

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

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

A. Problem und Ziel

Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt. In der Folge konnten die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds Finanzreserven aufbauen. Trotz der derzeit guten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ist davon auszugehen, dass perspektivisch die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds übersteigen werden.

Eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung kann nur mit einer wettbewerblichen Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung und einer umsichtigen Ausgabenpolitik gewährleistet werden. Darüber hinaus ist eine beschäftigungsfreundliche Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen sicherzustellen, um negative Effekte steigender Gesundheitsausgaben auf Beschäftigung und Wachstum zu vermeiden.

Daher ist es notwendig, dass Zusatzbeiträge in Zukunft ein etabliertes Instrument der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Um eine bessere Ausgewogenheit zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb zu erreichen, ist es notwendig, dass die Zusatzbeiträge tatsächlich erhoben werden. Die bisherige Situation, dass einzelne Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben mussten, während viele Krankenkassen aufgrund ihrer Finanzsituation auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen verzichten konnten, hat zu einer ungewollten Dominanz des Preiswettbewerbs geführt und den Wettbewerb auf der Leistungsseite, insbesondere um mehr Qualität in der Versorgung und Bemühungen um eine stärker präventive und sektorenübergreifende Ausrichtung des Gesundheitswesens, in den Hintergrund rücken lassen.

Zudem machten Krankenkassen mit hohen Überschüssen und hohen Finanzreserven – insbesondere zur mittelfristigen Vermeidung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge – nur in vergleichsweise geringem Umfang von der Möglichkeit Gebrauch, ihre Mitglieder durch die Auszahlung von Prämien oder durch zusätzliche Satzungsleistungen an der positiven Finanzentwicklung zu beteiligen. Das hatte zur Folge, dass sich die Finanzreserven der Krankenkassen höchst unterschiedlich entwickelten, differenzierte Preissignale an die Versicherten jedoch weitestgehend unterblieben.

Bei einer Neugestaltung der Finanzierungsgrundlagen ist sicherzustellen, dass die Beitragsautonomie der Krankenkassen weiter gestärkt wird und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen mit dem Ziel einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung stattfindet. Hieraus resultierende Anreize für Risikoselektion und damit einhergehende Wettbewerbsverzerrungen sind auszuschließen.

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) beim Bundesversicherungsamt hat mit Datum vom 22. Juni 2011 einen Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich erstellt. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) gegenüber dem bis zum Jahr 2008 bestehenden RSA die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben insgesamt erhöht hat. Der Beirat hat dabei u.a. die Zuweisungen für die Auslandsversicherten und die Zuweisungen für Krankengeld im Hinblick auf ihre Zielgenauigkeit untersucht. Der Morbi-RSA wird auf dieser Grundlage weiterentwickelt.

Die gesetzlichen Regelungen zum Kranken- und Pflegeversicherungsschutz für Beziehende von Arbeitslosengeld II sind zum Teil sehr komplex und verursachen in der Praxis hohen Bearbeitungsaufwand. Grundsätzlich sind erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung, soweit sie nicht familienversichert sind. Die notwendige Prüfung, ob eine vorrangige Familienversicherung vorliegt, ist – wie auch eine Prüfung des Bundesrechnungshofes bestätigt hat – für die Jobcenter und die Krankenkassen verwaltungsaufwändig und fehleranfällig. Die Jobcenter, die die Höhe der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge der Beziehenden von Arbeitslosengeld II ermitteln, müssen außerdem prüfen, ob neben dem Bezug von Arbeitslosengeld II weitere beitragspflichtige Einnahmen erzielt wurden. Sie müssen zudem berücksichtigen, wenn Arbeitslosengeld II nur während eines Teils des Monats bezogen wurde. Diese Prüfungen sind wegen der Komplexität der rechtlichen Regelungen ebenfalls verwaltungsaufwändig und fehleranfällig.

Durch eine konsequente Qualitätsorientierung der Gesundheitsversorgung sollen Verbesserungspotentiale im ambulanten und im stationären Bereich aufgedeckt und genutzt werden. Um die Versorgung auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern, müssen die strukturellen Voraussetzungen für eine stringente Qualitätsorientierung gestärkt und der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Festlegung von Qualitätsanforderungen besser und dauerhaft wissenschaftlich unterstützt werden.

B. Lösung

Mit dem Gesetzentwurf werden die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Qualität der Versorgung nachhaltig gestärkt und auf eine dauerhaft solide Grundlage gestellt.

Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz wird bei 14,6 Prozent festgesetzt und der Arbeitgeberanteil bleibt bei 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben. Die im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) erfolgte Entkopplung der Lohnzusatzkosten von den Gesundheitsausgaben bleibt damit bestehen.

Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag und der damit verbundene steuerfinanzierte Sozialausgleich werden abgeschafft. Die Krankenkassen erheben den Zusatzbeitrag zukünftig als prozentualen Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen. Mit diesen Maßnahmen wird der Solidarausgleich bei den Zusatzbeiträgen zukünftig innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung organisiert. Ein Sozialausgleich und damit verbundene Mehrbelastungen des Bundeshaushalts sind nicht mehr erforderlich.

Durch die Abschaffung des durch die Mitglieder zu tragenden Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten wird der Beitragssatz der Arbeitnehmer von heute 8,2 Prozent auf 7,3 Prozent reduziert. Die daraus resultierende Unterdeckung in Höhe von jährlich rund 11 Milliarden Euro soll durch kassenindividuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge gedeckt werden. Dadurch wird der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt gestärkt. Die Verwendung von Finanzreserven seitens der Krankenkassen wird

hierbei dazu beitragen, den Anstieg der Zusatzbeiträge in den nächsten Jahren zu begrenzen. Die mit diesen Maßnahmen einhergehende Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen wird für viele Beitragszahlerinnen und -zahler im Jahr 2015 zu Entlastungen führen. Wegen der stark unterschiedlichen Höhe der durchschnittlichen Einkommen der versicherten Mitglieder müssten Krankenkassen mit überdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern beim gleichen Finanzierungsbedarf einen geringeren einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben als Krankenkassen mit unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern. Damit dies nicht zu Risikoselektionsanreizen und Wettbewerbsverzerrungen führt, wird ein unbürokratischer und vollständiger Einkommensausgleich eingeführt. Damit wird sichergestellt, dass sich der Wettbewerb an den Bedürfnissen der Versicherten orientiert und sich die Krankenkassen um eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung bemühen.

Auf der Grundlage der Analysen und Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt vom 22. Juni 2011 zum Krankengeld und zu den Auslandsversicherten werden Sonderregelungen zur Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen in diesen Bereichen eingeführt.

Die gesetzlichen Regelungen zum Kranken- und Pflegeversicherungsschutz für Beziehende von Arbeitslosengeld II werden einer erheblichen Rechts- und Verwaltungsvereinfachung unterzogen. Zukünftig werden alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach dem SGB II, die Arbeitslosengeld II beziehen, in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung einheitlich versicherungspflichtig, soweit sie nicht privat kranken- und pflegeversichert oder dem System der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zuzuordnen sind. Die Familienversicherung ist nicht mehr vorrangig vor der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II. Für jeden Monat, in dem Arbeitslosengeld II bezogen wird, gilt zukünftig eine pauschale beitragspflichtige Einnahme, deren Höhe unabhängig davon ist, für wie viele Tage Arbeitslosengeld II bezogen wird und ob daneben noch weitere beitragspflichtige Einnahmen erzielt werden. Dadurch werden mehr Beziehende von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig und sind bei der Berechnung der Beiträge zu berücksichtigen. Der neue pauschalierte Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung für Beziehende von Arbeitslosengeld II ist dabei finanzneutral ausgestaltet. Die Beitragszahlung erfolgt durch die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger an den Gesundheitsfonds.

Zur Stärkung der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Aufgabe des Institutes ist es, sich wissenschaftlich mit der Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu befassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss die notwendigen Entscheidungsgrundlagen für die von ihm zu gestaltenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu liefern.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Aus den Maßnahmen dieses Gesetzentwurfes ergeben sich finanzielle Auswirkungen insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung und den Bund. Daneben sind mit dem Gesetzentwurf finanzielle Auswirkungen für die Bundesagentur für Arbeit verbunden.

1. Bund

Der Bund wird durch die Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens entlastet, da die dafür bisher anzusetzenden Bundesmittel (§ 221b a.F. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) nicht mehr benötigt werden. Die Höhe der Zahlungen zum Sozialausgleich wäre im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt worden.

2. Länder und Gemeinden

Für Länder und Gemeinden ergeben sich durch diesen Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Auswirkungen.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Reduzierung des durch die Mitglieder zu tragenden Beitragssatzanteils von 8,2 auf 7,3 Prozent Mindereinnahmen in einer Größenordnung von jährlich 11 Milliarden Euro. Diese Belastung kann durch die Erhebung prozentualer Zusatzbeiträge kompensiert werden.

4. Gesetzliche Rentenversicherung

Für die gesetzliche Rentenversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen. Zu den für die Rentenversicherungsträger durch diesen Gesetzentwurf entstehenden Einsparungen im Vollzugsaufwand siehe unter Erfüllungsaufwand.

5. Bundesagentur für Arbeit

Für die Bundesagentur für Arbeit, die die Zusatzbeiträge für Beziehende von Arbeitslosengeld trägt, führt die Einführung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge zu Belastungen im Jahr 2016 von 30 Millionen Euro, im Jahr 2017 von 70 Millionen Euro und im Jahr 2018 von 130 Millionen Euro.

6. Gesetzliche Unfallversicherung

Für die gesetzliche Unfallversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen.

7. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch die Abführung der Zusatzbeiträge im Quellenabzug von einem erheblichen jährlichen Zeit- und Sachaufwand entlastet. Darüber hinaus werden Beziehende von Arbeitslosengeld II, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, durch die Einführung eines einheitlichen Versichertenstatus ab dem Jahr 2016 von Nachweispflichten im Zusammenhang mit der Prüfung der Familienversicherung durch die gesetzlichen Krankenkassen entlastet.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Ein geringer einmaliger Umstellungsaufwand entsteht durch den Quellenabzug der Zusatzbeiträge für die Arbeitgeber, der in vielen Fällen bereits von den IT-Wartungsverträgen erfasst wird.

Durch die Abschaffung des bisher noch nicht durchgeführten, aber künftig ohne Gesetzesänderung zu erwartenden Sozialausgleichsverfahrens entfallen für Arbeitgeber insbesondere folgende Meldepflichten und Dialogverfahren:

- die Meldung bei Mehrfachbeschäftigung bzw. bei mehreren sozialversicherungspflichtigen Einnahmen des Beschäftigten zur Prüfung der Anspruchsberechtigung auf Sozialausgleich durch die Krankenkassen; hieraus ergibt sich eine Entlastung von ca. 3 Millionen Euro jährlich,
- die Verpflichtung der Arbeitgeber, im Beitragsnachweis den Betrag gesondert nachzuweisen, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs als Beitrag zu zahlen wäre,
- die Verarbeitung der Meldung der Krankenkasse, wenn aufgrund mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen kein Sozialausgleich durchzuführen bzw. ein erhöhter Beitrag abzuführen wäre, sowie weitere Informationspflichten, die bei der Durchführung des Sozialausgleichs besonderer Mitgliedergruppen angefallen wären (unständig Beschäftigte, Beschäftigte, bei denen der Sozialausgleich nur unvollständig ausgeführt werden kann).

Entlastungen ergeben sich durch den Wegfall der monatlichen Meldungen bei angenommenen Mehrfachbeschäftigten in der Gleitzone und bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenzen in Höhe von rd. 22,395 Millionen Euro pro Jahr.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Es entsteht ein Erfüllungsaufwand für Gutachten in Höhe von 244 500 Euro, die das Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Morbi-RSA in Auftrag zu geben hat. Dem Bundesversicherungsamt entsteht ein derzeit nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand durch die Durchführung des Einkommensausgleichs sowie die satzungsrechtliche Genehmigung von Zusatzbeiträgen, dem ein Entfall von Erfüllungsaufwand durch die Abschaffung des Sozialausgleichs gegenüber steht. Der dem Bundesversicherungsamt entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.

Die Krankenkassen werden durch die Abführung der Zusatzbeiträge im Quellenabzug von einem Personalaufwand je Mitglied von 13 Minuten, insgesamt in Höhe von ca. 500 Millionen Euro und einem Sachaufwand von rund 100 Millionen Euro entlastet. Die Krankenkassen werden durch den Wegfall der monatlichen Meldungen bei angenommenen Mehrfachbeschäftigten in der Gleitzone und bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenzen von rd. 8,709 Millionen Euro pro Jahr entlastet.

Durch die Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens entfallen verschiedene laufende Meldepflichten und Dialogverfahren für die Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit, die Künstlersozialkasse und die Krankenkassen (vgl. E.2). Der erheblichen Verwaltungsentlastung stehen Umstellungsaufwände gegenüber, bei der Bundesagentur für Arbeit in Höhe von rd. 400 000 Euro.

Bei den genannten Sozialversicherungsträgern und der Künstlersozialkasse entstehen geringe einmalige Umstellungsaufwände durch den Quellenabzug der Zusatzbeiträge und für die Einrichtung entsprechender Dialogverfahren; bei der Bundesagentur für Arbeit fällt ein Umstellungsaufwand von 300 000 Euro an. Laufender Erfüllungsaufwand entsteht durch die Berücksichtigung geänderter Zusatzbeiträge.

Infolge der Rechtsvereinfachung bei der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung für Beziehende von Arbeitslosengeld II fällt ein einmaliger Umstellungsaufwand für die Bundesagentur für Arbeit in Höhe von 1,2 Millionen Euro und für die zugelassenen kommunalen Träger von rd. 150 000 bis 200 000 Euro an.

Bezogen auf die Jobcenter entstehen Entlastungen durch die Rechtsvereinfachung bei der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung der Beziehenden von Arbeitslosengeld II in einer nur grob abschätzbaren Größenordnung von rd. 26 Millionen Euro pro Jahr.

Unter Zugrundelegung der Annahme, dass sich der Aufwand der gesetzlichen Krankenkassen durch die entfallende Prüfung des Vorrangs der Familienversicherung in vergleichbarem Umfang wie bei den Jobcentern reduziert, ist von einer Entlastung in Höhe von 3,3 Millionen Euro pro Jahr auszugehen; der einmalige Umstellungsaufwand für die Krankenkassen aufgrund der Pauschalierung der Beiträge für die Beziehenden von Arbeitslosengeld II bewegt sich in ähnlicher Größenordnung wie bei der Bundesagentur für Arbeit und den zugelassenen kommunalen Trägern.

Geringer Erfüllungsaufwand ergibt sich für die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger durch die Anpassung der Beitragsnachweisgrundsätze.

Durch die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzliche jährliche Ausgaben im geschätzten unteren einstelligen Millionenbereich. Die Kosten des neuen Instituts werden ab dem Zeitpunkt, ab dem es die bisherigen sowie einige neue Aufgaben zur wissenschaftlichen Unterstützung der Qualitätssicherung erfüllt, auf insgesamt bis zu 14 Millionen Euro jährlich geschätzt. Grundlage der Schätzung sind die Erfahrungen mit der Gründung und den Kosten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie mit dem bisher beauftragten Qualitätsinstitut.

Beim Gemeinsamen Bundesausschuss entsteht durch die Einrichtung des Instituts ein einmaliger Umstellungsaufwand für die Stiftungsgründung und den Institutsaufbau in Höhe von geschätzt rd. 215 000 Euro. Diesem steht der Wegfall des Erfüllungsaufwands für die nach geltendem Recht regelmäßig notwendige und sehr aufwändige europaweite Neuausschreibung und Vergabe der Institutsaufgaben in Höhe von jährlich 100 000 Euro gegenüber. Der Erfüllungsaufwand durch die Umsetzung neuer Aufgaben des Instituts ist wegen der notwendigen Vorfestlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses derzeit nicht quantifizierbar.

F. Weitere Kosten

Kosten, die über die oben aufgeführten Kosten und Erfüllungsaufwände hinausgehen, entstehen durch den Gesetzentwurf nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Berlin,

5. Mai 2014

DIE BUNDESKANZLERIN

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Prof. Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

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

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage 2 beigefügt.

Der Gesetzentwurf ist dem Bundesrat am 11. April 2014 als besonders eilbedürftig zugeleitet worden.

Die Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf sowie die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates werden unverzüglich nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Angela Merkel

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung

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

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2013 (BGBl. I. S. 4382) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 5 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2a werden die Wörter „, soweit sie nicht familienversichert sind“ gestrichen.
 - b) In Nummer 11a wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
2. In § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird nach der Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 2,“ die Angabe „2a,“ eingefügt.
3. In § 53 Absatz 8 Satz 4 werden die Wörter „einschließlich Prämienzahlungen nach § 242“ gestrichen.
4. In § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 werden die Wörter „und der nach § 10“ gestrichen.
5. In § 136 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 137a Absatz 3“ ersetzt.
6. In § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „§ 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 137a Absatz 3“ ersetzt.
7. § 137a wird wie folgt gefasst:

„§ 137a

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im

Gesundheitswesen. Hierzu errichtet er eine Stiftung des privaten Rechts, die Trägerin des Instituts ist.

(2) Der Vorstand der Stiftung bestellt die Institutsleitung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in den Vorstand der Stiftung.

(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 einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
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 in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt werden sowie
7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel 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.

(4) Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen, die unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene 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 einen Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ableh-

nen, es sei denn, das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags. Das Institut kann sich auch ohne Auftrag mit Aufgaben nach Absatz 3 befassen; der Vorstand der Stiftung ist hierüber von der Institutsleitung unverzüglich zu informieren. Für die Tätigkeit nach Satz 4 können jährlich bis zu 10 Prozent der Haushaltsmittel eingesetzt werden, die dem Institut zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Satz 4 sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Veröffentlichung vorzulegen.

(5) Das Institut hat zu gewährleisten, dass die Aufgaben nach Absatz 3 auf Basis der maßgeblichen, international anerkannten Standards der Wissenschaften erfüllt werden. Hierzu ist in der Stiftungssatzung ein wissenschaftlicher Beirat aus unabhängigen Sachverständigen vorzusehen, der das Institut in grundsätzlichen Fragen berät. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats werden auf Vorschlag der Institutsleitung einvernehmlich vom Vorstand der Stiftung bestellt. Der wissenschaftliche Beirat kann dem Institut Vorschläge für eine Befassung nach Absatz 4 Satz 4 machen.

(6) Zur Erledigung der Aufgaben nach Absatz 3 kann das Institut im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss Forschungs- und Entwicklungsaufträge an externe Sachverständige vergeben; soweit hierbei personenbezogene Daten übermittelt werden sollen, gilt § 299.

(7) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind zu beteiligen:

1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
3. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
4. der Verband der privaten Krankenversicherung,
5. die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer,
6. die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe,
7. die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften,
8. das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung,
9. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
10. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
11. zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreter sowie
12. die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind.

(8) Für die Finanzierung des Instituts gilt § 139c entsprechend.

(9) Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts hat der Stiftungsvorstand dafür Sorge zu tragen, dass Interessenkonflikte von Beschäftigten des Instituts sowie von allen anderen an der Aufgabenerfüllung nach Absatz 3 beteiligten Personen und Institutionen vermieden werden.

(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut oder eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle beauftragen, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten auf Antrag eines Dritten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auszuwerten. Jede natürliche oder juristische Person kann hierzu beim Gemeinsamen Bundesausschuss oder einer nach Satz 1 beauftragten Stelle einen Antrag auf Auswertung und Übermittlung der Auswertungsergebnisse stellen. Das Institut oder eine andere nach Satz 1 beauftragte Stelle übermittelt dem Antragstellenden nach Prüfung des berechtigten Interesses die anonymisierten Auswertungsergebnisse, wenn dieser sich bei der Antragstellung zur Übernahme der entstehenden Kosten bereit erklärt hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Verfahrensordnung für die Auswertung der nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten und die Übermittlung der Auswertungsergebnisse unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben und des Gebots der Datensicherheit ein transparentes Verfahren sowie das Nähere zum Verfahren der Kostenübernahme nach Satz 3. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit das für die Wahrnehmung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 3 notwendige Datenschutzkonzept regelmäßig durch unabhängige Gutachter prüfen und bewerten zu lassen; das Ergebnis der Prüfung ist zu veröffentlichen.“

8. In 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „§ 137a Absatz 2 Nummer 1 und 2“ durch die Wörter „§ 137a Absatz 3“ ersetzt.

9. § 171d Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 155 Absatz 4 oder Absatz 5 von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt. Der Darlehensbetrag ist spätestens nach Ablauf von sechs Monaten zurückzuzahlen. Die darlehensweise Inanspruchnahme des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.“

10. § 175 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „gebunden“ die Wörter „, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben“ gestrichen.

bb) Die Sätze 5 bis 7 werden wie folgt gefasst:

„Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird.“

Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 sowie auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.

Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind.“

cc) Satz 10 wird aufgehoben.

b) Absatz 4a wird aufgehoben.

11. § 194 Absatz 1 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242,“

12. § 201 Absatz 4 Nummer 1a wird aufgehoben.

13. § 220 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt jedes Jahr bis zum 15. Oktober für das jeweilige Jahr und für das Folgejahr

1. die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen,
2. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds,
3. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie
4. die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen.

Die Schätzung für das Folgejahr dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes 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 Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen bleiben die Beträge nach § 271 Absatz 1a außer Betracht.“

14. § 221b wird aufgehoben.

15. § 232a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für

jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.“

b) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) Der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Jahr 2018 im Hinblick auf die für die Berechnung maßgebliche Struktur der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II zu überprüfen. Bei Veränderungen ist der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Wirkung zum 1. Januar 2018 neu zu bestimmen. Das Nähere über das Verfahren einer nachträglichen Korrektur bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen.“

16. § 240 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „sofern und solange Mitglieder Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223)“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „247 und 248“ durch die Wörter „247 Satz 1 und 2 und § 248 Satz 1 und 2“ ersetzt.

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

18. §§ 242 und 242a werden wie folgt gefasst:

„§ 242

Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Die Krankenkassen haben den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitragssatz). Der Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken; dabei ist die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen nach § 220 Absatz 2 Satz 2 je Mitglied zugrunde zu legen.

(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitragssatz nach Absatz 1 durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitragssatz bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) Die Krankenkasse hat den Zusatzbeitrag abweichend von Absatz 1 in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu erheben für

1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a,
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 für
6. Beschäftigte, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird.

Auf weitere beitragspflichtige Einnahmen dieser Mitglieder findet der Beitragssatz nach Absatz 1 Anwendung.

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

§ 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, multipliziert mit 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.“

19. § 242b wird aufgehoben.
20. In § 243 Satz 3 wird die Angabe „14,9“ durch die Angabe „14,0“ ersetzt.
21. § 247 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 werden die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ gestrichen.
 - b) Folgender Satz wird angefügt:

„Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an; dies gilt nicht für ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2.“
22. § 248 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 werden die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ gestrichen.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten für Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an.“

23. § 249 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
- b) Absatz 4 wird Absatz 3 und in Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderte“ gestrichen.

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

25. § 250 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 wird das Komma gestrichen.
- b) Nach der Aufzählung werden die Wörter „sowie den Zusatzbeitrag nach § 242“ gestrichen.

26. § 251 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 zweiter Halbsatz wird die Angabe „und Abs. 3“ gestrichen.
- b) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Höhe der vom Bund zu tragenden Zusatzbeiträge für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II wird für ein Kalenderjahr jeweils im Folgejahr abschließend festgestellt. Hierzu ermittelt das Bundesministerium für Gesundheit den rechnerischen Zusatzbeitragssatz, der sich als Durchschnitt der im Kalenderjahr geltenden Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen nach § 242 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Zahl ihrer Mitglieder ergibt. Weicht der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a von dem für das Kalenderjahr nach Satz 2 ermittelten rechnerischen Zusatzbeitragssatz ab, so erfolgt zwischen dem Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt ein finanzieller Ausgleich des sich aus der Abweichung ergebenden Differenzbeitrags. Den Ausgleich führt das Bundesversicherungsamt für den Gesundheitsfonds nach § 271 und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen für den Bund durch. Ein Ausgleich findet nicht statt, wenn sich ein Betrag von weniger als einer Million Euro ergibt.“

- c) Absatz 6 wird aufgehoben.

27. § 252 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach §§ 242, 242a“ gestrichen.
- b) Die Absätze 2a und 2b werden aufgehoben.

- c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Zusatzbeitrag nach § 242, den Verspätungszuschlag nach § 242 Absatz 6“ durch die Wörter „Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung“ ersetzt.
28. In § 255 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach § 242“ gestrichen.
29. § 256 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 werden die Wörter „fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind“ durch die Wörter „am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig“ ersetzt.
- b) In Satz 3 werden die Wörter „; § 28f Absatz 3 Satz 5 des Vierten Buches gilt entsprechend“ gestrichen.
30. § 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.
31. In § 261 Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Zusatzbeitrags“ durch das Wort „Zusatzbeitragssatzes“ ersetzt.
32. In § 266 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „; die Zuweisungen werden jeweils entsprechend § 272 angepasst“ gestrichen.
33. In § 268 Absatz 3 Satz 14 wird vor dem Wort „Verfahren“ das Wort „sowie“ gestrichen und werden nach dem Wort „Datenerhebung“ die Wörter „sowie die Voraussetzungen, unter denen die Herstellung des Versichertenbezugs zulässig ist“ eingefügt.
34. 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.

(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, ist die Höhe der Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppen zu begrenzen.

(3) Das Bundesversicherungsamt gibt Gutachten in Auftrag, mit denen Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen

für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, entwickelt werden sollen. Dabei ist auch zu untersuchen, ob zusätzliche Daten 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. Zur Erfüllung des jeweiligen Gutachtauftrags ist der beauftragten Person oder Personengruppe beim Bundesversicherungsamt Einsicht in die diesem nach § 268 Absatz 3 Satz 7 übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu geben. Zu diesem Zweck ist der beauftragten Person oder Personengruppe bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland ebenso Einsicht in die dieser nach Artikel 35 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1; L 200 vom 7.6.2004, S. 1; L 204 vom 4.8.2007, S. 30) in Verbindung mit Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1) vorliegenden Daten zu geben; Einsicht ist nur in pseudonymisierte oder anonymisierte Daten zu geben.

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

35. 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 beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder durchgeführt.

(2) Die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag nach § 242 erheben, erhalten aus dem Gesundheitsfonds die Beträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder in der Höhe, die sich nach dem Einkommensausgleich ergibt. Die Höhe dieser Mittel für jede Krankenkasse wird ermittelt, indem der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 mit den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und ihrer Mitgliederzahl multipliziert wird.

(3) Weicht der Gesamtbetrag aus den Zusatzbeiträgen 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 der Liquiditätsreserve zugeführt.

(4) Das Bundesversicherungsamt verwaltet für die Zwecke der Durchführung des Einkommensausgleichs die eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen; § 271 Absatz 6 Satz 1 ist entsprechend anzuwenden. 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 ist entsprechend anzuwenden. Das Nähere zur Ermittlung der vorläufigen und endgültigen Mittel, die die Krankenkassen im Rahmen des Einkommensausgleichs erhalten, zur Durchführung, zum Zahlungsverkehr und zur Fälligkeit der Beiträge regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1.“

36. § 271 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Die eingehenden Beträge nach Absatz 1 sind, soweit es sich dabei um Zusatzbeiträge nach § 242 handelt, in voller Höhe für den Einkommensausgleich nach § 270a zu verwenden. Sie sind dem Bundesversicherungsamt als Verwalter der eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen nachzuweisen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Aus der Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde gelegten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 25 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen.“

c) In Absatz 6 werden nach dem Wort „Durchführung“ die Wörter „und Weiterentwicklung“ eingefügt.

37. § 272 wird aufgehoben.

38. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „und die Durchführung des Sozialausgleichs“ gestrichen.

39. § 299 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2“ durch die Wörter „§ 135a Absatz 2, § 136 Absatz 2 oder § 137a Absatz 3“ ersetzt.

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 135a Absatz 2 oder § 136 Absatz 2“ durch die Wörter „§ 135a Absatz 2, § 136 Absatz 2 oder § 137a Absatz 3“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird nach der Angabe „Satz 3“ die Angabe „bis 7“ eingefügt.

40. § 304 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „oder des Risikopools (§ 269)“ gestrichen.

b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 2 können Krankenkassen die rechtmäßig gespeicherten ärztlichen Abrechnungsdaten für Zwecke der Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs länger aufbewahren; sie sind nach spätestens vier Jahren zu sperren und spätestens nach den in der Rechtsverordnung genannten Fristen zu löschen.“

41. Nach § 321 wird folgender § 322 eingefügt:

Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4

Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 28. Februar 2015 übergangsweise ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent sowie für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 übergangsweise weiter ein Gesamtbeitragssatz in Höhe von 8,2 Prozent Anwendung; von diesen gelten jeweils 0,9 Prozentpunkte als Zusatzbeitrag gemäß § 242.“

Artikel 2

Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

In § 40 Absatz 2 Nummer 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch - Grundsicherung für Arbeitsuchende - in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 7. Mai 2013 (BGBl. I S. 1167) geändert worden ist, werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „§ 335 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 1 ist nicht anwendbar, wenn in einem Kalendermonat für mindestens einen Tag rechtmäßig Arbeitslosengeld II gewährt wurde; in den Fällen des § 335 Absatz 1 Satz 2 und des § 335 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 besteht kein Beitragserstattungsanspruch“ eingefügt.

Artikel 3

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

In § 174 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist, werden nach den Wörtern „der gesetzlichen Krankenversicherung“ die Wörter „zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes“ eingefügt und wird die Angabe „§ 241“ durch die Angabe „§§ 241, 242a“ ersetzt.

Artikel 4

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; 2011 I S. 363), 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 Absatz 2 vorliegen, hat die Einzugsstelle nach Eingang der Entgeltmeldungen von Amts wegen die Ermittlung einzuleiten, ob Beiträge zu Unrecht entrichtet wurden. Die Einzugsstelle kann weitere Angaben zur Ermittlung der zugrunde zu legenden Entgelte von den Meldepflichtigen anfordern. Eine Anforderung hat in elektronischer Form durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erfolgen. Dies gilt auch für die Rückübermittlung der ermittelten Gesamtentgelte an die Meldepflichtigen. Die Einzugsstelle hat das Verfahren innerhalb von zwei Monaten nach Vorliegen aller insoweit erforderlichen Meldungen abzuschließen. Das Verfahren gilt für Abrechnungszeiträume ab dem 1. Januar 2015. Das Nähere zum Verfahren, den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen regeln die gemeinsamen Grundsätze nach § 28b Absatz 2.“

3. § 28a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

„10. auf Anforderung der Einzugsstelle nach § 26 Absatz 4 Satz 2,“.

- b) Absatz 4a wird wie folgt gefasst:

„(4a) Der Meldepflichtige erstattet die Meldungen nach Absatz 1 Nummer 10 an die zuständige Einzugsstelle. In der Meldung sind insbesondere anzugeben:

1. die Versicherungsnummer des Beschäftigten,
2. die Betriebsnummer des Beschäftigungsbetriebes,
3. das monatliche laufende und einmalig gezahlte Arbeitsentgelt, von dem Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung für das der Ermittlung nach § 26 Absatz 4 zu Grunde liegende Kalenderjahr berechnet wurden.“

- c) In Absatz 13 Satz 1 werden die Wörter „sowie ein Kennzeichen in den Fällen des § 242b Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches“ gestrichen.

4. § 28f Absatz 3 Satz 5 wird aufgehoben.

5. § 28h Absatz 2a wird aufgehoben.

Artikel 5

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch 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 § 106 Absatz 2 und 3 Satz 1 werden jeweils die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.

2. In § 154 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „um den allgemeinen Beitraganteil“ die Wörter „sowie den durchschnittlichen Zusatzbeitrag“ eingefügt.
3. In § 163 Absatz 10 Satz 3 werden die Wörter „allgemeinen Beitragssatzes“ durch die Wörter „um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatzes“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2a werden die Wörter „soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind“ durch die Wörter „auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist“ ersetzt.
2. In § 57 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „der 30. Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße“ durch die Wörter „das 0,2172fache der monatlichen Bezugsgröße“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und sind abweichend von § 54 Absatz 2 Satz 2 die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen; § 232a Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend“ eingefügt.

Artikel 7

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 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 wie folgt gefasst:

„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 Satz 1 werden die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.

Artikel 8

Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte

In § 35a Absatz 2 Satz 1 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.

Artikel 9

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

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.

Artikel 10

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

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:

1. In § 10 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 2 werden jeweils die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten“ gestrichen.
2. § 16 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ werden durch die Wörter „zuzüglich des Zusatzbeitrages nach § 242 Absatz 1 des Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
 - b) Die Wörter „§§ 223, 234 Absatz 1, die §§ 241, 242 Absatz 6 bis § 242b Absatz 1 und 3, 7 und 8“ werden durch die Wörter „§ 220 Absatz 1 Satz 1, §§ 223, 234 Absatz 1, §§ 241 und 242“ ersetzt.
3. In § 16a Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 57“ durch die Angabe „§ 55“ ersetzt.
4. § 34 Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

Artikel 11

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

§ 12 Absatz 1c Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 13 des Gesetzes vom 28. August 2013 (BGBl. I S. 3395) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung.“

Artikel 12

Änderung des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes

In § 13 Absatz 3 Satz 3 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes 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.

Artikel 13

Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung

§ 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 wie folgt gefasst:

Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung auf Anforderung der Einzugsstelle

Nach Anforderung der Einzugsstelle hat der Arbeitgeber mit der ersten folgenden Lohn- und Gehaltsabrechnung, spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung, die Entgeltmeldungen nach § 28a Absatz 1 Nummer 10 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch an die zuständige Einzugsstelle zu melden.“

Artikel 14

Änderung der Beitragsverfahrensverordnung

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 „zuzüglich der Zusatzbeiträge nach § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 15

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Absatz 5 werden das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Angehörige,“ die Wörter „sowie Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 256a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen,“ angefügt.
2. In § 29 Nummer 4 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie Minderung der Erwerbsfähigkeit“ eingefügt.
3. § 30 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 2 und 5 werden jeweils nach der Angabe „§ 42“ die Wörter „sowie zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 5“ eingefügt.
 - b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

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

4. § 31 Absatz 5 wird wie folgt geändert:

a) Satz 5 wie folgt gefasst:

„Als Leistungsausgaben für die Risikogruppen nach Satz 1 werden die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung gebuchten Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen zu Grunde gelegt; danach sind, entsprechend den Bestimmungen des Kontenrahmens, die Bereiche pauschalierter oder nach dem tatsächlichen Aufwand berechneter Erstattungen an ausländische Versicherungsträger sowie Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.“

b) Folgender Satz 6 wird angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt eine weitergehende oder abweichende Bestimmung der Bereiche, die Aufwendungen für Leistungen im Ausland betreffen, treffen.“

5. § 33 wird wie folgt gefasst:

„§ 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.

(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.

(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 die Zielsetzung nach Absatz 2 Satz 1 zu erreichen.

(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.

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

6. Die §§ 33a bis 34 werden aufgehoben.
7. In § 39 Absatz 5 werden nach dem Wort „Durchführung“ die Wörter „und Weiterentwicklung“ eingefügt.
8. Nach § 39a Absatz 5 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
„Auf die Erhebung des Aufschlags kann ganz oder teilweise verzichtet werden, wenn die Erhebung nach Lage des einzelnen Falls unbillig wäre.“
9. § 40 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:
„3. das Ergebnis nach Nummer 2 durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen und durch die Zahl 12 teilt und für jede Krankenkasse mit der Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, vervielfacht.“
 - b) Nummer 4 wird aufgehoben.
10. § 41 wird wie folgt geändert:
 - a) 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 2neu. Die Summe der Risikozuschläge nach § 31 Absatz 5 Satz 1 ist auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 31 Absatz 5 Satz 5 und 6 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.“
 - b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 wird nach dem Wort „abzieht“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt.
 - bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
„2. das Ergebnis nach Nummer 1 durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen teilt und für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht.“
 - cc) Nummer 3 wird aufgehoben.
 - c) Absatz 4a wird aufgehoben.

11. 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 und teilt diese den Krankenkassen mit; § 39 Absatz 2 gilt entsprechend. Die monatlichen Mittel für jede Krankenkasse für den jeweiligen Ausgleichsmonat ergeben sich, indem die voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen mit dem Zusatzbeitragssatz 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.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der aktuellen Mitgliederzahlen aus den jeweils zum Ersten eines Monats erstellten Monatsstatistiken für die zurückliegenden Monate des Ausgleichsjahres zu den in § 39 Absatz 3 Satz 1 genannten Terminen die vorläufige Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 39 Absatz 3 Satz 5 und Absatz 3a gilt entsprechend.

(4) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das Ausgleichsjahr zu dem in § 41 Absatz 5 Satz 1 genannten Termin die Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 41 Absatz 4 gilt entsprechend.“

Artikel 16

Änderung des Medizinproduktegesetzes

In § 42 Absatz 2 Nummer 16 des Medizinproduktegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 62 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist, wird nach der Angabe „Abs. 5 Nr. 1,“ die Angabe „1a,“ eingefügt.

Artikel 17

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Januar 2015 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2, 4 und 15, Artikel 2 und Artikel 6 treten am 1. Januar 2016 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 13, 16 Buchstabe a, in Nummer 18 § 242a, Nummer 34 sowie Artikel 15 Nummer 2, 4, 5 und 10 Buchstabe a treten am 1. August 2014 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nummer 5 bis 8 und Nummer 39 sowie Artikel 16 treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt. In der Folge konnten die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds Finanzreserven aufbauen. Dies ist einerseits Ergebnis einer robusten gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und andererseits Folge wettbewerbsorientierter Reformen in den letzten Jahren, die zu einer höheren Wirtschaftlichkeit der Versorgung und damit zu einem moderaten Ausgabenwachstum beigetragen haben. Trotz der derzeit guten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ist davon auszugehen, dass perspektivisch die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds übersteigen werden.

Eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung kann nur mit einer wettbewerblichen Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung und einer umsichtigen Ausgabenpolitik gewährleistet werden. Darüber hinaus ist eine beschäftigungsfreundliche Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen sicherzustellen, um negative Effekte steigender Gesundheitsausgaben auf Beschäftigung und Wachstum zu vermeiden.

Daher ist es notwendig, dass Zusatzbeiträge in Zukunft ein etabliertes Instrument der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Um eine bessere Ausgewogenheit zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb zu erreichen, ist es notwendig, dass die Zusatzbeiträge tatsächlich erhoben werden. Die bisherige Situation, dass einzelne Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben mussten, während die meisten Krankenkassen aufgrund ihrer Finanzsituation auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen verzichten konnten, hat zu einer ungewollten Dominanz des Preiswettbewerbs geführt und den Wettbewerb auf der Leistungsseite, insbesondere um mehr Qualität in der Versorgung und Bemühungen um eine stärker präventive und sektorenübergreifende Ausrichtung des Gesundheitswesens, in den Hintergrund rücken lassen.

Zudem machten Krankenkassen mit hohen Überschüssen und hohen Finanzreserven – insbesondere zur langfristigen Vermeidung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge – nur in vergleichsweise geringem Umfang von der Möglichkeit Gebrauch, ihre Mitglieder durch die Auszahlung von Prämien oder durch zusätzliche Satzungsleistungen an der positiven Finanzentwicklung zu beteiligen. Das hatte zur Folge, dass sich die Finanzreserven der Krankenkassen höchst unterschiedlich entwickelten, differenzierte Preissignale an die Versicherten jedoch weitestgehend unterblieben.

Bei einer Neugestaltung der Finanzierungsgrundlagen ist sicherzustellen, dass die Beitragsautonomie der Krankenkassen weiter gestärkt wird und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen mit dem Ziel einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung stattfindet. Hieraus resultierende Anreize für Risikoselektion und damit einhergehende Wettbewerbsverzerrungen sind auszuschließen.

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) beim Bundesversicherungsamt hat mit Datum vom 22. Juni 2011 einen Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich erstellt. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbidi-

RSA) gegenüber dem bis zum Jahr 2008 bestehenden RSA die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben insgesamt erhöht hat. Der Beirat hat dabei u.a. die Zuweisungen für die Auslandsversicherten und die Zuweisungen für Krankengeld im Hinblick auf ihre Zielgenauigkeit untersucht. Der Morbi-RSA wird auf dieser Grundlage weiterentwickelt.

Die gesetzlichen Regelungen zum Kranken- und Pflegeversicherungsschutz für Beziehende von Arbeitslosengeld II sind zum Teil sehr komplex und verursachen in der Praxis hohen Bearbeitungsaufwand. Grundsätzlich sind erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung, soweit sie nicht familienversichert sind. Die notwendige Prüfung, ob eine vorrangige Familienversicherung vorliegt, ist - wie auch eine Prüfung des Bundesrechnungshofes bestätigt hat - für die Jobcenter und die Krankenkassen verwaltungsaufwändig und fehleranfällig. Die Jobcenter, die die Höhe der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge der Beziehenden von Arbeitslosengeld II ermitteln, müssen außerdem prüfen, ob neben dem Bezug von Arbeitslosengeld II weitere beitragspflichtige Einnahmen erzielt wurden. Sie müssen zudem berücksichtigen, wenn Arbeitslosengeld II nur während eines Teils des Monats bezogen wurde. Diese Prüfungen sind wegen der Komplexität der rechtlichen Regelungen ebenfalls verwaltungsaufwändig und fehleranfällig.

Um eine qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtete gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, legt der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage gesetzlicher Rahmenvorgaben die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung fest. Auch wenn die Etablierung qualitätssichernder Maßnahmen in den letzten Jahren verbessert worden ist, gibt es immer wieder Hinweise darauf, dass weiteres Verbesserungspotential besteht. Die Qualitätsorientierung in der medizinischen Versorgung und die Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen muss deshalb gestärkt werden.

Bei der Entwicklung der Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität wird der Gemeinsame Bundesausschuss derzeit durch eine fachlich unabhängige Institution unterstützt, die im Rahmen eines europaweiten Vergabeverfahrens zeitlich befristet beauftragt wird. Es hat sich gezeigt, dass das in regelmäßigen Abständen erforderliche europaweite Ausschreibungsverfahren umfangreiche Arbeitskapazitäten des Gemeinsamen Bundesausschusses und der in ihm tätigen Institutionen blockiert. Auch erfordert dies in der Regel eine längerfristige Planung der zu übertragenden Aufgaben an die Institution, wodurch die Flexibilität bei der Gestaltung der Qualitätssicherung und die Orientierung an aktuellen Herausforderungen beeinträchtigt werden. Hinzu kommt, dass mit jeder Neubeauftragung entwickelte Kompetenzen und Verfahrensmodalitäten zwischen dem Auftraggeber und dem Auftragnehmer verloren gehen können. Notwendig ist daher eine dauerhafte und verlässliche Unterstützung des Gemeinsamen Bundesausschusses durch ein unabhängiges Qualitätsinstitut.

II. Wesentlicher Inhalt des Gesetzentwurfs

Mit dem Gesetzentwurf werden die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig gestärkt und auf eine dauerhaft solide Grundlage gestellt. Dies erfolgt im Wesentlichen durch die folgenden Maßnahmen:

1. Festsetzung des allgemeinen paritätisch finanzierten Beitragssatzes bei 14,6 Prozent

Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz wird bei 14,6 Prozent festgesetzt und der Arbeitgeberanteil bleibt bei 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben. Die im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) erfolgte Entkopplung der Lohnzusatzkosten von den Gesundheitsausgaben bleibt damit bestehen.

2. Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags und des damit verbundenen steuerfinanzierten Sozialausgleichsverfahrens

Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag und der damit verbundene steuerfinanzierte Sozialausgleich werden abgeschafft. Die Krankenkassen erheben den Zusatzbeitrag zukünftig als prozentualen Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen. Mit diesen Maßnahmen wird der Solidarausgleich bei den Zusatzbeiträgen zukünftig innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung organisiert. Ein Sozialausgleich und damit verbundene Mehrbelastungen des Bundeshaushalts sind nicht mehr erforderlich.

3. Einführung kassenindividueller einkommensabhängiger Zusatzbeiträge

Durch die Abschaffung des durch die Mitglieder zu tragenden Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten wird der Beitragssatz der Arbeitnehmer von heute 8,2 Prozent auf 7,3 Prozent reduziert. Die daraus resultierende Unterdeckung in Höhe von jährlich rund 11 Milliarden Euro soll durch kassenindividuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge gedeckt werden. Dadurch wird der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt gestärkt. Die Verwendung von Finanzreserven seitens der Krankenkassen wird hierbei dazu beitragen, den Anstieg der Zusatzbeiträge in den nächsten Jahren zu begrenzen. Die mit diesen Maßnahmen einher gehende Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen wird für viele Beitragszahlerinnen und -zahler im Jahr 2015 zu Entlastungen führen.

4. Einführung eines unbürokratischen und vollständigen Einkommensausgleichs

Wegen der stark unterschiedlichen Höhe der durchschnittlichen Einkommen der versicherten Mitglieder müssten Krankenkassen mit überdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern beim gleichen Finanzierungsbedarf einen geringeren einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben als Krankenkassen mit unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern. Damit dies nicht zu Risikoselektionsanreizen und Wettbewerbsverzerrungen führt, wird ein unbürokratischer und vollständiger Einkommensausgleich eingeführt. Damit wird sichergestellt, dass sich der Wettbewerb an den Bedürfnissen der Versicherten orientiert und sich die Krankenkassen um eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung bemühen.

5. Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Auf der Grundlage der Analysen und Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt vom 22. Juni 2011 zum Krankengeld und zu den Auslandsversicherten werden Sonderregelungen zur Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen in diesen Bereichen eingeführt.

6. Einheitlicher Versichertenstatus und pauschalierter, einheitlicher Beitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung für Beziehende von Arbeitslosengeld II

Die gesetzlichen Regelungen zum Kranken- und Pflegeversicherungsschutz für Beziehende von Arbeitslosengeld II werden einer erheblichen Rechts- und Verwaltungsvereinfachung unterzogen. Zukünftig werden alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach dem SGB II, die Arbeitslosengeld II beziehen, in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung einheitlich versicherungspflichtig, soweit sie nicht privat kranken- und pflegeversichert oder dem System der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zuzuordnen sind. Die Familienversicherung ist nicht mehr vorrangig vor der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II. Für jeden Monat, in dem Arbeitslosengeld II bezogen wird, gilt zukünftig eine pauschale beitragspflichtige Einnahme, deren Höhe unabhängig davon ist, für wie viele Tage Arbeitslosengeld II bezogen wird und ob daneben noch weitere beitragspflichtige Einnahmen erzielt werden. Dadurch

werden mehr Beziehende von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig und sind bei der Berechnung der Beiträge zu berücksichtigen. Der neue pauschalierte Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung für Beziehende von Arbeitslosengeld II ist dabei unter Zugrundelegung der heutigen Struktur der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II finanzneutral ausgestaltet. Die Beitragszahlung erfolgt durch die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger an den Gesundheitsfonds.

7. Zwischenfinanzierung der Kosten von Kassenschließungen oder -insolvenzen

Die bis Ende 2014 befristete Möglichkeit für den GKV-Spitzenverband, im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse zur kurzzeitigen Zwischenfinanzierung von Schließungskosten Kapitalmarktdarlehen aufnehmen zu können, wird durch eine Regelung ersetzt, wonach er Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bis zu einem Betrag von 750 Millionen Euro aufnehmen kann. Der Betrag ist spätestens nach sechs Monaten zurückzuzahlen. Die Mindesthöhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird in diesem Zusammenhang von 20 Prozent auf 25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe angehoben.

8. Gründung eines Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Die Qualitätsorientierung in der ambulanten und stationären Versorgung wird durch die Gründung eines unabhängigen wissenschaftlichen Qualitätsinstitutes gestärkt. Aufgabe dieses Instituts ist es, den Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung zu unterstützen und stärkere Transparenz über die Behandlungsqualität für interessierte Patientinnen und Patienten zu schaffen.

9. Änderung des Medizinproduktegesetzes

Im Medizinproduktegesetz wird die Möglichkeit geschaffen, eine Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarmen oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten, die nicht den durch Rechtsverordnung festgelegten Anforderungen entspricht, als Ordnungswidrigkeit zu ahnden.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung einschließlich Arbeitslosenversicherung), für die Änderungen im SGB II aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 des Grundgesetzes (öffentliche Fürsorge). Für die Änderung des Medizinproduktegesetzes folgt die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt erheblich zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei. Dies betrifft insbesondere die Abschaffung des Sozialausgleichs und Einführung der Abführung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge im Quellenabzug von den beitragsabführenden Stellen. Zudem ist zukünftig von den Jobcentern und den Krankenkassen aufgrund des einheitlichen Versichertenstatus nicht mehr zu prüfen, ob für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II eine Familienversicherung vorrangig durchzuführen ist. Darüber hinaus bewirkt der pauschalierte, einheitliche Beitrag für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II, dass die Jobcenter keine verwaltungsaufwändige und fehleranfällige Berechnung des Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrages mehr vornehmen müssen.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf wurde unter Berücksichtigung der Managementregeln der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft, seine Wirkung entspricht einer nachhaltigen Entwicklung.

Durch den Gesetzentwurf wird die Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig gestärkt und dauerhaft auf eine solide Grundlage gestellt. Zudem wird damit eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Versorgung sichergestellt. Darüber hinaus wird mit dem Gesetzentwurf auch zukünftig eine beschäftigungsfreundliche Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen gewährleistet, um negative Effekte steigender Gesundheitsausgaben auf Beschäftigung und Wachstum zu vermeiden. Der Bundeshaushalt wird durch die neuen Regelungen tendenziell entlastet.

Mit der Gründung eines Qualitätsinstitutes, welches dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermitteln und hierfür geeignete Qualitätsindikatoren und Verfahren zur Messung von Qualität entwickeln soll, werden die Voraussetzungen für eine konsequente Qualitätsorientierung der Leistungserbringer geschaffen und der Qualitätswettbewerb gestärkt. Eine höhere Qualität der Versorgung führt mittel- bis langfristig zu einer wirtschaftlicheren Verwendung der Mittel und zu mehr Nachhaltigkeit im deutschen Gesundheitswesen.

Damit entspricht der Gesetzentwurf insbesondere den Managementregeln 4 und 7 der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Aus den Maßnahmen dieses Gesetzentwurfes ergeben sich finanzielle Auswirkungen insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung und den Bund. Daneben sind mit dem Gesetzentwurf finanzielle Auswirkungen für die Bundesagentur für Arbeit verbunden.

1. Bund

Der Bund wird durch die Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens entlastet, da die dafür bisher anzusetzenden Bundesmittel (§ 221b a.F. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch SGB V) nicht mehr benötigt werden. Die Höhe der Zahlungen zum Sozialausgleich wäre im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt worden.

2. Länder und Gemeinden

Für Länder und Gemeinden ergeben sich durch diesen Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Auswirkungen.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Reduzierung des durch die Mitglieder zu tragenden Beitragssatzanteils von 8,2 auf 7,3 Prozent Mindereinnahmen in einer Größenordnung von jährlich 11 Milliarden Euro. Diese Belastung kann durch die Erhebung prozentualer Zusatzbeiträge kompensiert werden.

4. Gesetzliche Rentenversicherung

Für die gesetzliche Rentenversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen. Zu den für die Rentenversicherungsträger durch diesen Gesetzentwurf entstehenden Einsparungen im Vollzugsaufwand siehe unter Erfüllungsaufwand.

5. Bundesagentur für Arbeit

Für die Bundesagentur für Arbeit, die die Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld trägt, führt die Einführung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge zu Belastungen im Jahr 2016 von 30 Millionen Euro, im Jahr 2017 von 70 Millionen Euro und im Jahr 2018 von 130 Millionen Euro.

6. Gesetzliche Unfallversicherung

Für die gesetzliche Unfallversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen.

7. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung hat der Gesetzentwurf keine unmittelbaren finanziellen Folgen.

4. Erfüllungsaufwand

Bei der Berechnung des Erfüllungsaufwandes sowie der Be- und Entlastungseffekte wurde der Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwandes in Regelungsvorhaben der Bundesregierung des Statistischen Bundesamtes (Stand: Oktober 2012) zugrunde gelegt.

1. Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht durch den Gesetzentwurf kein Erfüllungsaufwand. Vielmehr werden die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Abführung der Zusatzbeiträge im Quellenabzug deutlich entlastet. Müssten sie ihre Zusatzbeiträge selbst an ihre Krankenkasse zahlen, so wäre damit durch den erforderlichen Einkommensnachweis und die Einrichtung eines Dauerauftrages für sie ein jährlicher Zeitaufwand von 11 Minuten und ein Sachaufwand von 0,60 Euro für Briefporto, bei 47 Millionen Mitgliedern also insgesamt ein jährlicher Zeitaufwand von rund 9 Millionen Stunden sowie ein Sachaufwand von 28 Millionen Euro verbunden. Darüber hinaus werden Beziehende von Arbeitslosengeld II, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, durch die Einführung eines einheitlichen Versichertenstatus ab dem Jahr 2016 von Nachweispflichten im Zusammenhang mit der Prüfung der Familienversicherung durch die gesetzlichen Krankenkassen entlastet.

2. Wirtschaft

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden mehrere Informationspflichten abgeschafft. Dies führt zu geringeren Bürokratiekosten für die Wirtschaft und die Verwaltung.

Der einkommensabhängige Zusatzbeitrag wird im Quellenabzug von den beitragsabführenden Stellen abgeführt. 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. Aus dieser Umstellung ergeben sich geringe Einmalkosten für die Arbeitgeber. Zudem ist davon auszugehen, dass diese durch eine Gesetzesänderung entstehenden Umstellungskosten in vielen Fällen von den IT-Wartungsverträgen ohnehin erfasst sind.

Die Arbeitgeber können nach der einmaligen Softwareanpassung zum Jahreswechsel den Zusatzbeitrag im Rahmen des allgemeinen Beitragsverfahrens melden und überweisen.

Durch die Abschaffung des Sozialausgleichs entfallen für Arbeitgeber insbesondere folgende Meldepflichten und Dialogverfahren:

- die Meldung bei Mehrfachbeschäftigung bzw. bei mehreren sozialversicherungspflichtigen Einnahmen des Beschäftigten zur Prüfung der Anspruchsberechtigung auf Sozialausgleich durch die Krankenkassen; hieraus ergibt sich eine Entlastung von ca. 3 Millionen Euro jährlich (Aufhebung § 28a Absatz 1 Nummer 10 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – SGB IV),
- die Verpflichtung der Arbeitgeber, im Beitragsnachweis den Betrag gesondert nachzuweisen, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs als Beitrag zu zahlen wäre (Aufhebung § 28f Absatz 3 Satz 5 SGB IV),
- die Verarbeitung der Meldung der Krankenkasse, wenn aufgrund mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen kein Sozialausgleich durchzuführen bzw. ein erhöhter Beitrag abzuführen wäre, sowie weitere Informationspflichten, die bei der Durchführung des Sozialausgleichs besonderer Mitgliedergruppen angefallen wären (unständig Beschäftigte, Beschäftigte, bei denen der Sozialausgleich nur unvollständig ausgeführt werden kann).

Zusätzlich zu den oben genannten Entlastungen führt der Wegfall der monatlichen Meldungen bei angenommenen Mehrfachbeschäftigten in der Gleitzone und bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenzen zu Einsparungen. Für das bisherige Verfahren für Fälle in der Gleitzone liegt eine Erhebung des Erfüllungsaufwandes durch das Statistische Bundesamt vor. Die bisherigen Kosten betragen 5,147 Millionen Euro im Jahr für rd. 795 000 Fälle. Davon tragen 3,7 Millionen Euro die Arbeitgeber, 1,447 Millionen Euro die Krankenkassen. Das entspricht einer Verteilung der Kosten von rd. 72 Prozent auf die Arbeitgeber und rd. 28 Prozent auf die Krankenkassen. Diese Verteilung kann auch im Weiteren angenommen werden. Die Anzahl der Fälle, die die Beitragsbemessungsgrenzen überschreiten, wird auf rund 4,5 Millionen Fälle geschätzt. Daraus ergibt sich bei gleichbleibendem Aufwand pro Fall von rd. 6,47 Euro wie für Fälle in der Gleitzone ein Erfüllungsaufwand von 29,134 Millionen Euro. Insgesamt beläuft sich der Erfüllungsaufwand für das bisherige Verfahren damit auf 34,281 Millionen Euro im Jahr. Nach der dargestellten Verteilung entfallen davon 24,682 Millionen Euro auf die Arbeitgeber und 9,599 Millionen Euro auf die Krankenkassen.

Das vorgesehene Ersatzverfahren (§ 26 Absatz 4 SGB IV) führt zu einem erheblich niedrigeren Erfüllungsaufwand, da die Entgeltmeldungen den Krankenkassen bereits vorliegen. Einmalige Kosten entstehen mit der Einrichtung des elektronischen Abfrageverfahrens. Für die Arbeitgeber erfolgt dies mit der alljährlichen Softwareanpassung, so dass hier keine zusätzlichen Kosten anzunehmen sind. Die Zahl der Fälle mit einer Mehrfachbeschäftigung liegt schätzungsweise bei rund 10 Prozent der bisherigen Fälle, d.h. bei rd. 529 500 Fällen insgesamt. Bei einem angenommenen Erfüllungsaufwand pro Fall von ca. 6 Euro pro Fall ergibt sich daraus ein neuer Erfüllungsaufwand von rd. 3,177 Millionen

Euro. Dagegen beträgt der derzeitige Erfüllungsaufwand für Personen, die die Gleitzone- oder die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, 34,281 Millionen Euro. Es kommt folglich zu einer Einsparung von rd. 31,104 Millionen Euro pro Jahr. Nach der oben genannten Verteilung entfallen davon 22,395 Millionen Euro auf die Arbeitgeber und 8,709 Millionen Euro auf die Krankenkassen.

3. Verwaltung

a) Bund

Dem Bundesversicherungsamt entsteht ein Aufwand in Höhe von 244 500 Euro infolge der Gutachten, welche im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Morbi-RSA in Auftrag zu geben sind (§ 269 SGB V). Mit Hilfe der Gutachten sollen Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte entwickelt werden. Die Kosten für die ersten beiden explorativen Studien setzen sich zusammen aus Kosten von ca. 150 000 Euro für die Gutachten sowie sonstige Kosten von rd. 94 500 Euro (Tätigkeit entsprechend Entgeltgruppe 13 TVöD für 15 Monate einschließlich anteiliger Sachkostenpauschale). Die dem Bundesversicherungsamt durch das Gutachten entstehenden Kosten werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.

Im Hinblick auf die erforderlichen verfahrensmäßigen und programmtechnischen Anpassungen für die Umsetzung des Einkommensausgleichs (§ 270a SGB V, § 43 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) ist von einem geringen Erfüllungsaufwand für das Bundesversicherungsamt auszugehen. Eine Konkretisierung erfolgt erforderlichenfalls im Haushaltsaufstellungsverfahren. Da durch die Abschaffung des Sozialausgleichs ein zu erwartender erheblicher Erfüllungsaufwand entfällt, ist in der Summe von einer erheblichen Reduzierung des Erfüllungsaufwands auszugehen. Zu berücksichtigen ist, dass der entstehende Aufwand aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt wird.

b) Sozialversicherungsträger, Gemeinsamer Bundesausschuss

Durch die Abführung der Zusatzbeiträge im Quellenabzug werden die Krankenkassen erheblich entlastet. Würden die Zusatzbeiträge nicht im Quellenabzug, sondern alternativ durch die Krankenkassen direkt bei ihren Mitgliedern erhoben, würden bei den Krankenkassen erhebliche Umstellungs- und laufende Kosten anfallen. Die Krankenkassen müssten hier die Einkommen der Mitglieder erfragen, auf Basis dieser Angaben den Zusatzbeitrag berechnen, Rechnungen an die Mitglieder versenden und den Zahlungseingang einschließlich entsprechender Mahnverfahren administrieren. Je Mitglied entstünde den Krankenkassen ein zeitlicher Aufwand von 13 Minuten zuzüglich des Sachaufwands für notwendige Anschreiben und Bescheide und zuzüglich des Verwaltungsaufwands für auftretende Mahnverfahren. Insgesamt wären ein Personalaufwand von rd. 500 Millionen Euro und ein Sachaufwand von rd. 100 Millionen Euro zu veranschlagen.

Bei den Krankenkassen entsteht durch die Einführung des Quellenabzugs bei den Zusatzbeiträgen ein einmaliger Erfüllungsaufwand zur Einrichtung der elektronischen Verarbeitung des prozentualen Zusatzbeitrages und durch die Pflege einer gemeinsamen Beitragsatzdatei sowie durch die Verarbeitung des Zusatzbeitrages laufender Mehraufwand.

Diesem Erfüllungsaufwand bei den Krankenkassen stehen erhebliche Entlastungen gegenüber, die sich aus dem Wegfall des Sozialausgleichs ergeben. Neben entfallenden Meldepflichten bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen von Mitgliedern entfällt für die Krankenkassen auch die Verpflichtung zur Durchführung des Sozialausgleichs bei freiwillig versicherten Mitgliedern und Studenten sowie das Antragsverfahren bei unständig Beschäftigten.

Wie oben bei den Entlastungen der Arbeitgeber dargestellt, führt der Wegfall der monatlichen Meldungen bei angenommenen Mehrfachbeschäftigten in der Gleitzone und bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenzen zu Einsparungen beim Erfüllungsaufwand der Krankenkassen von 8,709 Millionen Euro.

Durch die Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens werden auch die Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit, die Künstlersozialkasse und die Krankenkassen von Bürokratiekosten entlastet, da laufende Meldepflichten und Dialogverfahren entfallen. Der Bundesagentur für Arbeit entstehen durch den Wegfall des Sozialausgleichs einmalige Aufwände in Höhe von rd. 400 000 Euro für die Anpassung des IT-Verfahrens.

Die Umstellung auf den Einzug der Zusatzbeträge über den Quellenabzug führt – ähnlich wie bei den Arbeitgebern – zu einem geringen einmaligen Erfüllungsaufwand für die Einrichtung entsprechender Dialogverfahren. Die Rentenversicherungsträger können die Übergangsregelung für die Monate Januar und Februar 2015 einschließlich der erstmaligen Berücksichtigung der krankenkassenindividuellen Zusatzbeiträge mit geringem Verwaltungsaufwand im Wege des sogenannten Kontoauszugsverfahrens nach § 255 Absatz 1 Satz 2 SGB V umsetzen. Für die Bundesagentur für Arbeit als Träger der Arbeitsförderung ergeben sich durch die Berücksichtigung der Zusatzbeitragssätze der einzelnen Krankenkassen Kosten wegen der erforderlichen IT-Anpassungen für die Leistungsverfahren der Entgeltersatzleistungen einmalig in Höhe von rd. 300 000 Euro und in geringem Umfang höhere laufende Aufwände für die erforderlichen IT-Anpassungen.

Für die Bundesagentur für Arbeit als Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende ergeben sich infolge der IT-Anpassungen beim Leistungsverfahren für das Arbeitslosengeld II Umstellungsaufwand einmalig wegen der Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages im Rahmen von üblichen Parameteränderungen zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Für die zugelassenen kommunalen Träger ergibt sich infolge der IT-Anpassungen beim Leistungsverfahren für das Arbeitslosengeld II ein geringer einmaliger Umstellungsaufwand wegen der Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages.

Aufgrund der Pauschalierung des Beitrags zur gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung für Beziehende von Arbeitslosengeld II entsteht für die Bundesagentur für Arbeit ein einmaliger Umstellungsaufwand von rd. 1,2 Millionen Euro. Für die zugelassenen kommunalen Träger entsteht einmaliger Umstellungsaufwand in Höhe von rd. 150 000 bis 200 000 Euro.

Unter der Annahme, dass die Änderung des Status von bisher Familienversicherten in eine Pflichtmitgliedschaft für die gesetzlichen Krankenkassen mit einem vergleichbaren Aufwand wie insgesamt für die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger verbunden ist, kann auch hier von einem einmaligen Umstellungsaufwand von rd. 1,4 Millionen Euro aufgrund der Pauschalierung des Beitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung für Beziehende von Arbeitslosengeld II ausgegangen werden.

Für die Jobcenter entstehen Entlastungen durch die Rechtsvereinfachung bei der Kranken- und Pflegeversicherung der Beziehenden von Arbeitslosengeld II.

Diese Entlastungen lassen sich aufgrund der Vielschichtigkeit der Auswirkungen im Leistungsverfahren nur sehr grob abschätzen. Eine Grundlage für die Abschätzung bilden die Daten aus dem IT-Verfahren und der Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Grundlage für die Abschätzung sind die beiden Kernelemente der Rechtsvereinfachung. Zum einen führt die Einführung einer Beitragsmonatspauschale insbesondere dazu, dass künftig eine Verrechnung weiterer beitragspflichtiger Einnahmen entfällt. Zum anderen bewirkt die Einführung des einheitlichen Versicherungsstatus, den Wegfall der Vorrangprüfung zu einer Familienversicherung. Für die Abschätzung der Vereinfachungen bei der Verrech-

nung der beitragspflichtigen Einnahmen wurde davon ausgegangen, dass bei ca. 957 000 Leistungsbewilligungen und in ca. 2,9 Millionen Änderungssachverhalten bei einem Aufwand von ca. 5 Minuten pro Sachverhalt sich ein Verwaltungsaufwand von rd. 322 500 Personalstunden ergibt.

Die entfallende Prüfung des Vorrangs der Familienversicherung wird bei rd. 798 000 Einzelsachverhalten im Jahr und einem Aufwand von 5 Minuten pro Sachverhalt ein Verwaltungsaufwand von rd. 66 500 Personalstunden angesetzt.

Unter Berücksichtigung eines Personal- und Sachkostensatzes von 49,70 Euro pro Stunde ergibt sich damit eine Entlastung von rd. 19 333 300 Euro pro Jahr bezogen auf die gemeinsamen Einrichtungen. Bezogen auf die Jobcenter insgesamt ergibt sich damit eine Entlastung in Höhe von 25 906 622 Euro pro Jahr.

Unter Zugrundelegung der Annahme, dass sich der Aufwand der gesetzlichen Krankenkassen durch die entfallende Prüfung des Vorrangs der Familienversicherung in vergleichbarem Umfang wie bei den Jobcentern um rd. 66 500 Personalstunden reduziert, ist unter der Berücksichtigung des o. g. Personal- und Sachkostensatzes von einer Entlastung in Höhe von rd. 3,3 Millionen Euro pro Jahr auszugehen.

Der Erfüllungsaufwand für die Bundesagentur für Arbeit, die Künstlersozialkasse und die DRV-Knappschaft Bahn See wird durch die bestehenden Ansätze vollständig stellen- und geldmäßig abgedeckt.

Geringer nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand ergibt sich für die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger durch die Anpassung der Beitragsnachweisgrundsätze nach § 28b SGB IV.

Durch die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zu bisher entstandenen Ausgaben für die Aufgabenwahrnehmung nach § 137a SGB V jährlich zusätzliche Ausgaben im geschätzten unteren einstelligen Millionenbereich. Das neu zu gründende Institut soll die bisherigen Aufgaben nach § 137a Absatz 2 SGB V sowie einige zusätzliche Aufgaben übernehmen. Die Kosten für das neue Qualitätsinstitut werden ab diesem Zeitpunkt auf insgesamt bis zu rd. 14 Millionen Euro jährlich geschätzt. Die Mehrkosten in Höhe eines unteren einstelligen Millionenbetrages entstehen insbesondere für die Aufgaben, die dem neuen Institut zusätzlich übertragen werden sollen. Die Gründung des Instituts ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss unmittelbar nach Inkrafttreten des § 137a SGB V einzuleiten. Nach der Gründung muss sukzessive das Personal gewonnen und die Infrastruktur des Instituts aufgebaut werden. In der Aufbauphase werden für das Jahr 2015 Kosten in Höhe von bis zu rd. 2 Millionen Euro und für das Jahr 2016 von bis zu rd. 8 Millionen Euro geschätzt. Diese entstehen zusätzlich zu den mindestens bis Ende des Jahres 2015 noch anfallenden Kosten des bisher beauftragten Instituts.

Der Auftrag zur Einrichtung des Qualitätsinstituts verursacht außerdem beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen einmaligen Umstellungsaufwand für die Stiftungsgründung und den Institutsaufbau in Höhe von geschätzt rd. 215 000 Euro. Darin enthalten sind 75 000 Euro Stiftungskapital, rd. 60 000 Euro, die für externe Beratungsleistungen zum Errichtungsgeschäft sowie rd. 80 000 Euro, die für den personellen und finanziellen Aufwand der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss geschätzt werden. Diesem einmaligen Umstellungsaufwand steht der Wegfall des jährlichen Erfüllungsaufwands für die nach geltendem Recht regelmäßig notwendige und sehr aufwändige europaweite Neuausschreibung und Vergabe der Institutsaufgaben gegenüber. Bei geschätzt etwa 400 000 Euro Erfüllungsaufwand für die Durchführung einer europaweiten Ausschreibung und einem Abstand von vier Jahren zwischen den Ausschreibungen wird der künftig entfallende jährliche Erfüllungsaufwand mit rund 100 000 Euro beziffert. Die Schätzung geht dabei von externem Beratungsaufwand insbesondere für die vergaberechtliche Beratung

des Gemeinsamen Bundesausschusses in Höhe von rd. 150 000 Euro sowie von rd. 250 000 Euro für den personellen und finanziellen Beratungsaufwand in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses aus. Noch nicht eingerechnet ist dabei der kaum zu quantifizierende Aufwand für kontinuierlich notwendige Verhandlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses mit dem bisherigen Institut über den Auftragsumfang und ggf. erforderliche Erweiterungen, der künftig wegfällt. Da der bisherige jährliche Erfüllungsaufwand im Falle der Beibehaltung der geltenden Regelung dauerhaft entstünde, ist durch die Umstellung auf ein kontinuierlich arbeitendes Institut von deutlichen Entlastungseffekten auszugehen.

Der Erfüllungsaufwand, der sich durch die Umsetzung der neuen Aufgaben des Instituts ergibt, lässt sich im Einzelnen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht quantifizieren, weil dieser maßgeblich davon abhängt, wie der Gemeinsame Bundesausschuss diese Aufgaben konkret ausgestaltet. So hat dieser zunächst festzulegen, für welche und damit auch für wie viele Bereiche der stationären Versorgung vergleichende Qualitätsbewertungen entwickelt und veröffentlicht werden und wie detailliert diese Vergleiche sein sollen. Auch Auswahl und Umfang der Aufgaben zur Routinedatenauswertung sowie zur Einordnung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln hängen von zahlreichen notwendigen Vorfestlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ab. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass der Erfüllungsaufwand für diese Aufgaben durch die oben geschätzten jährlichen Mehrkosten im unteren einstelligen Millionenbereich abgedeckt ist. Umfasst sind insbesondere zwei neu geschaffene Informationspflichten des Instituts zur Veröffentlichung einrichtungsbezogener Qualitätsvergleiche der stationären Versorgung sowie zur Veröffentlichung von Informationen zu Zertifikaten und Qualitätssiegeln des Gesundheitswesens.

4. Weitere Kosten

Kosten, die über die oben aufgeführten Kosten und Erfüllungsaufwände hinausgehen, entstehen durch den Gesetzentwurf nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfs nicht zu erwarten.

5. Weitere Gesetzesfolgen

Mit dem Gesetzentwurf werden die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig gestärkt und auf eine dauerhaft solide Grundlage gestellt. Sowohl dadurch als auch durch die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen wird zudem eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Versorgung sichergestellt.

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetz keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

VII. Befristung; Evaluation

Eine Befristung der mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen kommt nicht in Betracht. Die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung werden mit den mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen nachhaltig gestärkt und auf eine dauerhaft solide Grundlage gestellt. Sowohl dadurch als auch durch die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen wird zudem eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Versorgung sichergestellt. In § 232a Absatz 1a SGB V wird eine Revisionsklausel vorgesehen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 5)

Zu Buchstabe a

Aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II sind zukünftig alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in der gesetzlichen Krankenversicherung einheitlich versicherungspflichtig, soweit sie nicht privat krankenversichert oder dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Die Familienversicherung ist nicht mehr vorrangig vor der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II. Bisher waren Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II bezogen haben, nur dann versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit sie nicht nach § 10 SGB V vorrangig familienversichert waren. Die notwendige Prüfung, ob eine Familienversicherung vorrangig ist, war für die Jobcenter und die Krankenkassen verwaltungsaufwändig und fehleranfällig. Diese Prüfung entfällt nun für Beziehende von Arbeitslosengeld II. Zukünftig gibt es einen einheitlichen Versicherungspflichttatbestand wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Nummer 2 (§ 10)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Abschaffung des Vorrangs der Familienversicherung in § 5 Absatz 1 Nummer 2a.

Zu Nummer 3 (§ 53)

Als Folgeänderung zur Abschaffung der Möglichkeit der Prämienzahlung nach § 242 Absatz 2 a.F. werden die Regelungen zur Begrenzung der Prämien bei den Wahlтарifen angepasst.

Zu Nummer 4 (§ 92)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Abschaffung des Vorrangs der Familienversicherung in § 5 Absatz 1 Nummer 2a.

Zu Nummer 5 (§ 136)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 137a.

Zu Nummer 6 (§ 137)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neuregelung des § 137a.

Zu Nummer 7 (§ 137a)

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den gesetzlichen Auftrag, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Dabei ist von einem weiten Verständnis der Wissenschaftlichkeit des Instituts auszugehen, das auch die Expertise in der Durchführung von Maßnahmen

der Qualitätsverbesserung sowie methodischen und verfahrenstechnischen Sachverstand umfasst. Das Institut wird sich mit der Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität befassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss notwendige Entscheidungsgrundlagen für die von ihm gemäß § 137 zu gestaltenden Maßnahmen der Qualitätssicherung liefern. Neben den bisherigen Aufgaben nach § 137a werden dem neuen Institut zusätzliche Aufgaben zur Förderung der Qualitätsorientierung der Versorgung übertragen. So gehören die Ermittlung der Versorgungsqualität auch auf der Basis von sogenannten Routinedaten der Krankenkassen nach § 284 Absatz 1 sowie eine bessere Information über die Qualität der Leistungserbringung zu den Aufgaben des Instituts. Der Wechsel zu einer dauerhaften Institutsstruktur sichert die sachgerechte und wirtschaftliche Aufgabenerfüllung und stärkt die fachliche Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Zuarbeit für den Gemeinsamen Bundesausschuss. Durch die nachhaltige Verankerung der Institutsaufgaben kann künftig kontinuierlich auf entwickelte Kompetenzen, Verfahrensabläufe und bereits gewonnene Erkenntnisse zurückgegriffen werden. Diese Kontinuität bei der wissenschaftlichen Unterstützung der Qualitätssicherung ist im Hinblick auf die wachsende Bedeutung von Qualitätsaspekten für die Weiterentwicklung der Versorgung dringend erforderlich.

Zu Absatz 1

Die Regelung in Satz 1 verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss, ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut zu gründen. Diesem Institut obliegen zukünftig umfassende Aufgaben der wissenschaftlichen Unterstützung der Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität. Satz 2 gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss hierzu den Auftrag, eine Stiftung des privaten Rechts zu errichten, welche die Trägerschaft des Instituts übernimmt. Um die Stiftung in dem Umfang, in dem es die Wahrnehmung ihrer Aufgaben für das Institut erfordert, mit der notwendigen Kompetenz auszustatten, schreibt die Regelung die Rechtsfähigkeit der Stiftung vor. Diese Vorgaben orientieren sich an der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 139a Absatz 1 gewählten Organisationsform bei der Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, die sich in der Praxis bewährt hat.

Zu Absatz 2

Die Regelung in Satz 1 sichert die Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit bei der Bestimmung der Leitung des Instituts durch den Vorstand der Stiftung. Das Bundesministerium für Gesundheit bestellt nach Satz 2 auch ein Mitglied des Vorstands. Damit ist das Bundesministerium für Gesundheit auch in die Wahrnehmung der Aufgaben des Stiftungsvorstands einbezogen. Näheres regelt die Satzung der Stiftung des privaten Rechts.

Zu Absatz 3

Absatz 3 Satz 1 nennt die Arbeitsfelder, in denen das Institut im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses tätig wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann danach das Institut in allen Bereichen, in denen er Maßnahmen zur Qualitätssicherung gestaltet (z.B. zur Sicherung der Hygiene), mit Aufgaben insbesondere zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen und zur Darstellung der Versorgungsqualität beauftragen. Damit ist der mögliche Aufgabenbereich des Instituts künftig weiter gefasst als nach der bisherigen Regelung (Absatz 1 bisherige Fassung) mit abschließender Aufzählung der Versorgungsbereiche, für die Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden konnten. Satz 2 konkretisiert insoweit in nicht abschließender Form wichtige Aufgaben, mit denen der Gemeinsame Bundesausschuss das Institut beauftragen soll.

Die Nummern 1 bis 4 entsprechen im Wesentlichen dem Aufgabenkatalog in Absatz 2 der bisherigen Regelung. Der Auftrag nach Nummer 1 zur möglichst sektorenübergreifenden Entwicklung von abgestimmten Indikatoren und Instrumenten zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität belässt die Möglichkeit von notwendigen sektorbezogenen

Entwicklungsaufträgen wie sie z.B. in der zahnärztlichen Versorgung angebracht sein können. Die Aufgaben des Instituts schließen nach dem Wortlaut nunmehr ausdrücklich auch die Entwicklung von Modulen der Patientenbefragung ein, die als ergänzende Informationsquelle zur Qualitätsbewertung gesehen werden. Daneben soll das Institut nach den Nummern 2 bis 4 unter Beachtung des Gebots der Datensparsamkeit die Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung erarbeiten, sich an der Durchführung der externen Qualitätssicherung beteiligen und die Ergebnisse von Maßnahmen der Qualitätssicherung allgemeinverständlich veröffentlichen.

Nummer 5 enthält den zusätzlichen Auftrag, über die Qualität von maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung im Internet durch einrichtungsbezogene, vergleichende Übersichten zu informieren. Diese Übersichten sollen Unterschiede in der Qualität der stationären Versorgung deutlich machen und eine qualitätsorientierte Auswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten fördern. In welchen Leistungsbereichen der Krankenhausversorgung vergleichende Qualitätsübersichten erstellt werden, ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Hinblick auf die Relevanz der Leistung, das vorhandene Verbesserungspotential und das Informationsbedürfnis insbesondere der Patientinnen und Patienten zu bestimmen. Als Grundlage der vergleichenden Übersichten sind geeignete Daten, die in den Qualitätsberichten veröffentlicht werden, heranzuziehen. Der Risikoadjustierung der Daten kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. Sofern sich auch Ergebnisse der Routinedatenauswertung nach Nummer 6 für die Nutzung in den vergleichenden Übersichten zum stationären Versorgungsgeschehen eignen, sollen diese nach der Regelung einbezogen werden. Dies zielt auf einen möglichst hohen Informationsgehalt der Qualitätsvergleiche zur Krankenhausversorgung ab.

Nummer 6 sieht als weitere neue Aufgabe vor, dass das Institut beauftragt werden soll, die Qualität ausgewählter Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung auch auf der Basis von sogenannten Routinedaten der Krankenkassen (z.B. Abrechnungs- und Leistungsdaten), die von ihnen nach § 284 Absatz 1 versicherten- und einrichtungsbezogen erhoben und gespeichert werden, zu ermitteln und für den Gemeinsamen Bundesausschuss als Entscheidungsgrundlage zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung darzustellen. Diese Nutzung von bei den Krankenkassen vorhandenen Daten zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität ergänzt den Erkenntnisgewinn aus spezifischen Qualitätssicherungsdaten. Die Routinedatennutzung soll insbesondere dazu dienen, Qualitätsdefizite möglichst frühzeitig zu erkennen und mit gezielten Qualitätssicherungsmaßnahmen gegensteuern zu können. Die Auswahlentscheidung, bei welchen Leistungen die Qualität auf der Basis von Routinedaten untersucht werden soll, trifft der Gemeinsame Bundesausschuss. Die stärkere Nutzung der bei den Krankenkassen bereits vorliegenden Daten zur Erhebung der Versorgungsqualität hat den Vorteil, dass für die Leistungserbringer kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entsteht. Für die Qualitätserhebungen heranzuziehen sind nach der Regelung allerdings nur solche Routinedaten, welche geeignet sind, Aufschluss über Qualitätsaspekte zu geben. Der Verweis auf § 299 Absatz 1a stellt die notwendige Verknüpfung mit der Rechtsgrundlage für die Nutzung und Übermittlung der nach § 284 Absatz 1 erhobenen und gespeicherten Daten für die Zwecke der Qualitätssicherung her. Damit wird auch klargestellt, dass die von den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nach Maßgabe des § 299 Absatz 1a in Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses festzulegen sind. Die datenschutzrechtlichen Anforderungen nach § 299 Absatz 1 Satz 3 bis 7 gelten hierfür entsprechend; auch die Gebote der Datensparsamkeit und Datensicherheit sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss bei den Entscheidungen zur Nutzung der Routinedaten zu beachten. Dagegen sind die Vereinbarungen nach § 137d zur Qualitätssicherung in Vorsorge und Rehabilitation, die auch in § 299 Absatz 1a genannt sind, ausdrücklich nicht in den Anwendungsbereich der Routinedatennutzung durch das Institut einbezogen. Neben den Qualitätssicherungs- und den Routinedaten der Krankenversicherung soll das Institut, soweit dies zur Erfüllung seiner Aufgaben sachgerecht ist, auch andere Daten und Infor-

mationen berücksichtigen, die bei anderen Stellen (z.B. Registern oder Fachgesellschaften) öffentlich zur Verfügung stehen.

Nach Nummer 7 soll das Institut den Auftrag erhalten, Bewertungskriterien für die Vielfalt von Zertifikaten und Qualitätssiegeln im Gesundheitswesen (z.B. Hygienesiegel) zu erarbeiten und auf der Basis dieser Kriterien allgemeinverständlich über den Gehalt der Zertifikate zu informieren. Die Bewertungskriterien und Informationen zu den Zertifikaten und Siegeln bieten Hilfestellung für Patientinnen und Patienten bei der Beurteilung, welche Aussagen einer Zertifizierung in Bezug auf Qualität entnommen und welche Schlüsse aus einem Zertifikat gerade nicht abgeleitet werden können. Dadurch wird Transparenz über die Aussagekraft von Zertifikaten und Qualitätssiegeln hergestellt und ihre Einordnung ermöglicht.

Satz 3 übernimmt mit redaktionellen Änderungen die Regelung des bisherigen Absatz 2 Satz 2, der die Fälle betrifft, in denen weitere Einrichtungen z.B. die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Nummer 1 mitwirken. Danach wird die Bindungswirkung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung über § 91 Absatz 6 hinaus auch auf diese Einrichtungen erstreckt.

Zu Absatz 4

Satz 1 gibt den Organisationen, die den Gemeinsamen Bundesausschuss bilden, den unparteiischen Mitgliedern des Gemeinsamen Bundesausschusses, dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen das Recht, beim Gemeinsamen Bundesausschuss die Beauftragung des Instituts nach Absatz 1 zu beantragen. Die Antragsberechtigten erhalten dadurch die Möglichkeit, aus ihrer Sicht notwendige Institutsaufträge anzustoßen.

Daneben begründet Satz 2 für das Bundesministerium für Gesundheit ein unmittelbares Auftragsrecht an das Institut. Es bezieht sich auf Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu den Aufgaben nach Absatz 3, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bei der weiteren Entwicklung der Qualitätssicherung berücksichtigt werden sollen. Dadurch wird dem Bundesministerium für Gesundheit ermöglicht, wichtige Fragestellungen der Qualitätssicherung aufzugreifen und Beratungsprozesse im Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage der Ergebnisse der Institutsbefassung zu befördern.

Satz 3 sieht vor, dass das Institut einen Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit nach Satz 2 ablehnen kann. Vor dem Hintergrund, dass Grund für eine Ablehnung insbesondere ein Mangel an personellen und finanziellen Ressourcen sein kann, schreibt die Regelung vor, dass der Auftrag dennoch zu bearbeiten ist, wenn das Bundesministerium für Gesundheit die Kosten der Bearbeitung übernimmt.

Satz 4 begründet eine Ermächtigung für das Institut, sich auch außerhalb von Beauftragungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Bundesministeriums für Gesundheit mit Fragestellungen zur Qualitätssicherung nach Absatz 3 zu befassen. Die Inhalte dieser Arbeit und die sich daraus ergebenden Ergebnisse sind allein vom Institut zu verantworten. Legitimiert durch das Selbstbefassungsrecht kann das Institut Qualitätssicherungsthemen aus eigener Initiative aufgreifen und bearbeiten. Die Informationspflicht der Institutsleitung über die Selbstbefassung gegenüber dem Stiftungsvorstand trägt im Hinblick auf den Ressourceneinsatz dessen Kontrollfunktion in Bezug auf die ordnungsgemäße Geschäftsführung des Instituts Rechnung. Zudem ist über den Stiftungsvorstand der Informationsfluss zu den Inhalten der Selbstbefassung zu den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses und zum Bundesministerium für Gesundheit sichergestellt. Das Erfordernis der Unverzögerlichkeit dieser Information ermöglicht u.a., dass

von diesen gegebenenfalls bereits in einem frühen Stadium der Bearbeitung Anregungen zu den Selbstbefassungstätigkeiten an das Institut herangetragen werden können.

Satz 5 legt fest, dass für die Selbstbefassungsarbeiten nach Satz 4 bis zu 10 Prozent der jährlichen Haushaltsmittel des Instituts eingesetzt werden können. Dadurch wird eine übermäßige Inanspruchnahme von personellen und finanziellen Ressourcen für die Selbstbefassung vermieden und die sachgerechte Bearbeitung von Aufträgen des Gemeinsamen Bundesausschusses gesichert.

Satz 6 verpflichtet das Institut, die Ergebnisse der auf eigene Initiative durchgeführten Arbeiten dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Bundesministerium für Gesundheit bereits vor der Veröffentlichung vorzulegen. Sie erhalten dadurch die Gelegenheit, sich vorab mit den Ergebnissen zu befassen und eine mögliche Bewertung für den Zeitpunkt der Veröffentlichung vorzubereiten.

Zu Absatz 5

Satz 1 sichert, dass die Arbeitsergebnisse des Instituts dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen. Das schließt die Berücksichtigung von Empfehlungen der beim Robert Koch-Institut eingerichteten Fachkommissionen wie z.B. der Kommissionen nach § 20 Absatz 2 und § 23 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes ein. Von Bedeutung für die Aufgabenerfüllung des Instituts sind neben medizinisch-naturwissenschaftlichen Erkenntnissen vor allem Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft, den Sozialwissenschaften, der Gesundheitsökonomie, der Psychologie, der Versorgungsforschung sowie der Ethik. Darüber hinaus ist Expertise in der Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung insbesondere im Daten- und Prozessmanagement erforderlich. Der Berücksichtigung des genannten unabhängigen Sachverständigen dient der nach Satz 2 durch eine Regelung in der Stiftungssatzung einzurichtende wissenschaftliche Beirat. Er hat die Aufgabe, das Institut bei bedeutsamen Fragestellungen und Entwicklungsschritten zu beraten. Die nach Satz 3 erforderliche einvernehmliche Bestellung der Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats durch den Vorstand der Stiftung gewährleistet die notwendige breite Anerkennung der fachlichen Qualifikation der Beiratsmitglieder. Das Vorschlagsrecht der Institutsleitung sichert darüber hinaus, dass die in den wissenschaftlichen Beirat zu berufenden Fachexperten die wesentlichen Aufgaben des Instituts und die hierfür erforderliche spezifische Expertise abdecken. Nach Satz 4 umfasst die Beratungsfunktion des wissenschaftlichen Beirats auch das Recht, Vorschläge für die auf eigene Initiative des Instituts vorgesehene Aufgabenerfüllung nach Absatz 4 Satz 4 zu machen.

Zu Absatz 6

Die Regelung erlaubt dem Institut nach Absatz 1 im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss Forschungs- und Entwicklungsaufträge an externe Sachverständige zu vergeben. Damit erhält das Institut die Möglichkeit, mit anderen wissenschaftlichen Einrichtungen und Instituten zusammenzuarbeiten, die Expertise im Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen besitzen. Der dort vorhandene Sachverständigenstand kann insbesondere dann für die Institutsaufgaben genutzt werden, wenn Expertise in Spezialbereichen notwendig ist oder zur Aufgabenerfüllung zusätzliche Kapazitäten erforderlich sind. Das Einvernehmenserfordernis gewährleistet die notwendige Abstimmung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Einbeziehung externer Sachverständiger bei den Institutsaufträgen. Soweit bei dieser Einbeziehung externer Sachverständiger in die Aufgabenerfüllung des Instituts personenbezogene Daten übermittelt werden sollen, ist zudem klargelegt, dass die Voraussetzungen nach § 299 erfüllt sein müssen.

Zu Absatz 7

Die Regelung übernimmt und erweitert die Beteiligungsvorschrift aus Absatz 3 der bisherigen Fassung des § 137a, die gewährleistet, dass das Institut bei der Bearbeitung seiner Aufträge die genannten, fachlich betroffenen Organisationen und Institutionen einzubeziehen hat, damit deren Sachverstand in die Arbeiten einfließen kann. Das Beteiligungsrecht kann danach sowohl eine Mitwirkung in möglichen Arbeitsgruppen des Instituts als auch ein Stellungnahmerecht bei der Entwicklungsarbeit des Instituts beinhalten. Die nähere Ausgestaltung der Beteiligung ist durch das Institut z.B. in einem Methodenpapier zu regeln.

Zu Absatz 8

Die Regelung übernimmt den Finanzierungsmechanismus, wie er nach § 139c für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vorgegeben ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt auch hier das Nähere insbesondere zur Höhe der finanziellen Leistungen sowie zum Verfahren der Mittelbereitstellung.

Zu Absatz 9

Die Vorschrift verpflichtet den Stiftungsvorstand dafür zu sorgen, dass Interessenkonflikte bei allen in die Institutsarbeit einbezogenen Personen und Institutionen vermieden werden. Dies dient der Sicherung der fachlichen Unabhängigkeit der an der Erfüllung der Institutsaufgaben Beteiligten. Umgesetzt werden kann diese Verpflichtung z.B. dadurch, dass der Stiftungsvorstand Fragebögen erstellt und Verfahrensregelungen erlässt, um Interessenkonflikte durch Arbeitsbeziehungen zu Industrie, Verbänden und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens abzufragen und transparent zu machen. Auch Interessenkonflikte immaterieller Art (z.B. enge persönliche Beziehungen zu materiell betroffenen Personen) können Gegenstand der Befragung sein. Es erscheint angezeigt, dass die vom Stiftungsvorstand zu treffenden Regelungen auch Bestimmungen zu den Folgen transparent gemachter Interessenkonflikte enthalten.

Zu Absatz 10

Durch die Regelung in Satz 1 werden die Voraussetzungen zur Nutzung der Daten aus der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung für Zwecke der Forschung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung nunmehr ausdrücklich geregelt (sogenannte sekundäre Datennutzung). Die Regelung ermächtigt den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Institut nach Absatz 1 oder eine andere an der Qualitätssicherung beteiligte Einrichtung zu beauftragen, diese Daten auf Antrag auszuwerten und die Auswertungsergebnisse zu Forschungszwecken und zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zur Verfügung zu stellen. Der Auftrag kann auch an eine andere Stelle gerichtet werden, die für den Gemeinsamen Bundesausschuss Auswertungsaufgaben im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung wahrnimmt. Damit wird die sekundäre Datennutzung auch für die Qualitätssicherungsdaten der Dialyseversorgung ermöglicht, bei der bereits seit einigen Jahren eine andere Einrichtung die Auswertungsaufgaben für den Gemeinsamen Bundesausschuss wahrnimmt.

Den Antrag auf sekundäre Datennutzung kann nach Satz 2 jede natürliche oder juristische Person stellen, die Erkenntnisse zu Forschungszwecken oder zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung benötigt. Satz 3 stellt klar, dass zur sekundären Nutzung ausschließlich anonymisierte und darüber hinaus aggregierte Daten übermittelt werden, die keinerlei Zuordnung zu einzelnen Versicherten oder Leistungserbringern zulassen. Er gibt zudem vor, dass ein berechtigtes Interesse des Antragstellers an Auswertungen der Qualitätssicherungsdaten zu prüfen ist. Ein solches berechtigtes Interesse kann insbesondere angenommen werden, wenn keine überwiegenden öffentlichen Interessen entgegenstehen. Eine Übermittlung von Auswertungsergebnissen der Qualitätssicherungsdaten setzt zudem voraus, dass sich der Antragsteller zur Übernahme der Kosten bereit erklärt hat.

Satz 4 verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Nähere zum Verfahren der sekundären Datennutzung unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften und des Gebots der Datensicherheit sowie zur Kostenübernahme durch die Antragstellenden in seiner Verfahrensordnung zu regeln. Die in der Verfahrensordnung zu treffenden Regelungen zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben sollten u.a. die Anforderungen an die Anonymisierung der Daten so beschreiben, dass eine Reidentifizierung der Versicherten - auch unter Nutzung von Zusatzwissen des Antragstellenden - sicher ausgeschlossen ist (z.B. durch Vergrößerung und Aggregation). Damit im Interesse eines möglichst hohen Datenschutzniveaus die Expertise der oder des Beauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit einfließen kann, erscheint es zudem angezeigt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss sie oder ihn hierzu nach § 26 Absatz 3 des Bundesdatenschutzgesetzes um Beratung bittet. Das Ergebnis dieser Beratung wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Entscheidung über die Verfahrensgestaltung einzubeziehen sein; etwaige Abweichungen wird er zu begründen und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zur Kenntnis zu geben haben. Durch die Verortung der Regelungen zur sekundären Datennutzung in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses wird dem Transparenzerfordernis Rechnung getragen und die Regelungssystematik in Bezug auf andere Antragsverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingehalten. Als Teil der Verfahrensordnung bedürfen die Regelungen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 91 Absatz 4 Satz 2. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss obliegt es, im Auftragsverhältnis mit der jeweils beauftragten Auswertungsstelle nach Satz 1 sicherzustellen, dass die in der Verfahrensordnung geregelten Anforderungen, insbesondere im Hinblick auf den Datenschutz, eingehalten werden.

Die Bestimmung des Satzes 5 gewährleistet, dass das Verfahren der sekundären Datennutzung regelhaft einer Überprüfung unterzogen wird, um hinsichtlich Datenschutz und Datensicherheit den jeweils aktuellen Anforderungen zu entsprechen. Ein wichtiger Gegenstand dieser regelmäßigen Überprüfung wird das für die Umsetzung des Verfahrens zur sekundären Datennutzung erforderliche Datenschutzkonzept und dessen Umsetzung sein. Die regelmäßige Überprüfung durch unabhängige Dritte ist wegen des raschen informationstechnischen Fortschrittes geboten. Die Veröffentlichung des Prüfergebnisses dient der Transparenz des Verfahrens.

Zu Nummer 8 (§ 137f)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 137a.

Zu Nummer 9 (§ 171d)

Im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse obliegt dem GKV-Spitzenverband die organisatorische Abwicklung der Haftung. Das bedeutet vor allem, dass er für die Befriedigung der noch offenen Ansprüche der Versicherten, der Leistungserbringer und sonstiger Gläubiger der geschlossenen Krankenkasse verantwortlich ist. Typischerweise ist der größte Teil der fälligen Forderungen sehr kurzfristig nach Wirksamwerden der Schließung zu erfüllen. Selbst bei Haftungsfällen kleineren Ausmaßes reichen die eigenen Betriebsmittel des GKV-Spitzenverbands hierfür allerdings nicht aus. Da die gesetzlich vorgesehene Refinanzierung durch Umlageverfahren bei den für die Schließungskosten haftenden anderen Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes nach der Haftungsaufteilungsverordnung einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt, ist eine zeitgerechte Erfüllung dieser Verbindlichkeiten nicht gewährleistet. Um zu vermeiden, dass insbesondere die Versicherten und Leistungserbringer auf die Befriedigung fälliger Forderungen warten müssen, wird vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband zur kurzzeitigen Zwischenfinanzierung ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (§ 271 Absatz 2) aufnehmen kann. Eine Darlehensfinanzierung am Kapitalmarkt, die die bisherige Regelung befristet bis Ende 2014 bereits ermöglicht hat, ist damit zu-

künftig nicht mehr erforderlich. Da die Darlehensaufnahme ausschließlich der Zwischenfinanzierung der Haftungsbeträge dient, um die Refinanzierung durch die Mitgliedskassen zu ermöglichen, ist der Darlehensbetrag spätestens nach sechs Monaten zurückzuzahlen. Eine Darlehensfinanzierung zur Rückzahlung des Darlehens ist ausgeschlossen. Sowohl für den einzelnen Haftungsfall nach Satz 1 als auch für die Inanspruchnahme des Gesundheitsfonds insgesamt nach Satz 4 (etwa wenn zur gleichzeitigen Abwicklung der Schließung oder Insolvenz mehrerer Krankenkassen eine Darlehensfinanzierung erforderlich ist) gilt die gesetzliche Finanzierungsgrenze von 750 Millionen Euro. Für den nicht vollständig auszuschließenden Fall, dass unterjährig die Liquiditätsreserve nicht ausreichen sollte, um diese Finanzierung zu erfüllen, gilt § 271 Absatz 3 entsprechend mit der Folge, dass der Bund dem Gesundheitsfonds die fehlenden Mittel mittels Liquiditätsdarlehen unter den in der verwiesenen Vorschrift genannten Bedingungen zur Verfügung stellt.

Zu Nummer 10 (§ 175)

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe aa

Rechtsbereinigung. Der gesetzliche Stichtag ist für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts nicht mehr relevant.

Zu Buchstabe bb

Mit der Neufassung von Satz 5 wird am Sonderkündigungsrecht bei einer erstmaligen Erhebung eines krankenkassenindividuellen Zusatzbeitrags oder Erhöhung eines krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes festgehalten. Dieses wird an die veränderten Voraussetzungen angepasst, die sich aus der Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge in § 242 Absatz 1 ergeben. Dies betrifft insbesondere die Veränderung des Zahlungsverfahrens (Quellenabzug) sowie der damit einhergehenden unterschiedlichen Fälligkeitszeitpunkte für jeweilige Mitgliedergruppen. Im Wesentlichen wird das vor Einführung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge bis zum 31. Dezember 2008 bestehende Sonderkündigungsrecht wiederhergestellt. Bezugspunkt für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts ist der Ablauf des Monats, für den die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 1 erhebt oder ihren Zusatzbeitragssatz erhöht. Die Mitgliedschaft kann bis zu diesem Zeitpunkt gekündigt werden. Da zudem die Möglichkeit der Zahlung einer Prämie (§ 242 Absatz 2 a.F.) abgeschafft wird, entfällt auch das damit bisher verbundene Sonderkündigungsrecht bei Verringerung einer Prämienzahlung.

Die in Satz 6 enthaltene Hinweispflicht der Krankenkassen wird an die Neuregelung des Sonderkündigungsrechts in Satz 5 angepasst. Die Krankenkassen bleiben – anders als in dem bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Recht – verpflichtet, ihre Mitglieder vor der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrags oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes auf die Möglichkeit des Sonderkündigungsrechts sowie auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 a hinzuweisen. Übersteigt der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, weist die Krankenkasse zusätzlich darauf hin, dass ein Wechsel in eine günstigere Krankenkasse möglich ist. Die Mitglieder können sich dann auf der Grundlage des Preis- und Leistungsangebots der verschiedenen Krankenkassen für einen Verbleib oder einen Wechsel in eine andere Krankenkasse entscheiden. Wie in dem vor 2009 geltenden Recht befreit das Sonderkündigungsrecht von der achtzehnmonatigen Bindungsfrist nach Satz 1, nicht aber von der Tragung des erhöhten Zusatzbeitrags im Zeitraum bis zum Krankenkassenwechsel; die bisherigen Sätze 2 und 3 in § 242 Absatz 1 a.F. (sog. Nichtzahlungsklausel) werden gestrichen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass der allgemeine Beitragssatz gleichzeitig um 0,9 Prozentpunkte abgesenkt wird und die erstmalige Erhebung dieses neuen, kassenindividuellen Zusatzbeitrags insgesamt nicht zu einer Mehrbelastung der

Versicherten, sondern in nicht unerheblichem Maß sogar zu einer Entlastung führen wird. Eine Befreiung von der Zusatzbeitragserhöhung würde hier zu relevanten Mindereinnahmen der Krankenkassen führen. Darüber hinaus wäre eine solche Befreiung im Rahmen des Quellenabzugsverfahrens mit einem nicht vertretbaren Verwaltungsaufwand insbesondere auch für Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit verbunden, weshalb sie im Rahmen des bis 2008 geltenden Sonderkündigungsrechts nicht vorgesehen war, sondern erst mit der Erhebung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge, welche die Krankenkassen direkt beim Mitglied einziehen mussten, eingeführt wurde. Durch die neue Einkommensabhängigkeit der Zusatzbeiträge ist zugleich gewährleistet, dass kein Mitglied übermäßig belastet wird, wenn es auch bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts die Differenz zum neuen Beitragssatz bis zum Vollzug des Wechsels der Krankenkasse zu tragen hat.

Die in Satz 7 geregelten Folgen einer verspäteten Erfüllung der Hinweispflicht durch die Krankenkassen werden an die Neufassung der Sätze 5 und 6 angepasst. Die Regelung stellt weiterhin sicher, dass bei einem verspäteten Hinweis die Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts hinausgeschoben wird, nicht aber der Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels. Dieser richtet sich weiterhin nach dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung bei einem unterstellten rechtzeitigen Hinweis regelmäßig ausgesprochen worden wäre. Dies wird durch die gesetzliche Fiktion, dass die Kündigung in dem Monat, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben oder erhöht wird, erreicht.

Zu Buchstabe cc

Rechtsbereinigung. Die gesetzlichen Stichtage sind für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts nicht mehr relevant.

Zu Buchstabe b

Als Folgeänderung zur Abschaffung der Regelung zur Erhebung des Differenzbetrags für Bezieher von Arbeitslosengeld II in § 242 Absatz 4 a.F. wird auch das Sonderkündigungsrecht im Zusammenhang mit der Erhebung eines Differenzbetrages in § 175 Absatz 4a abgeschafft.

Zu Nummer 11 (§ 194)

§ 194 Absatz 1 regelt, welche Bestimmungen die Satzung der Krankenkasse insbesondere enthalten muss. Durch eine Änderung der Nummer 4 wird korrespondierend mit § 242 Absatz 1 klargestellt, dass die Krankenkasse in ihrer Satzung die Festsetzung des Zusatzbeitrags nach § 242 zu regeln hat. Regelungen zur Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrags sind gesetzlich vorgegeben, so dass insoweit abweichende Regelungen in der Satzung nicht in Betracht kommen.

Zu Nummer 12 (§ 201)

Als Folge der Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge entfällt die Notwendigkeit eines Sozialausgleichs (§ 242b a.F.). Daher sind nunmehr auch Meldungen des Rentenversicherungsträgers nach § 201 Absatz 4 Nummer 1a entbehrlich.

Zu Nummer 13 (§ 220)

Zu Buchstabe a

In Absatz 1 Satz 1 wird klargestellt, dass auch Zusatzbeiträge nach § 242 als Beiträge gelten. Folglich werden die Mittel der Krankenversicherung auch durch Zusatzbeiträge

aufgebracht werden. Die Klarstellung hat zur Folge, dass der Begriff der Beiträge im Achten Kapitel auch Zusatzbeiträge umfasst, soweit nichts anderes geregelt ist.

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 14 (§ 221b)

Als Folgeregelung zur Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F.) wird auch die Regelung zur Beteiligung des Bundes an diesen Aufwendungen einschließlich der Evaluierungsklausel in Absatz 2 aufgehoben. Die Evaluierungsklausel, nach der eine einmalige Überprüfung der Auswirkungen bestimmter Regelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes im Bereich der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung durch die Bundesregierung bis zum 30. April 2014 zu erfolgen hat, wird nach Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht mehr benötigt.

Zu Nummer 15 (§ 232a)

Zu Buchstabe a

In § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden die beitragspflichtigen Einnahmen von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, neu geregelt. Als beitragspflichtige Einnahmen dieser Personen gilt demnach das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße. Abweichend von dem Grundsatz in § 223 Absatz 1, der eine kalendertägliche Zahlung der Beiträge vorsieht, sind die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II für jeden Kalendermonat zu zahlen, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht.

Diese Neuregelung bedeutet, dass für jeden Monat, in dem Arbeitslosengeld II bezogen wird, zukünftig eine pauschale beitragspflichtige Einnahme gilt, deren Höhe unabhängig davon ist, für wie viele Tage Arbeitslosengeld II bezogen wird und ob daneben noch weitere beitragspflichtige Einnahmen erzielt werden.

Nach bisheriger Rechtslage oblag es den Jobcentern zu prüfen, ob neben dem Bezug von Arbeitslosengeld II weitere beitragspflichtige Einnahmen (z. B. aus versicherungspflichtiger Beschäftigung) erzielt wurden, die den Beitrag des Bundes mindern. Die Jobcenter mussten auch berücksichtigen, wenn Arbeitslosengeld II nur während eines Teils des Monats bezogen wurde. Diese Prüfungen waren für die Jobcenter verwaltungsaufwändig und fehleranfällig. Zukünftig entfallen diese Prüfungen. Die Beitragszahlung erfolgt stattdessen in Form eines pauschalierten, einheitlichen Beitrags durch die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger an den Gesundheitsfonds. Die Zugrunde-

gung einer monatlichen und nicht wie bisher einer täglichen beitragspflichtigen Einnahme erleichtert die Beitragsberechnung erheblich.

Der neue Faktor trägt im Hinblick auf die Berechnung der Beiträge dem Umstand Rechnung, dass einerseits der Vorrang der Familienversicherung vor der Versicherungspflicht wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr gilt und dadurch mehr Beziehende von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig werden. Andererseits wird berücksichtigt, dass für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II, die weitere beitragspflichtige Einnahmen erzielen, zukünftig eine pauschale beitragspflichtige Einnahme gilt. Der neue Faktor gewährleistet somit eine finanzneutrale Umsetzung und stellt sicher, dass aus der Neuregelung keine Mehrbelastungen für die Grundsicherung und keine Mindereinnahmen für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung entstehen.

Zu Buchstabe b

Als Folgeänderung zum neuen § 232a Absatz 1 Nummer 2 kann der bisherige Absatz 1a entfallen. Stattdessen wird im neugefassten Absatz 1a eine Überprüfung des mit diesem Gesetz neu festgelegten Faktors für das Jahr 2018 und mit Wirkung zum 1. Januar 2018 vorgesehen (Revisionsklausel). Der Faktor nach § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Hinblick auf Veränderungen bei der Struktur der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II zu überprüfen. Dadurch werden besondere Entwicklungen am Arbeitsmarkt berücksichtigt. Sollte sich dabei die Notwendigkeit einer Korrektur des Faktors ergeben, ist dieser mit Wirkung zum 1. Januar 2018 entsprechend anzupassen.

Die grundsätzliche finanzielle Neutralität der Rechts- und Verwaltungsvereinfachungen ist in erster Linie davon abhängig, dass nach der Neufestsetzung des Faktors nach § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 keine Veränderungen in der Struktur der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten stattfinden. Signifikante Veränderungen in der Struktur der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, beispielsweise aufgrund tiefgreifender arbeitsmarktpolitischer Reformen, können einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Kostenneutralität der Pauschale im Zeitverlauf ausüben. In der Folge kann es zu relevanten Mehrbelastungen der Grundsicherung oder zu relevanten Mindereinnahmen für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung kommen. Das gilt insbesondere für strukturelle Veränderungen bei der Gruppe der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II, die weitere beitragspflichtige Einnahmen erzielen. Das Nähere über das Verfahren einer nachträglichen Korrektur einschließlich der Zahlung bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen.

Zu Nummer 16 (§ 240)

Zu Buchstabe a

Die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wird seit dem 1. Januar 2009 einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat deshalb „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ verabschiedet.

Bestandteil dieser Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler war bislang eine Regelung, nach der die Beitragsbemessungsgrenze als beitragspflichtige Einnahmen anzusetzen war, sofern und solange Mitglieder ihrer Mitwirkungspflicht bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht nachkommen.

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung fehlte dieser Verfahrenspraxis eine Ermächtigungsgrundlage.

Bislang sieht § 240 Absatz 4 allein bei freiwillig versicherten Selbständigen vor, dass die Beitragsbemessungsgrenze als beitragspflichtige Einnahmen anzusetzen ist, sofern das Mitglied nicht geringere Einnahmen nachweist.

Nunmehr wird rechtssicher geregelt, dass die Beitragsbemessungsgrenze auch bei anderen freiwilligen Mitgliedern als beitragspflichtige Einnahmen anzusetzen ist, sofern und solange Mitglieder Nachweise über ihre Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen.

Die Regelung trägt zur Beitragsgerechtigkeit bei, weil sich kein Mitglied mehr einer ordnungsgemäßen Beitragseinstufung durch Unterlassung von Angaben entziehen kann.

Zu Buchstabe b

Bei freiwillig versicherten Rentnerinnen und Rentnern wird der Zusatzbeitrag nicht im Quellenabzug durch die Rentenversicherungsträger, sondern per Bescheid der Krankenkasse unmittelbar, d.h. ohne zeitliche Verzögerung erhoben.

Insoweit ist der im § 240 Absatz 2 enthaltene Verweis auf § 247 auf die dortigen Sätze 1 und 2 zu beschränken. Der neue Satz 3 findet insoweit für freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner keine Anwendung. Dies ist im Ergebnis im Hinblick auf die zulässige Typisierung durch den Gesetzgeber sachgerecht und entspricht im Übrigen dem bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Recht.

Gleiches gilt für den in § 240 Absatz 2 enthaltenen Verweis auf § 248 (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen); auch hier ist der Verweis auf die dortigen Sätze 1 und 2 zu beschränken.

Zu Nummer 17 (§ 241)

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

Zu Nummer 18 (§§ 242, 242a)

Zu § 242

Die Zusatzbeiträge nach § 242 werden in Zukunft nicht mehr einkommensunabhängig, sondern prozentual im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben. Diese Umstellung erfordert eine Reihe von Änderungen des § 242; daher wird dieser neugefasst. Die Überschrift wird redaktionell angepasst. Das Verhältnis vom kassenindividuellen zum durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz wird rechtssystematisch klar geregelt. Die Zahlung von Prämien wird abgeschafft. Die Sonderregelungen für die Erhebung von Zusatzbeiträgen für Bezieher von Arbeitslosengeld II werden gestrichen. Die Vorschriften zu den Personen, die den Zusatzbeitrag nicht selbst zahlen müssen, werden angepasst. Und das Sanktionsinstrument des Verspätungszuschlags wird abgeschafft. Die Nichtzahlungsklausel im Zusammenhang mit der Ausübung des Sonderkündigungsrechts entfällt.

Zu Absatz 1

Soweit erforderlich wurden Zusatzbeiträge von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung bislang in festen Eurobeträgen erhoben. Nunmehr erfolgt eine einkommensabhängige Erhebung des Zusatzbeitrags. Dies geschieht, indem ein kassenindividueller Prozentsatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder angewendet wird. Von bestimmten Personengruppen wird der Zusatzbeitrag in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a erhoben (Absatz 3). In Verbindung mit der Absenkung des einheitlichen Beitragssatzes wird die Beitragsautonomie der Krankenkassen erheblich ausgeweitet. Damit die unterschiedliche Einkommensstruktur der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führt, wird zudem ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt (vgl. § 270a).

Der Regelungsgehalt des bisherigen § 242 Absatz 3 Satz 1 wird in den Absatz 1 übernommen und angepasst: Zum einen wird als Folge der Einführung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge klargestellt, dass die Krankenkassen den Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erheben (Zusatzbeitragssatz). Zum anderen wird im Zusammenhang mit der Einführung des vollständigen Einkommensausgleichs nach § 270a und im Hinblick auf die Schätzung des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 Satz 2 - neu - geregelt, dass die Krankenkassen bei der Bemessung des Zusatzbeitrags die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen – d.h. nicht ihre eigenen beitragspflichtigen Einnahmen – je Mitglied zugrunde zu legen haben.

Die sog. Nichtzahlungsklausel in Absatz 1 im Zusammenhang mit dem Sonderkündigungsrecht entfällt im Hinblick auf den neuen § 175 Absatz 4 Satz 5. Wie in dem vor 2009 geltenden Recht befreit das Sonderkündigungsrecht also von der achtzehnmonatigen Bindungsfrist, nicht aber von der Tragung des erhöhten Zusatzbeitrags im Zeitraum bis zum Krankenkassenwechsel. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der allgemeine Beitragssatz um 0,9 Prozentpunkte abgesenkt wird und die erstmalige Erhebung dieses neuen, kassenindividuellen Zusatzbeitrags insgesamt nicht zu einer Mehrbelastung der Versicherten, sondern in nicht unerheblichem Maß zu einer Entlastung führen wird. Eine Befreiung von der Zusatzbeitragserhöhung würde hingegen zu relevanten Mindereinnahmen der Krankenkassen führen. Darüber hinaus wäre eine solche Befreiung im Rahmen des Quellenabzugsverfahrens mit einem nicht vertretbaren Verwaltungsaufwand insbesondere auch für Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit verbunden, weshalb sie im Rahmen des bis 2008 geltenden Sonderkündigungsrechts nicht vorgesehen war, sondern erst mit der Erhebung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge, welche die Krankenkassen direkt beim Mitglied einziehen mussten, eingeführt wurde. Durch die neue Einkommensabhängigkeit der Zusatzbeiträge ist zugleich gewährleistet, dass kein Mitglied übermäßig belastet wird, wenn es auch bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts die Differenz zum neuen Beitragssatz bis zum Vollzug des Wechsels der Krankenkasse zu tragen hat.

Zu Absatz 2

Der neue Absatz 2 enthält redaktionell angepasst, aber inhaltsgleich die Regelungen des bisherigen Absatzes 3 Satz 2 bis 5. Dies bedeutet: Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitragssatz durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitragssatz bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

Der bisherige Absatz 2 entfällt. Damit wird die Möglichkeit der Krankenkassen, an ihre Mitglieder Prämien auszuzahlen, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ih-

ren Finanzbedarf übersteigen, abgeschafft. Der Finanzbedarf der gesetzlichen Krankenversicherung wird künftig über Beiträge aus dem allgemeinen bzw. dem ermäßigten Beitragssatz, den einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen sowie der Beteiligung des Bundes aus Steuermitteln gedeckt. Als Folge der Senkung des allgemeinen bzw. ermäßigten Beitragssatzes auf 14,6 Prozent bzw. 14,0 Prozent sowie der Tatsache, dass der bisherige mitgliederbezogene Beitragssatzanteil in Höhe von 0,9 Prozent in die Zusatzbeiträge der Krankenkassen einfließt, soll der Preiswettbewerb zukünftig über die Höhe der Zusatzbeiträge stattfinden.

Zu Absatz 3

Der neue Absatz 3 regelt, dass die Krankenkasse den Zusatzbeitrag für bestimmte Personenkreise abweichend von Absatz 1 in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu erheben hat. Diese obligatorische Erhebung gilt auch dann, wenn die Krankenkasse keinen individuellen Zusatzbeitragssatz nach Absatz 1 erhebt. Aus beitragsrechtlicher Sicht zeichnen sich diese Personengruppen u.a. dadurch aus, dass bei ihnen auch die allgemeinen Beiträge von Dritten getragen werden. Dies betrifft insbesondere versicherungspflichtige Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II. Die Beitragstragung durch Dritte trifft aber auch auf andere Personengruppen zu, die bislang generell vom Zusatzbeitrag ausgenommen (§ 242 Absatz 5 a.F.) waren.

Die Träger bzw. der Bund werden bezüglich dieser Personenkreise künftig entlastet, da der allgemeine und ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung gleichzeitig um jeweils 0,9 Beitragssatzpunkte gesenkt werden. Da die Krankenkassen den Zusatzbeitrag im Wettbewerb künftig nicht mehr einkommensunabhängig, sondern als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erheben und in diesen Zusatzbeitrag perspektivisch der bisherige mitgliederbezogene Beitragssatzanteil von 0,9 Prozent einfließt, ist es sachgerecht, dass die jeweiligen Träger bzw. der Bund für die genannten Personenkreise künftig auch die Beiträge übernehmen, die sich bei Anwendung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes auf die beitragspflichtigen Einnahmen ergeben.

Die Regelungen zur Tragung und Zahlung von Zusatzbeiträgen folgen damit im Übrigen den grundsätzlichen Regeln des Beitragsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Künftig werden somit für alle Personen Zusatzbeiträge erhoben, die auch ansonsten Krankenversicherungsbeiträge nach dem allgemeinen oder ermäßigten Beitragssatz zahlen bzw. für die diese Beiträge von Dritten getragen und gezahlt werden.

Zur verwaltungsseitigen Entlastung der jeweiligen Träger bzw. des Bundes wird für diese Personenkreise nicht der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach Absatz 1 erhoben, sondern obligatorisch der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a. Dies ist für folgende Personenkreise vorgesehen:

1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a (versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II);
2. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 (Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen) und Nummer 6 (Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und Absatz 4a Satz 1 (Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden);
3. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 7 und 8 (behinderte Menschen in Werkstätten, Einrichtungen etc., wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Absatz 3 maßgeblichen Mindestbetrag (derzeit 553 Euro) nicht übersteigt; übersteigt das Arbeitsentgelt diesen Wert, so wird für das Mitglied der kassenindividuelle Zu-

satzbeitragssatz erhoben (und vom Träger der Einrichtung getragen); im Übrigen bleibt es in diesem Fall bei der hälftigen Tragung des allgemeinen Beitrags;

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 Nummer 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird (Auszubildende mit einem Arbeitsentgelt bis maximal 325 Euro); dies gilt allerdings nur dann, wenn diese Mitglieder keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen erzielen.

Sollten diese Mitglieder weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, findet hierauf der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach Absatz 1 Anwendung.

Zu Absatz 4

Im neuen Absatz 4 wird im Hinblick auf die Umstellung auf den Quellenabzug ausdrücklich geregelt, dass für die Zusatzbeiträge die Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches entsprechend gelten.

Zu § 242a

Der bisherige § 242a regelte den durchschnittlichen Zusatzbeitrag der Krankenkassen, der für die Ermittlung der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 sowie für die Durchführung des Sozialausgleichs (§ 242b a.F.) erforderlich war. Die Vorschrift wird im Hinblick auf die Umstellung auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge und die Abschaffung des Sozialausgleichs neugefasst und regelt nunmehr den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz. Durch die zukünftig vorgesehene Festlegung eines durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes wird der rechtliche und verwaltungstechnische Umstellungsaufwand gering gehalten. Zudem erhöht diese Festlegung die wettbewerbliche Transparenz, da für die Versicherten deutlich wird, welche Krankenkassen einen überdurchschnittlichen und welche einen unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist auch für die Zusatzbeiträge der Bezieher von Arbeitslosengeld II relevant, die vom Bund getragen und von den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende gezahlt werden.

Zu Absatz 1

Der neue Absatz 1 regelt, wie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz zu berechnen ist. Dieser 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, multipliziert mit 100. Grundlage sind die Werte, die sich aus der Schätzung des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 ergeben.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt wie bisher die Festlegung und Bekanntmachung, die sich jetzt auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz beziehen. Danach legt das Bundesministerium für Gesundheit nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und macht diesen Wert jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger be-

kannt. Anders als bei der Festsetzung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages in der Vergangenheit ist kein Einvernehmen des Bundesministeriums der Finanzen einzuholen, weil der bisherige Bezug zu jährlichen Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich entfällt.

Zu Nummer 19 (§ 242b)

Mit der Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge entfällt die Notwendigkeit eines Sozialausgleichs. § 242b wird daher aufgehoben.

Zu Nummer 20 (§ 243)

Als Folge der Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 Prozent (§ 241) wird der ermäßigte Beitragssatz auf 14,0 Prozent festgesetzt. Der bisherige Abstand zwischen allgemeinem und ermäßigtem Beitragssatz in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten bleibt erhalten.

Durch die Neufestsetzung des ermäßigten Beitragssatzes und die Erhebung der Zusatzbeiträge nach § 242 ergibt sich Änderungsbedarf beim Lohnsteuerabzugsverfahren (Vorsorgepauschale nach § 39b Absatz 2 Satz 5 Nummer 3 Buchstabe b des Einkommensteuergesetzes). Die entsprechenden Änderungen sollen in einem in 2014 abzuschließenden anderen Gesetzgebungsverfahren vorgenommen werden.

Zu Nummer 21 (§ 247)

Zu Buchstabe a

Als rechnerische Folgeänderung zur Senkung des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5, auf 14,6 Prozent (Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent) werden in § 247 Satz 2 die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ bei der Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten gestrichen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung trägt dem Umstand einer aus technischen Gründen zwingend erforderlichen Vorlaufzeit bei den Rentenversicherungsträgern zur Berücksichtigung von Veränderungen kassenindividueller Zusatzbeiträge Rechnung.

Diese Beitragssatzveränderungen gelten künftig jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an; sie wirken sich also für pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner mit einer zweimonatigen Verzögerung aus. Eine entsprechende Regelung enthielt bereits das bis zum 31. Dezember 2008 geltende Recht, wobei seinerzeit allerdings noch eine Vorlaufzeit von drei Monaten vorgesehen war. Mittlerweile ist die Umsetzung nach zwei Monaten möglich.

Eine Ausnahme bilden ausländische Renten. Bei ausländischen Renten kann der Zusatzbeitrag nicht im Quellenabzug durch die ausländischen Rentenversicherungsträger erhoben werden. Dies erfolgt vielmehr per Bescheid der Krankenkasse unmittelbar, d.h. ohne zeitliche Verzögerung.

Zu Nummer 22 (§ 248)

Zu Buchstabe a

Als rechnerische Folgeänderung zur Senkung des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5 auf 14,6 Prozent (Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent) werden in § 247 Satz 2 die Wörter „zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte“ bei der Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten gestrichen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung des § 247 Satz 3 - neu - gilt für die landwirtschaftliche Alterskasse als Zahlstelle von Versorgungsbezügen entsprechend, weil auch dort zwingend eine Vorlaufzeit benötigt wird, um Beitragssatzveränderungen technisch umzusetzen.

Zu Nummer 23 (§ 249)

Zu Buchstaben a und b

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Änderung des allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent.

Zu Nummer 24 (§ 249a)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent.

Zu Nummer 25 (§ 250)

Da Zusatzbeiträge nach § 242 als Beiträge gelten (§ 220 Absatz 1 - neu -), müssen die Zusatzbeiträge bei der Tragung der Beiträge durch das Mitglied nicht mehr gesondert geregelt werden.

Zu Nummer 26 (§ 251)

Zu Buchstabe a

Der Verweis in Absatz 2 auf den weggefallenen § 249 Absatz 3 wird im Wege der Rechtsbereinigung gestrichen.

Zu Buchstabe b

Der ergänzte Absatz 4 sieht eine Spitzabrechnung beim durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II vor. Für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a (Arbeitslosengeld II-Leistungsberechtigte) trägt der Bund über die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge und die Zusatzbeiträge. Aus Verwaltungsvereinfachungsgründen wird insoweit gemäß § 242 Absatz 3 Nummer 1 der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a erhoben. Da sich dieser an voraussichtlichen Werten orientiert, kann es zu Abweichungen zu dem rechnerischen Zusatzbeitragssatz kommen, der sich als Durchschnitt der im Kalenderjahr geltenden Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen nach § 242 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Zahl ihrer Mitglieder ergibt. Der sich aus der Abweichung ergebende Differenzbetrag wird im Rahmen einer Spitzabrechnung zwischen dem Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt ausgeglichen. Eine Bagatellklausel sieht vor, dass kein Ausgleich stattfindet, wenn sich aus der Spitzabrechnung ein Betrag von weniger als einer Million Euro ergibt.

Nicht mehr nötig ist die Regelung, dass die Tragung der Beiträge durch den Bund auch für Mitglieder gilt, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 3 SGB II von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden. Hintergrund ist, dass die Mittel für die – nunmehr einkommensabhängigen – Zusatzbeiträge der Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht wie bisher aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht werden. Auch die Regelung zur Tragung des Differenzbetrages in Absatz 6 kann wegen dessen Abschaffung entfallen.

Zu Buchstabe c

Absatz 6, der die Tragung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge durch Dritte geregelt hat, wird aufgehoben.

Zu Nummer 27 (§ 252)

Die Regelungen zur Beitragszahlung in § 252 werden im Hinblick auf die Umstellung der einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge angepasst.

Zu Buchstabe a

Durch die Streichung der Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach §§ 242, 242a“ in § 252 Absatz 1 Satz 2 wird geregelt, dass die einkommensabhängigen Zusatzbeiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II zukünftig wie die Beiträge von den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende gezahlt werden.

Zu Buchstabe b

Als Folgeänderung der Streichung von § 251 Absatz 6 zur Tragung der Zusatzbeiträge und zur Änderung von § 252 Absatz 1 Satz 2 wird die bisherige Sonderregelung zur Zahlung der Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II in § 252 Absatz 2a aufgehoben.

Auch § 252 Absatz 2b wird aufgehoben. Da die Mittel für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 3 SGB II von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden, nicht mehr aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht werden, besteht für die Zahlung an die Bundesagentur für Arbeit nach § 252 Absatz 2b kein Raum mehr.

Zu Buchstabe c

Als technische Folgeänderung zur Abschaffung der Sanktion des Verspätungszuschlags gemäß § 242 Absatz 6 wird der Verspätungszuschlag auch in der Regelung zur Bestimmung der Schuldentilgung in § 252 Absatz 3 gestrichen. Nachdem der prozentuale Zusatzbeitrag dem Beitrag in seiner Ausrichtung grundsätzlich gleichgestellt ist, bedarf es auch keiner gesonderten Regelung für den Zusatzbeitrag mehr. Und es erfolgt eine Differenzierung im Hinblick auf die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung des § 242.

Zu Nummer 28 (§ 255)

Durch die Änderung in Absatz 1 ist sichergestellt, dass die Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente zu zahlen haben, also auch Beiträge, die sich nach dem einkommensabhängigen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz bemessen (Zusatzbeiträge), von den Trägern der Rentenversicherung bei der Zahlung der Rente einzubehalten sind und zusammen mit dem Beitragssatzanteilen der Rentenversicherungsträger gezahlt werden („Quellenabzug“).

Zu Nummer 29 (§ 256)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung wird ein einheitlicher Fälligkeitstermin für die Beiträge aus Versorgungsbezügen definiert, der zudem dem heutigen standardisierten maschinellen Verfahren Rechnung trägt. Die Regelung entspricht der Regelung des § 23 Absatz 1 Satz 5 (künftig Satz 4) SGB IV, nach der sonstige Beiträge am 15. des Folgemonats fällig wer-

den. Die Beiträge aus Versorgungsbezügen sind damit vergleichbar. Mit diesem einheitlichen Fälligkeitstermin wird eine unbürokratische und einheitliche Beitragszahlung für alle Zahlstellen und Krankenkassen sichergestellt.

Zu Buchstabe b

Der Verweis auf die Vorschrift des § 28f Absatz 3 Satz 5 SGB IV ist aufgrund der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens zu streichen.

Zu Nummer 30 (§ 257)

Es handelt sich um technische Folgeregelungen zur Änderung des allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes.

Zu Nummer 31 (§ 261)

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

Zu Nummer 32 (§ 266)

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

Zu Nummer 33 (§ 268)

Im Rahmen der Regelungen zum Verfahren der Datenerhebung gibt die RSAV auch das Nähere zur Pseudonymisierung der für die Durchführung des RSA zu übermittelnden versichertenbezogenen Daten vor. Die Umsetzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) hat jedoch gezeigt, dass es unterschiedliche Fallgestaltungen gibt, in denen eine Herstellung des Versichertenbezugs für eine zielgerichtete Durchführung des RSA unabweisbar erforderlich ist. Dies gilt etwa zur Klärung der Fälle, in denen eine Person von unterschiedlichen Krankenkassen gleichzeitig als Versicherter geführt wird. Die versicherungsrechtlichen Regelungen des SGB V lassen keine doppelten Versicherungsverhältnisse bei den am RSA beteiligten Krankenkassen zu. Entsprechend erfordert die zielgerichtete Durchführung des Morbi-RSA, dass die versichertenbezogenen Zuweisungen taggenau nur der Krankenkasse zuzuordnen sind, die die Versicherung durchführt. Die Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse ist aber nur mit einer Depseudonymisierung der betroffenen Daten möglich. Die Einfügung regelt, dass die Verordnung auch die Voraussetzungen bestimmen kann, unter denen eine Herstellung des Versichertenbezugs durch die Krankenkassen ausnahmsweise zulässig ist.

Die Regelung dient darüber hinaus dem in der RSAV vorgesehenen Verfahren zur Prüfung der Datenmeldungen im Morbi-RSA durch die Krankenkassen. Gegenstand der Prüfung sind die von den Krankenkassen für die Durchführung des Morbi-RSA zu meldenden versichertenbezogenen Angaben. Geprüft wird in Form von Stichproben nach § 42 Absatz 2 der RSAV die Richtigkeit der Datenmeldungen bezogen auf Versichertenzeiten und Morbiditätsdaten. In diesem Prüfverfahren ist es notwendig einen Versichertenbezug herzustellen. Die Regelung in § 268 Absatz 3 Satz 14 ermächtigt dazu, in der Rechtsverordnung die Voraussetzungen hierfür zu bestimmen.

Zu Nummer 34 (§ 269)

Mit dieser Vorschrift werden Sonderregelungen für die Zuweisungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten (sog. Auslandsversicherte), eingeführt. Die Son-

derregelungen sind geeignet, über Ausnahmeregelungen zum gesetzlich vorgegebenen Standardisierungsverfahren die Zielgenauigkeit in den betreffenden Bereichen zu verbessern. Gleichzeitig legt die Vorschrift fest, dass Gutachten zu erstellen sind, in deren Rahmen unter Beachtung des gesetzlich vorgegebenen Standardisierungsverfahrens (§ 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2) Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben sowie zur Deckung der standardisierten Ausgaben für Auslandsversicherte entwickelt und geprüft werden.

Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Evaluationsbericht 27 Alternativen zum derzeitigen Zuweisungsmodell für Krankengeld konzeptionell entwickelt und empirisch überprüft, dabei aber festgestellt, dass keines der Modelle durch eine deutlich verbesserte Zielgenauigkeit gegenüber dem Status quo überzeugen konnte. Eine Reihe wesentlicher, von einer Krankenkasse nicht beeinflussbarer Parameter habe ebenfalls Einfluss auf die Krankengeldzahlungen, die entsprechenden Daten lägen aber nicht vor. Hier bestehe erheblicher Forschungsbedarf. Um Alternativen zum derzeitigen Zuweisungsmodell entwickeln zu können, wird nach Absatz 3 ein Gutachten in Auftrag gegeben.

Bei den Auslandsversicherten hat der Wissenschaftliche Beirat in seinem Evaluationsbericht eine erhebliche Überdeckung der Gesamtausgaben für Auslandsversicherte durch die Gesamtzuweisungen für diese Gruppe festgestellt, die Situation bei den Einzelkassen sei aber sehr unterschiedlich. Einen Vorschlag für eine verbesserte, zielgerichtete Standardisierung hat er nicht unterbreitet. Die zum Teil großen Unterschiede zwischen den Krankenkassen seien voraussichtlich auch darauf zurückzuführen, dass die Regeln für die Erstattungen in bilateralen Abkommen zwischen Staaten erfolgen und sich erheblich in der Art der Abrechnung (pauschal, einzelleistungsbezogen) und in der Höhe unterscheiden. Hier bestehe daher zunächst die Notwendigkeit, die Transparenz der Datengrundlagen zu verbessern, wofür der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sorgen sollte. Dieser Notwendigkeit zur Verbesserung der Transparenz wird durch ein Gutachten nach Absatz 3 ebenfalls Rechnung getragen. Der Beirat regt darüber hinaus an zu überprüfen, ob als erster Schritt zu zielgenaueren Zuweisungen übergangsweise die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt werden könnte.

Zu Absatz 1

Die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben bleibt gegenwärtig deutlich hinter der Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der übrigen Leistungsausgaben zurück. Die Deckungsquoten bei den einzelnen Krankenkassen weichen teilweise erheblich voneinander ab. Ein dem bisherigen Verfahren überlegenes Standardisierungsverfahren ist derzeit nicht bekannt.

Mit dieser Vorschrift wird daher eine Ermächtigung dahingehend geschaffen, dass für die Versichertengruppen mit Anspruch auf Krankengeld (§ 267 Absatz 2 Satz 2) das bisherige Standardisierungsverfahren um ein Verfahren ergänzt werden kann, welches die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld (d.h. ihre Ist-Kosten) anteilig berücksichtigt, um die Abweichungen der Deckungsquoten zu reduzieren. § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 enthält zwar bereits die Befugnis des Verordnungsgebers, ein besonderes Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung der Krankengeldausgaben zu regeln. Standardisierung bedeutet jedoch entsprechend der Zielsetzung des RSA, dass der Bedarf an Zuweisungen einer Krankenkasse nicht an ihren tatsächlichen, sondern an standardisierten durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen bemessen wird. Sobald ein verbessertes Modell zur Standardisierung der Zuweisungen auf der Grundlage weiterer Forschung vorliegt, kann diese Regelung abgelöst und zur bisherigen RSA-Systematik zurückgekehrt werden.

Zu Absatz 2

Mit dieser Vorschrift wird die Ermächtigungsgrundlage dafür geschaffen, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen für Auslandsversicherte entsprechend dem Vorschlag des Beirats auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt werden.

Zu Absatz 3

Für den Bereich Krankengeld hat der Wissenschaftliche Beirat in seinem Evaluationsbericht erheblichen Forschungsbedarf festgestellt. Auch für die Auslandsversicherten hat der Beirat auf fehlende Datengrundlagen hingewiesen und nur die Einführung eines Übergangsmodells empfohlen. Mit dieser Regelung wird das Bundesversicherungsamt daher verpflichtet, Gutachten in Auftrag zu geben, um Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Krankengeldausgaben sowie der Zuweisungen für Auslandsversicherte zu entwickeln. Die Modelle sollen die grundlegenden Anforderungen an die Weiterentwicklung des RSA beachten, d.h. insbesondere Anreize zur Risikoselektion verringern und Wirtschaftlichkeitsanreize wahren. Klargestellt wird zudem, dass die Gutachten auch zu untersuchen haben, welche Datengrundlagen für die Ausgestaltung und Prüfung der Modelle erforderlich sind. Entsprechend der Erkenntnisse aus dem Evaluationsbericht ist insbesondere eine Verbreiterung der Datengrundlagen gegenüber dem Status Quo durch Einbeziehung weiterer Parameter, die Einfluss auf die Ausgaben der Krankenkassen für Krankengeld oder Auslandsversicherte haben, zu prüfen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe wird der begutachtenden Person bzw. Personengruppe ein Einsichtsrecht im Sinne des § 67 Absatz 6 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b erste Alternative des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) in die im Gesetzestext genannten Daten beim Bundesversicherungsamt bzw. der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) eingeräumt. Die Daten liegen beim Bundesversicherungsamt bereits in pseudonymisierter Form vor. Bei der DVKA ist die Pseudonymisierung oder Anonymisierung der Daten vor Einsichtnahme herzustellen. Ferner ist durch das Bundesversicherungsamt und die DVKA sicherzustellen, dass die zur Einsichtnahme bereitgestellten Daten, diese Einrichtungen nicht verlassen. Eine solche Weitergabe der Daten (selbst in pseudonymisierter Form) gemäß § 67 Absatz 6 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe a SGB X hat zu unterbleiben. Dies kann bspw. durch die Einrichtung eines Arbeitsplatzes für die begutachtende Person bzw. Personengruppe in den Räumlichkeiten der vorgenannten Stellen abgesichert werden. Auf diesem Arbeitsplatz sollen durch technische Maßnahmen die Zugriffsrechte auf die genannten Daten beschränkt und ein Export dieser Daten durch Kopieren, Versenden, Ausdrucken o.ä. unmöglich sein. Gestattet ist lediglich das exportieren anonymisierter bzw. aggregierter Daten. In dem zu erstellenden Gutachten dürfen dementsprechend auch nur solche Daten verwendet werden.

Ergänzend zu den durch das Bundesversicherungsamt zu vergebenden Gutachten wird das Bundesministerium für Gesundheit angesichts der seit Jahren stark steigenden Ausgabenentwicklung beim Krankengeld auf Grundlage der Regelungen von § 142 Absatz 2 den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit der Erstellung eines Sondergutachtens beauftragen. Dieses Gutachten soll neben den demographischen, morbiditätsbedingten und ökonomischen Ursachen von lang andauernder Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldausgaben auch die Steuerungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesetzgebers mit Blick auf das Ausgabengeschehen analysieren und geeignete Lösungsmöglichkeiten aufzeigen.

Zu Absatz 4

Mit dieser Norm wird der Ordnungsgeber ermächtigt, das Nähere zur Umsetzung der Sonderregelungen zum Krankengeld und zu den Auslandsversicherten einschließlich der Durchführung des Zuweisungsverfahrens sowie zu den Gutachten in der RSAV nach § 266 Absatz 7 Satz 1 mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln.

Zu Nummer 35 (§ 270a)

Im Hinblick auf die Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge wird mit dem neuen § 270a ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt. Damit wird verhindert, dass die unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen zu Wettbewerbsverzerrungen führen.

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

Der Einkommensausgleich wird durch das Bundesversicherungsamt durchgeführt, das die in den Gesundheitsfonds eingehenden Einnahmen auch aus dem Zusatzbeitrag für diese Zwecke verwaltet. Eine Unterdeckung kann die Krankenkasse zukünftig durch die Erhebung eines in seiner Höhe variablen einkommensabhängigen Zusatzbeitrags decken. Die Krankenkasse berechnet die Höhe des von ihr benötigten Zusatzbeitrags auf der Grundlage der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Als Einzugsstelle führt die Krankenkasse sämtliche Beitragseinnahmen einschließlich der Einnahmen aus dem von ihr erhobenen Zusatzbeitrag an den Gesundheitsfonds ab. Der Einzug des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags erfolgt im Quellenabzug. Auch die sog. Direktzahler (Deutsche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Optionskommunen, Künstlersozialkasse etc.) führen wie bisher die Beitragseinnahmen unmittelbar an den Gesundheitsfonds ab.

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

Zu Absatz 1

Absatz 1 legt fest, dass zwischen den Krankenkassen 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 wird.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, dass die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben, aus dem Gesundheitsfonds die Beträge aus den Zusatzbeiträgen ihrer Mitglieder in der Höhe erhalten, die sich nach dem Einkommensausgleich ergibt. Zudem wird geregelt, dass die Höhe dieser Mittel ermittelt wird, indem der Zusatzbeitragsatz der Krankenkasse mit den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und ihrer Mitgliederzahl multipliziert wird.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt für den Fall, dass der Gesamtbetrag aus den Zusatzbeiträgen nach § 242 von den notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach Absatz 2 abweicht, der Abweichungsbetrag entweder aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht oder der Liquiditätsreserve zugeführt wird. Eine entsprechende Zweckbestimmung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird auch in § 271 Absatz 2 geregelt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Aufgaben und Befugnisse des Bundesversicherungsamts bei der Durchführung des Einkommensausgleichs. Das Bundesversicherungsamt verwaltet für die Zwecke der Durchführung des Einkommensausgleichs die eingehenden Beträge aus den Zusatzbeiträgen. Dabei wird die Durchführung des Einkommensausgleichs in die bestehenden Strukturen des Gesundheitsfonds integriert. Zusätzliche Zahlungsströme an den Gesundheitsfonds oder an die Krankenkassen sind nicht erforderlich. Die Beträge aus dem Einkommensausgleich werden vom Bundesversicherungsamt synchron zu den Zuweisungen nach §§ 266, 270 berechnet und beschieden; dasselbe gilt für die Struktur Anpassungen und den Jahresausgleich.

§ 271 Absatz 6 Satz 1 ist entsprechend anzuwenden, d.h. die dem Bundesversicherungsamt bei der Durchführung des Einkommensausgleichs entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Mittel nach Absatz 2 und weist sie den Krankenkassen zu.

Auch § 266 Absatz 5 Satz 3 und Absatz 6 Satz 7 ist entsprechend anzuwenden. Das Bundesversicherungsamt kann zur Durchführung des Einkommensausgleichs von den Krankenkassen weitere Auskünfte und Nachweise verlangen, außerdem haben Klagen gegen die Höhe der auszahlenden Mittel im Einkommensausgleichsverfahren keine aufschiebende Wirkung. Das Nähere zur Ermittlung der vorläufigen und endgültigen Mittel, die die Krankenkassen im Rahmen des Einkommensausgleichs erhalten, zur Durchführung, zum Zahlungsverkehr und zur Fälligkeit der Beträge wird in der RSAV nach § 266 Absatz 7 Satz 1 mit Zustimmung des Bundesrates geregelt.

Zu Nummer 36 (§ 271)

Zu Buchstabe a

Der neue Absatz 1a regelt, dass die eingehenden Beträge nach Absatz 1, soweit es sich dabei um Zusatzbeiträge nach § 242 handelt, in voller Höhe für den Einkommensausgleich nach § 270a zu verwenden sind. Dies bedeutet, dass diese Beträge bei dem Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen nach §§ 266, 270 außer Betracht bleiben. Zudem wird geregelt, dass sie dem Bundesversicherungsamt als Verwalter der eingehenden Beiträge aus den Zusatzbeiträgen (§ 270a Absatz 4) nachzuweisen sind. Dafür sollen die bestehenden Beitragsnachweisverfahren genutzt werden.

Zu Buchstabe b

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

In Absatz 2 Satz 1 wird nunmehr bestimmt, dass der Gesundheitsfonds liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten hat. Der Zweck dieser Liquiditätsreserve besteht darin, unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde gelegten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des vollständigen Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken.

Neu ist folglich der Finanzierungszweck für die Durchführung des vollständigen Einkommensausgleichs gemäß § 270a. Sollten insbesondere in der ersten Zeit nach Einführung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge durch das Abschmelzen von Finanzreserven einiger Krankenkassen die Mittel aus Zusatzbeiträgen nach § 242 die Aufwendungen

nach § 270a Absatz 2 unterschreiten, würde die Differenz der erforderlichen Aufwendungen nach dem geänderten § 271 Absatz 2 für das jeweils laufende Jahr aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Der bisherige Finanzierungszweck Sozialausgleich (§ 242b - alt -) entfällt; dasselbe gilt für die Finanzierung der Zusatzbeiträge für Bezieher von ALG II.

Im Übrigen wird geregelt, dass die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf eines Geschäftsjahres nunmehr mindestens 25 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen muss. Insoweit wird die Mindesthöhe der Liquiditätsreserve von bisher 20 auf 25 Prozent angehoben. Hintergrund ist die Neufassung des § 171d Absatz 6, wonach der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Falle der Insolvenz einer Krankenkasse zur Zwischenfinanzierung ein Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufnehmen kann. Die vom Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zu leistenden Zuweisungen für ein Geschäftsjahr werden spätestens am 15. Januar des dem Geschäftsjahr folgenden Jahres vollständig ausgezahlt. Daraus ergibt sich, dass spätestens am Ende dieses Tages die erforderlichen liquiden Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten sind.

Weitere Regelungen werden rechtsbereinigend gestrichen. So ist die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds schon seit längerer Zeit vollständig aufgebaut, d.h. oberhalb ihrer Mindesthöhe von mindestens 20 Prozent (in Zukunft 25 Prozent) der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds. Die Regelung zu ihrem schrittweisen Aufbau wird daher gestrichen. Dasselbe gilt für die bisherige Regelung, wonach die die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen nach § 242a Absatz 1 Satz 1 übersteigenden jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds der Liquiditätsreserve zuzuführen sind. Dieser Fall kann ab 2015 nicht mehr eintreten, da durch die Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils in Höhe von 0,9 Prozentpunkten eine deutliche Unterdeckung eintreten und sukzessive ansteigen wird. Auch die Kompensationsregel zur Finanzierung der Abschaffung der Praxisgebühr für das Jahr 2014 kann mit Wirkung zum 1. Januar 2015 entfallen.

Zu Buchstabe c

In § 271 Absatz 6 ist geregelt, dass die dem Bundesversicherungsamt auf Grund der Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung des RSA aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 getragen werden. Durch die Einfügung wird bestimmt, dass dies entsprechend auch für Ausgaben gilt, welche dem Bundesversicherungsamt im Rahmen der Weiterentwicklung des RSA entstehen. Von dieser Regelung umfasst sind somit beispielsweise die Kosten für die Gutachten, welche dem Bundesversicherungsamt nach § 269 Absatz 3 - neu - entstehen.

Zu Nummer 37 (§ 272)

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

Zu Nummer 38 (§ 284)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Abschaffung des Sozialausgleichs in § 242b a.F.

Zu Nummer 39 (§ 299)

Zu Buchstabe a

Durch die Bezugnahme auf die Neuregelung des § 137a wird verdeutlicht, dass sich die Befugnis und Verpflichtung der Leistungserbringer zur Datenübermittlung für Zwecke der Qualitätssicherung auch auf Daten bezieht, die auf der Grundlage einer Richtlinie oder eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a Absatz 1 zur Wahrnehmung seiner Aufgaben zu übermitteln sind.

Zu Buchstabe b

Zu Buchstabe aa

Wie in Absatz 1 soll die Erweiterung der Bezugnahme auf die Neuregelung des § 137a in Absatz 1a auch für die Datenlieferungen der Krankenkassen gelten.

Zu Buchstabe bb

Die Änderung bestimmt, dass die für die Leistungserbringer in Absatz 1 Satz 3 bis 7 geltenden Anforderungen, insbesondere die Verpflichtung zur Pseudonymisierung, der Grundsatz der Stichprobenerhebung und der Ausschluss der Kenntnisnahme von bestimmten Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen auch für die Datenverarbeitung und -nutzung der Krankenkassen nach Absatz 1a entsprechend gelten.

Zu Nummer 40 (§ 304)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, da § 269 durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 1. Januar 2012 aufgehoben wurde.

Zu Buchstabe b

Mit dem neuen Satz 3 wird erreicht, dass die ärztlichen Abrechnungsdaten (§ 295 Absatz 1b und 2) von den Krankenkassen länger als bislang aufbewahrt werden können. Entsprechend der bisher geltenden Lösungsfrist sind sie spätestens nach vier Jahren zu sperren. Sperren bedeutet nach der Begriffsbestimmung in § 67 Absatz 6 Nummer 4 SGB X das vollständige oder teilweise Untersagen der weiteren Verarbeitung oder Nutzung der Daten durch entsprechende Kennzeichnung. Die gesperrten Daten dürfen für Zwecke der Weiterentwicklung und Durchführung des RSA weiter verarbeitet oder genutzt werden. Spätestens nach sechs Jahren sind sie zu löschen, das heißt unkenntlich zu machen (§ 67 Absatz 6 Nummer 5 SGB X). Die Lösungsfrist ergibt sich aus der in § 30 Absatz 2 RSAV enthaltenen Aufbewahrungsfrist von sechs Jahren, mit der sichergestellt werden soll, dass innerhalb dieses Zeitraums für Zwecke der Prüfungen der Datenmeldungen für den RSA auf die ärztlichen Abrechnungsdaten zugegriffen werden kann.

Neben der konkreten gesetzlichen Lösungsfrist für die ärztlichen Abrechnungsdaten in § 304 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 gilt für die bei den Krankenkassen rechtmäßig gespeicherten Leistungs- und Abrechnungsdaten § 284 Absatz 1 Satz 4, wonach die Daten zu löschen sind, sobald sie für die dort genannten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Zu diesen Zwecken gehört nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 14 auch die Durchführung des RSA, so dass auch hier die in der RSAV bestimmte Aufbewahrungsfrist von sechs Jahren maßgeblich ist.

Zu Nummer 41 (§ 322)

Es handelt sich um eine Übergangsregelung zur Änderung des § 247 und des § 248, nach der sich Veränderungen kassenindividueller Zusatzbeiträge für pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner sowie für Empfänger von Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 mit einer zweimonatigen Verzögerung auswirken.

Zum 1. Januar 2015 wird der allgemeine Beitragssatz von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent gesenkt. Zudem werden einkommensabhängige Zusatzbeiträge eingeführt. Die wegen der zwingend nötigen Vorlaufzeit vorgesehene zweimonatige Verzögerung für pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner und für Empfänger von Renten der landwirtschaftlichen Alterskasse macht es im Startjahr der Neugestaltung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich, für diesen Personenkreis für Januar und Februar 2015 übergangsweise weiter einen (Gesamt-)Beitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent bzw. 8,2 Prozent zur Anwendung kommen zu lassen.

Der (Gesamt-)Beitragssatz bleibt für die pflichtversicherten Rentnerinnen und Rentner und für Empfänger von Renten der landwirtschaftlichen Alterskasse damit bis Ende Februar 2015 unverändert; bei der Beitragstragung ergeben sich somit im Ergebnis keine Änderung im Vergleich zur Beitragstragung bis Ende 2014. Ab Monat März 2015 berücksichtigen die Rentenversicherungsträger und die landwirtschaftliche Alterskasse bei Pflichtversicherten dann – neben dem allgemeinen Beitragssatz in Höhe von dann 14,6 Prozent bzw. 7,3 Prozent – die kassenindividuellen Zusatzbeitragsätze bei der Beitragsbemessung aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und von Renten der landwirtschaftlichen Alterskasse.

Mit dieser Übergangsregelung wird gewährleistet, dass erst mit der Einführung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge im März 2015 für versicherungspflichtige Rentnerinnen und Rentner eine Mitteilung durch einen Bescheid erfolgen muss, für die das sog. Kontoauszugsverfahren nach § 255 Absatz 1 Satz 2 angewendet werden kann.

Schließlich wird in dieser Übergangsregelung für die Monate Januar und Februar 2015 bestimmt, dass von dem Gesamtbeitragssatz jeweils ein Anteil von 0,9 Prozentpunkten als Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 gilt. Dies bedeutet, dass diese 0,9 Prozentpunkte den neuen Zusatzbeitragsregelungen unterliegen und im Einkommensausgleich gemäß § 270a - neu - zu berücksichtigen sind. Folglich bleiben sie bei der Ermittlung der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 außer Betracht.

Zu Artikel 2 (Änderung SGB II)

Im Hinblick auf die Änderungen im SGB V und des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI), die eine pauschalierte, einheitliche Beitragszahlung für alle in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung pflichtversicherten Beziehenden von Arbeitslosengeld II durch die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger an den Gesundheitsfonds vorsehen, ist eine entsprechende Anwendung der Vorschriften über die Erstattung von Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung (§ 335 Absatz 1 i. V. m. Absatz 5 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – SGB III) nur noch in den Fällen von Ersatzansprüchen gegenüber Leistungsberechtigten oder Dritten für Zeiten voller Kalendermonate oder anteilig für Zeiträume, in denen nicht mindestens für einen Tag im Kalendermonat rechtmäßig Arbeitslosengeld II gewährt wurde, erforderlich. Insoweit ist eine Geltendmachung von Erstattungsansprüchen von geleisteten Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung gegenüber dem Gesundheitsfonds (§ 335 Absatz 1 Satz 2 i. V. m. Absatz 5 SGB III) als Folge der pauschalierten Beitragszahlung entbehrlich geworden.

Zu Artikel 3 (Änderung SGB III)

Folgeänderung zur Einführung des einkommensabhängigen Zusatzbeitragssatzes im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Bundesagentur für Arbeit übernimmt bei Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind, die an ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträge, höchstens jedoch die Beiträge, die sie ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht zu tragen hätte. Mit der Einführung des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags in der gesetzlichen Krankenver-

sicherung ist eine Anpassung der Regelung erforderlich. Für die Ermittlung der Höhe der Beiträge soll dabei zuzüglich zum allgemeinen Beitragssatz nach § 241 SGB V, der zukünftig bei 14,6 Prozent liegt, der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V zugrunde gelegt werden.

Zu Artikel 4 (Änderung SGB IV)

Zu Nummer 1 (§ 23)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F. SGB V).

Zu Nummer 2 (§ 26)

Mit der Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F. SGB V) und daran anknüpfend der monatlichen Meldung für Mehrfachbeschäftigte ist es notwendig, ein Verfahren einzuführen, um den Beitragsausgleich von zu Unrecht gezahlten Beiträgen bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenzen durch eine Mehrfachbeschäftigung durchzuführen. Aufgrund der Entgeltmeldungen erkennen die Einzugsstellen von Amts wegen überschneidende Zeiträume, in denen eine Mehrfachbeschäftigung vorgelegen hat. Soweit dann noch weitere Angaben seitens der Arbeitgeber erforderlich sind, sollen diese durch die Einzugsstellen elektronisch abgefragt werden können. Die ermittelten Gesamtentgelte sind den beteiligten Arbeitgebern durch Datenübermittlung mitzuteilen. Das Nähere zum Verfahren und den Datensätzen wird in den bestehenden gemeinsamen Grundsätzen zum Meldeverfahren mitgeregelt. Das Verfahren ist innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Vorliegen aller relevanten Angaben abzuschließen. Das Verfahren gilt für alle Mehrfachbeschäftigungen, die nach dem 1. Januar 2015 aufgenommen wurden.

Zu Nummer 3 (§ 28a)

Zu Buchstabe a und b

Die Meldepflichten der Arbeitgeber werden an das Verfahren bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenzen bei Mehrfachbeschäftigung nach § 26 Absatz 4 in der Folge der Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F. SGB V) und damit der Monatsmeldungen angepasst. Absatz 4a regelt die dabei zu übermittelnden Inhalte.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F. SGB V).

Zu Nummer 4 (§ 28f)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F. SGB V).

Zu Nummer 5 (§ 28h)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens (§ 242b a.F. SGB V).

Zu Artikel 5 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – SGB VI)

Zu Nummer 1 (§ 106)

Im Hinblick auf den Zuschuss der Rentenversicherung zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung für Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (§ 106 Absatz 2), und für Rentenbezieher, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, das der deutschen Aufsicht unterliegt (§ 106 Absatz 3), wird jeweils eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen.

Zu Nummer 2 (§ 154)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Senkung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten nach den §§ 241, 247 SGB V. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 242a SGB V fließt – wie bisher der mitgliederbezogene Beitragssatzanteil von 0,9 Prozentpunkten – zukünftig in die Berechnung der verfügbaren Standardrente für die Bestimmung des Sicherungsniveaus vor Steuern mit ein.

Zu Nummer 3 (§ 163)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Senkung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten im SGB V. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 242a SGB V fließt – wie bisher der mitgliederbezogene Beitragssatzanteil von 0,9 Prozentpunkten – zukünftig in die Berechnung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes mit ein.

Zu Artikel 6 (Änderung SGB XI)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Abschaffung des Vorrangs der Familienversicherung in § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V sowie um eine Bestimmung, dass die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – auch dann weiter besteht, wenn die Entscheidung, die zum Bezug des Arbeitslosengeldes II geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder das Arbeitslosengeld II zurückerfordert oder zurückgezahlt worden ist.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V. In diesem Zusammenhang wird auch geregelt, dass die Revisionsklausel des § 232a Absatz 1a SGB V entsprechend für die soziale Pflegeversicherung gilt.

Zu Artikel 7 (Änderung KVLG 1989)

Die landwirtschaftliche Krankenversicherung (LKV) nimmt wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen (keine einkommensabhängigen Beiträge, Bundeszuschüsse für die Altenteiler) nicht am Gesundheitsfonds teil. Die landwirtschaftliche Krankenkasse steht auch nicht im Wettbewerb mit den übrigen gesetzlichen Krankenkassen. Daher wird nach geltendem Recht in der LKV kein Zusatzbeitrag erhoben.

An diesen bestehenden Finanzierungsstrukturen soll auch zukünftig festgehalten werden.

Da es in der LKV nicht zu Wettbewerbsverzerrungen mit anderen Krankenkassen kommen kann, wird die LKV auch nicht an dem zukünftig zwischen den übrigen Krankenkassen durchzuführenden Einkommensausgleich teilnehmen.

Der nach geltendem Recht im SGB V vom Mitglied allein zu tragende Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten wurde bisher bei der Beitragsberechnung in der LKV berücksichtigt. Da dieser Anteil bei den übrigen Krankenkassen zukünftig in die Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes mit einfließt, wird dieser Anteil auch weiterhin in der LKV bei der Beitragsberechnung berücksichtigt. Dadurch wird zugleich sichergestellt, dass die Senkung des allgemeinen Beitragssatzes in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu Einnahmeausfällen in der LKV führt, die bei den Rentnern und Altenteilern anderenfalls durch zusätzliche Bundesmittel finanziert werden müssten.

Zu Nummer 1 (§ 39)

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Änderung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten im SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 40)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten im SGB V. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung wird bei der Ermittlung des Vergleichsbeitrags berücksichtigt.

Zu Nummer 3 (§ 42)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent im SGB V. Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige wird bei der Beitragsberechnung der Beitragssatz in bisheriger Höhe zugrunde gelegt.

Zu Nummer 4 (§ 48)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten im SGB V. Der Träger der Rentenversicherung trägt wie bisher die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes. Der Beitrag, den der Versicherungspflichtige aus der Rente zu tragen und den der Träger der Rentenversicherung an die landwirtschaftliche Krankenkasse nach § 50 zu zahlen hat, bemisst sich nach dem um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Artikel 8 (Änderung Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des allgemeinen Beitragssatzes bzw. zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent im SGB V.

Zu Artikel 9 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XII)

In § 32 Absatz 4 wird eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick darauf umgesetzt, dass nach § 242 Absatz 3 SGB V für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB XII erhalten, der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz zu erheben ist.

Zu Artikel 10 (Änderung Künstlersozialversicherungsgesetz)

Zu Nummer 1 und 2 (§§ 10 und 16)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Abschaffung des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils im allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (Senkung um 0,9 Beitragssatzpunkte) und zur Abschaffung des Sozialausgleichs nach § 242b a.F. SGB V und des Verspätungszuschlags nach § 242 Absatz 6 a.F. SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 16a)

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweises auf den Kinderlosenzuschlag nach dem Recht der sozialen Pflegeversicherung.

Zu Nummer 4 (§ 34)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Abschaffung des Sozialausgleichsverfahrens in § 242b a.F. SGB V.

Zu Artikel 11 (Änderung Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Regelung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes in § 242a SGB V. Die Änderung betrifft die in § 12 Absatz 1c Satz 2 VAG geregelte Berechnung des Höchstbeitrags in der gesetzlichen Krankenversicherung, der gemäß § 12 Absatz 1c Satz 1 VAG die Höchstgrenze für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung ist. Durch die Änderung wird der bisherige durchschnittliche Zusatzbeitrag als Rechengröße durch den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V ersetzt.

Zu Artikel 12 (Änderung Einsatz-Weiterverwendungsgesetz)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umstellung auf prozentuale Zusatzbeiträge.

Zu Artikel 13 (Änderung Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung)

Die Frist für die Abgabe der Meldungen bei Mehrfachbeschäftigung wird entsprechend den üblichen Meldefristen im DEÜV-Meldeverfahren festgelegt. Zudem wird die Vorschrift im Hinblick auf die Aufhebung des Sozialausgleichsverfahrens angepasst.

Zu Artikel 14 (Änderung Beitragsverfahrensverordnung)

Mit der Änderung werden die Tilgungsvorschriften an die Einführung prozentualer Zusatzbeiträge angepasst. Die Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V werden den Gesamtsozialversicherungsbeiträgen insoweit gleichgestellt.

Zu Artikel 15 (Änderung Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Nach derzeit geltendem Recht dürfen Zeiten für Versicherte, deren Leistungsansprüche ruhen oder die eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen haben, nicht für den RSA gemeldet werden, da den Krankenkassen für diese Versicherten keine Versorgungsaufwendungen entstehen (§ 2 Absatz 5 in Verbindung mit § 3 und § 30).

Das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 bestimmt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere zur Ermäßigung oder zum Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen regelt, insbesondere zu einem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen als Voraussetzung für diese Ermäßigung oder den Erlass. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat eine entsprechende Regelung in seinen „Einheitlichen Grundsät-

zen zur Beseitigung finanzieller Überforderung von Beitragsschulden“ vom 4. September 2013 getroffen (veröffentlicht im Bundesanzeiger am 8. Oktober 2013).

Durch die Ergänzung im § 2 Absatz 5 wird klargestellt, dass auch die Versichertenzeiten für Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V, für die eine Erklärung über den Leistungsverzicht als Voraussetzung für einen Beitragserlass oder eine -ermäßigung vorliegt, von den Krankenkassen nicht gemeldet werden dürfen.

Zu Nummer 2 (§ 29)

Die Ausgaben für Krankengeld werden derzeit entsprechend dem im Alt-RSA gültigen Verfahren standardisiert, d.h. in einem zeitgleichen Verfahren nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Bezug von Erwerbsminderungsrenten. Insoweit erfolgt in § 29 Nummer 4 mit der Aufnahme einer Differenzierung auch nach Erwerbsminderungsstatus die Beseitigung eines redaktionellen Versehens.

Zu Nummer 3 (§ 30)

Zu Buchstabe a

Die ergänzende Regelung ermöglicht eine De-Pseudonymisierung im Rahmen des Verfahrens zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach dem neu angefügten Absatz 5.

Zu Buchstabe b

§ 30 Absatz 5 schafft auf der Grundlage des § 268 Absatz 3 Satz 14 SGB V die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen dafür, dass doppelte Versicherungsverhältnisse (d.h., dass unterschiedliche Krankenkassen gleichzeitig dieselbe Person als Versicherten führen) und unterschiedliche Alters- und Geschlechtsangaben bei unterschiedlichen Krankenkassen auch künftig im Zusammenwirken zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den betroffenen Krankenkassen geklärt werden können.

Gleichzeitige Versicherungsverhältnisse bei unterschiedlichen Krankenkassen sind in der GKV grundsätzlich rechtlich unzulässig. Auch unabhängig vom RSA ist es Aufgabe der Krankenkassen, diese Versicherungsverhältnisse zu klären. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen (§ 217f Absatz 2 SGB V). Eine Koordination des Klärungsprozesses durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist notwendig, da die Doppelung von Versicherungsverhältnissen bzw. unterschiedliche Angaben zu Alter und Geschlecht und die daran beteiligten Krankenkassen erst nach der versichertenbezogenen Zusammenführung der Daten aller Krankenkassen erkennbar sind. Für den RSA ist die Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse zwingend, um sicherzustellen, dass die Zuweisungen des Gesundheitsfonds korrekt ermittelt werden können und nur der Krankenkasse zufließen, die tatsächlich die Aufwendungen für den Versicherten zu tragen hat. Eine doppelte Auszahlung der Zuweisungen ist in jedem Fall unzulässig.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft nach geltendem Recht die von den Krankenkassen gemeldeten Daten für den RSA auf Vollständigkeit und Plausibilität und leitet sie anschließend an das Bundesversicherungsamt weiter (§ 30 Absatz 4 Satz 1 i.V.m. § 3 Absatz 4 Satz 2). Stellt er fest, dass auf ein Versichertenpseudonym mehr als 365 bzw. 366 Versichertentage entfallen bzw. ein Pseudonym unterschiedliche Alters- oder Geschlechtsangaben aufweist, teilt er den Krankenkassen, die für dieses Pseudonym Versichertentage gemeldet haben, das betroffene Pseudonym, die Art der Fehlermeldung sowie die andere betroffene Krankenkasse mit (Satz 1).

Um den datenschutzrechtlichen Belangen der Versicherten Rechnung zu tragen, wird den von den Krankenkassen zu meldenden Versicherten ein Pseudonym zugeordnet (siehe § 30 Absatz 3). Durch das Verfahren der Pseudonymisierung wird sichergestellt, dass einem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit für die Datenmeldungen zu einem jeweiligen Jahresausgleich jeweils dasselbe Pseudonym zugeordnet wird. Aufgrund der gesetzlichen Befugnis zur Herstellung des Versichertenbezuges (De-Pseudonymisierung) in § 268 Absatz 3 Satz 14 SGB V in Verbindung mit der Neuregelung in § 30 Absatz 5 können die Krankenkassen bei doppelten Versicherungsverhältnissen oder bei unterschiedlichen Angaben zu Geburtsjahr und Geschlecht die den jeweiligen Versicherten betreffenden Unterlagen heranziehen und mit der weiteren betroffenen Krankenkasse in Kontakt treten, um eine Klärung des Falles herbeizuführen. Nur aufgrund einer Klärung der doppelten Versicherungsverhältnisse und anschließender Bereinigung der Versichertenbestände können die Versichertentage von derjenigen Krankenkasse, die zu Recht das Versicherungsverhältnis durchführt, im Rahmen der nächsten Datenmeldung erneut pseudonymisiert an das Bundesversicherungsamt korrekt übermittelt werden. Gleiches gilt, wenn fehlerhafte Alters- oder Geschlechtsangaben zu korrigieren sind.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird durch Satz 2 ermächtigt, das Nähere über Inhalt und Ausgestaltung des Verfahrens zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse zu bestimmen.

Zu Nummer 4 (§ 31)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 41 Absatz 1 Satz 2 - neu -. Mit der Regelung in § 41 Absatz 1 Satz 2 - neu - wird entsprechend dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt. Der neu gefasste Satz 5 bestimmt, dass Grundlage hierfür die Leistungsausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen sind, die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung nach § 77 SGB IV in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens gemeldet werden.

Zu Buchstabe b

Der neue Satz 6 gibt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Möglichkeit, im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt weitere oder abweichende Bereiche zu bestimmen, die den Aufwendungen für Leistungen im Ausland zuzurechnen sind.

Zu Nummer 5 (§ 33)

In dieser Norm werden nähere Vorgaben zu den vom Bundesversicherungsamt gemäß § 269 Absatz 3 SGB V in Auftrag zu gebenden Gutachten gemacht.

In Absatz 1 wird vorgegeben, dass das Bundesversicherungsamt die Gutachten an eine Person oder Personengruppe zu vergeben hat, die über einschlägige Kenntnisse in Bezug auf die Versichertenklassifikation verfügt.

In Absatz 2 werden die Zielsetzungen der Gutachten jeweils näher bestimmt: Die Zuweisungen sollen zielgerichtet ermittelt werden sowie die weiteren gesetzlichen Vorgaben beachten (Orientierung an der Höhe der durchschnittlichen Leistungsausgaben, Verringerung von Anreizen zur Risikoselektion, Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung gemäß § 268 Absatz 1 SGB V).

Die in Absatz 2 formulierte Zielsetzung wird auf Grund der Komplexität der Thematik nur im Rahmen eines mehrstufigen Forschungs- und Analyseprozess zu erfüllen sein. In den

Absätzen 3 und 4 wird deshalb jeweils dargelegt, welche Analysen zu Beginn dieses Prozesses zunächst im Rahmen einer explorativen Studie durchgeführt werden sollten. Absatz 3 bestimmt, dass bezüglich des Krankengelds zunächst die Frage zu klären ist, welche der weiteren, auch vom Wissenschaftlichen Beirat angesprochenen Bestimmungsfaktoren die Ausgaben einer Krankenkasse maßgeblich beeinflussen und bei der Standardisierung berücksichtigt werden sollten sowie anhand welcher Datengrundlagen diese Faktoren abgebildet und erhoben werden können. Dabei geht es insbesondere um solche Bestimmungsfaktoren und Datengrundlagen, die in den im geltenden RSA-Verfahren verwendeten Daten nicht enthalten sind, so z.B. soziodemographische (Familienstand etc.) oder sozioökonomische Daten (Branche).

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

In Absatz 5 wird vorgegeben, dass diese ersten Gutachten jeweils bis zum 31. Dezember 2015 abgeschlossen sein sollen. Zu erwarten ist, dass im Rahmen der ersten explorativen Studien geklärt wird, welche weiteren Bestimmungsfaktoren für das Standardisierungsverfahren berücksichtigt und erhoben werden sollen. Im Anschluss daran werden die für eine Verbreiterung der Datenbasis ggf. erforderlichen Rechtsgrundlagen zu schaffen sein, um dann in einer jeweiligen Folgestudie weiterführende Modelle prüfen zu können. Die Kosten für diese weiteren Gutachten dürften in etwa den Kosten für die bis zum 31. Dezember 2015 abzuschließenden Erstgutachten entsprechen.

Zu Nummer 6 (§§ 33a bis 34)

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

Zu Nummer 7 (§ 39)

In § 39 Absatz 5 ist analog zu § 271 Absatz 6 SGB V geregelt, dass das Bundesversicherungsamt die auf Grund der Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung des RSA aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 SGB V getragen werden. Durch die Einfügung wird bestimmt, dass dies entsprechend auch für Ausgaben gilt, welche dem Bundesversicherungsamt im Rahmen der Weiterentwicklung des RSA entstehen. Von dieser Regelung umfasst sind somit beispielsweise die Kosten für die Gutachten, welche dem Bundesversicherungsamt nach § 269 Absatz 3 SGB V entstehen.

Zu Nummer 8 (§ 39a)

§ 39a Absatz 5 macht Vorgaben zur Höhe des Korrekturbetrags, welcher bei den Krankenkassen zu erheben ist, wenn sie die Vorgaben für die Datenmeldungen nicht eingehalten haben. Dieser Korrekturbetrag entspricht bei im Jahresausgleich verwendeten Daten (Korrekturmeldung) dem finanziellen Vorteil, den die betroffene Krankenkasse aus der falsch abgegebenen Meldung im Jahresausgleich erlangt hat, zuzüglich eines fixen Aufschlags von 25 Prozent (§ 39a Absatz 5 Satz 2). Der Aufschlag soll den Versuch der Krankenkasse sanktionieren, sich durch (bewusste) Missachtung der Vorgaben nach § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V einen bleibenden finanziellen Vorteil zu Lasten der übrigen Krankenkassen zu verschaffen.

Die Neuregelung ermöglicht es dem Bundesversicherungsamt in bestimmten Einzelfällen zukünftig, von der Erhebung des Aufschlags abzusehen oder diesen zu mindern. Dies ist z.B. in Fällen denkbar, in denen eine Krankenkasse von sich aus auf Fehler bei den Korrekturdatenmeldungen hingewiesen und damit die Aufklärung des Sachverhalts erst ermöglicht hat.

Zu Nummer 9 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Bestimmung der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 220 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit der Regelung des Einkommensausgleichs nach § 270 a SGB V.

Der geltende § 40 Absatz 1 gibt dem Bundesversicherungsamt vor, wie der Unterschiedsbetrag zwischen dem Einnahmenvolumen, das der Gesundheitsfonds den Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben (§§ 266, 270 SGB V) zuweist, und den voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen für ein Ausgleichsjahr zu ermitteln ist. Dieser Unterschiedsbetrag wird wettbewerbsneutral über eine mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen auf alle Krankenkassen verteilt.

Da in § 220 Absatz 2 SGB V bestimmt wurde, dass die Zusatzbeiträge nach §§ 242, 271 Absatz 1a SGB V bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds außer Betracht bleiben, kann die Nummer 1, welche Vorgaben zur Ermittlung des maßgeblichen Einnahmenvolumens macht, ebenso wie die Nummer 2, in welcher die Ermittlung der voraussichtlichen Ausgaben vorgegeben wird, unverändert bleiben.

In den Nummern 3 und 4 des bisherigen Rechts wird geregelt, dass ein negativer (Nummer 3) bzw. positiver Unterschiedsbetrag (Nummer 4) wettbewerbsneutral auf die Krankenkassen verteilt wird. Im Falle einer Unterdeckung werden bei der Umlage dabei nur die Mitglieder berücksichtigt, von denen auch Zusatzbeiträge erhoben werden können. Im Falle einer Überdeckung werden bei der Umlage alle Mitglieder berücksichtigt.

Ab dem 1. Januar 2015 erhält eine Krankenkasse ihre Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen nicht mehr von dem jeweiligen Mitglied unmittelbar, sondern aus dem Gesundheitsfonds entsprechend der GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und der Zahl ihrer Mitglieder. Auch für die beitragsfreien Mitglieder (Mitglieder während des Bezugs von Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld und Betreuungsgeld) erhält die Krankenkasse – wie für jedes andere Mitglied – somit einen Betrag entsprechend dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz und den GKV-durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen. Eine Bereinigung der Mitgliederzahl um solche Mitglieder, für die keine Zusatzbeiträge erhoben werden, ist deshalb nicht erforderlich. Zukünftig werden somit bei der Umlage des Unterschiedsbetrags – also sowohl bei einem positiven wie bei einem negativen Unterschiedsbetrag – immer alle Mitglieder berücksichtigt.

Zu Nummer 10 (§ 41)

Zu Buchstabe a

In den in § 41 Absatz 1 enthaltenden Regelungen zum Jahresausgleich werden Regelungen zur Umsetzung der Sonderregelungen zum Krankengeld und Auslandsversicherte ergänzt sowie die dort bislang enthaltenen, ausgelaufenen Regelungen zur Umsetzung der Konvergenzregelung (§ 33c) und zur Begrenzung der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben (§ 37 Absatz 1 Satz 3) gestrichen.

Mit der Regelung im neu gefassten Satz 2 wird entsprechend dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats in einem ersten Schritt zu zielgenaueren Zuweisungen die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt. Grundlage zur Ermittlung der Leistungsausgaben sind die Leistungsausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen, die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung nach § 77 SGB IV in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens gemeldet werden, wobei der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt abweichende Regelungen treffen kann (vgl. § 31 Absatz 5 Satz 5 und 6). Diese Berechnungsvorgabe soll umgesetzt werden, bis ein Modell vorliegt, mit dem die Zuweisungen für Auslandsversicherte auf der Grundlage empirischer Untersuchungen insgesamt zielgerichteter verteilt werden können als bislang. Um finanzielle Verwerfungen zu vermeiden, erfolgt die Kappung ausschließlich im Jahresausgleich. Der Überschreitungsbetrag wird anschließend mitgliederbezogen auf alle Krankenkassen wettbewerbsneutral verteilt.

Im neu gefassten Satz 3 wird das erweiterte Verfahren zur Bestimmung der Zuweisungen für Krankengeld geregelt: Bis ein Modell vorliegt, mit dem die Zuweisungen für Krankengeld auf der Grundlage empirischer Untersuchungen zielgerichteter standardisiert werden können, werden durch die Einführung einer Sonderregelung mit dieser Norm die bestehenden Über- und Unterdeckungen der einzelnen Krankenkassen im Bereich Krankengeld halbiert. Dies geschieht dadurch, dass die Hälfte der Zuweisungen über das bisher geltende Standardisierungsverfahren verteilt wird und die andere Hälfte über einen Ist-Kosten-Ausgleich. Da ein Ist-Kosten-Ausgleich der grundsätzlichen RSA-Systematik mit ihrer Orientierung an den jeweiligen Durchschnittskosten widerspricht und tendenziell mit negativen Wirtschaftlichkeitsanreizen für die Krankenkassen verbunden ist, soll dieses Verfahren mittelfristig durch ein weiterentwickeltes Modell zur Standardisierung der Krankengeldausgaben abgelöst werden. Wie bei den Zuweisungen für Auslandsversicherte wird der ergänzende Ist-Kosten-Ausgleich für Krankengeld ausschließlich im Jahresausgleich umgesetzt, um finanzielle Verwerfungen zu vermeiden. Im Monatsverfahren erfolgen die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte somit nach wie vor nach dem bisher geltenden Verfahren.

Zu Buchstabe b

Die Änderung des § 40 als Folgeänderung zur Bestimmung der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 220 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit der Regelung des Einkommensausgleichs wird entsprechend auch für den Jahresausgleich nachvollzogen.

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 11 (§ 43)

Das Bundesversicherungsamt erhält nach § 270a Absatz 4 SGB V die Aufgabe, den Einkommensausgleich durchzuführen und den Krankenkassen die entsprechenden Mittel zuzuweisen. Jede Krankenkasse erhält durch diesen Ausgleich die Einnahmen aus dem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, die sie erzielen würde, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder dem Durchschnitt in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprächen. Das Nähere zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben wird in § 43 - neu - geregelt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 gibt entsprechend der Regelung in § 270a Absatz 4 Satz 2 SGB V vor, dass das Bundesversicherungsamt die Mittel zum Ausgleich der unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben, ermittelt und das Zahlungsverfahren durchführt.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird das monatliche Abschlagsverfahren geregelt. Dazu sind die Regelungen zum monatlichen RSA-Abschlagsverfahren in § 39 Absatz 2 entsprechend anzuwenden. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die monatlichen Mittel an die Krankenkassen vorläufig auf der Grundlage ihres jeweiligen Zusatzbeitragssatzes und der Zahl ihrer Mitglieder des Vormonats. Krankenkassen, die keinen Zusatzbeitrag erheben, erhalten keine Mittel zum Ausgleich der unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder (vgl. § 270a Absatz 2 SGB V). Das Bundesversicherungsamt zahlt die Mittel entsprechend der Regelung in § 39 Absatz 4 Satz 1 in Teilbeträgen aus, die sich an den monatlichen Hauptfälligkeitzeitpunkten der beim Gesundheitsfonds eingehenden Beträge einschließlich der Einnahmen aus Zusatzbeiträgen orientieren. Bis zum 15. des auf den Monat der ersten Auszahlung folgenden Monats sind die Mittel für einen Ausgleichsmonat vollständig auszuführen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 gibt vor, dass das Bundesversicherungsamt zu den Zeitpunkten, zu denen es den Ausgleich nach § 39 Absatz 3 Satz 1 für die Zuweisungen nach § 266 Absatz 1 Satz 1 SGB V durchführt, auch die Höhe der Mittel aus dem Einkommensausgleich für jede Krankenkasse auf der Grundlage der aktuellen Mitgliederzahlen aus den Monatsstatistiken (KM 1) für die zurückliegenden Monate des Ausgleichsjahres neu berechnet. Die bis zu diesen Zeitpunkten ermittelte Höhe der Mittel wird neu berechnet. Das in § 39 Absatz 3 Satz 5 und Absatz 3a zum Ausgleich der Unterschiedsbeträge geregelte Verfahren gilt entsprechend.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird bestimmt, dass das Bundesversicherungsamt dann, wenn es den Jahresausgleich für die Zuweisungen nach § 266 Absatz 1 Satz 1 SGB V durchführt, auch die Höhe der Mittel für den Einkommensausgleich neu berechnet. Die Bekanntgabe und das Verfahren zum Ausgleich der Unterschiedsbeträge erfolgen entsprechend der Regelung in § 41 Absatz 4. Ein Korrekturverfahren wird nicht durchgeführt.

Zu Artikel 16 (Änderung Medizinproduktegesetz)

Es handelt sich um die Beseitigung einer Regelungslücke. Es wird die Möglichkeit geschaffen, eine Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarmen oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten, die nicht den durch Rechtsverordnung festgelegten Anforderungen entspricht, als Ordnungswidrigkeit zu ahnden.

Zu Artikel 17 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Regelungen des Gesetzes treten vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Januar 2015 in Kraft. Insbesondere die prozentualen Zusatzbeiträge können ab dem 1. Januar 2015 erhoben werden.

Zu Absatz 2

Mit dem Inkrafttreten der Regelungen zu den Rechts- und Verwaltungsvereinfachungen beim Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bei Beziehern von Arbeitslosengeld II (Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2, 4 und 15, Artikel 2 und Artikel 6) zum 1. Januar 2016 wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die umfangreichen Rechts- und Verwaltungsvereinfachungen eine Vorlaufzeit in den IT-Verfahren der Träger benötigen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass Artikel 1 Nummer 13, 16 Buchstabe a, in Nummer 18 § 242a, Nummer 34 sowie Artikel 15 Nummer 2, 4, 5 und 10 Buchstabe a am 1. August 2014 in Kraft treten.

Dies betrifft zum einen die Aufgaben des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 SGB V; durch das frühere Inkrafttreten ist sichergestellt, dass er die Schätzung in seiner Sitzung im Oktober 2014 für das Jahr 2015 schon auf Basis der neuen Finanzstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmen kann. Daran anknüpfend tritt auch die Vorschrift zum durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz (§ 242a SGB V) schon am 1. August 2014 in Kraft, damit dieser für das Jahr 2015 zum 1. November 2014 festgesetzt und bekanntgemacht werden kann. Das Bundesversicherungsamt erlässt auf dieser Grundlage nach dem neuen Recht im November 2014 die Zuweisungsbescheide für 2015 an die Krankenkassen.

Auch die Regelungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA im SGB V sowie in der RSA treten am 1. August 2014 in Kraft, d.h. die Regelungen zu Krankengeld und Auslandsversicherten werden erstmals im Rahmen des Jahresausgleichs 2013, welcher im Herbst 2014 durchgeführt wird, umgesetzt. Damit wird gewährleistet, dass diese Umsetzung zeitgleich mit der veränderten Berücksichtigung der Ausgaben für Versicherte, die im Ausgleichsjahr verstorben sind, erfolgt, welche vom Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der Rechtsprechung ebenfalls erstmals für das Ausgleichsjahr 2013 umgesetzt wird. Verfassungsrechtliche Bedenken hiergegen sind im Hinblick auf einen etwaigen Bestandsschutz schon deshalb nicht ersichtlich, weil es sich bei den Krankenkassen nicht um Grundrechtsträger handelt.

Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a, d.h. die Regelung, dass die Beitragsbemessungsgrenze auch bei freiwilligen Mitgliedern als beitragspflichtige Einnahmen anzusetzen ist, sofern und solange Mitglieder Nachweise über ihre Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen, tritt ebenfalls am 1. August 2014 in Kraft.

Zu Absatz 4

Der neue § 137a SGB V zur Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sowie Folgeänderungen (Artikel 1 Nummer 5 bis 8 und Nummer 39) und die Änderung des Medizinproduktegesetzes (Artikel 16) treten bereits am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft.

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKRG

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenkasse (NKR-Nr. 2805)

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	
Erfüllungsaufwand	
Wirtschaft	
jährlicher Erfüllungsaufwand	-22,4 Mio. Euro
Verwaltung	
einmaliger Erfüllungsaufwand	460.000 Euro
jährlicher Erfüllungsaufwand	-32 Mio. Euro
Der Nationale Normenkontrollrat begrüßt ausdrücklich, dass für das Beitragsverfahren der GKV Verwaltungsvereinfachungen angestrebt werden, die zu einer deutlichen Entlastung für Wirtschaft und Verwaltung in Bezug auf den Erfüllungsaufwand führen. Er begrüßt darüber hinaus den Umstand, dass zukünftig entstehender Erfüllungsaufwand für alle Normadressaten in beachtlicher Höhe vermieden werden soll.	

II. Im Einzelnen

Mit dem vorliegenden Regelungsvorhaben wird die Finanzierungsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) neu gestaltet. Der paritätische Beitragsatz von 14,6% bleibt dabei gesetzlich festgeschrieben. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag und der damit einhergehende steuerfinanzierte Sozialausgleich sollen abgeschafft werden. Die Krankenkassen sollen den Zusatzbeitrag als prozentualen Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen erheben.

Eine weitere Änderung wird im Bereich der gesetzlichen Regelungen zum Kranken- und Pflegeversicherungsschutz für Bezieher von Arbeitslosengeld II angestrebt. Zukünftig soll die Vorrangprüfung der Familienversicherung entfallen und für jeden Bezieher von Arbeitslosengeld II monatlich ein pauschalierter Beitrag an die GKVen abgeführt.

Des Weiteren soll der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich gemäß der Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt weiterentwickelt werden. Dazu soll ein Gutachten erstellt werden.

Zur Stärkung der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung soll der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) verpflichtet werden, ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen.

Erfüllungsaufwand:

1. GKV-Finanzierung

Mit der Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags und des dazugehörigen Sozialausgleichs, geht eine deutliche Entlastung aller Normadressaten einher. Dabei sind zwei Arten der Entlastung zu unterscheiden:

a) Reduzierung des Erfüllungsaufwands

Bestimmte Meldeverfahren zwischen den Unternehmen und der Sozialversicherung werden durch die geplante Abschaffung des Sozialausgleichs nur noch für ca. 10% der bisherigen Fälle notwendig sein. Dies reduziert den jährlichen Aufwand der Wirtschaft um rund 22,4 Mio. Euro und den der Verwaltung um rund 8,7 Mio. Euro.

Die Umstellung auf das neue Verfahren wird bei den Arbeitgebern Softwareanpassungen notwendig machen, die im Regelfall im Rahmen von Wartungsverträgen abgegolten werden. Der Umstellungsaufwand, der bei den GKVn entsteht, wie auch der Erfüllungsaufwand, der beim Bundesversicherungsamt auf Grundlage des § 43 RSAV entsteht, kann derzeit nicht beziffert werden. Der NKR fordert das Ressort auf, diese Kosten - sobald wie möglich – nachzumelden.

b) Vermeidung von zukünftig entstehendem Erfüllungsaufwand

Da der Sozialausgleich bisher nicht durchgeführt werden musste, ist der gesamte Erfüllungsaufwand des Verfahrens noch nicht zum Tragen gekommen. Der Aufwand für ein Meldeverfahren zwischen Arbeitgebern und der GKV konnte quantifiziert werden. Durch den Wegfall wird Erfüllungsaufwand für Unternehmen in Höhe von 3 Mio. Euro jährlich vermieden.

Ähnlich verhält es sich mit den Zusatzbeiträgen, die die GKVn erheben können. Das bisherige Verfahren, das zur Zeit auf Grund der guten Kassenlage nicht durchgeführt werden muss, hatte in früheren Jahren zu erheblichem Aufwand geführt.

Beide Verfahren würden nach der Prognose des Ressorts bereits ab 2015 zur Anwendung kommen und dabei hohen Erfüllungsaufwand bei Bürgern, Wirtschaft und Verwaltung hervorrufen.

Durch die geplante Gesetzesänderung soll ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag eingeführt werden. Das hat zum Einen zur Folge, dass der Sozialausgleich ersatzlos wegfällt. Zum Anderen sind nicht wie bisher, die GKVn für den Einzug der Zusatzbeiträge verantwortlich. Der Zusatzbeitrag wird über das bereits bestehende Verfahren zwischen den Arbeitgebern und der Sozialversicherung abgewickelt. Da die dazu benötigten Daten zum größten Teil bereits vorliegen, ist dies eine deutlich weniger aufwändige Variante. Durch diese Änderung wird bei allen drei Normadressaten zusätzlicher Erfüllungsaufwand vermieden. Bei den Bürgern sind dies 11 Minuten jährlicher Zeitaufwand und Zusatzkosten von 60 Cent pro Mitglied. Betroffen wären rund 47 Mio. Mitglieder. Auf Seiten der GKV wird ein jährlicher Aufwand von 13 Minuten pro Mitglied vermieden. Hochgerechnet beläuft sich die jährliche Entlastung bei der GKV auf

rund 500 Mio. Euro Personal- und rund 100 Mio. Sachkosten. Die Darstellung des Erfüllungsaufwand weist bezüglich des Sozialausgleichs Lücken auf, die sich daraus ergeben, dass dieser bisher nicht durchgeführt wurde.

2. Weitere Vorgaben

Durch die Abführung eines pauschalierten Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrags wird der Erfüllungsaufwand für die Bundesagentur für Arbeit erheblich reduziert. Der Wegfall der Vorrangprüfung in Bezug auf die Familienversicherung reduziert den jährlichen Erfüllungsaufwand um rund 26 Mio. Euro jährlich.

Durch die Beauftragung des Gutachtens zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs entstehen in der Verwaltung einmalige Kosten von rund 245.000 Euro.

Mit der geplanten Beauftragung des GBA zur Gründung eines Instituts zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen entsteht einmaliger geschätzter Erfüllungsaufwand von rund 215.000 Euro. Dem stehen bisherige jährliche Kosten für eine bisher notwendig durchzuführende Ausschreibung von 100.000 Euro gegenüber. Die laufenden Kosten konnten nur grob abgeschätzt werden und sind mit einem niedrigen einstelligen Millionenbetrag benannt, den die Krankenversicherungen zu tragen haben.

Der Rat hatte bereits in seiner Stellungnahme zur Einführung des Sozialausgleichs (NKR-Nr. 1461) den Aufbau von Bürokratiekosten kritisch angemerkt und auf weitere Kosten für die Meldeverfahren hingewiesen. Daher begrüßt der Rat die Umstellung auf ein bürokratieärmeres Verfahren ausdrücklich.

Auch die Verwaltungsvereinfachung bezüglich des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes von Beziehern von Arbeitslosengeld II ist positiv hervorzuheben.

Dr. Ludewig
Vorsitzender

Catenhusen
Berichterstatter