichs werden gestrichen.

### **Stellungnahme vdek**

Es handelt sich um eine unkritische Folgeregelung zur Streichung des Sozialausgleichs. Die Streichung der aufwändigen und teuren Rückmeldeverfahren wird ausdrücklich begrüßt. Das Beitragsausgleichsverfahren für Mehrfachbeschäftigte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze wird sachgerecht in anderer Form weitergeführt (vgl. die Neuregelung zu § 26 Absatz 4 SGB IV).

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

## **5. Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)**

Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 106 (Beitragszuschüsse für freiwillig oder privat krankenversicherte Rentner)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 106 Absatz 2 und 3 SGB VI werden jeweils die Termini „um 0,9 Beitrags-  
satzpunkten verminderten“ gestrichen. Damit werden die Beitragszuschüsse –  
wie bisher – nach einem Beitragssatz von 7,3 Prozent des Rentenzahlbetrags  
bemessen.

### **Stellungnahme vdek**

Es handelt sich um eine Folgeregelung wegen der Neuausprägung des Zusatz-  
beitragssatzes.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

## **6. Artikel 6 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)**

Artikel 6 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 32 Abs. 4 (Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Soweit der Sozialhilfeträger nach § 32 Absatz 1 oder 2 zur Übernahme der Beiträge eines freiwillig Versicherten oder eines Rentenantragstellers verpflichtet ist, wird diese Verpflichtung auch auf die Übernahme des Zusatzbeitrags ausgedehnt. Es ist der durchschnittliche Zusatzbeitrag zu übernehmen.

### **Stellungnahme vdek**

Es handelt sich um eine Folgeregelung wegen der Neuausprägung des Zusatzbeitragsatzes. Von daher ist die Regelung sachgerecht.

Das Beitragsübernahmeverfahren nach 32 SGB XII gehört allerdings generell auf den Prüfstand. Es hat sich in der Vergangenheit als stumpfes Schwert erwiesen, weil sich die Sozialämter auf den Standpunkt gestellt haben, dass die Beitragsübernahme einen Antrag des Versicherten beim Sozialamt voraussetzt.

Die Entwicklung der Beitragsrückstände vor dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ macht deutlich, dass die Zahlungsmoral sowohl unter den freiwillig Versicherten als auch den Personen, die der Auffangversicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V unterliegen, erheblich zu beklagen ist. Soweit der Zusatzbeitrag nicht im Quellenabzugsverfahren erhoben werden kann, wird auch hier mit deutlichen Beitragsrückständen zu rechnen sein. Um dies zu vermeiden, ist es erforderlich, dass die Übernahmepflicht der Sozialämter verschärft und auch auf rückständige Beiträge ausgedehnt wird. Nur so lassen sich weitere negative Auswirkungen für Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Zusatzbeitragsatz vermeiden. Durch die Vorschrift wird der Krankenkasse ein unmittelbares Recht eingeräumt, bei dem Sozialhilfeträger rückständige Beiträge geltend zu machen. Voraussetzung dafür ist, dass die Krankenkasse nachweist, dass sie das Vollstreckungsverfahren fruchtlos durchgeführt hat. Die Beitragsübernahme soll sich auch auf die rückständigen Beiträge erstrecken.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die eigentliche Beitragsübernahmeregulation nach § 32 Absatz 1 SGB XII seit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung unvollständig erscheint. Denn mit diesem Gesetz wurde eine Sonderform der freiwilligen Versicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V geschaffen. Danach bleiben Personen, die aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung ausscheiden, unter bestimmten Voraussetzungen freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Wegen dieses Sonderstatus der freiwilligen Mitgliedschaft kann es zu Streitigkeiten mit den Sozialämtern kommen, ob von dort die Beiträge für diesen Personenkreis übernommen werden.

## Änderungsvorschlag vdek

In Absatz 1 wird nach den Worten ‚§ 9 Absatz 1 Nummer 1‘ die Worte „sowie § 188 Absatz 4“ und nach den Worten ‚§ 6 Absatz 1 Nummer 1‘ die Worte „sowie § 22 Absatz 3“ eingefügt.

Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt: *„Für die Übernahme der Beiträge ab dem Zeitpunkt des Entstehens der Beitragsschuld nach den Absätzen 1 bis 4 sind die Voraussetzungen des § 19 bereits dann erfüllt, wenn die zuständige Krankenkasse nachweist, dass Vollstreckungshandlungen im Rahmen des § 66 des Zehnten Buches erfolglos waren. Beitragsrückstände einschließlich darauf entfallender Säumniszuschläge und Gebühren sollen übernommen werden, wenn ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Absatz 3a des Fünften Buches eingetreten ist oder einzutreten droht.“*

## **7. Artikel 7 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)**

Artikel 7 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Nr. 1

§ 16 Abs. 1 (Beiträge zur Krankenversicherung )

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 16 Absatz 1 wird der Terminus „um 0,9 Beitragssatzpunkten verminderten“ gestrichen. Ferner werden die Verweisungsregelungen zur Erhebung des Zusatzbeitragssatzes geändert.

### **Stellungnahme vdek**

Es handelt sich um eine Folgeregelung wegen der Neuausprägung des Zusatzbeitragssatzes.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 7 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Nr. 2

§ 34 Abs. 1 Satz 2 (Bundeszuschuss)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 34 Absatz 2 werden die Bestimmungen zur Ermittlung des Bundeszuschusses zur Durchführung des KSVG im Zusammenhang mit dem Sozialausgleich gestrichen.

### **Stellungnahme vdek**

Es handelt sich um eine unkritische Folgeregelung zur Streichung des Sozialausgleichs.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

**8. Artikel 10 (Änderung der Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung)**

**Beabsichtigte Neuregelung**

§ 11b DEÜV wird aufgehoben.

**Stellungnahme vdek**

Die Vorschrift regelte bislang ergänzend zu § 28a Absatz 1 Nummer 10 und Absatz 4 SGB IV die Übermittlung der GKV-Monatsmeldung. Die genannten Vorschriften werden gestrichen. Somit ist es folgerichtig, wenn auch die ergänzende Bestimmung in der DEÜV gestrichen wird.

**Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

## **9. Artikel 11 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 4 Satz 1 wird die Tilgungsreihenfolge bei Beitragsschulden unter Berücksichtigung des Zusatzbeitrages nach dem Zusatzbeitragssatz geregelt.

### **Stellungnahme vdek**

Es handelt sich um eine Folgeregelung wegen der Neuausprägung des Zusatzbeitragssatzes. Dem Zusatzbeitrag wird nach dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag die nächste Stelle in der Tilgungsreihenfolge bei Beitragsrückständen zugewiesen. Der Regelung wird zugestimmt.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

## **10. Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung)**

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung)

Nr. 1

§ 29 (Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Klarstellung einer Differenzierung bei Ausgaben für Krankengeld auch nach Erwerbsminderungsstatus erfolgt die Beseitigung eines redaktionellen Versehens.

### **Stellungnahme vdek**

Die beabsichtigte Neuregelung ist richtig.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung)

Nr. 2

§ 31 Absatz 5 (Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **Stellungnahme vdek**

Die beabsichtigte Neuregelung ist folgerichtig.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung)

Nr. 3

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

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Im neuen § 33 werden nähere Vorgaben zu den vom BVA gemäß § 269 Absatz 3 SGB V in Auftrag zu gebenden Gutachten gemacht. Dabei handelt es sich in Absatz 1 um die Anforderungen an die Gutachter.

In Absatz 2 werden die Zielsetzungen der Gutachten jeweils näher bestimmt.

Absatz 3 bestimmt, dass bezüglich des Krankengelds zunächst die Frage zu klären ist, welche der weiteren, auch vom Wissenschaftlichen Beirat angesprochenen Bestimmungsfaktoren die Ausgaben einer Krankenkasse maßgeblich beeinflussen und bei der Standardisierung berücksichtigt werden sollten sowie anhand welcher Datengrundlagen diese Faktoren abgebildet und erhoben werden können.

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

In Absatz 5 wird vorgegeben, dass diese ersten Gutachten jeweils bis zum 31. Dezember 2015 abgeschlossen sein sollen.

### **Stellungnahme vdek**

Der Ansatz, über die Vergabe von Gutachten systemkonforme und zielgenauere Verfahren für die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte zu erhalten, wird unterstützt.

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung)  
Nr. 4  
§§ 33a bis 34 (Wegfall Konvergenzregelung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **Stellungnahme vdek**

Da die Konvergenzregelung ausgelaufen ist, ist der Wegfall der Regelungen hierzu folgerichtig.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung)  
Nr. 5  
§ 40 Absatz 1 (Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der geltende § 40 Absatz 1 gibt dem BVA vor, wie der Unterschiedsbetrag zwischen dem Einnahmenvolumen, das der Gesundheitsfonds den Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben (§§ 266, 270 SGB V) zuweist, und den voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen für ein Ausgleichsjahr zu ermitteln ist. Dieser Unterschiedsbetrag wird über eine mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen auf alle Krankenkassen verteilt. Durch die Absenkung des Beitragssatzes nach § 241 SGB V – neu auf 14,6 Prozent ergibt sich als Unterschiedsbetrag ab 2015 eine globale Unterfinanzierung der Krankenkassen durch den Gesundheitsfonds in der Größenordnung von 11 Milliarden Euro. Diese werden den Krankenkassen nach dieser Vorschrift als mitgliederbezogene Pro–Kopf–Pauschale zugerechnet.

Die Einfügung in Absatz 1 soll klarstellen, dass bei der Ermittlung des maßgeblichen Einnahmenvolumens die Beträge aus den Zusatzbeiträgen nach § 242 SGB V in Abzug zu bringen sind, da sie ausschließlich für den Einkommensausgleich zu verwenden sind.

Weiterhin handelt es sich bei der Änderung in Nummer 3 um eine Folgeregelung zur Änderung der §§ 224 und 242 SGB V. Absatz 1 Nummer 3 der Vorschrift regelt die Umlage der Unterschiedsbeträge zwischen den voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds und den voraussichtlichen

Ausgaben der Krankenkassen. Danach sind bei der Umlage nur die Mitglieder zu berücksichtigen, von denen auch Zusatzbeiträge erhoben werden können.

### **Stellungnahme vdek**

Die Änderungen sind konsequent, wenn die rechnerische Vorgehensweise zur Durchführung des Einnahmeausgleichs wie im Entwurf zu § 270a SGB V vorgesehen, realisiert wird. Das ist die Position, die von der Mehrheit der Ersatzkassen vertreten wird.

Diejenigen Mitgliedskassen, die die Berechnungsgrundlagen für den Einkommensausgleich in anderer Weise modifiziert sehen wollen, fordern eine dementsprechende Anpassung des § 40 RSAV (Veränderungsbetrag proportional zu den beitragspflichtigen Einnahmen).

### **Änderungsvorschlag vdek**

Aufgrund der divergierenden Positionen erfolgt kein Änderungsvorschlag.

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 6

§ 41 (Jahresausgleich)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

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

Mit der Neuregelung zu Auslandsversicherten wird die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt. Dieses Modell soll umgesetzt werden, bis ein Modell vorliegt, mit dem die Zuweisungen für Auslandsversicherte auf der Grundlage empirischer Untersuchungen insgesamt zielgerichteter verteilt werden können als bislang. Der Überschreibungsbetrag wird anschließend mitgliederbezogen auf alle Krankenkassen verteilt.

Weiterhin wird ein erweitertes Verfahren zur Bestimmung der Zuweisungen für Krankengeld geregelt: Bis ein Modell vorliegt, mit dem die Zuweisungen für Krankengeld auf der Grundlage empirischer Untersuchungen zielgerichteter standardisiert werden können, werden durch die Einführung einer Sonderregelung mit dieser Norm die bestehenden Über- und Unterdeckungen im Bereich Krankengeld halbiert. Dies geschieht dadurch, dass die Hälfte der Zuweisungen über das bisher geltende Standardisierungsverfahren verteilt wird und die andere Hälfte über einen Ist-Kosten-Ausgleich. Da auch ein teilweiser Ist-Kosten-

Ausgleich der grundsätzlichen RSA-Systematik mit ihrer Orientierung an den jeweiligen Durchschnittskosten widerspricht und tendenziell mit negativen Wirtschaftlichkeitsanreizen für die Krankenkassen verbunden ist, soll dieses Verfahren mittelfristig durch ein weiterentwickeltes Modell zur Standardisierung der Krankengeldausgaben abgelöst werden.

Der ergänzende Ist-Kosten-Ausgleich (auf GKV-Ebene) soll für Auslandsversicherte und für Krankengeld ausschließlich im Jahresausgleich umgesetzt werden. Im Monatsverfahren erfolgen die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte nach dem bisher geltenden Verfahren.

Weiterhin werden Änderungen des § 40 als Folgeänderung zur Regelung des Einkommensausgleichs auch für den Jahresausgleich (analog § 40 RSAV) nachvollzogen.

Zusätzlich ergibt sich eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 272 SGB V und der §§ 33a bis 34.

### **Stellungnahme vdek**

Im Sinne einer Übergangsregelung bis zur Festlegung einer systemkonformeren Lösung für zielgenauere Zuweisungen bei den Auslandsversicherten wird der Vorschlag als weitgehend unstrittig angesehen. Beim Krankengeld vertreten die Ersatzkassen keine einheitliche Auffassung.

Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 43 (Durchführung des Einkommensausgleichs)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das BVA erhält nach § 270a Absatz 4 SGB V die Aufgabe, den Einkommensausgleich durchzuführen und den Krankenkassen die entsprechenden Mittel zuzuweisen. Jede Krankenkasse erhält durch diesen Ausgleich die Einnahmen aus dem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, die sie erzielen würde, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder dem Durchschnitt in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprächen. Das Nähere zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben wird in § 43 - neu - geregelt. Insbesondere spezifiziert die Vorschrift die Verfahrensweise für das monatliche Verfahren, für quartalsweise Zwischenkorrekturen und für den abschließenden Jahresausgleich.

### **Stellungnahme vdek**

1. Die Vorgaben für das monatliche Verfahren und für die quartalsweisen Zwischenkorrekturen sind sachgerecht, weil sie eine größtmögliche Aktualität des Abschlagsverfahrens unter der gegebenen Datenlage sicherstellen. Allerdings

soll sich lt. BMG sowohl der Jahresausgleich als auch die quartalsweisen Zwischenausgleiche auf die einmal festgestellten vorläufigen beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der GKV beziehen, also nicht auf die endgültig in den Rechnungsergebnissen festgestellten tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

Aus Sicht der Mehrheit der Ersatzkassen ist diese Vorgabe zu den quartalsbezogenen Zwischenausgleichen und zum Jahresausgleich nicht sachgerecht. Es spricht vielmehr einiges für die Verwendung der zu diesem Zeitpunkt bekannten tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus den vorläufigen Rechnungsergebnissen KV 45 bzw. den endgültigen Rechnungsergebnissen KJ1 der GKV und des Gesundheitsfonds. Andere Ersatzkassen unterstützen jedoch die gegenteilige Auffassung des BMG, da zum einen die Beibehaltung des ursprünglichen Planwerts die Planungssicherheit erhöhe und zum anderen eine Analogie zur bisherigen Fondssystematik hergestellt werde, nach der die Zuweisungen gemäß den §§ 266 und 271 SGB V ebenfalls verbindlich auf Basis der durch den GKV-Schätzerkreis im Voraus geschätzten Einnahmen- und Ausgabenentwicklung verbindlich festgelegt werden.

2. In der Startphase Anfang 2015 kommt es zu einem zweimonatigen „Liquiditätsloch“, da im Januar und Februar aufgrund des Vorvormonatsprinzips des Abschlagsverfahrens keine Zuweisungen aus dem Einkommensausgleich ausgeschüttet werden dürften. Die gleiche Problematik existiert auch nach der Startphase im laufenden Verfahren, wenn eine Krankenkasse den Zusatzbeitragssatz in seiner Höhe verändert. Diese Änderungen liegen meistens jedoch im Bereich von einigen Zehnteln Beitragssatzpunkten und die Krankenkasse kann den Zeitpunkt der Veränderung steuern. Gerade Anfang 2015 ist aber der „Sprung“ des Zusatzbeitragssatzes besonders groß (im Dezember 2014 ist dieser noch 0 Prozent).

Auch kann keine Krankenkasse in der Startphase dem „Liquiditätsloch“ durch Vorziehen des Zusatzbeitrags entgehen. Deshalb ist ergänzend ein Übergangsverfahren vorzusehen, durch das die Krankenkassen auch in den Monaten Januar und Februar 2015 Abschlagszahlungen für erhobene Zusatzbeiträge erhalten. Alternativ könnte die benötigte Information über den aktuellen Zusatzbeitragssatz auch über die laufend zu aktualisierende Beitragssatzdatei der ITSG und nicht aus der amtlichen Statistik KM1 bezogen werden.

3. In Bezug auf die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ist eine Präzisierung dahin gehend erforderlich, dass zusatzbeitragsbefreite Mitglieder nicht zu berücksichtigen sind.

## **Änderungsvorschlag vdek**

Zu 2.: Für das monatliche Abschlagsverfahren wird vorgeschlagen, dass die benötigte Information über den aktuellen Zusatzbeitragssatz über die laufend zu aktualisierende Beitragssatzdatei der ITSG, nicht aus der amtlichen Statistik KM1 bezogen wird.

Zu 3.: An den entsprechenden Stellen ist die Formulierung „Mitglieder“ zu präzisieren und zu formulieren: „Mitglieder ohne zusatzbeitragssatzbefreite Mitglieder“.

## 11. Artikel 13 (Änderung des Medizinproduktegesetzes)

Artikel 13 (Änderung des Medizinproduktegesetzes)

§ 42 (Bußgeldvorschriften)

### Beabsichtigte Neuregelung

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

### Stellungnahme vdek

Die Regelung ist aus Gründen des Patientenschutzes zu begrüßen.

Wie bereits im Zusammenhang der Diskussion um das Patientenrechtegesetz, aber auch zu späteren Zeitpunkten, vorgebracht worden ist, fehlen nach wie vor Sanktionsregelungen für den Fall, dass Medizinprodukthersteller oder Anwender ihrer Meldepflicht nach § 3 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung nicht nachkommen. Auch hier sollte die zuständige Bundesoberbehörde das Recht haben, Sanktionen in Form von Bußgeldern zu verhängen. Gleichzeitig ist zu regeln, dass diese Meldungen nicht in Zivil- und Strafverfahren gegen die Meldenden verwendet werden können.

### Änderungsvorschlag vdek

- a.) Medizinproduktegesetz: nach § 24 MPG wird folgender Abschnitt 6 eingefügt:

§ 25 Ordnungswidrigkeiten

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

- b.) Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung: Ergänzend wird nach § 3 Absatz 3 MPSV folgender Absatz 4 eingefügt:

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

Die Nummern der folgenden Absätze ändern sich entsprechend.

## **12. Artikel 14 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vorschriften zu den Aufgaben des Schätzerkreises, zum Zusatzbeitragsatz, zu den Übergangsregelungen zum Zuweisungsverfahren für Krankengeld und Auslandsversicherte im Rahmen des RSA-Jahresschlussausgleichs sowie zum geplanten RSA-Gutachten treten zum 1. August 2014 in Kraft.

### **Stellungnahme vdek**

Der vdek hält diese Vorschrift grundsätzlich für sachgerecht. Allerdings sollte klarer ausformuliert werden, ab welchem Ausgleichsjahr die Übergangsregelungen zum Zuweisungsverfahren für Krankengeld und Auslandsversicherte zum Tragen kommen, konkret, ob sie bereits für den Jahresausgleich 2013 zu beachten sind. Es wird deshalb eine Klarstellung in der Begründung vorgeschlagen, ob die Neuregelungen bereits für das Ausgleichsjahr 2013 im Rahmen des Jahresausgleichs 2013 zur Anwendung kommen.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin  
Tel.: 030/2 69 31 - 0  
Fax: 030/2 69 31 - 2900  
info@vdek.com