

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)123(6.1)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 -
GKV-FKG
10.12.2019



BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses
am 18.12.2019**

**Zum Entwurf eines Gesetzes für einen
fairen Kassenwettbewerb in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)**

Bundestag-Drucksache 19/15662

Stand 04.12.2019

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299

Inhaltsverzeichnis:

I. Zusammenfassung	- 7 -
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs	- 12 -
Artikel 1 Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes	- 12 -
Art. 1 Nr. 1 und 2 § 29 Abs. 2 und 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) – Zuständigkeit der Gerichte (Zuständigkeit in wettbewerblichen Auseinandersetzungen).....	- 12 -
Artikel 3 Änderungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	- 14 -
Art. 3 Nr. 2 § 90 Abs. 4 und 5 SGB IV – Aufsichtsbehörden (Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden).....	- 14 -
Artikel 5 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	- 16 -
Art. 5 Nr. 2 § 4a Abs. 2 und 7 SGB V – Reichweite und Durchsetzung einer lauterer Wettbewerbsordnung.....	- 16 -
Art. 5 Nr. 2 § 4a Abs. 1, 3, 5 und 6 SGB V – Rechtsgrundlage für einen Wettbewerb der Krankenkassen, Verhaltensmaßstäbe und Verordnungsermächtigung	- 18 -
Art. 5 Nr. 3 § 4b SGB V – Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren.....	- 22 -
Art. 5 Nr. 4 § 71 SGB V Beitragssatzstabilität.....	- 23 -
Art. 5 Nr. 5 § 73b SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung.....	- 25 -
Art. 5 Nr. 6 § 77 SGB V Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen.....	- 28 -
Art. 5 Nr. 7 § 83 SGB V Gesamtverträge – Verbot von Vergütungen für Diagnosen	- 29 -
Art. 5 Nr. 8 § 87a SGB V Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	- 30 -
Art. 5 Nr. 9 § 92a SGB V – Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.....	- 34 -
Art. 5 Nr. 10 § 137g SGB V – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme	- 35 -
Art. 5 Nr. 11 § 140a SGB V – Besondere Versorgung.....	- 36 -
Art. 5 Nr. 12 §§ 143-148 SGB V – Arten der Krankenkassen.....	- 41 -
Art. 5 Nr. 12 §§ 149-154 SGB V – Besondere Vorschriften zur Errichtung, Ausdehnung, Ausscheiden von Betrieben und Auflösung bei Betriebskrankenkassen	- 42 -
Art. 5 Nr. 12 § 155 SGB V - Freiwillige Vereinigung	- 43 -
Art. 5 Nr. 12 § 156 SGB V - Vereinigung auf Antrag.....	- 45 -
Art. 5 Nr. 12 § 157 SGB V - Verfahren bei Vereinigung auf Antrag.....	- 46 -

Art. 5 Nr. 12 § 158 SGB V - Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von
Krankenkassen - 47 -

Art. 5 Nr. 12 § 159 SGB V - Schließung - 48 -

Art. 5 Nr. 12 § 160 SGB V - Insolvenz von Krankenkassen - 49 -

Art. 5 Nr. 12 § 161 SGB V - Aufhebung der Haftung nach §12 Absatz 2 der Insolvenz-
ordnung - 50 -

Art. 5 Nr. 12 § 162 SGB V - Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden - 51 -

Art. 5 Nr. 12 § 163 SGB V - Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von
Krankenkassen - 52 -

Art. 5 Nr. 12 § 164 SGB V – Vorübergehende finanzielle Hilfen - 53 -

Art. 5 Nr. 12 § 165 SGB V - Abwicklung der Geschäfte - 55 -

Art. 5 Nr. 12 § 166 SGB V - Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder
Schließung - 56 -

Art. 5 Nr. 12 § 167 SGB V - Verteilung der Haftungssumme - 58 -

Art. 5 Nr. 12 § 168 SGB V - Personal - 60 -

Art. 5 Nr. 12 § 169 SGB V - Haftung im Insolvenzfall - 61 -

Art. 5 Nr. 12 § 170 SGB V - Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen,
Verordnungsermächtigung - 62 -

Art. 5 Nr. 13 § 173 SGB V - Allgemeine Wahlrechte - 63 -

Art. 5 Nr. 14 § 217b SGB V - Organe beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen . - 64 -

Art. 5 Nr. 15 § 217c Abs. 1 SGB V - Verwaltungsrat beim Spitzenverband Bund der
Krankenkassen - 67 -

Art. 5 Nr. 16 § 217d SGB V – Haushaltswesen des Spitzenverband Bund der
Krankenkassen - 68 -

Art. 5 Nr. 18 § 260 Abs. 5 SGB V – Betriebsmittel - 69 -

Art. 5 Nr. 19 §§ 265a und 265b SGB V - Finanzielle Hilfen - 71 -

Art. 5 Nr. 20 § 266 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
(Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung - 72 -

Art. 5 Nr. 21 § 267 SGB V – Datenverarbeitung für die Durchführung und
Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs - 78 -

Art. 5 Nr. 21 § 268 SGB V – Risikopool - 81 -

Art. 5 Nr. 22 § 269 SGB V – Sonderregelungen für Krankengeld und
Auslandsversicherte - 83 -

Art. 5 Nr. 23 § 270 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige
Ausgaben - 84 -

Art. 5 Nr. 24 § 270a SGB V – Einkommensausgleich - 86 -

Art. 5 Nr. 25 § 271 SGB V – Gesundheitsfonds - 87 -

Art. 5 Nr. 26 § 273 SGB V – Sicherung der Datengrundlagen für den
Risikostrukturausgleich - 88 -

Art. 5 Nr. 27 § 284 SGB V – Sozialdaten bei den Krankenkassen..... - 94 -

Art. 5 Nr. 28 § 293a SGB V – Transparenzstelle für Verträge über eine
hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere
Versorgung - 95 -

Art. 5 Nr. 29 § 295 SGB V – Abrechnung ärztlicher Leistungen - 98 -

Art. 5 Nr. 30 § 302 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer - 100 -

Art. 5 Nr. 31 § 303 SGB V – Ergänzende Regelungen..... - 101 -

Art. 5 Nr. 32 § 304 SGB V – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen,
Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der
Prüfungsausschüsse - 102 -

Art. 5 Nr. 33 § 305a SGB V – Beratung der Vertragsärzte..... - 103 -

Art. 5 Nr. 34 § 318 SGB V – Übergangsregelung für die knappschaftliche
Krankenversicherung..... - 105 -

Art. 5 Nr. 35 § 323 SGB V – Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung - 106 -

Art. 5 Nr. 36 § 328 SGB V – Übergangsregelung für bereits geschlossene
Krankenkassen - 107 -

Artikel 6 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung..... - 108 -

Art. 6 Nr. 1 – Abschnitt 1 - Gemeinsame Vorschriften - 108 -

Art. 6 Nr. 2 § 1 RSAV – Begriffsbestimmungen - 109 -

Art. 6 Nr. 3 § 2 RSAV – Risikogruppen..... - 110 -

Art. 6 Nr. 3 § 3 RSAV – Versicherungszeiten - 111 -

Art. 6 Nr. 4 § 4 RSAV – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben - 112 -

Art. 6 Nr. 5 § 5 RSAV – Bekanntmachungen - 113 -

Art. 6 Nr. 5 § 6 RSAV – Zahlungsverkehr und Verrechnung..... - 114 -

Art. 6 Nr. 6 §§ 7 bis 15a RSAV – Rechtsbereinigung - 115 -

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 2..... - 116 -

Art. 6 Nr. 7 § 7 RSAV – Verarbeitung von Daten für die Durchführung und
Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs - 117 -

Art. 6 Nr. 7 § 8 RSAV – Auswahl und Anpassung des
Versichertenklassifikationsmodells..... - 120 -

Art. 6 Nr. 7 § 9 RSAV – Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich - 124 -

Art. 6 Nr. 7 § 10 RSAV – Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der
Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte..... - 125 -

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 3 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds..... - 126 -

Art. 6 Nr. 7 § 11 RSAV – Zuweisungen für das Krankengeld - 127 -

Art. 6 Nr. 7 § 12 RSAV – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale - 128 -

Art. 6 Nr. 7 § 13 RSAV – Zuweisungen für sonstige Ausgaben..... - 129 -

Art. 6 Nr. 7 § 14 RSAV – Risikopool - 130 -

Art. 6 Nr. 7 § 15 RSAV – Zuweisungen für Vorsorge- und
Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte
Behandlungsprogramme..... - 131 -

Art. 6 Nr. 7 § 16 RSAV – Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich
und Kostentragung..... - 134 -

Art. 6 Nr. 7 § 17 RSAV – Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen - 135 -

Art. 6 Nr. 7 § 18 RSAV – Jahresausgleich..... - 136 -

Art. 6 Nr. 7 § 19 RSAV – Ausschluss auffälliger Risikogruppen - 138 -

Art. 6 Nr. 7 § 20 RSAV – Prüfung der Datenmeldungen..... - 139 -

Art. 6 Nr. 7 § 21 RSAV – Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch..... - 141 -

Art. 6 Nr. 7 § 22 RSAV – Durchführung des Einkommensausgleichs - 143 -

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 4..... - 144 -

Art. 6 Nr. 7 § 23 RSAV – Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den
Innovationsfonds..... - 145 -

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 5..... - 146 -

Art. 6 Nr. 7 § 24 RSAV – Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung der
Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach §
137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der
Dauer der Teilnahme..... - 147 -

Art. 6 Nr. 7 § 25 RSAV – Anforderungen an das Verfahren der Verarbeitung der für
die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften
Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen
Daten - 148 -

Art. 6 Nr. 7 § 26 RSAV – Berechnung der Kosten für die Bescheidung von
Zulassungsanträgen..... - 149 -

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 6..... - 150 -

Art. 6 Nr. 7 § 27 RSAV – Übergangsregelung - 151 -

Artikel 7 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes - 152 -

§ 8 Abs. 11 (neu) KHEntgG - 152 -

Artikel 9 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch - 154 -

Art. 9 § 219 SGB VI – Finanzverbund in der allgemeinen Rentenversicherung - 154 -

III. Ergänzender Änderungsbedarf - 155 -

Ergänzung eines Sonderkündigungsrechts im § 73b Abs. 5a SGB V - 155 -

I. Zusammenfassung

Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) will der Gesetzgeber die solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weiterentwickeln. Der Wettbewerb in der GKV soll, so ist es im Gesetzentwurf vorgesehen,

- die Leistungen und ihre Qualität verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Versorgung und ihrer Strukturen erhöhen,
- unter Berücksichtigung der Finanzierung der Krankenkassen durch Beiträge und des sozialen Auftrags der Krankenkassen auf ein angemessenes Maß begrenzt werden
- und Risikoselektion verhindern.

Die Festlegung von **Wettbewerbszielen** im Sozialgesetzbuch, die ausschließlich auf die Interessen und Belange der Versicherten und Patienten zugeschnitten sind, wird von der AOK-Gemeinschaft uneingeschränkt begrüßt. In erster Linie muss der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander ein Wettbewerb um gute Versorgungsangebote sein und einen Mehrwert für Patienten, Versicherte und Beitragszahler schaffen. Wettbewerb in der GKV ist ein Instrument zur Schaffung von effektiven, qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgungsangeboten und -strukturen. Der einseitige Fokus auf Preis und Satzungsleistungen der Krankenkassen, den auch der Gesetzgeber immer wieder, zuletzt im GKV-VEG, verstärkt hat, muss aufgehoben werden. Die Fähigkeit, aktiv die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten zu gestalten, muss zur zentralen Kompetenz einer Krankenkasse werden, um erfolgreich im Wettbewerb bestehen zu können.

An diesen Zielen müssen sich die weiteren Maßnahmen des Gesetzentwurfes zum GKV-FKG messen lassen. Leider ist hier festzustellen, dass der Gesetzentwurf nur an sehr wenigen Stellen dem Anspruch gerecht wird, den der Gesetzgeber mit einem „Faire Kassenwettbewerb Gesetz“ suggeriert. In der vorliegenden Entwurfsfassung **schwächt** das Gesetz sogar den bereits heute bestehenden **versorgungsorientierten Wettbewerb der Krankenkassen**, weil:

1. durch diverse Maßnahmen die Zielgenauigkeit und damit die Funktionsfähigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) massiv eingeschränkt wird,
2. Aufsichten erster und zweiter Klasse geschaffen und damit die auf regionale Versorgungsbedarfe und -angebote ausgerichteten Aktivitäten der Akteure in den Ländern, Regionen und Kommunen zugunsten einer zentralen, versorgungsfernen Bundesaufsicht abwertet werden und
3. gemeinsame Initiativen der Vertragspartner vor Ort zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Betreuung von multimorbiden und chronisch erkrankten Versicherten deutlich erschwert werden.

Das GKV-FKG bleibt daher weiterhin ein Gesetz, das zu einem **falschen Kassenwettbewerb** führt.

1. Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Der Morbi-RSA bildet das Fundament für Solidarität innerhalb einer Wettbewerbsordnung. Die AOK-Gemeinschaft unterstützt jede Maßnahme, die den Morbi-RSA im Sinne seiner Funktion weiterentwickelt und seine Zielgenauigkeit erhöht. Der Morbi-RSA ist kein beliebiger Umverteilungsschlüssel je nach Kassenlage, sondern verfolgt klare gesellschaftspolitische Zielstellungen,

- bei freier Kassenwahl die Risikoselektion einzelner Versicherter und Versichertengruppen durch Krankenkassen zu verhindern und
- gleichzeitig unter Wahrung der Versorgungsneutralität wirksame Anreize für Krankenkassen zu setzen, damit diese wirtschaftlich handeln und die Qualität der Gesundheitsversorgung erhöhen.

1.1. Morbi-RSA-Reformpaket setzt zum Großteil falsche Anreize

Positiv für die Funktionsfähigkeit des Morbi-RSA im Rahmen dieser Zielstellung ist die geplante Einführung des **Krankheitsvollmodells**. Die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf Versichertenenebene wird durch diese Maßnahme verbessert und verringert damit Risikoselektionsanreize.

Andere Maßnahmen des Gesetzentwurfes stehen den Zielen des Morbi-RSA allerdings diametral entgegen:

- Die Streichung von **Erwerbsminderungsrentnern** aus dem Zuweisungssystem setzt bei den Krankenkassen für diese besonders schutzbedürftige Versichertengruppe massive Anreize zur Risikoselektion.
- Die Einführung eines **Risikopools** für kostenintensive Krankheiten senkt wiederum die Anreize bei Krankenkassen, für eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung zu sorgen. Die Finanzierung schwerer und sehr selten auftretender Erkrankungen ist nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht weitestgehend gleichmäßig über die Krankenkassen verteilt und sollte daher weiterhin dem originären Versicherungsprinzip von Krankenkassen unterliegen. Zudem zieht die Administration eines Hochkostenausgleichs einen sehr hohen Verwaltungs- und Prüfaufwand nach sich.
- Die geplante **Regionalkomponente** verschiebt im erheblichen Umfang finanzielle Mittel aus strukturschwachen, oft ländlichen Regionen in städtische Gebiete. Es fehlt bislang jeder praktische oder wissenschaftliche Nachweis, dass auf Versichertenenebene Risikoselektion nach regionalen Gesichtspunkten erfolgt. Mit dem geplanten Regionalfaktor ist allerdings zu befürchten, dass neue Selektionsanreize für Krankenkassen zu Lasten der Versicherten in ländlichen oder strukturschwachen Regionen geschaffen werden. Der RSA soll zudem keine individuellen Ausgaben, sondern möglichst zielgenau auf Ebene der einzelnen Versicherten und Versichertengruppen Unterschiede in den Risikostrukturen und die daraus resultierenden Ausgabenrisiken einer Krankenkasse ausgleichen. Der Zuschlag für Großstädte und Metropolen wird jedoch, weil dieser wie ein partieller IST-Ausgabenausgleich wirkt, die Motivation bei Krankenkassen für eine wirtschaftliche sowie effiziente Versorgungsgestaltung reduzieren.

1.2. Die Stärkung der Manipulationsresistenz des Morbi-RSA ist ein Etikettenschwindel

Das politische Ziel, den Morbi-RSA gegen manipulative Aktivitäten von Krankenkassen zu schützen, wird von der AOK-Gemeinschaft uneingeschränkt unterstützt. Mit der Einführung von verbindlichen Kodierrichtlinien durch das TSVG und weiteren gesetzlichen Maßnahmen, die finanzielle Zuwendungen von Krankenkassen an Ärzte ausschließlich für die Dokumentation von Diagnosen untersagen, hat der Gesetzgeber wichtige Schritte unternommen. Die AOK-Gemeinschaft unterstützt auch ausdrücklich darüberhinausgehende Maßnahmen, wenn diese ein real existierendes Problem sachlich richtig aufgreifen und die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA stärken. Hierbei dürfen aber keine versorgungspolitischen Kollateralschäden entstehen.

Die im Gesetzentwurf geplanten Maßnahmen führen nicht zu der beabsichtigten Erhöhung der Manipulationssicherheit. Hinter dem Etikett „Manipulationsresistenz“ verbirgt sich stattdessen eine massive Schwächung des Morbi-RSA und derjenigen Krankenkassen, die sich gemeinsam mit den Vertragspartnern um bedarfsgerechte Versorgungsangebote für ihre Versicherten bemühen:

- Die mit der **Manipulationsbremse** vorgesehene pauschale Streichung von Zuweisungen für Morbiditätsgruppen, die eine festgesetzte Steigerungsrate überschreiten, stellt eine Morbiditätszunahme unabhängig von den Ursachen unter einen manipulativen Generalverdacht. Die Maßnahme reduziert in ihrer Wirkung massiv den Morbiditätsbezug des RSA und läuft somit dem Ansatz des Vollmodells zuwider, verschlechtert die Zielgenauigkeit des Morbi-RSAs und bevorzugt Krankenkassen mit jungen und gesunden Versicherten. Die Manipulationsbremse wirkt wie eine kollektive Strafmaßnahme, die auch Krankenkassen betrifft, die sich regelkonform verhalten haben. Durch die zusätzlichen Unsicherheiten, inwieweit Investitionen in innovative Versorgungskonzepte überhaupt refinanziert werden, wird die Manipulationsbremse auch negative Folgen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten haben. Die Maßnahme stellt somit eine echte „Versorgungsbremse“ dar.
- Das **geplante Verbot von Diagnosen in Versorgungsverträgen** gefährdet die etablierte ambulante haus- und fachärztliche Versorgung, da eine solche fachlich nicht nachvollziehbare Pauschalregelung insbesondere solche Versorgungsverträge ausbremst, die speziell auf bestimmte Patientengruppen zugeschnitten sind. Eine medizinisch sinnvolle Versorgungssteuerung auf Grundlage der medizinischen Fachsprache und eine aufwandsgerechte Vergütung für Ärztinnen und Ärzte sowie ihre therapeutischen Teams werden damit unmöglich gemacht.
- Die **Manipulationsresistenz** soll durch **Maßnahmen zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich** flankiert werden. Diese Maßnahmen werden jedoch nur halbherzig angegangen. Der entscheidende Schritt zu mehr Transparenz über die Aktivitäten aller Krankenkassen wird nicht vollzogen. Dafür muss eine Erweiterung der Auffälligkeitsprüfung um eine zusätzliche regionale Dimension (**Prüfung auf Ebene von KV Bezirken**) erfolgen. Denn während bei Krankenkassen mit regionalem Tätigkeitsschwerpunkt regional spezifische Steigerungen in der Diagnosehäufigkeit, beispielsweise auf Grund von Verträgen, zur Auffälligkeit führen, werden identische Konstellationen bei bundesweit agierenden Krankenkassen durch andere Regionen ausgeglichen.

Ohne die Verbesserung der Verfahren blieben solche Konstellationen bei bundesweit agierenden Krankenkassen weiterhin unentdeckt.

2. Maßnahmen zum Aufsichtsrecht schaffen eine Zwei-Klassen-Aufsicht

Mit dem GKV-FKG wird aus Sicht der AOK-Gemeinschaft durch verschiedene Einzelmaßnahmen die faktische Zentralisierung der Rechtsaufsicht weiterhin angestrebt. Es werden Aufsichten erster und zweiter Klasse geschaffen, frei nach dem Motto: „Die beste und strengste Aufsicht findet in Bonn statt.“

Das GKV-FKG sieht in der derzeitigen Kabinettsfassung folgende Regelungen vor:

- Bereits aufsichtsbehördlich **genehmigte Verträge** sollen einer **erneuten Prüfung durch das BVA** unterzogen werden können. Es besteht damit die Gefahr, dass das Handeln der regionalen Aufsichtsbehörden nachträglich diskreditiert wird.
- Bei der „**neuen Zusammenarbeit**“ der **Aufsichtsbehörden** in Bund und Ländern nach § 90 SGB IV ist ein **stimmenmäßiges Übergewicht** geplant, sodass eine Sperrminorität des Bundes besteht.
- Das **BVA** kann künftig gegenüber aufsichtsbehördlicher Position der Länder einseitig intervenieren und bspw. gemeinsam und einheitlich abzuschließende **Vergütungsvereinbarungen auf Landesebene blockieren**.
- Insbesondere auch in bislang klassischen Aufsichtsthemen sollen die Krankenkassen untereinander Klagerechte vor Landessozialgerichten erhalten. Dies wird zu Parallelverfahren führen und konterkariert die politische Zielsetzung einheitlicher Aufsichtspraxis.

Mit diesem Maßnahmenpaket wird die regionale Interessenwahrnehmung in der zukünftigen Zusammenarbeit von Bundes- und Länderaufsichten geschwächt und die Aufsichtskompetenz massiv zu Gunsten des Bundes, insbesondere des BVA, verschoben.

3. Reform der Haftungsregelungen – weniger Eigenverantwortung, weniger Schutz

Mit dem FKG soll die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen derselben Kassenart und die damit verbundenen **Möglichkeiten einer frühzeitigen Risiko- und Haftungsprävention abgeschafft werden**. Im Haftungsfall soll eine Kostentragung aller Krankenkassen auf Grundlage eines „fairen Verteilungsschlüssels“ eingeführt werden und angebliche, aber inhaltlich nicht näher erläuterte Verwerfungen in den bisherigen Regelungen beseitigt werden.

Übersehen wird hier allerdings, dass sich die bisher bestehende Haftungskaskade seit mehr als einem Jahrzehnt bewährt hat. Sie hat auch in schwierigen Zeiten dafür gesorgt, dass das System der gesetzlichen Krankenversicherung stabil bleibt. Der vorliegende Gesetzentwurf minimiert Anreize für eine frühzeitige Vermeidung eines Haftungsfalles drastisch, da sämtliche Haftungsrisiken unterschiedslos auf alle Krankenkassen vergemeinschaftet werden. Die bisherige kassenartenbezogene Haftungsprävention hat die GKV-Gemeinschaft effektiv vor weitreichenderen Haftungsrisiken geschützt. Mit den vorgesehenen Regelungen wird das Auftreten von Haftungsfällen, samt zugehöriger Finanzhilfen, zu einem signifikant zunehmenden **Risiko für die Haushalte aller GKV-Kassen**. Die AOK-Gemeinschaft fordert daher, die bestehende Primärhaftung der Kassenarten vollständig zu erhalten. Sollte jedoch der Gesetzgeber an der Intention einer

Auflösung der Primärhaftung festhalten, dann muss zumindest die Möglichkeit erhalten bleiben, freiwillige Finanzhilfen innerhalb der Kassenart zu vereinbaren, um drohenden finanziellen Notlagen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe frühzeitig entgegenzuwirken und eigenverantwortliches Handeln innerhalb der Kassenarten zu ermöglichen.

4. Strukturen des GKV-Spitzenverbandes – Inakzeptable Schwächung der Selbstverwaltung

Der Entwurf sieht als einen weiteren wesentlichen Punkt die strukturelle Veränderung des GKV-Spitzenverbandes vor. Zukünftig soll der Verwaltungsrat aus 40 Mitgliedern (bisher 52) bestehen. Diese **Reduzierung der Verwaltungsratsmitglieder wird abgelehnt**, da die bisherige Mitgliederanzahl für eine repräsentative Stimmgewichtung erforderlich ist.

Neu vorgesehen ist die ergänzende Bildung eines **Lenkungs- und Koordinierungsausschusses (LKA)**. Da dieser LKA mit den gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu einer erheblichen Kompetenzeinschränkung der bestehenden Organe Verwaltungsrat und Vorstand führen wird, ist diese Regelung **abzulehnen**. Auch die vorgesehene **Änderung im Haushaltsrecht** - Genehmigung statt Beanstandung durch die Aufsicht - wird als nicht akzeptable Schwächung der sozialen Selbstverwaltung **zurückgewiesen**. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die soziale Selbstverwaltung Garant für solidarischen Wettbewerb um die beste Versorgung zwischen den wettbewerblich agierenden Krankenkassen ist. Aufgrund der Tragweite der vorgesehenen Änderungen an den Strukturen des GKV-Spitzenverbandes wird in diesem Kontext auf dessen Stellungnahme verwiesen.

5. Mitgliederwettbewerb – „Lösungen“ für ein nicht vorhandenes Problem

Mit den geplanten **Neuregelungen zum Mitgliederwettbewerb**, insbesondere zur Werbung, wird vermeintlich eine gesetzliche „Lösung“ für eine Problematik geschaffen, die real im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen nicht besteht. Der Gesetzentwurf suggeriert einen nahezu regulierungsfreien Raum für Wettbewerb mit bislang nicht effektiven Instrumenten zur Rechtsdurchsetzung. Beim gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt handelt es sich indessen um einen bereits heute sehr regulierten und darüber hinaus nicht auffälligen Wettbewerbsmarkt. Dies ist vor allem daran erkennbar, dass es keinen auffälligen Umfang von wettbewerbsrechtlichen Verfahren gibt. Bereits heute gibt es mit den geltenden Rahmenvorgaben einschließlich der zugehörigen Rechtsprechung sowie den bestehenden „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden“ eine stabile und handlungsleitende Regulierung. **Der Gesetzentwurf bietet also Lösungen für „Probleme“, die es nicht gibt**. Die neuen Regulierungen sind eher geeignet - vor allem im Zusammenhang mit den deutlich erweiterten Klagemöglichkeiten der Krankenkassen untereinander - neue Rechtsprobleme und -unsicherheiten zu schaffen. Die entsprechenden Regelungen sind daher abzulehnen.

Auf eine nach den Kommunikationsbedürfnissen der Bevölkerung in Zeiten der **digitalen Kommunikation** ausgerichtete (Neu-)Bestimmung des Werbebegriffs verzichtet der Entwurf hingegen. Hier **besteht dagegen Regelungsbedarf**, um die Krankenkassen – im Einklang mit der TSVG-Neuregelung des § 67 SGB V – in die Lage zu versetzen, mit digitalen Medien die Versicherten, aber auch Leistungserbringer und andere Adressatengruppen anzusprechen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes

Art. 1 Nr. 1 und 2 § 29 Abs. 2 und 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) – Zuständigkeit der Gerichte (Zuständigkeit in wettbewerblichen Auseinandersetzungen)

A Beabsichtigte Neuregelung

Für wettbewerbliche Auseinandersetzungen (Unterlassungs- und Beseitigungsansprüche) der Krankenkassen untereinander wird die Zuständigkeit der Landessozialgerichte begründet. Betreffen die Unterlassungs- und Beseitigungsansprüche die RSA-Durchführung, wird die zentrale Zuständigkeit des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vorgesehen.

B Stellungnahme

Zu Art. 1 Nr. 1:

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Kabinettsvorlage auch für die neu eingeführten Unterlassungs- und Beseitigungsansprüche von Krankenkassen untereinander (§ 4a SGB V-FKG) den Sozialrechtsweg vorsieht. Warum allerdings statt der originär zuständigen Sozialgerichte nunmehr die Landessozialgerichte zuständig sein sollen, ist für sich genommen zunächst nicht nachvollziehbar. Aus der Erfahrung heraus steht bei dieser Art von Klagen die Ermittlung des Tatbestands im Vordergrund. Hierfür besitzen die Sozialgerichte die größte Erfahrung. Zwar sind aufsichtsrechtliche Streitigkeiten den Landessozialgerichten zugewiesen, bei diesen Verfahren stehen aber Rechtsfragen meist im Vordergrund. Der in der Gesetzesbegründung aufgeführte Grund, dass durch die Zuweisung zu den Landessozialgerichten ein Gleichklang zu aufsichtsrechtlichen Streitigkeiten wird, überzeugt nicht und wird auch weder in der Begründung näher belegt noch durch die bisherigen Praxiserfahrungen nicht bestätigt.

Insbesondere im Kontext der Entwurfsregelung zu § 4a und deren Begründung zu Abs. 7 wirkt die Rechtswegzuweisung zu den Landessozialgerichten kritisch. Die dort angelegte große Reichweite eines wettbewerbsrechtlichen Unterlassungsanspruchs mit originär sozialrechtlichem Ausgangspunkt hat zur Folge, dass zukünftig die Landessozialgerichte als Eingangsinstanz über zahlreiche Sachverhalte (ausdrücklich genannt werden z. B. Satzungsrecht, mRSA-Verfahren und haushalts- bzw. vermögensrechtliche Vorschriften) entscheiden, die bislang primär der aufsichtsbehördlichen Regulierungskompetenz zugewiesen waren. Angesichts der dabei differierenden örtlichen Zuständigkeiten sind Parallelverfahren und ggf. abweichende Rechtsprechungen zu erwarten, so dass eine abschließende Klärung und Vereinheitlichung von Rechtsmaßstäben erst durch eine Herbeiführung höchstrichterlicher Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht zu erreichen sind. Effektiver wäre es, diese Klärungen und Vereinheitlichung der Zusammenarbeit den zuständigen Aufsichtsbehörden zu überlassen (auf den Änderungsvorschlag zu § 90 SGB IV wird verwiesen).

Zu Art. 1 Nr. 2:

Zwar ist eine Zuständigkeitskonzentration im Bereich der Durchführung des mRSA richtig, jedoch

sind individuelle Klagerechte von Krankenkassen untereinander in diesem Bereich nicht sinnvoll. Der eigentliche Anlass für die Zuweisung zum Landessozialgericht NRW findet sich – so auch die entsprechende Begründung (vgl. S. 72) – im Kontext der Regelungen zu § 4a Abs. 7, so dass auf die entsprechende Stellungnahme verwiesen wird.

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen werden gestrichen.

Artikel 3 Änderungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Art. 3 Nr. 2 § 90 Abs. 4 und 5 SGB IV – Aufsichtsbehörden (Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden)

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderungen und Ergänzungen des § 90 soll der bislang vorhandene gesetzliche Rahmen zur Zusammenarbeit und zum Erfahrungsaustausch der Aufsichtsbehörden ausgebaut werden. Durch mehr Transparenz und Information der Aufsichtsbehörden untereinander, und zwar in Form von Erfahrungs- und Meinungsaustausch sowie wechselseitiger Unterrichtung, soll ein regulatorischer Beitrag zur noch stärkeren Vereinheitlichung des Aufsichtshandelns geleistet werden. Der neue Absatz 5 trifft Regelungen zum Zustandekommen gemeinsamer Beschlüsse der Aufsichtsbehörden. Die Regelung ist angelehnt an Artikel 51 Abs. 2 GG und soll sicherstellen, dass weder der Bund (BMG/BVA) einseitig Beschlüsse erwirken kann, die von einem überwiegenden Teil der Länder abgelehnt werden, noch dass die Länder Beschlüsse herbeiführen können, die von der Bundesseite nicht mitgetragen werden. Für den Fall eines von Beschlussfassungen abweichenden Aufsichtshandelns wird eine Unterrichtungspflicht gegenüber den anderen Aufsichten vorgesehen.

B Stellungnahme

Der Ansatz, ein einheitliches Aufsichtshandeln nicht durch Zentralisierung von Alleinzuständigkeiten des BVA herbeizuführen, sondern stattdessen auf eine verdichtete Abstimmung der Aufsichtsbehörden in Form kooperativer Zusammenarbeit zu setzen, wird ausdrücklich begrüßt. Auch in anderen Branchen finden sich in vergleichbarer Weise unterschiedliche Aufsichtszuständigkeiten sowie strukturelle Maßnahmen der wechselseitigen Unterrichtung, Zusammenarbeit und Vereinheitlichung zwischen Aufsichtsbehörden. Eine effiziente funktionale Zusammenarbeit und Abstimmung der Aufsichtsbehörden im Bereich der GKV setzt einen stetigen Erfahrungs- und Meinungsaustausch sowie die Pflicht zu wechselseitiger Unterrichtung über aufsichtsrelevante Vorgänge voraus. Zu diesen zählt insbesondere auch die Abweichung einer Aufsicht von einvernehmlich getroffenen Beschlüssen. Nur auf dieser Grundlage können einvernehmlich Aufsichtsmaßstäbe entwickelt werden, die – unter Beibehaltung der Prinzipien der maßvollen Rechtsaufsicht sowie der Opportunität aufsichtlichen Handelns – eine einheitliche, verlässliche und verbindliche Aufsichtsausübung ermöglichen. In diesem Rahmen sind auch Verständigungen zu entwickeln, die Doppelprüfungen und Zuständigkeitsüberschneidungen ausschließen. Als Zielstellung ist sachgerechterweise vorgesehen, dass die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder im Rahmen von regelmäßigen (halbjährlichen) Präsenzsitzungen das für die Aufsichtspraxis notwendige Einvernehmen herzustellen haben, um die Einheitlichkeit des Aufsichtshandelns zu gewährleisten.

Kritisch ist jedoch, dass mit § 90 Abs. 5 Satz 2 bis 5 SGB IV ein Beschlussverfahren eingeführt werden soll, das eine gewichtete Abstimmung in Anlehnung an die Abstimmungsregeln des Bundesrates (§ 51 Abs. 2 GG) vorsieht. Damit wird eine vermeintliche Gleichgewichtung von Bundes- und Länderinteressen suggeriert, die unter Berücksichtigung tatsächlicher Gegebenheiten zu

Gunsten des Bundes ausfällt. Die Regelung lässt nämlich unbeachtet, dass einige Länder im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. sozialen Pflegeversicherung über keine Aufsichtszuständigkeit mehr verfügen und insoweit im Rahmen der Abstimmungen keine originären Interessen vertreten. Es wird somit seitens dieser Landesaufsichten mit Enthaltungen zu rechnen sein, die – so ausdrücklich die Gesetzgebung – bei der Ermittlung der Stimmenmehrheit unberücksichtigt bleiben, so dass der Bund in einer Vielzahl von Fällen die notwendige Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen erreichen und das Abstimmungsergebnis dominieren wird. Im Übrigen sieht die Stimmenverteilung im Entwurf zu § 90 Abs. 5 SGB IV eine Stimmgewichtung auf Seiten von zwei Aufsichtsbehörden des Bundes (BVA mit zwanzig Stimmanteilen, BMG mit sechs Stimmanteilen) vor, die dem Bund in Anbetracht der notwendigen Dreiviertelmehrheit in jedem Fall eine Sperrminorität einräumt und eine Beschlussfassung allein auf Grundlage der – einvernehmlich ausgeübten – Stimmrechtsanteile von sechzehn Aufsichtsbehörden der Länder verhindert. Insoweit installiert die Regelung ein aufsichtsrechtliches Willensbildungsinstrument mit einem klaren Übergewicht des Bundes. Da der Gegenstand von Beschlussfassung der Aufsichten in aller Regel die Beantwortung von Rechtsfragen umfasst, ist eine gewichtete Abstimmung ohnehin nicht angezeigt.

C Änderungsvorschlag

In § 90 Abs. 5 werden die Sätze 2 bis 5 gestrichen.

Artikel 5 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 5 Nr. 2 § 4a Abs. 2 und 7 SGB V – Reichweite und Durchsetzung einer lautereren Wettbewerbsordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 4a soll eine zentrale Norm zur Regulierung des GKV-(Mitglieder-)Wettbewerbs geschaffen werden, die u. a. einen eigenen und sehr weit gefassten sozialgesetzlichen Lauterkeitsmaßstab formuliert, zu dessen Durchsetzung – auch in bislang klassischen Aufsichtsfeldern – die Krankenkassen untereinander durch entsprechende Klagerechte befähigt werden.

B Stellungnahme

Wegen der Abs. 1, 3, 5 und 6 wird auf die nachfolgende Stellungnahme (Rechtsgrundlage für einen Wettbewerb der Krankenkassen, Verhaltensmaßstäbe und Verordnungsermächtigung) verwiesen.

Abs. 2 und 7 (Sozialgesetzlicher Unlauterkeitsmaßstab/Durchsetzung durch Klagerechte der Krankenkassen untereinander):

Der Verzicht auf den Verweis auf die Regelungen des UWG wird begrüßt. Es handelt sich um einen sozialrechtlichen Wettbewerb zwischen öffentlich-rechtlichen Körperschaften, für den die Regelungen nur sehr eingeschränkt passen. Allerdings bleibt die von vielen Seiten anlässlich des Ref-E geäußerte Kritik daran, dass der vorgesehene Unterlassungs- und Beseitigungsanspruch zu weit gefasst ist, bestehen. Denn der Zusammenhang der Entwurfsregelung zu § 4a (insbesondere die Gesetzesbegründung zu Abs. 7) und die nun vorgesehene zentrale Zuständigkeit des Landessozialgerichts NRW (vgl. Änderung des § 29 SGG) ist höchst kritisch, da sie die Absicht des Gesetzgebers erkennen lässt, sozialrechtlich Streitige Finanzierungsfragen der GKV - parallel zur aufsichtsrechtlichen Aufsichts- und Regulierungskompetenz des BVA - der individuellen gerichtlichen Selbstdurchsetzung durch die Krankenkassen überlassen zu wollen. Die in der Begründung zu Abs. 7 angelegte große Reichweite eines wettbewerbsrechtlichen Unterlassungsanspruchs mit originär sozialrechtlichem Ausgangspunkt hat zur Folge, dass zukünftig ausschließlich sozialrechtlich geprägte Finanzierungsfragen der GKV zur mRSA-Durchführung außerhalb der inhaltlichen und zeitlichen Prüfroutinen (Auffälligkeits- und Verdachtsprüfungen) des BVA durch kassenindividuelle Rechtsstreite geklärt werden. Dazu wird in der Begründung die folgende Erwartung geäußert (vgl. S. 80): *„Durch den erweiterten Unterlassungsanspruch haben es die Krankenkassen hier künftig in der Hand, selbst eine gerichtliche Klärung der streitigen Rechtsfrage herbeizuführen und so für einheitliche Wettbewerbsbedingungen zu sorgen.“* Im Bereich der gesetzlichen Finanzierungsregelung ist diese Aufgabe jedoch sachgerecht zentral beim BVA zu verorten. Die vermeintliche Existenz von Fällen, *„in denen sich eine Aufsichtsbehörde mit Blick auf die Grenzen der staatlichen Rechtsaufsicht zu einem Einschreiten nicht in der Lage sieht oder sich aus Opportunitätsgründen dazu entschließt, die beanstandete Rechtsverletzung zu tolerieren“* (vgl. S. 80 der Begründung), rechtfertigt die nun vorgesehene Parallelisierung nicht, sondern schafft noch ein höheres Maß rechtlicher Unsicherheit im Bereich der GKV-Finanzierung und zeigt den dringenden Bedarf, aufsichtsbehördliches Handeln und Zusammenwirken deutlich

stärker zu reglementieren und den formalen Rahmen für eine strukturierte Vereinheitlichung zu schaffen (vgl. Stellungnahme zu § 90 Abs. 4 SGB IV). Während in anderen Branchen (z. B. Banken und Versicherungen) die jeweiligen Aufsichten eine zentrale und exklusive Funktion bei der Durchsetzung rechtskonformen Verhaltens in systemrelevanten Bereichen (insbesondere Finanzierungsfragen) übernehmen, wird diese zentrale Funktionszuordnung im Bereich der GKV aufgegeben. Nunmehr sollen auch die Krankenkassen untereinander – parallel zu den Aufsichtsbeugnissen und ohne jegliche aufsichtsbehördliche Einbeziehung – Klagen wegen Rechtsverstößen, insbesondere im Bereich der Finanzierungsfragen, der mRSA-Durchführung und des Satzungsrechts, erheben dürfen. Das ist nicht sachgerecht und schwächt die Position der Aufsichtsbehörden. Richtigerweise ist das sozialgesetzliche Unlauterkeitsrecht für wettbewerbliches Handeln der Krankenkassen, einschließlich der gerichtlichen Möglichkeiten zur Selbstdurchsetzung, auf unmittelbare Maßnahmen des Mitgliederwettbewerbs zu beschränken und die Einhaltung sonstigen Rechts (z. B. Satzungsrecht, mRSA-Durchführung und Anlage von Rücklagen) einer Durchsetzung der zuständigen Aufsichtsbehörden zu überlassen.

Zum Wegfall des Verweises auf die UWG-Regelungen ist darauf hinzuweisen, dass die Regelungen der Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken (2005/29/EG) nach Art. 4 zur Vollharmonisierung verpflichtet. Mitgliedsstaaten dürfen im Regelungsbereich der Richtlinie daher auch keine restriktiveren oder strengeren Regelungen erlassen. Die Entscheidung des EuGH vom 03.10.2013 – C 59/12 - BKK Mobil Oil, dass die Richtlinie auf das Verhalten von gesetzlichen Krankenkassen anzuwenden ist, ist auch insoweit bei der Etablierung eines sozialgesetzlichen Unlauterkeitsrechts zu beachten.

C Änderungsvorschlag

§ 4a Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

Unlautere geschäftliche Handlungen der Krankenkassen sind unzulässig. Geschäftliche Handlungen im Sinne des Satz 1 sind solche Maßnahmen und Verhaltensweisen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Mitgliederwettbewerb vorgenommen werden. Sie sind unlauter, soweit sie gegen die Rechtsverordnung nach Absatz 4 verstoßen oder der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar oder mittelbar fördern.

Art. 5 Nr. 2 § 4a Abs. 1, 3, 5 und 6 SGB V – Rechtsgrundlage für einen Wettbewerb der Krankenkassen, Verhaltensmaßstäbe und Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 4a soll eine zentrale Norm zur Regulierung des GKV-(Mitglieder-)Wettbewerbs geschaffen werden, die u. a. erstmals eine explizite Definition des Wettbewerbszwecks in der GKV beinhaltet sowie nähere Verhaltensmaßstäbe der Krankenkassen im Mitgliederwettbewerb beschreibt. Zudem sollen weitere Verhaltensmaßstäbe für den GKV-Mitgliederwettbewerb durch eine Rechtsverordnung des BMG bzw. BVA festgelegt werden können.

B Stellungnahme

Wegen der Abs. 2 und 7 wird auf die vorangegangene Stellungnahme (Reichweite und Durchsetzung einer lautereren Wettbewerbsordnung) verwiesen.

Abs. 1 (Definition des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung):

Die erstmalige Definition des Wettbewerbszwecks wird in dieser Form, insbesondere hinsichtlich der Ausrichtung auf eine effektive, im Sinne von einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung, ausdrücklich begrüßt.

Abs. 3 und 4 (Maßstäbe für Werbung und nähere Verordnungskompetenz des BMG/BVA):

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass Krankenkassen nach Abs. 3 zur Werbung um Mitglieder und für ihre Leistungen berechtigt sind und dies nun erstmals ausdrücklich als gesetzlich zugelassene Aufgabe festgeschrieben wird. Als sachgerecht ist ebenfalls zu begrüßen, dass zumindest ein Bezug zu den Leistungen der jeweiligen Krankenkasse vorhanden sein muss. Bei der Einschränkung, dass die sachbezogene Information im Vordergrund stehen muss, stellt sich jedoch die Frage, ob es sich dann überhaupt noch um Werbung handelt oder nicht ausschließlich um Aufklärung und Information. Werbung ist per se eine subjektive Herausstellung der eigenen Vorteile und erhebt schon per Definition keinen Anspruch auf objektive, neutrale, umfassende und vollständige Information. In der Praxis dürfte daher eine rechtssichere Abgrenzung zwischen (zukünftig) unzulässiger Imagewerbung und zulässiger „sachbezogener“ Werbung im Einzelfall schwierig bzw. unmöglich sein. Nicht zuletzt deshalb wurde eine dem Entwurf des Absatzes 3 entsprechende Regelung im Jahr 2006 aus den sog. Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden gestrichen, nachdem sie sich in der Praxis als nicht umsetzbar erwies. Richtigerweise ist dem gesetzlichen Versorgungsauftrag der GKV im Bereich der Werbung dadurch Rechnung zu tragen, dass die Werbung sich inhaltlich/thematisch nicht außerhalb des eigentlichen Aufgabenspektrums bewegt und daher einen Gesundheitsbezug aufweisen muss. Diese Vorgabe entspricht – anders als die Vorgabe einer schwerpunktmäßigen Sachinformation im Vordergrund – der Rechtsprechung und ist auch sachlich die angemessene Eingrenzung von Werbeaktivitäten der GKV.

Mit den geplanten Neuregelungen in Abs. 4 wird eine gesetzliche „Lösung“ für eine Problematik geschaffen, die so im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen nicht besteht. Die Gesetzes-

begründung suggeriert einen bislang regulierungsfreien Raum für Werbung der GKV. Beim gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt handelt es sich bei praxisnaher Betrachtung indessen um einen bereits hinreichend regulierten und darüber hinaus nicht auffälligen Wettbewerbsmarkt. Dies ist daran erkennbar, dass es in der Praxis unter den Marktteilnehmern keinen sich von anderen Branchen nach oben hin abweichenden Umfang von wettbewerbsrechtlichen Verfahren gibt.

Bereits heute gibt es mit den in der Gesetzesbegründung beschriebenen Rahmenvorgaben, einschließlich der zugehörigen Rechtsprechung sowie den bestehenden „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung“ („Wettbewerbsgrundsätze“), einen stabilen und handlungsleitenden Rahmen für das Handeln der Krankenkassen im Wettbewerb. Inhaltlich werden dort bereits die Details geregelt, die mit dem geplanten § 4a Abs. 4 SGB V per Verordnungsermächtigung durch das BMG bzw. BVA nochmals gesondert geregelt werden sollen. Neben der aktuellen Rechtsprechung werden diese durch die Aufsichtsbehördentagungen von Bundes- und Länderaufsichten an veränderte Marktgegebenheiten angepasst. Dieser Rahmen wird von den Krankenkassen bei allen Aktivitäten – und im Streitfall ggf. durch die Sozialgerichte – berücksichtigt. Bei Wettbewerbsverstößen besteht nicht zuletzt die Möglichkeit, diese über die Wettbewerbszentrale kurzfristig und wirkungsvoll zu ahnden. Alles in allem gibt es bereits heute ein funktionierendes System, das dazu dient, dass sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in einem den Beteiligten und dem Wirtschaftsgebot angemessenen Rahmen bewegt.

So hat die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs (Wettbewerbszentrale) in einer Pressemitteilung vom 26.06.2019 zum Thema „Entwicklung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen“ in der Rubrik „Krankenkassen“ ausgeführt:

„(...) Im Jahr 2018 hat die Selbstkontrollinstitution Anfragen und Beschwerden in insgesamt 47 Fällen zu Krankenkassenwerbung erhalten. In 20 Fällen hat sie Beanstandungen ausgesprochen, die meisten wegen Irreführung über den zu zahlenden Beitrag oder den Leistungsumfang oder wegen unzulässiger Beeinflussung von Versicherten. Für das Jahr 2019 sind bislang neun Beanstandungen zu verzeichnen. In den allermeisten Fällen konnten Wettbewerbsverletzungen außergerichtlich ausgeräumt werden.“

Angesichts dieser Bestandsaufnahme kann man nicht ernsthaft einen Reformbedarf ableiten. Im Gegenteil: Die Funktionsfähigkeit und Stabilität der bestehenden Wettbewerbsregulierung wird dadurch eher bestätigt. Der Gesetzesentwurf bietet also Lösungen für „Probleme“, die es nicht gibt.

Zum Vergleich: In der Rubrik „Apotheken“ führt die Wettbewerbszentrale in derselben Pressemitteilung aus:

„Im Apothekenbereich verzeichnet die Wettbewerbszentrale ein Fallaufkommen von mehr als 100 Fällen im Jahr 2018 und im ersten Halbjahr 2019 bislang knapp 50 Fälle.“

Die im Entwurf vorgesehenen Regelungen bieten demgegenüber keine Verbesserungen. Sie sind eher geeignet, insbesondere im Zusammenhang mit den deutlich erweiterten Klagemöglichkei-

ten der Krankenkassen untereinander in bislang klassischen Aufsichtsbereichen, neue Rechtsprobleme und -unsicherheiten aufzuwerfen. Die entsprechenden Regelungen sind daher abzulehnen.

Die Regelung in den „Wettbewerbsgrundsätzen“ zur Deckelung der Ausgaben einer Krankenkasse im Bereich der Werbemaßnahmen gewährleistet bereits jetzt, dass nicht unnötig Beitragsgelder für Werbemaßnahmen ausgegeben werden. Im Vergleich mit den Gesamtausgaben einer Krankenkasse handelt es sich dabei um einen eher geringen Betrag. Für die effektive und effiziente Kommunikation der Krankenkassen spielt der Einsatz digitaler Medien eine zunehmend wichtige Rolle. Viele Bevölkerungskreise sind mit physischen Medien nicht für Gesundheitsinformationen und gesundheitliche Aufklärung zu erreichen, sondern über diversifizierte digitale Kanäle. Insofern ist dem im digitalen Zeitalter geänderten Kommunikationsbedürfnis und -verhalten der Bevölkerung dadurch Rechnung zu tragen, dass zunehmend auch Maßnahmen der gesundheitlichen Information und Aufklärung in Kommunikationsmedien erfolgen, die bislang vorwiegend für Werbung genutzt wurden. Die Gesetzgebung sollte daher darauf hinwirken, dass Inhalte mit eindeutigem Schwerpunkt von Aufklärung und Information zukünftig verstärkt mittels digitaler Kanäle (wie z.B. Google, Facebook und Co.) möglichst weitreichend und zielgruppengerecht zugänglich gemacht werden. Dies entspricht der gesetzgeberischen Intention, auch in anderen Zusammenhängen (vgl. Neuregelung des § 67 SGB V) die digitale Kommunikation zwischen Krankenkassen und Versicherten auszubauen.

Im Übrigen ist nicht nachvollziehbar, warum die Verordnungsermächtigung allein auf das BVA übertragbar sein soll und die Landesaufsichten an der Erstellung der Verordnung nicht beteiligt werden. Die „Wettbewerbsgrundsätze“ werden derzeit von den Landesaufsichten und dem BVA gemeinsam erarbeitet, wodurch Sachnähe unter Berücksichtigung regionaler Gesichtspunkte gewährleistet werden kann. Dies wird entgegen der Begründung des Gesetzes durch die Zustimmungsbedürftigkeit des Bundesrates zur Verordnung allein nicht gleichwertig gewährleistet.

Abs. 5 (Einschaltung Dritter):

Auch diese Regelung ist nicht neu, sondern bereits in den existierenden „Wettbewerbsgrundsätzen“ enthalten und kann daher bereits jetzt zum Maßstab rechtsaufsichtlichen Handelns gemacht werden. Die Regelung ist zu streichen, da deren Übernahme in materielles Recht zu einer unsystematischen Teilung des bislang geltenden einfachgesetzlichen Rechtsrahmens und der dazu von den Aufsichtsbehörden erarbeiteten „Wettbewerbsgrundsätze“ führt, ohne dass dadurch die Rechtsklarheit bzw. -sicherheit erhöht wird.

Abs. 6 (Buchungsvorschriften):

Die Regelung entspricht dem bereits geltenden § 4 Abs. 5.

C Änderungsvorschlag

Der Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„Krankenkassen sind zur Werbung um Mitglieder und für ihre Leistungen berechtigt. Werbemaßnahmen der Krankenkassen müssen einen hinreichenden Bezug zu deren Aufgaben, insbesondere zur gesundheitlichen Versorgung, aufweisen. Werbung, gesundheitliche Information und

Aufklärung haben in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist und dem zunehmenden Bedürfnis nach einer Nutzung elektronischer Kommunikationswege Rechnung trägt.“

Die Abs. 4 und 5 werden gestrichen.

Art. 5 Nr. 3 § 4b SGB V – Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisherige Regelung unter § 4a SGB V erfolgt nun unter § 4b SGB V.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 4 § 71 SGB V Beitragssatzstabilität

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung von § 266 und Umnummerierung des die Verordnungsermächtigung betreffenden Absatzes von Absatz 7 zu Absatz 8 (neu).

Zu Buchstabe b)

Geregelt wird, dass Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung von Gesamtverträgen keine aufschiebende Wirkung haben.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung redaktioneller Art aufgrund der Neustrukturierung von § 266 mit u.a. Einfügung eines neuen Absatzes und Umnummerierung.

Zu Buchstabe b)

Der Wegfall der aufschiebenden Wirkung für Klagen gegen Beanstandungen der Verträge nach §§ 57, 83, 85 SGB V ist weder notwendig noch sinnvoll. Gerade im Hinblick auf die gemäß § 87a Abs. 1 SGB V gemeinsam und einheitlich abzuschließenden Vergütungsvereinbarungen führt der Wegfall der aufschiebenden Wirkung zu erheblichen Rechtsunsicherheiten, da die Vertragspartner auf Kassenseite – und die Vertragsparteien insgesamt – zumeist unterschiedlichen Aufsichtsbehörden unterliegen. Das BSG verweist in seiner Rechtsprechung (Urteil vom 17. August 2011 – B 6 KA 32/10 R – Rdnr. 26) zutreffend darauf, dass die Aufsichtsteilung über die Vergütungsverträge „wenig sachgerecht“ ist. Während bisher durch Erhebung einer Klage gegen die Beanstandung die Vergütungsvereinbarung für alle Vertragsparteien vollziehbar blieb, wäre nach der Rechtsänderung der Vertrag zumindest für die Krankenkassen, gegenüber welchen beanstandet worden ist, nicht mehr vollziehbar. Ob eine Beanstandung die Unwirksamkeit der Vereinbarung oder lediglich die Nichtvollziehbarkeit zur Folge hat, ist in der Fachliteratur umstritten. In jedem Fall würde eine Beanstandung auch Auswirkung auf die anderen Kassen bzw. Landesverbände haben. Gerade dann, wenn die beanstandende Aufsicht nur wenige der vertragsschließenden Krankenkassen beaufsichtigt, kann dies zu erheblichen Verwerfungen führen. Ihr würde damit die Befugnis zukommen, die andere Aufsicht zu überstimmen und möglicherweise eine nach deren Bewertung rechtlich unproblematische Vergütungsvereinbarung zu verhindern. Alle Vertragspartner müssten in diesem Fall die gerichtliche Entscheidung in möglicherweise mehreren Instanzen abwarten.

Im Übrigen kann die beanstandende Aufsichtsbehörde bereits nach geltendem Recht die sofortige Vollziehbarkeit der Beanstandung anordnen, wenn nach ihrer Ansicht das öffentliche Interesse hieran überwiegt. Allerdings spricht viel dafür, dass in einem solchen Fall alle beteiligten Aufsichten die Vereinbarung beanstanden würden.

Die Rechtslage wird durch die Neuregelung jedenfalls für Verträge, die unterschiedlichen Aufsichten vorgelegt werden müssen, unübersichtlich und kann zur Folge haben, dass ein gemeinsam und einheitlicher Gesamtvertrag von den Vertragspartnern mit unterschiedlichen Vertragsumsetzungsständen gelebt wird. Aus diesen Gründen wird die Regelung abgelehnt.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu Artikel 3 Nr. 2 (§ 90 SGB IV) verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

Keiner.

Zu Buchstabe b)

Die Neuregelung ist zu streichen.

Art. 5 Nr. 5 § 73b SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde im April 2017 die Vorschrift eingeführt, dass Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sein können. Mit der vorliegenden Änderung soll diese Regelung noch enger gefasst und damit weiter verschärft werden: Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sollen generell unzulässig sein. Laut Gesetzesbegründung soll es bei der Beurteilung der Rechtmäßigkeit entsprechender Vereinbarungen nicht mehr darauf ankommen, ob eine Vergütung „für Diagnosen“ oder „für ärztliche Leistungen“ vorgesehen ist. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sollen weiterhin möglich sein, sofern sie lediglich an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder an einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen. Ebenfalls zulässig sein sollen laut Gesetzesbegründung Versorgungsmodule, bei denen die Teilnahme der Versicherten von bestimmten Krankheiten oder Krankheitsausprägungen abhängig gemacht wird (sogenannte Einschlusskriterien).

Die Regelung soll explizit auch für Bestandsverträge gelten. Im Gegensatz zum Referentenentwurf wird den Vertragsparteien nun eine Anpassungsfrist von sechs Monaten eingeräumt.

B Stellungnahme

Die Zielsetzung der Regelung wird unterstützt. Die gesetzestechnische Umsetzung ist jedoch nicht zielgenau und gefährdet insbesondere die im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung speziell auf bestimmte Patientengruppen zugeschnittenen Versorgungsleistungen. Die in der Gesetzesbegründung formulierten „Ausnahmen“ findet sich im Gesetzestext nicht wieder.

Die vom Gesetzgeber verfolgte Intention eines Verbots der Vergütung für das Kodieren bestimmter Diagnosen wurde und wird von der AOK-Gemeinschaft grundsätzlich begrüßt. Die Diagnosestellung und Diagnoseverschlüsselung haben die Leistungserbringer allein anhand von medizinischen Gesichtspunkten vorzunehmen.

Mit der geplanten Verschärfung wird mit der eigentlich guten Absicht, die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA zu stärken, über das Ziel hinausgeschossen. Mit der vorgesehenen Regelung, dass bestimmte Diagnosen nicht als Voraussetzung für Vergütungen vereinbart werden dürfen, verkennt der Gesetzgeber wichtige Funktionen von Diagnosen in Versorgungsverträgen. Die in Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung festgelegten ärztlichen Leistungen und Behandlungsstrategien orientieren sich an medizinischen Leitlinien. Sie sind abhängig vom Schweregrad und Ausprägung der jeweiligen Erkrankung. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen und der damit verbundene Ressourcenaufwand können sich dabei erheblich unterscheiden. Wenn für ärztliche Leistungen keine Differenzierung nach Diagnosen vereinbart werden darf, können die unterschiedlichen und spezifischen Behandlungsaufwände nicht mehr in Form von aufwandsgerechten Vergütungshöhen vertraglich abgebildet werden. Dies stellt die medizinisch sinnvolle, aufwandsgerechte Ausdifferenzierung von Leistungen und deren Vergütung für Teilnehmer mit bestimmten Erkrankungen oder Kombinationen von Erkrankungen (Multimorbidität) in Frage.

Diese Einschätzung wird auch von maßgeblichen Ärzteverbänden geteilt (vgl. Resolution der Allianz deutscher Ärzteverbände: https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Sonstiges/Resolution_GKV-FKG.pdf).

Diese Problematik wird von den Autoren des Gesetzesentwurfs auch durchaus gesehen. Es wird deshalb versucht, die im Gesetzestext absolut formulierte Unzulässigkeit durch die Benennung von Ausnahmen in der Gesetzesbegründung wieder zu relativieren:

- So sollen Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, weiterhin möglich sein, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einem allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen.
- Ebenfalls weiterhin zulässig sollen spezifische Module sein, bei denen die Teilnahme der Versicherten von bestimmten Krankheiten oder Krankheitsausprägungen abhängig gemacht wird (sogenannte Einschlusskriterien). Es soll zulässig sein, bei der Definition der Einschlusskriterien an eine bestimmte ICD-10 Diagnose anzuknüpfen.

Mit der Anpassung der Gesetzesbegründung im Rahmen des Kabinettsentwurfs wird vermutlich versucht, die vielfach geäußerte Kritik an der ursprünglich bereits für das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) geplanten Regelung zu entkräften. Dieses Ziel wird jedoch verfehlt, denn die in der Gesetzesbegründung beschriebenen Ausnahmen kommen im Gesetzeswortlaut gar nicht zum Ausdruck. Um hier den gesetzgeberischen Willen rechtssicher zur Geltung zu bringen, ist eine explizite Aufnahme in den Gesetzestext erforderlich. Dies gilt umso mehr, wenn das ebenfalls mit dem Gesetz verfolgte Ziel, ein einheitliches Aufsichtshandeln sicherzustellen, erreicht werden soll.

Auch inhaltlich überzeugen die Ausnahmen nicht: Eine Differenzierung auf Ebene der Kapitel- oder Obergruppen nach ICD-10 ist nicht ausreichend, da sich unterschiedliche Patientengruppen mit unterschiedlichen medizinischen Behandlungskonzepten dahinter verbergen können. Folgende Beispiele verdeutlichen das:

- Die ICD-Obergruppe „Diabetes mellitus“ (E10-E14) umfasst sowohl Diabetes Typ 1 (E10.-) als auch Typ 2 (E11.-).
- Die ICD-Obergruppe „Virushepatitis“ (B15-B19) umfasst Hepatitis A (B15.-), B (B16.-), C (B17.1) und E (B17.2).
- Die ICD-Obergruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10-F19) umfasst sowohl Störungen durch Alkohol als auch durch andere Substanzen wie Opioide, Cannabinoide, Kokain usw.

Eine Unterscheidung bei der Vergütung der Leistungen für die unterschiedlichen Krankheitsbilder wäre im Versorgungsvertrag nicht mehr zulässig. Auch der Verweis auf „allgemeine Krankheitsbegriffe“ hilft nicht weiter, sondern führt im Gegenteil dazu, dass eigentlich gewünschte konkrete Bezüge zu den medizinischen Leistungsinhalten durch „allgemeine“ Beschreibungen verloren gingen.

Auch die mit der Gesetzesbegründung beabsichtigte Zulässigkeit der Verwendung von Diagnosen bei der Spezifikation von Versorgungsmodulen im Sinne von Einschlusskriterien ist zwar anerkennenswert, läuft aber ins Leere, weil im Gesetzestext das Verbot der Vereinbarung von Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen (also auch für die Vergütung von Modulen) unverändert erhalten bleibt.

C Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, die Formulierung zu präzisieren und eine Formulierung aus der Gesetzesbegründung in den Gesetzestext zu übernehmen.

5. § 73b Absatz 5 Satz 7 SGB V wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Vereinbarungen, die eine Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen als Voraussetzung für Vergütung vorsehen, sind unzulässig; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vereinbarung, die vor dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] zustande gekommen sind, sind bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] anzupassen. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sind zulässig.“

Art. 5 Nr. 6 § 77 SGB V Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen**A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung aufgrund der Neufassung und -strukturierung des Sechsten Kapitels Erster Abschnitt (Organisation der Krankenkassen – Arten der Krankenkassen: §§ 143 bis 172a). Die Regelungen die Freiwillige Vereinigung betreffend finden sich nunmehr nicht mehr in § 144, sondern in § 155 (neu) und gelten dort weiterhin für den Zusammenschluss von Kassenärztlichen Vereinigungen.

B Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 7 § 83 SGB V Gesamtverträge – Verbot von Vergütungen für Diagnosen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuerung verschärft die bereits seit 2017 bestehende Regelung des Verbots von kassenindividuellen oder kassenartenspezifischen Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen. Aufgenommen wurde zusätzlich, dass Vereinbarungen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes zu Stande gekommen sind (d.h. „Altverträge“), nach einer 6-monatigen Anpassungsfrist der Neuregelung unterliegen.

B Stellungnahme

Hinsichtlich des Verbots kassen(arten)individueller Vereinbarungen von bestimmten Diagnosen als Voraussetzung für (zusätzliche) Vergütungen steht die Regelung in Verbindung mit den Regelungen in §§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 140a Absatz 2 Satz 7. Insofern wird auf die inhaltlichen Ausführungen in Nr. 5 und Nr. 11 verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, die Formulierung der Neuerung zu präzisieren und eine Formulierung aus der Gesetzesbegründung zu § 73b zu der gleichen Thematik in den Gesetzestext zu übernehmen.

§ 83 Satz 4 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen, die eine Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen vorsehen, können nicht Gegenstand der Gesamtverträge sein; § 71 Absatz 6 gilt entsprechend. Vereinbarungen, die vor dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] zustande gekommen sind, sind bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] anzupassen; Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sind zulässig.“

Art. 5 Nr. 8 § 87a SGB V Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

Die mit dem TSVG eingeführte Vorgabe zur Bereinigung der diagnosebezogenen Veränderungs-raten der Jahre 2024 bis 2026 um Kodiereffekte, die sich aufgrund der Einführung von ambulan-ten Kodierrichtlinien im Jahr 2022 feststellen lassen, wird entfristet.

Zu Buchstabe b)

Der Bewertungsausschuss wird verpflichtet, jährlich einen Bericht mit Darstellung der (Prä-valenz-)Veränderungen der einzelnen vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen je KV-Bezirk zu erstellen. Der Bericht soll beschlussbegleitend, wenn nicht Beschlussbestandteil sein und auch veröffentlicht werden. In dem Bericht sind die Prävalenzveränderungen auf Einzeldiagno-senebene aufbereitet darzustellen und deren jeweiliger Einfluss auf die betreffenden diagnose-bezogenen Veränderungs-raten anzugeben.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

Die nunmehr dauerhaft vom Bewertungsausschuss vorzunehmende Bereinigung der diagnose-bezogenen Veränderungs-raten um Kodiereffekte wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird lang-fristig dem entgegengewirkt, dass bei der Ermittlung von Veränderungen der Morbiditätsstruk-tur – Veränderungen, welche ab 2028 allein als diagnosebezogene (und nicht länger auch als demografische) Raten abzubilden sind, die die ausschließliche Grundlage für die Vereinbarungen zur Veränderung der Mengenkompone-nente der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bilden werden – neben tatsächlichen Morbiditätsstrukturveränderungen auch Veränderungen der Ab-bildung der vorliegenden Morbidität durch die (Art und Weise der) Diagnosekodierung vergütet werden. Zu solchen Kodiereffekten kann es allein schon aufgrund der vorgegebenen jährlichen Aktualisierungen der verbindlichen Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Über-mittlung von Diagnosen und Behandlungsprozeduren gemäß § 295 Absatz 4 (den ambulanten Kodierrichtlinien) über den Zeitraum deren Einführung hinaus kommen. Darüber hinaus können auch Anpassungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, z.B. durch Präzisierung von Vorgaben für die Behandlung konkreter Erkrankungsbilder, definiert über das Vorliegen bestimmter Diag-nosen, oder auch die zukünftige Einführung der ICD-Version 11 zu einer Veränderung der ko-dierten, aber nicht der tatsächlichen Morbiditätsstruktur führen.

Unabhängig von der Einführung der Kodierrichtlinien im Jahr 2022 waren und sind Veränderun-gen in der Kodierpraxis schon immer zu beobachten, insbesondere in einem Abrechnungssys-tem, in welchem die Höhe der Vergütung beim Leistungserbringer i.d.R. nur indirekt an die Do-kumentation von Diagnosen gebunden und die „Vergabe“ von Diagnosen weder in einem Min-destmaß geregelt noch direkt überprüfbar ist. Kodierveränderungen können sich dann z.T. in

starken bzw. als außergewöhnlich bewerteten Veränderungen der Prävalenz bestimmter Diagnosen in einem kurzen Zeitraum zeigen oder/und zu großen Abweichungen der diagnosebezogenen Morbiditätsstrukturveränderung von der aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwartenden Morbiditätsstrukturveränderung bzw. der mit der Veränderung der diagnosebezogenen Morbiditätsstruktur erwarteten Veränderung des Leistungsbedarfs von der tatsächlich beobachtbaren Veränderung bei der Menge an abgerechneten Leistungen führen. Solche Kodierveränderungen sollten bereits jetzt bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate sachgemäß und adäquat berücksichtigt und kompensiert werden, um die tatsächlichen Veränderungen der Morbiditätsstruktur besser abbilden zu können.

Zu Buchstabe b)

Mit der Regelung wird laut Begründung das Ziel verfolgt, mehr Transparenz über die Entwicklung der jährlichen Veränderungen der Behandlungsdiagnosen herzustellen und nachvollziehbar zu machen, auf welcher Datengrundlage die jeweiligen Empfehlungen des Bewertungsausschusses zu den diagnosebezogenen Veränderungsrate des Leistungsbedarfs erfolgen.

Gegen Transparenzherstellung ist nichts einzuwenden. Allerdings stellt sich die Frage, welche „Fachöffentlichkeit“ tatsächlich mit 17 Tabellenwerken zu jeweils über 16.000 Prävalenzveränderungen auf Einzeldiagnosenebene (das Klassifikationssystem zur Ermittlung der Veränderungsrate ist seit Jahr und Tag ein vollumfängliches) jährlich informiert werden soll. In erster Linie und hintergründig werden damit einerseits die Gesamtvertragspartner auf regionaler Ebene gemeint sein; andererseits könnten auch die Aufsichten für die Honorarvereinbarungen von diesem Begriff umfasst sein. So haben die Gesamtvertragspartner die konkrete Höhe der Steigerungsrate zur Berücksichtigung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur als gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss den regionalen Vertragspartnern als Empfehlung mitgeteilten – demografischen und diagnosebezogenen – Raten auszuhandeln. Dabei können – wie sich u.a. aus der Gesetzesbegründung zum GKV-VStG ergibt – Aspekte einer qualitätsgesicherten Kodierung von Diagnosen; rein statistische Effekte (z.B. von Up- oder Right-Coding), denen keine zusätzliche Morbiditätsveränderung gegenübersteht; oder auch als außergewöhnlich erachtete Prävalenzveränderungen angemessen berücksichtigt werden. Allerdings bedarf die Feststellung von „auffällig“ oder „außergewöhnlich“ auch immer einer Definition von (Differenzierungs-)Grenzen bzw. Kriterien, eine allgemeingültige Definition hierzu gibt es nicht. Ohne bundesweit einheitliche Festlegungen dazu, was wie als auffällige oder außergewöhnliche Prävalenzveränderungen gewertet werden kann oder soll, könnte es im schlimmsten oder besten Fall auch 17 verschiedene Abgrenzungen dazu geben, welche sich auch alle mehr oder weniger fachlich begründen lassen. Darüber hinaus lassen sich einmal festgestellte „außergewöhnliche“ Prävalenzveränderungen einzelner Diagnosen auch nicht ohne Weiteres auf Basis des Zahlenmaterials, das in den hier normierten Berichten der regionalen Ebene vorgelegt werden soll, (empirisch-analytisch) angemessen bei der gewichteten Zusammenfassung der demografischen und diagnosebezogenen Raten berücksichtigen: Inwieweit sich die Ab- (bzw. Auf-)Gewichtung einer Einzeldiagnose bis zur regional definierten (Differenzierungs-)Grenze für „außergewöhnlich“/„auffällig“ auf die Höhe der diagnosebezogenen Veränderungsrate und daraus auf deren

Gewichtung auswirkt, ist aus den Berichten nicht ablesbar; dies müsste jeweils neu vom Institut des Bewertungsausschusses ermittelt werden, um adäquat zu sein.

Sollten auch die Aufsichten vom Begriff „Fachöffentlichkeit“ (mit Betonung auf Fach-) implizit umfasst sein, sei auf deren bereits jetzt zu beobachtende Gratwanderung zwischen Rechts- und Fachaufsicht bei der aufsichtsrechtlichen Prüfung der vorgenommenen Gewichtungen der vom Bewertungsausschuss als Empfehlung mitgeteilten Veränderungsdaten hingewiesen. Auch aufgrund des oben dargelegten fachlichen Entscheidungsspielraums der regionalen Ebene hinsichtlich der Definition von „außergewöhnlich“/„auffällig“ lassen sich aus dem Zahlenmaterial der Berichte die Gewichtungsentscheidungen der regionalen Ebene „nicht einfach“ ablesen bzw. extrahieren; die Gratwanderung bei der aufsichtsrechtlichen Prüfung bleibt weiter bestehen.

Eine bundesweit einheitliche Definition zu „außergewöhnlichen“/„auffälligen“ Prävalenzveränderungen wie auch ein einheitliches Vorgehen hinsichtlich deren Ab- (bzw. Auf-)Gewichtung durch den Bewertungsausschuss erscheint hier weitaus sachgerechter; (empirisch-analytisch) angemessene Ab- (bzw. Auf-)Gewichtungen könnten dann auch vom Institut des Bewertungsausschusses bei der Berechnung der jeweiligen diagnosebezogenen Veränderungsdaten vorgenommen werden. Dies würde zur Stabilität und Transparenz der Berechnungen nach Absatz 5 Satz 3 zu den KV-spezifischen diagnosebezogenen Raten zur Berücksichtigung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur beitragen. Dies bedeutet, dass dem (Erweiterten) Bewertungsausschuss (anstelle der regionalen Ebene) die Kompetenz rechtlich zugesprochen wird, Aspekte einer qualitätsgesicherten Kodierung von Diagnosen (wie auch rein statistische Effekte, z.B. von Up- oder Right-Coding bzw. „außergewöhnliche“/„auffällige“ Prävalenzveränderungen, denen keine zusätzliche Morbiditätsveränderung gegenübersteht) über eine Anpassung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten durch von ihm festgelegte Regelungen angemessen und sachgerecht zu berücksichtigen.

C Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

Absatz 5 Satz 11 wird wie folgt gefasst:

„Ab dem Jahr 2020 mit Wirkung für das Jahr 2021 sind in den Berechnungen der Veränderungsdaten nach Satz 3, welche insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen basieren, Kodiereffekte zu bereinigen; diese können insbesondere auch durch die Einführung und jährliche Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 entstehen.“

(siehe auch Kommentierung zu Art. 5 Nr. 8 Buchstabe b)

Zu Buchstabe b)

Absatz 5 Satz 11 wird wie folgt gefasst:

„Ab dem Jahr 2020 mit Wirkung für das Jahr 2021 sind in den Berechnungen der Veränderungs-
raten nach Satz 3, welche insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen basieren, Kodiereffekte
zu bereinigen; diese können insbesondere auch durch die Einführung und jährliche Aktualisie-
rung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung
der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 entstehen.“

(siehe auch Kommentierung zu Art. 5 Nr. 8 Buchstabe a)

Art. 5 Nr. 9 § 92a SGB V – Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung in Bezug auf die neue Nummerierung von § 266 Abs. 7 S. 1; § 266 S. 6 (alt) zu § 266 Abs. 8 S. 1; § 266 Abs. 7 (neu).

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung redaktioneller Art aufgrund der Einfügungen im § 266 bei der Nummerierung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 10 § 137g SGB V – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme**A Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung redaktioneller Art in Bezug auf die neue Nummerierung von § 266 Abs. 7 S. 1 (alt) zu § 266 Abs. 8 S. 1 (neu). Dabei handelt es sich um einen Bezug zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV).

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung redaktioneller Art.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 11 § 140a SGB V – Besondere Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde im April 2017 die Vorschrift eingeführt, dass Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge zur besonderen Versorgung sein können. Mit der vorliegenden Änderung soll diese Regelung noch enger gefasst und damit weiter verschärft werden: Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sollen generell unzulässig sein. Laut Gesetzesbegründung soll es bei der Beurteilung der Rechtmäßigkeit entsprechender Vereinbarungen nicht mehr darauf ankommen, ob eine Vergütung „für Diagnosen“ oder „für ärztliche Leistungen“ vorgesehen ist. Zulässig sein sollen aber Verträge, bei denen die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten durch die Benennung von bestimmten Krankheiten oder Krankheitsausprägungen – auch bestimmte ICD-10-Diagnosen- definiert sind (sogenannte Einschlusskriterien).

Die Regelung soll explizit auch für Bestandsverträge einschließlich der fortgeltenden „Altverträge“ nach den früheren §§ 73a, 73c, und 140a a.F. gelten. Im Gegensatz zum Referentenentwurf wird den Vertragsparteien nun eine Anpassungsfrist von sechs Monaten eingeräumt.

B Stellungnahme

Die Zielsetzung der Regelung wird unterstützt. Die gesetzestechnische Umsetzung ist jedoch nicht zielgenau und gefährdet insbesondere die im Rahmen von Verträgen speziell auf bestimmte Patientengruppen zugeschnittenen Versorgungsformen. Die in der Gesetzesbegründung formulierte „Ausnahme“ findet sich im Gesetzestext nicht wieder.

Die vom Gesetzgeber verfolgte Intention eines Verbots der Vergütung für das Kodieren bestimmter Diagnosen wurde und wird von der AOK-Gemeinschaft grundsätzlich begrüßt. Die Diagnosestellung und Diagnoseverschlüsselung haben die Leistungserbringer allein anhand von medizinischen Gesichtspunkten vorzunehmen.

Mit der geplanten Verschärfung wird mit der eigentlich guten Absicht, die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA zu stärken, über das Ziel hinausgeschossen. Mit der vorgesehenen Regelung, dass bestimmte Diagnosen nicht als Voraussetzung für Vergütungen vereinbart werden dürfen, verkennt der Gesetzgeber wichtige Funktionen von Diagnosen in Versorgungsverträgen. Die in Verträgen zur Besonderen Versorgung festgelegten ärztlichen Leistungen und Behandlungsstrategien orientieren sich an medizinischen Leitlinien. Sie sind abhängig vom Schweregrad und Ausprägung der jeweiligen Erkrankung. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen und der damit verbundene Ressourcenaufwand können sich dabei erheblich unterscheiden. Wenn für ärztliche Leistungen keine Differenzierung nach Diagnosen mehr vereinbart werden darf, können die unterschiedlichen und spezifischen Behandlungsaufwände nicht in Form von aufwandsgerechten Vergütungshöhen vertraglich abgebildet werden. Dies stellt die medizinisch sinnvolle, aufwandsgerechte Ausdifferenzierung von Leistungen und deren Vergütung für Patienten mit bestimmten Erkrankungen oder Kombinationen von Erkrankungen (Multimorbidität) in Frage. Die Neuregelung gefährdet gewünschte und erfolgreiche einzelvertragliche Versorgungsmodelle, die durch klare medizinische Indikationsstellung auf bestimmte Patientengruppen zugeschnitten sind und damit auch einen klaren, nachvollziehbaren und medizinisch sinnvollen Bezug zur

Leistung ermöglichen (entsprechende Beispiele siehe weiter unten). Diese Einschätzung wird auch von maßgeblichen Ärzteverbänden geteilt (vgl. Resolution der Allianz deutscher Ärzteverbände: https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Sonstiges/Resolution_GKV-FKG.pdf).

Diese Problematik wird von den Autoren des Gesetzesentwurfs auch durchaus gesehen. Es wird deshalb versucht, die im Gesetzestext absolut formulierte Unzulässigkeit durch Ausführungen in der Gesetzesbegründung zu relativieren. So seien weiterhin Verträge möglich, in denen die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten durch die Benennung von bestimmten Krankheiten oder Krankheitsausprägungen definiert sind (sog. Einschlusskriterien). Es sei in solchen Verträgen zulässig, bei der Definition der Einschlusskriterien an eine bestimmte ICD-10 Diagnose anzuknüpfen. Mit der Anpassung der Gesetzesbegründung im Rahmen des Kabinettsentwurfs wird vermutlich versucht, die vielfach geäußerte Kritik an der ursprünglich bereits für das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) geplanten Regelung zu entkräften. Dieses Ziel wird jedoch verfehlt, denn die in der Gesetzesbegründung beschriebene Ausnahme kommt im Gesetzeswortlaut nicht zum Ausdruck. Um hier den gesetzgeberischen Willen rechtsicher zur Geltung zu bringen, ist eine explizite Aufnahme in den Gesetzestext erforderlich. Dies gilt umso mehr, wenn das ebenfalls mit dem Gesetz verfolgte Ziel, ein einheitliches Aufsichtshandeln sicherzustellen, erreicht werden soll.

Das beabsichtigte Ziel der geänderten Gesetzesbegründung, nämlich die Verwendung von Diagnosen bei der Definition medizinischer Teilnahmevoraussetzung im Sinne von Einschlusskriterien für zulässig zu erklären, ist zwar grundsätzlich positiv zu bewerten, läuft aber ins Leere, weil im Gesetzestext das Verbot der Vereinbarung von Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen unverändert erhalten bleibt. Auch greift die beabsichtigte Zulässigkeit von Einschlusskriterien als *Teilnahmevoraussetzungen* der Versicherten an besondere Versorgungsformen zu kurz. Bestimmte Krankheitsbilder müssen bei der Erklärung der Teilnahme noch gar nicht vorliegen. Beispielhaft seien hier Facharztverträge genannt, in die sich auch gesunde Versicherte einschreiben können, bei denen sich die Notwendigkeit diagnoseabhängiger Behandlungsmodule ggf. erst im Laufe der Teilnahme ergeben könnte.

Beispiele für patientenorientierte Angebote mit notwendigem Indikationsbezug:

- Versorgungsvertrag nach § 140a SGB - Versorgungsprogramm für **Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen**. Früherkennungsuntersuchungen für Risikogruppen (Hypertoniker (ICD I10.- bis I13.- und I15.-) und Diabetiker (ICDs E11.-, E12.-, E14.-)) beim Hausarzt. Bei positivem Befund: Steuerung zum Nephrologen, Feststellung des Schweregrades und Versorgung in stadienabhängigen Behandlungsmanualen; im Behandlungsmanual „Frühstadium (ICD N 18.1 und N18.2)“ steht die Behandlung der Grunderkrankungen im Vordergrund, im „terminalen Behandlungsmanual (ICD 18.5)“ die Dialyse. Behandlungsumfänge und Kontrollintervalle unterscheiden sich je nach Behandlungsmanual.
- Besondere Versorgung nach § 140a SGB V zur Versorgung von Menschen mit **chronischen Wunden**. Je nach Wundtyp und entsprechender Diagnose sind völlig unterschiedliche Behandlungsstrategien erforderlich. Beispielsweise ist eine Kompresstherapie bei einem arteriellen Ulkus gemäß Gruppe1 kontraindiziert, während sie bei

Gruppe 2 - venöser Ulkus - eine erforderliche Therapie darstellt. Versorgung und Vergütung wird differenziert nach Diagnosen:

- Gruppe 1: Ulcus cruris arteriosum: I70.23, I70.24; Ausschluss: wenn auch Gruppe 2
- Gruppe 2: Ulcus cruris venosum/varicosum: I83.0, I83.2, I87.01; I87.21; Ausschluss: wenn auch Gruppe 1
- Gruppe 3: Ulcus cruris mixtum oder nicht näher bezeichnet: Wenn Gruppe 1 und Gruppe 2 erfüllt oder L97 und nicht Gruppe 1 oder Gruppe 2
- Gruppe 4: Diabetisches Fuß-Syndrom: E10.74, E10.75, E11.74, E11.75, E12.74, E12.75, E13.74, E13.75, E14.74, E14.75 oder E10-E14 mit I70.23, I70.24 oder E10-E14 mit L97
- Gruppe 5: Dekubitus: L89.0, L89.1, L89.2, L89.3, L89.4, L89.9
- Gruppe 6: nicht näher bezeichnete Wunden: L98.4
- Gruppe 7: Tumorwunde (inkl. Ulcus cruris neoplasticum): C43.5-9, C44.5-9, C51-C58, C60-C63, C79.2, C79.8, C79.9, C80.0, C80.9, D48 in Verbindung mit L98.4.
- oder Wundheilungsstörungen (T89.00, T89.02, T89.03) in Verbindung mit /nach einer Operation [Gruppe 8] (T81.4, T81.7, T81.8, T81.9, O86.0)
- und/oder Infektion [Gruppe 9] (B95-B98, A36.3, T79.3)
- oder Verletzung [Gruppe 10] (T01.1, T01.2, T01.3, T01.6, T01.8, T01.9, T09.1, T11.1, T 13.1, S21.0-8, S31.0-8, S41.0-8, S 51.0-8, S81.0-8, S71.0-8)
- Durch Verträge zur besonderen Versorgung von **Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkrebs** kann das Überleben dieser Patienten maßgeblich verbessert werden. Eine Verbesserung des Überlebens von 1-2 Jahren ist bei Patienten mit Treibermutationen im Tumor möglich, wenn diese richtig molekularpathologisch diagnostiziert und wenn auf dem Boden der molekularen Diagnostik und der aktuellen Studienlage die richtige Therapieentscheidung getroffen wird. Dies soll mittels vertraglicher Vereinbarungen mit einem Netzwerk aus behandelnden Ärzten und Kliniken mit onkologischen Spitzenzentren erreicht werden. Die vertraglichen Vereinbarungen müssen zwingend auf Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkrebs eingeschränkt werden können, da die verbundenen Leistungen, die hierfür gesondert vergütet werden, nur für Patienten medizinisch sinnvoll sind, bei denen histologisch ein nichtkleinzelliger Lungenkrebs diagnostiziert wurde.
- Auch besondere Versorgungsverträge zur Behandlung von **Patienten mit diabetischem Fußsyndrom** mit dem dann vorhandenen Risiko einer Amputation führen bei einem Verzicht der Definition über ICDs E10 zu einer unzureichenden Präzisierung der Patientengruppen. Eine zielgerichtete Patientensteuerung und eine qualitativ hochwertige und effektive Gesundheitsversorgung werden somit erschwert.
- Mit der Einführung des DMP Herzinsuffizienz soll eine **telemedizinische Betreuung** sowie eine leitliniengerechte ambulante Betreuung durch Haus- und Facharzt erzielt wer-

den. Die häufigste Komplikation im Krankheitsverlauf einer **chronischen Herzinsuffizienz** ist die kardiale Dekompensation mit Wassereinlagerungen in der Lunge und/oder in den Extremitäten. Sie führt zu schwerer Atemnot. Die Rationale einer telemedizinischen Mitbetreuung liegt in der Früherkennung einer beginnenden kardialen Dekompensation durch tägliche Übersendung von Vitaldaten (insbes. Gewicht) durch den Patienten. Zur Auswahl entsprechender Patienten ist die Erfassung der gesicherten Diagnose chronische Herzinsuffizienz höherer Stadien z.B. I50.13 oder I50.14 unverzichtbar, ansonsten würden die Patienten nicht zielgerichtet für das Telemedizinverfahren ausgewählt und damit versorgt werden können.

- Verträge zur Versorgung bestimmter **Patienten mit psychischen Erkrankungen** (Ziel: home treatment) zielen auf eine besondere Form der Betreuung, die nur bei bestimmten Erkrankungen Wirksamkeit entfaltet. Die Einschlusskriterien für die Teilnahme werden bspw. an teilstationäre oder stationäre Diagnosen nach ICD-10 geknüpft.
- Versorgungsangebote zur Identifizierung von **Kindern und Jugendlichen mit einem Verdacht auf eine Essstörung** (Fokus Magersucht, Bulimie, Binge Eating), medizinisch definiert über ICD F50 als zielgerichtetes Programm für Kinder und Jugendliche mit dieser Erkrankung.
- Versorgungsangebote zur Vermeidung chronischer **allergischer Rhinitis bei Kindern und Jugendlichen** (ICDs J30.1, J30.2, J30.3 oder J30.4).
- Programm zur Identifikation von Schwangeren mit Risikofaktoren für Frühgeburten, Risiken sind definierte Erkrankungen (z. B. Gestationsdiabetes, Vaginose), die über entsprechende ICDs O24, N76.0 medizinisch definiert werden. Hier erfolgte bereits nachweislich eine Senkung der Frühgeburtenrate um mehr als 30 %.
- **Zweitmeinungsprogramme** zur Vermeidung **unnötiger Bandscheiben-/Wirbelsäulenoperationen**. Risikopatienten bzw. vorliegende (Grund-)Erkrankungen werden über die ICDs F45.4, F45.40, F45.41, M40*, M41.1, M41.2, M41.3, M41.4, M41.5, M41.8, M41.9, M42.0, M42.1, M42.9, M43.0, M43.1, M43.2, M43.3, M43.4, M43.5, M43.6, M43.8, M43.9, M45*, M46*, M47.0, M47.1, M47.2, M47.8, M47.9, M48*, M49*, M50*, M51*, M53*, M54*, M79.9, M99*, R52.1, R52.2 R52.9. medizinisch definiert. Auch mit diesem Angebot ist nachweislich eine Reduktion von nach Erstindikation geplanten Operationen bei den Programmteilnehmern von etwa 80 % belegt.
- Interdisziplinäre, **multimodale Therapieprogramme für Menschen mit chronischen Kopfschmerzen**. Die betroffenen Patienten/-gruppen werden medizinisch über die ICDs G43. - G44. - G50.0 - G50.1. sowie bei überwiegendem Kopfschmerzcharakter über F45.40, F45.41 definiert. Aktuell bildet ein derartiger Vertrag zusätzlich die Basis für ein gefördertes Innovationsfondsvorhaben (Smartphonegestützte Migränetherapie) gemeinsam mit Charité und Universitätsmedizin Rostock und dem Universitätsklinikum Halle.
- Programme zur Früherkennung und Sekundärprävention der **chronischen Niereninsuffizienz**, in denen die medizinisch definierte Teilnahmevoraussetzung für Versicherten

mit hohen medizinischen Risiko = Diabetes (ICDs E11.-, E12.-, E14.-) und Bluthochdruck (ICD I10.- bis I13.- und I15.-) gebildet wird.

- Verträge zur konservativen Behandlung der **Adipositas bei Erwachsenen**. Die Patientengruppen werden in diesen Verträgen medizinisch definiert über die ICD E66.- und für Teilnehmer mit BMI unter 28 zusätzlich definiert über das Vorliegen von Nebenerkrankungen (Diabetes mellitus E11.-, E12.-, E14.-; arterielle Hypertonie I10.-, Arthrose der großen Gelenke M16.-, M17.-, M19.- Obstruktive Schlafapnoe G47.3).

C Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, die Formulierung im ersten Satz zu präzisieren und eine Formulierung aus der Gesetzesbegründung zu § 73b zu der gleichen Thematik in den Gesetzestext zu übernehmen.

11. § 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Vereinbarungen, die eine Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen als Voraussetzung für Vergütung vorsehen, sind unzulässig; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vereinbarung, die vor dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] zustande gekommen sind oder nach Absatz 1 Satz 3 fortgelten, sind bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] anzupassen. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sind zulässig.“

Art. 5 Nr. 12 §§ 143-148 SGB V – Arten der Krankenkassen**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der erste Titel mit den §§ 143-148 enthält im Wesentlichen die Vorschriften zu den Arten, Organisationsstrukturen und Zuständigkeitsbereichen der Krankenkassen.

B Stellungnahme

Die bisherigen Regelungen zu den jeweiligen Kassenarten (§§ 143 bis 171) werden nunmehr in §§ 143-154 neu strukturiert bzw. aktualisiert und entsprechen größtenteils den bisherigen Vorschriften.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 §§ 149-154 SGB V – Besondere Vorschriften zur Errichtung, Ausdehnung, Ausscheiden von Betrieben und Auflösung bei Betriebskrankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der zweite Titel mit den §§ 149-154 regelt betriebsbezogene Errichtungen und Auflösungen von neuen Krankenkassen, die weiterhin möglich sein sollen. Als Voraussetzung wird die Mindestanzahl von versicherungspflichtig Beschäftigten in den betroffenen Betrieben von 1.000 auf 5.000 erhöht; Voraussetzung für eine Genehmigung durch die Aufsicht ist eine Mindestanzahl von 2.500 Mitgliedern zum Zeitpunkt der Errichtung. Es dürfen sowohl Betriebskrankenkassen, die eine Regelung nach § 173 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 (alt) bzw. § 144 Abs. 2 S. 1 (neu) enthalten als auch Betriebskrankenkassen ohne diese Regelung errichtet werden. Letztere können auf Antrag des Arbeitgebers durch die Aufsicht geschlossen werden.

B Stellungnahme

Bemerkenswerterweise setzt sich der Gesetzentwurf über die bisherige Annahme hinweg, dass betriebsbezogene Errichtungen von neuen Krankenkassen zu vermeiden sind, da diese Mitglieder mit einer günstigen Risikostruktur anziehen und damit zu einem Ungleichgewicht in der Verteilung der Versichertenrisiken beitragen (vgl. Moratorium für die Öffnung neu errichteter BKKn und IKKn in § 7 – „Gesetz zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen“). Es ist zu hinterfragen, ob Betriebskrankenkassen mit 2.500 Mitgliedern dem Verständnis des Gesetzgebers von leistungsfähigen Wettbewerbern entsprechen. Die Vorschrift zu Errichtung neuer Betriebskrankenkassen wird stattdessen um gegenstandslose Vorschriften bereinigt und die Mindestanzahl versicherungspflichtig Beschäftigter eines betroffenen Betriebes von 1.000 auf 5.000 erhöht, so dass zukünftig mit Markteintritten neuer – nicht wettbewerblich aufgestellter und nicht frei wählbarer – Krankenkassen gerechnet werden kann; zumal das bisherige Erfordernis einer mehrheitlichen Zustimmung der in den betreffenden Betrieben Beschäftigten der Errichtung entfällt. Diese Krankenkassen haben keine über den Betriebsbezug hinausreichende gesundheits- und sozialpolitische Verantwortung und können nach § 153 SGB V auf Antrag des Arbeitgebers wieder aufgelöst werden, wobei – anders als in den sonstigen Rechtsvorschriften – die Voraussetzungen der Auflösung unregelt sind und mithin für betriebsbezogene Krankenkassen ein Sondertatbestand für den Marktaustritt („Auflösung“) anstelle der Tatbestände Insolvenz bzw. Schließung vorgesehen wird, ohne dass das Festhalten an diesem Sondertatbestand begründet wird. Dies steht im erheblichen Widerspruch zu der sonstigen Intention des Gesetzgebers, möglichst einheitliche organisatorische Marktbedingungen für möglichst alle Versicherten zu schaffen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 155 SGB V - Freiwillige Vereinigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 155 führt die bisherigen Regelungen zur freiwilligen Vereinigung für Ortskrankenkassen (§ 144), Betriebskrankenkassen (§ 150), Innungskrankenkassen (§ 160 Abs. 1) und Ersatzkassen (§ 168a) sowie zu kassenartenübergreifenden Vereinigungen (§ 171a Abs. 1 Satz 1) ohne wesentliche Rechtsänderung zusammen. Die Sonderregelungen aus § 171a Abs. 1 Satz 4 und Abs. 2 werden nicht übernommen, da sie durch die Übertragung der Primärhaftung auf den GKV-Spitzenverband (in den neuen §§ 166 und 169) gegenstandslos werden.

Bei einer freiwilligen Rettungsvereinigung (z. B. zur Vermeidung eines Insolvenzgrundes) können sich die beteiligten Krankenkassen übergangsweise finanzielle Hilfen gewähren, um ihre Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Vereinigung zu erhalten. Dies gilt auch bei kassenartenübergreifenden Vereinigungen. Damit soll z.B. die Zahlungsfähigkeit gesichert oder eine Erhöhung des Zusatzbeitrags vermieden werden. Verträge über Hilfeleistungen zwischen Vereinigungspartnern müssen von der zuständigen Aufsicht genehmigt werden (Absatz 3).

Nach dem neuen Absatz 4 ist geregelt, dass die neue vereinigte Kasse ebenfalls geöffnet ist, wenn sich eine geschlossene, betriebsbezogene BKK mit einer geöffneten BKK vereinigt. Dadurch kann eine Öffnung nicht durch Vereinigung mit einer geschlossenen BKK wieder rückgängig gemacht werden.

B Stellungnahme

Zu Absatz 3:

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Abschaffung der kassenartenbezogenen Primärhaftung ab (s. Stellungnahme zu § 166). Bei der im § 155 Abs. 3 vorgesehenen Möglichkeit zu freiwilligen finanziellen Hilfen zwischen Vereinigungspartnern bis zur Wirksamkeit der Rettungsvereinigung handelt es sich um eine Teilüberführung des § 265b SGB V. Damit ist eine strukturell unzureichende und zeitlich limitierte Möglichkeit gegeben, finanzielle Hilfen durch den GKV-Spitzenverband nach § 164 Abs. 1 Nr. 2 zu vermeiden. In der praktischen Anwendung bleiben jedoch Fragen offen. Dies betrifft bspw. die Folgen, wenn der hilfeempfangende Vereinigungspartner trotz der Hilfen vor dem Zeitpunkt der Wirksamkeit der Vereinigung insolvent bzw. geschlossen wird oder der hilfegewährende Partner aufgrund ungeplanter Umstände selbst in seiner Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit gefährdet ist. Die Möglichkeit, freiwillige finanzielle Hilfen im Rahmen von Rettungsvereinigungen zu ermöglichen, ist ein grundsätzlich sinnvoller Ansatz. Insgesamt sind die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Vermeidung von Haftungsfällen jedoch unzureichend. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft muss es weiterhin Anreize und Möglichkeiten geben, auch innerhalb von Kassenarten freiwillige Finanzhilfen zu leisten, um dadurch Schließungen und Insolvenzen zu vermeiden. Die bislang in § 265b SGB V vorgesehene Möglichkeit zu freiwilligen Finanzhilfen sollte daher beibehalten werden. [**vergl. Änderungsvorschlag zu § 164**].

Zu Absatz 4:

Die Neuregelung betrifft Betriebskrankenkassen und entspricht dem Willen des Gesetzgebers, dass eine vollzogene Öffnung von Krankenkassen nicht wieder rückgängig gemacht werden kann – auch nicht durch eine Vereinigung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 156 SGB V - Vereinigung auf Antrag**A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Neufassung des § 156 werden die geltenden Regelungen zur zwangsweisen Vereinigung von bundesweiten Krankenkassen einer Kassenart durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates für Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen ohne Rechtsänderung zusammengeführt und auf bundesweite Innungskrankenkassen erstreckt, für die bislang keine solche Regelung besteht.

Zusätzlich besteht durch die Neuregelung die Möglichkeit zur Vereinigung von landesunmittelbaren Krankenkassen durch die Landesregierung auf Antrag einer landesunmittelbaren Krankenkasse.

B Stellungnahme

Die Neustrukturierung der Regelungen zu Vereinigung auf Antrag schafft mehr Übersichtlichkeit und wird daher begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 157 SGB V - Verfahren bei Vereinigung auf Antrag**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 157 entspricht bis auf redaktionelle Anpassungen dem bisherigen § 146.

B Stellungnahme

Der neue § 157 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 158 SGB V - Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 158 entspricht dem bisherigen § 172a.

B Stellungnahme

Der neue § 158 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 159 SGB V - Schließung**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 159 fasst die bestehenden Regelungen zu Schließungen von Krankenkassen, die bislang für die verschiedenen Kassenarten separat aufgeführt werden, zusammen.

Zusätzlich sieht die Neufassung vor, dass Betriebs- und Innungskrankenkassen, die nicht hätten errichtet werden dürfen, nicht geschlossen werden, wenn die Voraussetzungen der Errichtung zum Zeitpunkt der hypothetischen Schließung erfüllt sind.

B Stellungnahme

Die verbesserte Übersichtlichkeit der Regelungen wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 160 SGB V - Insolvenz von Krankenkassen**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 160 entspricht dem bisherigen § 171b.

B Stellungnahme

Der neue § 160 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 161 SGB V - Aufhebung der Haftung nach §12 Absatz 2 der Insolvenzordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 161 entspricht dem bisherigen § 171c.

B Stellungnahme

Der neue § 161 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 162 SGB V - Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 162 entspricht dem bisherigen § 171f.

B Stellungnahme

Der neue § 162 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 163 SGB V - Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung des § 163 werden die bisherigen Regelungen nach § 172 zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen weiterentwickelt.

Die Neuregelung des § 163 sieht vor, dass die Verpflichtung nach § 172 Absatz 1, die Verbände der beteiligten Krankenkassen vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung, Auflösung oder Schließung anzuhören, vor dem Hintergrund des Wegfalls der vorrangigen Haftung der Kassenart entfällt. Dem GKV-Spitzenverband werden erweiterte Mitwirkungsrechte im Rahmen der Haftungsprävention gewährt. Das Recht über die bisherigen Regelungen hinaus erweiterte Kennzahlen für die Beurteilung der Finanzentwicklung von Krankenkassen anzufordern, wird im § 163 konkretisiert. Wenn der GKV-Spitzenverband die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse als gefährdet einstuft, kann er nach § 163 verlangen, dass die betroffene Krankenkasse die aus seiner Sicht erforderlichen Unterlagen auch elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellt.

Der GKV-Spitzenverband hat das konkrete Verfahren zur Bewertung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen in seiner Satzung zu veröffentlichen.

B Stellungnahme

Die Regelungen in § 163 verankern das bereits bestehende Kennzahlensystem des GKV-Spitzenverbands mit den dazugehörigen Datengrundlagen im Gesetz. Bisher haben die Kassenarten als Haftungsverbände mit eigenen Sicherungssystemen gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband dafür Sorge getragen, dass Schließungen und Insolvenzen von Krankenkassen vermieden und die Versicherten vor den entstehenden negativen Folgewirkungen geschützt werden. Diese doppelte Absicherung wird durch den Wegfall der Primärhaftung der Kassenart nun aufgegeben, die Kassenarten werden aus ihrer Solidarverantwortung entlassen. Der Gesetzgeber sieht dadurch die Notwendigkeit, der Haftungsprävention des GKV-SV mehr Gewicht zu geben. Begrüßt wird die Regelung, dass der GKV-Spitzenverband, das konkrete Verfahren zur Bewertung der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse in seiner Satzung veröffentlichen muss.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Abschaffung der kassenartenbezogenen Haftungsverbände grundsätzlich ab, da dadurch die finanzielle Stabilität der GKV geschwächt wird und die finanziellen Risiken aus Haftungsfällen für die einzelne Krankenkasse steigen [*siehe Stellungnahme zu § 166*].

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 164 SGB V – Vorübergehende finanzielle Hilfen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung des § 164 Abs. 1 Nr. 2 ermöglicht Finanzhilfen durch den GKV-Spitzenverband zusätzlich auch zum Erhalt der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit - auch ohne Vereinigung. Die Hilfen müssen mit Auflagen versehen, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen. Näheres über die Voraussetzungen der Hilfen ist in der Satzung des GKV-SV zu regeln. Den Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe stellt (wie bei der bisherigen Vereinigungshilfe) die Aufsichtsbehörde der betreffenden Krankenkasse und der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes entscheidet über dessen Gewährung. Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes werden unter Berücksichtigung ihrer Leistungsfähigkeit verpflichtend per Bescheid zur Umlage herangezogen.

Zur Zwischenfinanzierung der finanziellen Hilfen kann der GKV-Spitzenverband ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von bis zu 350 Mio. Euro aufnehmen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ersetzt zusammen mit den Regelungen im neuen § 155 Abs. 3 zu Teilen die bisherigen freiwilligen finanziellen Hilfen innerhalb der Kassenarten nach § 265b.

Mit der Auflösung der bestehenden Haftungsverbände wird die Notwendigkeit von finanziellen Hilfen nach § 164 Abs. 1 Nr. 2 wahrscheinlicher, da die bewährten, präventiven Sicherungssysteme der Kassenarten nicht mehr greifen können. Dadurch, dass Haftungsrisiken nun unterschiedslos auf alle Krankenkassen umgelegt werden, werden die Krankenkassen aus ihrer solidarischen Verantwortung für die finanzielle Stabilität der GKV entlassen: Mit den Neuregelungen des FKG entfallen Anreize und gegenseitige Kontrolle zur Vermeidung von Haftungsfällen, wodurch das Risiko für finanzielle Hilfen und Kassenschließungen beträchtlich ansteigt. Vor diesem Hintergrund sind die verpflichtenden finanziellen Hilfen durch den GKV-SV ein weiteres gravierendes Risiko für die Haushalte der Krankenkassen, das sich weder planen noch durch eigene Managementleistungen beeinflussen lässt. Krankenkassen dürfen nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 8. Oktober 2019 keine Verpflichtungen für eventuelle Finanzhilfen oder Haftungsumlagen in ihrer Finanzplanung berücksichtigen, sind aber von finanzwirksamen Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes im Falle von vorübergehenden finanziellen Hilfen betroffen, ohne frühzeitig in die Entscheidung eingebunden zu sein.

Die Möglichkeit des GKV-Spitzenverbandes, ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve aufzunehmen, schmälert das Liquiditätsrisiko für die finanzierenden Krankenkassen nur marginal und verhilft darüber hinaus nur zu einem kurzen zeitlichen Aufschub. Das Darlehen ist nach § 164 Abs. 3 mit einer Obergrenze von 350 Mio. Euro der Höhe nach limitiert und spätestens im Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. Dabei dürfte die Obergrenze von 350 Mio. Euro nicht ausreichen, die kurzfristig erforderliche Liquidität einer größeren Krankenkasse für den notwendigen Zeitraum der Zwischenfinanzierung sicherzustellen. Für eine Krankenkasse mit angenommenen 4 Millionen Versicherten stellt diese Obergrenze gerade mal Liquidität für ca. zwei Wochen sicher. Dies zeigt auch die Erforderlichkeit eines präventiven Haftungsmanagements in der bestehenden Form.

C Änderungsvorschlag

Die Überschrift des § 164 ist zu ändern von „Vorübergehende finanzielle Hilfen“ in „Finanzielle Hilfen“.

Nach § 164 Abs. 3 wird ein neuer Absatz 4 eingefügt:

„Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von freiwilligen Hilfeleistungen schließen, um deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten, insbesondere um durch die Unterstützung von freiwilligen Vereinigungen Schließungen oder Insolvenzen zu verhindern. In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln. § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Abs. 4 wird zum neuen Abs. 5.

Art. 5 Nr. 12 § 165 SGB V - Abwicklung der Geschäfte**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 165 entspricht dem bisherigen § 155 Abs. 1 und 3.

B Stellungnahme

Der neue § 165 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 166 SGB V - Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 166 regelt die Haftung, wenn das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse nicht ausreicht, um die Gläubiger zu befriedigen und die Versorgungsansprüche der Beschäftigten zu erfüllen.

Mit der Neuregelung des § 166 wird die vorrangige Haftung der Krankenkassen derselben Kassenart gestrichen. Künftig soll die Gemeinschaft aller Krankenkassen direkt für die Verpflichtungen einer aufgelösten, geschlossenen oder insolventen Krankenkasse eintreten. Die Landwirtschaftliche Krankenkasse bleibt dabei unverändert von der Haftungsverpflichtung ausgenommen.

Die primäre Haftung des Arbeitgebers bei Betriebskrankenkassen, die sich nicht für alle Versicherten geöffnet haben, ist entsprechend dem bisherigen § 155 Absatz 4 Satz 1 und 2 geregelt. Da die bestehenden sechs Innungskrankenkassen in ihren Satzungen jeweils eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 („Öffnung“) vorsehen und diese nach geltendem Recht auch nicht widerrufen werden kann, entfällt für diese Kassenart in der Neufassung des § 166 eine gesonderte Regelung für nicht geöffnete Krankenkassen.

B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Abschaffung der Primärhaftung durch die jeweils betroffene Kassenart ab. Die bisherigen Regelungen haben sich bewährt und die GKV vor Haftungsrisiken geschützt. Das bisher bestehende doppelte Haftungs-Netz (Kassenart und GKV-Spitzenverband) und die seit jeher bestehende gesetzliche Möglichkeit freiwilliger finanzieller Hilfen haben dafür gesorgt, dass das System der gesetzlichen Krankenversicherung auch in schwierigen Zeiten sehr stabil war und ist.

Die bisher bestehende Haftungskaskade setzt klare ökonomischen Anreize für die Krankenkassen, die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer in finanzielle Schwierigkeiten geratenen Krankenkasse derselben Kassenart zu erhalten. Da die Krankenkassen innerhalb der jeweiligen Kassenart durch die Schließung und Insolvenz einer „Schwesterkasse“ und die dadurch über Jahrzehnte anfallenden Verpflichtungen in besonderem Maße betroffen sind, haben sie ein besonderes Interesse, finanzielle und nicht-finanzielle Hilfe zu leisten oder durch eine Rettungsvereinigung eine wirtschaftliche tragfähige Lösung zu finden. So haben die AOKs in der Vergangenheit umfangreiche Finanzhilfen aufgebracht und insgesamt ca. 3,3 Mrd. Euro in die Verbesserung ihrer Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit investiert. Dies belastete die Beitragssätze, deren Spanne seinerzeit deutlich breiter war als heute. Die parallel erreichten Fortschritte im Versorgungs- und Prozessmanagement tragen nicht nur zur Wirtschaftlichkeit der AOKs heute, sondern zur heutigen Finanzstabilität der GKV insgesamt bei.

Entsprechend ihrer vorrangigen Verantwortung im Haftungssystem haben die Kassenarten eigene Systeme zur Haftungsprävention entwickelt, die es ermöglichen, frühzeitig Haftungsrisiken zu erkennen und rechtzeitig Maßnahmen zu ergreifen, damit Finanzhilfen erst gar nicht notwen-

dig werden. Dies schafft auf der Basis subsidiärer Haftungsverbände ein Mindestmaß an gegenseitiger Kontrolle, wodurch letztlich auch die Haftungsrisiken anderer Krankenkassen außerhalb der Kassenart verringert werden.

Mit dem Wegfall der Primärhaftung der Kassenarten werden nicht nur die bestehenden Haftungspräventionssysteme der Kassenarten in Frage gestellt, sondern der ökonomische Anreiz zur Vermeidung von Haftungsfällen insgesamt deutlich abgeschwächt. Da von einer Schließung oder Insolvenz nun alle Krankenkassen sofort gleichermaßen betroffen sind, gibt es für eine einzelne Krankenkasse keine Gründe, sich für den Erhalt oder die Vereinigung eines Wettbewerbers einzusetzen. Dabei sollte beachtet werden, dass Schließungen und Insolvenzen von Krankenkassen auch für die Versicherten erhebliche Auswirkungen (u.a. Wahl einer neuen Krankenkasse und damit verbundene Unsicherheiten) haben können, wie die Beispiele der City BKK und der BKK für Heilberufe in der Vergangenheit gezeigt haben.

Die AOK-Gemeinschaft setzt bereits seit vielen Jahren auf Präventionsanreize im Sinne von „Eigeanstrengungen vor Fremdhilfe“. Aus diesem Grund ist der Regelungsgehalt der §§ 265a und 265b zu erhalten.

Die Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse (KKInsoV) wird nach Artikel 11 Nr. 1 außer Kraft gesetzt und in das SGB V überführt. Da die AOK-Gemeinschaft jedoch den Erhalt der Primärhaftung der Kassenarten fordert, bedarf es infolgedessen einer gesetzlichen Ersatzregelung, die angibt, wann eine Überforderung der jeweils haftenden Kassenart gegeben ist. An der in § 3 Abs. 1 KKInsoV festgelegten Schwelle ist nach Ansicht der AOK festzuhalten.

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen werden abgelehnt.

Art. 5 Nr. 12 § 167 SGB V - Verteilung der Haftungssumme

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 167 überführt wesentliche Regelungen aus der dann gegenstandslos werdenden Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den GKV-Spitzenverband bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse (KKInsoV) in das Sechste Kapitel des Fünften Buches Gesetzbuch. Diese Regelungen konkretisieren die Berechnung der auf die haftenden Krankenkassen entfallenden Beträge.

Im ersten Schritt werden pro Kalenderjahr vom GKV-Spitzenverband zur Erfüllung der Verpflichtungen aus allen Haftungsfällen insgesamt 350 Mio. Euro nach Anzahl der Mitglieder auf die einzelnen Krankenkassen umgelegt. Ab einem Haftungsbetrag von 350 Mio. Euro sollen vorrangig die Finanzreserven oberhalb des 1,0-fachen einer Monatsausgabe zur Finanzierung der Verbindlichkeiten einer geschlossenen oder aufgelösten Krankenkasse herangezogen werden. Reichen diese Finanzreserven nicht aus, um die Verbindlichkeiten zu decken, werden weitere Finanzreserven oberhalb des 0,75-fachen einer Monatsausgabe zur Deckung der Verbindlichkeiten herangezogen. Verbleiben nach Heranziehung der Finanzreserven noch ungedeckte Verbindlichkeiten, wird der verbleibende Betrag wieder nach der Anzahl der Mitglieder auf alle Krankenkassen verteilt.

Für nicht geöffnete Betriebskrankenkassen wird die Haftungsinanspruchnahme aufgrund der vorrangigen Haftung des Arbeitgebers auf 20 Prozent des sich rechnerisch ergebenden Haftungsbetrages beschränkt.

Die Regelung in Absatz 6, wonach der GKV-Spitzenverband zur Zwischenfinanzierung von Haftungsverpflichtungen ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von bis zu 750 Mio. Euro aufnehmen kann, entspricht dem bisherigen § 171d Abs. 6 SGB V.

B Stellungnahme

Die finanzielle Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse wird im Wesentlichen anhand der Höhe vorhandener Finanzreserven gemessen. Die in § 167 beschriebene Regelung zur Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen legt eine vierstufige Kaskade fest, wonach zunächst die Haftungssumme bis zu einem bestimmten Betrag wettbewerbsneutral nach Mitgliedern umgelegt wird und je nach Höhe des noch fehlenden Betrags die Finanzreserven nach § 260 Abs. 2 der Krankenkassen herangezogen wird. Erst wenn keine Krankenkasse mehr Vermögen über 75 % einer Monatsausgabe ausweist, werden fehlende Umlagebeträge wieder über die Anzahl der Mitglieder berechnet.

Das Vermögen nach § 260 Abs. 2, das eine Monatsausgabe überschreitet, zur Umlage von Haftungsbeträge heranzuziehen, ist nicht sachgerecht und widersprüchlich: Zum einen sind Krankenkassen mit „überschüssigem Vermögen“ nach § 260 Abs. 2a gezwungen, genau diesen Überschreibungsbetrag spätestens bis zum Jahr 2022 durch Absenken der Zusatzbeiträge abzubauen bzw. ihn gem. § 260 Abs. 4 in den Gesundheitsfonds abzuführen. Zum anderen führt auch das Zusatzbeitragserhöhungsverbot nach § 242 Abs. 1 dazu, dass die betreffenden Krankenkassen ihr Vermögen zur Finanzierung eines nicht ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatzes heranzie-

hen müssen. Dies wird eine relevante Zahl an Krankenkassen betreffen, dadurch, dass die Leistungsausgaben der Krankenkassen durch neue ausgabenbrächtige Gesetze (TSVG, MDK-Reform usw.) in den kommenden Jahren drastisch ansteigen werden. Hier möchte der Gesetzgeber offenbar Mittel zur Haftungsumlage heranziehen, die im Haftungsfall entweder längst ausgegeben oder fest zur Entlastung der Beitragszahler verplant sind.

Der Zugriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen oberhalb von 75 % einer Monatsausgabe ist abzulehnen. Hier wird ein weiteres Mal massiv in die Finanzautonomie der Krankenkassen und in die Kompetenzen ihrer Selbstverwaltungen eingegriffen, deren zentrale Aufgabe es ist, mittelfristig solide und mit Blick auf die Versorgungsbedarfe der Versicherten ausgewogene Haushalts- und Beitragssatzentscheidungen zu treffen. Darüber hinaus setzt der vorgesehene Einsatz des Vermögens der Krankenkassen bei der Aufbringung der Mittel im Haftungsfall falsche Anreize, welche dem Prinzip eines fairen Kassenwettbewerbs widersprechen: Krankenkassen bzw. deren Beitragszahler, welche durch wirtschaftliches Handeln und zur Absicherung der finanziellen Stabilität Vermögen aufgebaut haben, werden im Haftungsfall einseitig benachteiligt, indem sie um ihren wettbewerblich erarbeiteten Erfolg gebracht werden.

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen werden abgelehnt.

Art. 5 Nr. 12 § 168 SGB V - Personal

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 168 entspricht dem bisherigen § 164 Abs. 2 bis 4, auf den in kassenartenspezifischen Regelungen verwiesen wurde. Die Neufassung sieht im Gegensatz zur bisherigen Rechtslage keine Beschränkung bei der Verteilung des Personals einer geschlossenen Krankenkasse auf die betroffene Kassenart mehr vor. Stattdessen wird das Personal nach dem neuen § 168 auf Krankenkassen nach dem Anteil der Mitglieder verteilt.

Auch für Orts- und Innungskrankenkassen gilt nun, dass dem Personal der geschlossenen Krankenkasse eine zumutbare Stellung zur Weiterbeschäftigung nur dann anzubieten ist, wenn das Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann.

B Stellungnahme

Die vereinheitlichte, für alle Kassenarten geltende Verpflichtung, nur den nicht ordentlich kündbaren dienstordnungsmäßigen Angestellten eine zumutbare Stelle anzubieten, erscheint sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

§ 168 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die dienstordnungsmäßigen Angestellten sind verpflichtet, eine von einer anderen Krankenkasse der von der Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart nachgewiesene dienstordnungsmäßige Stellung anzutreten, wenn die Stellung nicht in auffälligem Missverhältnis zu den Fähigkeiten der Angestellten steht. Entstehen hierdurch geringere Besoldungs- oder Versorgungsansprüche, sind diese auszugleichen. Den übrigen Beschäftigten, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann, ist bei einem Landesverband der Krankenkassen der von der Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart oder einer anderen Krankenkasse der von der Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart eine Stellung anzubieten, die ihnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und ihrer bisherigen Dienststellung zuzumuten ist. Jede Krankenkasse der von der Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart ist verpflichtet, entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen der von der Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart dienstordnungsmäßige Stellen nach Satz 1 nachzuweisen und Anstellungen nach Satz 3 anzubieten; die Nachweise und Angebote sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mitzuteilen, der diese den Beschäftigten in geeigneter Form zugänglich macht.“

Art. 5 Nr. 12 § 169 SGB V - Haftung im Insolvenzfall**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 169 übernimmt die wesentlichen Regelungen aus dem bisherigen § 171d. Dabei wird die Abschaffung der Primärhaftung der Kassenart auch im Fall einer Insolvenz nachvollzogen.

Die bisherige Einbeziehung der Altersteilzeitverpflichtungen in die Haftung wird in der Neufassung nicht übernommen, da diese nicht mehr für Insolvenzfälle nach dem 1. Januar 2015 galt und bis zu diesem Zeitpunkt kein Insolvenzfall eingetreten ist.

B Stellungnahme

Die Abschaffung der Primärhaftung der Kassenarten wird abgelehnt [*siehe Stellungnahme zu § 166*]. Daher sind die Regelungen zur bestehenden Haftungskaskade auch im Fall der Insolvenz weiterhin vorzusehen.

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen werden abgelehnt.

**Art. 5 Nr. 12 § 170 SGB V - Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen,
Verordnungsermächtigung**

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 170 entspricht dem bisherigen § 171e.

B Stellungnahme

Der neue § 170 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 13 § 173 SGB V - Allgemeine Wahlrechte**A Beabsichtigte Neuregelung**

Es werden gesetzliche Regelungen zu den Wahlrechten der Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten von Ersatz- und Innungskrankenkassen nachgezogen, die in der Vergangenheit bereits aufgrund der bundesweiten Öffnung an Bedeutung verloren hatten.

B Stellungnahme

Die Anpassungen sind nachvollziehbar und folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 14 § 217b SGB V - Organe beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht in § 217b Abs. 4 – 6 SGB V die Bildung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses (LKA) vor, dessen Amtsdauer derjenigen des Vorstandes entspricht. Ihm sollen je ein weibliches und ein männliches hauptamtliches Vorstandsmitglied der Orts-, Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie je ein Geschäftsführungsmitglied der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören. Diese werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewählt. Die Stimmen der Mitglieder des LKA werden nach den Versichertenzahlen der Kassenarten gewichtet.

Nach Abs. 5 bedürfen versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen künftig grundsätzlich der Zustimmung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses. Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung kann der Ausschuss im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung regeln. Im Übrigen können Vertreter des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses an Sitzungen gesetzlicher Gremien, denen der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angehört, teilnehmen.

Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. Sofern der Verwaltungsrat ihn dazu auffordert, muss er eine Stellungnahme abgeben. Im Übrigen sind Mitglieder des Ausschusses berechtigt, an nicht-öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilnehmen.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung wird abgelehnt.

a. Die Schnittstellenfunktion, die das neue Gremium wahrnehmen soll, wird bereits heute durch den Fachbeirat erfüllt. Ihm gehören je zwei Vertreter der Kassenarten, also insgesamt zwölf Personen an, wobei es sich dabei um sieben Führungskräfte (Vorstände/Geschäftsführer) von Krankenkassen und um fünf Führungskräfte der Kassenartenverbände handelt.

Dadurch sind die in der Gesetzesbegründung genannten Motive für die Schaffung des neuen Gremiums bereits heute erfüllt:

- organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und der Umsetzung der gesetzlichen Aufträge des GKV-Spitzenverbandes
- kontinuierlicher Informationsfluss
- schnelle Meinungsbildung zu aktuellen Themen und Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes

- Verbesserung der Transparenz zwischen den Mitgliedskassen und dem GKV-Spitzenverband
- Stärkung der Akzeptanz bei den Krankenkassen für das Handeln des GKV-Spitzenverbandes
- Einbringung der fachlichen Expertise der operativen Ebene in den Entscheidungsprozess des Vorstandes

Während bisher insbesondere die Vertreter der Kassenartenverbände dafür Sorge tragen, dass die Anliegen und Interessen aller Krankenkassen bei den Beratungen berücksichtigt und diesen gespiegelt werden, ist nicht nachvollziehbar, weshalb die genannten Ziele besser oder auch nur genauso gut erreicht werden sollen, wenn das neue Gremium ausschließlich aus Vertretern von zehn Einzelkassen gebildet wird.

Im Übrigen verkennt die Neuregelung, dass der GKV-Spitzenverband auch auf Fachebene in über 100 Arbeitsgruppen in engem Austausch mit Vertretern seiner Mitglieder und deren Verbänden steht. Deren fachliche Expertise ist somit in ausreichendem Maße in die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes integriert. Auch in dieser Hinsicht brächte die vorgesehene Neuregelung daher keinen Mehrwert für die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes.

b. Zudem führt die vorgesehene Neuregelung zu Abgrenzungsschwierigkeiten der dem Vorstand und dem Verwaltungsrat obliegenden Zuständigkeiten und Kompetenzen. Nach dem in der Neuregelung vorgesehenen Kompetenzgefüge bedürfen „Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen“ der Zustimmung des LKA, § 217b Abs. 5 S.1 SGB V. Da Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes, wenn sie autonomes Recht im Sinne der §§ 197 SGB V, 33 SGB IV darstellen, von dessen Verwaltungsrat verabschiedet werden, hinge ihr Erlass künftig von der Zustimmung des LKA ab. Ganz abgesehen davon, dass dadurch die Kompetenzen des durch Sozialwahlen demokratisch legitimierten Verwaltungsrates eingegriffen würde, obläge die Entscheidungskompetenz über die Schaffung autonomen Rechts bei Vertretern von zehn Einzelkassen, die gerade hierzu nicht legitimiert sind.

Nach § 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V hat der Verwaltungsrat den Vorstand zu überwachen. Wenn dieser nun – wie in der Neuregelung vorgesehen – in seinem Handeln in nennenswertem Umfang von der Zustimmung des LKA abhängig ist, zeichnen sich Konflikte und Probleme in der Kompetenzabgrenzung zwischen Verwaltungsrat und LKA ab, da der LKA zum einen für die Entscheidungen des Vorstandes handlungsleitend sein soll und er zum anderen nicht vom Verwaltungsrat überwacht wird. Damit kann der LKA faktisch Entscheidungen des Verwaltungsrates von grundsätzlicher Bedeutung im Verhältnis zum Vorstand blockieren.

Gemäß § 217b Abs. 2 S. 4 SGB V verwaltet der Vorstand den Spitzenverband und vertritt ihn gerichtlich und außergerichtlich. Diese gesetzliche Aufgabenzuweisung wird durch die vorgesehene Neuregelung in erheblichem Umfang eingeschränkt, da der Vorstand nur in besonders zu begründenden Fällen von den Entscheidungen des LKA abweichen darf und somit seine Handlungs- und Entscheidungskompetenzen massiv geschmälert werden. Zumal die Themenbreite im neu vorgesehenen Absatz 5 so ausgestaltet ist, dass nahezu alle Aufgabenbereiche des GKV-

Spitzenverbandes unter sie subsumiert werden können. So haben zum Beispiel Finanzierungsfragen zumindest mittelbar auch immer Versorgungsbezug, so dass der LKA in fast alle Entscheidungen des Vorstandes einzubinden wäre. Damit wäre es dem Vorstand nicht mehr möglich, den Spitzenverband in hinreichendem Maße eigenverantwortlich zu verwalten und zu vertreten.

c. Schließlich werden durch die vorgesehene Neuregelung auch die Entscheidungsstrukturen im GKV-Spitzenverband unnötig erschwert. Ganz abgesehen davon, dass die zwingend für den LKA vorgesehene Aufgabenzuweisung ein intensives und zeitaufwändiges Abstimmungsverfahren verursacht, werden künftig stärker Interessen einzelner Krankenkassen in den Vordergrund rücken, deren Vorstände in den LKA berufen sind. Damit besteht stärker als bisher die Gefahr, dass die dem GKV-Spitzenverband zugeordneten Themen, die naturgemäß ausschließlich wettbewerbsneutral sind, stärker einer wettbewerblichen Diskussion unterliegen werden, und dadurch Gegenstand unnötiger Diskussionen und Kompromisse sein werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Sofern an der Intention einer „stärkere Einbindung des operativen Geschäfts in die Prozesse des GKV-Spitzenverbandes“ festgehalten werden soll, sollte in jedem Fall die Funktionalität der Neuregelungen im Vordergrund stehen. In diesem Kontext wird auf den Kompromissvorschlag des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Art. 5 Nr. 15 § 217c Abs. 1 SGB V - Verwaltungsrat beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes soll künftig aus bis zu 40 Personen bestehen, statt der bisherigen 52 Personen.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

Die bisherige Mitgliederanzahl ist für eine repräsentative Stimmengewichtung weiterhin erforderlich. Denn diese muss zum einen eine Parität der Stimmen zwischen Versichertenvertretern und Arbeitgebervertretern herstellen und zum anderen zu einer größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart führen, § 217c Abs. 2 S. 3 f. SGB V. Dies gelingt nicht annähernd so gut wie bisher, wenn dem Verwaltungsrat nur noch 40 Personen angehören, ohne dass die Repräsentanz der einzelnen Kassenarten darunter leidet.

Schließlich ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gem. § 79 Abs. 2 S. 4 SGB V aus bis zu 60 Mitgliedern bestehen dürfen, während die Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrates beim Spitzenverband Bund um mehr als 20 % auf 40 Personen begrenzt wird.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Art. 5 Nr. 16 § 217d SGB V – Haushaltswesen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der für den Haushaltsplan des Spitzenverbandes Bund bisher geltende Verweis auf § 70 Abs. 1 und 5 SGB IV wird durch den neuen Abs. 4 ersetzt. Demnach ist der vom Vorstand aufgestellte und vom Verwaltungsrat festgestellte Haushaltsplan künftig zum 1. Oktober der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorzulegen, während er bisher der Aufsichtsbehörde nur auf Verlangen vorzulegen war. Die Genehmigung kann in Gänze oder für einzelne Ansätze versagt werden; neben Gesetz und sonstigem für den Spitzenverband Bund geltendem Recht sind hierbei die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes heranzuziehen.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Sie stellt einen eklatanten Eingriff in die Selbstverwaltungsautonomie des Spitzenverbandes Bund und insbesondere die Kernkompetenzen seines Verwaltungsrates dar.

Es gibt keinen Grund, für den Haushaltsplan des Spitzenverbandes Bund strengere Regeln vorzusehen, als sie für die übrigen Sozialversicherungsträger und die Kassenärztlichen (Bundes-) Vereinigungen gelten.

Durch das Genehmigungserfordernis und die vorgezogene Vorlagepflicht werden Planung und Vollzug des Haushaltes unnötig erschwert und verzögert. Dass insbesondere keine Frist zur Genehmigung vorgesehen ist, kann zu schwerwiegenden Vollzugsdefiziten führen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Art. 5 Nr. 18 § 260 Abs. 5 SGB V – Betriebsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 260 Abs. 5 SGB V wird neu gefasst.

Die derzeit enthaltene Bedingung, dass die Betriebsmittel nur dann auf eine Monatsausgabe zurückgeführt werden müssen, wenn der Risikostrukturausgleich bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortentwickelt wird, wird geändert auf die Bedingung, dass bis zum 31. Dezember 2019 eine Reform des Risikostrukturausgleichs durch das Bundeskabinett beschlossen worden ist. Weiterhin ist vorgesehen, dass die vorgesehene Rückführung der Betriebsmittel (Absätze 2a und 4) ab dem 01. Januar 2020 rückwirkend anzuwenden ist. Mit der vorgesehenen Regelung soll klargestellt werden, dass der Vermögensabbau nach § 260 Abs. 2a und 4 ab der Haushaltsplanung 2020 anzuwenden ist, wenn durch das Bundeskabinett bis 31.12.2019 eine Reform des RSA beschlossen worden ist

B Stellungnahme

Aus Sicht der Beitragszahler besteht ein Interesse an stabilen Beitragssätzen bei gleichbleibend hohem Versorgungsniveau. Der Zwangsabbau des Vermögens verhindert diese Stabilität jedoch, indem er starke Sprünge des Zusatzbeitrages begünstigt und so auf eine kurzfristige Entlastung der Beitragszahler deutliche Beitragsanstiege folgen können.

Die erzwungene Vermögensabschmelzung führt zu Kalkulationsunsicherheit und behindert eine vorausschauende Finanzplanung. Zudem wird das Recht der Selbstverwaltung in Bezug auf die Haushaltsautonomie eingeschränkt.

Das gegenwärtige Junktim im § 260 Abs. 5 SGB V, welches ein den Vermögensabbau nach den Absätzen 2a und 4 an eine gesetzlich geregelte Fortentwicklung des RSA bis zum 31.12.2019 knüpft, soll sicherstellen, dass die finanziellen Auswirkungen der RSA-Reform für die Krankenkassen vor dem Einsetzen der Verpflichtung zum Abschmelzen der Finanzreserven abschätzbar und planbar sind. Diese inhaltliche Verknüpfung ist also aus gutem Grund im Interesse der Stabilität und Planungssicherheit der GKV-Haushaltsplanung getroffen worden.

Der jetzige Entwurf dokumentiert, dass die im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) vereinbarte Bedingung für einen Vermögensabbau nicht eingehalten wurde. Eine gesetzliche Fortentwicklung des RSA bis zum 31.12.2019 wird nicht erfolgen, so dass die Haushaltsplanungen für das Jahr 2020 zwangsläufig zunächst auf Grundlage des geltenden Rechts erfolgen müssen.

Kurz vor Ende der Beratungen zum MDK-Reformgesetz im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages wurde – parallel zum GKV-FKG – durch Änderungsantrag Nr. 17 das bisherige politische Junktim zwischen gesetzlichen angeordnetem Vermögensabbau (nach GKV-VEG) und Morbi-RSA-Reform (nach GKV-FKG) komplett gestrichen. In der Begründung des Änderungsantrags erfolgt hierzu lediglich folgende Feststellung: *„Die RSA-Reform befindet sich derzeit noch im Gesetzgebungsprozess und wird erst im Frühjahr 2020 in Kraft treten. Um für die Krankenkassen frühzeitig Planungssicherheit hinsichtlich ihrer Haushaltsplanungen und der Festlegung ihrer Zusatzbeiträge für das Jahr 2020 herzustellen, wird § 260 Absatz 5 mit diesem Gesetzentwurf für eine MDK-Reform gestrichen.“*

Damit haben die Krankenkassen ab dem kommenden Haushaltsjahr 2020 der Verpflichtung nachzukommen, Betriebsmittel und Rücklagen abzuschmelzen, obwohl die RSA-Reform noch nicht abschließend beraten wurde und somit derzeit noch vollkommen unklar ist, welche Auswirkungen sie wann auf die einzelnen Krankenkassen entwickeln wird. Zudem wird eine Berücksichtigung in den laufenden Haushaltsplanungen in zeitlicher Hinsicht schwierig, da die Haushaltsberatungen in den meisten Häusern bereits in den letzten Zügen liegen.

In jüngerer Zeit sind bereits verschiedene Gesetze verabschiedet worden, die die Krankenkassen mit rückwirkenden bzw. finanziell nicht verlässlich planbaren Regelungen belasten. Diese Gesetze sind geeignet, die Finanz- und Haushaltsplanung der Krankenkassen – und somit auch die verlässliche Versorgung der Versicherten – zu beeinträchtigen. Unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten ist diese zunehmende Form der Gesetzgebung nicht nur äußerst fragwürdig, sondern auch im erhöhten Maße begründungsbedürftig. Für das Finanz- und Haushaltsrecht existieren besonders hohe Anforderungen an die sachliche Rechtfertigung derartiger Regelungstatbestände. Richtigerweise darf das Haushaltsrecht der GKV nur so fortentwickelt werden, dass insbesondere abrupte und sprunghafte Änderungen vermieden werden. Denn die finanzielle Stabilität des GKV genießt ein überragend wichtiges Gemeinwohlinteresse (BVerfG, NZS 2005, 479/480 m.w.N.). Dementsprechend muss die Änderung der haushaltsrechtlichen Grundlagen auf Kalkulations- und Planungssicherheit abzielen und auf Beständigkeit ausgerichtet sein. Dies ist mit Blick auf die geplante Streichung der Verknüpfung zwischen Vermögensabbau und Morbi-RSA-Reform sicherlich nicht der Fall. Die Gesetzgebung verhält sich dabei nicht hinreichend zur Frage der sachlichen Rechtfertigung und Dringlichkeit des geplanten Eingriffs einerseits sowie den Auswirkungen und der Zumutbarkeit andererseits. Die Gesetzgebung beschränkt sich stattdessen auf die schlichte Paraphrasierung der geplanten Regelung.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung zum Vermögensabbau wird abgelehnt.

Art. 5 Nr. 19 §§ 265a und 265b SGB V - Finanzielle Hilfen**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die §§ 265a und 265b werden gestrichen. Finanzielle Hilfen werden stattdessen in den neuen §§ 155 Abs. 3 und 164 Abs. 1 vorgesehen.

B Stellungnahme

Die Abschaffung der Primärhaftung der Kassenarten wird abgelehnt. Daher muss auch der Regelungsgehalt des § 265b erhalten bleiben. Für die Begründung wird auf die Stellungnahmen zu den §§ 155, 164 und 166 verwiesen. Sollte der § 265b gestrichen werden, muss mindestens die Möglichkeit bestehen, freiwillige Finanzhilfen innerhalb der Kassenart zu leisten.

C Änderungsvorschlag

Der bisherige § 265b bleibt erhalten.

Sollte der § 265b gestrichen werden, wird ein neuer Absatz 4 in § 164 eingefügt [*siehe Änderungsvorschlag zu § 164 Abs. 4*].

Art. 5 Nr. 20 § 266 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen in § 266 werden die Rechtsgrundlagen für den Risikostrukturausgleich neu geordnet und nicht mehr erforderliche Regelungen aufgehoben. § 266 regelt weiterhin die Grundlagen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Angepasst wurde zudem die Terminologie. Es werden nun einheitlich die Begriffe „Risikogruppe“, „Risikomerkmale“ und „risikoadjustiert“ für alle Ausgleichsfaktoren des Risikostrukturausgleichs verwendet.

Des Weiteren wird mit den Änderungen das gesamte Krankheitsspektrum Teil des Risikostrukturausgleichs (anstatt bisher bis zu 80 Krankheiten), wodurch eine Krankheitsauswahl entfällt.

Die Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner als separates Risikomerkmale wird gestrichen und Regionalmerkmale werden als Risikomerkmale Teil des Risikostrukturausgleichs. Regionale Merkmale werden als solche definiert, die die Ausgabenstruktur einer Region beeinflussen können. Die Berücksichtigung dieser Merkmale soll regionalen Risikoselektionsanreizen entgegenwirken. Bei den Merkmalen handelt es sich um statistische Werte für die betreffende Region.

Es wird außerdem festgelegt, dass zur Durchführung des Ausgleichs auch der Ausschluss von Risikogruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten gehört. Durch diesen Ausschluss soll die Möglichkeit verringert werden, durch hohe Steigerungsraten bei bestimmten Morbiditätsgruppen finanzielle Vorteile zu erhalten.

Es wird eine verpflichtende regelmäßige Evaluation der Wirkungen des RSA durch den wissenschaftlichen Beirat eingeführt.

B Stellungnahme

Zu a): Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Änderung.

Zu b) aa): Es handelt sich um eine sachgerechte Änderung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift.

Zu b) bb): Die Einführung der Terminologie „Risikogruppe“ ist sachgerecht. Gleiches gilt für die Folgeänderungen durch die Neuordnung der Rechtsgrundlagen des Risikostrukturausgleichs in den §§ 266 und 267.

Zu c):

Die Einführung eines Vollmodells wird ausdrücklich begrüßt. Mit der Aufhebung der bisherigen Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten wird die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Ebene der Versicherten deutlich erhöht. In der Folge werden Risikoselektionsanreize besonders zu Gunsten gesunder Versicherter und zu Lasten kranker Versicherter, deren Erkrankungen nicht im Morbi-RSA berücksichtigt werden, maßgeblich reduziert. Der Wissenschaftliche Beirat hat daher die Einführung des Vollmodells empfohlen. Zudem werden im Sinne der Stärkung der Manipulationsresistenz in deutlichem Maße Anreize reduziert, Einfluss auf die RSA-Datengrundlagen zu nehmen. Da sich die Zuweisungen für Morbidität nicht mehr auf 80 Krankheiten beschränken, sondern auf alle Krankheiten aufgeteilt werden, sinkt die finanzielle Bedeutung der einzelnen Krankheit. Somit sinken auch die Manipulationsanreize für die Krankenkasse.

Die Streichung der Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner als separates Risikomerkmals wird abgelehnt. Sie führt zu einer Reduzierung der Zielgenauigkeit in Form einer deutlichen Unterdeckung von Erwerbsminderungsrentnern von 1.100 Euro je Versichertenjahr und damit zu neuen Risikoselektionsanreizen im Hinblick auf eine leicht zu identifizierende Versicherten-Gruppe. Die in der aktuellen Umsetzungsform noch vorliegenden Unschärfen, nämlich hohe Unterdeckungen insbesondere bei jungen Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern und hohe Überdeckungen bei Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern ohne chronische Krankheiten, könnten im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems deutlich reduziert werden. Die Verwendung des Merkmals führt zu einer verbesserten Unterscheidung zwischen Morbiditätsrisiken von Versicherten im erwerbsfähigen Alter, dies stellt keine Ungleichbehandlung von z.B. Rentnerinnen und Rentnern dar, die dieses Merkmal nicht erhalten können. Der Wissenschaftliche Beirat hat sich in seinem Gutachten daher klar gegen eine Streichung ausgesprochen. Stattdessen schlägt er vor, Erwerbsminderung im Klassifikationssystem als manipulationssicheres Kriterium zur Schweregraddifferenzierung innerhalb des Morbiditätsspektrums einzusetzen. Dies wäre aus Sicht der AOK-Gemeinschaft der sachgerechte Weg zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA.

Die Einführung regionalstatistischer Merkmale lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Ob und inwieweit die beobachteten leichten Überdeckungen in ländlichen Kreisen und leichten Unterdeckungen in städtischen Kreisen zu Risikoselektionsanreizen führen, wird im Gutachten nicht hinreichend dargelegt. In der Praxis ist - entgegen der Aussage der Gutachter - eine Konzentration der Geschäftstätigkeit vieler Krankenkassen auf die unterdeckten städtischen Räume zu beobachten (z. B. Geschäftsstellennetze). Vor diesem Hintergrund kann die These der Gutachter, dass die beobachteten regionalen Deckungsunterschiede ein relevantes Problem in puncto Risikoselektion darstellen, nicht nachvollzogen werden. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse der Gutachter, dass die regionale Verteilung der Versicherten die Ergebnisse der Krankenkassen kaum beeinflusst. Regionalstatistische Merkmale sind daher keine sachgerechte Ergänzung des Morbi-RSA. Sie zementieren bestehende Strukturen der Über-, Unter- und Fehlversorgung. Finanzmittel würden tendenziell vom Land in die Stadt umverteilt und gerade dort nicht mehr zur Verfügung stehen, wo sie für die Versorgung der Versicherten besonders benötigt werden. Die Einführung regionalstatistischer Merkmale kommt zudem einem partiellen IST-Kostenausgleich gleich. Der RSA soll aber keine Ausgaben ausgleichen, sondern Unterschiede in den Risikostrukturen und die daraus resultierenden Ausgabenrisiken für die jeweilige Krankenkasse. Daher sind auch partielle Kostenausgleiche per se nicht zielkonform und setzen negative Wirtschaftlichkeitsanreize. Daher lehnt die AOK-Gemeinschaft den Vorschlag, den Morbi-RSA um regionalstatistische Merkmale zu ergänzen, ab. Da die meisten der vorgeschlagenen regionalstatistischen Merkmale mit der Morbidität und Mortalität der Versicherten in Verbindung stehen (z. B. Sterblichkeit, Anteil ambulanter Pflegefälle), sollte stattdessen geprüft werden, welche weiteren Morbiditätsfaktoren direkt und versichertenindividuell im RSA berücksichtigt werden können, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Versichtertenebene zu erhöhen.

Zu d) aa): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu d) bb): Die Streichung ist im Sinne der Rechtsbereinigung sachgerecht.

Zu e) aa): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu e) bb): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu e) cc): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu f): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu g): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu h) aa): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu h) bb): Die Änderung ist im Sinne der Rechtsbereinigung sachgerecht. Jedoch ist der Begriff „Versichertenzahlen“ durch „Versichertentage“ zu ersetzen.

Zu h) cc): Die Änderung ist im Sinne der Rechtsbereinigung sachgerecht. Jedoch ist der Begriff „Versichertenzahlen“ durch „Versichertentage“ zu ersetzen.

Zu i) aa) aaa): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu i) aa) bbb): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu i) aa) ccc): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu i) aa) ddd): Die Einführung regionalstatistischer Merkmale wird abgelehnt. Nr. 2b ist daher um die entsprechende Passage zu bereinigen.

Zu i) aa) eee): Die beabsichtigten Streichungen sind eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu i) aa) fff): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu h) aa) ggg):

Zu Nr. 6: Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz werden ausdrücklich begrüßt. Wenn einzelne Krankenkassen Kodierbeeinflussung insbesondere in Bezug auf die neu hinzukommenden Krankheiten ergreifen, um sich Wettbewerbsvorteile zu verschaffen, muss dies durch geeignete Instrumente unterbunden werden. Der hier angelegte Mechanismus der sog. Manipulationsbremse ist dazu allerdings aus vielen Gründen absolut ungeeignet. Inwieweit ein Mechanismus, welcher HMGs für alle am Morbi-RSA beteiligten Krankenkassen aus der Zuweisung entfernt, in der Lage ist, den unterstellten vorhandenen Vorsatz für manipulativen Aktivitäten einer einzelnen Krankenkasse zu bremsen, ist mehr als fraglich und vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung der Verfahren nach § 273 SGB V an dieser Stelle auch überflüssig.

Zudem muss das gewählte Instrument auch geeignet sein, Kodierbeeinflussung von anderen Effekten zu unterscheiden, z. B. von solchen aus medizinischen oder diagnostischen Gründen. Bei einem entsprechenden Anstieg in den Leistungsziffern nach §§ 294 bis 303 ist ebenfalls nicht von Kodierbeeinflussung auszugehen. Insbesondere sind aber auch Effekte aus der Einführung oder Änderungen von Kodierrichtlinien im ambulanten wie stationären Bereich zu berücksichtigen. Mit der Implementierung ambulanter Kodierrichtlinien und eines Zertifizierungsverfahrens für Praxissoftware aus dem TSVG wird in den ersten Jahren der Einführung ein deutlicher Anstieg in der Qualität der Kodierung resultieren. Dieser wird sich statistisch in deutlich unterschiedlichen und ggf. auch drastischen Veränderungen in den Häufigkeiten einzelner Diagnosen manifestieren. Diese - wie auch alle anderen - externen von der Krankenkasse nicht beeinflussten Effekte werden in dem grob vereinfachten und mechanistischem Verfahren als Kodierbeeinflussung von Krankenkassen fehlinterpretiert.

Das mechanistische Verfahren nimmt zudem keinerlei Prüfung vor, inwieweit die Veränderungen in den HMG-Besetzungen überhaupt eine kritische Größenordnung überschreiten. Durch die simple Koppelung der Identifikation potenzieller HMGs für die Manipulationsbremse an das 1,5-fache der mittleren Veränderungsrate aller HMGs wirkt die Regelung zukünftig in gleichem Umfang völlig unabhängig davon, ob die mittlere Veränderungsrate 10 % oder 0,1 % beträgt. Im letzteren Fall führte schon eine Veränderung in der HMG-Besetzung von 0,15 % potenziell zum Ausschluss aus der Zuweisung mit der Begründung einer vorliegenden Manipulation, obwohl dieser weit unterhalb eines Wertes läge, wie er allein aus demographischen Effekten erklärbar wäre.

Das hier angelegte Verfahren würde 5 % der Morbiditätsgruppen mit hohen Zuwächsen komplett aus dem Zuweisungsverfahren entfernen, sodass in der Konsequenz keine sachgerechten Zuweisungen für die vorhandenen Morbiditätsrisiken fließen. Zudem wählt es dabei noch die Zuweisungsstärksten aus. Somit droht, dass durch die o. g. 5 % der Morbiditätsgruppen ein Vielfaches an morbiditätsbezogenen Zuweisungen ausgeschlossen wird. Besonders betroffen wären dann solche (Versorger-)Kassen, die eine hohe Prävalenz in den entsprechenden Morbiditätsgruppen aufweisen, auch wenn die Zuwächse in den Morbiditätsgruppen in diesen Kassen ggf. unauffällig oder gar unterproportional sind. Das Verfahren führt in der Konsequenz auch zu erheblichen Unsicherheiten im Rahmen der Haushaltsplanung von rechtskonform handelnden Krankenkassen.

Die durch das Verfahren ausgeschlossenen Zuweisungsmittel werden zudem zu einem sehr relevanten Anteil über Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) und nicht über Morbiditätsgruppen (HMG) neu verteilt. Die Überdeckung insbesondere junger und gesunder Versicherter würde weiter ansteigen. Somit profitierten vor allem Krankenkassen mit einem hohen Anteil eben solcher Versicherten, mit den entsprechenden negativen Anreizen zur Risikoselektion. Die Zielgenauigkeit der Zuweisungen würde deutlich reduziert, und damit die eigentlichen Zielsetzungen aus der Weiterentwicklung des Morbi-RSA, wie sie mit der Einführung des Vollmodells verbunden sind, konterkariert. Mit dem Rückbau der Morbiditätsorientierung würden auch der Wettbewerb der Krankenkassen um die besten Versorgungsangebote beschädigt und entsprechend negative Wirkungen auf das Versorgungsgeschehen resultieren.

Nicht zuletzt führt die Einführung der sog. Manipulationsbremse zu einer unsachgemäßen Virtualisierung der Korrekturbetragsermittlung nach § 273 Abs. 6. SGB V. Hier wird auf die Stellungnahme zur besagten Regelung verwiesen.

Im Ergebnis stellt die sog. Manipulationsbremse einen Etikettenschwindel dar, weil sie Manipulation weder bremst noch bremsen kann, sondern stattdessen die Zuweisungsgenauigkeit deutlich reduziert, Zuweisungen zugunsten von Kassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität umverteilt und Anreize zur Risikoselektion verstärkt. Die Regelung wird daher abgelehnt.

Zu Nr. 7: Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu Nr. 8: Die Änderung ist sachgerecht.

Zu i) bb): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu j):

Zu Abs. 10: Die regelmäßige Evaluation der Wirkungen des RSA entspricht einer langjährigen Forderung der AOK-Gemeinschaft und wird begrüßt. Die vorgesehene Fokussierung des Forschungsauftrags „insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die Manipulationsresistenz“ greift allerdings zu kurz. Gleichmaßen relevante Aspekte wie Risikoselektion, Bewahrung von Wirtschaftlichkeitsanreizen, Versorgung- und Versorgungsneutralität bleiben in der Aufzählung unberücksichtigt, sodass die Gefahr besteht, dass diese Aspekte nicht mehr angemessenen Eingang in die Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats finden. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es zudem erforderlich, die Wirkungen und Folgen der mit dem GKV-FKG vorgenommenen, umfassenden Veränderungen in der RSA-Systematik zeitnah empirisch zu untersuchen. Daher wird vorgeschlagen, bereits für das erste Jahr des Wirksamwerdens der GKV-FKG-Neuregelungen (Jahresausgleich 2021) eine Evaluation durchzuführen.

Zu Abs. 11: Die Klarstellung, dass für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach Maßgabe der §§ 266 bis 270 mit Stand vor Inkrafttreten des GKV-FKG erfolgen, ist sachgerecht und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Zu c) Abs. 2 ist wie folgt zu ändern:

(2) „Die Zuordnung der Risikogruppen erfolgt anhand der Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität und danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld haben sowie ob eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuches vorliegt. Die Morbidität der Versicherten wird auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigt.“

Zu h) bb): In S. 2 ist das Wort „Versichertenzahlen“ durch das Wort „Versichertentage“ zu ersetzen.

Zu h) cc): In S. 3 ist das Wort „Versichertenzahlen“ durch das Wort „Versichertentage“ zu ersetzen.

Zu i) aa) ddd): Nr. 2b ist zu ändern in:

„2b. die Zuordnung der zu berücksichtigenden Risikogruppen nach Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von Absatz 2“

Zu i) aa) ggg): Nr. 6 ist zu ändern in:

„6. das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs,“

Zu j):

Abs. 2 ist wie folgt zu fassen:

„(10) Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen, Anreize zur Risikoselektion, Wirtschaftlichkeitsanreize, Versorgung- und Versorgungsneutralität sowie der Manipulationsresistenz sind regelmäßig, mindestens alle vier Jahre

und beginnend mit dem Jahresausgleich 2021, durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt in einem Gutachten zu überprüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen.“

Art. 5 Nr. 21 § 267 SGB V – Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 267 SGB V beinhaltet die Vorgaben zu den Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und deren Sicherung sowie zur Weiterentwicklung und Evaluation. Die Regelungen entsprechen in weiten Teilen jenen, die in den alten §§ 267 und 268 SGB V geregelt waren. Mit der Neufassung wurden im Sinne einer Rechtsbereinigung diverse gegenstandslos gewordene Vorgaben zu Datenerhebungen aufgehoben.

Konkret sind in den Regelungen zudem Prüfaufträge angelegt. In diesem Rahmen soll das bislang auf Individualebene verwendete Merkmal Erwerbsminderungsrente zur Weiterentwicklung des RSA weiterhin Gegenstand der Datenmeldungen sein. Darüber hinaus sollen bei ambulanten Diagnosen die Arztgruppenschlüssel aus der Arztnummer übermittelt werden, um auf dieser Basis die eventuelle Einführung unterschiedlicher Zuweisung für Diagnosen aus Haus- und Fachärztlicher Versorgung untersuchen zu können.

Zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs soll das Bundesversicherungsamt außerdem den Zusammenhang zwischen den Leistungsausgaben eines Versicherten in den vorangegangenen drei Jahren und den Leistungsausgaben eines Versicherten im Ausgleichsjahr 2019 untersuchen; auch hierfür werden Datenübermittlungen vorgesehen.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1 Satz 1: Es handelt sich um eine sachgerechte Umsetzung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift.

Zu Absatz 1 Nr. 1 a): Die Einführung regionalstatistischer Merkmale lehnt die AOK-Gemeinschaft ab - siehe unsere Stellungnahme zu § 266 Abs. 2 Satz 1.

Zu Absatz 1 Nr. 4: Berücksichtigt werden soll neben den vollstationären, stationsäquivalenten, teilstationären und ambulanten Behandlungen im Krankenhaus auch die vor- und nachstationären Behandlungen. In der Aufzählung ist die stationäre Anschlussrehabilitation (sog. Frührephase A und B) aufzunehmen.

Zu Absatz 1 Nr. 5: Die Aufnahme der Vertragsnummer nach § 293a ist sachgerecht und wird begrüßt. Auf die Stellungnahme zu § 293a SGB V wird verwiesen.

Zu Absatz 1 Satz 2: Die eingeführte Regelung, dass eine unmittelbare oder mittelbare Einwirkung auf den Inhalt der Leistungsdaten unzulässig ist, sofern diese nicht explizit vorgeschrieben oder zugelassen ist, wird von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich begrüßt. Die Regelung in Satz 2 stellt die Grundlage für die Maßnahmen zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273 SGB V dar. Der Abschluss von Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erfolgt vor dem Hintergrund des gültigen Rechtsrahmens zum jeweiligen Zeitpunkt. Ebenso haben die Aufsichtsbehörden die von den Krankenkassen vorgelegten Verträge unter Beachtung der seinerzeit maßgeblichen Rechtslage geprüft. Der Verweis auf Verstöße gegen die Regelungen insbesondere in den §§ 71, 73b, 83, 140a und 303 im Absatz 1 Satz 2 muss sich deshalb immer auf die jeweils im Berichtsjahr gültige Fassung beziehen. Bei

der Prüfung der Zulässigkeit von Versorgungsverträgen sowie von Arztberatungen im Rahmen von § 273 SGB V durch das BVA für zurückliegende Berichtsjahre muss das BVA bei seiner Prüfung das seinerzeit jeweils maßgebliche Recht zugrunde legen. Es ist sicherzustellen, dass die Maßstäbe von Vertrags- und RSA-Prüfungen nicht auseinanderfallen. Eine besondere Brisanz erlangt dies im Verhältnis zu den Mitgliedern des Vorstandes der Krankenkasse: Die Begründung zu § 21 Abs. 2 RSAV verweist darauf, dass Vorstandsmitglieder der Krankenkasse persönlich zum Ersatz eines entstehenden Schadens verpflichtet sind.

Im Sinne der Rechtsklarheit ist es zudem notwendig, die in § 73b Abs. 5a Satz 1 SGB V normierte Weitergeltung von Verträgen in § 267 Abs. 1 Satz 3 SGB V explizit als vorgeschrieben bzw. zugelassen zu definieren.

Zu Absatz 2: Die Regelung, Versichertentage der Versicherten mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente für die Weiterentwicklung und Evaluation des RSA weiterhin zu nutzen, wird begrüßt. Hier sei allerdings auch auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 20 § 266 SGB V verwiesen.

Erweiterungen des zu übermittelten Datensatzes zum Zwecke der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und mit dem Fokus der Verbesserung der Zielgenauigkeit von Zuweisungen auf Versichertenebene und unter Wahrung der Wirtschaftlichkeitsanreize werden von der AOK-Gemeinschaft grundsätzlich begrüßt. Mit der Aufnahme des Arztgruppenschlüssels in die Datengrundlage für den Risikostrukturausgleich wird aber das Ziel verbunden, im Falle eines entsprechenden Evaluationsergebnisses, unterschiedliche Zuweisungen für Diagnosen aus hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung umzusetzen. So müssten diejenigen Kassen, denen es erfolgreich gelungen ist, die hausärztliche Versorgung - z. B. durch verstärkte Delegation oder durch hausarztzentrierte Versorgungsverträge - zu stärken und somit unnötige Facharztbesuche zu vermeiden, mit finanziellen Einbußen rechnen. Dieser Anreiz stünde den Zielen des Versorgungswettbewerbs entgegen. Wenn der Einsatz für die hausärztliche Versorgung für Krankenkassen zu einem finanziellen Risiko wird, konterkariert dies ein wichtiges versorgungspolitisches Ziel. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden die Krankenkassen darüber hinaus verpflichtet, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten im Rahmen des Wahltarifes nach § 53 Abs. 3 SGB V an den Effizienzgewinnen zu beteiligen. Durch eine Differenzierung der Zuweisungen für Diagnosen aus hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung wird der Spielraum für die Beteiligung der Versicherten an den Effizienzgewinnen jedoch entfallen. Die Unterscheidung zwischen Diagnosen aus haus- und fachärztlicher Versorgung im Risikostrukturausgleich verstößt gegen die Versorgungsneutralität und konterkariert Anreize für Verträge zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Sie ist daher abzulehnen.

Zu Absatz 3: Es handelt sich um eine sachgerechte Umsetzung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift.

Zu Absatz 4: Es handelt sich um eine sachgerechte Umsetzung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollte weiterhin ermächtigt werden, im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere zum Inhalt und Verfahren der Datenmeldung insbesondere zum Absatz 1 Satz 1 sowie nach Absatz 2 und Absatz 3 Satz 1 zu bestimmen. Für alle aufgeführten Bereiche sind Abstimmungsbedarfe erforderlich. Die Ermächtigung hierzu sollte weiterhin gelten und daher die Formulierung präzisiert werden.

Zu Absatz 5: Es handelt sich um eine sachgerechte Umsetzung.

Zu Absatz 6: Die in der Regelung vorgesehene Analyse zum Zusammenhang zwischen den Leistungsausgaben eines Versicherten in den vorangegangenen drei Jahren und den Leistungsausgaben im Ausgleichsjahr 2019 im Rahmen der gutachterlichen Tätigkeit des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Zu Absatz 1 Nr. 1 a: Die Wörter „und der regionalen Merkmale“ werden gestrichen.

Zu Absatz 1 Nr. 4: Nach den Wörtern „§ 301 Absatz 1 Nummer 7“ sind die Wörter „sowie nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 bis 7“ aufzunehmen.

Absatz 1 S. 2 wird wie folgt gefasst:

„Eine unmittelbare oder mittelbare Einwirkung der Krankenkassen auf den Inhalt der Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 und die Art und Weise der Aufzeichnung insbesondere unter Verstoß gegen die §§ 71 Absatz 6 Satz 9, 73b Absatz 5 Satz 7 und 8, 83 Satz 4 und 5, 140a Absatz 2 Satz 7 und 8 und 303 Absatz 4 ist unzulässig, soweit sie in § 73b Absatz 5a Satz 1 oder anderen Vorschriften in diesem Buch nicht vorgeschrieben oder zugelassen ist; hierbei sind die für den jeweiligen Zeitraum geltenden Rechtsvorschriften anzuwenden.“

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten die Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente an das Bundesversicherungsamt.“

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere zu den Fristen der Datenübermittlung nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 zu übermittelnden Daten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere zum Inhalt, der zeitlichen Zuordnung, zum Umfang, sowie zum Verfahren der Datenmeldung nach Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 sowie Absatz 3 Satz 1.“

Art. 5 Nr. 21 § 268 SGB V – Risikopool

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Regelung führt ab dem Jahr 2021 einen Risikopool neben dem RSA ein. Er gilt für Versicherte, deren ausgleichsfähigen Leistungsausgaben bei einer Krankenkasse einen Schwellenwert überschreiten. Dieser Schwellenwert ist für das Jahr 2021 auf 100.000 Euro festgelegt und soll in den Folgejahren dynamisch an die jährliche Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten angepasst werden. Über den Risikopool werden ausgleichsfähige Leistungsausgaben oberhalb des Schwellenwerts zu 80 Prozent in Form eines IST-Kosten-Ausgleichs zugewiesen. Das Bundesversicherungsamt kann zum Zwecke der Prüfung der für den Risikopool notwendigen Daten neben Geschäfts- und Rechnungsergebnissen weitere Auskünfte und Nachweise von den Krankenkassen anfordern. Das BMG regelt das Nähere zum Verfahren in der RSAV.

B Stellungnahme

Die Einführung eines Risikopools neben dem RSA wird abgelehnt. Der RSA soll keine Ausgaben ausgleichen, sondern Unterschiede in den Risikostrukturen und die daraus resultierenden Ausgabenrisiken für die jeweilige Krankenkasse. Daher sind direkte Kostenausgleiche per se nicht zielkonform und setzen negative Wirtschaftlichkeitsanreize, auch wenn sie auf 80 % begrenzt sind. Die Finanzierung der Kosten aus schweren und zufällig auftretenden Akuterkrankungen sind nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht weitestgehend gleichmäßig über die Krankenkassen verteilt und sollten weiterhin dem Versicherungsprinzip unterliegen. Sie stellen keine Wettbewerbsverzerrung dar. Darüber hinaus belegt das Sondergutachten zu den Wirkungen des Morbi-RSA, dass die Einführung direkter Kostenausgleiche zu neuen Fehldeckungen führen können, z. B. bei multimorbiden Versicherten. Zudem zieht die Administration eines Hochkostenausgleichs einen sehr hohen Verwaltungs- und Prüfaufwand nach sich.

Die Zuweisungssituation für Hochkostenversicherte hat sich mit Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im RSA auf Basis von maximal 80 Krankheiten bereits substantiell verbessert. Für viele kostenintensive Erkrankungen, wie z.B. Hämophilie, wird bereits im unvollständigen Morbi-RSA eine gute Ausgabendeckung erreicht. Auch wenn die Einführung eines Risikopools die Zuweisungen aus Risikogruppen insgesamt reduzieren, können die Zuweisungen aus den Risikogruppen für Hochkostenversicherte in Summe den Schwellenwert von 100.000 überschreiten. In solchen Fällen erfolgte zusätzlich und ohne sachlichen Grund ein 80 % IST-Kostenausgleich, obwohl die Zuweisungen aus den Risikogruppen bereits erfolgte.

Insbesondere mit dem begrüßten Wegfall der Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten im Rahmen der Änderung des § 266 SGB V wird sich die Zuweisungssituation für Hochkostenversicherte weiter verbessern. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoller, nach Umsetzung des Vollmodells verbleibende hohe Unterdeckungen nach Durchführung des Morbi-RSA im Rahmen von Modellanpassungen zu reduzieren. Mit der vorgesehenen Verstetigung der gutachterlichen Tätigkeit des Wissenschaftlichen Beirats ist dafür auch schon eine entsprechende Struktur geschaffen.

Nur im prospektiven Konzept des Morbi-RSA werden durch einen standardisierten Ausgleich von Folgekosten die notwendigen Anreize gesetzt, Risikoselektion zu vermeiden und die Versi-

chertenversorgung vorausschauend kosteneffektiv zu gestalten. Sollte der Gesetzgeber dennoch an einem Ausgleich für Hochkostenversicherte festhalten, so wäre dieser auf Unterdeckungsbeträge nach Umsetzung des Morbi-RSA zu beziehen und nicht auf einen fixen Schwellenwert neben selbigen.

C Änderungsvorschlag

Die mit § 268 SGB V vorgesehene Regelung ist zu streichen.

Art. 5 Nr. 22 § 269 SGB V – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 269 beinhaltet die Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte. Diese bleiben unverändert bestehen. Vorgenommen werden Folgeänderungen durch die Neuordnung der §§ 266 und 267 SGB V.

B Stellungnahme

Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der §§ 266 und 267 SGB V sind sachgerecht. Redaktionelle Folgeanpassungen sind in Abs. 3 erforderlich.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 3 S. 3 wird der Bezug auf „§ 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4“ in „§ 266 Absatz 5“ geändert.

In Absatz 3 S. 4 wird der Bezug auf „§ 268 Absatz 3 Satz 7“ in „§ 267 Absatz 3 Satz 1“ geändert.

Art. 5 Nr. 23 § 270 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Regelungen wird für Krankenkassen eine versichertenbezogene Pauschale für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie Schutzimpfungen eingeführt. Die Vorsorgepauschale soll Anreize für die Krankenkassen zur Förderung von Präventionsleistungen setzen. Pauschalzahlungen sollen die Krankenkassen nur für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien konkretisierten und als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchungen, zahnärztliche Individualprophylaxeleistungen sowie Schutzimpfungen erhalten.

Die Frist für die Übermittlung der standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen sowie der standardisierten Verwaltungskosten über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt wird an das aktuelle Verfahren angepasst.

B Stellungnahme

Zu a) aa) aaa): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der §§ 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu a) aa) bbb): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der §§ 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu a) aa) ccc): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der §§ 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu a) bb): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der §§ 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu b): Es handelt sich um sachgerechte redaktionelle Folgeänderung infolge der Neufassung des § 266 Abs. 4 SGB V. Die Fristen und Vorgaben zur Pseudonymisierung und Datenübermittlung sind sachgerecht.

Zu c): Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu d): Leistungen aus Selektivverträgen müssen in die Pauschalen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen Eingang finden. Gemäß § 73b Abs. 5 Satz 3 SGB V, § 73c Abs. 4 Satz 2 SGB V und § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V können Selektivverträge aber auch Abweichendes von den im 3. Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie Leistungen nach den §§ 20i, 25, 26 sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen und der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Dies trifft insbesondere auf Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen zu. Abweichungen können dabei für den Leistungsinhalt, den Leistungsanspruch wie auch für die Vergütungshöhe vereinbart werden. Insbesondere in geschiedsten HzV-Verträgen werden die Inhalte häufig vertragsersetzend durch eine Schiedsperson festgelegt. In solchen Fällen sind die Inhalte von den betroffenen Krankenkassen nur bedingt beeinflussbar und weichen in der Praxis häufig von den definierten Leistungsinhalten der entsprechenden Richtlinien ab.

Nach § 73b Abs. 1 haben die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten. Die Vertragspflicht nach § 73b Abs. 1, die Öffnungsklauseln nach § 73b Abs. 5 Satz 3 SGB V und § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V sowie das Gebot der Vertragsneutralität sind zu berücksichtigen, um das gesetzgeberische Ziel zur Stärkung der Präventionsorientierung des RSA erreichen zu können. Ein Ausschluss selektivvertraglicher Vorsorge- und Früherkennungsleistungen würde dieser Zielsetzung entgegenstehen und die Förderungen der Inanspruchnahme solcher Präventionsmaßnahmen unzulässiger Weise begrenzen. Anreize für die Krankenkasse zur Präventionsorientierung würden entgegen der Intention dieser Regelung geschwächt. Hier sei auch auf die Stellungnahme zum Artikel 6 Nr. 7 § 15 Absatz 2 RSAV verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Zu d): Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Den Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach Satz 1 gleichgestellt sind Leistungen nach den §§ 20i, 25 und 26 gemäß §§ 73b Abs. 5 Satz 3 und 140a Abs. 2 Satz 2, soweit sie diesen entsprechen, vergleichbar sind oder darüber hinaus gehen.“

Art. 5 Nr. 24 § 270a SGB V – Einkommensausgleich**A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 270a beinhaltet die Regelungen zum Einkommensausgleich. Diese bleiben unverändert bestehen. Vorgenommen werden Folgeänderungen durch die Neuordnung des § 266 SGB V.

B Stellungnahme

Zu a): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung des § 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu b): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung des § 266 SGB V sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 25 § 271 SGB V – Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 271 SGB V beinhaltet Regelungen zum Gesundheitsfonds. Die vorgenommenen Änderungen sind Folge der Neuordnung des § 266 SGB V sowie der Einführung des Risikopools mit § 268 SGB V. Zusätzlich wird die Erhöhung der Einnahmen des Gesundheitsfonds durch die Entnahme von 225 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve für das Jahr 2020 geregelt, mit der Mehrausgaben in Folge der Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes finanziert werden sollen.

B Stellungnahme

Zu a): Die Änderung wird abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nr. 1 § 8 KHEntgG wird verwiesen.

Zu b): Die Einführung eines Risikopools lehnt die AOK-Gemeinschaft ab, daher ist der Verweis auf § 268 SGB V nicht umzusetzen. Auf die Stellungnahme zu § 268 SGB V (Risikopool) wird verwiesen.

Zu c): Die Folgeänderung aufgrund der Neuordnung des § 266 SGB V ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Zu a): Die Anfügung der Regelung an Absatz entfällt.

Zu b): wird wie folgt gefasst: In Absatz 5 wird die Angabe „§ 269“ gestrichen.

Art. 5 Nr. 26 § 273 SGB V – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung des §273 SGB V nimmt eine Vereinfachung der statistischen Auffälligkeitsprüfung der am RSA teilnehmenden Krankenkassen vor. Das statistische Berechnungsverfahren muss zukünftig nur noch Änderungen am Versichertenbestand (z.B. demografische Veränderungen), nicht aber deren Auswirkungen im Morbi-RSA-Klassifikationsmodell berücksichtigen. Der Notwendigkeit eines kausalen Zusammenhangs zwischen statistischen Auffälligkeiten und einem erheblichen Anstieg der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entfällt. Während die Verpflichtung zur Auffälligkeitsprüfung ambulanter Diagnosen Bestand hat, fällt die Prüfung der übrigen Daten in das Ermessen des Bundesversicherungsamts.

Die Beweislast bei der Aufklärung von Rechtsverstößen wird umgekehrt. Gelingt es der Krankenkasse innerhalb der gesetzten Frist nicht, die Plausibilität der Datenmeldung nachzuweisen und den Verdacht eines Rechtsverstößes auszuräumen, wird von einer Kodierbeeinflussung der Leistungserbringer durch die Krankenkasse ausgegangen. Ein tatsächlicher Morbiditätsanstieg kann vom Bundesversicherungsamt dann als plausibel anerkannt werden, wenn er mit einem entsprechenden Anstieg in den Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 SGB V einhergeht. Verbesserte Versorgungsleistungen von Versicherten im Rahmen von Versorgungsverträgen werden ebenfalls als erklärende Faktoren genannt. Das Bundesversicherungsamt kann im Rahmen der Prüfung die Rechtmäßigkeit vorgelegter Versorgungsverträge bewerten und ist dabei nicht an die Bewertung durch die zuständige Aufsichtsbehörde gebunden.

Der neue § 273 SGB V sieht zudem die Durchführung einer Einzelfallprüfung vor, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht einer Kodierbeeinflussung durch die Krankenkasse begründen. Hier gelten analoge Regelungen wie bei der statistischen Auffälligkeitsprüfung inklusive der Umkehr der Beweislast.

Zudem sollen die Regelungen zu einer Beschleunigung der Verfahren beitragen. Krankenkassen werden verpflichtet, innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Feststellungsbescheids die Gründe für die Auffälligkeit darzulegen. Bei nicht ausreichender Darlegung der Krankenkasse erfolgt die Ermittlung eines Korrekturbetrags, um den die Zuweisungen zu kürzen sind. Dabei ist auf einen Zustand vor Durchführung der sog. „Manipulationsbremse“ (§ 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV) aufzusetzen, d. h. alle Morbiditätsgruppen einschließlich derjenigen, die unter die § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV fallen und daher im Jahresausgleich aus dem Zuweisungsverfahren ausgeschlossen wurden, sind bei der Berechnung der Korrekturbeträge mit zu berücksichtigen.

Absatz 7 legt fest, dass die neuen Prüfverfahren für die statistische Auffälligkeitsprüfung sowie für die Verdachtsprüfungen für die noch nicht abgeschlossenen Verfahren der Berichtsjahre ab 2013 gelten. Weiterhin wird klargestellt, dass aus einer bisherigen aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung von Verträgen kein Vertrauensschutz auf etwaige, erst im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung festgestellter Rechtsverstöße abgeleitet werden kann. Darüber hinaus wird mit Satz 3 eine Anwendung der neuen Prüfregelungen auf - bis zum Inkrafttreten des Gesetzes bereits abgeschlossene Einzelfallprüfungen - ausgeschlossen.

B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft steht für eine qualitativ hochwertige und effektive Gesundheitsversorgung und begrüßt die mit dem GKV-FKG verfolgten Ziele zur Stärkung der Manipulationsresistenz des Morbi-RSA. Die mit dem GKV-FKG angestrebten Änderungen sind insgesamt geeignet, um die Effektivität und die Effizienz des Verfahrens zur Prüfung der Qualität und Integrität der Morbi-RSA-Datengrundlagen weiter zu verbessern.

Zu Absatz 1:

Die Regelung zum Prüfauftrag des Bundesversicherungsamts ist sachgerecht und wird begrüßt. Als ergänzende Regelung muss es Krankenkassen aber auch ermöglicht werden, Versorgungsverträge auch ex ante vom Bundesversicherungsamt auf die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Abs. 1 S. 2 SGB V überprüfen zu lassen. Dies dient der Erhöhung der Rechtssicherheit und der zusätzlichen Beschleunigung der Verfahren nach § 273 SGB V. Vor dem Hintergrund, dass Versorgungsverträge weitreichende Relevanz für das Versorgungsgeschehen und damit auch für die Datenmeldungen nach § 267 Abs. 1 S. 1 SGB V entfalten können, ist das Vorliegen eines Prüfergebnisses des Bundesversicherungsamts innerhalb einer angemessenen Frist unabdingbar. Die Fristbindung entspricht dem allgemeinen Gebot des zügigen Verwaltungshandelns und dient lediglich der – angesichts der Relevanz für die Krankenkassen notwendigen – Klarstellung.

Zu Absatz 2:

Die Neuregelung in Absatz 2 wird begrüßt. Für eine weitere Stärkung dieses Prüfinstruments ist es allerdings zwingend erforderlich, die Auffälligkeitsprüfung um eine zusätzliche regionale Dimension zu erweitern, da in der aktuellen Umsetzungsform eine Ungleichbehandlung von Krankenkassen mit regionalen Schwerpunkten resultiert. Denn berücksichtigt man die unterschiedlichen regionalen Schwerpunkte der Krankenkassen bezüglich ihrer Versicherten, dann ist festzustellen, dass im vorgeschlagenen Verfahren statistisch signifikante Steigerungen in den Morbi-RSA-Datengrundlagen nicht für alle Krankenkassen gleichermaßen zielgenau identifiziert werden können. Denn während bei Krankenkassen mit regionalem Tätigkeitsschwerpunkt regional spezifische Steigerungen in der Diagnosehäufigkeit zur Auffälligkeit führen, nivellieren sich diese Einflüsse bei Krankenkassen mit weiter gefasstem Tätigkeitsgebiet zunehmend auf den GKV-Durchschnitt. Die Zielsetzung des § 273 SGB V ist es, Auffälligkeiten in den gemeldeten Diagnosedaten auf die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Abs. 1 S. 2 SGB V zu überprüfen und Verstöße, wie z. B. Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung, zu ahnden. Für ein einzelnes Berichtsjahr wären solche Maßnahmen einer Krankenkasse aber nicht nur bundesweit gleichförmig zu erwarten, sondern insbesondere auch regional fokussiert, zum Beispiel auf das Gebiet einer einzelnen KV. Ohne eine zusätzliche regionale Dimension in der statistischen Auffälligkeitsprüfung blieben solche Maßnahmen bei bundesweit agierenden Krankenkassen ggf. unentdeckt. Die ab dem Berichtsjahr 2016 erfolgte Erweiterung der Versichertenstammdaten in den Datenmeldungen um den Gemeindeschlüssel zum Wohnort des Versicherten hatte dies bereits zur Intention und kann hierfür genutzt werden. Auch für die Berichtsjahre 2013 bis 2015 ist eine regionsbezogene Prüfung vorzusehen. Konkrete Vorschläge, wie dies umgesetzt werden kann, hat die AOK-Gemeinschaft bereits in den Anhörungsverfahren zur Umsetzung der Auffälligkeitsprüfung nach § 273 Abs. 2 Satz 5 SGB V eingebracht.

Zu Absatz 3:

Die entfallene Verpflichtung zur Überprüfung auf eine direkte Kausalität zwischen den statistischen Auffälligkeiten und einem erheblichen Anstieg der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds beschleunigt die Verfahren nach § 273 SGB V. Vor dem Hintergrund der Zielsetzung ist dies sachgerecht. Eine Geringfügigkeitsschwelle ist ebenfalls sachgerecht. Grundsätzlich nachvollziehbar ist auch, dass HMGs, die unter die sog. Manipulationsbremse fallen, bei der Prüfung des BVA, ob die statistischen Auffälligkeiten zu erheblichen Zuweisungssteigerungen geführt haben können, ausgenommen sind. Dies stellte sicher, dass auch für Krankenkassen mit statistisch auffälligen Diagnoseveränderungen eine Prüfung der zugrundeliegenden Ursachen und ggf. eine Sanktionierung erfolgen könnte, bei denen die entsprechenden Diagnosen in HMGs weisen, die unter die Verfahren nach § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV fielen. Die Einführung der Manipulationsbremse selbst wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt. Hier sei auf die Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 20 § 266 SGB V verwiesen. Der Verweis auf § 18 Abs. 1 Satz 4 RSAV ist daher entbehrlich.

Zu Absatz 4:

Die Intention in Abs. 4 Satz 1, die Verfahren nach § 273 SGB V deutlich zu beschleunigen, wird begrüßt. Mit den neuen Regelungen kann das Bundesversicherungsamt bei unzureichender oder unvollständiger Darlegung der Gründe für die Auffälligkeit umgehend einen Korrekturbetrag ermitteln. Allerdings führt die formulierte Umkehr der Beweislast zu einer Begründung von Obliegenheiten, die nicht zu erfüllen sind. Zwar nennt das Gesetz Anforderungen an zwei denkbare Begründungen durch die Krankenkassen. Abschließend den Beweis zu erbringen, etwas nicht getan zu haben, ist nach allgemeinen Beweisgrundsätzen allerdings unmöglich. Die Unmöglichkeit dieses Beweises führt zwangsläufig dazu, dass Krankenkassen für vermeintliche Rechtsverstöße zur Rechenschaft gezogen werden können, die sie tatsächlich nicht begangen haben.

Die Regelung in Absatz 4 Satz 3, zulässige Nachweise für einen Anstieg der Morbidität im Verfahren nach § 273 SGB V näher zu definieren, wird von der Grundidee her begrüßt. Die Verknüpfung, dass Steigerungen in der Morbidität sich auch in den Leistungsdaten aus den Verfahren nach §§ 294 bis 303 SGB V widerspiegeln, ist als ein möglicher Ansatz geeignet, eine Morbiditätssteigerung zu erklären. Es sei allerdings darauf verwiesen, dass nicht zu allen zulässigen Schlüssel der Diagnoseklassifikation des ICD-10 GM eine korrespondierende Leistungsziffer definiert ist bzw. die Bestimmungen zur Abrechnung die Meldung der Leistungsziffer ggf. untersagen. Daher sollte das Bundesversicherungsamt aufgrund der Regelung nicht zu einer Sanktion der Krankenkasse verpflichtet werden, wenn es selbst oder nach Darlegung der Krankenkasse eine solche Konstellation erkennt.

Daneben treten in der Praxis zahlreiche Konstellationen steigender Diagnosekodierung auf, die also nicht morbiditätsbedingt sind und nicht durch die Krankenkasse beeinflusst wurden. Mit Einführung der Kodierrichtlinien sind Formen der geänderten Kodierung der Leistungserbringer vermehrt zu erwarten, die sich dann regional und in Abhängigkeit von der Morbiditätsstruktur der Krankenkasse im Zeitverlauf sehr wahrscheinlich unterschiedlich auswirken werden. Dies unterstreicht nochmal deutlich die Notwendigkeit einer regionalen Perspektive in den Verfahren

nach § 273 wie bereits zu Absatz 2 dargelegt. Nicht zuletzt dürfen fehlerhafte Datenmeldungen der Leistungserbringer selbst nicht zur Sanktion der Krankenkasse führen, wie z.B. fehlerhafte Praxissoftware in Bezug auf die dort hinterlegten ICD-Klassifikation o.ä. Bei der Prüfung des Anstieges der Morbidität im Rahmen von § 273 SGB V für zurückliegende Berichtsjahre muss das Bundesversicherungsamt bei seiner Prüfung das seinerzeit jeweils maßgebliche Recht zugrunde legen. Es ist somit sicherzustellen, dass für vergangene Zeiträume das jeweils gültige Recht angewandt wird und keine rückwirkende Anwendung neuer Rechtsnormen erfolgt.

Die Prüfung vorgelegter Versorgungsverträge auf die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Abs. 1 S. 3 SGB V (neu) im Rahmen der Verfahren nach § 273 SGB V durch das Bundesversicherungsamt ist notwendig für eine umfassende Würdigung der dargelegten Gründe. Die in der Begründung zu Abs. 4 S. 3 genannte erneute Prüfung auch von bereits aufsichtsbehördlich genehmigten Verträgen ist allerdings dahingehend problematisch, dass die Krankenkassen auf das Ergebnis der bereits erfolgten Rechtmäßigkeitskontrolle vertrauen können müssen. Dies gilt für bundes- wie landesunmittelbare Krankenkassen gleichermaßen. Denn die in § 87ff. SGB IV normierte Rechtsaufsicht ist insofern allumfassend, als dass die zuständige Aufsichtsbehörde bei der Aufsichtsführung über die Krankenkasse alle Rechtsvorschriften einschließlich der Vorschriften zum RSA berücksichtigen muss. Die Prüfung der Verträge durch das Bundesversicherungsamt muss zudem vor dem Hintergrund des zum Berichtsjahr geltenden Rechts erfolgen.

Zu Absatz 5:

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die Regelung, dass das Bundesversicherungsamt auch bei konkreten Verdachtsmomenten Einzelfallprüfungen durchführt. Bei der Prüfung für zurückliegende Berichtsjahre ist das jeweils maßgebliche Recht zugrunde zu legen, damit keine rückwirkende Anwendung neuer Rechtssituationen erfolgt.

Gemäß Begründung zu Absatz 5 liegt es im Ermessen des Bundesversicherungsamtes, zu entscheiden, ob es für einen identischen Sachverhalt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach den Absätzen 2 bis 4 und Absatz 5 auf der Grundlage von Absatz 4 oder Absatz 5 prüft. Dies verbessert die Effizienz des Prüfverfahrens nach § 273 SGB V und wird daher begrüßt.

Zu Absatz 6:

Die Regelungen zur Ermittlung eines Korrekturbetrags bei nicht ausreichender Darlegung der Krankenkasse nach Absatz 4 und Absatz 5 sowie bei Feststellung eines Rechtsverstoßes der Krankenkasse sind grundsätzlich sachgerecht. Problematisch ist allerdings, dass die Berücksichtigung von Morbiditätsgruppen, die im Jahresausgleich aufgrund der mit § 18 Abs. 1 Satz 4 RSAV eingeführten Manipulationsbremse aus der Zuweisungsberechnung ausgeschlossen wurden, zu erheblichen Unschärfen in der Korrekturbetragsberechnung führen. Insofern die Sanktionierung HMGs betrifft, die unter die Manipulationsbremse fallen, erfolgt eine Korrektur von Zuweisungen, die nicht geflossen sind. Aber auch für alle übrigen HMGs ergeben sich fehlerhafte Korrekturbeträge, weil die Verwendung der Zuweisung vor Anwendung der Manipulationsbremse die tatsächlich im Jahresausgleich (mit Manipulationsbremse) geflossenen Zuweisungsbeträge systematisch fehlschätzt. Die Korrektur- und Sanktionsbetragsermittlung basiert also durchweg auf virtuellen Zuweisungen, was weder sachgerecht noch zielführend ist. Die Einführung der sog. Manipulationsbremse lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Hier sei auf die Stellungnahme zu Artikel

5 Nr. 20 § 266 SGB V verwiesen. Aus diesem Grund ist der Ausschluss des § 18 Abs. 1 Satz 4 RSAV bei der Ermittlung des Korrekturbetrages entbehrlich.

Zu Absatz 7:

Die Anwendung der neuen, effizienteren Prüfverfahren für die statistische Auffälligkeitsprüfung sowie für die Verdachtsprüfungen für die noch nicht abgeschlossenen Verfahren der Berichtsjahre ab 2013 wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings ist bei der Prüfung für zurückliegende Berichtsjahre das jeweils maßgebliche Recht zugrunde zu legen, damit keine rückwirkende Anwendung neuer Rechtssituationen erfolgt. Abgelehnt wird die in Satz 2 formulierte erneute Prüfung und Bewertung auch von bereits den Aufsichtsbehörden bereits vorgelegten und von diesen nicht innerhalb der gesetzlichen Fristen beanstandeten Verträgen. Eine Krankenkasse muss sich darauf verlassen können, dass sie einer durch die Aufsicht ausgesprochenen Genehmigung vertrauen kann und dass die Aufsichtsbehörde einen – ggf. auch ohne gesetzliche Verpflichtung vorgelegten Vertrag – beanstandet hätte, wenn er – aus welchem rechtlichen Grund auch immer – nicht zulässig ist. Die Prüfung der Verträge durch das Bundesversicherungsamt muss zudem vor dem Hintergrund des zum Berichtsjahr geltenden Rechts erfolgen. Die in Satz 3 normierte Nichtanwendung der neuen Prüfregelungen auf bis zum Inkrafttreten des Gesetzes bereits abgeschlossene Einzelfallprüfungen ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird um nachstehende Sätze ergänzt:

„Die Krankenkassen haben das Recht, dem Bundesversicherungsamt Versorgungsverträge nach den §§ 73b, 83 und 140a auch vor deren Inkrafttreten bezogen auf die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Abs. 1 S. 3 SGB V zur Prüfung vorzulegen. Liegt zu einem vorgelegten Versorgungsvertrag innerhalb einer angemessenen Frist kein Prüfergebnis des Bundesversicherungsamts vor, kann dieser im Zeitraum ab Eingang der Vorlage bis zum Zugang des Prüfergebnisses des BVA insoweit nicht als Verstoß gegen die Vorgaben des § 267 Abs. 1 S. 3 SGB V gewertet werden.“

Absatz 2 S. 1 wird wie folgt geändert:

„Das Bundesversicherungsamt prüft die Daten nach § 267 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 in Summe und regional auf auffällige Steigerungen in Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der übermittelten Diagnosen, die nicht auf demografische Veränderungen des Versichertenbestandes zurückzuführen sind.“

Zu Absatz 3: Die Einführung der sog. Manipulationsbremse wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt. Absatz 3 ist daher wie folgt zu fassen:

„(3) Das Bundesversicherungsamt prüft bei nach Absatz 2 auffälligen Krankenkassen, ob die Auffälligkeit für die betroffene Krankenkasse zu erheblich erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Absatz 1 Satz 1 geführt haben kann. Das Bundesversicherungsamt teilt eine Feststellung nach Satz 1 der betroffenen Krankenkasse mit. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

Absatz 4 S. 2 wird wie folgt geändert:

„Macht die Krankenkasse als Grund für die Auffälligkeit einen tatsächlichen Anstieg der Morbidität ihrer Versicherten geltend, kann dies nur anerkannt werden, wenn ein aus den Leistungsdaten nach §§ 294 bis 303 ersichtlicher entsprechender Anstieg der erbrachten Leistungen vorliegt oder der dokumentierte Anstieg der Morbidität nicht unzulässig durch die Krankenkasse beeinflusst wurde.“

Absatz 4 S. 3 wird wie folgt ergänzt:

„; hierbei sind die für den jeweiligen Zeitraum geltenden Rechtsvorschriften anzuwenden. Die Prüfung ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag durch die nach § 90 SGB IV zuständige Aufsichtsbehörde genehmigt oder nach Vorlage durch die Krankenkasse nicht beanstandet wurde.“

Absatz 5 S. 1 wird wie folgt ergänzt:

„; hierbei sind die für den jeweiligen Zeitraum geltenden Rechtsvorschriften anzuwenden.“

Zu Absatz 6: Die Einführung der sog. Manipulationsbremse wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt. Absatz 6 ist daher wie folgt zu fassen:

„(6) Stellt das Bundesversicherungsamt als Ergebnis der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 fest, dass ein Rechtsverstoß der Krankenkasse vorliegt, ermittelt es einen Korrekturbetrag in Höhe des durch die rechtswidrige Datenmeldung erzielten Vorteils bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Absatz 1 Satz 1. Das Nähere über die Ermittlung des Korrekturbetrags bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1. Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung.“

Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Das Bundesversicherungsamt führt die Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 5 ab dem Berichtsjahr 2013 durch. Satz 1 gilt nicht für abgeschlossene Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 3 Satz 1 und 2 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung; für die Ermittlung des Korrekturbetrags gilt Absatz 6.“

Art. 5 Nr. 27 § 284 SGB V – Sozialdaten bei den Krankenkassen**A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 284 SGB V beinhaltet die Regelungen zu Sozialdaten bei den Krankenkassen. Diese bleiben unverändert bestehen. Es werden Folgeänderungen durch die Neuordnung der §§ 266 und 267 SGB V vorgenommen.

B Stellungnahme

Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der §§ 266 und 267 SGB V sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 28 § 293a SGB V – Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll beim Bundesversicherungsamt (BVA) eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) und besondere Versorgung (§ 140a SGB V) geschaffen werden. Jedem Vertrag soll künftig vom BVA eine Vertragsnummer zugeordnet werden.

Die Vertragstransparenzstelle soll zum einen dem Zweck der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und zum anderen der Information der Öffentlichkeit dienen.

Im Gesetzestext sind erste Angaben benannt, die das Verzeichnis enthalten soll. Das Nähere zu Art, Aufbau und Verfahren hat dann das BVA innerhalb von drei Kalendermonaten nach Inkrafttreten des Gesetzes zu bestimmen.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, die erforderlichen Daten bis spätestens vier Kalendermonate nach Inkrafttreten des Gesetzes an die Transparenzstelle zu übermitteln.

Die erstmalige Veröffentlichung soll innerhalb von fünf Kalendermonaten nach Inkrafttreten des Gesetzes erfolgen.

Außerdem werden die Vertragspartner bei Versorgungsverträgen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen wurden, verpflichtet, innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Vertragsnummer die Voraussetzungen für die softwaretechnische Umsetzung der Übermittlung der Vertragsnummer im Rahmen der Übermittlung der Abrechnungsdaten an die Krankenkassen zu schaffen.

B Stellungnahme

Die Einrichtung einer Transparenzstelle für den Zweck Qualitätssicherung der Datengrundlagen für den RSA wird begrüßt. Als Informationsbasis für die Versicherten ist das Verzeichnis allerdings ungeeignet. Die Information der Versicherten über Versorgungsangebote sollte den Krankenkassen überlassen bleiben. Die Fristen für die IT-Umsetzung des neuen Meldesystems sind unrealistisch kurz.

Für die AOK ist ein qualifiziertes Vertragsregister und die Vertragskennzeichnung der Diagnosen in den RSA-Meldungen ein zentrales Element zur wirksamen Qualitätssicherung der Datengrundlagen für den RSA. Daher wird die mit dem Kabinettsentwurf erstmals vorliegende Regelung zur Einrichtung einer Vertragstransparenzstelle in der Sache ausdrücklich begrüßt. Das aufzubauende Verzeichnis bietet einen Zuwachs an Transparenz für Aufsichtsbehörden und weitere für die Gesundheitsversorgung zuständige Landesbehörden.

Ein für die Sicherung der Datengrundlagen im RSA ausgelegtes Instrument gleichzeitig auch für die Information von Versicherten nutzen zu wollen, wird hingegen abgelehnt. Versicherte haben einen gänzlich anderen Informationsbedarf, sowohl in Inhalt wie auch in Form. Für die Versicherteninformation wären umfangreiche Informationen erforderlich, wenn sie ihnen einen

Mehrwert bieten sollen. Durch die Konzentration der Transparenzstelle auf die Funktion im Kontext des RSA können die Datenlieferungen spezifisch und schlank ausfallen. Es ist nicht erforderlich, das Aufgabengebiet des BVA um die Kommunikation mit Versicherten zu erweitern. Die Aufgabe, die Versicherten über konkrete Versorgungsangebote zu informieren, sollte weiterhin bei den Krankenkassen und ggf. ihren Vertragspartnern bleiben.

Kritisch wird vor allem die Zeitschiene für die initiale Umsetzung des Meldeverfahrens beurteilt. So soll zwischen der erstmaligen Spezifikation der Meldung der Vertragsangaben und der erstmaligen Lieferung durch die Krankenkassen gerade mal ein Monat liegen. Diese Frist ist für die Programmierung und Implementierung entsprechender IT-Schnittstellen, Datenabzugs- und Datenbereitstellungssoftware illusorisch. In diesem Zeitfenster sind allenfalls manuelle Datenlieferungen als Zwischenlösung denkbar, die allerdings sowohl bei den Krankenkassen aber vor allem auch beim BVA einen hohen Aufwand erfordern. Die Etablierung eines neuen Datenaustauschsystems benötigt mehr Zeit.

Auch die Verpflichtung der Vertragspartner bei Versorgungsverträgen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen wurden, innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Vertragsnummer die Voraussetzungen für die softwaretechnische Umsetzung der Übermittlung der Vertragsnummer zu schaffen, ist für die *initiale* Umsetzung unrealistisch. Updates für die Praxissoftware von Ärzten erfolgen in der Regel im Quartalsrhythmus. Zudem benötigen die Softwarehersteller entsprechenden Vorlauf zur Programmierung und Qualitätssicherung. Auch bedarf es einer Anpassung der entsprechenden Technischen Anlage zum Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V des GKV-Spitzenverbands. Für den dann laufenden Routinebetrieb ist die Regelung im Absatz 3 Satz 3 entbehrlich, da sich die Verpflichtung zur Meldung der Vertragsnummer dann ohnehin unmittelbar aus dem neuen § 295 Abs. 1b Satz 8 neu SGB V ergibt.

C Änderungsvorschlag

28. Nach § 293 wird folgender § 293a eingefügt:

„§ 293a

Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung

(1) Das Bundesversicherungsamt richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach § 73b sowie § 140a (Vertragstransparenzstelle) ein. Die Vertragstransparenzstelle dient dem Zweck der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273 ~~und der Information der Öffentlichkeit~~. Die Vertragstransparenzstelle führt ein Verzeichnis, das zu den Verträgen nach Satz 1 insbesondere Angaben über

1. die Vertragsform,
2. die vertragschließende Krankenkasse und bei einem Vertrag nach § 140a die Art der vertragschließenden Leistungserbringer,
3. den Tag des Vertragsbeginns und soweit erfolgt den Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen und den Tag des Vertragsendes,
4. den räumlichen Geltungsbereich des Vertrags,
5. soweit vorhanden die dem Vertrag als Einschlusskriterien zugrundeliegenden Diagnosen,

6. die Vertragsnummer nach Satz 4

enthält. Jeder Vertrag ist durch die Vertragstransparenzstelle mit einer Vertragsnummer zu kennzeichnen. Das Verzeichnis nach Satz 3 ist monatlich zu aktualisieren und in der jeweiligen aktuellen Fassung im Internet bekannt zu machen. Die erstmalige Veröffentlichung erfolgt bis spätestens zum [einsetzen: letzter Tag des ~~fünften~~ neunten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats].

(2) Die Vertragstransparenzstelle bestimmt bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des dritten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] das Nähere zu dem Verzeichnis nach Absatz 1, insbesondere

1. Art und Aufbau des Verzeichnisses,
2. das Verfahren für die Eintragung der Verträge in das Verzeichnis,
3. Art und Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Vertragsnummer und
4. das Verfahren für die Vergabe der Vertragsnummer.

(3) Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle ~~auf Anforderung spätestens bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des vierten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats]~~ die für den Aufbau des Verzeichnisses erforderlichen Daten nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 5 zu übermitteln. Veränderungen der Daten nach Absatz 1 Satz 3 sind von den Krankenkassen auch ohne Anforderung zu übermitteln. ~~Innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Vertragsnummer schaffen die Vertragspartner die Voraussetzungen für die softwaretechnische Umsetzung der ärztlichen Übermittlungspflicht nach § 295 Absatz 1b Satz 1.~~

Art. 5 Nr. 29 § 295 SGB V – Abrechnung ärztlicher Leistungen

Zu Buchstaben a) und b)

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit Art. 5 Nr. 28 (§ 293a neu SGB V) wird eine zentrale Transparenzstelle für Verträge zur hausarztzentrierten (§ 73b SGB V) sowie besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) geschaffen (Vertragsregister). In diesem Kontext wird jedem Vertrag zur Identifikation eine Vertragsnummer zugeordnet.

Im Rahmen der Abrechnung ärztlicher Leistungen für Verträge nach § 73b und § 140a SGB V sind die Leistungserbringer künftig verpflichtet, auch die von der neuen Transparenzstelle vergebene Vertragsnummer an die Krankenkassen zu übermitteln. Dies gilt sowohl für Verträge mit als auch ohne Beteiligung einer Kassenärztlichen Vereinigung.

B Stellungnahme

Die Pflicht zur Übermittlung der Vertragsnummer wird begrüßt. Sie schafft die Voraussetzung dafür, dass das mit der Vertragstransparenzstelle und der Vertragsnummer intendierte Ziel, nämlich die Datengrundlagen für den RSA zu sichern, erreicht werden kann. Durch die Datenübermittlung wird eine Zuordnung der Abrechnungs- und Diagnosedaten zu einem bestimmten Versorgungsvertrag möglich. Die dadurch entstehende Transparenz ist ein hilfreiches Element zur wirksamen Qualitätssicherung der Datengrundlagen für den RSA.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Buchstabe c) Doppelbuchstaben aa) und bb)

A Beabsichtigte Neuregelung

Sprachliche Klarstellung, dass die ambulanten Kodierrichtlinien des Absatzes 4 Satz 3 neben Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel auch Prüfmaßstäbe umfassen, welche ebenfalls Regelungsgegenstand der nachfolgenden Sätze 4, 5 und 6 sind.

B Stellungnahme

Die Klarstellung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc)

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass das Zertifizierungsverfahren der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich der Umsetzung der Kodierrichtlinien für Software, die außerhalb der vertrags-

ärztlichen Versorgung zur Anwendung kommt, auch die pflichtgemäße Übermittlung der Vertragsnummer für Verträge zur hausarztzentrierten (§ 73b SGB V) sowie besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) umfasst.

B Stellungnahme

Der explizite Einbezug in den Zertifizierungsverfahren wird begrüßt. Damit wird sichergestellt, dass dieser Funktionsbereich nach einheitlichen Standards in die unterschiedlichen Softwareprodukte implementiert wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 30 § 302 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer**A Beabsichtigte Neuregelung**

In Zusammenhang mit der Änderung des § 305a, der eine Beratung der Ärzte über die Wirtschaftlichkeit der von ihnen veranlassten Leistungen ausschließlich durch die jeweilige kassenärztliche Vereinigung vorsieht, sollen den kassenärztlichen Vereinigungen die zur Aufgabenerfüllung notwendigen Abrechnungsdaten zur Verfügung gestellt werden.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 305a (Art. 5 Nr. 33), auf die dortigen Ausführungen wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderung der aktuellen Rechtslage, Streichung der vorgesehenen Regelung.

Art. 5 Nr. 31 § 303 SGB V – Ergänzende Regelungen**A Beabsichtigte Neuregelung**

Neben redaktionellen Änderungen wird für die Beauftragung der Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der dafür erforderlichen Daten der Zweck „zur Vorbereitung und Umsetzung der Beratung der Vertragsärzte nach § 305a“ gestrichen.

B Stellungnahme

Die Streichung wird abgelehnt. Hier wird auf die Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 33 § 305a SGB V verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Die Streichung von „sowie zur Vorbereitung und Umsetzung der Beratung der Vertragsärzte nach § 305a“ ist zurückzunehmen.

Art. 5 Nr. 32 § 304 SGB V – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 304 SGB V beinhaltet die Regelungen zur Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse. Diese bleiben unverändert bestehen. Vorgenommen wird eine Folgeänderung durch die Neuordnung des § 266 SGB V.

B Stellungnahme

Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung des § 266 sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 33 § 305a SGB V – Beratung der Vertragsärzte

A Beabsichtigte Neuregelung

Im § 305a SGB V soll durch die Streichung der Wörter „und Krankenkasse“ deren Möglichkeiten abgeschafft werden, Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über Fragen der Wirtschaftlichkeit in Bezug auf erbrachte, verordnete oder veranlasste Leistungen zu beraten. Zugleich wird vorgeschlagen, die im Zuge des HHVG eingeführte Klarstellung in Bezug auf die Aufgaben der Krankenkassen zu streichen.

B Stellungnahme

Niedergelassene Ärzte sind zentrale Akteure der Versorgung von Patienten. Sie verantworten nicht nur ihre eigenen Leistungen, sondern gestalten die bedarfsgerechte Versorgung durch erbrachte, verordnete oder veranlasste Leistungen. Daher ist ein Dialog zwischen Arzt und Krankenkasse notwendig und unverzichtbar, denn die Beratung dient der Qualität und der Patientensicherheit. Sie wird von den Vertragsärzten geschätzt und ist für den Arzt freiwillig. Diese Anerkennung und Bedeutung der aktuellen Beratungsleistung im bisherigen System wurde jüngst in einer durch die AOK Niedersachsen veranlassten und durch das Marktforschungsinstitut „produkt + markt“ im Dezember 2018 durchgeführten Arztbefragung zum Thema „Zufriedenheit mit der Arztberatung“ deutlich: 85% der teilnehmenden Ärzte befanden die Arztberatung für gut oder sehr gut (\bar{x} 1,8 auf einer Skala von 1 bis 5).

Versorgungsorientierte Krankenkassen beraten durch qualifizierte Mitarbeiter Ärzte unter anderem bei der sinnvollen Verordnung von Leistungen auch im Rahmen der Pharmakotherapieberatung, informieren über Änderungen von Richtlinien oder über besondere Versorgungsangebote der Krankenkassen, wie z. B. den Disease-Management-Programmen. Die Beratungen durch Krankenkassen umfassen ein breites Spektrum von wichtigen Fragen der alltäglichen Patientenversorgung und helfen zum Nutzen der Patienten, Komplikationen im Praxisalltag vorzubeugen. Reibungslose Abläufe zwischen Arzt und Krankenkasse sind z. B. nur dann gewährleistet, wenn Vertragsärzte darüber informiert sind, welche Einzelheiten bei der Veranlassung von Leistungen zu berücksichtigen sind. Diese Aspekte sind im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsberatungen durch die Prüfungsstellen nicht abgedeckt, weil diese erst ansetzen, wenn sich ein Prüfanlass ergibt, i. d. R. also wenn Auffälligkeiten oder Fehler bestehen. Somit wird mit der vorgesehenen Regelung auch der Grundsatz von „Beratung vor Regress“ konterkariert. Auch sind die in der Begründung angeführten Beratungen hierzu keine Alternative, denn sie erfolgen eher punktuell zu klar umrissenen einzelnen Verordnungsthemen und gehen nicht auf das individuelle Ordnungsverhalten des Vertragsarztes ein. Ihnen fehlt zudem der Vergleich zur jeweiligen Fachgruppe und der sektorenübergreifende Kontext.

Alles in allem ist die Streichung der Beratung der Vertragsärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit in Bezug auf erbrachte, verordnete oder veranlasste Leistungen durch Krankenkassen auch angesichts der mit dem GKV-FKG parallelen Einführung einer Reihe von Maßnahmen (Manipulationsbremse, Stärkung der Prüfung der Datengrundlagen des Risikostrukturausgleichs, Einrichtung einer Transparenzstelle für HzV-Verträge und über eine besondere Versorgung) zuletzt auch aus gesamtwirtschaftlicher Sicht nicht zielführend. Die Beratung hilft der AOK ebenso wie

dem Arzt oder der Ärztin, sein/ihr Handeln zu optimieren und ist kein Wettbewerbsinstrument, sondern ein ganzheitlicher Ansatz. Beratungen von Ärzten, die einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung der Patienten dienen, kommen Versicherten aller Krankenkassen zugute, da Ärzte in ihrem Handeln nicht zwischen den Versicherten unterschiedlicher Krankenkassen differenzieren. Zudem würde eine Umsetzung der vorgesehenen Regelung das Ungleichgewicht zwischen Leistungsanbietern, wie zum Beispiel Arzneimittelherstellern, Medizinprodukteherstellern, Pflegediensten auf der einen Seite und Krankenkassen auf der anderen Seite, vergrößern.

Das bisherige Verbot zur Beratung über Vergabe und Dokumentation von Diagnosen ist gesetzlich verankert und ausreichend. Die Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinie führt zu einer einheitlichen Kodierpraxis, die wettbewerbliche Disparitäten durch die Diagnosevergabe verhindert. Die vorgesehene Regelung ist unter diesen Rahmenbedingungen unverhältnismäßig und beschränkt die Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherungen für einen wirtschaftlichen Einsatz der Mittel zu sensibilisieren in unnötiger Weise.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Art. 5 Nr. 34 § 318 SGB V – Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 318 beinhaltet Regelungen zu den Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung.

B Stellungnahme

Zu a) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund Neuordnung der RSAV.

Zu b) Es handelt sich um eine Vereinfachung des Verfahrens. Diese ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 35 § 323 SGB V – Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung**A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neufassung der RSAV.

B Stellungnahme

Zu a) Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts der RSAV.

Zu b) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung der RSAV.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 36 § 328 SGB V – Übergangsregelung für bereits geschlossene Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die am Tag des Inkrafttretens des Gesetzes bereits geschlossenen Krankenkassen gelten die alten, bisher zur Abwicklung angewandten Haftungsregelungen weiter. Dadurch gilt die bei der Schließung geltende Rechtslage für den gesamten Abwicklungsprozess.

B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Sie stellt klar, dass für geschlossene Krankenkassen in Abwicklung wie die City BKK oder die BKK für Heilberufe weiterhin die Rechtslage vor Inkrafttreten des FKG anzuwenden ist. Eine Änderung der Haftungsregelungen während des Abwicklungsprozesses hätte viele Fragen in Bezug auf die Umsetzung aufgeworfen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Art. 6 Nr. 1 – Abschnitt 1 - Gemeinsame Vorschriften

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neufassung der RSAV.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung der RSAV.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 2 § 1 RSAV – Begriffsbestimmungen**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderungen nehmen Rechtsbereinigungen an den Begriffsbestimmungen vor, da die See-Krankenversicherung zwischenzeitlich nicht mehr existiert.

B Stellungnahme

Zu a): Die Streichung der Organisationsform der See-Krankenversicherung ist im Sinne der Rechtsbereinigung sachgerecht.

Zu b): Die Streichung des Absatzes 4 und 5 sind im Sinne der Rechtsbereinigung sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 3 § 2 RSAV – Risikogruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 2 RSAV wird als Folgeänderung im Rahmen der Neuordnung der Vorschriften des § 266 Absatz 2 SGB V umgesetzt. Die bisherigen §§ 2 und 29 werden unter Streichung gegenstandsloser Vorgaben zusammengeführt. Eine gesonderte Risikogruppe für das Risikomerkmal Erwerbsminderung entsprechend dem neuen § 266 Absatz 2 SGB V wird nicht mehr bestimmt. Der neue Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 regelt die Einführung des Ausgleichsfaktors regionaler Merkmale. Der neue Absatz 1 Satz 3 entspricht dem bisherigen § 31 Absatz 4 Satz.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1:

Die Streichung der Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner als separates Risikomerkmal wird abgelehnt. Sie führt zu einer Reduzierung der Zielgenauigkeit in Form einer deutlichen Unterdeckung von Erwerbsminderungsrentnern. Ebenso wird die Einführung regionalstatistischer Merkmale abgelehnt. Wir verweisen auf die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 20 § 266 SGB V Buchstabe b. Zu Nummer 4) Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Erweiterung des Morbi-RSA um regionalstatistische Merkmale ab. Wir verweisen auf unsere Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 20 § 266 SGB V Buchstabe b.

Zu Absatz 2:

Die Zuordnung der Risikogruppen entspricht den bisherigen gesetzlichen Vorgaben aus den §§ 2 und 29 unter Streichung gegenstandsloser Vorgaben.

Zu Absatz 3:

Die vorrangige Vorschrift des § 267 Abs. 2 SGB V entfällt. Eine von Absatz 2 abweichende Festlegung kann nur im Einvernehmen durch das Bundesversicherungsamt mit dem GKV-SV erfolgen.

Zu Absatz 4:

Die Regelungen entsprechen den bisherigen gesetzlichen Vorgaben aus den § 2 Absatz 4.

Zu Absatz 5:

Die Regelungen sind inhaltlich unverändert.

C Änderungsvorschlag

Zu Absatz 1 Nummer 4:

Der Absatz 1 Nummer 4 des GKV-FKG Referentenentwurfs wird gestrichen und wie folgt ersetzt: „Versicherte, deren Erwerbstätigkeit nach den §§ 43 und 45 SGB VI gemindert ist.“

Art. 6 Nr. 3 § 3 RSAV – Versicherungszeiten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die wesentlichen Neuregelungen im neuen Absatz 2 ergeben sich aus einer Änderung im Rahmen der gesetzlichen Neuordnung und im Sinne der Rechtsbereinigung.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1:

Die Streichung der Berücksichtigung der Versicherungszeiten bei Erwerbsminderungsrentnern wird abgelehnt. Wir verweisen auf die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 20 § 266 SGB V Buchstabe b.

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um eine sachgerechte Änderung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift. Der bisherige Absatz 3 entfällt, da im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift die verbleibenden im neu formulierten Absatz 2 aufgehen. Die bisherigen Absätze 3 bis 6 entfallen. Der bisherige Absatz 7 regelt die Vorgaben zur Archivierung der erzeugten Datengrundlagen und wird in den § 7 Absatz 2 RSAV überführt.

C Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer Absatz 3 eingefügt:

„Die Versicherungszeit der Bezieher einer Zeitrente wegen Erwerbsminderung wird mit dem ersten Tag des sechsten Monats vor dem Beginn der Rente, für die Bezieher einer Dauerrente wegen Erwerbsminderung wird mit dem Tag des Beginns der Rente gezählt. Dabei sind Versicherte, die vor der Bewilligung der Rente wegen Erwerbsminderung mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren, für diesen Zeitraum bis zum Eingang der Mitteilung nach § 201 Abs. 4 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei der Krankenkasse als Versicherungszeit zu berücksichtigen.“

Art. 6 Nr. 4 § 4 RSAV – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Anpassung an die Änderungen des Leistungsrechts im Sinne der Rechtsbereinigung. Die Vorschrift operationalisiert die Vorgabe des neuen § 266 Absatz 4 Satz 2 SGB V. In Absatz 1 werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsarten für die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben ausgewiesen.

B Stellungnahme

Zu a) aa): Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Neuordnung des § 266 SGB V.

Zu a) bb): Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung insb. durch die Einführung des Präventionsgesetzes.

Zu a) cc): Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.

Zu a) dd): Hier wird auf die Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 23 § 270 Absatz 2 SGB V (DMP Programmpauschale) verwiesen. Es handelt sich ansonsten um eine sachgerechte Folgeänderung durch die Neuordnung.

Zu a) ee): Hier wird auf die Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 23 § 270 Absatz 2 SGB V (DMP Programmpauschale) verwiesen. Es handelt sich ansonsten um eine sachgerechte Folgeänderung durch die Neuordnung.

Zu b) aa): Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.

Zu b) bb): Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu b) cc): Die Änderungen sind sachgerecht.

Zu c) aa): Die Änderungen sind sachgerecht.

Zu c) bb): Die Änderungen sind sachgerecht.

Zu c) cc): Die Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 5 § 5 RSAV – Bekanntmachungen**A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich hier um eine Regelung im Sinne der Rechtsbereinigung, die im bisherigen § 15 RSAV gefasst wurde.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht im Sinne der Rechtsbereinigung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 5 § 6 RSAV – Zahlungsverkehr und Verrechnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Neustrukturierung der RSAV wird der neue § 6 eingeführt. Darin sind die Regelungen aus dem bisherigen § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 durch eine Verrechnung von Forderungen des Gesundheitsfonds gegen die Ansprüche der Krankenkassen ersetzt. Auf Antrag der Krankenkasse kann das BVA die Verrechnung auf mehrere (max. 6) Monate verteilen. In solchen Fällen wird ein Zuschlag von 0,5 % je angefangenen Monat auf den rückständigen Betrag erhoben.

B Stellungnahme

Die formulierten Neuregelungen sind im Sinne einer Verfahrensvereinfachung sachgerecht. Der Zuschlag von 0,5 % pro Monat auf den rückständigen Betrag entspricht umgerechnet einem Zinssatz i. H. von 6 % pro Jahr. In Anbetracht der gegenwärtigen Zinssituation erscheint dieses für einen vereinbarten Zahlungsaufschub ein relativ hoher Wert. Anstelle des festgeschriebenen Zuschlags sollte ein variabler Zinssatz festgesetzt werden, der die jeweils aktuelle Zinslage berücksichtigt. Zu diesem Zweck empfiehlt es sich, den Zuschlag als Aufschlag auf den Basiszins nach § 247 BGB zu definieren. Dieser Zinssatz wird halbjährlich angepasst und von der Deutschen Bundesbank veröffentlicht.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird um folgenden Satz ergänzt: „Der Zeitpunkt wird mindestens 14 Kalendertage vor Beginn der Verrechnung durch das Bundesversicherungsamt mitgeteilt.“

Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt formuliert:

„Bei der Verteilung nach Satz 1 ist für jeden angefangenen Monat eine Verzinsung in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszins nach § 247 BGB auf den zu Monatsbeginn noch zu verrechnenden Betrag zu zahlen.“

Art. 6 Nr. 6 §§ 7 bis 15a RSAV – Rechtsbereinigung**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die veralteten Regelungen aus den §§ 7 bis 15a werden im Rahmen der Rechtsbereinigung gestrichen.

B Stellungnahme

Die Streichung gegenstandsloser Regelungen ist im Rahmen der Rechtsbereinigung sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 2**A Beabsichtigte Neuregelung**

Im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift wird der bisherige Abschnitt 6 zum Abschnitt 2.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Diese ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 7 RSAV – Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 7 entspricht weitestgehend dem bisherigen § 30 RSAV. Darin werden die Vorgaben des § 267 SGB V zur Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs konkretisiert.

Für die Leistungsausgaben erfolgt zukünftig eine Korrekturmeldung bis zum 15. April des zweiten Folgejahres. Die Datenerhebung wird im Absatz 1 Nummer 6 um den Arztgruppenschlüssel aus der zu übermittelnden Arztnummer neu eingeführt. Der amtliche Gemeindeschlüssel wird Bestandteil der regulären Datenmeldungen nach Absatz 1. Für die Arzneimittelausgaben wird festgelegt, dass diese nun versichertenbezogen inkl. Rabatte, Erstattungen und Abschläge an das Bundesversicherungsamt zu melden sind.

Mit der Ergänzung des neuen Satzes 3 in Absatz 1 werden die Krankenkassen verpflichtet, bei der Ermittlung der Ausgaben für Arzneimittel je Versicherten die Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V sowie die tatsächlichen Rabatte der §§ 130, 130a und 130c SGB V zu berücksichtigen. In Satz 4 wird der Verwendungszweck der übermittelten Erstattungsbeträge und Rabatte für Arzneimittel definiert und eine Kenntnisnahme Dritter über diese ausgeschlossen. Hierbei wird klargestellt, zu welchen weiteren Zwecken die Daten nach Absatz 1 verwendet werden dürfen. Dies sind für § 303 Absatz 1 Satz 1 SGB V nicht zu übermitteln.

Für die Durchführung der Aufgaben des Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach §217f Absatz 7 SGB V übermitteln die Krankenkassen zusätzlich anonymisiert je Versicherten die Netto-Beträge nach Satz 1 Nummer 7 sowie nicht versichertenbezogen die Beträge nach Satz 3.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1 Nummer 6:

Die Änderung im 2. Halbsatz regelt die zusätzliche Übermittlung des Arztgruppenschlüssels aus der Arztnummer bei ambulanten Diagnosen. Die Unterscheidung zwischen Diagnosen aus haus- und fachärztlicher Versorgung im Risikostrukturausgleich verstößt gegen die Versorgungsneutralität und konterkariert Anreize für Verträge zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die zusätzliche Übermittlung des Arztgruppenschlüssels aus der Arztnummer wird abgelehnt. Hierzu sei auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21 § 267 SGB V Absatz 2 verwiesen.

Die Übermittlung der Vertragsnummer nach §295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist sachgerecht.

Zu Absatz 1 Nummer 11:

Die Aufnahme des amtlichen Gemeindeschlüssels in die reguläre Datenmeldung ist sachgerecht. Ergänzend hierzu sei auch auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 26 § 273 SGB V Absatz 2 verwiesen: Die statistische Auffälligkeitsprüfung muss zwingend um eine regionale Dimension ergänzt werden.

Zu Absatz 1 Satz 3ff:

Die Ergänzung regelt, dass Arzneimittelausgaben versichertenbezogen inkl. Rabatte, Erstattungen und Abschläge an das Bundesversicherungsamt zu melden sind. Die Berücksichtigung solcher Rabatte auf Versichertenebene ist grundsätzlich geeignet, die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zu erhöhen. Allerdings werden lediglich die gesetzlichen Rabatte pharmazeutischer Unternehmer und die gesetzlichen Rabatte von Apotheken per DTA nach § 300 SGB V positionsbezogen und daher auch versichertenbezogen an die Krankenkassen übertragen und entsprechend aufbereitet.

Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmen sind dagegen kein Bestandteil der Datenlieferungen und Abrechnungen nach § 300 SGB V und liegen daher weder positions- noch versichertenbezogen vor. Es gibt eine sehr hohe Anzahl Verträge in unterschiedlichster Art, Form und Vielgestaltigkeit; prozentuale Rabatte, Staffelrabatte, Rabatte bei Erreichung bestimmter Volumina etc. Allen ist gemeinsam, dass ihre Höhe immer retrospektiv ermittelt und sie im Nachhinein gegenüber den Herstellern eingefordert werden. Dabei kann kein direkter Versichertenbezug hergestellt werden, dieser ist auch für die Abrechnung der vertraglich vereinbarten Rabatte nicht notwendig. Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmen sind allenfalls nur mit hohem administrativen Aufwand näherungsweise zu bestimmten Versichertengruppen zuordenbar. Zudem ist das Vertragsgeheimnis der Krankenkassen zu wahren. Die versichertenbezogene Zuordnung von gesetzlichen Rabatten ist sachgerecht und kann im Rahmen des bestehenden Verfahrens und mit den vorliegenden Datenstrukturen umgesetzt werden. Ein entsprechendes Verfahren für vertraglich vereinbarte Rabatte wird dagegen abgelehnt, weil der Aufwand für eine näherungsweise Zuordnung zu Versichertengruppen in keinem Verhältnis zum zu erwartenden Nutzen steht.

Zu Absatz 1 Satz 6:

Die neue Datenlieferung an den GKV-Spitzenverband für die Zwecke nach §217f ist dahingehend kritisch zu bewerten, dass im weiteren Verfahren nicht sichergestellt ist, dass Teilnehmer an den entsprechenden Vertragsverhandlungen über die dann verfügbaren Informationen Rückschlüsse auf einzelvertragliche Rabatthöhen ziehen können. Mit der Gefährdung des Vertragsgeheimnisses wäre auch eine sinkende Bereitschaft der pharmazeutischen Unternehmen verbunden, entsprechende Verträge abzuschließen. Zudem gelten die Restriktionen bei der Zuordnung auf Versicherte, wie sie auch bei der Berücksichtigung von Arzneimittel-Vertragsrabatten in den Datenmeldungen zur Durchführungen des Morbi-RSA bestehen. Die Regelung wird daher abgelehnt.

Zu Absatz 2 Nummer 2:

Die Korrekturmeldung der Leistungsausgaben nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 sollen zum 15. April des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres durch eine neue Meldung korrigiert werden. Diese Korrekturmeldung ist lediglich mit der Einführung eines Risikopools erforderlich, den die AOK-Gemeinschaft ablehnt. Auf die Stellungnahme zu Art. 5. Nummer 21 § 268 SGB V (Risikopool) wird verwiesen.

Zu Absatz 2 Satz 1 und Satz 2:

Die Wiederherstellung des Versichertenbezugs ist für die Prüfung nach § 273 SGB V im Einzelfall auch zur Klärung und dem Nachweis auffälliger Sachverhalte erforderlich. Eine entsprechende Regelung ist deswegen aufzunehmen.

Zu Absatz 2 Satz 3 und Satz 4:

Die Koppelung der Aufbewahrungsfristen an die Prüfung nach §273 Absatz 2 Satz 1 SGB V ist sachgerecht.

Zu Absatz 4 Satz 3: Die beschriebene Unterrichtung des GKV-Spitzenverbandes über die Art und Umfang der zurückgewiesenen Daten wird begrüßt. Nur so kann die betroffene Krankenkasse über Art und Umfang der Fehler Kenntnis erhalten.

C Änderungsvorschlag

Zu Absatz 1 Nummer 6: Die Wörter „, der Arztgruppenschlüssel der nach §295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu übermittelnden Arztnummer“ werden gestrichen.

Zu Absatz 1 Satz 5: die Wörter „anonymisiert je Versicherten die Angaben nach Satz 1 Nummer 7 ohne Berücksichtigung der Beträge nach Satz 3 sowie“ werden gestrichen.

Zu Absatz 1 Satz 6: Satz 6 wird gestrichen.

Zu Absatz 2: Es werden die Wörter „die Durchführung des Risikopools nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“ gestrichen sowie nach dem Wort „§ 20“ die Wörter „, für das Verfahren nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, “ eingefügt.

Im Satz 3 werde nach dem Wort „§ 20“ die Wörter „, nach § 273 SGB V “ eingefügt.

Art. 6 Nr. 7 § 8 RSAV – Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 8 entspricht weitestgehend dem bisherigen § 31 RSAV und regelt die Grundsätze des Verfahrens zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA Zuweisungsverfahrens. Die Anpassungen sind überwiegend Folgeänderungen aufgrund der Änderungen in den §§ 266 und 267 SGB V sowie der Änderungen im § 2 RSAV und der Aufhebung des § 29 RSAV.

Angepasst wurde zudem die Terminologie. Es werden nun einheitlich die Begriffe „Risiko-Gruppe“, „Risikomerkmale“ und „risikoadjustiert“ für alle Ausgleichsfaktoren des Risikostrukturausgleichs verwendet.

Da mit den im § 266 SGB V vollzogenen Änderungen das gesamte Krankheitsspektrum Teil des Risikostrukturausgleichs wird, entfallen die Umsetzungsregelungen zur Krankheitsauswahl. Es wird klargestellt, dass das Versichertenklassifikationsmodell prospektiv auszugestalten ist. Zudem wird die Regelung zur Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner als separates Risikomerkmale gestrichen. Bei der Zuordnung zu den Risikogruppen sind zukünftig Regionalmerkmale zu berücksichtigen. Regionale Merkmale werden als solche definiert, die die Ausgabenstruktur einer Region beeinflussen können und sind auf Basis geeigneter statistischer Verfahren auszuwählen und festzulegen. Aufgrund möglicher negativer Anreizwirkungen sind Angebotsvariablen nicht zu berücksichtigen.

Darüber hinaus wird klargestellt, dass das Ermessen des BVA auch die Abgrenzung von sogenannten nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben umfasst.

Als Folgeänderung zum neuen § 266 Abs. 10 SGB V werden die aktuellen Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats neu benannt. Zukünftig entfällt die Aufgabe der Krankheitsauswahl, während die regelmäßige Überprüfung der Wirkungen des Morbi-RSA-Verfahrens hinzukommt. Weiterhin wird ergänzt, dass aufgrund der Relevanz von ökonomischen Fragestellungen bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells auch Ökonomen und Ökonomen in den Beirat berufen werden dürfen.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1:

Die Streichung der Umsetzungsregelungen zur Krankheitsauswahl ist eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der zu begrüßenden Aufhebung der Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 - 80 Krankheiten im Rahmen der Neuordnung des § 266 SGB V. Die Vorgabe, das Versichertenklassifikationsmodell weiterhin prospektiv auszugestalten, stellt sicher, dass durch einen standardisierten Ausgleich von Folgekosten weiterhin die notwendigen Anreize für eine kosteneffektive Gestaltung der Versichertenversorgung gesetzt werden.

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der im Rahmen der Neuordnung des § 266 SGB V vorgesehenen, regelmäßigen Evaluation der Wirkungen des Morbi-RSA und der zu begrüßenden Aufhebung der Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 - 80 Krankheiten. Der Entfall

von Nr. 1 stellt eine sachgerechte Rechtsbereinigung dar. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es erforderlich, die Wirkungen und Folgen der mit dem GKV-FKG vorgenommenen umfassenden Veränderungen in der RSA-Systematik zeitnah empirisch zu untersuchen. Daher wird vorgeschlagen, bereits für das erste Jahr des Wirksamwerdens der GKV-FKG-Neuregelungen (Jahresausgleich 2021) eine Evaluation durchzuführen.

Zu Absatz 3:

Die vorgesehene Ergänzung des Absatzes 3 stellt sicher, dass für die Untersuchung von ökonomischen Aspekten im Rahmen der Weiterentwicklung zukünftig auch Ökonomen und Ökonomen in den Beirat berufen werden können und ist sachgerecht.

Die Neuregelung zur Vergütungsmöglichkeit der Beiratsmitglieder in Verbindung mit dem neuen § 266 Abs. 10 SGB V ist sachgerecht.

Zu Absatz 4:

Bei der Anpassung im Satz 1 handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuordnung des § 266 Abs. 2 SGB V. Während die AOK-Gemeinschaft die Aufhebung der Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 - 80 Krankheiten begrüßt, wird die Streichung von separaten Risikogruppen für Erwerbsminderungsrentner und die zukünftige Berücksichtigung von Regionalmerkmalen im Versichertenklassifikationsmodell abgelehnt. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 20 § 266 SGB V Buchstabe c).

Die Änderung des Wortlauts von Satz 2 stellt klar, dass das BVA die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats lediglich berücksichtigen muss und ist sachgerecht.

Die neuen Sätze 4 - 6 regeln das Verfahren zur Auswahl der regionalen Variablen. Diese Folgeänderung des § 266 SGB V im Zuge der Einführung regionalstatischer Merkmale im Morbi-RSA wird abgelehnt. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 20 § 266 SGB V Buchstabe c).

Der neue Satz 7 ermächtigt das BVA, bei der Berechnung der Risikozuschläge nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben gesondert zu berücksichtigen. Die AOK-Gemeinschaft begrüßt zwar, dass der Verordnungsgeber hier eine grundsätzliche Klarstellung hinsichtlich der Regelungskompetenzen des BVA vornimmt. In diesem Zusammenhang weisen wir aber daraufhin, dass es sich bei der seit dem Ausgleichsjahr 2010 seitens des BVA vorgenommenen **Abgrenzung der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben**, die als Brutto-Betrag je Versichertentag für die Gesundheitsfondszuweisungen berücksichtigt werden, mitnichten generell um Leistungsausgaben handelt, die nicht versichertenbezogen erfasst werden.

Dies gilt insbesondere auch für die Ausgaben der Konten 5186-5188, die das BVA ebenfalls als sogenannte nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben bezeichnet. Nach unserem Kenntnisstand wird ein Teil der auf diesen Konten gebuchten Ausgaben versichertenbezogen erfasst und liegt damit auf Versichertenebene für die Selektion der Leistungsausgaben vor. Ausgaben dieser Konten sind somit in der Regression bereits berücksichtigt. Deshalb sind diese Ausgaben – unabhängig vom Analyseergebnis des BVA – den Leistungsausgaben ohne Krankengeld zuzuordnen.

Auch für den Jahresausgleich 2015 liegen gesicherte Ergebnisse des GKV-SV vor, die die AOK-Analysen bestätigen, dass die fehlerhafte Sonderregelung der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu systematischen Über- und Unterdeckungen und damit vermeidbaren Risiko-selektionsanreizen führt. Im Rahmen der Analyse der altersspezifischen Deckungsgrade stellte der GKV-SV fest, dass trotz der Korrektur des Berechnungsfehlers weiterhin Überdeckungen bei jüngeren Versicherten und Unterdeckungen bei älteren Versicherten bestehen. Die Über- und besonders die Unterdeckungen im hohen Alter wurden zwar deutlich reduziert, aber dass gemäß GKV-SV bei Versicherten unter 35 Jahren weiterhin eine Überdeckung von mehr als einem Prozent besteht, ist ausschließlich darauf zurückzuführen, dass eine Sonderregelung für die Pro-Kopf-Verteilung der Zuweisungen für die sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben besteht.

Würde diese Sonderregelung – wie von der AOK-Gemeinschaft seit langem gefordert – abgeschafft oder die Verteilung zumindest entsprechend der altersbezogenen Zuschläge (AGG bzw. AusAGG) erfolgen, wären die vom GKV-SV ermittelten Verzerrungen der Zuweisungen nicht zu beobachten. Dies hat bereits der Wissenschaftliche Beirat im Rahmen seiner Analysen zu den Deckungsquoten nach Alter und Geschlecht festgestellt: Ohne Berechnungsfehler und ohne sog. nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben sind so gut wie keine Abweichungen von der altersbezogenen 100 %-Deckung zu beobachten. Eine systematische Über- und Unterdeckung, wie sie die Analysen des GKV-Spitzenverbandes zeigen, besteht nicht (Vgl. Drösler, S. et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, S. 145).

Die Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben steht daher im Widerspruch zu den im § 266 Abs. 1 SGB V formulierten Zielsetzungen des Morbi-RSA: Zum einen sieht § 266 Abs. 1 SGB V vor, dass für die Gesundheitsfondszuweisungen ein Risikostrukturausgleich durchgeführt wird, der die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten zwischen den Krankenkassen ausgleicht. Dieses Ziel wird im bestehenden Verfahren weniger gut erreicht. Darüber hinaus führt die Abgrenzung zu Fehldeckungen bzw. Risikoselektionsanreizen nach Altersgruppen und verstößt somit gegen die in § 266 Abs. 5 S. 1 SGB V formulierten Zielsetzung des Morbi-RSA. Vor diesem Hintergrund besteht kein Bedarf, dass das BVA im Rahmen der Festlegungen nach § 8 Abs. 4 RSAV eine Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen bzw. nicht-versichertenbezogenen Leistungsausgaben vornimmt.

Zu Absatz 5:

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 2 RSAV und der Aufhebung des § 29 RSAV

C Änderungsvorschlag

Absatz 2 Nr. 2 ist wie folgt zu ändern:

„regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, beginnend mit dem Jahresausgleich 2021, die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in einem Gutachten überprüft.“

Absatz 4 ist wie folgt zu ändern:

§ 8 Abs. 4 Nr. 3 ist zu streichen.

In Absatz 4 ist nach Satz 3 folgender Satz zu ergänzen:

„Morbiditätsgruppen für Erwerbsminderungsrentner werden für Versicherte gebildet, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten haben.“

In Absatz 4 sind die Sätze 4 - 7 zu streichen.

Art. 6 Nr. 7 § 9 RSAV – Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 8 entspricht weitgehend dem bisherigen § 32.

B Stellungnahme

Es handelte sich um eine sachgerechte Folgeänderung in Folge der Umstrukturierung und Rechtsbereinigung der RSAV.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 10 RSAV – Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 10 entspricht dem bisherigen §33a. Es werden redaktionelle Anpassung in Folge der Umstrukturierung der RSAV vorgenommen.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 3 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds**A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts der RSAV.

B Stellungnahme

Die Änderung ist redaktionell.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 11 RSAV – Zuweisungen für das Krankengeld

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 11 RSAV regelt die Zuweisungen für das Krankengeld. Er stellt klar, dass die Zuweisungen für das Krankengeld nach den §§ 5 bis 7 und 10 RSAV alter Fassung weiter gelten. Der bisherige § 29 RSAV, der die Abgrenzung der Krankengeldgruppen ab 2009 regelt, wird nicht mit aufgeführt.

Der bisherige § 35 RSAV wird im Zuge einer Rechtsbereinigung um veraltete Regelungen bereinigt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Rechtsbereinigung. Da ab 2009 für die Abgrenzung der Krankengeldgruppen der bisherige § 29 RSAV gilt, sollte dieser jedoch ebenfalls berücksichtigt werden.

C Änderungsvorschlag

Die Wörter „§§ 5 bis 7 und 10“ werden durch „Rechtsvorschriften“ ersetzt.

Art. 6 Nr. 7 § 12 RSAV – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der bisherige § 36 RSAV wird zu § 12 RSAV. Der neue § 12 RSAV regelt die Ermittlung der Grundpauschale. Es werden redaktionelle Folgeänderungen durch die Anpassung des § 266 SGB V vorgenommen. Die bisher in Absatz 3 normierte Pflicht der Krankenkassen, ihren Versicherten bis zum 31.12. über die vom BVA für das Folgejahr ermittelte Grundpauschale bekanntzugeben, entfällt. Des Weiteren erfolgen Rechtsbereinigungen.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1: Der Entfall der Bereinigungsvorgabe ist eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund des neuen § 15 Absatz 8 RSAV.

Zu Absatz 3: Es handelt sich um eine Folgeänderung durch Anpassung des § 266 SGB V und eine Rechtsbereinigung. Der Entfall der Informationspflicht der Krankenkassen hinsichtlich der vom Bundesversicherungsamt für das Folgejahr ermittelten Grundpauschale stellt eine sachgerechte Verwaltungsvereinfachung dar und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 13 RSAV – Zuweisungen für sonstige Ausgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 37 RSAV wird zu § 13 RSAV. Die Änderung des § 13 RSAV ist eine Folgeänderung der Anpassung der §§ 266 und 318 SGB V. Die Änderung bewirkt eine Bereinigung der Verwaltungskosten um die Verwaltungskosten für strukturierte Behandlungsprogramme.

Als Folgeänderung der im Rahmen der Anpassung des § 318 SGB V vereinfachten Nachweispflicht wird klargestellt, dass bei der Ermittlung der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben der Krankenkassen eine Bereinigung um die Werte der DRV KBS zu erfolgen hat, insofern die Verwaltungskosten für die knappschaftliche Krankenversicherung durch die DRV KBS nicht getrennt ausgewiesen werden.

Die Streichung des Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 stellt eine Rechtsbereinigung dar. Hierdurch entfällt eine gegenstandslos gewordene Vorgabe zur Berechnung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben. Die Ergänzung in Absatz 1 stellt klar, dass bei der Berechnung der Höhe der Zuweisungen für Verwaltungskosten im Jahresausgleich auch die Ausgleichsbeträge der Krankenkassen aus dem Risikopool nach § 268 Abs. 4 SGB V zu berücksichtigen sind.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1: Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen aufgrund der Anpassung des § 266 SGB V und Rechtsbereinigungen. Die Klarstellung, dass bei der Berechnung der Höhe der Zuweisungen für Verwaltungskosten im Jahresausgleich auch die Ausgleichsbeträge der Krankenkassen aus dem Risikopool nach § 268 Abs. 4 SGB V zu berücksichtigen sind, ist eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der Einführung des Risikopools (§ 268 SGB V). Die Einführung des Risikopools wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21 § 268 SGB V wird verwiesen.

Zu Absatz 2: Mit der Streichung des alten Absatz 2 wird eine Rechtsbereinigung vorgenommen. Die Änderung ist sachgerecht. Weiterhin werden sachgerechte Folgeänderungen aufgrund der Anpassung des § 318 SGB V vorgenommen.

Zu Absatz 3: Die redaktionellen Änderungen sind sachgerecht.

Zu Absatz 4: Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund b) und aufgrund der Anpassung des § 266 SGB V sowie eine Rechtsbereinigung. Die Änderungen sind sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Die Einführung eines Risikopools lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Die entsprechenden Regelungen im Absatz 1 sind zu streichen.

Art. 6 Nr. 7 § 14 RSAV – Risikopool**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der im Referentenentwurf neu eingeführte § 37a RSAV wird zu § 14 RSAV. Die Regelung bestimmt die näheren Vorgaben zur Durchführung des Risikopools auf Grundlage der Verordnungsermächtigung in § 268 Abs. 5 SGB V.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1: Die Einführung eines Risikopools lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21 § 268 SGB V wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Die mit § 14 RSAV vorgesehene Regelung ist zu streichen.

Art. 6 Nr. 7 § 15 RSAV – Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme

A Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 15 werden die Vorgaben für die Zuweisungen nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (strukturierte Behandlungsprogramme) getroffen sowie das Verfahren der Zuweisung von Pauschalen für die Teilnahme der Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bestimmt (vgl. § 270 Absatz 4 SGB V). Die Pauschale soll einen zusätzlichen Anreiz zur Förderung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen setzen, jedoch nicht deren Kosten decken.

Die Vorsorgeuntersuchungen werden in drei Stufen eingeteilt, die unterschiedlich hohe Pauschalen auslösen. Die Höhe der Pauschale orientiert sich an den Durchschnittskosten der jeweiligen Stufe. Nimmt ein Versicherter mehrere Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, erhält die Krankenkasse nur die Pauschale der jeweils höheren Stufe.

Die Finanzierung der Ausgaben für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen erfolgt unverändert durch die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen.

Im Absatz 5 werden mehrere bislang unterschiedlich verortete Regelungen (§§ 2 und 38 RSV) über die Voraussetzungen von Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme zusammengefasst sowie eine Bereinigung obsoleter Regelungen vorgenommen.

Die im bisherigen § 2 Absatz 1 Satz 3 vorgesehene Beschränkung auf sechs zugelassene Behandlungsprogramme wird durch Wegfall der ausdrücklichen Benennung der Indikationen aufgehoben. Ebenso entfällt die im bisherigen Satz 3 enthaltene Bildung von auf diese Indikationen bezogene Versichertengruppen.

Die Regelungen des bisherigen § 38 RSAV zur Sanktionierung der Behandlungsprogramme wird durch Zuweisungen und deren Rückzahlung bei Entzug der Zulassung übernommen.

Beibehalten werden auch die im bisherigen § 2 Absatz 1 Satz 4 RSAV enthaltenen Regelungen, nach denen eine Krankenkasse bei Einschreibung eines Versicherten in zwei strukturierte Behandlungsprogramme für den identischen Meldezeitraum weiterhin nur eine Zuweisung erhält. Entfallen ist dabei die Notwendigkeit gemäß dem bisherigen Satz 4 und 5, dass die Krankenkasse mit Wirkung zu Beginn des nächsten Geschäftsjahres bestimmt, für welches Behandlungsprogramm/welche Versichertengruppe sie eine Zuweisung bevorzugt.

Im Absatz 7 werden die bisherigen Regelungen zur Erhebung der Versichertenzeiten von Versicherten in strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 3 Absatz 3 S. 7 - 8 RSAV inhaltlich übernommen und mit den sonstigen Regelungen zu den Zuweisungen unter § 15 verortet. Dabei werden inhaltlich die bisherigen Regelungen zum Beginn, zur Unterbrechung und zum Ende der Einschreibung übernommen und die verwendeten Formulierungen und Rechtsbezüge an die neue RSAV angepasst.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1 bis 4:

Die Regelungen sind grundsätzlich geeignet, Anreize zur Förderung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen zu setzen. Die Einteilung der berücksichtigungsfähigen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in drei Gruppen und die Ermittlung der Zuweisungshöhe aus den Durchschnittskosten führt zwangsläufig zu Über- und Unterdeckungen einzelner Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Somit werden auch Anreize gesetzt, dass Kassen insbesondere solche Untersuchungen fördern, die bezogen auf die jeweilige Zuweisungshöhe unterdurchschnittliche Kosten aufweisen. Dieser Anreiz widerspricht aber ggf. einer sinnvollen Präventionsförderung durch die Krankenkassen. Daher werden die Regelungen begrüßt, die für eine weitergehende Kostenhomogenität sorgen sollen. Dennoch sollte die Wirkung der vorgeschlagenen Regelung im Rahmen der gutachterlichen Tätigkeit des Wissenschaftlichen Beirats umfassend evaluiert werden.

Die Vorgabe, dass das Bundesversicherungsamt die Stufeneinteilungen für die Höhe der Pauschalen jährlich neu ermittelt, ist sachgerecht. Hierdurch wird sichergestellt, dass Veränderungen im Umfang (z.B. durch neue Programme) oder Höhe (EBM-Anpassungen) der zuweisungsrelevanten Maßnahmen einfließen. Die gesetzlichen Regelleistungen werden auf der Basis von Richtlinien durch den G-BA definiert und über den EBM wird von den Vertragspartnern auf Bundesebene die Vergütung hierfür festgelegt. In Selektivverträgen werden die Vergütungshöhen der einzelnen Leistungen vertragsindividuell vereinbart bzw. geschiedst, dabei sind Abweichungen eher die Regel und müssen entsprechend berücksichtigt werden. Gemäß § 73b Abs. 5 Satz 3 SGB V, § 73c Abs. 4 Satz 2 SGB V und § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V können Selektivverträge zudem auch Abweichendes von den im 3. Kapitel benannten Leistungen beinhalten. Hier ist auf unsere Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 23 § 270 SGB V Buchstabe d zu verweisen.

Zu Absatz 5 und 6:

Ansonsten ist die vorgesehene Neuregelung sachgerecht. Die Zusammenfassung der Voraussetzungen von Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme unter dem neuen § 15 Abs. 5 RSAV vollziehen die Weiterentwicklung der RSAV nach. Die Änderungen berücksichtigen die Erweiterung der Zahl der Indikationen für strukturierte Behandlungsprogramme in der DMP-A-RL sowie die einheitlichen Zuweisungen für nur eine Indikation. Der Wegfall der Versicherten-gruppenbestimmung ist eine sinnvolle Folge der Reform der RSAV in 2008, da es seitdem hierfür keinen Bedarf mehr gibt.

Zu Absatz 7:

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht. Die begrifflichen Änderungen und angepassten Rechtsbezüge sind notwendige Folgeänderungen, die sich z.B. aus § 15 Abs. 5 RSAV ergeben.

C Änderungsvorschlag

Zu Absatz 1 Satz 1:

Wird als Folgeänderung zu § 270 SGB V nach den Wörtern „Teilnahme eines Versicherten an einer der in § 270 Absatz 4 Satz 1“ werden die Wörter „und Satz 2“ eingefügt.

Zu Absatz 2:

Nach den Wörtern „auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte“ werden die Wörter “ und bei Leistungen im Rahmen der §§ 73b Abs. 5 Satz 3 und 140a Abs. 2 Satz 2 die Vergütungswerte der Einzelleistungen“ eingefügt.

Art. 6 Nr. 7 § 16 RSAV – Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 16 RSAV regelt die Durchführung des monatlichen Abschlagsverfahrens und entspricht weitgehend dem bisherigen § 39 RSAV. Es werden im Wesentlichen Rechtsbereinigungen durchgeführt. Die Regelungen zur Zahlung bzw. Verrechnung von an den Gesundheitsfonds zu leistenden Beträgen werden in den neuen § 6 RSAV verschoben.

B Stellungnahme

Zu Absatz 2: Die vorgenommenen Rechtsbereinigungen sind sachgerecht.

Zu Absatz 3: Die redaktionellen Änderungen sowie Folgeänderungen durch Neuordnung der RSAV sind sachgerecht.

Zu Absatz 4: Die direkte Verrechnung von Beträgen, die an den Gesundheitsfonds zu zahlen sind, stellt für das Bundesversicherungsamt eine Verfahrensvereinfachung dar und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Es ist jedoch zu beachten, dass die Krankenkassen für die Liquiditätsplanung die entsprechenden Korrekturbeträge eine gewisse Zeit vor Durchführung der Verrechnung kennen sollten. Die derzeitige Zahlungsfrist von zwei Wochen sollte daher in der Form Bestand haben, dass die Verrechnung frühestens zwei Wochen nach Mitteilung des zu leistenden Betrags erfolgt (vgl. hierzu auch Änderungsvorschlag zu Art. 6 Nr. 5 § 6 RSAV Absatz 1).

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 17 RSAV – Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 17 RSAV übernimmt inhaltlich die Regelungen zur mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen aus dem bisherigen § 40 RSAV. Folgeänderungen aus den Änderungen der §§ 266 und 270 SGB V werden entsprechend eingearbeitet.

B Stellungnahme

Die vorgenommenen Änderungen des vormaligen § 40 RSAV sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 18 RSAV – Jahresausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 18 RSAV übernimmt im Wesentlichen die im bisherigen § 41 RSAV geregelten Sachverhalte. Neben Folgeänderungen aufgrund von Änderungen im § 266 SGB V implementiert der Gesetzgeber hier eine Regelung zur Streichung von HMG-Zuschlägen, deren Besetzung im Vergleich zu einem vorherigen Zeitpunkt deutlich steigt. Nach Auffassung des Gesetzgebers sollen hiermit Anreize zu illegaler Ausweitung von Diagnosekodierungen unterbunden werden.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1:

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die Intention des Ordnungsgebers, Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz zu implementieren. Die Maßnahmen müssen aber hinreichend geeignet sein. Die hier vorgesehene Regelung, bei der Ermittlung der Risikozuschläge im Jahresausgleich die Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten auszuschließen, wird aber abgelehnt. Hier wird auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 20 § 266 SGB V verwiesen.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung eines Risikopools ab (siehe Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21b § 268 SGB V).

Die vorgenommenen Folgeänderungen durch Neuordnung der RSAV sind sachgerecht.

Zu Absatz 2:

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung eines Risikopools ab (siehe unsere Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21b § 268 SGB V).

Die implementierte Finanzierung der neuen Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen ist sachgerecht.

Die vorgenommenen Folgeänderungen durch Neuordnung der RSAV sowie des § 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu Absatz 3:

Die vorgenommenen Folgeänderungen durch Neuordnung der RSAV sowie des § 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu Absatz 4:

Die direkte Verrechnung von Beträgen, die an den Gesundheitsfonds zu zahlen sind, stellt für das Bundesversicherungsamt eine Verfahrensvereinfachung dar und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Es ist jedoch zu beachten, dass die Krankenkassen für die Liquiditätsplanung die entsprechenden Korrekturbeträge eine gewisse Zeit vor Durchführung der Verrechnung kennen sollten. Die derzeitige Zahlungsfrist von zwei Wochen sollte daher in der Form Bestand haben, dass die Verrechnung frühestens zwei Wochen nach Mitteilung des zu leistenden Betrags erfolgt (vgl. hierzu auch Änderungsvorschlag zu § 6 Absatz 1).

Die vorgenommenen Folgeänderungen durch Neuordnung der RSAV sowie des § 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu Absatz 5:

Mit dieser Regelung wird eine Neuberechnung der Zuschläge mit dem Korrekturverfahren eingeführt. Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung eines Risikopools ab (siehe unsere Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21 § 268 SGB V). Eine solche Neuberechnung der Zuschläge auf Grundlage der für die Einführung eines Risikopools ist daher überflüssig.

Die vorgenommene Folgeänderung durch Neuordnung der RSAV ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 sind die Sätze 4 und 5 zu streichen.

In Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 werden die Wörter „und der Ausgleichsbeträge über den Risikopool nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

Absatz 5 Satz 2 ist zu streichen.

Art. 6 Nr. 7 § 19 RSAV – Ausschluss auffälliger Risikogruppen**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 19 regelt das Verfahren zum Ausschluss von Risikogruppen mit einem deutlichen Anstieg der Besetzung innerhalb von drei Jahren (sog. Manipulationsbremse).

B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft lehnt das Verfahren zum Ausschluss der Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten ab (Manipulationsbremse). Hier sei auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 20 § 266 SGB V verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Die mit § 19 RSAV vorgesehene Regelung ist zu streichen.

Art. 6 Nr. 7 § 20 RSAV – Prüfung der Datenmeldungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der § 20 entspricht weitgehend dem bisherigen § 42 RSAV. Der Prüfzyklus für die Prüfung der Versicherungszeiten und Morbiditätsdaten wird mit der Wiedereinführung des Risikopools von zwei auf drei Jahre verlängert. Das Vorgehen wird auch mit der sehr guten Datenqualität begründet. Die Aufwände für das Bundesversicherungsamt sollen durch die Verlängerung zugunsten der Prüfung des Risikopools verringert werden.

Das Kennzeichen zum amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssel wird in die Versichertenzeitenprüfung aufgenommen, da dies als Merkmal zukünftig berücksichtigt werden soll. Die im § 15 Absatz 6 gemeldeten Daten beziehen sich auf die Meldung der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und der Teilnahme an DMP-Programmen. Diese werden ebenfalls im Bereich der Versichertenzeitenprüfung integriert. Da keine gesonderte Risikogruppe mehr für die EMR-Versicherten zugeordnet wird, ist die Prüfung (ab 2021) nicht mehr vorgesehen.

Im Satz 2 ist die jährliche Prüfung des Risikopools nach § 14 Absatz 2 beschrieben. Die versichertenbezogenen Leistungsausgaben sind zahlungsbegründend und daher im Rahmen der Risikopool-Prüfung jährlich zu prüfen. Die Ausnahmeregelung, wonach das BVA im Benehmen mit dem GKV-SV bestimmen kann, dass eine Hochrechnung nur dann vorzunehmen ist, wenn eine bestimmte Quote überschritten wird, gilt nicht für die Prüfung des Risikopools. Hier erfolgt immer eine Hochrechnung der fehlerhaften/unplausiblen Fälle auf die der jeweiligen Stichprobe zugrundeliegende Grundgesamtheit.

Für die Prüfung der Ausgleichsjahre bis einschließlich der Prüfung des Jahres 2020 ist eine entsprechende Übergangsregelung im § 27 Absatz 2 festgelegt.

B Stellungnahme

Die redaktionelle Überarbeitung aufgrund der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts ist sachgerecht. Die Integration des Amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssels und der Vorsorgepauschale in die Versichertenzeitenprüfung ist sachgerecht.

Die Streichung der Berücksichtigung der Versicherungszeiten bei Erwerbsminderungsrentnern wird abgelehnt. Wir verweisen auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 20 § 266 SGB V. Daher ist die Prüfung des Merkmals auch über das Jahr 2020 hinaus beizubehalten.

Redaktionelle Anpassung: In Absatz 6 wird auf Absatz 4 verwiesen. Gemeint ist aber gemäß der Neufassung der Vorschrift der Absatz 5.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung eines Risikopools ab. Hier wird auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21 § 268 SGB V verwiesen. Sollte die Einführung eines Risikopools allerdings erfolgen, sollte das BVA nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere zur Festlegung der zu übermittelnden Daten und Belege für den Risikopool bestimmen. Dies sollte daher im Absatz 3 entsprechend mit Verweis auf Absatz 1 Satz 2 mit aufgenommen werden.

C Änderungsvorschlag

Redaktionelle Anpassung: In Absatz 6 werden die Wörter „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 5“ ersetzt.

Die Einführung eines Risikopools lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Die entsprechenden Regelungen in den Absätzen 1 und 3 sind zu streichen.

Sollte mit dem GKV-FKG allerdings der Risikopool eingeführt werden, wird folgende Änderung vorgeschlagen:

Zu Absatz 3 Satz 1: nach den Wörtern „die die Krankenkassen den Stellen nach Absatz 1 Satz 1“ die Wörter „ und Satz 2“ eingefügt.

Art. 6 Nr. 7 § 21 RSAV – Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 21 RSAV regelt das Verfahren zur Ermittlung des Korrekturbetrages, welches bislang im entfallenden § 39a RSAV geregelt war und enthält Folgeänderungen aufgrund der Neugestaltung des Prüfkonzeptes in § 273 SGB V.

Das neue Verfahren stellt eine Vereinfachung der Korrekturbetragsberechnung im Falle einer statistischen Auffälligkeit nach § 273 Abs. 2 SGB V bzw. im Falle einer Verdachtsprüfung nach § 273 Abs. 5 S. 1 SGB V dar. Die Regelung sieht vor, dass die statistische Auffälligkeitsprüfung nach § 273 Abs. 2 S. 1 SGB V nur noch für die Korrekturmeldungen nach § 7 Abs. 4 S. 2 RSAV eines Berichtsjahres durchgeführt wird.

Die Regelungen zur Korrekturbetragsermittlung sehen eine Verpflichtung des BVAs vor, binnen einer Frist von drei Monaten festzustellen, welche Datenmenge rechtswidrig gemeldet wurde. Gelingt dies nicht, wird für die betroffenen Risikomerkmale der Korrekturbetrag auf Basis eines ein Fortschreibungsverfahrens auf Basis der letzten Datenmeldung einer Krankenkasse für die keine Korrekturbetragsberechnung nach dieser Vorschrift erfolgt ist, ermittelt. Dies geschieht unter Berücksichtigung der GKV-weiten Gesamtentwicklung der Datengrundlage. Der Korrekturbetrag berechnet sich aus dem ohne Prüfverfahren für die Krankenkasse ggf. entstandenen, endgültigen finanziellen Vorteil zuzüglich eines Strafzuschlages in Höhe von 25 %.

Die Korrekturbeträge macht das BVA per Bescheid geltend. Hinsichtlich der Fälligkeitstermine und Zahlungsfristen für die Zahlung der Korrekturbeträge gelten die Vorschriften § 6 RSAV. Die Ausschüttung der Korrekturbeträge erfolgt mit dem nächsten Jahresausgleich.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1:

Zusammen mit der Gesetzesbegründung wird klargestellt, dass die statistische Auffälligkeitsprüfung nach § 273 Abs. 2 S. 1 SGB V nur noch für die Korrekturmeldungen nach § 30 Abs. 4 S. 2 RSAV eines Berichtsjahres durchgeführt wird, da Auffälligkeiten oder rechtswidrige Datenmeldungen in diesen Meldungen zu bleibenden finanziellen Vorteilen für Krankenkassen führen. Die bisherige Ermittlung von Korrekturbeträgen für die Erstmeldungen eines Berichtsjahres entfällt. Diese sachgerechte Änderung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift dürfte die Effektivität und Effizienz des Sanktionierungsverfahrens erhöhen und wird daher begrüßt.

Zu Absatz 2:

Das in Absatz 2 beschriebene Verfahren zur Ermittlung der Korrekturbeträge infolge einer Einzelfallprüfung nach § 273 Abs. 6 Satz 1 SGB V ist grundsätzlich sachgerecht. Dass das Fortschreibungsverfahren für Korrekturbetragsberechnungen erst dann zur Anwendung gelangt, wenn es dem Bundesversicherungsamt binnen der Frist von drei Monaten nicht gelingt festzustellen, welche Datenmenge rechtswidrig gemeldet wurde, ermöglicht eine zielgenaue Sanktionierung der betroffenen Krankenkasse.

Auch die Berücksichtigung GKV-weiter Entwicklungen in den Datengrundlagen im Rahmen des Fortschreibungsverfahrens für Korrekturbetragsberechnungen ist grundsätzlich sachgerecht.

Zu Absatz 3:

Es handelt sich um eine sachgerechte Umsetzung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 22 RSAV – Durchführung des Einkommensausgleichs**A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 22 RSAV entspricht weitgehend dem bisherigen § 43 RSAV. In Folge der Neuordnung der RSAV wurden Folgeänderungen umgesetzt.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 4**A Beabsichtigte Neuregelung**

In Folge der Rechtsbereinigungen in der RSAV werden diverse Abschnitte aufgehoben und die Abschnitte im Anschluss neu nummeriert.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 23 RSAV – Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds**A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 23 RSAV entspricht weitgehend dem bisherigen § 44 RSAV. In Folge der Neuordnung der RSAV wurden Folgeänderungen umgesetzt.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 5**A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neufassung der RSAV.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung der RSAV.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 24 RSAV – Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Dauer der Teilnahme

A Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 24 RSAV erfolgt neben begrifflichen Anpassungen an die DSGVO eine Ergänzung, dass die Versicherten auch elektronisch bestätigen können, dass sie die Informationen über die Programminhalte des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms erhalten haben. Ansonsten entspricht § 24 dem bisherigen § 28d RSAV, der damit entfällt. Der Rechtsbezug zum bisherigen § 28f RSAV wird an die neue RSAV, § 25 angepasst.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht und daher zu begrüßen.

Die Änderung beinhaltet eine Anpassung an die Begriffsbestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die seit dem 25.05.2018 in allen EU-Mitgliedsstaaten maßgeblich ist. Es handelt sich somit um eine Folgeänderung.

Die ergänzte Möglichkeit der elektronischen Bestätigung des Erhalts von Informationen über die Programminhalte des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms folgt den Änderungen durch das TSVG sowie das Datenschutz-Anpassungsgesetz bzgl. der Wahlmöglichkeit zwischen schriftlicher und elektronischer Erklärung bzw. Bestätigung. Diese Wahlmöglichkeit vereinfacht das Einschreibungsverfahren in das Programm und ist daher zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 25 RSAV – Anforderungen an das Verfahren der Verarbeitung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten

A Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 25 RSAV erfolgen begriffliche Anpassungen an die DSGVO, in dem die Formulierung „Daten ... nutzen“ durch „Daten ... verarbeiten“ ersetzt wird. Inhaltlich ergibt sich dadurch keine Änderung. Ansonsten entspricht § 25 dem bisherigen § 28f RSAV, der damit entfällt. Der Rechtsbezug zum bisherigen § 28d RSAV wird an die neue RSAV, § 24 angepasst.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht und daher zu begrüßen.

Die Änderung beinhaltet eine Anpassung an die Begriffsbestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die seit dem 25.05.2018 in allen EU-Mitgliedsstaaten maßgeblich ist. Es handelt sich somit um eine Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 26 RSAV – Berechnung der Kosten für die Bescheidung von Zulassungsanträgen

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 26 (neu) entspricht inhaltlich dem bisherigen § 28h RSAV, der damit entfällt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist inhaltlich unverändert und entspricht damit geltendem Recht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 6**A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neufassung der RSAV.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung der RSAV.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 27 RSAV – Übergangsregelung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 27 RSAV stellt klar, dass die Neuregelungen des GKV-FKG zur Streichung der Erwerbsminderungsrente, der Einführung einer Regionalkomponente, der Berücksichtigung von Leistungen der Vorsorge- und Früherkennung, der Einführung des Risikopools, der Einführung des Vollmodells sowie der Manipulationsbremse erst mit dem Ausgleichsjahr 2021 wirksam werden. Folgerichtig können die Neuregelungen erst ab dem Ausgleichsjahr 2021 im Rahmen der Prüfung nach § 20 RSAV geprüft werden.

B Stellungnahme

Die im § 27 RSAV beschriebenen Übergangsregelungen sind zu begrüßen und schaffen Rechtssicherheit. Für die detaillierte Spezifikation, Detailabstimmung, Umsetzung und der konkreten Durchführung der Neuregelungen wird mit dieser Vorgabe dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Bundesversicherungsamt, den Krankenkassen und deren Softwaredienstleistern die erforderliche Vorlaufzeit zur Umsetzung und Durchführung eingeräumt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 8 Abs. 11 (neu) KHEntgG

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Rechnungszuschlag nach § 8 Absatz 11 des Krankenhausentgeltgesetzes für im Jahr 2020 im Krankenhaus aufgenommene voll- und teilstationären Patientinnen oder Patienten i. H. v. 0,3 Prozent des Rechnungsbeitrags eingeführt. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist nicht sachgerecht und daher abzulehnen.

Es werden zum wiederholten Male per Gießkanne Finanzmittel in dreistelliger Millionenhöhe an alle Krankenhäuser ausgeschüttet, ohne dass es dafür eine fachliche Begründung gibt. Ein Offenbarungseid ist dabei die Begründung des Gesetzgebers. Hier werden die zahlreichen mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) auf den Weg gebrachten Regelungen aufgezählt, die für die Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals in Krankenhäusern auf den Weg initiiert wurden. Dazu zählen:

- Ab 2018 100 Prozent Ausgleich des Unterschieds zwischen Tarifierhöhungsrate und Veränderungswert.
- Neben linearen Tarifsteigerungen für die Pflege sind künftig auch strukturelle Tarifzuwächse zu berücksichtigen.
- Ferner werden auf der Grundlage der Regelungen des PpSG die Kosten von zusätzlichen oder aufgestockten Stellen im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms im Jahr 2019 zu 100 Prozent berücksichtigt.

Zu Recht weist der Gesetzgeber in seiner Begründung darauf hin, dass für die Jahre 2018 und 2019 verhandelten Landesbasisfallwerte nicht durch die geltende Obergrenze gekappt wurden, so dass die im jeweiligen Bundesland im Durchschnitt bestehenden Kostensteigerungen umfassend berücksichtigt werden konnten. Die Pflegekosten der Jahre 2018 und 2019 sind daher insgesamt nachweislich auskömmlich finanziert.

Eine Regelung auf den Weg zu bringen, die laut Gesetzgeber ausschließen soll, „dass Tarifsteigerungen für Pflegepersonal für die Jahre 2018 und 2019 nicht in jedem Einzelfall aus den zusätzlichen Erlösen gedeckt werden können [...] ist daher geradezu grotesk. Ohne Mehrwert für die Versicherten wird eine Doppelfinanzierung i. H. v. 250 Mio. Euro an die Krankenhäuser ausgeschüttet, die bestehende Strukturprobleme zementiert und einen qualitätsorientierten Umbau der Krankenhauslandschaft erschwert. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus:

1. Der Orientierungswert für die Krankenhäuser (der die Kostensteigerungen der Krankenhäuser abbildet) lag seit seiner Einführung immer weit unterhalb der Grundlohnrate. Durch die sog. „Meistbegünstigungsklausel“ haben die Krankenhäuser daher über die Landesbasisfallwerte zusätzliche Finanzierungen in Milliardenhöhe erhalten. Allein im Jahr 2018 haben die Krankenhäuser bei einem Veränderungswert von 2,97 %, einem

Orientierungswert von 2,11 % und einer vereinbarten tatsächlichen Steigerung von durchschnittlich 2,56 % (ohne anteilige Tarifberichtigungsrate 2016) ca. 320 Mio. Euro zusätzlich über die Landesbasisfallwerte erhalten. Für 2019 betrug die zusätzliche Finanzierung ca. 430 Mio. Euro. Vor diesem Hintergrund ist die von der DKG aufgeführte Unterfinanzierung deutlich zurück zu weisen.

2. Die Verhandlungen über die Tarifraten 2018 sind bislang nicht zum Abschluss gebracht worden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben Ende 2018 festgestellt, dass eine Erhöhungsrate für das Jahr 2018 aufgrund noch offener Tarifpositionen im TVöD in 2018 nicht abschließend verhandelt werden kann. Das Gleiche gilt für das Jahr 2019, auch hier liegt noch kein Verhandlungsergebnis über die Tarifraten 2019 vor.

Die Regelung ist ferner abzulehnen, da sie der gesetzlichen Zielstellung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds widerspricht. § 271 Abs. 2 Satz 1 SGBV regelt die Verwendung der Liquiditätsreserve. Sie dient dem Ausgleich von unterjährigen Schwankungen in den Einnahmen oder Einnahmeausfällen des Gesundheitsfonds.

Finanzwirkung:

Aus dem im Jahr 2020 von Krankenhäusern nach § 8 Absatz 11 Krankenhausentgeltgesetz zu erhebenden Rechnungszuschlag entstehen laut Gesetzgeber im Jahr 2020 einmalige Mehrausgaben in Höhe von 250 Millionen Euro für alle Kostenträger (einschließlich den privaten Krankenversicherungen). Davon entfallen ca. 225 Millionen Euro auf die gesetzlichen Krankenkassen, die durch eine Entnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kompensiert werden sollen.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 9 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Art. 9 § 219 SGB VI – Finanzverbund in der allgemeinen Rentenversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Anpassung des § 219 Abs. 2 SGB VI im Sinne der Rechtsbereinigung. Der Verweis auf die Deutsche Rentenversicherung als Durchführungsbehörde für den Zahlungsverkehr im Risikostrukturausgleich gemäß § 266 SGB V wird gestrichen.

B Stellungnahme

Die Streichung der gegenstandslosen Passage ist im Sinne der Rechtsbereinigung sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Ergänzung eines Sonderkündigungsrechts im § 73b Abs. 5a SGB V

Aufgrund der mit dem TSVG eingeführten Regelung des § 73b Absatz 5a SGB V besteht ein von der Krankenkasse gekündigter HzV-Vertrag vorläufig bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages fort. Dies gilt nicht bei einer außerordentlichen Kündigung nach § 71 Absatz 6 Satz 3 SGB V (außerordentliche Kündigung aufgrund einer Anordnung der Aufsicht).

Nun sieht Artikel 5 Nr. 5 zu § 73b Absatz 5 Satz 7 SGB V eine Übergangsfrist für die Anpassung eines „Alt-Vertrages“ vor. Sollte es den Vertragspartnern in der Übergangsfrist jedoch nicht gelingen, eine einvernehmliche Lösung zur Anpassung des Vertrags zu finden, würde die Übergangsfrist ergebnislos verstreichen. Somit bestünde die Gefahr, dass eine Krankenkasse den HzV-Vertrag aus eigener Kraft nicht beenden kann, da ihr die Weitergeltungsregelung des § 73b Absatz 5a SGB V entgegengehalten werden könnte. Daher muss in § 73b Absatz 5a SGB V nicht nur für die § 71 Absatz 6-Kündigung eine Ausnahme vom Weitergeltungsgrundsatz geregelt werden, sondern auch für andere Fälle, in denen wegen eines Verstoßes gegen bestehendes Recht eine Kündigung von HzV-Verträgen erforderlich ist. Hierzu ist die bisherige Ausnahmeregelung in § 73b Absatz 5a Satz 2 SGB V um eine Kündigung nach § 59 SGB X, die insbesondere bei unmöglicher oder unzumutbarer Anpassung greift, zu erweitern.

Alternativ sollte klargestellt werden, dass der vorübergehende Fortbestand eines HzV-Vertrags nach § 73b Abs. 5a SGB V im Falle des Fehlens einer Aufsichtsanordnung nach § 71 Abs. 6 SGB V als „in diesem Buch zugelassen“ im Sinne von § 267 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt.

Änderungsvorschlag

§ 73b Abs. 5a Satz 2 wird wie folgt gefasst „Dies gilt nicht bei einer außerordentlichen Kündigung nach § 71 Absatz 6 Satz 3 und einer Kündigung nach § 59 SGB X.“