



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Entwurf eines Gesetzes
zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der
Gesetzlichen Krankenversicherung**

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

Stand 19.02.2014

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
137a SGB V: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	5
§§ 224, 241, 242a, 270a SGB V: Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag	7
§ 220 SGB V: Schätzerkreis	11
§ 175 SGB V: Ausübung des Wahlrechts	12
§ 269 SGB V: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte	14
§ 42 Abs. 2 Nr. 16 MPG	18

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzierung und Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) werden die Finanzstrukturen der GKV im Sinne einer größeren Beitragssatzautonomie reorganisiert. Dass die Beibehaltung des vollständigen Grundlohnausgleichs dabei gewährleistet bleibt, ist eine der Grundbedingungen für einen funktionierenden Wettbewerb.

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Entscheidung, die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge aus der Finanzarchitektur der GKV zu entfernen. Aus verwaltungsökonomischer Sicht stellt die Abkehr vom einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag und die Rückkehr zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag als prozentualen Satz vom beitragspflichtigen Einkommen eine erhebliche Entlastung dar. Die Innungskrankenkassen erwarten durch den Wegfall des Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerbs mehr Innovationsfreudigkeit bei den Krankenkassen.

Die Innungskrankenkassen sehen das Vorhaben der Bundesregierung, Versicherte bei zukünftigen Kostensteigerungen einseitig zu belasten, kritisch. Versicherte werden hierdurch im Zeitverlauf eine zunehmende Nettolohnminderung hinzunehmen haben. Die Finanzierung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung obliegt aber nicht allein den Beitragszahlern. Teil eines Vorhabens zur Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung der GKV muss auch der Ausbau bzw. die zugriffsfeste Festschreibung der Steuerfinanzierung sein. Mindestens die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben müssen künftig von allen Bürgerinnen und Bürgern des Landes getragen werden. Diese müssen dauerhaft über Steuern finanziert und diese Finanzierung über die Aufnahme in die mittel- und langfristige Finanzplanung des Bundes abgesichert werden. Die im Gesetz festgelegten 14 Mrd. € sind dabei eine absolute Untergrenze. Die Höhe des Bundeszuschusses wäre zudem eigentlich zweckgebunden an die Höhe der versicherungsfremden Leistungen der GKV zu knüpfen.

Die praktischen Erfahrungen der letzten fünf Jahre haben gezeigt, dass der Risikostrukturausgleich (RSA) seinen gesetzlichen Auftrag zur Verringerung der Anreize zur Risiko Selektion erfüllt hat. Die Weiterentwicklung des Verfahrens sollte sich daher den immer klarer hervortretenden unerwünschten Nebenwirkungen des RSA widmen, zu deren Vermeidung in der Vergangenheit kaum Anstrengungen unternommen wurden. Hier ist sowohl das beträchtliche Manipulationspotential der Datengrundlagen des RSA als auch die durch ihn ausgelösten Fehlanreize für die Vertragsgestaltung und die Präventionsbemühungen der GKV zu nennen. Leider möchte die Regierungskoalition keinerlei Maßnahmen ergreifen, die besagte Nebenwirkungen lindern. Wir sind daher der Meinung, dass sich eine Weiterentwicklung des RSA nicht allein an einer Verbesserung der Zielgenauigkeit orientieren darf, sondern auch die Transparenz, Sicherheit und Gerech-

tigkeit des Verfahrens im Blick behalten muss, um einen fairen Wettbewerbsrahmen in der GKV zu ermöglichen.

Im Referentenentwurf finden sich keine Ausführungen zu der Frage, wie zukünftig mit den Leistungsausgaben für Verstorbene im Rahmen der Regression umzugehen ist. Stattdessen hat das Bundesministerium in dem dem Referentenentwurf beigefügten Anschreiben darauf hingewiesen, dass das BVA die Regelung gemäß der noch ausstehenden Entscheidung des BSG zu diesem Thema umzusetzen hat. Wir bedauern, dass sich die Regierungskoalition in dieser Angelegenheit nicht in der Lage sieht, sich trotz der erheblichen wettbewerblichen Auswirkungen auf die GKV um eine politische Lösung in dieser Frage zu bemühen. Wir halten eine Verfahrensumstellung auf dem Wege eines Verwaltungsaktes weiterhin für unangemessen.

Wir gehen davon aus, dass die angestrebte zeitgleiche Lösung der im Evaluationsbericht genannten Reformbereiche Annualisierung Verstorbener, Krankengeld und Auslandsversicherte durch das frühzeitige Inkrafttreten der Neuregelungen im RSA-Bereich sichergestellt werden soll. In jedem Fall sollte klargestellt werden, ob die angedachten Änderungen im Zuweisungsverfahren für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte bereits für den im Herbst anstehenden Jahresabschluss 2013 Anwendung finden werden.

Angesichts der schwerwiegenden finanzpolitischen Auswirkungen der Änderungen in den Bereichen Annualisierung Verstorbener, Krankengeld und Auslandsversicherte halten wir es für dringend erforderlich, einen Kompensationsmechanismus für die abgeschlossenen bzw. laufenden Geschäftsjahre 2013 und 2014 einzuführen. So können nachträgliche finanzielle Überforderungen, die sich aus der zum Zeitpunkt der Haushaltsplanung unvorhersehbaren Umstellung der Zuweisungssystematik und den damit verbundenen finanziellen Belastungen ergeben, abgefangen werden.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen sollten Kassen für die finanzielle Gesamtbelastungen, die sich aus den geplanten Umstellungen der Berechnungsverfahren im RSA ergeben, eine Kompensation aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

137a SGB V: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung erteilt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den gesetzlichen Auftrag, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Das Institut soll sich mit der Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität befassen und dem G-BA notwendige Entscheidungsgrundlagen für die von ihm gemäß § 137 SGB V zu gestaltenden Maßnahmen der Qualitätssicherung liefern. Neben den bisherigen Aufgaben nach § 137a SGB V werden dem neuen Institut zusätzliche Aufgaben zur Förderung der Qualitätsorientierung der Versorgung übertragen, darunter fallen auch die Ermittlung der Versorgungsqualität auf Basis sogenannter Routinedaten sowie über die Qualität der Leistungserbringung zu informieren. Für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität soll das Institut sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente entwickeln. Die für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung notwendige Dokumentation soll unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit erfolgen. Träger des Institutes ist der G-BA. Die im G-BA organisierten Organisationen, das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen erhalten das Recht, beim G-BA die Beauftragung des Instituts zu beantragen und sich neben den fachlich betroffenen Organisationen (Bundespsychotherapeutenkammer, Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe u.a.) an der Entwicklung von Inhalten zu beteiligen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen es, wenn Qualität eine größere Rolle in der ambulanten und stationären Versorgung spielt. Die Krankenkassen müssen mehr Möglichkeiten erhalten, die Versorgung ihrer Versicherten qualitätsorientiert zu steuern. Ebenso befürworten wir eine nachhaltige Verankerung der Qualitätssicherung. Um in einem einheitlichen und von allen akzeptierten Rahmen Qualität zu messen, ist die Gründung eines an den G-BA angebundenen Institutes nachvollziehbar.

Die Innungskrankenkassen geben aber zu bedenken, dass, bevor neue Strukturen zur Qualitätssicherung geschaffen werden, geprüft werden sollte, welche Daten bereits heu-

te an welcher Stelle erhoben werden und zur Qualitätssicherung herangezogen werden können.

Der IKK e.V. vertritt zudem die Auffassung, dass bereits zum jetzigen Zeitpunkt auf kompetente Strukturen, eingespielte Verfahrensabläufe und gewonnene Erkenntnisse in der Qualitätssicherung zurückgegriffen werden kann. Es stehen schon heute beispielsweise im AQUA-Institut zahlreiche Daten über die Qualität der stationären Versorgung in den einzelnen Einrichtungen zur Verfügung. Es muss sichergestellt werden, dass es hier nicht zu unproduktiven Doppelungen mit der zurzeit laufenden Aufarbeitung von Routinedaten über das DIMDI kommt. Deswegen plädieren die Innungskrankenkassen dafür, auf die Gründung eines Qualitätsinstituts zunächst zu verzichten, bis diese Prüfung abgeschlossen ist.

Um mehr Transparenz über die Versorgungsqualität herzustellen, fordern die Innungskrankenkassen ferner, jene Einrichtungen offen zu benennen, die Leistungen unterhalb bestimmter Qualitätsparameter erbringen. Dies sorgt für mehr Transparenz im Versorgungsgeschehen und erleichtert dessen Beurteilung.

Änderungsvorschlag

Es bedarf, neben einer Konkretisierung der für die Qualitätssicherung relevanten Daten und der offenen Benennung von Einrichtungen mit nachweislich schlechter Qualität, einer Prüfung der bereits vorhandenen Strukturen, ob die Aufgabe eines Qualitätsinstitutes nicht auch etablierte Organisationen übernehmen können. Deswegen gilt es zunächst, die bestehenden Strukturen zur (sektorübergreifenden) Qualitätssicherung (AQUA-Institut, DIMDI) zu festigen und auszubauen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 - 4, 6 - 24, 27

§§ 224, 241, 242a, 270a SGB V: Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag

Beabsichtigte Neuregelung

Der allgemeine, paritätisch finanzierte Beitragssatz wird auf 14,6 Prozent festgesetzt, wobei der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent festgeschrieben wird. Der Entwurf sieht zugleich die Streichung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge vor, gleichzeitig entfallen damit die Möglichkeiten zur Prämienausschüttung. Der Sozialausgleich wird obsolet.

Die entstehende Finanzierungslücke wird stattdessen durch die Einführung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge geschlossen, die über einen vollkommenen Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen verteilt werden. Diese Zusatzbeiträge werden über das Quellabzugsverfahren von den beitragsabführenden Stellen an den Gesundheitsfonds weitergeleitet. Die Krankenkassen erheben den Zusatzbeitrag zukünftig als prozentualen Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen. Dafür ist es lediglich erforderlich, dass die Arbeitgeber die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen durch Meldung erfahren und bei der Beitragsabführung durch entsprechende einmalige Anpassung der IT berücksichtigen.

Der Einkommensausgleich wird durch das Bundesversicherungsamt (BVA) durchgeführt. Entstehende Über- oder Unterdeckungen des Einkommensausgleichs werden über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereinigt.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Entscheidung, die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge aus der Finanzarchitektur der GKV zu entfernen. Aus verwaltungsökonomischer Sicht stellt die Abkehr vom einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag und die Rückkehr zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag als prozentualen Satz vom beitragspflichtigen Einkommen eine erhebliche Entlastung dar. Die Innungskrankenkassen erwarten durch den Wegfall des Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerbs mehr Innovationsfreudigkeit bei den Krankenkassen.

Die Innungskrankenkassen sehen das Vorhaben der Bundesregierung, Versicherte bei zukünftigen Kostensteigerungen einseitig zu belasten, kritisch. Versicherte werden hierdurch im Zeitverlauf eine zunehmende Nettolohnminderung hinzunehmen haben.

Zur Erhebung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge war für jedes Mitglied ein Selbstzahlerkonto anzulegen, ein Beitragsbescheid zu erstellen und zu versenden, sowie bei Vorlage die Einzugsermächtigung zu erfassen. Dem im Referentenentwurf beschriebenen Erfüllungsaufwand im Quellenabzugsverfahren stehen daher erhebliche Entlastungen für die Krankenkassen gegenüber.

Durch die Abschaffung des Sozialausgleichs entfallen außerdem verschiedene Meldepflichten und Dialogverfahren zwischen den Arbeitgebern und Kassen. Das vorgeschlagene Ersatzverfahren führt zu einem erheblich niedrigeren Erfüllungsaufwand, da die Entgeltmeldungen den Krankenkassen bereits vorliegen. Einmalige Kosten entstehen mit der Einrichtung des elektronischen Abfrageverfahrens. Zudem entfällt für die Krankenkassen die Verpflichtung (und damit der Aufwand) zur Durchführung des Sozialausgleichs bei Selbstzahlern.

Die Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens und der damit einhergehende Wegfall bestehender Meldepflichten und Dialogverfahren entlastet folglich die Kassen und Arbeitgeber und senkt die Bürokratiekosten.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist es für die Wiederherstellung der Beitragssatzautonomie entscheidend, den aktuell bestehenden vollkommenen Grundlohnausgleich beizubehalten, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden und negative Anreizwirkungen zulasten der Versicherten auszuschließen. Daher muss sich der anvisierte Grundlohnausgleich nicht nur auf die Höhe des rechnerisch notwendigen GKV-weiten Zusatzbeitrags beziehen, sondern den kassenindividuellen Zusatzbeitrag vollständig abdecken.

Das im Entwurf gewählte Modell zur Umsetzung des Einkommensausgleichs auf dem Wege eines separaten, vom morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) unabhängigen Ausgleichsmechanismus (Wasem-Modell) auf Grundlage der Schätzung des beitragspflichtigen Einkommens durch den Schätzerkreis ist aus unserer Sicht geeignet, einen im oben genannten Sinne als vollständig verstandenen Ausgleich der Grundlohnunterschiede zwischen den Kassen herzustellen. Dabei werden nicht nur die Unterschiede im Niveau des Beitragsaufkommens in Gänze ausgeglichen, sondern auch mögliche auftretende Verzerrungen durch Schätzungenauigkeiten der voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied gleichmäßig über alle Wettbewerber verteilt.

Der dargelegte Einkommensausgleich stellt keinen „Echtausgleich“ auf Basis der realen beitragspflichtigen Einnahmen der GKV dar, sondern ist an die Schätzungen des Schätzerkreises gekoppelt. Ein nachträgliches Korrekturverfahren, das die Schätzung der voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder durch den Schätzerkreis an das Ist-Niveau angleicht, würde das Verfahren zwar auf einen „Echtausgleich“ heben, brächte für die Kassen aber nur eine nicht-

wettbewerbsrelevante Scheingenaugigkeit des Einkommensausgleiches. Demgegenüber stünden weitere Planungsunsicherheiten in Bezug auf die letztendliche Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrags, die die erhöhte Genauigkeit des Verfahrens nicht auszugleichen vermag. Ein Verzicht auf ein Korrekturverfahren ist daher nachvollziehbar.

Der Ausgleich von Über- oder Unterdeckungen des Einkommensausgleichs über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist aus Sicht der Innungskrankenkassen sachgerecht. Das fehlende nachträgliche Korrekturverfahren der voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ist annehmbar, solange deren Schätzungen mit hinreichender Genauigkeit vorgenommen werden. Eine Überbeanspruchung der Liquiditätsreserve und eine daraus hervorgehende Beeinträchtigung ihrer sonstigen Zwecke gemäß § 271 Abs. 2 SGB V ist nicht zu erwarten.

Die Ausführung des vollständigen Einkommensausgleichs durch das BVA im Rahmen eines Abschlagverfahrens wird befürwortet. Angesichts der ohnehin bestehenden umfassenden Meldepflichten der Krankenkassen ist es aus Sicht der Innungskrankenkassen zweckmäßig, die mit der Abwicklung des Einkommensausgleichs verbundenen Aufgaben an das BVA zu übertragen. Dabei ist es entscheidend, den mit dem Einkommensausgleich verbundenen zusätzlichen Meldeaufwand gering zu halten.

Der Gesetzgebungsentwurf führt aus, dass das Bundesversicherungsamt die monatlichen Mittel aus dem Einkommensausgleich auf Basis der Mitgliederzahl des aktuellen Ausgleichsmonats gemäß KM1 Statistik durchführt. Diese Monatsstatistiken liegen dem Bundesversicherungsamt erst im übernächsten Monat vor. Die Begründung gibt daher vor, dass Zahlungen für den jeweiligen Ausgleichsmonat erst ab diesem (d.h. dem übernächsten) Monat erfolgen können. Demzufolge werden die Kassen auf die Auszahlung des ab 01.01.2015 vermutlich flächendeckend eingeführten Zusatzbeitrages bis zum März warten müssen.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist daher eine Lösung anzustreben, die keine Finanzierungslücke entstehen lässt. Das Bundesversicherungsamt könnte zur vorläufigen Berechnung der monatlichen Mittel aus dem Einkommensausgleich auf die Mitgliederstatistik des vorvorherigen Monats zurückgreifen. Eine Korrektur auf die tatsächlichen Mitgliederzahlen des Ausgleichsmonats findet ohnehin im Rahmen der Nachjustierung des Einkommensausgleichs gemäß § 43 Abs. 3 und 4 RSAV statt.

Des Weiteren sieht der Gesetzgebungsentwurf vor, dass die Neuberechnungen der auf jede Krankenkasse entfallenden Höhe der Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen nach Vorliegen der jeweiligen Vierteljahresrechnungen und nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse vorgenommen wird. Hier wird allerdings auf die durchschnittliche Zahl der die jeweiligen Zeiträume betreffenden Mitglieder abgestellt, was nicht zu

einer korrekten den tatsächlichen Mitgliederverhältnissen entsprechenden Höhe der Einnahmen führen würde. Insofern sollte aus Sicht der Innungskrankenkassen auf die tatsächlichen monatlichen Mitgliederzahlen zurückgegriffen werden.

Änderungsvorschlag

Der Einkommensausgleich gemäß § 43 Abs. 2 RSAV wird auf Basis der Mitgliederstatistik des vorvorherigen Monats durchgeführt. Auch im Korrekturverfahren werden die tatsächlichen monatlichen Mitgliederzahlen der KM1 verwendet.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 220 SGB V: Schätzerkreis

Beabsichtigte Neuregelung

Die Schätzungen des Schätzerkreises erlangen größere Bedeutung für die Finanzstrukturen der GKV. Sie sind Grundlage für die Bestimmung der Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen. Diese sind insbesondere entscheidend für die Durchführung des vollständigen Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V.

Bewertung

Die Genauigkeit des Einkommensausgleichs hängt von der Güte der Schätzung der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen ab. Ein nachträglicher Korrekturmechanismus, der den Einkommensausgleich auf das reale Niveau der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen anpasst, ist nicht vorgesehen. Damit gewinnen die Schätzungen des Schätzerkreises innerhalb der GKV-Finanzierung wieder erheblich an Gewicht, weil die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder eine entscheidende Planungsgröße in der Haushaltsplanung der Kassen darstellt.

Derzeit lassen die Verfahrensgrundsätze des Schätzerkreises dem GKV-Spitzenverband die Möglichkeit, zu den nicht-öffentlichen Sitzungen des Schätzerkreises bis zu drei Finanzexperten der GKV beratend hinzuzuziehen. Eine obligatorische Beratung durch alle Kassenarten ist nicht vorgesehen. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist es aber entscheidend, die Transparenz der Entscheidungsfindung des Schätzerkreises für die gesamte GKV zu erhöhen, insbesondere wenn die Schätzgenauigkeit des Schätzerkreises wieder direkte Konsequenzen für die Haushaltsplanung der Krankenkassen hat. Wir plädieren daher dafür, eine gleichberechtigte Vertretung aller Kassenarten im Schätzerkreis anzustreben.

Änderungsvorschlag

Die Verfahrensgrundsätze des Schätzerkreises sollten dem GKV-Spitzenverband die Möglichkeit einräumen, einen Finanzexperten jeder Kassenart beratend hinzuzuziehen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 175 SGB V: Ausübung des Wahlrechts

Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf sieht die Anpassung des Sonderkündigungsrechts für Zusatzbeiträge auf das beabsichtigte Verfahren mit einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen vor. Ein Sonderkündigungsrecht soll künftig dann bestehen, wenn die Krankenkasse den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 einführt oder erhöht. Das Sonderkündigungsrecht bei Verringerung einer Prämienzahlung entfällt.

Bewertung

Die Möglichkeit des Mitglieds bei Erhebung eines Zusatzbeitrages die Krankenkasse ohne Einhaltung einer Bindungsfrist bzw. Bindungsdauer zu kündigen, besteht bereits seit Einführung des Zusatzbeitrages. Diese Konstellation wird nun für alle Krankenkassen auftreten, die einen Zusatzbeitragssatz zum Ausgleich der wegfallenden 0,9 Prozentpunkte erheben müssen. Damit kann es zum 01.01.2015 zu einer erheblichen Unruhe in der Mitgliederbewegung kommen. Aus unserer Sicht wäre es zielführend, ein solches Sonderkündigungsrecht bei der Einführung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge nur dann zu gewähren, wenn dieser den aktuell gültigen nicht-paritätisch finanzierten Beitragssatzanteil von 0,9 Prozentpunkten überschreitet und folglich nicht allein auf eine Absenkung des einheitlichen Beitragssatzes zurückzuführen ist.

Es bietet sich außerdem an, das Sonderkündigungsrecht und die dem vorangeschaltete Hinweispflicht der Krankenkasse an den Zeitpunkt zu knüpfen, zu dem der Zusatzbeitrag bzw. die Zusatzbeitragssatzerhöhung wirksam wird. Gleichzeitig sollte deutlich gemacht werden, dass die Hinweispflicht auch im Rahmen einer Bekanntgabe des Zusatzbeitrags bzw. der Zusatzbeitragssatzerhöhung in Mitgliederzeitschriften erfüllt werden kann.

Änderungsvorschlag

§ 175 Abs. 4 SGB V wird wie folgt geändert: Satz 4 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 zu

zwei Wochen nach dem Hinweis der Krankenkasse über eine Beitragserhebung oder Beitragssatzerhöhung gekündigt werden. Dies gilt für eine Beitragssatzerhebung oder Beitragssatzerhöhung zum 01.01.2015 nur dann, wenn der Zusatzbeitrag 0,9 v. H. übersteigt.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 269 SGB V: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte und Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 2-4, 6

Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf sieht die Einführung von Sonderregelungen für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte zum Ausgleichsjahr 2015 vor. Diese werden erst im Jahresausgleich umgesetzt.

Die Krankengeldzuweisungen sollen sich in Zukunft zur einen Hälfte nach dem aktuell gültigen Zellansatz und zur anderen Hälfte an den tatsächlichen Krankengeldausgaben einer Kasse bemessen. Der Zuweisungsmechanismus sieht damit einen partiellen Ist-Kostenausgleich vor.

Für die Auslandsversicherten soll die Summe der GKV-weiten Zuweisungen auf die tatsächlich gemeldeten Leistungsausgaben für Auslandsversicherte begrenzt werden. Die Abgrenzung dieser Leistungsausgaben soll durch den GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem BVA festgelegt werden.

Zur langfristigen Verbesserung der Zielgenauigkeit in den Bereichen Krankengeld und Auslandsversicherte sollen vom BVA Gutachten in Auftrag gegeben werden, die auch zusätzliche Bestimmungsfaktoren und die Notwendigkeit einer Verbreiterung der Datengrundlage untersuchen sollen. Die entsprechenden Gutachten sind bis zum 31.12.2015 abzuschließen.

Bewertung

Die Übergangsregelung der Bundesregierung für die Krankengeldzuweisungen wird von den Innungskrankenkassen grundsätzlich mitgetragen, weil wir sie für zielgenauer als das bestehende Zuweisungsmodell erachten. Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind geeignet, eine vorübergehende Annäherung der Deckungsquoten im Bereich des Krankengeldes zu erreichen, indem Über- und Unterdeckungen halbiert werden. Die Innungskrankenkassen mit Ausnahme der IKK Nord stehen der RSA-fremden Einführung eines Ausgleichs von Ist-Kosten im Krankengeldbereich kritisch gegenüber. Die gewähl-

te Regelung kann daher nur eine Übergangslösung darstellen, die zwangsweise zu ersetzen ist. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist es daher unumgänglich, die vorgesehene Übergangslösung zu befristen. Wir schlagen dafür den 31.12.2016 vor. Nach Ablauf dieser Frist ist durch die Vorlage der explorativen Gutachten klar, ob eine Ablösung der geplanten Sonderregelungen überhaupt realistisch ist und inwieweit sich die vorgesehenen Sonderregelungen bewährt haben.

Die Notwendigkeit einer Sonderregelung für Auslandsversicherte ergibt sich nach Auffassung der Bundesregierung aus den Ergebnissen des Evaluationsgutachtens zum Morbi-RSA, das von einer erheblichen und strukturell bedingten Überdeckung für Auslandsversicherte ausgeht. Das Evaluationsgutachten bildet die Deckungsquoten für Auslandsversicherte auf zwei Arten ab: Zum einen über einen Abgleich der Zuweisungshöhe mit den tatsächlich erfassten Leistungsausgaben dieser Versicherten, zum anderen durch einen Vergleich der Zuweisungen mit den im Ausland erbrachten und von der GKV erstatteten Leistungen. In beiden Fällen attestiert der Evaluationsbericht dem aktuellen Verfahren für den Jahresausgleich 2009 eine deutliche Überdeckung (539,7% bzw. 172,9%), wobei zumindest letztere Deckungsquote im Zeitverlauf stark abnimmt und für 2012 noch bei rd. 105% liegt.

Unklar ist daher zunächst, ob es sich bei der beabsichtigten Begrenzung auf die versichertenbezogen erfassten Ausgaben um Auslandsleistungen aus der Satzart 700 handelt, oder um die bei der Kasse in der Jahresrechnung erfassten Ausgaben für Auslandsleistungen.

Unabhängig davon sind beide Berechnungsansätze aber methodisch aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht haltbar. Die für den RSA erfassten Leistungsausgaben sind in jedem Fall deutlich zu niedrig, weil es insbesondere bei der Abrechnung von Auslandsleistungen zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen kommen kann, die häufig erst zwei bis drei Jahre nach der Leistungsanspruchnahme erfolgt. Die erfassten Leistungsausgaben spiegeln folglich nicht die tatsächlichen Leistungsausgaben der Auslandsversicherten wider; eine auf diesem Wege gewonnene Deckungsquote weist also zwangsweise Überdeckungen auf.

Auch der Vergleich mit den im Ausland verursachten Leistungen, die zulasten der GKV abgerechnet werden, ist zu kurz gegriffen. Neben den gerade dargelegten Abrechnungsverzögerungen wird innerhalb der Konten für Auslandsleistungen auch nicht zwischen Ausgaben, die durch kurzzeitige Auslandsaufenthalte verursacht wurden und Ausgaben, die durch die Gruppe der Auslandsversicherten entstehen, unterschieden. Zudem werden auch von Auslandsversicherten Leistungen im Inland in Anspruch genommen, für sogenannte Grenzgänger ist dies sogar der Regelfall. In jedem Fall kann auch hier nicht davon ausgegangen werden, dass die so berechnete Deckungsquote die

reale Deckungsquote der Auslandsversicherten abbildet. Die Innungskrankenkassen können daher derzeit keinen Anlass erkennen, von einer gesicherten Überdeckung auszugehen.

Der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats zielte darauf ab, die versichertenbezogene Zielgenauigkeit des Verfahrens zu erhöhen. Um diese zu messen, benötigt man den Deckungsbeitrag eines jeden Auslandsversicherten. Auf Grund der verzögerten Abrechnung von im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen und der zum Teil nicht versichertenbezogenen Erfassung (z.B. auf Grund von Gruppenpauschalen) liegt dieser aber nicht vor. Daher kann die Zielgenauigkeit der Auslandsversicherten auch nach Beendigung des Jahresausgleichs derzeit versichertenbezogen nicht beurteilt werden.

Eine Begrenzung des Verteilungsvolumens bei gleichzeitiger Beibehaltung der aus der Referenzgruppe gewonnenen Gewichtungsfaktoren würde hingegen bestehende Unterdeckungen verstärken. Die Folge der Gutachtenempfehlung wäre daher nicht zielgenauere Zuweisungen sondern nur (vermutlich) geringere Zuweisungen für alle Auslandsversicherten.

In der Summe erwarten die Innungskrankenkassen durch die beabsichtigte Neuregelung eine erhebliche Unterdeckung für Auslandsversicherte und damit einhergehend erhebliche Anreize zur Risikoselektion. Wir lehnen daher eine solche willkürliche Begrenzung des Zuweisungsvolumens ab und plädieren dafür, bis zur Vorlage des unter § 269 Abs. 3 SGB V beschriebenen Gutachtens keine Änderungen im derzeit gültigen Zuweisungsmechanismus für Auslandsversicherte vorzunehmen.

Die Innungskrankenkassen unterstützen die Initiative des GKV-Spitzenverbandes, das RSA-Clearingverfahren dauerhaft rechtlich im § 269 SGB V zu verankern. Seit der Einführung des RSA-Clearingverfahrens hat sich die Zahl der Versicherten mit doppelten bzw. überschneidenden Versicherungszeiten in der GKV von rd. 200.000 mehr als halbiert. Doppelte Versicherungsverhältnisse sind aus Sicht der Praxis auch in Zukunft nicht völlig auszuschließen. Der Verzicht auf ein Versichertenclearing würde die Fallzahlen zwangsläufig wieder ansteigen lassen. Daher ist aus Sicht der Innungskrankenkassen eine Zementierung des RSA-Clearingverfahrens als einem den amtlichen RSA-Datenmeldungen vorgelagerten und auf Dauer angelegten Regelverfahren durch die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Änderungen in § 268 Abs. 3 Satz 8 SGB V und die Ergänzung in § 30 Abs. 5 RSAV sehr zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

§ 269 Abs. 1 SGB V wird in Satz 1 nach dem Wort „Krankengeldes“ um die Wörter „bis zum 31.12.2016“ ergänzt.

§ 41 Abs. 1 Satz 3 wird nach den Worten „ist für jede Krankenkasse“ die Wörter „bis zum 31.12.2016“ ergänzt.

§ 269 Abs. 2 SGB V und § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV werden gestrichen.

Das RSA-Clearingverfahren wird rechtlich dauerhaft festgeschrieben.

Zu Artikel 13 (Änderung des Medizinproduktegesetzes)

§ 42 Abs. 2 Nr. 16 MPG

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung möchte die Möglichkeit schaffen, eine nicht erlaubte Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarmen oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten als Ordnungswidrigkeit zu ahnden.

Bewertung

Der Regelung ist zuzustimmen. Es ist im Interesse der Patientinnen und Patienten, dafür Sorge zu tragen, dass Aufbereitungen von Medizinprodukten, die keimarm oder steril sein müssen, nicht nur verboten, sondern auch strafbewährt sind. Indem die Bundesregierung dies nun im MPG normiert, wird eine Regelungslücke geschlossen.

Änderungsvorschlag

Keiner.