

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 19. Februar 2014

zum

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

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|-------------------------------|------------|
| I. Vorbemerkung | (Seite 2) |
| II. Detailkommentierung | (Seite 5) |
| III. Weiterer Änderungsbedarf | (Seite 72) |
-

I. Vorbemerkung

Im vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) werden einige der im Koalitionsvertrag vereinbarten Reformvorhaben aufgenommen: Hierunter fällt insbesondere die Errichtung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, die teilweise Rückgabe der Beitragssatzautonomie an die Krankenkassen durch Einführung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages sowie die Weiterentwicklung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA) bezüglich der Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass der Gesetzgeber diese drängenden Themen zeitnah angeht, um den Krankenkassen, speziell mit den Finanzreformen, bereits frühzeitig Planungssicherheit zu geben. Positiv ist insbesondere die Einführung eines prozentual zu erhebenden Zusatzbeitrages, denn er stärkt die Beitragsautonomie der Krankenkassen.

Kritisch ist jedoch, dass die im Koalitionsvertrag vorgegebene zeitgleiche Umsetzung der Themenfelder Annualisierung der Kosten Verstorbener, Krankengeld und Auslandsversicherte nicht eingehalten wird. So findet sich im Referentenentwurf keine Regelung zum Thema Annualisierung samt möglicher Auswirkungen eines BSG-Urteils. Für die zeitgleiche Umsetzung gemäß Koalitionsvertrag sind jedoch entsprechende Regelungen – insbesondere auch bezüglich der Annualisierung der Kosten Verstorbener - elementar. Sollte dieser Themenkomplex nicht im GKV-FQWG geregelt werden, ist – bei entsprechendem Gerichtsentscheid – mit einer rückwirkenden Umsetzung zu rechnen. Dies würde weitere Wettbewerbsverzerrung mit gravierenden Folgen nach sich ziehen. In diesem Fall sollte eine rückwirkende Annualisierung aus der Liquiditätsreserve finanziert werden. Damit würde quasi die im Koalitionsvertrag vorgesehene Zeitgleichheit bei der Umsetzung der drei Themen im Morbi-RSA sichergestellt und verhindert, dass einzelne Kassenarten über Gebühr belastet werden.

Bei der Bewertung des Referentenentwurfes des GKV-FQWG ist vor allem positiv festzustellen, dass hinsichtlich der Weiterentwicklung des Morbi-RSA neben dem Thema Auslandsversicherte auch für das Krankengeld die Einführung einer Übergangslösung vorgesehen ist, bis wissenschaftlich fundierte Studien eine zielgenauere Lösung gefunden haben.

Leider bleibt jedoch im aktuell vorgesehenen Übergangsmodell beim Krankengeld auf Grund der fehlenden Grundlohnkomponente ein systematischer Methodenfehler bestehen, den es zu beheben gilt.

So sieht die Übergangslösung im Referentenentwurf des GKV-FQWG – das sogenannte 50/50-Modell - vor, dass die Zuweisungen einer Krankenkasse für Krankengeld

- zu 50 Prozent - wie bisher - auf Basis der standardisierten Ausgaben und
- zu 50 Prozent auf Basis der Aufwendungen der Krankenkasse

erfolgen. Damit wird aber bei den 50 Prozent standardisierten Ausgaben nicht berücksichtigt, dass es sich beim Krankengeld nicht um eine einkommensunabhängige Sach-, sondern um eine reine Lohnersatzleistung handelt. Konzentrieren sich bei einer Kasse Mitglieder mit hohem Einkommen, führt dies zugleich zu hohen Krankengeldansprüchen. Umgekehrt gilt bei Krankenkassen mit niedrigem Einkommensniveau der Mitglieder eine niedrige Krankengeldverpflichtung. Die aktuellen standardisierten Zuweisungen ignorieren diese Tatsache und gehen von einheitlichen Einkommensverhältnissen aller Krankengeldbezieher aus. Durch den gleichzeitigen, vollständigen Einkommensausgleich im Morbi-RSA sind aber für höhere Zahlungsverpflichtungen beim Krankengeld zu wenig Finanzmittel vorhanden.

Diese unnötige Pauschalisierung lässt sich allerdings präzise ausgleichen, wie folgend dargestellt.

Alternatives Übergangsmodell zum Thema Krankengeld

Die Betriebskrankenkassen schlagen für die Übergangszeit ein Ausgleichsmodell vor, das die Grundlohnkomponente mit einem anteiligen Ausgabenausgleich kombiniert:

- der Realkostenausgleich wird auf 30 Prozent begrenzt, um den Anreize für Krankengeldmanagement-Aktivitäten zu steigern,
- bei dem 70-prozentigen Anteil wird die Grundlohnkomponente beim Krankengeld berücksichtigt, indem die standardisierten Ausgaben mit einem zusätzlichen Grundlohn-Faktor multipliziert werden. Dazu muss bei den Zuweisungen für das Krankengeld das Verhältnis der kassenindividuellen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder mit Krankengeldanspruch im Verhältnis zu denen auf GKV-Ebene bestimmt werden. Damit wird dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass sich das Krankengeld als Geldleistung nach der Höhe des Einkommens bemisst.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen sind ohne besonderen zusätzlichen administrativen Aufwand für die Krankenkassen zu erreichen, zumal dem BVA – als Verwalter des Gesundheits-

fonds – die notwendigen Daten vorliegen (die Details zur technischen Umsetzung finden sich in den Änderungsvorschlägen).

Sollte die Übergangslösung nicht wie beschrieben geregelt werden, werden bestehende Wettbewerbsverzerrungen weiter verstärkt und Nachteile für einzelne Kassen verstetigt.

Leider wird im Referentenentwurf ebenfalls versäumt, weitere Anpassungsbedarfe im Morbi-RSA zu berücksichtigen. Dabei handelt es sich beispielsweise um die Wiedereinführung eines Risikopools, den sachgerechten Ausgleich der Verwaltungskosten sowie die Veranlassung von Forschungsarbeiten bzw. die Gutachtenvergabe zur Entwicklung eines Regionalfaktors. Dies sollte jedoch zur Erreichung des Ziels, den Morbi-RSA zielgerichteter auszugestalten, dringend berücksichtigt werden.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Errichtung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTG). Dabei wird die Erwartung geteilt, durch die Gründung des IQTG mehr Kontinuität bei der Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen, vor allem der sektorenübergreifenden und sektorenbezogenen Qualitätsindikatoren, zu erreichen. Hierzu sind drei wesentliche Voraussetzungen entscheidend: Erstens die grundsätzliche Unabhängigkeit des IQTG bei gleichzeitiger Institutionalisierung im Rahmen der Selbstverwaltung, zweitens die Freiheit des Instituts, nicht nur im Rahmen der direkten Einzelbeauftragung durch den G-BA auch eigenständig an der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung arbeiten zu können und drittens, die Verfügbarkeit der hierzu erforderlichen Daten.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1

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

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die gewählte Form der Institutionalisierung als Stiftung des privaten Rechts im Rahmen der Selbstverwaltung ist zu begrüßen. Das Konstrukt von Trägerschaft durch die Krankenkassen- und Leistungserbringerverbände einerseits und fachlicher Unabhängigkeit andererseits hat sich bewährt.

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

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

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die zu entwickelnden Indikatoren ermöglichen einen Vergleich der Qualität der Leistungserbringung, unterschieden nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wohingegen die Instrumente die Grundlage der Messung liefern, die ihrerseits zur Darstellbarkeit von Qualität beitragen.

2. *„die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,“*

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die Qualitätsdokumentation wird auf das zwingende Maß reduziert.

3. *„sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,“*

a) Gewünschte Änderung

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

b) Begründung

Das Institut wird ermächtigt, sich an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Den erforderlichen Datenaustausch für diese Fälle stellt schließlich der folgende Halbsatz sicher.

4. *„die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,“*

a) Gewünschte Änderung

„die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen und die diesen zugrunde liegenden Indikatoren in geeigneter Form laienverständlich und barrierefrei zu veröffentlichen,“

b) Begründung

/

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

a) Gewünschte Änderung

„auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und die-se laienverständlich und barrierefrei im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden, die Ergebnisdaten werden in maschinenverwertbarer Form zur Verfügung gestellt.“

b) Begründung

Den Krankenkassen wird durch den Einschub des Satzes ermöglicht, geeignete Einrichtungen für die Versorgung der Versicherten auszuwählen und die Versicherten über Versorgungsangebote zu beraten. Unsererseits wird kritisch gesehen, dass die Hoheit der Auswertung und der Daten ausschließlich bei dem Institut angesiedelt wird.

Problematisch erscheint die einseitige Kompetenz des Institutes zur Veröffentlichung. Es sollte sichergestellt werden, dass die Krankenkassen auch ein Nutzungsrecht der vergleichenden Übersichten erhalten, Empfänger der Ergebnisdaten sind und diese für den Nutzer sinnvoll in die bestehenden Auskunftssysteme zu den Qualitätsberichten integrieren dürfen. Die Implementierung der Übersichten würde zu einer deutlichen Verbesserung der qualitätsorientierten Auswahlhilfe führen, gleichzeitig den langjährigen Erfahrungsvorsprung der Veröffentlichungsstellen nutzen und durch die maschinenverwertbare Form auch wirtschaftlich umsetzbar sein. Durch die Aufgabenübertragung in Nummer 5-7 an das Institut entstehen nach der Referentenentwurfsbegründung zusätzliche Kosten im unteren einstelligen Millionenbereich (A. VI. 3. 3. S.27). Ökonomische Aspekte sprechen für eine teilweise Auftragsübertragung an die Krankenkassen und führen zu einer finanziellen Entlastung.

Notwendig ist die Zurverfügungstellung der Daten und Listen in maschinenverwertbarer Form, damit diese ohne Mehraufwand und unverändert in die Portale der Krankenkassen integriert werden können.

6. *„für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten, die von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a unter Beachtung datenschutzrechtlicher Anforderungen übermittelt werden, darzustellen; sowie“*

a) Gewünschte Änderung

„... die von den Krankenkassen oder von ihnen beauftragten Stellen nach dem Verfahren gem. § 299 Absatz 1a unter Beachtung datenschutzrechtlicher Anforderungen übermittelt werden, darzustellen; sowie“

b) Begründung

Es erfolgte eine redaktionelle Änderung. Der Verweis auf § 299 könnte irrtümlich auf die Krankenkassen selbst bezogen sein. § 299 SGB V meint jedoch das Verfahren der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung.

7. *„Kriterien zur Bewertung von in der ambulanten und stationären Versorgung verbreiteten Zertifikaten und Qualitätssiegeln zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über deren Aussagekraft in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.“*

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

a) Gewünschte Änderung

„Kriterien zur Bewertung von in der ambulanten und stationären Versorgung verbreiteten Zertifikaten und Qualitätssiegeln zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über deren Aussagekraft zu informieren. Anhand dieser Ergebnisse ist eine laienverständliche und barrierefreie Vergleichsliste zu veröffentlichen; die Ergebnisdaten der Auswertungen werden in maschinenverwertbarer Form zur Verfügung gestellt.“

b) Begründung

Auch hier sollte die Hoheit der Veröffentlichungsrechte nicht ausschließlich bei dem Institut liegen. Die Ergebnisse über die Aussagekraft der am Markt existierenden Zertifikate müssen auf den Portalen der Krankenkassen für Patienten nutzbar sein.

Die Bewertungskriterien und Informationen über die Zertifikate können nur dann eine Hilfestellung für den Patienten sein, wenn eine Plattform zur Information in einer aufbereiteten Darstellung vorliegt, ähnlich der Vergleichsliste zu Krankenhäusern. Des Weiteren könnten diese dokumentierten Ergebnisse über Gehalt und Aussagekraft der Siegel und Zertifikate in die Qualitätsberichte einfließen und auf den Porta-

len der Krankenkassen veröffentlicht werden. Zusätzlich könnte das Institut zentral diese Ergebnisse veröffentlichen. Gleichwohl darf dieses Institut nicht die originären Serviceinstrumente der Selbstverwaltung aushebeln. Die Daten müssen daher in maschinenverwertbarer Form den Krankenkassen bei einer zentralen Stelle zugänglich gemacht werden.

Zu den zusätzlich entstehenden Kosten und der Möglichkeit der teilweisen Aufgabenübertragung an die Krankenkassen s.o.

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

a) Gewünschte Änderung

„...Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Institut unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu den Aufgaben nach Absatz 3 für den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen. Das Institut kann einen Antrag des Bundesministeriums für Gesundheit als unbegründet ablehnen, es sei denn, das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags.“

b) Begründung

Die dem Institut übertragenen Aufgaben sind Ausfluss einer vorherigen wissenschaftlichen Recherche, Daten- und Gutachtenauswertungen und Ergebnisdarstellungen. Die Aufgaben in Abs. 3 Nr. 5-7 liefern die Ergebnisse für eine Informationssammlung, die in aufbereiteter Form für die Nutzung durch Patienten zur Verfügung gestellt werden. Um die Akzeptanz und wissenschaftliche Expertise zu bewahren, ist die fachliche Unabhängigkeit des Institutes Voraussetzung. Vor dem Hintergrund, dass die Arbeit des Institutes Grundlage des Beschlüsse und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist, gilt es, diese Unabhängigkeit zu wahren.

Der neue Satz 3 ist entsprechend notwendig, da das Institut vom BMG formulierte Anträge bearbeiten muss, ohne die Aufträge anhand ihrer wissenschaftlichen Sinnhaftigkeit zunächst bewertet zu haben.

Das Institut arbeitet als wissenschaftlich unabhängiges Institut, daher muss die Möglichkeit gegeben sein, Anträge als unbegründet zurückzuweisen. Die Finanzierung

durch das BMG kommt jedoch in den Fällen in Betracht, wenn der Ablehnungsgrund gerade nicht in der wissenschaftlichen Argumentation besteht, sondern mit der Begründung der derzeitigen Ausschöpfung personeller Ressourcen. Das Institut könnte dann den Inhalten nach Abs. 3 nachkommen und unter Beauftragung eines Dritten die Bewertungen etc. vornehmen.

Satz 4 sollte aus hiesiger Sicht gestrichen werden. Er steht zu der Prämisse der fachlichen Unabhängigkeit im Widerspruch.

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Zweck der Regelung ist die Institutionalisierung einer unabhängigen Stelle, die nach wissenschaftlich anerkannten Kriterien Forschungs- und Entwicklungsaufträge annimmt. Um die Unabhängigkeit dieses Institutes zu wahren, ist die Einbeziehung von externem Sachverstand im Bedarfsfall notwendig und geboten.

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

a) Gewünschte Änderung

„... der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zu beteiligen und in die spätere Entscheidung mit einzubeziehen.“

b) Begründung

Absatz 6 regelt die Beteiligungsrechte an der Entwicklung der Inhalte, mit denen sich das Institut befassen soll. Die Regelung ist obligatorisch und Ausfluss der Beteiligungsrechte beim Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der Richtlinienarbeit.

Es sollte eine Einbeziehung der Stellungnahmen in die Entscheidung, ob neue Inhalte hinzugefügt werden sollen, erfolgen, um eine nahtlose Beteiligung sicherzustellen. Die Beteiligung im Verfahren selbst ist die Voraussetzung für eine spätere Inbezugnahme.

„(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut nach Absatz 1 oder eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle beauftragen, auf Antrag die im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten auszuwerten und die Auswertungsergebnisse für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in anonymisierter Form zu übermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt hierfür in der Verfahrensordnung unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften und des Gebots der Datensicherheit ein transparentes Verfahren sowie Bestimmungen zur Erstattung der aufgrund des Antrags entstandenen Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse. § 91 Absatz 5a gilt entsprechend. Das Verfahren nach Satz 2 beinhaltet insbesondere die Prüfung des berechtigten Interesses des Antragstellers an den Auswertungsergebnissen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit das für die Wahrnehmung der Aufgabe nach Satz 1 notwendige Datenschutzkonzept regelmäßig durch unabhängige Gutachter prüfen und bewerten zu lassen; das Ergebnis der Prüfung ist zu veröffentlichen.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die Regelung ist zu begrüßen und dient der Erforschung des Potentials der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung bestehender Qualitätssicherungsinstrumente. Im Hinblick auf die derzeitige Entwicklung im Follow-Up-Verfahren und eine fehlende Dokumentation und Datenauswertung im ambulanten Bereich ist diese Regelung zu begrüßen.

Gleichwohl birgt sie die Gefahr, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zur Überprüfung der Anträge und Entwicklung des Datenschutzkonzeptes erhebliche personelle Ressourcen benötigt. Es ist entsprechend darauf zu achten, dass die Kosten des Antragsverfahrens und der entsprechenden Vorschüsse adäquat geregelt wird.

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die im Gesetzesentwurf dargelegte Regelung zur Finanzierung erfolgt in Anlehnung an die Finanzierungsregelungen des IQWiG. Einer Zuschlagsfinanzierung kann zugestimmt werden.

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Die Regelung ist obligatorisch. Sie soll dazu dienen, bei künftigen Einstellungen zu prüfen, ob Interessenkonflikte einer Einstellung entgegenstehen.

Nr. 2

§ 175 (Ausübung des Wahlrechts)

§ 175 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

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

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

b) Absatz 4a wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Es darf darauf hingewiesen werden, dass ein Sonderkündigungsrecht für fast die gesamte gesetzliche Krankenversicherung zum 1. Januar 2015 zur Folge hat, wenn unterstellt wird, dass die meisten Kassen gleich zum 1. Januar 2015 einen Zusatzbeitrag erheben müssen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 3
§ 194 (Satzung der Krankenkassen)

§ 194 Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242,“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 4

§ 201 (Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug)

§ 201 Absatz 4 Nummer 1a wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Folge aus dem Wegfall des Sozialausgleichs für die Meldungen der Rentenversicherung.

Nr. 5

§ 220 (Grundsatz)

§ 220 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Es wird darauf hingewiesen, dass die eigentlichen beitragspflichtigen Einnahmen systembedingt ohne weitere Datenerhebungen nicht vorliegen werden. Die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen wird über eine Umrechnung aus den Beitragseinnahmen und dem Beitragssatz (14,6 % bzw. 14,0 %) erfolgen müssen. Dies kann aber mit den beabsichtigten Regelungen nicht umgesetzt werden, da die Beiträge (allg. Beitragssatz und ermäßigter Beitragssatz) und die Zusatzbeiträge nicht differenziert gemeldet werden. Hier müssten noch zusätzliche Regelungen geschaffen werden (Anpassung der Monatsabrechnungen, Verfahren bei der RV, BA usw.).

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 6

§ 221 b (Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich)

§ 221b wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 7

§ 224 (Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld oder Elterngeld)

Dem § 224 Absatz 1 wird folgender Satz 3 angefügt:

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Folgeanpassung für die Beitragsbefreiung.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 8
§ 241 (Allgemeiner Beitragssatz)

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Redaktionelle Anpassung des Beitragssatzes auf 14,6 % statt 15,5 %.

Nr. 9

§ 242 (Kassenindividueller Zusatzbeitrag)

§ 242 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „*Kassenindividueller*“ gestrichen.
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „*einkommensunabhängiger*“ durch das Wort „*einkommensabhängiger*“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 wird das Wort „*Zusatzbeitrags*“ durch das Wort „*Zusatzbeitragsatzes*“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

§ 242 Abs. 1 Satz 2,3 SGB V müssen gestrichen werden.

b) Begründung

Das Sonderkündigungsrecht (§ 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V) ist so auszugestalten, dass der Zusatzbeitrag trotz der Kündigung auch bis zur Beendigung der Mitgliedschaft zu zahlen ist, d.h., dass mit der Kündigung keine Freistellung von der weiteren Beitragszahlung bis zum Ablauf der Restmitgliedschaft einhergeht.

Jede erstmalige Erhebung oder Erhöhung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags im Sinne des GKV-FQWG (d.h. ab 1. Januar 2015) führt zu einem Sonderkündigungsrecht. Wäre der kassenindividuelle Zusatzbeitrag vom kündigenden Mitglied nicht zu erheben, müsste wegen des Quellenabzugs der Arbeitgeber entsprechend informiert werden. Dieses würde zu Problemen im Meldeverfahren und zu einer hohen Anzahl von Korrekturen und Erstattungen führen, die kassenseitig zu bewältigen wären. Dieser damit für alle Beteiligten gleichermaßen entstehende Verwaltungsaufwand ist zu vermeiden. Mit der Streichung würde die bis zum 31.12.2008 geltende Rechtslage wiederhergestellt.

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

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

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

a) Gewünschte Änderung

Streichung des Absatzes 3

b) Begründung

Keine personengruppenspezifische Begrenzung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages.

Als künftige, feste Rechengröße wird der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz geschaffen, der für bestimmte Mitglieder einer Krankenkasse (u.a. Personenkreise: ALG II-Empfänger und versicherungspflichtige Rentner sowie Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, soweit Hilfebedürftigkeit vorliegt) gilt, wenn diese einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erhebt. Dies trifft nach derzeitiger Lesart auch dann zu, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz den kassenindividuellen überschreitet.

Der Personenkreis der hilfebedürftigen versicherungspflichtigen Rentner bzw. Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Abs. 3 Nr. 1 des Entwurfes) kann derzeit kassenseitig nicht identifiziert werden, da keine Kenntnis vom etwaigen Leistungsbezug nach SGB XII besteht. Die angedachte Sonderregelung würde daher voraussetzen, dass eine zusätzliche, kassenseitige Prüfung zu erfolgen hätte (z. B. ausgehend von den vorhandenen Rentendaten, wobei diese lediglich Indizcharakter hätten). Daran anschließen müsste sich dann in Bezug auf den Personenkreis der hilfebedürftigen Rentner eine (technische) Umsetzung im KVdR-Meldeverfahren, damit die Identifizierung auch beitragsmäßige Relevanz entfaltet.

Eine verwaltungsseitige Entlastung der Leistungsträger bzw. des Bundes, wie sie laut Gesetzesbegründung bezweckt ist, mag damit verbunden sein, jedoch die GKV und

die DRV hätten einen zusätzlichen Aufwand. Zudem hätte dieses, anders als in der Begründung, Teil A.VI.5 (Weitere Kosten) ausgeführt, ggf. auch finanzielle Folgen für die DRV.

f) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

g) Absatz 5 wird aufgehoben.

h) Absatz 6 wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 10

§ 242a (Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz)

§ 242a wird wie folgt gefasst:

„§ 242a – Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

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

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 11
§ 242b (Sozialausgleich)

§ 242b wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 12

§ 243 (Ermäßigter Beitragssatz)

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Folgeanpassung für ermäßigten Beitragssatz.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 13
§ 247 (Beitragssatz aus der Rente)

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Folgeanpassung Beitragssatz aus der Rente.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 14

§ 248 (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen)

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Folgeanpassung Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen.

Nr. 15

§ 249 (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung)

§ 249 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
- b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Beitrag“ die Wörter „zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 1“ eingefügt.
- c) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3 und die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderte“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Folgeanpassung der Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung.

Nr. 16

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

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Folgeanpassung der Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug.

Nr. 17

§ 251 (Tragung der Beiträge durch Dritte)

§ 251 wird wie folgt geändert:

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

„Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 3 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden.“
- e) In Absatz 4a wird der Punkt am Ende durch die Wörter *„, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 1.“* ersetzt.
- f) In Absatz 4b wird der Punkt am Ende durch die Wörter *„, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 3.“* ersetzt.
- g) In Absatz 4c wird der Punkt am Ende durch die Wörter *„, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 3.“* ersetzt.
- h) Absatz 6 wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Folgeanpassung.

Nr. 18

§ 252 (Beitragszahlung)

§ 252 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „*mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach §§ 242, 242a*“ gestrichen.
- b) Absatz 2a wird aufgehoben.
- c) Absatz 2b wird aufgehoben.
- d) In Absatz 3 werden die Wörter „*den Verspätungszuschlag nach § 242 Absatz 6,*“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 19

§ 253 (Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt)

In § 253 werden nach dem Wort „*Beschäftigung*“ die Wörter „*zuzüglich der Zusatzbeiträgen nach § 242,*“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Folgeanpassung.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 20
§ 254 (Beitragszahlung der Studenten)

In § 254 werden nach dem Wort „Beiträge“ die Wörter „, zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242,“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 21

§ 255 (Beitragszahlung aus der Rente)

§ 255 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags“ durch die Wörter „zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Beiträgen“ die Wörter „und Zusatzbeiträgen“ und nach dem Wort „Beiträge“ die Wörter „und Zusatzbeiträge“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Beiträgen“ die Wörter „und Zusatzbeiträgen“ eingefügt.
- c) In Absatz 3 werden in den Sätzen 1, 2 und 4 jeweils nach dem Wort „Beiträge“ die Wörter „und Zusatzbeiträge“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Das Quellenabzugsverfahren bei den Beiträgen der Rentner bedeutet eine Verwaltungserleichterung und ist zu begrüßen.

Nr. 22

§ 256 (Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen)

§ 256 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „*Versorgungsbezügen*“ die Wörter „, zuzüglich der *Zusatzbeiträge nach § 242,*“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 werden die Wörter „,; § 28f Absatz 3 Satz 5 des Vierten Buches gilt *entsprechend*“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „*Beiträge*“ die Wörter „, zuzüglich der *Zusatzbeiträge nach § 242,*“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „*Beiträge*“ die Wörter „, und *Zusatzbeiträge nach § 242,*“ eingefügt.
 - cc) In Satz 4 werden nach dem Wort „*Beiträge*“ die Wörter „, und *Zusatzbeiträgen nach § 242,*“ eingefügt.
- c) In Absatz 3 wird in den Sätzen 1 und 2 jeweils das Wort „*Beitragszahlung*“ durch die Wörter „*Zahlung der Beiträge und Zusatzbeiträge*“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Das Quellenabzugsverfahren bei den Beiträgen aus Versorgungsbezügen bedeutet eine Verwaltungserleichterung und ist zu begrüßen.

Nr. 23

§ 257 (Beitragszuschüsse für Beschäftigte)

§ 257 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
- b) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 24
§ 261 (Rücklage)

In § 261 Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Zusatzbeitrags“ durch das Wort „Zusatzbeitragssatzes“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 25

§ 266 (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich))

In § 266 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „; die Zuweisungen werden jeweils entsprechend § 272 angepasst“ gestrichen.

a) Gewünschte Änderung

In §266 Absatz 6 wird ein neuer Satz 5 eingefügt.

„Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht auf der eigenen Internetpräsenz bis zum 31.12. des dem Ausgleichsjahr folgenden Jahres die Ergebnisse nach Absatz 5 Satz 1 und 2 und §270 Absatz 1 auf Ebene der Kassenarten und stellt diesen die entsprechenden Aufwendungen auf Basis der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse für das Ausgleichsjahr gegenüber.“

b) Begründung

Diese Änderung trägt maßgeblich zur Transparenz und damit der Akzeptanz des Verfahrens bei.

Nr. 26

§ 269 (Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte)

Nach § 268 wird folgender §269 eingefügt:

§ 269 – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

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

a) Gewünschte Änderung

„Für die in § 267 Absatz 2 Satz 2 genannten Versichertengruppen ist das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes durch ein Verfahren zu ersetzen, das die kassenindividuelle Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder und die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld im Verhältnis 70:30 berücksichtigt.“

b) Begründung

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist durch den Gesetzgeber sicher zu stellen, dass tatsächlich ein Übergangsmodell zur Anwendung kommt, das die Unterschiede bei den beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen in sachgerechter Weise berücksichtigt. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist deshalb eine Muss-Regelung einzuführen.

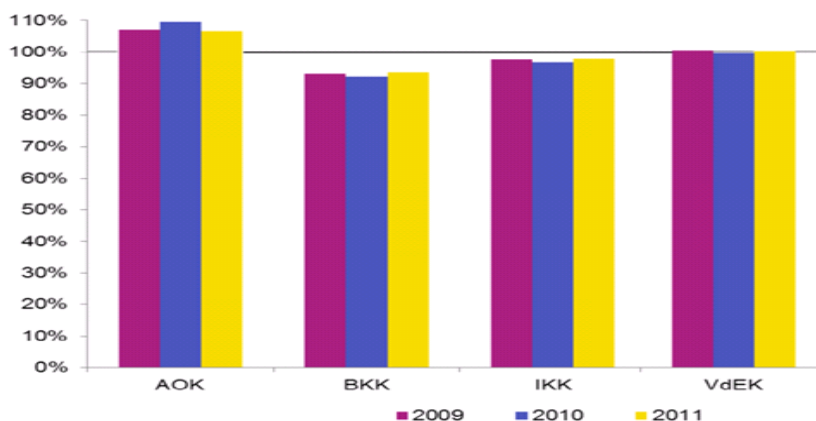
Das bisher im Referentenentwurf enthaltene und vom Bundesversicherungsamt erdachte sogenannte Hybridmodell, bei dem das defizitäre aktuelle demographische Modell durch einen hälftigen Ausgabenausgleich ergänzt werden soll, führt im Ergebnis zu einer Halbierung der Über- und Unterdeckungen auf Einzelkassenebene. Dieser Vorschlag allein lässt aber den wesentlichen Webfehler des aktuellen Ausgleichsmodells unbeachtet.

Verursacht wird diese Verzerrung dadurch, dass es sich beim Krankengeld – im Gegensatz zu den sonstigen im Morbi-RSA berücksichtigten Leistungsbereichen – nicht um eine einkommensunabhängige Sach-, sondern um eine reine Lohnersatzleistung handelt. Im derzeitigen Morbi-RSA gleicht das Zuweisungsmodell im Krankengeldbereich aber lediglich standardisierte Durchschnittsverdienste der gesamten GKV aus. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken die Ausgaben also insbesondere dann

nicht, wenn bei einer Krankenkasse die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter über dem bundesweiten Durchschnitt liegen. Krankenkassen mit vergleichsweise niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen erhalten hingegen Zuweisungen, die über ihrem eigentlichen Ausgleichsbedarf liegen. Konzentrieren sich bei einer Krankenkasse Mitglieder mit hohen Krankengeldansprüchen, etwa als Resultat hoher Einkommen, führt dies so zu einem signifikanten Missverhältnis von Krankengeldzuweisungen aus dem Morbi-RSA und Krankengeldauszahlungen der Krankenkasse an ihre Mitglieder. Da das bestehende Verfahren nur die demographischen Faktoren Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus berücksichtigt, ist es somit offenbar nicht geeignet, das Krankengeld sachgerecht zu berücksichtigen.

Das Ergebnis dieser Verzerrung lässt sich an den Deckungsquoten auf Krankenkassenartenebene beobachten:

Abb. 1: Deckungsquoten im Bereich Krankengeld nach Kassenarten (Jahresschlussausgleich 2009 – 2011; Status Quo)



Dabei kann festgestellt werden, dass in den Betrachtungsjahren 2009 bis 2011 bei den Betriebskrankenkassen eine signifikante Unterdeckung vorliegt, während bei den AOKn im Bereich Krankengeld eine deutliche Überdeckung besteht. Die Unter- bzw. Überdeckungen sind aber nicht das Ergebnis von (un-)wirtschaftlicherem Handeln. Vielmehr ist hier ein "Methodenfehler" ausschlaggebend, da ungeachtet der tatsächlichen Höhe der gesetzlich vorgegebenen Zahlungsverpflichtungen bundeseinheitliche Zuweisungen erfolgen. Dabei ließe sich die Grundlohnsumme präzise ausgleichen, wie es ja beim Einkommensausgleich für den Zusatzbeitrag mit dem vorliegenden Referentenentwurf auch geschehen soll.

Das im Referentenentwurf vorgeschlagene Modell kann dahingehend verändert werden, dass der Realkostenausgleich auf 30 von Hundert begrenzt und die Grundlohn-

komponente beim Krankengeld sachgerecht berücksichtigt wird. Der Realkostenausgleich ist dadurch gering genug, um noch genügend Raum für Wirtschaftlichkeitsanreize zu lassen, zugleich aber die verbleibenden Disfunktionalitäten des aktuellen Krankengeldmodells zu mildern.

Für eine vollständige und zielgenaue Korrektur der systematischen Verzerrung beim Krankengeld ist sicherlich noch einige Forschungsarbeit notwendig. Bis dahin kann jedoch das folgende Übergangsmodell sachgerecht und zeitnah umgesetzt werden:

Im ersten Schritt muss eine Berücksichtigung der Grundlohnkomponente erfolgen. Hierzu wird ein entsprechender Faktor in die Zuweisungen für Krankengeld einbezogen, welcher das Verhältnis der kassenindividuellen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder mit Krankengeldanspruch zu denen auf GKV-Ebene abbildet.

Problematisch wäre hingegen die Alternative einer Standardisierung über den kassenindividuellen kalendertäglichen Krankengeldzahlbetrag. Dazu müssten, wenn man analog dem alten Gutachten des wissenschaftlichen Beirates folgt, zusätzliche Daten von den Kassen erhoben werden. Die im Gutachten genutzten Daten wurden jedoch in Form von Sondererhebungen von den Kassen erstellt. Eine kurzfristige Umsetzung wäre daher methodisch aufwendig und sind ggf. der Langfristlösung vorbehalten.

Um den Kassen unterjährig die entsprechenden finanziellen Mittel zuzuweisen, sind diese Anpassungen beim Abschlagsverfahren und beim Jahresausgleich zu berücksichtigen. Beides ist ohne besonderen zusätzlichen administrativen Aufwand für die Krankenkassen zu erreichen (lediglich einmalige Anpassungen). So erhält das BVA – als Verwalter des Gesundheitsfonds – die Monatsabrechnungen von den entsprechenden Trägern, aus denen der Grundlohn ersichtlich ist. Der Grundlohn ist dann für den Teil der gesetzlich Versicherten zu ermitteln, der Anspruch auf Krankengeld hat. Hierzu können die Kassen entweder Daten auf Basis der vorliegenden Grundlohninformationen an das BVA melden, das diese wiederum um fehlende Daten ergänzt (z. B. Arbeitslosengeld I und Künstlersozialversicherung). Alternativ kann aber auch das BVA, als Verwalter der Beiträge aus der Krankenversicherung, die Faktoren aus den dort vorliegenden Daten der Monatsabrechnungen der einzelnen Zahler selbst berechnen.

Der kassenindividuelle Betrag je anspruchsberechtigtem Mitglied kann dann auf Basis der beim BVA zusammengeführten Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldberechtigten Mitglieder ermittelt werden. Dieser kassenindividuelle Wert wird ins Verhältnis zum GKV-Durchschnittswert gesetzt; das Ergebnis ist der jeweilige Grundlohnfaktor. Um die neue Summe der Krankengeldzuschläge zu ermitteln, wird die nach dem bestehenden Verfahren ermittelte Summe der Krankengeldzuschläge mit

diesem Faktor multipliziert; sollte die GKV-Summe der so errechneten Zuschläge von der Ausgangssumme abweichen, ist mittels Korrekturfaktor eine Anpassung auf den GKV-Ausgangswert vorzunehmen.

Zum Schlussausgleich kann dann auf Basis der Jahresrechnung der Krankenkassen eine anteilige Berücksichtigung der tatsächlichen Nettoaufwendungen für Krankengeld zu 30 von Hundert erfolgen. Damit wird sichergestellt, dass die Folgen der vom wissenschaftlichen Beirat festgestellten, nicht identifizierbaren oder quantifizierbaren Effekte gemildert werden ohne jedoch den Wirtschaftlichkeitsanreiz über Gebühr auszuhebeln.

„(2) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, kann die Höhe der Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppen begrenzt werden.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

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

a) Gewünschte Änderung

„... § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten; ebenso die kassenindividuelle Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder.“

b) Begründung

Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass bei der Entwicklung des Langfristmodells zur Ablösung der Übergangsregelung die kassenindividuelle Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder in angemessener Weise berücksichtigt werden.

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Einfügen eines neuen Absatzes 5 zu § 269 SGB V - Zeitgleiche Wirkung der Auswirkungen der Annualisierung Verstorbener, Krankengeld und Auslandsversicherte

a) Gewünschte Änderung

„(5) Die Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte sollen ihre Wirkung zeitgleich zu den Korrekturen bei der Annualisierung der Kosten Verstorbener entfalten. Für den Fall, dass aus verfahrenstechnischen Gründen einzelne der in Satz 1 genannten Korrekturen singulär umgesetzt werden, erhalten die belasteten Krankenkassen einen identischen Ausgleich aus der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 2.“

b) Begründung

Nach dem politischen Willen sollen die im Koalitionsvertrag beschriebenen Themenfelder eine zeitgleiche Wirkung entfalten. Um eine rückwirkende Benachteiligung einzelner Krankenkassen für die Vergangenheit auszuschließen, erhalten sie einen Ausgleich aus der Liquiditätsreserve.

Nr. 27

§ 270 a (Einkommensausgleich)

Nach § 270 wird folgender § 270a eingefügt:

„§ 270a – Einkommensausgleich

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

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

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

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Es wird angemerkt, dass durch den vollständigen Einkommensausgleich Krankenkassen mit überdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen einen erheblichen Solidarbeitrag gegenüber anderen Krankenkassen erbringen. Das macht es umso notwendiger, dass diese Krankenkassen im Bereich der Sonderregelung Krankengeld eine Entlas-

tung erfahren und nicht zusätzlich einen weiteren Solidarbeitrag an die übrige GKV entrichten müssen.

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

Nr. 28

§ 271 (Gesundheitsfonds)

§ 271 wird wie folgt geändert:

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

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

- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Abführung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages an den Gesundheitsfonds Anpassungen in folgenden Infrastrukturen nötig macht: Anpassung des Beitragsnachweises, Anpassungen der Monatsabrechnungen (MOA) „GSV“ und MOA „Sonstige“, Anpassung des Beitragsbuches.

Weiterhin wäre eine Anpassung der Finanzfunktionalitäten hinsichtlich der Verbuchung der Geldflüsse für die Zusatzbeiträge an den/vom Gesundheitsfonds erforderlich. Bisher verblieb der Zusatzbeitrag bei der Kasse, so dass ein neues Verbuchungsverfahren etabliert werden müsste.

Die Beitragsbescheide für Selbstzahler sind anzupassen. Statt zwei müssten künftig drei Positionen aufgeführt werden: KV-Beitrag, KV-Zusatzbeitrag, PflV-Beitrag.

Anders als in der Begründung, Teil A.VI.5 (Weitere Kosten) ausgeführt, dürfte dieses insgesamt mit Kosten verbunden sein.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Nr. 29

§ 272 (Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds)

§ 272 wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 2 – Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

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

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

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Hier wird ein neues elektronisches Abfrageverfahren zur Erfassung der Mehrfachbeschäftigten bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze erforderlich, wofür eine Vorlaufzeit von einem dreiviertel bis einem Jahr benötigt wird. Für die Jahresmeldungen (diese werden erstmalig zum 31.12.2015 relevant) kann diese Vorlaufzeit gehalten werden, bei unterjährigen Meldungen jedoch, die laut Entwurf zwei Monate nach Eingang der Meldung entsprechend zu bearbeiten sind, wird dieses bereits zu Beginn 2015 relevant werden, so dass die zeitliche Schiene sehr knapp ist.

Anders als in der Begründung, Teil A.VI.5 (Weitere Kosten) ausgeführt, dürfte dieses mit Kosten verbunden sein. Daher greifen auch die Ausführungen in E.2. zu kurz, soweit dort nur die Kostenersparnis mit Blick auf den Wegfall des Meldeverfahrens thematisiert wird.

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



5. § 28h Absatz 2a wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 3 – Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch § 106 (Zuschuss zur Krankenversicherung)

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

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 4 – Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

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

1. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Bemessung dieser Beiträge gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.“

bb) In Satz 3 werden die Wörter *„die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“* durch die Wörter *„abweichend von Satz 2 die Hälfte des um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung“* ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

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

2. § 40 Absatz 2 Satz 1 wird durch folgenden Satz ersetzt:

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

3. In § 42 Absatz 2 werden die Wörter *„abzüglich 0,9 Beitragssatzpunkte“* gestrichen.

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

a) Gewünschte Änderung für 1. bis 4.

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 5 – Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte § 35a (Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung)

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 6 – Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch § 32 (Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung)

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 7 – Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Nr. 1

§ 16 (Krankenversicherung/Beitragsrückstand)

Nr. 2

§ 34 (Zuschuss des Bundes)

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

5. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ werden gestrichen.
 - b) Die Angabe „§§ 223, 234 Absatz 1, die §§ 241, 242 Absatz 6 und § 242b Absatz 1 bis 3, 7 und 8“ wird durch die Angabe „§§ 223, 234 Absatz 1 und § 242“ ersetzt.
6. § 34 Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 8 – Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes § 12 (Substitutive Krankenversicherung)

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 9 – Änderung des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes § 13 (Ausgleichsbetrag während der Schutzzeit)

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

**Artikel 10 – Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung
§ 11b (Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung sowie bei Bezug von weiteren beitragspflichtigen Einnahmen)**

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 11 – Änderung der Beitragsverfahrensverordnung § 4 (Reihenfolge der Tilgung)

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Artikel 12 – Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 1

§ 29 (Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)

In § 29 Nummer 4 werden vor dem Punkt die Wörter „*sowie Minderung der Erwerbsfähigkeit*“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 2

§ 31 (Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells)

In § 31 wird Absatz 5 Satz 5 wie folgt gefasst:

„Das Nähere über die Abgrenzung der Leistungsausgaben für die Risikogruppen nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt.“

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 3

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

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

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

a) Gewünschte Änderung

„...Die Vorgaben des § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 sind bei der Entwicklung der Modelle zu beachten; ebenso die kassenindividuelle Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder. Dabei ist auch die Notwendigkeit einer Verbreiterung der Datengrundlage zu prüfen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe können die dem Bundesversicherungsamt oder dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelten versichertenbezogenen Daten der Krankenkassen sowie die der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland vorliegenden Daten genutzt werden.“

b) Begründung

Vgl. Begründung zu § 269 Abs. 1 und 3 SGB V (Nr. 26).

Die Vorgaben des § 268 Absatz 1, Satz 3 engen zudem möglicherweise die Modellbildung inadäquat ein. Da die Geldleistung Krankengeld gesetzlich vorgegeben am Einkommen orientiert ist, muss dies zwingend bei der „Durchschnittsbildung“ berücksichtigt werden.

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 4

§§ 33a bis 34 (Ermittlung der fortgeschriebenen Einnahmen, Ermittlung der Zuweisungen, Durchführung der Übergangsregelungen, Datenerhebungen und Gutachtererstellung zu den Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds, Schlussformel)

§§ 33a bis 34 werden aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

§§ 33a bis 33c werden aufgehoben.

§ 34 wird wie folgt gefasst:

§ 34 (Durchführung der Sonderregelung für Krankengeld)

„(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse

a. auf Basis der Monatsabrechnung der Krankenkassen, der Meldung der Bundesagentur für Arbeit und der Meldung der Künstlersozialkasse die kassenindividuelle Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder,

b. die kassenindividuelle Anzahl der Krankengeldanspruchstage,

c. die kassenindividuelle Grundlohnkomponente je Tag, die sich aus dem Quotienten aus a und b ergibt.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Grundlohnkomponente je Tag für die GKV, die sich aus dem Quotienten der Summe der Werte nach Absatz 1 a über alle Krankenkassen und der Summe der Werte nach Absatz 1 b über alle Krankenkassen ergibt.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet den kassenindividuellen Grundlohnfaktor, in dem der kassenindividuelle Wert nach Absatz 1 c durch die Grundlohnkomponente der GKV nach Absatz 2 dividiert wird. Um die Summe der Krankengeldzuschläge nach der Sonderregelung des § 269 Abs. 1 SGB V zu ermitteln, wird für jede Krankenkasse die auf Basis des bestehenden Standardisierungsverfahrens ermittelte Summe der Krankengeldzuschläge mit dem kassenindividuellen Grundlohnfaktor nach Satz 1 multipliziert.

(4) Weicht die Summe der Krankengeldzuschläge aller Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 2 von der Summe der Aufwendungen aller Krankenkassen für Krankengeld ab, ist mittels Korrekturfaktor die Summe der Zuschläge auf die Höhe der Krankengeldaufwendungen zu nivellieren.“

b) Begründung

Diese Ergänzung ist erforderlich, um die in der Sonderregelung für das Krankengeld neu aufzunehmende Grundlohnkomponente klar zu definieren (vgl. Begründung zu § 269 Abs. 1 SGB V). Die im § 269 Abs. 1 SGB V erhaltene Quotierung vom 70/30 wird erst im Jahresausgleich vorgenommen.

Nr. 5

§ 40 (Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen)

§ 40 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 werden nach dem Wort „um“ die Wörter *„die nach § 271 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für den Einkommensausgleich nach § 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu verwendenden Einnahmen,“* eingefügt.
- b) In Nummer 3 wird jeweils die Angabe *„§ 242 Absatz 5“* durch die Angabe *„§ 224 Absatz 1“* ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

/

Nr. 6

§ 41 (Jahresausgleich)

§ 41 wird wie folgt geändert:

c) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

1. die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge und

2. die Werte nach § 37 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie Absatz 4 Satz 2 Nummer 2

neu. Die Summe der Risikozuschläge nach § 31 Absatz 5 Satz 1 ist auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 31 Absatz 5 Satz 5 zu begrenzen. Die Hälfte der Zuweisungen für die Versichertengruppen nach § 29 Nummer 4 ist für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln.“

a) Gewünschte Änderung

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

1. die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge und

2. die Werte nach § 34 und

3. die Werte nach § 37 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie Absatz 4 Satz 2 Nummer 2

neu. Die Summe der Risikozuschläge nach § 31 Absatz 5 Satz 1 ist auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 31 Absatz 5 Satz 5 zu begrenzen. Die Zuweisungen für die Versichertengruppen nach § 29 Nummer 4 sind für jede Krankenkasse zu 30 v. H. auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln und zu 70 v. H. nach den Werten nach § 34 zu ermitteln.“

b) Begründung

Diese Ergänzung ist erforderlich, um den 30%-igen Ist-Kostenausgleich im Jahresausgleich zu berücksichtigen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 19. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



- d) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 wird jeweils die Angabe „§ 242 Absatz 5“ durch die Angabe „§ 224 Absatz 1“ ersetzt.
- e) Absatz 4a wird aufgehoben.

Nr. 7

§ 43 (Durchführung des Einkommensausgleichs)

Folgender § 43 wird angefügt:

„§ 43 – Durchführung des Einkommensausgleichs

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

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

a) Gewünschte Änderung

„Für die Berechnung der Abschlagssumme soll auf die KM1 des Vormonats abgestellt werden. Die Auszahlung des Zusatzbeitrages kann dann – nach erfolgtem Einnahmeausgleich – parallel zu den Zahlungseingängen erfolgen.“

b) Begründung

Die Genauigkeit dieses KM1-Wertes ist für das Abschlagsverfahren hinreichend. Die Versichertengelder werden so direkt für die Versorgung eingesetzt.

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

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

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Aus der Formulierung „*voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen*“ kann geschlossen werden, dass im Jahresausgleich keine Korrektur der Schätzung vom Oktober des Vorjahres erfolgen soll. Mit der Datenlage beim Jahresausgleich wäre es aber auch möglich, die Schätzunsicherheiten (bpE und Mitgliederzahl) auf die echten Werte zu korrigieren. Die o.g. weiteren Formulierungen „*jahresdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz*“ und „*jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder*“ können beim Jahresausgleich zu weiteren Verwerfungen führen, wenn innerhalb eines Kalenderjahres der Zusatzbeitragssatz verändert wird. Exakter könnte man dies mit den jeweiligen monatlichen KM1-Mitgliedern und dem jeweils gültigen Zusatzbeitragssatz unterjährig und im Schlussausgleich berechnen.

Die Absätze 3 und 4 sehen eine Korrektur der Mitgliederzahlen im Rahmen von Strukturanpassungen bzw. Jahresausgleich vor. Die Regelung bewirkt, dass es zumindest in der Startphase eine Liquiditätslücke zwischen dem Abführen von Zusatzbeitragseinnahmen an den Gesundheitsfonds und der Zuweisung von einkommensausgeglichenen Beiträgen kommt. Dies könnte vermieden werden, wenn das Abschlagsverfahren (wie in anderen Bereichen auch) auf die Mitgliederzahlen des Vormonats abstellen würde.

Artikel 13 – Änderung des Medizinproduktegesetzes § 42 (Bußgeldvorschriften)

Einfügung der Angabe „1a“ in § 42 Abs. 2 Nr. 16

a) Gewünschte Änderung

Keine Änderung.

b) Begründung

Es handelt sich dabei um eine Erweiterung der Bußgeldvorschriften. Ordnungswidrig (mit der Möglichkeit ein Bußgeld bis 25.000 € zu verhängen) handelt demnach, wer gegen folgende Rechtsverordnung bzw. vom BMG erlassene Anforderungen nach § 37 des Medizinproduktegesetzes verstößt:

1a. Anforderungen an die sichere Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten festzulegen und Regelungen zu treffen über

- a) zusätzliche Anforderungen an Aufbereiter, die Medizinprodukte mit besonders hohen Anforderungen an die Aufbereitung aufbereiten,
- b) die Zertifizierung von Aufbereitern nach Buchstabe a,
- c) die Anforderungen an die von der zuständigen Behörde anerkannten Konformitätsbewertungsstellen, die Zertifizierungen nach Buchstabe b vornehmen.

Artikel 14 – Inkrafttreten, Außerkrafttreten

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

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

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

a) Gewünschte Änderung für (1) bis (3)

Keine Änderung.

b) Begründung

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

Der Koalitionsvertrag sieht eine zeitgleiche Umsetzung dieser der drei Bereiche Annualisierung, Krankengeld und Auslandsversicherte vor. Es ist klarzustellen, ob das Bundesversicherungsamt die alle zum 1. August 2014 in Kraft tretenden Regelungen (Annualisierung, Krankengeld und Auslandsversicherte) bei der Durchführung des Jahresausgleichs 2013 zu beachten hat.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Nach § 284 Absatz 4 SGB V wird ein neuer Absatz 5 eingefügt:

a) Gewünschte Änderung

„(5) Die Krankenkassen, ihre Verbände sowie die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen und ihrer Verbände dürfen die für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs aufgrund der von § 266 Abs. 7 SGB V erlassenen Rechtsverordnung erhobenen Daten über die Regelungen dieser Rechtsverordnung hinaus verarbeiten und nutzen, soweit dies für

1. die Erfüllung der Auskunftspflichten nach § 172 Absatz 2 Satz 1,
2. den internen Finanzausgleich innerhalb ihrer Kassenart im Sinne der §§ 265 ff. erforderlich ist.“

b) Begründung zu Absatz 5, Nr. 1

Gestützt auf § 172 Absatz 2 Satz 1 haben die Betriebskrankenkassen ein gemeinsames Verfahren zum Finanzcontrolling und zur Haftungsprävention eingeführt. Dieses Verfahren wurde mit Zustimmung der Landesaufsichten in gleichlautenden Satzungsregelungen aller BKK Landesverbände niedergelegt. Damit ist bereits seit mehreren Jahren ein bundesweit einheitliches Vorgehen auf Basis valider Informationen gewährleistet.

Ziel dieses Verfahrens ist es, finanzielle Risiken der Mitgliedskassen der BKK Landesverbände frühzeitig zu erkennen, finanzielle Belastungen aus der Schließung, Auflösung oder Insolvenz von Betriebskrankenkassen zu vermeiden und damit Schäden vom Haftungsverbund abzuwenden.

Zur Durchführung des Finanzcontrollings sehen die einschlägigen Satzungsregelungen der BKK Landesverbände unter anderem die Heranziehung der RSA-Satzarten vor. Diese sind für die im Rahmen der Haftungsprävention notwendigen Finanzprognosen und die in die Zukunft gerichtete Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse unabdingbar.

Mit Schreiben vom 12.08.2013 hat das BVA die seiner Aufsicht unterstehenden Betriebskrankenkassen aufgefordert, die regelhafte Übermittlung der RSA-Satzarten an die Landesverbände einzustellen, weil die Nutzung der RSA-Satzarten für das Finanzcontrolling und die Haftungsprävention nach seiner Einschätzung nicht zulässig sei. Damit greift die aus § 172 Absatz 2 Satz 1 resultierende Verpflichtung zur Durchfüh-

zung eines Finanzcontrollings, die mit den entsprechenden Satzungsregelungen der BKK Landesverbände konkretisiert wurde, nicht mehr.

Um zu gewährleisten, dass die bewährten Verfahren zum Finanzcontrolling und zur Haftungsprävention innerhalb des BKK Systems rechtssicher fortgesetzt werden können, ist deshalb die gewünschte Änderung erforderlich.

b) Begründung zu Absatz 5, Nr. 2

Die Krankenkassen haben dem GKV-Spitzenverband und dem Landesverband, dem sie angehören, Unterlagen zur finanziellen Leistungsfähigkeit vorzulegen (§ 172 Abs. 2 SGB V). Somit hat der GKV Spitzenverband einen Gesamtüberblick über die Finanzlage aller Kassen, die Landesverbände über ihre Mitgliedskassen. Beide dürfen aber keine Einzelinformationen im Falle einer finanziellen Schieflage veröffentlichen. Erst wenn die Schließung, Auflösung oder Insolvenz stattgefunden hat, wird der betreffende Haftungsverbund informiert.

Ziel des § 265b SGB V sollte es sein, finanzielle Risiken der Kassen frühzeitig zu erkennen, finanzielle Hilfen zu gewähren sowie finanzielle Belastungen aus der Schließung, Auflösung oder Insolvenz zu vermeiden und damit Schäden vom Haftungsverbund abzuwenden. Da von Seiten des GKV-Spitzenverbandes und des zuständigen Landesverbandes aber keine Vorabinformationen veröffentlicht werden dürfen, haben die Kassenarten überhaupt keine Möglichkeit, den Schließungsfall rechtzeitig durch finanzielle Hilfen zu verhindern.

Die Kassen müssen zudem eine vorausschauende Haushaltsplanung vornehmen. Kosten für Umlagen nach § 265 SGB V und Verträge nach § 265 b SGB V sowie Kosten von Kassenschließungen/Insolvenzen nach § 265 a SGB V müssen somit in den Haushalt eingeplant werden. Laut aktueller Gesetzgebung haben Krankenkassen jedoch keinen Überblick über die Finanzlagen innerhalb ihres Haftungsverbundes. Somit ist es den Krankenkassen weder möglich, das Risiko für mögliche Haftungsfälle im Haushalt einzuplanen, noch ist die Höhe der finanziellen Hilfe schätzbar. Daher muss aus diesem Grund ein Überblick über die Haftungssituation möglich sein.