

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(4.2)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 -
GKV-FKG
13.12.2019



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 12.12.2019

zu dem Entwurf
eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
(Fairer–Kassenwettbewerb–Gesetz – GKV–FKG)
vom 03.12.2019 (Bundestagsdrucksache 19/15662)

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	6
1. Organisationsstruktur des GKV-Spitzenverbandes	6
1.1 Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses	6
1.2 Personelle Verkleinerung des Verwaltungsrates	10
2. Organisationsrecht der Krankenkassen	11
3. Wettbewerb der Krankenkassen untereinander	13
4. Weiterentwicklung des Morbi-RSA	14
II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf	15
Artikel 1 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes).....	15
§ 29 Absatz 2 – Zuständigkeit der Landessozialgerichte	15
§ 29 Absatz 3 – Zuständigkeit der Landessozialgerichte	16
Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989).....	17
§ 1 Satz 4 – Aufgaben der Krankenversicherung der Landwirte	17
§ 17 Satz 3 – Träger der Krankenversicherung	18
§ 34 Absatz 1 – Verbandsaufgaben der landwirtschaftlichen Krankenversicherung	19
Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch).....	20
§ 35a – Vorstand bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen	20
§ 90 – Aufsichtsbehörden.....	21
§ 90a – Zuständigkeitsbereich	23
Artikel 4 (Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung)	24
§ 12 Absatz 1a – Rückstellungen	24
Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	25
§ 4 – Krankenkassen.....	25
§ 4a – Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung	26
§ 4b – Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren	28
§ 71 Absatz 1 – Beitragssatzstabilität	29
§ 71 Absatz 4 – Beitragssatzstabilität	30
§ 73b Absatz 5 Satz 7 – Hausarztzentrierte Versorgung	32
§ 77 – Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen.....	34
§ 83 Satz 4 – Gesamtverträge	35
§ 87a Absatz 5 – Regelungen zur Bereinigung von Kodiereffekten.....	36
§ 87a Absatz 5a – Jährlicher Transparenzbericht des Bewertungsausschusses	38
§ 92a – Innovationsfonds	40
§ 137g – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme	41
§ 140a Absatz 2 Satz 7 – Besondere Versorgung	42

Sechstes Kapitel, Erster Abschnitt, Erster Titel (§§ 143–148)	44
Sechstes Kapitel, Erster Abschnitt, Zweiter Titel (§§ 149–154)	45
§ 155 – Freiwillige Vereinigung	47
§ 156 – Vereinigung auf Antrag	49
Sechstes Kapitel, Erster Abschnitt, Dritter Titel (§§ 157 – 162).....	50
§ 163 – Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen	51
§ 164 – Vorübergehende finanzielle Hilfen	55
§ 165 – Abwicklung der Geschäfte	57
§ 166 – Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung und Schließung	58
§ 167 – Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen	61
§ 168 – Personal.....	65
§ 169 – Haftung im Insolvenzfall	66
§ 170 – Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen	68
§ 173 – Allgemeine Wahlrechte.....	69
§ 217b Absatz 2 – Organe des GKV-Spitzenverbandes – Vorstand.....	71
§ 217b Absatz 4 bis 6 – Organe des GKV-Spitzenverbandes – Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA)	72
§ 217c Absatz 1 – Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung	79
§ 217c Absatz 3 – Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung	80
§ 217d – Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken	81
§ 217f Absatz 1 – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.....	83
§ 217f Absatz 7 – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.....	84
§ 260 Absatz 5 – Betriebsmittel	85
§§ 265a und 265b – Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse/Freiwillige finanzielle Hilfen	86
§ 266 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)	87
§ 267 – Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA	91
§ 268 – Risikopool	94
§ 269 – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte	96
§ 270 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben	97
§ 270a – Einkommensausgleich.....	99
§ 271 – Gesundheitsfonds	100
§ 273 – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich	101
§ 284 – Sozialdaten bei den Krankenkassen	104
§ 293a – Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung	105
§ 295 Absatz 1b – Abrechnung ärztlicher Leistungen	108
Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	109

§ 295 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 – Abrechnung ärztlicher Leistungen	109
§ 295 Absatz 2 Satz 1 Nr. 8 – Abrechnung ärztlicher Leistungen	110
§ 295 Absatz 4 Satz 4 – Abrechnung ärztlicher Leistungen	111
§ 295 Absatz 4 Satz 5 und 6 – Abrechnung ärztlicher Leistungen	112
§ 295 Absatz 4 Satz 6 – Abrechnung ärztlicher Leistungen	113
§ 302 – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	114
§ 303 – Ergänzende Regelungen	115
§ 304 – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen	116
§ 305a – Beratung der Vertragsärzte	117
§ 318 – Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung	119
§ 323 – Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung	120
§ 327 – Übergangsregelung zur Änderung der Größe des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	121
§ 328 – Übergangsregelung für bereits geschlossene Krankenkassen	122
Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)	123
Überschrift des Ersten Abschnitts	123
§ 1 – Begriffsbestimmungen	124
§ 2 – Risikogruppen	125
§ 3 – Versicherungszeiten	126
§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben	127
§ 5 – Bekanntmachungen	129
§ 6 – Zahlungsverkehr	130
§§ 7 bis 15a – Aufhebung der Vorschriften	131
§ 7 – Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	132
§ 8 – Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells	137
§ 9 – Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich	139
§ 10 – Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte	140
§ 11 – Zuweisungen für das Krankengeld	141
§ 12 – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale	142
§ 13 – Zuweisungen für sonstige Ausgaben	143
§ 14 – Risikopool	145
§ 15 – Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und für strukturierte Behandlungsprogramme	147
§ 16 – Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung ...	149
§ 17 – Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen	150
§ 18 – Jahresausgleich	151
§ 19 – Ausschluss auffälliger Risikogruppen	153
§ 20 – Prüfung der Datenmeldung	155

§ 21 – Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	156
§§ 22, 23 – Durchführung des Einkommensausgleichs/Aufzubringende Mittel für den Innovationsfonds.....	158
§ 24 – Anforderung an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137g des Fünften Sozialgesetzbuches einschließlich der Dauer der Teilnahme	159
§ 25 – Anforderung an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten	160
§ 26 – Berechnung der Kosten für die Bescheidung von Zulassungsanträgen	161
§ 27 – Übergangsregelung.....	162
Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes – KHEntgG).....	163
§ 8 Absatz 11 – Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals in Krankenhäusern	163
Artikel 8 (Änderung der SGB V-Übertragungsverordnung).....	166
§ 1 SGB V-ÜbV	166
Artikel 9 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)	167
§ 219 – Finanzverbund in der allgemeinen Rentenversicherung	167
Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	168
§ 46 – Pflegekassen.....	168
Artikel 11 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten).....	169
II. Ergänzender Änderungsbedarf.....	170
Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	170
§ 103 – Zulassungsbeschränkungen	170
§ 116 Absatz 6 Satz 11 – Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte	173
§ 293 Absatz 4 – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	174
§ 303b – Datenübermittlung	176

I. Vorbemerkung

Der von der Bundesregierung vorgelegte Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung („Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“ – GKV-FKG) beinhaltet wesentliche Neuregelungen (1.) zur Organisationsstruktur des GKV-Spitzenverbandes, (2.) zum Organisationsrecht seiner Mitgliedskassen, (3.) zum Wettbewerb der Krankenkassen untereinander und (4.) zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA).

1. Organisationsstruktur des GKV-Spitzenverbandes

Mit dem Gesetzentwurf soll die Governance-Struktur des GKV-Spitzenverbandes reformiert werden. Zum einen soll mit einem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) ein neues Gremium geschaffen werden, welches – ausweislich der Gesetzesbegründung – eine bessere organisatorische Verbindung gewährleisten soll zwischen „operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes.“ Zum anderen soll der ehrenamtliche Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes von bisher maximal 52 Mitgliedern auf künftig maximal 40 Mitglieder verkleinert werden, ohne dass der Gesetzentwurf für diese gesetzliche Änderung eine inhaltliche Begründung liefert.

1.1 Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses

Mit der von der Bundesregierung vorgesehenen Organisationsreform handelt der Gesetzgeber widersprüchlich. Einerseits ist festzustellen, dass der Gesetzgeber – auch mit dem vorliegenden Gesetzentwurf und weiteren laufenden Gesetzesvorhaben – stetig das Aufgabenspektrum des GKV-Spitzenverbandes erweitert und neue Aufgaben vielfach mit der Vorgabe sehr kurzer Umsetzungsfristen verbindet. Insofern setzt der Gesetzgeber auf die Gestaltungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes innerhalb des Gesundheitswesens. Andererseits würde der Gesetzgeber mit der vorgesehenen Schaffung eines zusätzlichen Entscheidungsgremiums, dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss, die Aufgabenwahrnehmung des GKV-Spitzenverbandes durch die bestehenden Organe Verwaltungsrat und Vorstand behindern. Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen erheblichen Kompetenzeinschränkungen für Verwaltungsrat und Vorstand werden daher abgelehnt.

In ihrer Koalitionsvereinbarung haben sich CDU/CSU und SPD auf das politische Ziel verständigt, die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu stärken. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Schaffung eines mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten LKA bewirkt mit Blick auf die

soziale Selbstverwaltung das Gegenteil. Entsprechend stößt dieser Vorschlag bei den Spitzenorganisationen der Sozialpartner, insbesondere DGB und BDA, auf berechnete Kritik und Ablehnung. Denn im Ergebnis führen die vorgesehenen Änderungen dazu, dass

- die Sozialpartnerschaft als Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung entwertet wird,
- die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes auf der operativen, aber auch auf der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt wären – letztlich wird ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert,
- ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-Spitzenverbandes nicht durchgängig gewährleistet ist,
- Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes und damit in der Folge auch der gemeinsamen Selbstverwaltung häufiger verzögert oder blockiert werden können.

Dabei richtet sich die Kritik der Sozialpartner und des GKV-Spitzenverbandes allein gegen die Schaffung eines zusätzlichen Entscheidungsgremiums. Die fachliche Expertise aus dem operativen Geschäft der Mitgliedskassen wird selbstverständlich bei den Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes benötigt und schon heute umfassend genutzt.

Wirkung der vorgesehenen Neuregelung im Verhältnis zum Verwaltungsrat

Durch die Etablierung eines mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten LKA wird der durch die Sozialwahl legitimierte, von den Sozialpartnern getragene, paritätische Verwaltungsrat in seinen Befugnissen erheblich eingeschränkt. Nach geltendem Recht hat der Verwaltungsrat den Vorstand zu überwachen und alle Entscheidungen zu treffen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind (§§ 197, 217b Abs. 1 Satz 3 SGB V). Dies bedeutet, dass der Verwaltungsrat mit seinen Entscheidungen Vorgaben oder Leitplanken für das operative Handeln des Vorstandes setzt. Diese klare Kompetenzzuweisung steht im Widerspruch zu der vorgeschlagenen Kompetenz des LKA, wonach dieser allen „versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbaren Entscheidungen“ zustimmen muss. Im Ergebnis kann der LKA Entscheidungen des Verwaltungsrates von grundsätzlicher versorgungspolitischer Bedeutung im Verhältnis zum Vorstand jederzeit blockieren.

Wirkung der vorgesehenen Neuregelung im Verhältnis zum Vorstand

Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes hat nach geltendem Recht den Spitzenverband zu verwalten und umfassend gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten (siehe § 217b Abs. 2 Satz 4 SGB V). Der Vorstand hat damit eigenständig das gesamte operative Geschäft des Verbandes zu

verantworten. Durch die vorgesehene Neuregelung wird die Gestaltungskompetenz des Vorstandes wesentlich eingeengt. Das in § 217b Abs. 5 Satz 1 n. F. vorgesehene Zustimmungserfordernis ist derart umfassend, dass – bei stringenter Übernahme der gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsmöglichkeiten durch den LKA – wenig Raum bleibt für eigenständige, verantwortungsbewusst abgewogene Entscheidungen des Vorstands. Die Kernaufgabe des Vorstands, die verantwortliche Führung des operativen Geschäfts, wird wesentlich eingeschränkt. Dieser Bewertung steht nicht entgegen, dass der LKA im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten kann oder in einer Geschäftsordnung das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung festlegen und damit auch seine Beteiligungsrechte begrenzen könnte. Denn über die Geschäftsordnung bestimmt der LKA selbst, wenn auch im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat.

Handlungsfähigkeit gefährdet

In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber dem GKV-Spitzenverband wiederholt komplexe Aufträge mit knappen Fristen übertragen, die in der Regel in Verhandlungen innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung umzusetzen waren. Mit dem Zustimmungserfordernis entstünde das Risiko, dass diese Aufgaben nicht innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Fristen erfüllt werden können. Gerade bei Vertragsverhandlungen erweist es sich häufig als hinderlich, wenn mühsam ausgehandelte Kompromisse unter einem generellen Gremienvorbehalt stehen und daher keine verbindlichen Zusagen getroffen werden können. Den Kern der gemeinsamen Selbstverwaltung bildet der kompromissorientierte Ausgleich der jeweiligen Interessen bei der fristgerechten Umsetzung von gesetzlichen Aufträgen. Dieses Prinzip wird durch das Zustimmungserfordernis geschwächt.

Mit Fragen der Kompetenzen und Handlungsfähigkeit des Vorstandes hat sich bereits das BSG befasst (B 6 KA 48/12 R). Danach würde eine Beschränkung des Vorstandes – in diesem Fall einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung – in seinem Vertretungsrecht dazu führen, dass dieser beim Abschluss von Verträgen faktisch kaum handlungsfähig wäre bzw. seiner Eigenschaft als ernsthafter Verhandlungspartner bei dem Zustandekommen der gesetzlich vorgesehenen Verträge beraubt würde. Auch vor diesem Hintergrund ist das vorgesehene Zustimmungserfordernis nicht haltbar.

Wettbewerbsperspektive im LKA

Als Verband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen gestaltet der GKV-Spitzenverband die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge erfolgt entsprechend aus einer Systemperspektive heraus. Dies bedingt damit eine wettbewerbsneutrale Position bei Entscheidungen mit Wirkung für die einzelnen Kranken- und Pflegekassen. Mit dem LKA

werden Vorstandsmitglieder von Krankenkassen mit weitreichenden Entscheidungsrechten in der Governance-Struktur des GKV-Spitzenverbandes verankert, die aufgrund ihrer gesetzlichen Aufgaben wettbewerbliche Interessen verfolgen müssen. Ihre Kernaufgabe ist es, ihre Krankenkasse im Wettbewerb mit den konkurrierenden Krankenkassen erfolgreich auszurichten. Naturgemäß wird ihre Arbeit am Erfolg ihrer Krankenkasse gemessen. Die Interessenlagen können aber innerhalb der Krankenkassenlandschaft voneinander abweichen. Die Hervorhebung der Wettbewerbsperspektive mit der Etablierung des mit weitreichenden Entscheidungsrechten ausgestatteten LKA erschwert die für die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes dringend notwendige Einnahme der Systemperspektive.

Rechtsnormen nicht klar und widerspruchsfrei

Der Gesetzgeber ist grundsätzlich gehalten, Gesetzesnormen entsprechend des Grundsatzes der Normenklarheit zu setzen. Die vorliegende Regelung widerspricht diesem Grundsatz. Die Regelung in § 217b Abs. 5 Satz 1 n. F. stellt keine klare, abgrenzbare Aufgabenzuweisung an den LKA dar. Die gewählte Formulierung lässt eine unbeschränkte Ausdehnung des Vetorechts des LKA auf Entscheidungen des Vorstandes (und auch des Verwaltungsrates) zu. Eine Abgrenzung der vom Verwaltungsrat zu treffenden Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung (§ 197 Absatz 1 Nummer 1b SGB V) von den in § 217b Absatz 5 Satz 1 SGB V n. F. genannten „versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen“ ist schwerlich möglich.

Ergebnis

Die Intention des Gesetzgebers bei der Schaffung des GKV-Spitzenverbandes war es, für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst sachgerechte und zügige Entscheidungen im Interesse des Gesamtsystems zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband hat diesen Anspruch bisher erkennbar überzeugend erfüllt. Die vorgesehene Neuregelung führt dazu, dass die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes auf der operativen, aber auch auf der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt wären – letztlich wird sogar ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert. Damit ist ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-Spitzenverbandes nicht durchgängig gewährleistet. Die vorgesehene Neuregelung ist daher in dieser Form abzulehnen.

Alternativvorschlag

Wenn und soweit der Gesetzgeber an der Schaffung eines neuen zusätzlichen Organs im GKV-Spitzenverband festhält mit dem Ziel, eine stärkere organisatorische Verbindung der operativen, hauptamtlichen Ebene der einzelnen Krankenkassen und der operativen Entscheidungsebene des

Verbandes bei Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben zu erreichen, so schlägt der GKV-Spitzenverband hilfsweise auf Basis der Formulierungen des Gesetzentwurfs eine Alternativregelung vor (zum konkreten Gesetzesvorschlag siehe Seite 75ff). Dieser ist in der Lage sicherzustellen, dass einerseits die Entscheidungsrechte des Verwaltungsrates im GKV-Spitzenverband gewahrt werden, andererseits die operative Handlungsfähigkeit des Vorstandes erhalten bleibt:

- Zur stärkeren Einbindung der Vorstände der Mitgliedskassen in das operative Geschäft des GKV-Spitzenverbandes **bildet der Verwaltungsrat zur Beratung des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes** einen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA).
- Vor Entscheidungen des Vorstandes zu Versorgungs- und Vergütungsverträgen soll der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss **Empfehlungen** abgeben.
- Der Vorstand **soll diese Empfehlungen bei seinen Entscheidungen berücksichtigen**; weicht er von den Empfehlungen des LKA ab, hat er dies zu begründen.
- Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung des LKA **bestimmt der Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung**.
- Um die Transparenz innerhalb der Mitgliedschaft des GKV-Spitzenverbandes und die Vertretung der nicht unmittelbar im LKA vertretenen Mitgliedskassen hinreichend sicherzustellen, können dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss **zusätzlich je eine weitere Vertreterin oder ein weiterer Vertreter der Vorstandsebene der Orts-, Betriebs- und Innungskassen sowie der Ersatzkassen** angehören.

Mit der Etablierung eines solchen LKA würde eine noch stärkere Einbindung der Vorstände der Mitgliedskassen in das operative Geschäft des GKV-Spitzenverbandes ermöglicht und zugleich sichergestellt, dass die Kompetenzen des Verwaltungsrates nicht tangiert werden sowie die operative Handlungsfähigkeit des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes erhalten bleibt.

1.2 Personelle Verkleinerung des Verwaltungsrates

Die weitere Neuregelung zur Governance-Struktur des GKV-Spitzenverbandes, die personelle Verkleinerung des Verwaltungsrates auf maximal 40 Mitglieder, bewirkt eine zusätzliche Schwächung der sozialen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit der reduzierten Mitgliederzahl von höchstens 40 Personen wäre künftig eine adäquate Abbildung der Interessen der Mitgliedskassen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes nicht mehr hinreichend möglich. Nach der gesetzlichen Vorgabe in § 217c Absatz 2 Satz 4 haben die Verteilung der Sitze und die Gewichtung der Stimmen zwischen den Kassenarten zu einer größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart zu führen. Diese Vorgabe trägt wesentlich zur Sicherstellung der Akzeptanz der Beschlüsse des Verwaltungsrates unter den

109 Mitgliedern (Stand: 1.12.2019) des GKV-Spitzenverbandes bei. Mit seinen 52 Sitzen wird gegenwärtig im Verwaltungsrat eine bestmögliche Annäherung der Sitz- und Stimmenverteilung an die gegebenen Versichertenproporze gewährleistet. Mit nur 40 Sitzen kann dieses Niveau nicht erreicht werden.

2. Organisationsrecht der Krankenkassen

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf soll auch das Organisationsrecht der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen mit dem Ziel einer verbesserten Übersichtlichkeit vereinheitlicht werden. Dafür wird der Erste Abschnitt des Sechsten Kapitels des Fünften Buches mit der neuen Überschrift „Errichtung, Vereinigung und Beendigung von Krankenkassen“ gänzlich neu strukturiert. Der organisationsrechtliche Rahmen der Krankenkassen – die Gliederung in unterschiedliche Kassenarten, die Regelungen über die Erstreckungsbereiche, die Wählbarkeit, die Vereinigungsmöglichkeiten sowie über die Beendigung von Krankenkassen (Auflösung, Schließung, Insolvenz) – bleibt dabei im Kern unberührt.

Vor dem Hintergrund, dass die heute bestehenden sechs Innungskrankenkassen allesamt eine nicht widerrufliche Öffnungsklausel in ihren Satzungen vorsehen und Errichtungen neuer Innungskrankenkassen vom Gesetzgeber nicht mehr vorgesehen sind, werden im Rahmen der Rechtsbereinigung zugleich die bisherigen Spezialvorschriften für nicht geöffnete Innungskrankenkassen sowie zur Errichtung von Innungskrankenkassen aufgehoben. Dagegen bleiben die Spezialvorschriften für nicht geöffnete Betriebskrankenkassen bestehen, ebenso das Errichtungsrecht für Betriebskrankenkassen. Letzteres wird jedoch auf Arbeitgeber mit Betrieben begrenzt, in denen mindestens 5.000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden (bisher 1.000). Zudem sollen unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kassenarten durch die Aufhebung der Primärhaftung der Kassenarten bei Auflösung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen nivelliert werden. Nach geltendem Recht haften die Krankenkassen einer Kassenart (Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen) für die Verpflichtungen einer aufgelösten, geschlossenen oder insolventen Krankenkasse ihrer jeweiligen Kassenart (Primärhaftung). Nur für den Fall, dass die haftende Kassenart wirtschaftlich nicht in der Lage ist, ihre Verpflichtungen zu erfüllen, haften für den nicht gedeckten Betrag gegenwärtig die übrigen Krankenkassen. Künftig soll die Gemeinschaft aller Krankenkassen direkt für die Verpflichtungen einer aufgelösten, geschlossenen oder insolventen Krankenkasse eintreten.

Der GKV-Spitzenverband hält die Abschaffung der Primärhaftung durch die Kassenarten nicht für zielführend. Bei einer Neugestaltung des Haftungssystems sollte an erster Stelle das Ziel stehen,

Schließungen oder Insolvenzen von Krankenkassen möglichst zu vermeiden. Die Haftungsprävention muss im Interesse der Versicherten einer von Schließung oder Insolvenz bedrohten Krankenkasse sowie zum Erhalt des Vertrauens der Versicherten in die Funktionsfähigkeit und Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung im Mittelpunkt stehen. Das bestehende System der Kassenartenhaftung setzt die ökonomischen Anreize so, dass für die betroffene Haftungsgemeinschaft ein homogenes Interesse am Erhalt einer gefährdeten „Schwesterkasse“ besteht. Da die drohende Mithaftung für über Jahre anfallende Schließungskosten jedes Mitglied der Haftungsgemeinschaft gegenüber den Krankenkassen der übrigen Kassenarten im Wettbewerb schlechter stellte, wird die Gewährung von Finanzhilfen und/oder die personelle/finanzielle Unterstützung einer Rettungsfusion für alle Mitglieder der Haftungsgemeinschaft zur ökonomisch zu favorisierenden Option. Gegenwärtig haben die Kassenarten daher ein homogenes Interesse an der Vermeidung von Schließungen oder Insolvenzen, setzen sich innerhalb ihrer Kassenart für den Erhalt ihrer „Schwesterkassen“ ein und unterstützen wirtschaftlich tragfähige Vereinigungen.

Bei einer direkten Haftung durch alle Krankenkassen würde dieser Anreiz verloren gehen. Eine Schließung würde für alle Krankenkassen zu einer mitgliederbezogenen gleichen Belastung führen, sodass sich die relativen Wettbewerbspositionen der Krankenkassen untereinander nicht verändern würden. Der ökonomische Anreiz, sich für den Erhalt oder die Vereinigung eines von Schließung bedrohten Wettbewerbers auszusprechen und hierfür Finanzmittel zur Verfügung zu stellen, würde deutlich geschwächt oder ginge gar verloren. Da sich eine Krankenkassenschließung nicht mehr nachteilig auf die jeweilige Wettbewerbsposition auswirken kann, ist eine wachsende Bereitschaft zu befürchten, das Ausscheiden von Wettbewerbern durch Schließung ggf. sogar als wünschenswert anzusehen, zumal dann deren Versicherte eine neue Krankenkasse wählen müssen.

Seit 2011 hat der GKV-Spitzenverband jährlich im Durchschnitt rd. zehn (in aller Regel wechselnde) Krankenkassen als potenziell in ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit gefährdet eingestuft und beratend unterstützt; wesentlicher Erfolgsfaktor zur Vermeidung von Kassenschließungen war die im Haftungsverbund gegebene Bereitschaft, Schließungen insbesondere durch Rettungsvereinigungen zu vermeiden. Drei von vier in dieser Zeit durchgeführte Vereinigungen betrafen betreute Krankenkassen (28 von 37) und sind Beleg für ein funktionierendes Haftungspräventionssystem, bei dem der Haftungsverbund eine wichtige unterstützende Rolle spielt. Vor dem Hintergrund dieser praktischen Erfahrungen in der Haftungsprävention und mit Blick auf die weitere Sicherstellung der Stabilität des GKV-Systems plädiert der GKV-Spitzenverband für den Erhalt der Primärhaftung der Kassenarten bei Auflösungen, Schließungen und Insolvenzen.

3. Wettbewerb der Krankenkassen untereinander

Im Gesetzentwurf wird zudem mit dem neuen § 4a SGB V erstmalig eine spezifische Rechtsgrundlage für den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander geschaffen. Den Krankenkassen wird dort ausdrücklich das Recht zur Werbung um Mitglieder eingeräumt. Zugleich wird der Handlungsrahmen dieses Mitgliederwettbewerbs in Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (siehe Beschluss vom 09.06.2004 – 2 BvR 1248/03) eng gefasst. Der Wettbewerb der Krankenkassen ist lediglich Mittel zu dem Zweck, die den Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben noch besser zu erfüllen, d. h. ihre Leistungen und deren Qualität zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Der Wettbewerb muss der Finanzierung der Krankenversicherung durch (Zwangs-)Beiträge sowie dem sozialen Auftrag der Krankenkasse Rechnung tragen; Werbung muss mit der Eigenschaft der Krankenkasse als Körperschaft des öffentlichen Rechts vereinbar sein. Klargestellt wird, dass Maßnahmen zur Risikoselektion unzulässig sind. Dieses Wettbewerbsverständnis ist nicht neu, es wird bereits heute gelebt und basiert auf diversen Einzelnormen sowie der Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit. Die Kodifizierung dieses Wettbewerbsrahmens im SGB V ist ein erster Schritt in Richtung eines sozialrechtlichen Wettbewerbsrechts und wird seitens des GKV-Spitzenverbandes ausdrücklich begrüßt. Der GKV-Spitzenverband tritt bereits seit Langem für ein spezielles krankenversicherungsrechtliches Wettbewerbsrecht ein.

Mit dem „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“ soll das BMG darüber hinaus ermächtigt werden, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen Rechtsrahmen für die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen zu setzen. Die Ermächtigung kann auf das BVA übertragen werden. Bisher haben sich das BVA und die Aufsichtsbehörden der Länder diesen Rahmen mit ihren Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen selbst gesetzt. Mit einer Wettbewerbsverordnung bekämen die Regelungen einen stärker bindenden Charakter für die Krankenkassen. Daher regt der GKV-Spitzenverband an, dass seine Mitgliedskassen über den GKV-Spitzenverband in die Festlegung der Rechtsverordnung einbezogen werden (Anhörungsrecht).

Änderungen im Sozialgerichtsgesetz sehen vor, dass für wettbewerbliche Streitigkeiten der Krankenkassen untereinander bereits erstinstanzlich das jeweilige Landessozialgericht zuständig sein soll, das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen immer dann, wenn die Klage einer Krankenkasse gegen eine andere Krankenkasse Regelungen des Risikostrukturausgleichs zum Gegenstand hat. Die Verlagerung der erstinstanzlichen Verhandlung von wettbewerblichen Streitigkeiten auf die Landessozialgerichte wird kritisch gesehen. Die den Streitgegenstand bildenden Tatsachen spielen bei Wettbewerbsangelegenheiten eine große und oftmals auch eine wesentlich größere Rolle als die zugrundeliegenden Rechtsfragen. Insofern spricht mehr dafür, dass diese Sachverhalte weiterhin durch zwei Tatsacheninstanzen geprüft und entschieden werden. Begrüßt wird

hingegen die Übertragung der spezifischen Rechtsstreitigkeiten zur komplexen Materie des Risikostrukturausgleichs an das entsprechend spezialisierte LSG Nordrhein-Westfalen.

4. Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Mit dem Gesetzentwurf legt die Bundesregierung zudem ihren Entwurf zur Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung zur Reform des Risikostrukturausgleichs vor. Nach § 268 Absatz 5 SGB V ist der Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs bis zum 31.12.2019 gesetzlich fortzuentwickeln. Dies entspricht der Vereinbarung im Koalitionsvertrag, wonach der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterentwickelt und vor Manipulation geschützt werden soll. Der Gesetzentwurf greift entsprechend einige Reformvorschläge auf, die im Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs aus November 2017 bzw. im Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs aus Juni 2018 vorgestellt, analysiert und bewertet wurden.

Als wesentliche Reformmaßnahmen sieht der Gesetzentwurf nunmehr vor:

- die Einführung eines Krankheits-Vollmodells,
- die Einführung einer Regionalkomponente,
- die Schaffung eines Risikopools,
- die Einführung einer Vorsorge-Pauschale im Bereich der Prävention,
- die Einrichtung einer so genannten Manipulationsbremse sowie
- die Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung.

Aufgrund seiner wettbewerbsneutralen Ausrichtung wird sich der GKV-Spitzenverband weder zur inhaltlichen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit der einzelnen Reformmaßnahmen, noch zur Frage der Zielerreichung sowie der Finanzierungsgerechtigkeit des Gesamtpaketes positionieren. Der GKV-Spitzenverband verweist vielmehr auf die vorgetragenen Bewertungen seiner Mitglieds-kassen und ihrer Verbände.

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Nr. 1

§ 29 Absatz 2 – Zuständigkeit der Landessozialgerichte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Sozialgerichtsgesetz (SGG) soll dahingehend geändert werden, dass für wettbewerbliche Streitigkeiten der Krankenkassen untereinander bereits erstinstanzlich das jeweilige Landes-sozialgericht zuständig ist.

B) Stellungnahme

Mit der geplanten Änderung, dass die Landessozialgerichte auch für wettbewerbliche Beseitigungs- und Unterlassungsansprüche der Krankenkassen gegenüber anderen Krankenkassen nach § 4a Absatz 7 SGB V als Eingangsinstanz zuständig sein sollen, beurteilt künftig nur noch eine Tatsacheninstanz die Sachlage. Dies führt einerseits zur Verkürzung der Verfahrensdauer und zu einer Entlastung der Sozialgerichte erster Instanz. Andererseits spielen gerade in wettbewerblichen Streitigkeiten, die den Streitgegenstand bildenden Tatsachen eine große und oftmals auch eine wesentlich größere Rolle als die zugrundeliegenden Rechtsfragen. Insofern spricht mehr dafür, dass diese wettbewerblichen Sachverhalte durch zwei Tatsacheninstanzen geprüft und entschieden werden. Dem Landessozialgericht obliegt es dann, die Rechtsfragen, die höchstrichterlich zu klären sind, dem Bundessozialgericht durch die Zulassung der Revision zur Entscheidung zukommen zu lassen. Insofern sollte die vorgesehene Neuregelung gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 1 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Nr. 2

§ 29 Absatz 3 – Zuständigkeit der Landessozialgerichte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Ergänzung soll erstinstanzlich das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen für die Klage einer Krankenkasse gegen eine andere Krankenkasse zuständig sein, sofern die Klage Regelungen des Risikostrukturausgleichs zum Gegenstand hat.

B) Stellungnahme

In Anbetracht der überaus komplexen Materie des Risikostrukturausgleichs ist es sinnvoll, spezialisierte Senate bei den Gerichten einzurichten. In der Regel dürften bei diesen Verfahren auch die Rechtsfragen im Vordergrund stehen. Ferner haben gerichtliche Streitigkeiten zu den Regelungen zum Risikostrukturausgleich – anders als wettbewerbliche Streitigkeiten nach § 4a Absatz 7 SGB V – oftmals eine über den zu entscheidenden Einzelfall hinausgehende Bedeutung und Folgen. Von daher wird die Änderung des SGG in diesem Punkt begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989)

Nr. 1

§ 1 Satz 4 – Aufgaben der Krankenversicherung der Landwirte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Krankenversicherungsrecht der Landwirte wird eine Folgeänderung an die vorgesehene Schaffung einer sozialrechtlichen Regelung über den Wettbewerb der Krankenkassen in § 4a (neu) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgenommen.

Da die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) nicht zu den nach § 173 wählbaren Krankenkassen gehört und damit nicht mit den übrigen gesetzlichen Krankenkassen in einem Mitgliederwettbewerb steht, wird durch die Rechtsänderung bestimmt, dass § 4a (neu) über den Wettbewerb der Krankenkassen für die LKK allein hinsichtlich der Unzulässigkeit unlauterer geschäftlicher Handlungen (Absatz 2) gilt; des Weiteren, dass die Rechtsverordnung des BMG nach § 4a Absatz 4 für die LKK allein hinsichtlich der Bestimmungen über die Vermittlung privater Zusatzversicherungen nach § 194 Absatz 1a SGB V entsprechende Anwendung findet.

B) Stellungnahme

Mit Blick auf die organisationsrechtliche Sonderstellung der LKK innerhalb der GKV werden die Anpassungen als sachgerecht bewertet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989)

Nr. 2

§ 17 Satz 3 – Träger der Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Krankenversicherungsrecht der Landwirte erfolgt eine redaktionelle Anpassung an die vorgesehene Neufassung des Sechsten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Organisation der Krankenkassen). In § 17 wird bestimmt, dass die Regelungen über die Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen (Achter Titel des Ersten Abschnitts, §§ 171a – 172a) nicht für die Landwirtschaftliche Krankenkasse gelten. Künftig sollen diese Vorschriften in modifizierter Fassung im Dritten und Vierten Titel des Ersten Abschnitts (§§ 155 – 170) zu finden sein. Der Verweis in § 17 soll entsprechend angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989)

Nr. 3

§ 34 Absatz 1 – Verbandsaufgaben der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Krankenversicherungsrecht der Landwirte wird eine redaktionelle Folgeänderung an die Neufassung des Sechsten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Organisation der Krankenkassen) vorgenommen.

In § 34 Absatz 1 Satz 3 wird bestimmt, dass die Regelungen über die Insolvenzfähigkeit der Krankenkassenverbände (§ 171f SGB V) und über die Haftungsprävention (§ 172 SGB V) nicht für die Landwirtschaftliche Krankenkasse gelten. Künftig sollen diese Vorschriften in modifizierter Fassung in §§ 162, 163 SGB V zu finden sein. Der Verweis in § 34 soll entsprechend angepasst werden.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 35a – Vorstand bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Verschiebung der Regelung über die Errichtung von Betriebskrankenkassen von § 147 SGB V in den § 149 SGB V n. F. ist der bestehende Verweis auf diese Norm in § 35a anzupassen.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 90 – Aufsichtsbehörden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die neugefassten Absätze 4 und 5 sollen den bisherigen Absatz 4 des § 90 ersetzen. Danach wird der Turnus für die bisherigen „regelmäßigen“ Treffen der Aufsichtsbehörden zum Meinungsaustausch auf „mindestens zweimal jährlich“ festgelegt. Die Unterrichtung über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen sowie genehmigte leistungsbezogene Satzungsregelungen der Krankenkassen sollen zwingende Themen dieser Treffen sein. Außerdem wird im neuen Absatz 5 geregelt, dass Beschlüsse der Aufsichtsbehördentagung grundsätzlich einstimmig ergehen. Für Beschlüsse, die ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung betreffen, reicht eine Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen. Außerdem wird die Verteilung der Stimmen auf die teilnehmenden Länder geregelt. Die Stimmverteilung folgt der in Artikel 51 GG geregelten Stimmverteilung im Bundesrat, orientiert sich also an der Einwohnerzahl der Länder. Abweichend von der erforderlichen Dreiviertelmehrheit kommt bei Beschlussfassungen in Angelegenheiten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ein Beschluss nicht zu Stande, wenn mindestens drei Länder mit jeweils mehr als sieben Millionen Einwohnern dagegen gestimmt haben. Es besteht eine Unterrichtungspflicht, wenn eine Aufsichtsbehörde von einem Beschluss abweicht.

B) Stellungnahme

Die Zielsetzung des Gesetzgebers, Treffen der Aufsichtsbehörden zu verstetigen und so Grundlagen für die regelmäßige Unterrichtung zu schaffen, ist ebenso wie die Absicht, eine Beschlussfassung mit bestimmten Mehrheiten zu gewährleisten, nachvollziehbar. Aus der Neuregelung ergibt sich, dass Beschlüsse der Aufsichtsbehörden weiterhin nicht bindend sind. Eine Bindungswirkung wäre im Hinblick auf die föderale Verfassung der Bundesrepublik Deutschland auch schwer vertretbar. Damit die Beschlussfassungen und die Meinungslagen für die betroffenen Kranken- und Pflegekassen transparent werden, sollten die Beschlüsse mit den jeweiligen Abstimmungsergebnissen veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung der Besprechungsergebnisse wird z. T. bereits heute praktiziert.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 3 Nummer 2 wird § 90 Absatz 5 um folgenden Satz ergänzt:

„Die Beschlüsse werden von den Aufsichten mit den jeweiligen Abstimmungsergebnissen veröffentlicht.“

Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 90a – Zuständigkeitsbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden redaktionelle Folgeänderungen vorgenommen, die sich aus den Anpassungen in den neuen §§ 144, 145 und 173 Absatz 2 SGB V ergeben.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung)

§ 12 Absatz 1a – Rückstellungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung werden aufgrund der Neufassung des Vierten Titels des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des Fünften Buches (§§ 165-170 – Folgen der Auflösung, der Schließung und der Insolvenz) redaktionelle Folgeänderungen notwendig.

Künftig wird in § 12 Absatz 1a auf die §§ 169 und 170 SGB V n. F. anstatt auf §§ 171d und 171e verwiesen.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 4 – Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 4 werden die folgenden redaktionellen Anpassungen vorgenommen:

- a) Absatz 3 Satz 2 (Unterlassungsanspruch aufgrund unzulässiger Werbung) wird aufgehoben, weil diese Anspruchsgrundlage künftig in § 4a SGB V n. F. verortet wird.
- b) Absatz 4 Satz 2 – 6 (Regelungen zu den Verwaltungsausgaben der Krankenkassen in den Jahren 2011 und 2012) wird wegen Zeitablaufs zur Rechtsbereinigung ersatzlos aufgehoben.
- c) Absatz 5 (Buchung der Verwaltungsausgaben für Mitgliederwerbung) wird aufgehoben, weil diese Regelung (inhaltlich unverändert) in § 4a Absatz 6 SGB V n. F. normiert wird.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht. Zur inhaltlichen Neufassung des Unterlassungsanspruchs aufgrund unzulässiger Werbung siehe Artikel 4 Nr. 2.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 4a – Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 4a SGB V sollen künftig die Wettbewerbsbedingungen für den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander geregelt werden. Dies allerdings – wie bisher – beschränkt auf die Werbemaßnahmen der Krankenkassen.

Dazu soll in § 4a Absatz 1 und 3 SGB V das Ziel und die Grundsätze für den Wettbewerb bestimmt werden. Dabei soll auch klargestellt werden, dass Werbemaßnahmen, die der Risiko-selektion dienen, nicht zulässig sind.

In § 4a Absatz 2 SGB V ist vorgesehen, den Grundsatz, dass unlautere geschäftliche Handlungen nicht zulässig sind, ausdrücklich ins Gesetz aufzunehmen.

§ 4a Absatz 4 SGB V sieht für das BMG eine Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung vor. Darin soll das Nähere zur Zulässigkeit von Werbemaßnahmen bestimmt werden, wobei die Regelungsgegenstände in § 4a Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V abschließend aufgezählt sind. Das BMG kann die Ermächtigung auf das Bundesversicherungsamt übertragen (§ 4a Absatz 4 Satz 2 SGB V).

Ferner soll in § 4a Absatz 5 SGB V bestimmt werden, dass die Regeln für den lautereren Wettbewerb auch von Beauftragten der Krankenkassen einzuhalten sind. § 4a Absatz 6 SGB V sieht zudem einheitliche Buchungsgrundsätze für die Werbeausgaben vor.

Schließlich soll der bisherige Regelungsinhalt des § 4 Absatz 3 Satz 2 SGB V a. F. weitgehend in § 4a Absatz 7 SGB V übertragen werden. Der Anwendungsbereich der Unterlassungs- und Beseitigungsansprüche soll auf alle Maßnahmen ausgeweitet werden, die die Interessen im Wettbewerb beeinträchtigen.

B) Stellungnahme

Die Krankenkassen fordern schon seit langem, dass für sie ein besonderes Wettbewerbsrecht gelten soll (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.06.2012 zum Gesetzentwurf eines Achten Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen – 8. GWB-Änderungsgesetz (Ausschussdrucksache 17(14)0295(1)). Die nunmehr mit § 4a SGB V geschaffene sozialrechtliche Grundlage für den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander dient diesem Anliegen.

Die geplante Neuregelung enthält zum überwiegenden Teil Bestimmungen, die für die Werbemaßnahmen der Krankenkassen aufgrund entsprechender gesetzlicher oder richterrechtlicher Regelungen bereits heute gelten. Dies gilt vor allem für die vorgesehenen Regelungen in § 4a Absatz 1–3 und 5 sowie weitgehend Absatz 7 SGB V. So enthält beispielsweise der § 4a Absatz 7 SGB V den bisherigen Regelungsinhalt des § 4 Absatz 3 Satz 2 SGB V a. F. Verzichtet wird auf eine Verweisung auf § 12 Absatz 1 bis 3 UWG. Stattdessen soll der entsprechende Regelungsinhalt des § 12 Absatz 1–3 UWG in § 4 Absatz 7 SGB V ausformuliert werden. Allerdings enthält Absatz 7 insoweit eine Erweiterung, als künftig alle Maßnahmen angegriffen werden können, die die Interessen anderer Krankenkassen im Wettbewerb betreffen. Der Unterlassungs- und Beseitigungsanspruch ist insofern nicht mehr auf unzulässige Werbemaßnahmen beschränkt.

Sowohl die Aufnahme der ohnehin bereits geltenden Grundsätze für die Werbemaßnahmen der Krankenkassen als auch der Verzicht auf die Verweisung auf das UWG, um stattdessen die Regelungen im SGB V auszuformulieren, dienen vor allem der Rechtsklarheit und damit der Rechtssicherheit. Dies wird begrüßt. Gleiches gilt für die Selbstverständlichkeit, dass die gesetzlichen Bestimmungen zu den Werbemaßnahmen der Krankenkassen auch für deren Arbeitsgemeinschaften sowie anderen Beauftragten gelten und die Ausgaben für die Werbemaßnahmen den gleichen Buchungsgrundsätzen unterliegen (Absatz 5).

Im Groben gibt § 4a Absatz 4 Satz 1 Nrn. 1 bis 5 lediglich die bisherigen Inhalte der „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung“ in der Fassung vom 11.11.2015 wieder. Es ist zu erwarten, dass die Rechtsverordnung, wenn die Ermächtigung an das Bundesversicherungsamt übertragen wird, weitgehend ähnliche Inhalte haben wird. Insofern wird die erhöhte Rechtssicherheit, die durch die verbindliche Anwendung der „Grundsätze“ als Rechtsverordnung erreicht wird, befürwortet.

Aufgrund der stärkeren Rechtsverbindlichkeit einer „Wettbewerbsverordnung“ wird angeregt, die adressierten Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband in die Festlegung der Rechtsverordnung einzubeziehen (Anhörungsrecht).

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nummer 2 werden in dem neuen § 4a Absatz 4 Satz 1 nach dem Wort „Rechtsverordnung“ die Wörter „nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 4b – Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch Einfügung des neuen § 4a wird der bisherige § 4a zu § 4b.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe a)

§ 71 Absatz 1 – Beitragssatzstabilität

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, da durch Artikel 5 Nr. 20 Buchstabe i) der bisherige Absatz 7 des hier in Bezug genommenen § 266 zu Absatz 8 wird.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 71 Absatz 4 – Beitragssatzstabilität

A) Beabsichtigte Neuregelung

An § 71 Absatz 4 soll ein neuer Satz 3 angefügt werden, wonach Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung von Vergütungsvereinbarungen keine aufschiebende Wirkung haben.

Zur Begründung wird angeführt, eine aufsichtsrechtliche Beanstandung stelle ein Wirksamkeitshindernis für die jeweils beanstandete Vereinbarung dar und hindere deren Rechtswirkung. Das Aufsichtsmittel der Beanstandung verliere seine Wirksamkeit, wenn eine Klage gegen den Beanstandungsbescheid ihrerseits aufschiebende Wirkung hätte.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung widerspricht dem rechtsstaatlichen Grundsatz, nach dem Anfechtungsklagen grundsätzlich aufschiebende Wirkung haben. Angesichts der oft erheblichen Verfahrensdauer von sozialgerichtlichen Verfahren, könnten mit aufsichtsrechtlichen Maßnahmen faktisch über Jahre hinweg vollendete Tatsachen geschaffen werden. Der umfassende Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen ist für eine effektive Aufsichtsführung nicht erforderlich. Es ist nicht erkennbar, warum von den üblichen und bewährten aufsichtsrechtlichen Maßnahmen einseitig zu Lasten der Selbstverwaltung abgewichen werden sollte. Die vorgesehene Regelung stellt – im Vergleich zum Status quo – einen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der gemeinsamen Selbstverwaltung dar.

Eine so weitgehende Regelung ist weder gerechtfertigt, noch ist sie erforderlich. Denn die Aufsichtsbehörden haben bereits nach dem geltenden Recht gemäß § 86a Absatz 2 Nr. 5 SGG die Möglichkeit, die sofortige Vollziehung einer aufsichtsrechtlichen Maßnahme anzuordnen, wenn die sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten ist.

Dies ermöglicht eine flexible Handhabung des Sofortvollzugs im Einzelfall und entspricht damit dem Grundsatz der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht sowie dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.12.2019
zu dem Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG), Bundestagsdrucksache 19/15662
Seite 31 von 176

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe b) wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 73b Absatz 5 Satz 7 – Hausarztzentrierte Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen, dass eine zusätzliche Vergütung für Diagnosen nicht Gegenstand von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung sein kann, sollen weiter verschärft werden. So soll sich das Verbot sowohl für neue als auch für bereits bestehende Vereinbarungen nicht mehr nur auf eine explizite Vergütung für das Vorliegen bestimmter Diagnosekodierungen erstrecken, sondern generell auf die Knüpfung von Vergütungen an die Voraussetzung des Vorliegens bestimmter Diagnosekodierungen. Damit sollen Umgehungsstrategien eliminiert und Auslegungsschwierigkeiten beseitigt werden. Bestehende Vereinbarungen sind bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Neuregelung anzupassen.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Probleme in der praktischen Umsetzung der durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen erscheint die beabsichtigte Neuregelung grundsätzlich nachvollziehbar. Die Übergangsfrist von sechs Monaten zur Anpassung der Vereinbarungen ist sachgerecht. Es bleibt abzuwarten, inwieweit von der in der Begründung betonten Zulässigkeit der Anknüpfung an allgemeine Krankheitsbegriffe zukünftig Gebrauch gemacht wird und wie die Unterscheidung zwischen bestimmten Krankheiten und einem allgemeinen Krankheitsbegriff konkret vollzogen werden kann. Es erscheint jedoch fraglich, ob die in der Begründung dargelegten Möglichkeiten und Grenzen für die Gestaltung der Selektivverträge durch die Formulierung in § 73b Absatz 5 Satz 7 (neu) ausreichend deutlich werden. Die unverzichtbare Erlaubnis, Versorgungsverträge aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten anzubieten, sollte daher auch im Gesetzestext selbst und nicht allein in der Begründung verortet werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 5 wird wie folgt gefasst (Änderung hervorgehoben):

5. § 73b Absatz 5 Satz 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen 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 Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an die Kapitel oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen.**“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 77 – Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 77 Absatz 2 regelt die Vereinigung von Kassenärztlichen Vereinigungen. In Satz 3 werden die Regelungen über die freiwillige Vereinigung von Ortskrankenkassen in § 144 Absatz 2 bis 4 als entsprechend anwendbar erklärt.

Mit Artikel 5 Nummer 12 wird das Organisationsrecht der Krankenkassen neu strukturiert; die Regelungen über eine freiwillige Vereinigung von Krankenkassen finden sich künftig im neuen § 155. Entsprechend wird der Verweis in § 77 angepasst.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 83 Satz 4 – Gesamtverträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen, dass eine zusätzliche Vergütung für Diagnosen nicht Gegenstand von kassenindividuellen oder kassenartenspezifischen Vereinbarungen in den Gesamtverträgen sein kann, sollen weiter verschärft werden. So soll sich das Verbot sowohl für neue als auch für bereits bestehende Vereinbarungen nicht mehr nur auf eine explizite Vergütung für das Vorliegen bestimmter Diagnosekodierungen erstrecken, sondern generell auf die Knüpfung von Vergütungen an die Voraussetzung des Vorliegens bestimmter Diagnosekodierungen. Damit sollen Umgehungsstrategien eliminiert und Auslegungsschwierigkeiten beseitigt werden. Bestehende Vereinbarungen sind bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Neuregelung anzupassen.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der entsprechenden Änderungen in §§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 140a Absatz 2 Satz 7 erscheint die beabsichtigte Neuregelung grundsätzlich nachvollziehbar. Die Übergangsfrist von sechs Monaten zur Anpassung der Vereinbarungen ist sachgerecht. Ausdrücklich begrüßt wird die Fortführung der Möglichkeit, in kassenartenübergreifend einheitlichen Regelungen wie dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab aus medizinischen Gründen das Vorliegen bestimmter Diagnosen als Abrechnungsvoraussetzung bestimmter Leistungen vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe a)

§ 87a Absatz 5 – Regelungen zur Bereinigung von Kodiereffekten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz wurde der Bewertungsausschuss beauftragt, die mit der Einführung verbindlicher Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnoseschlüsseln ab dem Jahr 2022 entstehenden Kodiereffekte bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten zu bereinigen und dazu ein entsprechendes Verfahren zu beschließen. Die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz vorgesehene Befristung dieser Verpflichtung zur Bereinigung von Kodiereffekten bis zum Jahr 2026 wird mit der beabsichtigten Neuregelung aufgehoben. Zudem wurde die Beschränkung aufgehoben, dass nur solche Kodiereffekte zu bereinigen sind, die durch die Einführung verbindlicher Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnoseschlüsseln entstehen.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung der Befristung für den Bewertungsausschuss, auftretende Kodiereffekte bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten zu bereinigen, wird ausdrücklich begrüßt. Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht, da aufgrund der jährlichen Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnoseschlüsseln kontinuierliche Veränderungen der Abbildung der vorliegenden Morbidität durch die kodierten Diagnosen erfolgen. Die dauerhafte Bereinigung ist zudem sachgerecht, da der Einfluss der ebenfalls im nächsten Jahrzehnt zu erwartenden Umstellungseffekte aufgrund der Einführung der ICD-Version 11 zu bereinigen ist.

Darüber hinaus stellt die beabsichtigte Neuregelung sicher, dass weitere Gründe für Veränderungen der Diagnosekodierung, die nicht mit einer Veränderung der behandelten Morbidität einhergehen, zum Beispiel durch Anpassungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab hinsichtlich der Präzisierung von Abrechnungsvoraussetzungen zur Behandlung konkreter Krankungsbilder, auch über das Jahr 2026 hinaus bei der Bereinigung der Berechnungen der Veränderungsraten berücksichtigt werden.

Allerdings sollte klargestellt werden, dass auch etwaige Kodiereffekte, die in den ab sofort regelmäßig zu erstellenden Berichten nach § 87a Absatz 5a (neu) – eingefügt durch Artikel 5 Nummer 8 – sichtbar werden, ausdrücklich bei der Bereinigung der Berechnungen der Verän-

derungsraten einzubeziehen sind. Dem entspricht auch die Intention des vorliegenden Gesetzesentwurfs gemäß Artikel 6 Absatz 7 (§ 19 Ausschluss auffälliger Risikogruppen), mit welchem bereits ab dem Ausgleichsjahr 2021 ein Mechanismus zur Stärkung der Manipulationsresistenz im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich auf der Basis außergewöhnlicher Prävalenzanstiege eingeführt werden soll. Auch in der Zeit vor der Einführung der Kodierrichtlinien waren und sind derartige Kodiereffekte zu beobachten, die bereits ab der nächst-erreichbaren Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten auf Basis der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2016 bis 2018 bereinigt werden sollten, um die tatsächlichen Veränderungen der Morbiditätsstruktur besser abbilden zu können.

C) Änderungsvorschlag

§ 87a Absatz 5 Satz 11 wird wie folgt gefasst (Änderungen hervorgehoben):

“Ab dem Jahr, in dem die Veränderungsdaten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre ~~2020 bis 2022~~ **2016 bis 2018** durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind Kodiereffekte, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 2 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 entstehen **oder die in den Transparenzberichten gemäß Absatz 5a sichtbar werden**, in den Berechnungen zu bereinigen.“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe b)

§ 87a Absatz 5a – Jährlicher Transparenzbericht des Bewertungsausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bewertungsausschuss hat zukünftig zur Erhöhung der Transparenz über die Datengrundlagen zur Bestimmung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur jährlich einen Bericht über die Veränderungen der Behandlungsdiagnosen und ihren Einfluss auf die Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zu erstellen. Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen und zu veröffentlichen.

B) Stellungnahme

Die Erstellung eines Transparenzberichts zu den Veränderungen der Behandlungsdiagnosen und deren Einfluss auf die Veränderungsrate wird grundsätzlich begrüßt. Durch den Einbezug sämtlicher Diagnosen in den Bericht wird auch ein umfassendes Abbild etwaiger Kodiereffekte erzeugt. Die sachgerechte Interpretation des umfangreichen Zahlenwerks stellt jedoch eine Herausforderung dar. Daher sollte der Bewertungsausschuss beauftragt werden, diese Berichte auf etwaig sichtbare Kodiereffekte hin zu untersuchen, um diese in die Bereinigung der Berechnungen der Veränderungsrate nach § 87a Absatz 5 Satz 11 einzubeziehen. Dies erscheint auch deshalb geboten, da die jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung in absehbarer Zeit allein auf der Grundlage dieser diagnosebezogenen Veränderungsrate zu vereinbaren ist und der Transparenzbericht auf diese Vereinbarungen dann keinen Einfluss mehr haben kann.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 87a Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„Der Bewertungsausschuss erstellt zum Zwecke der Erhöhung der Transparenz über die der Empfehlung nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 zugrunde liegenden Datengrundlagen einen Bericht über die Veränderungen der Behandlungsdiagnosen und den Einfluss der jeweiligen Behandlungsdiagnose auf die Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung. **Er berücksichtigt etwaige dabei sichtbar werdende Kodiereffekte zudem bei der Bereinigung der Berechnungen der Veränderungsrate gemäß § 87a Absatz 5 Satz 11.** Der Bericht

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.12.2019
zu dem Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG), Bundestagsdrucksache 19/15662
Seite 39 von 176

ist dem Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit der Empfehlung und den der Empfehlung zugrundeliegenden weiteren Beratungsunterlagen vorzulegen. § 87 Absatz 6 Satz 10 gilt entsprechend.“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 92a – Innovationsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 92a Absatz 4 Satz 4 bestimmt, dass erstens das Nähere zur Erhebung der Mittel für den Innovationsfonds in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1 (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) zu regeln ist, zweitens, dass § 266 Absatz 6 Satz 7 entsprechend anzuwenden ist (keine aufschiebende Wirkung von Klagen).

Da sich durch Artikel 5 Nummer 20 Buchstaben h) und i) die bisherigen Absätze 6 und 7 verschieben, werden entsprechende Verweisänderungen notwendig.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 137g – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 137g Absatz 1 wird mehrfach auf die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) Bezug genommen. Da nach Artikel 5 Nummer 20 Buchstabe i) des Entwurfs die Ermächtigungsnorm für die RSAV künftig in § 266 Absatz 8 geregelt sein wird, werden entsprechende Verweisänderungen notwendig.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 140a Absatz 2 Satz 7 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen, dass eine zusätzliche Vergütung für Diagnosen nicht Gegenstand von Verträgen der besonderen Versorgung sein kann, sollen weiter verschärft werden. So soll sich das Verbot sowohl für neue als auch für bereits bestehende Vereinbarungen nicht mehr nur auf eine explizite Vergütung für das Vorliegen bestimmter Diagnosekodierungen erstrecken, sondern generell auf die Knüpfung von Vergütungen an die Voraussetzung des Vorliegens bestimmter Diagnosekodierungen. Damit sollen Umgehungsstrategien eliminiert und Auslegungsschwierigkeiten beseitigt werden. Bestehende Vereinbarungen sind bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Neuregelung anzupassen.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Probleme in der Umsetzung der durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen erscheint die beabsichtigte Neuregelung grundsätzlich nachvollziehbar. Die Übergangsfrist von sechs Monaten zur Anpassung der Vereinbarungen ist sachgerecht. Die bislang nur in der Begründung erwähnte Möglichkeit, Diagnosen weiterhin als Einschlusskriterien für die Teilnahmevoraussetzung von Versicherten an Verträgen nach § 140a vorzusehen, wird ausdrücklich begrüßt. Es erscheint jedoch fraglich, ob die in der Begründung dargelegten Möglichkeiten und Grenzen für die Gestaltung der Selektivverträge durch die Formulierung in § 140a Absatz 2 Satz 7 (neu) ausreichend deutlich werden. Sie sollte daher auch im Gesetzestext selbst und nicht nur in der Begründung verortet werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 11 wird wie folgt gefasst:

§ 140a Absatz 2 Satz 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vereinbarungen, 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. **Verträge, in denen die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung durch die Benennung von bestimmten Krankheiten und Krankheitsausprägungen als Einschlusskriterium definiert werden, sind weiterhin möglich.**“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

Sechstes Kapitel, Erster Abschnitt, Erster Titel (§§ 143–148)

§ 143 – Ortskrankenkassen

§ 144 – Betriebskrankenkassen

§ 145 – Innungskrankenkassen

§ 146 – Landwirtschaftliche Krankenkasse

§ 147 – Deutsche Rentenversicherung Knappschaft–Bahn–See

§ 148 – Ersatzkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue erste und zweite Titel des ersten Abschnitts des sechsten Kapitels dienen gemeinsam der übersichtlicheren Darstellung der Vorschriften zu den Kassenarten.

Im ersten Titel des ersten Abschnitts werden die Begriffe der jeweiligen Kassenarten definiert. Materiell-rechtliche Änderungen gegenüber den heutigen Rahmenbedingungen ergeben sich nicht. Da alle sechs Innungskrankenkassen bereits geöffnete Versicherungsträger sind, diese Öffnungen nicht widerrufen werden können, zudem künftig keine neuen Innungskrankenkassen errichtet werden können (siehe Neufassung des zweiten Titels), entfällt die bisherige Regelung zur Öffnung und werden die Sondervorschriften für Innungskrankenkassen, deren Satzung keine Öffnung nach § 173 Absatz 2 vorsieht, aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die mit der Neustrukturierung der Vorschriften verbesserte Übersichtlichkeit wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

Sechstes Kapitel, Erster Abschnitt, Zweiter Titel (§§ 149–154)

§ 149 – Errichtung von Betriebskrankenkassen

§ 150 – Verfahren bei Errichtung

§ 151 – Ausdehnung auf weitere Betriebe

§ 152 – Ausscheiden von Betrieben

§ 153 – Auflösung

§ 154 – Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Reform des Organisationsrechts der Krankenkassen sieht weiterhin die Möglichkeit eines Marktzutritts von neuen Betriebskrankenkassen vor. Dagegen wird die in den bisherigen §§ 157 und 158 enthaltene Möglichkeit der Errichtung von Innungskrankenkassen aufgehoben.

Im zweiten Titel des ersten Abschnitts des sechsten Kapitels sollen künftig die spezifischen, im Wesentlichen unveränderten organisationsrechtlichen Regelungen zur Errichtung und Ausdehnung von Betriebskrankenkassen sowie zum Ausscheiden von Betrieben und zur Auflösung von (ausschließlich nicht geöffneten) Betriebskrankenkassen zu finden sein.

Im Vergleich zum Status quo verändert sich im Wesentlichen Folgendes:

- Nach neuem Recht muss ein Arbeitgeber für die Errichtung einer Betriebskrankenkasse regelmäßig mindestens 5.000 Versicherungspflichtige beschäftigen (bisher 1.000 Versicherungspflichtige).
- Die Aufsichtsbehörde darf die Genehmigung der Errichtung nur versagen, wenn die Betriebskrankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht mindestens 2.500 Mitglieder (bisher 1.000 Mitglieder) haben wird.
- Es entfällt das bisherige Erfordernis, dass die Mehrheit der in den betreffenden Betrieben des Arbeitgebers Beschäftigten der Errichtung zustimmen muss.

B) Stellungnahme

Aufgrund der hohen wettbewerblichen Bedeutung für seine Mitgliedskassen positioniert sich der GKV-Spitzenverband zu den beschriebenen organisationsrechtlichen Reformmaßnahmen nicht.

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 155 – Freiwillige Vereinigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 155 zur freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen werden die Regelungen zur freiwilligen Vereinigung von Ortskrankenkassen (bislang § 144), Betriebskrankenkassen (§ 150), Innungskrankenkassen (§ 160) und Ersatzkassen (§ 168a) sowie der gesonderten Regelung zur kassenartenübergreifenden Vereinigung von Krankenkassen (§ 171a) im Wesentlichen ohne Rechtsänderung zusammengeführt. Mit der neuen Regelung in Absatz 3 wird es den Krankenkassen ermöglicht, auch weiterhin finanzielle Hilfen im Rahmen eines Vereinigungsprozesses zu gewähren. Um auszuschließen, dass eine vor Durchführung der Vereinigung erforderliche Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes bei der aufzunehmenden Krankenkasse zu einem auch im Interesse der aufnehmenden Krankenkasse zu vermeidenden Mitgliederverlust führt, soll diese Möglichkeit auch nach beabsichtigter Streichung des § 265b weiterhin bestehen bleiben.

B) Stellungnahme

Die durch Zusammenführung der bisherigen Regelungen nach Kassenarten für freiwillige Vereinigungen von Krankenkassen beabsichtigte verbesserte Übersichtlichkeit im neuen § 155 wird begrüßt.

Unabhängig davon wird darauf hingewiesen, dass es vor einer freiwilligen Vereinigung wie auch bislang einer Beurteilung der Tragfähigkeit der Vereinigungslösung bedarf, um bereits im Vorfeld dieser Form der Organisationsveränderung auf den Erhalt und die Bildung von leistungsfähigen Krankenkassen hinzuwirken und somit frühzeitig der Entstehung potenzieller Haftungsrisiken für die GKV entgegenzuwirken. Weil mit der Fortentwicklung des bisherigen § 172 in § 163 (neu) die Streichung des § 172 Absatz 1 (Anhörung der Verbände der beteiligten Krankenkassen vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung, Auflösung oder Schließung) vorgesehen ist, sollte eine Pflicht zur Anhörung der Verbände der beteiligten Krankenkassen hier integriert werden. Da sich der GKV-Spitzenverband für die Beibehaltung der bestehenden Primärhaftung durch die Kassenarten ausspricht, sollten neben dem GKV-Spitzenverband auch weiterhin die Landesverbände nach § 207 angehört werden. Siehe hierzu die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 12, § 163. Die ergänzende Regelung in Absatz 3 über die Möglichkeit

der Gewährung finanzieller Hilfen zwischen Vereinigungspartnern, insbesondere um erforderliche Zusatzbeitragssatzerhöhungen eines Vereinigungspartners zwischen Vereinigungsbeschluss und Vereinigungszeitpunkt zu verhindern, wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nr. 12 wird in § 155 Absatz 1 (neu) folgender dritter Satz angefügt:

„Vor der Vereinigung von Krankenkassen sind die Verbände der beteiligten Krankenkassen zu hören.“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 156 – Vereinigung auf Antrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Die bisherigen Regelungen zur zwangsweisen Vereinigung durch die Landesregierung für Ortskrankenkassen (§ 145) und geöffnete Betriebskrankenkassen (§ 150 Absatz 2 Satz 2) werden ohne Rechtsänderung in Absatz 2 zusammengeführt.

B) Stellungnahme

Die mit der Zusammenführung der bisher geltenden Regelungen verbesserte Übersichtlichkeit wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

Sechstes Kapitel, Erster Abschnitt, Dritter Titel (§§ 157 – 162)

§ 157 – Verfahren bei Vereinigung auf Antrag

§ 158 – Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigung von Krankenkassen

§ 159 – Schließung

§ 160 – Insolvenz von Krankenkassen

§ 161 – Aufhebung der Haftung nach § 12 Absatz 2 InsO

§ 162 – Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in den §§ 157 bis 162 vollzogene Neustrukturierung dient einer verbesserten Übersichtlichkeit. Mit Ausnahme von § 159 (neu) handelt es sich hierbei um die unveränderte Übernahme der bisherigen Regelungen unter neuer Nummerierung. § 159 führt die bisher nach Kassenarten getrennten geltenden Regelungen zur Schließung einer Krankenkasse wegen fehlender Leistungsfähigkeit für alle Kassenarten zusammen. Da die bestehenden sechs In-nungskrankenkassen 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 § 159 (neu) eine gesonderte Regelung für nicht geöffnete Krankenkassen.

B) Stellungnahme

Die verbesserte Übersichtlichkeit wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 163 – Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 163 (neu) werden die bisherigen Regelungen nach § 172 zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen weiterentwickelt.

Die Verpflichtung nach § 172 Absatz 1, die Verbände der beteiligten Krankenkassen vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung, Auflösung oder Schließung zu hören, weil organisationsrechtliche Änderungen Einfluss auf das Risiko der Haftung bei Schließung oder Insolvenz haben könnten, wird vor dem Hintergrund des Wegfalls der vorrangigen Haftung der Kassenart gestrichen. Die Mitwirkung des GKV-Spitzenverbandes werde im Rahmen der Weiterentwicklung der Haftungsprävention nach § 163 gestärkt, sodass die Streichung der Anhörungsverpflichtung auch diesen umfassen könne. Ein ausreichender Informationsaustausch zwischen den Krankenkassen, den Aufsichtsbehörden und dem GKV-Spitzenverband sei sichergestellt.

Das bisher in § 172 Absatz 2 geregelte Verfahren zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Krankenkassen und die notwendigen Informationspflichten gegenüber den Aufsichtsbehörden sollen effizienter gestaltet werden. Die Meldung aller Krankenkassen an die zuständige Aufsichtsbehörde, die in der letzten Vierteljahresrechnung ein negatives Rechnungsergebnis größer als 0,5 Prozent der durchschnittlichen Gesundheitsfondszuweisungen aufweisen (sog. Schwellenwertmeldung), wird gestrichen, da diese Meldungen zu einem hohen Anteil Krankenkassen betrafen, bei denen keine Bedrohung der dauerhaften wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit vorlag.

Der GKV-Spitzenverband hat ein seit Jahren genutztes Modell zur Identifikation potenziell in ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit gefährdeter Krankenkassen etabliert. Dieses Verfahren berücksichtigt die in § 163 (neu) nunmehr vorgegebenen Mindestkennzahlen zur Beurteilung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (Vermögen, Rechnungsergebnis, Liquidität und Versichertenentwicklung der Krankenkassen) und kann vom GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung weiterer Kennzahlen und ggf. Gewichtung der Kennzahlen in eigener Obliegenheit weiter ausgestaltet werden. Über die Ergebnisse seiner Bewertung auf der Grundlage dieses Modells soll der GKV-Spitzenverband die Krankenkassen regelmäßig informieren.

Wenn dieses Modell eine potenzielle Gefährdung der Leistungsfähigkeit aufzeigt, fordert der GKV-Spitzenverband von der betreffenden Krankenkasse ergänzende Unterlagen und Auskünfte an, die er für eine Beurteilung der dauerhaften wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit für

erforderlich hält. Zur Verwaltungsvereinfachung und Beschleunigung des Verfahrens kann der GKV-Spitzenverband zukünftig die notwendigen Unterlagen von den Krankenkassen auch elektronisch und in einer bestimmten Form verlangen.

Erst wenn der GKV-Spitzenverband die dauerhafte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse für bedroht hält, hat er diese über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten und umgehend die Aufsichtsbehörde über die finanzielle Situation, die Ergebnisse und Bewertungen der Überprüfung und die vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterrichten.

Um für die Krankenkassen Transparenz über das auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben vorgesehene Verfahren zu gewährleisten, veröffentlicht der GKV-Spitzenverband die Verfahrensdarstellung in seiner Satzung.

Die Regelung des § 172 Absatz 3 zur Zwangsvereinigung einer Krankenkasse, bei der nur durch Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse eine Schließung oder die Insolvenz vermieden werden kann, bleibt mit § 163 Absatz 3 (neu) unverändert bestehen.

B) Stellungnahme

Gegen eine Streichung der Anhörung der Verbände der betroffenen Krankenkassen vor Errichtung, Öffnung, Auflösung und Schließung bestehen keine Bedenken. Soweit die Anhörung dem Zweck dient, die Auswirkungen der organisationsrechtlichen Veränderungen auf das Haftungsrisiko durch Schließung oder Insolvenz zu berücksichtigen, kann auf diese – mit Ausnahme der Anhörung zu einer freiwilligen Vereinigung nach § 155 (neu) – verzichtet werden. Im Falle der Errichtung und Öffnung fehlt es letztlich an elementaren Informationsgrundlagen zur Bewertung ihrer Tragfähigkeit. Im Falle der Auflösung und Schließung lassen wiederum die gesetzlichen Vorgaben, wann diese zu erfolgen hat, keinen entscheidungserheblichen Bewertungsspielraum mehr, sobald die Voraussetzungen erfüllt sind.

Für den Fall der freiwilligen Vereinigung hingegen kann auf eine Anhörung des GKV-Spitzenverbandes nicht verzichtet werden, da bereits im Vorfeld solcher Organisationsveränderungen auf den Erhalt und die Bildung von leistungsfähigen Krankenkassen hingewirkt werden muss und hierbei insbesondere die Tragfähigkeit der neuen Krankenkasse zu überprüfen ist. Nach neuer Rechtslage wäre dem GKV-Spitzenverband lediglich die Möglichkeit gegeben, bei geplanten Vereinigungen mit Beteiligung einer in ihrer Leistungsfähigkeit bereits gefährdeten Krankenkasse eine Stellungnahme abzugeben. Der GKV-Spitzenverband regt an, die Verpflichtung zur Anhörung vor einer freiwilligen Vereinigung in den § 155 (neu) zu integrieren.

Die Streichung der sog. Schwellenwertmeldung des GKV-Spitzenverbandes an die Aufsichtsbehörden (Meldung aller Krankenkassen mit einem Überschuss der Ausgaben über die Einnahmen, der 0,5 Prozent der durchschnittlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds übersteigt) wird ausdrücklich begrüßt. Tatsächlich realisierten in den vergangenen zehn Jahren überwiegend Krankenkassen Ausgabenüberschüsse, deren wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nicht gefährdet ist. Der Einsatz von vorhandenem Vermögen zur Senkung oder Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes führt zwangsläufig zu einem Überschuss der Ausgaben über die Einnahmen, und ist, entsprechendes Vermögen vorausgesetzt, ein Zeichen einer zwischenzeitlich gegebenen besonderen Leistungsfähigkeit.

Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband in der Vergangenheit ein über die Betrachtung des aktuellen Rechnungsergebnisses deutlich hinausgehendes, sogenanntes Scoring-Modell entwickelt, das geeignet ist, in ihrer dauerhaften wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit potenziell gefährdete Krankenkassen zu identifizieren. Bei diesen ist in einem zweiten Schritt eine vertiefende individualisierte Analyse der Leistungsfähigkeit durchzuführen. Die Erfahrung mit diesem seit mehreren Jahren praktizierten zweistufigen Vorgehen zeigt, dass es zum Zweck der Haftungsprävention zeitlich ausreichend ist, wenn die zuständige Aufsichtsbehörde vom GKV-Spitzenverband informiert wird, sobald dieser die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse auf der Grundlage dieser weitergehenden Analyse für gefährdet hält. Die Ergebnisse aus dem Scoring-Modell teilt der GKV-Spitzenverband bereits heute allen Krankenkassen zu jeder Vierteljahresrechnung (KV45) und Jahresrechnung (KJ1) mit. Insoweit bildet die neue gesetzliche Vorschrift lediglich das bereits praktizierte Verfahren ab.

Die zur Verwaltungsvereinfachung und zur Beschleunigung der Verfahren neu geregelte Möglichkeit, Unterlagen von Krankenkassen auch elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung gestellt zu bekommen, wird allerdings durch die mit § 163 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 eingeräumte Option der Krankenkassen geschwächt, dem Spitzenverband lediglich eine Einsichtnahme in angeforderte Unterlagen in ihren Räumlichkeiten zu gestatten. Diese Option sollte daher gestrichen werden.

Die Regelungen aus dem § 172 Absatz 2 Satz 5 und 6 sowie des Absatzes 3 werden ohne Änderungen in den neuen § 163 Absatz 2 und 3 übernommen. Eine erhöhte Transparenz durch Veröffentlichung des Verfahrens der Haftungsprävention nach § 163 (neu) in der Satzung des GKV-Spitzenverbandes ist sachgerecht.

Für in ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bedrohte Krankenkassen tritt durch den Wegfall der Kassenartenhaftung und die Neuregelung in § 163 zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen insgesamt eine deutliche Verschlechterung ein, da davon

auszugehen ist, dass sämtliche haftungspräventiven Aktivitäten der Kassenartenverbände (z. B. die Einrichtung von Sanierungsgremien, die Durchführung von Haftungsbeiratssitzungen oder die Einbindung externer Unternehmensberatungen) teilweise bzw. sogar gänzlich entfallen werden und der Gesetzentwurf hierzu keine Kompensation vorsieht.

Bisher haben die Kassenarten als Haftungsverbände mit eigenen Sicherungssystemen gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband dafür Sorge getragen, dass Schließungen und Insolvenzen von Krankenkassen vermieden werden. Diese doppelte Absicherung wird durch den Wegfall der Primärhaftung der Kassenart aufgegeben. Die finanzielle Stabilität der GKV als Ganzes wird dadurch nicht verbessert.

Das in § 163 Absatz 1 und 2 (neu) geregelte Verfahren zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Krankenkassen entspricht der seit Jahren geübten Praxis des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen seiner bisherigen gesetzlichen Aufgaben nach § 172 Absatz 2. Durch die Aufnahme der beim GKV-Spitzenverband bereits praktizierten Verfahren in die gesetzliche Regelung wird die Mitwirkung des GKV-Spitzenverbandes in der Haftungsprävention – anders als in der Gesetzesbegründung dargestellt – weder gestärkt, noch effizienter gestaltet. Die Übernahme der bisherigen haftungspräventiven Maßnahmen der Kassenartenverbände durch den GKV-Spitzenverband würde letztlich eine in Personalkapazitäten schwer vorhaltbare, intensive Unterstützung im operativen Kassengeschäft bedeuten, die mit der wettbewerbsneutralen Rolle des GKV-Spitzenverbandes nicht vereinbar wäre.

C) Änderungsvorschlag

Auf den Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nr. 12, § 155 Absatz 1, wird verwiesen.

In Artikel 5 Nr. 12 wird § 163 Absatz 1 Satz 4 wie folgt gefasst:

„Bewertet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse als gefährdet, so hat die Krankenkasse dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die dieser zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich hält.“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 164 – Vorübergehende finanzielle Hilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 164 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 265a. Durch die Abschaffung der primären Haftung der jeweils betroffenen Kassenart und dem damit verbundenen Wegfall der wirtschaftlichen Anreize für freiwillige kassenarteninterne Finanzhilfen soll die entsprechende Regelung in § 265b gestrichen werden. Im neuen § 164 wird nun bestimmt, dass der GKV-Spitzenverband nicht nur im Rahmen von Vereinigungen zur Abwendung von Haftungsrisiken, sondern auch für die Erhaltung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse finanzielle Hilfen gewähren kann. Dies soll insbesondere dann der Fall sein, wenn zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen kurzfristig und vorübergehend finanzielle Mittel benötigt werden. Außerdem wird ergänzend geregelt, dass der GKV-Spitzenverband zur Zwischenfinanzierung benötigter Finanzmittel ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 350 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufnehmen kann.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Abschaffung der Primärhaftung durch die jeweils betroffene Kassenart ab (siehe Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 12, § 166). Infolgedessen wird auch die Streichung des § 265b (Freiwillige finanzielle Hilfen; siehe Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 19) abgelehnt. Die ausreichend geleistete Hilfe nach § 265b sollte unverändert zwingende Voraussetzung für die Gewährung von Finanzhilfe zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse sein und bei der Aufbringung der Finanzhilfe angemessen berücksichtigt bleiben.

Die Ergänzung des § 164 in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 um die Möglichkeit der Gewährung von Finanzhilfen für die Erhaltung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse stellt im Falle der Hilfestellung einen unmittelbaren Eingriff des GKV-Spitzenverbandes in den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen dar und wird daher abgelehnt.

Die in der Gesetzesbegründung angeführte Fallkonstellation einer kurzfristigen und vorübergehenden Überbrückung von Liquiditätsengpässen bei Krankenkassen ist zudem in der Praxis ausgeschlossen, da im Zusammenhang mit den Buchungs- und Bilanzierungsbestimmungen für die GKV Liquiditätsengpässe erst bei einer bereits bestehenden Überschuldung auftreten können.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nr. 12 wird § 164 wie folgt geändert:

Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen an Krankenkassen vorzusehen, die für notwendig erachtet werden, um Vereinigungen von Krankenkassen zur Abwendung von Haftungsrisiken zu erleichtern oder zu ermöglichen.“

In Absatz 1 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„In der Satzung ist vorzusehen, dass die Hilfen nur gewährt werden, wenn finanzielle Hilfe nach § 164a in ausreichender Höhe gewährt wird.“

In Absatz 4 wird die Angabe „§ 265b“ durch die Angabe „§ 164a“ ersetzt. [Siehe hierzu Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 19].

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 165 – Abwicklung der Geschäfte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 165 regelt die Abwicklung der Geschäfte nach Auflösung oder Schließung von Krankenkassen und entspricht dem bisherigen § 155 Absatz 1 bis 3.

B) Stellungnahme

Die Regelungen des bisherigen § 155 Absatz 1 bis 3 wurden unverändert übernommen und sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 166 – Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung und Schließung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 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.

Die vorrangige Haftung der Krankenkassen derselben Kassenart wird gestrichen. Künftig soll die Gemeinschaft aller Krankenkassen direkt für die Verpflichtungen einer aufgelösten, geschlossenen oder insolventen Krankenkasse einstehen. 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 § 166 (neu) eine gesonderte Regelung für nicht geöffnete Krankenkassen. Absatz 2 Satz 4 stellt klar, dass die Haftungsregelung nach Satz 3 auch bei Vereinigungsverfahren zwischen einer betriebsbezogenen Betriebskrankenkasse mit einer anderen Krankenkasse Anwendung findet. So wird sichergestellt, dass sich der Arbeitgeber einer Betriebskrankenkasse auch in diesen Fällen nicht der Haftung entziehen kann.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Abschaffung der Primärhaftung durch die jeweils betroffene Kassenart ab. Bei einer Neugestaltung des Haftungssystems sollte an erster Stelle das Ziel stehen, Schließungen oder Insolvenzen von Krankenkassen möglichst zu vermeiden. Die Haftungsprävention muss im Interesse der Versicherten einer von Schließung oder Insolvenz bedrohten Krankenkasse sowie zum Erhalt des Vertrauens der Menschen in die Funktionsfähigkeit und Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung im Mittelpunkt stehen.

Das bestehende System der Kassenartenhaftung setzt die ökonomischen Anreize so, dass für die betroffene Haftungsgemeinschaft ein homogenes Interesse am Erhalt einer gefährdeten Krankenkasse besteht. Da die drohende Mithaftung für über Jahre anfallende Schließungskosten jedes Mitglied der Haftungsgemeinschaft gegenüber den Krankenkassen der übrigen

Kassenarten im Wettbewerb schlechter stellte, wird die Gewährung von Finanzhilfen und/oder die personelle/ finanzielle Unterstützung einer Rettungsfusion für alle Mitglieder der Haftungsgemeinschaft zur ökonomisch zu favorisierenden Option. Gegenwärtig haben die Kassenarten daher ein homogenes Interesse an der Vermeidung von Schließungen oder Insolvenzen, setzen sich innerhalb ihrer Kassenart für den Erhalt ihrer „Schwesterkassen“ ein und unterstützen wirtschaftlich tragfähige Vereinigungen. Bei einer direkten Haftung durch alle Krankenkassen würde dieser Anreiz erheblich gemindert werden. Eine Schließung würde für alle Krankenkassen zu einer mitgliederbezogen gleichen Belastung führen, sodass sich die relativen Wettbewerbspositionen der Krankenkassen untereinander nicht verändern würden. Der ökonomische Anreiz, sich für den Erhalt oder die Vereinigung eines von Schließung bedrohten Wettbewerbers auszusprechen und hierfür Finanzmittel zur Verfügung zu stellen, würde deutlich geschwächt oder ginge gar verloren. Da sich eine Krankenkassenschließung nicht mehr nachteilig im Wettbewerb auswirkt, ist zudem eine wachsende Bereitschaft zu befürchten, das Ausscheiden von Wettbewerbern durch Schließung ggf. sogar als wünschenswert anzusehen, zumal deren Versicherte dann eine neue Krankenkasse wählen müssen.

Seit 2011 hat der GKV-Spitzenverband jährlich im Durchschnitt rd. zehn (in aller Regel wechselnde) Krankenkassen als potenziell in ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit gefährdet eingestuft und beratend unterstützt; wesentlicher Erfolgsfaktor zur Vermeidung von Kassenschließungen war die im Haftungsverbund gegebene Bereitschaft, Schließungen vorrangig durch Rettungsvereinigungen zu vermeiden. 22 in dieser Zeit erfolgte Krankenkassenvereinigungen waren Rettungsvereinigungen innerhalb des jeweiligen Haftungsverbundes und sind Beleg dafür, dass der Haftungsverbund eine wichtige unterstützende Rolle spielt. Vor dem Hintergrund dieser praktischen Erfahrungen in der Haftungsprävention und mit Blick auf die weitere Sicherstellung der Stabilität des GKV-Systems plädiert der GKV-Spitzenverband für den Erhalt der Primärhaftung der Kassenarten bei Auflösungen, Schließungen und Insolvenzen.

Die Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse (KKInsoV) soll nach Artikel 5 Nr. 12 abgeschafft und in den § 167 (neu) überführt werden. Dies wird grundsätzlich aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und Transparenz begrüßt. Infolge der Forderung nach Erhalt der Primärhaftung der Kassenarten bedarf es jedoch unverändert einer gesetzlichen Konkretisierung, wann eine Überforderung der vorrangig haftenden Kassenart gegeben ist. Um eine rechtssichere Geltendmachung nicht gedeckter Beträge gegenüber den nicht zur haftenden Kassenart gehörenden Krankenkassen sicherzustellen, regt der GKV-Spitzenverband eine gesetzliche Konkretisierung in § 166 an, die sich an der bisherigen Regelung der KKInsoV orientiert, jedoch abweichend von dieser eine für den Schließungs-, Auflösungs- und Insolvenzfall einheitliche Schwelle der Überforderung definiert

(siehe auch die Stellungnahme zu Artikel 5, Nr. 12, §§ 167 und 169). Auf die Regelung in § 166 (neu) ist insoweit in § 169 (neu) zu verweisen. Die in der KKInsoV vorgesehene Orientierung des Schwellenwertes an einem Anteil von 2,5 Prozent der Zuweisungen der betroffenen Kassenart aus dem Gesundheitsfonds ist grundsätzlich sachgerecht, sollte sich nach Einführung eines Risikopools jedoch nicht mehr auf die Zuweisungen nach Durchführung des Schlussausgleichs beziehen. Mit der Einführung des Risikopools sind die Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben um die im Risikopool erstatteten Beträge zu bereinigen. Damit fallen die als Bezugsgröße des Schwellenwertes herangezogenen Zuweisungen zukünftig um mehrere Milliarden Euro geringer aus als bislang. Da hingegen bei der Durchführung des monatlichen Abschlagsverfahrens zum Risikostrukturausgleich keine Berücksichtigung des Risikopools erfolgt, und somit die Zuweisungen nicht um die Ausgleichsbeträge aus dem Risikopool bereinigt werden, sollte sich die Ermittlung des Schwellenwertes auf das Zwölfwache der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds beziehen, das sich ausweislich des jüngsten in die Zukunft weisenden Zuweisungsbescheides des Bundesversicherungsamtes an die Krankenkassen der betroffenen Kassenart ergibt.

Der weiteren notwendigen Konkretisierung dient ferner die im Änderungsvorschlag enthaltene Orientierung an dem auf ein Haushaltsjahr entfallenden Haftungsbetrag, da nur dieser sinnvoll zu den auf ein Jahr bezogenen Einnahmen aus Gesundheitsfondszuweisungen in Bezug gesetzt werden kann.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nr. 12 wird § 166 Absatz 1 wie folgt gefasst:

„(1) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haften die übrigen Krankenkassen **der betroffenen Kassenart. Übersteigt der auf ein Haushaltsjahr entfallende Haftungsbetrag 2,5 Prozent des Zwölfwachen der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen der betroffenen Kassenart ohne die Zuweisungen nach § 270a, die der jüngste in die Zukunft weisende Zuweisungsbescheid des Bundesversicherungsamtes ausweist, macht der GKV-Spitzenverband den für das jeweilige Haushaltsjahr nicht gedeckten Betrag der Verpflichtungen bei allen Krankenkassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkasse geltend.**“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 167 – Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 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 konkretisieren die Berechnung der auf die haftenden Krankenkassen entfallenden Beträge.

Neu ist eine Berücksichtigung der finanziellen Leistungsfähigkeit anhand der Höhe vorhandener Finanzreserven. Grundsätzlich wird der Haftungsbetrag – wie bisher – über die Anzahl der Mitglieder der haftenden Krankenkassen aufgeteilt. Abweichend davon sollen ab einem Haftungsbetrag von 350 Millionen Euro vorrangig die Finanzreserven oberhalb des 1,0fachen einer Monatsausgabe zur Finanzierung der Verbindlichkeiten einer geschlossenen Krankenkasse herangezogen werden. Reichen diese als „überschüssig“ betrachteten Finanzreserven nicht aus, um die Verbindlichkeiten zu decken, werden weitere Finanzreserven oberhalb des 0,75fachen einer Monatsausgabe zur Deckung der Verbindlichkeiten herangezogen. Dadurch soll vermieden werden, dass Beitragszahler einzelner Krankenkassen über höhere Zusatzbeiträge belastet werden, solange andere Krankenkassen über hohe Reserven verfügen. Nach Heranziehung der „überschüssigen“ Finanzreserven noch ungedeckte Verbindlichkeiten werden wieder nach der Anzahl der Mitglieder verteilt.

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

B) Stellungnahme

Die Überführung der wesentlichen Regelungen zur Verteilung der Haftungssumme aus der Rechtsverordnung (KKInsoV) in das Sechste Kapitel des SGB V ist aus Gründen der besseren Nachvollziehbarkeit und Transparenz zu begrüßen.

Die Mittel zum Aufbau der Finanzreserven (Betriebsmittel, Rücklagen und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen) einer Krankenkasse wurden durch die Zahlung des satzungsmäßigen Zusatzbeitrags von ihren Mitgliedern aufgebracht. Soweit nach § 260 Absatz 2a Finanzreserven beim Überschreiten einer Höchstgrenze abzubauen sind,

müssen sie den Mitgliedern der jeweiligen Krankenkasse entweder durch eine Absenkung des Zusatzbeitragssatzes oder durch erweiterte Leistungen zugutekommen. Der vorgesehene Zugriff auf die Finanzreserven von Krankenkassen oberhalb des 0,75fachen einer Monatsausgabe zum Zweck der Vermeidung einer Zusatzbeitragssatzerhöhung anderer Krankenkassen wird abgelehnt. Ein solcher Zugriff stellte einen ungerechtfertigten Eingriff in die Finanzautonomie der betroffenen Krankenkassen dar und widerspräche den gesetzlichen Maßgaben über die Verwendung der Mittel nach §§ 88, 82 SGB IV i. V. m. §§ 260, 261 SGB V. Zudem ist zu bedenken, dass die von der Aufsicht genehmigten individuellen Höchstgrenzen gemäß § 260 Absatz 2 Satz 2 SGB V dem GKV-Spitzenverband für die Ermittlung der Beträge nach Absatz 2 nicht bekannt sind.

Aufgrund der Vorgaben des § 260 Absatz 2a zum Abschmelzen der Finanzreserven auf höchstens das 1,0-fache einer Monatsausgabe sieht der GKV-Spitzenverband keine praktische Relevanz in der zukünftigen Anwendung der im Entwurf vorgesehenen Inanspruchnahme von Finanzreserven oberhalb einer Monatsausgabe.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nummer 12 wird § 167 wie folgt gefasst (Änderungen hervorgehoben):

„(1) Die Erfüllung der Verpflichtungen nach § 166 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 3 kann nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden, der die Verteilung auf die einzelnen Krankenkassen vornimmt und die zur Tilgung erforderlichen Beträge von den Krankenkassen anfordert. Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Betrag wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen wie folgt ermittelt:

1. der aufzuteilende Betrag wird durch die Summe der Mitglieder aller Krankenkassen **der betroffenen Kassenart** geteilt;
2. das Ergebnis nach Nr. 1 wird mit der Zahl der Mitglieder jeder einzelnen Krankenkasse vervielfacht **und auf zwei Stellen nach dem Komma gerundet**; maßgebend ist die Zahl der Mitglieder, die von den Krankenkassen für den Monat, der dem Monat vorausgeht, in dem die Aufteilung durchgeführt wird, erfasst wird.

(2) Der GKV-Spitzenverband nimmt die Verteilung auf die einzelnen Krankenkassen der von **Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart bis zur Höchstgrenze nach § 166 Absatz 1 Satz 2 [siehe Änderungsvorschlag in der Stellungnahme] vor und fordert die zur Tilgung erforderlichen Beträge von diesen Krankenkassen an. Als Krankenkassen dieser Kassenart gelten für die Erfüllung der in § 166 Absatz 1 und § 169 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches**

Sozialgesetzbuch genannten Verpflichtungen auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten, die aus einer nach dem 1. April 2007 wirksam gewordenen kassenartenübergreifenden Vereinigung mit einer Krankenkasse der betroffenen Kassenart hervorgegangen sind. Bei den Krankenkassen nach Satz 2 wird die Zahl der Mitglieder für die Berechnung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 und 2 ermittelt, indem das Verhältnis der Mitgliederzahl der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen der betroffenen Kassenart am Tag der Stellung des Antrags auf Genehmigung der Vereinigung zu der Summe der Mitglieder der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen gebildet und auf die nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ermittelte Mitgliederzahl angewendet wird. War eine Krankenkasse nach Satz 2 an weiteren zeitlich nachfolgenden Vereinigungen beteiligt, ist das Verhältnis nach Satz 3 für jede Vereinigung neu zu ermitteln, indem es auf die Mitgliederzahl dieser Krankenkasse angewendet und das Ergebnis ins Verhältnis zur Mitgliederzahl aller an der jeweiligen Vereinigung beteiligten Krankenkassen gesetzt wird.

(3) Für Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach **§ 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4** enthält, wird der nach den Absätzen **1 und 2** ermittelte Betrag auf 20 Prozent dieses Betrages begrenzt. Die Summe der sich aus Satz 1 ergebenden Beträge wird auf die übrigen Krankenkassen gemäß Absatz 1 Satz 2 **Nummern 1 und 2** aufgeteilt.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die auf die einzelnen Krankenkassen nach den Absätzen 1 bis 3 entfallenden Beträge durch Bescheid geltend. Er kann Beträge zu unterschiedlichen Zeitpunkten fällig stellen und Teilbeträge verlangen. Die Krankenkasse hat die geltend gemachten Beträge innerhalb von zwei Monaten an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu überweisen. Der Spitzenverband kann eine kürzere Frist festlegen, wenn er hierauf zur Erfüllung seiner Zahlungsverpflichtungen angewiesen ist. Die Zahlung gilt mit der belastenden Wertstellung und Ausführung vor Bankannahmeschluss am jeweiligen Fälligkeitstag als erfüllt. Nach Überschreiten der Frist nach Satz 3 tritt ohne Mahnung Verzug ein. Im Falle des Verzugs sind Verzugszinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge und gegen ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrages ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt. Ein zum 31. Dezember eines Jahres noch nicht getilgter Darlehensbetrag ist bis zum 28. Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. Überschreitet der zum Ende

eines Kalendermonats festgestellte, für einen Schließungsfall aufgenommene Darlehensbetrag den Betrag von 50 Millionen Euro, ist dieser Betrag bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen. Die Inanspruchnahme eines Darlehens des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 168 – Personal

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 168 werden die Bestimmungen zu den Versorgungsansprüchen der dienstordnungsmäßigen Angestellten und übrigen Beschäftigten sowie zur Weiterbeschäftigung aus dem bisherigen § 164 Absätze 2 bis 4 insoweit zusammengeführt, als auf diesen bislang für die Ortskrankenkassen durch § 146a Satz 3, für Betriebskrankenkassen durch § 155 Absatz 4 Satz 9 und für Ersatzkassen durch § 171 Satz 1 verwiesen wurde. Eine Beschränkung bei der Verteilung des Personals einer geschlossenen Krankenkasse auf die betroffene Kassenart ist nicht mehr vorgesehen. Dass eine zumutbare Stelle zur Weiterbeschäftigung – wie bisher allein für Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen bestimmt – nur dann anzubieten ist, wenn das Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann, wird einheitlich auch für Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen geregelt.

B) Stellungnahme

Die für alle Kassenarten vereinheitlichte Verpflichtung zum Angebot zumutbarer Stellen nur für nicht ordentlich kündbare Beschäftigte ist sachgerecht.

Die Abschaffung des Vorrangs der Kassenartenhaftung wird abgelehnt (siehe die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 12, § 166). Demzufolge sind nur die Krankenkassen der von Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse betroffenen Kassenart zum Angebot von Stellen zu verpflichten.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nr. 12 werden in § 168 Absatz 2 Satz 1 und 2 jeweils nach dem Wort ‚Krankenkasse‘ die Wörter ‚der von der Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart‘ angefügt.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 169 – Haftung im Insolvenzfall

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 169 werden auch die Regelungen des bisherigen § 171d zur Haftung im Insolvenzfall in das Sechste Kapitel, Erster Abschnitt, Dritter Titel übertragen, wobei die Abschaffung der vorrangigen Haftungsverpflichtung der Krankenkassen derselben Kassenart nachvollzogen wird. Die bisherige Einbeziehung der Altersteilzeitverpflichtungen in die Haftung wird gestrichen, 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 des Vorrangs der Kassenartenhaftung wird abgelehnt (siehe Stellungnahme zu § 166). Deshalb ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes für den Fall der Insolvenz eine vorrangige Inanspruchnahme der übrigen Krankenkassen der Kassenart weiterhin vorzusehen.

Auch für den Fall der Insolvenz ist es sachgerecht, zum Schutz der haftenden Krankenkassen vor Überforderung eine Höchstgrenze der Haftung vorzusehen, ab der die übrigen Krankenkassen an der Finanzierung der jenseits dieser Grenze noch zu deckenden Verpflichtungen ebenfalls herangezogen werden. Für eine im Insolvenzfall gegenüber dem Fall der Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse abweichende Belastungsgrenze gibt es jedoch keine sachliche Rechtfertigung. Ferner bedarf es auch hier einer weiteren Konkretisierung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die für die Ermittlung der Obergrenze maßgeblich sind. Der GKV-Spitzenverband regt deshalb an, für die Haftung im Insolvenzfall auf die Regelungen des § 166 Absatz 1 (neu) zu verweisen. Die Streichung der Einbeziehung von Altersteilzeitverpflichtungen in die Haftung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nr. 12 werden in § 169 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 4 Satz 1 jeweils nach den Worten ‚der übrigen Krankenkassen‘ die Wörter ‚der Kassenart‘ angefügt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.12.2019
zu dem Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG), Bundestagsdrucksache 19/15662
Seite 67 von 176

In Absatz 4 (neu) wird der zweite Satz wie folgt ersetzt:

„§ 166 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“ [siehe Änderungsvorschlag in der Stellungnahme zu Artikel 5, Nr. 12, § 166]

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.12.2019
zu dem Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG), Bundestagsdrucksache 19/15662
Seite 68 von 176

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 170 – Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 170 entspricht dem bisherigen § 171e.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine reine Neunummerierung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 173 – Allgemeine Wahlrechte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die nach der Satzung mögliche räumliche Begrenzung der Wählbarkeit von Ersatzkassen wird aufgehoben, da alle bestehenden Ersatzkassen bereits bundesweit wählbar sind. Mit Hinweis auf den bundesweiten Zuständigkeitsbereich aller Ersatzkassen wird ferner das besondere Wahlrecht für Studierende, eine für den Sitz der Hochschule zuständige Ersatzkasse wählen zu können, aus Gründen der Redundanz gestrichen. Des Weiteren werden gesetzestechnische Bereinigungen vorgenommen, die dem Umstand Rechnung tragen, dass die bestehenden Innungskrankenkassen bereits geöffnete Versicherungsträger sind und zudem keine neuen Innungskrankenkassen gegründet werden können. Die in Absatz 3 Satz 2 bis 5 enthaltenen Regelungen zur Öffnung von Betriebskrankenkassen werden aus systematischen Gründen in die Vorschriften zum Organisationsrecht der Krankenkassen verschoben.

B) Stellungnahme

Die Änderungen, die sich im Wesentlichen als Bereinigungen und redaktionelle Folgeänderungen zur Weiterentwicklung des Organisationsrechts darstellen, sind sachgerecht.

Aus Gründen der Rechtsbereinigung wäre zu erwägen, die besonderen Wahlrechte für Beschäftigte und ehemalige Beschäftigte von Innungskrankenkassen (§ 174 Absatz 2) sowie von Personen, die bei einem Verband der Innungskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren (§ 174 Absatz 3), zu streichen, da sie mit Blick auf die Öffnung aller Innungskrankenkassen keine eigenständige Bedeutung mehr haben.

Ferner ist der Klammerhinweis in § 175 Absatz 3a Satz 1 auf die Stellung des Insolvenzantrags durch die Aufsichtsbehörde angesichts der Neufassung des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

zu § 173 keiner

Folgeänderungen:

In Artikel 5 werden nach der Nummer 13 die folgenden Nummern 13a und 13 b eingefügt:

13a. § 174 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 werden die Wörter „Betriebs- oder Innungskrankenkasse“ durch das Wort „Betriebskrankenkasse“ ersetzt.

b) In Absatz 3 werden die Wörter „Betriebs- oder Innungskrankenkassen“ durch das Wort „Betriebskrankenkassen“ und die Wörter „Betriebs- oder Innungskrankenkasse“ durch das Wort „Betriebskrankenkasse“ ersetzt.

13b. In § 175 Absatz 3a Satz 1 wird die im Klammerzusatz enthaltene Angabe „§ 171b Absatz 3 Satz 1“ durch die Angabe „§ 160 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 Buchstabe a)

§ 217b Absatz 2 – Organe des GKV-Spitzenverbandes – Vorstand

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes besteht nach § 217b Absatz 2 Satz 2 aus höchstens drei Personen. Mit der vorgesehenen Neuregelung wird bestimmt, dass dem Vorstand künftig mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören muss, wenn er aus mehreren Personen besteht.

B) Stellungnahme

Die angemessene Vertretung von Frauen und Männern in seinen ehren- wie hauptamtlichen Organen ist ein originäres Ziel des GKV-Spitzenverbandes.

Dem dreiköpfigen Vorstand des GKV-Spitzenverbandes gehören bereits seit seiner erstmaligen Besetzung im Gründungsjahr 2007 mindestens eine Frau und mindestens ein Mann an. Bis zum 30. Juni 2019 wurde der Vorstand von einer Frau und zwei Männern gebildet; seit dem 1. Juli 2019 besteht der Vorstand aus zwei Frauen und einem Mann.

Vor diesem Hintergrund ist eine spezifische Regelungsnotwendigkeit allein für den GKV-Spitzenverband nicht zu erkennen. Ungeachtet der grundsätzlichen Sachgerechtigkeit der Neuregelung erschließt sich nicht, weshalb Vorgaben zur Berücksichtigung der Geschlechter bei der Besetzung des Vorstandes ausschließlich für den GKV-Spitzenverband und nicht für die übrigen Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens geschaffen werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 Buchstabe b)

§ 217b Absatz 4 bis 6 – Organe des GKV-Spitzenverbandes – Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beim GKV-Spitzenverband soll als zusätzliches gesetzliches Organ ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) gebildet werden. Im Wesentlichen wird für dieses Organ das Folgende bestimmt:

- Der LKA setzt sich zusammen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Knappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkasse (insgesamt 10 Mitglieder).
- Die Mitglieder des LKA werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im GKV-Spitzenverband gewählt; ihr Stimmenanteil bemisst sich nach den Versicherungszahlen der Mitgliedskassen ihrer Kassenarten.
- Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen bedürfen der Zustimmung des LKA; der LKA kann im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten.
- In besonders zu begründenden Fällen kann der Vorstand von der Entscheidung des LKA abweichen oder, wenn keine Einigung innerhalb angemessener Frist zustande gekommen ist, ohne dessen Zustimmung entscheiden.
- In einer Geschäftsordnung kann der LKA das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat regeln.
- Der LKA kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben.
- Fordert der Verwaltungsrat mit der Mehrheit seiner Stimmen eine Stellungnahme des LKA an, muss der LKA die angeforderte Stellungnahme abgeben.
- Mitglieder des LKA sind berechtigt, an nicht-öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilzunehmen.

B) Stellungnahme

Mit der von der Bundesregierung vorgesehenen Organisationsreform handelt der Gesetzgeber widersprüchlich. Einerseits ist festzustellen, dass der Gesetzgeber – auch mit dem vorliegenden Gesetzentwurf und weiteren laufenden Gesetzesvorhaben – stetig das Aufgabenspektrum des GKV-Spitzenverbandes erweitert und neue Aufgaben vielfach mit der Vorgabe sehr kurzer Umsetzungsfristen verbindet. Insofern setzt der Gesetzgeber auf die Gestaltungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes innerhalb des Gesundheitswesens. Andererseits würde der Gesetzgeber mit der vorgesehenen Schaffung eines zusätzlichen Entscheidungsgremiums, dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss, die Aufgabenwahrnehmung des GKV-Spitzenverbandes durch die bestehenden Organe Verwaltungsrat und Vorstand behindern. Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen erheblichen Kompetenzeinschränkungen für Verwaltungsrat und Vorstand werden daher abgelehnt.

In ihrer Koalitionsvereinbarung haben sich CDU/CSU und SPD auf das politische Ziel verständigt, die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu stärken. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Schaffung eines mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten LKA bewirkt mit Blick auf die soziale Selbstverwaltung das Gegenteil. Entsprechend stößt dieser Vorschlag bei den Spitzenorganisationen der Sozialpartner, insbesondere DGB und BDA, auf berechnete Kritik und Ablehnung. Denn im Ergebnis führen die vorgesehenen Änderungen dazu, dass

- die Sozialpartnerschaft als Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung entwertet wird,
- die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes auf der operativen, aber auch auf der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt wären – letztlich wird ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert,
- ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-Spitzenverbandes nicht durchgängig gewährleistet ist,
- Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes und damit in der Folge auch der gemeinsamen Selbstverwaltung häufiger verzögert oder blockiert werden können.

Dabei richtet sich die Kritik der Sozialpartner und des GKV-Spitzenverbandes allein gegen die Schaffung eines zusätzlichen Entscheidungsgremiums. Die fachliche Expertise aus dem operativem Geschäft der Mitgliedskassen wird selbstverständlich bei den Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes benötigt und schon heute umfassend genutzt.

Wirkung der vorgesehenen Neuregelung im Verhältnis zum Verwaltungsrat

Durch die Etablierung eines mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten LKA wird der durch die Sozialwahl legitimierte, von den Sozialpartnern getragene, paritätische Verwaltungsrat in seinen Befugnissen erheblich eingeschränkt. Nach geltendem Recht hat der Verwaltungsrat den Vorstand zu überwachen und alle Entscheidungen zu treffen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind (§§ 197, 217b Abs. 1 Satz 3 SGB V). Dies bedeutet, dass der Verwaltungsrat mit seinen Entscheidungen Vorgaben oder Leitplanken für das operative Handeln des Vorstandes setzt. Diese klare Kompetenzzuweisung steht im Widerspruch zu der vorgeschlagenen Kompetenz des LKA, wonach dieser allen „versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbaren Entscheidungen“ zustimmen muss.

Im Ergebnis kann der LKA Entscheidungen des Verwaltungsrates von grundsätzlicher versorgungspolitischer Bedeutung im Verhältnis zum Vorstand jederzeit blockieren.

Wirkung der vorgesehenen Neuregelung im Verhältnis zum Vorstand

Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes hat nach geltendem Recht den Spitzenverband zu verwalten und umfassend gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten (siehe § 217b Abs. 2 Satz 4 SGB V). Der Vorstand hat damit eigenständig das gesamte operative Geschäft des Verbandes zu verantworten.

Durch die vorgesehene Neuregelung wird die Gestaltungskompetenz des Vorstandes wesentlich eingeengt. Das in § 217b Abs. 5 Satz 1 n. F. vorgesehene Zustimmungserfordernis ist derart umfassend, dass – bei stringenter Übernahme der gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsmöglichkeiten durch den LKA – wenig Raum bleibt für eigenständige, verantwortungsbewusst abgewogene Entscheidungen des Vorstands. Die Kernaufgabe des Vorstands, die verantwortliche Führung des operativen Geschäfts, wird wesentlich eingeschränkt. Dieser Bewertung steht nicht entgegen, dass der LKA im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten kann oder in einer Geschäftsordnung das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung festlegen und damit auch seine Beteiligungsrechte begrenzen könnte. Denn über die Geschäftsordnung bestimmt der LKA selbst, wenn auch im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat.

Handlungsfähigkeit gefährdet

In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber dem GKV-Spitzenverband wiederholt komplexe Aufträge mit knappen Fristen übertragen, die in der Regel in Verhandlungen innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung umzusetzen waren. Mit dem Zustimmungserfordernis

entstünde das Risiko, dass diese Aufgaben nicht innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Fristen erfüllt werden können. Gerade bei Vertragsverhandlungen erweist es sich häufig als hinderlich, wenn mühsam ausgehandelte Kompromisse unter einem generellen Gremienvorbehalt stehen und daher keine verbindlichen Zusagen getroffen werden können. Den Kern der gemeinsamen Selbstverwaltung bildet der kompromissorientierte Ausgleich der jeweiligen Interessen bei der fristgerechten Umsetzung von gesetzlichen Aufträgen. Dieses Prinzip wird durch das Zustimmungserfordernis geschwächt.

Mit Fragen der Kompetenzen und Handlungsfähigkeit des Vorstandes hat sich bereits das BSG befasst (B 6 KA 48/12 R). Danach würde eine Beschränkung des Vorstandes – in diesem Fall einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung – in seinem Vertretungsrecht dazu führen, dass dieser beim Abschluss von Verträgen faktisch kaum handlungsfähig wäre bzw. seiner Eigenschaft als ernsthafter Verhandlungspartner bei dem Zustandekommen der gesetzlich vorgesehenen Verträge beraubt würde. Auch vor diesem Hintergrund ist das vorgesehene Zustimmungserfordernis nicht haltbar.

Wettbewerbsperspektive im LKA

Als Verband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen gestaltet der GKV-Spitzenverband die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge erfolgt entsprechend aus einer Systemperspektive heraus. Dies bedingt damit eine wettbewerbsneutrale Position bei Entscheidungen mit Wirkung für die einzelnen Kranken- und Pflegekassen.

Mit dem LKA werden Vorstandsmitglieder von Krankenkassen mit weitreichenden Entscheidungsrechten in der Governance-Struktur des GKV-Spitzenverbandes verankert, die aufgrund ihrer gesetzlichen Aufgaben wettbewerbliche Interessen verfolgen müssen. Ihre Kernaufgabe ist es, ihre Krankenkasse im Wettbewerb mit den konkurrierenden Krankenkassen erfolgreich auszurichten. Naturgemäß wird ihre Arbeit am Erfolg ihrer Krankenkasse gemessen. Die Interessenlagen können aber innerhalb der Krankenkassenlandschaft voneinander abweichen. Die Hervorhebung der Wettbewerbsperspektive mit der Etablierung des mit weitreichenden Entscheidungsrechten ausgestatteten LKA erschwert die für die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes dringend notwendige Einnahme der Systemperspektive.

Rechtsnormen nicht klar und widerspruchsfrei

Der Gesetzgeber ist grundsätzlich gehalten, Gesetzesnormen entsprechend des Grundsatzes der Normenklarheit zu setzen. Die vorliegende Regelung widerspricht diesem Grundsatz. Die Regelung in § 217b Abs. 5 Satz 1 n. F. stellt keine klare, abgrenzbare Aufgabenzuweisung an den LKA dar. Die gewählte Formulierung lässt eine unbeschränkte Ausdehnung des Veto-rechts des LKA auf Entscheidungen des Vorstandes (und auch des Verwaltungsrates) zu. Eine Abgrenzung der vom Verwaltungsrat zu treffenden Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung (§ 197 Absatz 1 Nummer 1b SGB V) von den in § 217b Absatz 5 Satz 1 SGB V n. F. genannten „versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen“ ist schwerlich möglich.

Ergebnis

Die Intention des Gesetzgebers bei der Schaffung des GKV-Spitzenverbandes war es, für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst sachgerechte und zügige Entscheidungen im Interesse des Gesamtsystems zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband hat diesen Anspruch bisher erkennbar überzeugend erfüllt. Die vorgesehene Neuregelung führt dazu, dass die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes auf der operativen, aber auch auf der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt wären – letztlich wird sogar ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert. Damit ist ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-Spitzenverbandes nicht durchgängig gewährleistet.

Die vorgesehene Neuregelung ist daher in dieser Form abzulehnen.

Alternativvorschlag

Wenn und soweit der Gesetzgeber an der Schaffung eines neuen zusätzlichen Organs im GKV-Spitzenverband festhält mit dem Ziel, eine stärkere organisatorische Verbindung der operativen, hauptamtlichen Ebene der einzelnen Krankenkassen und der operativen Entscheidungsebene des Verbandes bei Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben zu erreichen, so schlägt der GKV-Spitzenverband hilfsweise auf der Basis der Formulierungen des Gesetzentwurfs die nachfolgende Alternativregelung vor.

Der Alternativvorschlag stellt sicher, dass einerseits die Entscheidungsrechte des Verwaltungsrates im GKV-Spitzenverband gewahrt werden, andererseits die operative Handlungsfähigkeit des Vorstandes erhalten bleibt.

Zur stärkeren Einbindung der Vorstände der Mitgliedskassen in das operative Geschäft des GKV-Spitzenverbandes bildet der Verwaltungsrat zur Beratung des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA). Vor Entscheidungen des Vorstandes zu Versorgungs- und Vergütungsverträgen soll der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss Empfehlungen abgeben. Der Vorstand soll diese Empfehlungen bei seinen Entscheidungen berücksichtigen; weicht er von den Empfehlungen des LKA ab, hat er dies zu begründen. Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung des LKA sollte der Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung bestimmen.

Mit Blick auf die hier vorgeschlagene Konzeption eines einflussreichen Beratungsgremiums sollte dieses sachgerechter Weise auch als „Beratungs- und Koordinierungsausschuss“ (BKA) bezeichnet werden. Im Folgenden wird gleichwohl die in Artikel 5 Nr. 14 Buchstabe b) des Gesetzentwurfs verwendete Bezeichnung „Lenkungs- und Koordinierungsausschuss“ (LKA) beibehalten.

Um die Transparenz innerhalb der Mitgliedschaft des GKV-Spitzenverbandes und die Vertretung der nicht unmittelbar im LKA vertretenen Mitgliedskassen hinreichend sicherzustellen, können dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss zusätzlich je eine weitere Vertreterin oder ein weiterer Vertreter der Vorstandsebene der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie der Ersatzkassen angehören.

Mit der Etablierung eines solchen LKA würde eine noch stärkere Einbindung der Vorstände der Mitgliedskassen in das operative Geschäft des GKV-Spitzenverbandes ermöglicht und zugleich sichergestellt, dass die Kompetenzen des Verwaltungsrates nicht tangiert werden sowie die operative Handlungsfähigkeit des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes erhalten bleibt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 14 Buchstabe b) wird gestrichen.

Hilfsweise wird vorgeschlagen Artikel 5 Nummer 14 Buchstabe b) wie folgt zu fassen (Änderungen zur Fassung des Gesetzentwurfs hervorgehoben):

b) Die folgenden Absätze 4 bis 6 werden angefügt:

„(4) ¹Der Verwaltungsrat bildet zur Beratung des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss. ²Die Amtsdauer entspricht derjenigen des Vorstandes. ³Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss setzt sich zusammen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und

der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse. ⁴Kann eine Besetzung nach den Vorgaben des **Satz 3** nicht erfolgen, bleibt der entsprechende Sitz frei. ⁵**Dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss können zusätzlich je eine weitere Vertreterin oder ein weiterer Vertreter auf hauptamtlicher Vorstandsebene aus den Kassenarten der Orts-, Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen angehören.** ⁶Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewählt. ⁷Der Stimmenanteil der Vertreter der Kassenart im Lenkungs- und Koordinierungsausschuss bemisst sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Mitgliedskassen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die neue Wahlperiode des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beginnt. ⁸Der Stimmenanteil der Kassenart wird auf die Anzahl der Sitze verteilt. Kann ein Sitz nicht besetzt werden, entfällt dessen Stimmenanteil.

(5) ¹**Vor Entscheidungen des Vorstandes zu Versorgungs- und Vergütungsverträgen soll der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss Empfehlungen abgeben.** ²Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann im Einzelfall auf die Abgabe von Empfehlungen verzichten. ³**Der Vorstand soll die Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses bei seinen Entscheidungen berücksichtigen; weicht der Vorstand von den Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses ab, hat er dies schriftlich zu begründen.** ⁴Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. ⁵**Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses regelt der Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung.** ⁶Vertreter des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses können an Sitzungen gesetzlicher Gremien, denen der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angehört, teilnehmen.

(6) ¹Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. ²Fordert der Verwaltungsrat mit der Mehrheit seiner Stimmen eine Stellungnahme des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses an, muss der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss die angeforderte Stellungnahme abgeben. ³Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses sind berechtigt, an nicht-öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilzunehmen. ⁴**Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates sind berechtigt, an den Sitzungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses teilzunehmen.“**

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 Buchstabe a)

§ 217c Absatz 1 – Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes besteht gegenwärtig nach § 217c Absatz 2 Satz 1 aus höchstens 52 Mitgliedern. Mit der vorgesehenen Neuregelung soll der Verwaltungsrat künftig aus höchstens 40 Mitgliedern gebildet werden.

B) Stellungnahme

Mit der Reduzierung der Mitgliederzahl des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes auf höchstens 40 Personen ist eine adäquate Abbildung der Interessen der Mitgliedskassen nicht mehr hinreichend möglich. Nach der gesetzlichen Vorgabe in § 217c Absatz 2 Satz 4 haben die Verteilung der Sitze und die Gewichtung der Stimmen zwischen den Kassenarten zu einer größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart zu führen. Diese Vorgabe trägt wesentlich zur Sicherstellung der Akzeptanz der Beschlüsse des Verwaltungsrates unter den 109 Mitgliedern (Stand: 1.12.2019) des GKV-Spitzenverbandes bei. Mit seinen 52 Sitzen wird gegenwärtig im Verwaltungsrat eine bestmögliche Annäherung der Sitz- und Stimmenverteilung an die gegebenen Versichertenproportionen gewährleistet. Mit nur 40 Sitzen kann dieses Niveau nicht erreicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 15 Buchstabe a) wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 Buchstabe b)

§ 217c Absatz 3 – Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Wahl des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes wird nach Vorschlagslisten durchgeführt (§ 217c Absatz 3 Satz 1). Künftig hat jede Vorschlagsliste mindestens 40 Prozent weibliche und 40 Prozent männliche Bewerberinnen und Bewerber zu enthalten.

B) Stellungnahme

Die angemessene Vertretung von Frauen und Männern in seinen ehren- wie hauptamtlichen Organen ist ein originäres Ziel des GKV-Spitzenverbandes. Gegen die gesetzliche Vorgabe bestehen daher keine Bedenken.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 217d – Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung ersetzt die bisher für den GKV-Spitzenverband durch § 217d Absatz 2 Satz 3 SGB V geltende Regelung zum Haushaltsplan des § 70 Absatz 1 und 5 SGB IV. Demnach ist dem Bundesministerium für Gesundheit als Aufsichtsbehörde des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217d Absatz 1 SGB V der vom Vorstand aufgestellte Haushaltsplan bis spätestens 1. Oktober vor Beginn des Kalenderjahres, für das er gelten soll, zur Genehmigung vorzulegen. Des Weiteren sieht die Neuregelung eine Versagung der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde nicht nur im Ganzen, sondern auch für einzelne Ansätze vor. Zur Beurteilung sollen hierfür die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes herangezogen werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung soll die bisher für den GKV-Spitzenverband durch § 217d Absatz 2 Satz 3 SGB V geltende Regelung zum Haushaltsplan des § 70 Absatz 1 und 5 SGB IV ersetzen und greift damit erneut in das Selbstverwaltungsrecht des Verwaltungsrates und dessen Kernkompetenzen ein. Eine der wichtigsten Kernkompetenzen des Verwaltungsrates ist die Finanz- und Personalhoheit. Dabei hat sich das bisher geltende Recht (Vorlage und Beanstandung innerhalb eines Monats) bewährt.

Mit dem Genehmigungserfordernis wird das Selbstverwaltungsrecht insofern geschwächt, als nunmehr für den Haushaltsvollzug die Genehmigung der Aufsichtsbehörde erforderlich ist und für dieses Genehmigungsverfahren keine Frist vorgesehen ist. Anders als bei dem geltenden Beanstandungsrecht gehen zeitliche Verzögerungen zu Lasten der Selbstverwaltung, weil sie bis zur Genehmigung des Haushaltsplanes den Haushalt nicht vollziehen kann. Diese Verschiebung zu Lasten der Selbstverwaltung ist bereits deswegen nicht sachgerecht, weil die Aufsichtsbehörde die Bearbeitungsdauer regelmäßig selbst in der Hand hat. Weshalb Verzögerungen in ihrem Bereich zu Lasten der Selbstverwaltung gehen sollen, ist auch insoweit nicht nachvollziehbar.

Der Änderung bedarf es auch deshalb nicht, weil die bestehenden Aufsichtsmittel ausreichen und die Aufsichtsbehörde bei entsprechendem Gebrauch dieser Mittel ihre Anordnungen ef-

fektiv umsetzen kann. Folglich ist eine Ausweitung der aktuell zur Verfügung stehenden Mittel des Aufsichtsrechtes nicht nachvollziehbar und auch nicht gerechtfertigt. Auch die Erfahrungen in der Vergangenheit zeigen, dass es dieses – im Vergleich zu anderen gesetzlichen Spitzenverbänden im Bereich des SGB V – „Sonderrechts“ für den GKV-Spitzenverband nicht bedarf.

Des Weiteren sieht die beabsichtigte Regelung als Maßstab zur Beurteilung der Rechtmäßigkeit des zur Genehmigung vorzulegenden Haushaltsplans und der damit einhergehenden Rechtsfolge in Form der Versagung der Genehmigung insgesamt bzw. zu einzelnen Ansätzen, auch die Beachtung der Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes vor. Dies ist nicht erforderlich. Für den GKV-Spitzenverband gelten, genauso wie für dessen Mitglieder, in Bezug auf das Haushalts- und Rechnungswesen die Vorschriften des SGB IV und die ergänzenden Ausführungsbestimmungen (Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung – SVHV, Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung – SVRV, Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung – SRVwV). Diese beinhalten entsprechend § 78 Satz 2 SGB IV bereits die Grundsätze des für den Bund geltenden Haushaltsrechts, unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Sozialversicherung.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 15 wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 Buchstabe a)

§ 217f Absatz 1 – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine nicht rechtzeitig erfolgte Umsetzung von gesetzlich zugewiesenen Aufgaben melden. Dieser Bericht hat schriftlich innerhalb eines Monats nach Fristablauf und unter Angabe der Gründe, des Sachstandes und des weiteren Verfahrens zu erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Regelung zielt auf eine stärkere Kontrolle der Umsetzung gesetzlicher Aufgaben durch den GKV-Spitzenverband. Die Einführung einer gesetzlichen Berichtspflicht ist mit Blick auf die bisherige Aufgabenerfüllung des GKV-Spitzenverbandes seit Übernahme der gesetzlichen Aufgaben von den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen am 1. Juli 2008 nicht überzeugend begründet. Der GKV-Spitzenverband setzt seine vielfältigen gesetzlichen Aufgaben verantwortungsvoll und in der Regel innerhalb der vorgegebenen gesetzlichen Fristen um. Vor diesem Hintergrund ist eine generelle Ausweitung der Aufsichtstätigkeit ungerechtfertigt. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass der GKV-Spitzenverband in Gesetzgebungsverfahren regelmäßig auf knapp bemessene Umsetzungsfristen für neu zugewiesene Aufgaben hinweist, die mithin ein Grund für Fristüberschreitungen sind. Zudem treten Verzögerungen bei der Aufgabenerfüllung vor allem auch deshalb ein, da häufig die Interessenlagen der Vertragspartner eine fristgerechte Lösung verhindern. In derartigen Fällen weist der GKV-Spitzenverband den Gesetzgeber bereits heute auf eine drohende Fristüberschreitung hin und informiert auch über die Gründe. Einer Ausweitung der Kontrollbefugnisse bedarf es vor diesem Hintergrund nicht.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 17 Buchstabe a) wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 Buchstabe b)

§ 217f Absatz 7 – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 217f Absatz 7 ermächtigt den GKV-Spitzenverband zur zweckgebundenen Nutzung bestimmter RSA-Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 i. V. m. Satz 1 Nr. 1–7. Durch die Änderung in Artikel 5 Nr. 21 findet sich diese Datengrundlage künftig in § 267. Entsprechend wird der Verweis geändert.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 260 Absatz 5 – Betriebsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verpflichtung der Krankenkassen zum stufenweisen Abschmelzen der Finanzreserven nach Absatz 2a und 4 ab dem 1. 1.2020 soll unter der Voraussetzung Anwendung finden, dass das Bundeskabinett bis Jahresende 2019 einen Beschluss zur Reform des RSA gefasst hat.

B) Stellungnahme

Nach Artikel 1 Nummer 19 Buchstabe b) des vom Deutschen Bundestag am 7. November 2019 beschlossenen Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) wird § 260 Absatz 5 ersatzlos gestrichen (siehe Gesetzesbeschluss des Bundestages, Bundesratsdrucksache 556/19). Mit Inkrafttreten dieser Regelung zum 1. Januar 2020 besteht die Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschmelzen der Finanzreserven mit sofortiger Wirkung und ist für die Haushaltsplanung des Jahres 2020 zu beachten. Eine Beschlussfassung des Bundeskabinetts zur RSA-Reform als Voraussetzung für die Anwendung von Absatz 2a und 4 ist somit hinfällig.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 18 wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§§ 265a und 265b – Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse/Freiwillige finanzielle Hilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Regelungsinhalt des § 265a wird in den neuen § 164 überführt. Die Regelungen über freiwillige Hilfen zwischen Krankenkassen einer Kassenart nach § 265b sollen mit Abschaffung der vorrangigen Kassenartenhaftung entfallen.

B) Stellungnahme

Die Abschaffung des Vorrangs der Kassenartenhaftung wird abgelehnt (siehe die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 12, § 166). Die Regelungen des § 265b sind deshalb unverzichtbar und werden aus Gründen der Übersichtlichkeit unverändert in § 164a überführt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 19 wird wie folgt gefasst:

„19. § 265b wird zu § 164a mit der Maßgabe, dass in Absatz 2 Satz 4 die Angabe „Die Verbände nach § 172 Absatz 2 Satz 1“ durch die Angabe „Die zuständigen Landesverbände und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt wird.“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 266 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Folge der beabsichtigten Neufassung der §§ 267 und 268 werden die bisher in diesen Paragraphen ausgeführten und weiterhin für das RSA-Verfahren notwendigen Festlegungen in § 266 überführt. In diesem Zuge erfolgt, neben einer Rechtsbereinigung, eine Vereinheitlichung der Terminologie nach aktuellem wissenschaftlichen Standard. Gleichzeitig entfällt mit der Neufassung der §§ 266 und 268 die auf Grundlage der nach § 268 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 vorgegebene Beschränkung der Krankheitsauswahl auf 50–80 Krankheiten. Somit ist nach der beabsichtigten Neuregelung zukünftig das gesamte Morbiditätsspektrum im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen. Im Einzelnen werden unter den Buchstaben a) bis j) folgende Änderungen vorgenommen:

- a) Die redaktionelle Anpassung berücksichtigt die im neuen Absatz 8 definierte Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit.
- b) Doppelbuchstaben aa) und bb):
Zur Vereinheitlichung der Terminologie werden die Zu- und Abschläge nicht mehr nach alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen differenziert aufgeführt. Zukünftig werden diese drei Bereiche unter dem Begriff der risikoadjustierten Zuschläge gefasst. Gleichmaßen wird die in der Wissenschaft gebräuchliche Terminologie der „Zuordnung zu Risikogruppen“ nach Risikomerkmale eingeführt.
- c) Es erfolgt eine Aufzählung der im RSA-Verfahren zu berücksichtigenden Risikomerkmale. Die möglichen Ausprägungen der Risikomerkmale „Morbidität“ sowie der „regionalen Merkmale“ werden näher ausgeführt. Es handelt sich hierbei einerseits um eine Vereinheitlichung der Terminologie sowie andererseits um eine Zusammenführung der bisher in den §§ 266 und 268 bzw. § 29 RSAV aufgeführten Risikomerkmale. Hierbei werden zukünftig bei der Zuordnung der Risikogruppen keine gesonderten Risikogruppen für Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach §§ 43 und 44 SGB VI gemindert ist, gebildet.
- d) Bei Doppelbuchstabe aa) handelt es sich um eine Folgeänderung, bei Doppelbuchstabe bb) um eine Rechtsbereinigung.
- e) Doppelbuchstabe aa):
Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Neufassung des § 268. Die Aussage des § 268 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 wird nunmehr in § 266 Absatz 4 Satz 1 geregelt.

Doppelbuchstabe bb):

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Doppelbuchstabe cc):

Die Regelung zur gesonderten Berücksichtigung stationärer Anschlussrehabilitation nach § 40 Absatz 6 Satz 1 bei der Ermittlung der stationären Leistungsausgaben in Absatz 4 Satz 2 bzw. Satz 3 (neu) wird gestrichen, da sie sich im Zeitverlauf erledigt hat.

- f) Der neu eingeführte Absatz 5 definiert die Kriterien, die bei der Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs zu beachten sind.
- g) Als Folgeänderung zu Absatz 1 sowie den neuen Absätzen 2 und 3 wird Absatz 5 neu gefasst.

h) Doppelbuchstabe aa):

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Doppelbuchstabe bb):

Satz 2 des neuen Absatzes 7 wird neugefasst, indem die neue einheitliche Terminologie der Absätze 1 und 2 Verwendung findet und die bisherige Regelung, die eine Verwendung der stichtagsbezogenen Versichertenzeiten vorsah, auf das aktuell verwendete Verfahren angepasst wird.

Doppelbuchstabe cc):

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

i) Doppelbuchstabe aa):

In Folge der Neustrukturierung des § 266 erfolgt eine Anpassung der Verordnungsermächtigung des bisherigen Absatzes 7 in Form des neuen Absatzes 8. Des Weiteren erfolgt in diesem Absatz eine Anpassung an die Begriffsbestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Neu aufgenommen wird in diesen Absatz unter Satz 1 Nr. 6 die Ermächtigung zur Regelung des Ausschlusses von Morbiditätsgruppen mit der höchsten relativen Steigerungsrate sowie unter Nr. 8 die Vergütung des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA für die Erstellung von Gutachten nach dem neu eingefügten Absatz 10.

Doppelbuchstabe bb):

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

- j) Mit dem neuen Absatz 10 wird der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt verpflichtet, die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in regelmäßigen Abständen, mindestens alle 4 Jahre, zu überprüfen. Hierbei kann das Bundesministerium für Gesundheit den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen.

Der neue Absatz 11 regelt, dass für die Zuweisungen der Ausgleichsjahre 2019 und 2020 die Vorgaben der §§ 266 bis 270 in der Fassung bis zur Verkündung des GKV-FKG, ab dem Ausgleichsjahr 2021 dagegen die §§ 266 bis 270 i. d. F. des GKV-FKG für die RSA-Zuweisungen gelten. Zudem wird insbesondere geregelt, dass die Änderung zur Meldung

der versichertenbezogenen Leistungsausgaben gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 RSAV i. V. m. § 7 Absatz 1 Satz 3 RSAV hinsichtlich der Einbeziehung der Arzneimittelrabatte und -erstattungen gleichermaßen für die Zuweisungen ab dem Ausgleichsjahr 2021 zu berücksichtigen ist.

B) Stellungnahme

Die Vereinheitlichung der Terminologie sowie die redaktionellen Änderungen in § 266 sind nachvollziehbar.

Mit der Neufassung des § 266 werden grundlegende Änderungen am bestehenden RSA-Verfahren vorgegeben. Hierzu zählt neben dem Wegfall der Krankheitsbeschränkung die Einführung einer Regionalkomponente und eines Risikopools sowie einer Vorsorge-Pauschale. Des Weiteren ist vorgesehen, Risikogruppen mit einer überdurchschnittlichen Prävalenzentwicklung im Berechnungsverfahren nicht zu berücksichtigen. Zudem wird das Kriterium „Erwerbsminderung“ zukünftig nicht mehr als Risikomerkmale verwendet.

- Zu a) Die redaktionelle Anpassung ist nachvollziehbar.
- Zu b) Doppelbuchstabe aa) und bb): Die Vereinheitlichung der Terminologie sowie die redaktionellen Änderungen sind sachgerecht.
- Zu c) Aufgrund der hohen wettbewerblichen Bedeutung positioniert sich der GKV-Spitzenverband nicht zu der beschriebenen Reformmaßnahme bezüglich einer Weiterentwicklung des Morbi-RSA.
- Zu d) Doppelbuchstabe aa):
Die Folgeänderung der Terminologie ist sachgerecht.
Doppelbuchstabe bb):
Die Folgeänderung der Rechtsbereinigung ist sachgerecht.
- Zu e) Doppelbuchstabe aa):
Die Folgeänderung ist sachgerecht.
Doppelbuchstabe bb):
Die Folgeänderung ist sachgerecht.
Doppelbuchstabe cc):
Die Rechtsbereinigung ist nachvollziehbar.
- Zu f) Die definierten Kriterien zur Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs sind sachgerecht.

- Zu g) Die Folgeänderung ist sachgerecht.
- Zu h) Doppelbuchstabe aa):
Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.
Doppelbuchstabe bb):
Die Vereinheitlichung der Terminologie sowie die Anpassung des Verfahrens sind nachvollziehbar.
- Zu i) Doppelbuchstabe aa):
Die Änderungen sind sachgerecht.
Doppelbuchstabe bb):
Die Folgeänderung der Rechtsbereinigung ist sachgerecht.
- Zu j) Die nunmehr gesetzlich vorgegebene regelmäßige Evaluation der Wirkungen des Risikostrukturausgleichs wird ausdrücklich begrüßt. Die Klarstellung, ab welchem Ausgleichsjahr die zuweisungsbezogenen Änderungen des GKV-FKG im RSA-Verfahren zu berücksichtigen sind, ist erforderlich und als solche begrüßenswert.

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 267 – Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neugefassten § 267 werden die bestehenden Regelungen der bisherigen §§ 267 und 268 zu Datengrundlagen des RSA zusammengefasst. Hierbei erfolgt eine Rechtsbereinigung und es entfallen insbesondere Regelungen, die sich im Zeitverlauf erübrigt haben bzw. gegenstandslos geworden sind. Weiterhin werden die im Rahmen der beabsichtigten Neuregelungen des GKV-FKG neu zu erhebenden Daten definiert.

Der neue Absatz 1 befasst sich mit den Datenerhebungen der Risikomerkmale nach § 266 Absatz 2 (neu), den Leistungsausgaben sowie dem amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnorts des Versicherten und den Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303. Der Umfang der Datenmeldung entspricht hierbei weitgehend den bislang in § 268 Absatz 4 SGB V und § 30 Absatz 1 Satz 1 RSAV definierten Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich.

Das BMG wird analog zur bestehenden Rechtslage ermächtigt, den Umfang dieser Datenerhebung im Rahmen der RSAV näher zu definieren. Darüber hinaus wird klargestellt, dass eine unmittelbare und mittelbare Einwirkung der Krankenkassen auf die von den Leistungserbringern übermittelten Daten nach den §§ 294 bis 303 nicht gestattet ist. Lediglich im Falle der in § 303 Absatz 4 definierten Ausnahmen ist, wie nach den aktuell geltenden Rechtsgrundlagen, eine abweichende Verfahrensweise möglich.

Zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs werden im zweiten Absatz des § 267 zwei weitere Datenmeldungen definiert. Zur Untersuchung der Einbindung des Risikomerkmals „Erwerbsminderung“ in die in den RSA zu integrierende Regionalkomponente sollen die entsprechenden Daten weiterhin gemeldet werden. Zudem ist eine Erhebung der Hausarzt- bzw. Facharztkenntung zu den zu meldenden Diagnosen nach § 295 vorgesehen. Diese soll zur Untersuchung einer möglichen differenzierten Berücksichtigung der Diagnosen aus hausärztlicher bzw. fachärztlicher Versorgung im RSA dienen.

In Absatz 3 werden die bisherigen Regelungen des § 268 Absatz 3 Satz 4, 7, 8 und 9 zur Pseudonymisierung der RSA-Daten zusammengefasst. Weiterhin wird der rechtliche Rahmen zur Herstellung eines Versichertenbezuges definiert.

Gemäß Absatz 4 bestimmt das BMG in der RSAV das Nähere zu den Fristen der in dieser Norm definierten Datenerhebung, dem Datenverarbeitungsverfahren sowie der Vorausset-

zung zur Herstellung eines Versichertenbezuges. Darüber hinaus wird in diesem Absatz geregelt, dass der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem BVA das Nähere zu diesen Datenerhebungen bestimmt. Der abschließende Satz dieses Absatzes übernimmt die rechtlichen Vorgaben des bisherigen § 268 Absatz 3 zur Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Übermittlung der Daten nach Absatz 1 Satz 4 und 5.

Die Vorgaben des Absatzes 5 zur Kostentragung für die Datenerhebungen entsprechen den bestehenden Regelungen.

In Absatz 6 werden zum Zweck einer Analyse des Zusammenhanges zwischen den Leistungsausgaben eines Versicherten in den vorangegangenen drei Jahren und den Leistungsausgaben eines Versicherten im Ausgleichsjahr 2019 drei neue Datenmeldungen im Jahr 2020 definiert. Hierbei handelt es sich um die Meldung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben der Jahre 2016, 2017 und 2018. Gleichzeitig wird das BVA mit der entsprechenden Analyse beauftragt, deren Ergebnis bis zur Übergabe des ersten Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA nach § 266 Absatz 10 vorzulegen ist. Das Nähere zu diesen Datenerhebungen bestimmt der GKV-Spitzenverband entsprechend Absatz 4 Satz 2.

Der abschließende Absatz 7 schließt die landwirtschaftliche Krankenkasse von den in diesem Paragraphen definierten Datenmeldungen aus.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung fasst die derzeit in den §§ 267 und 268 definierten Vorgaben zu den RSA-Datenmeldungen sachgerecht zusammen. Die Definition der Datengrundlagen für den RSA, nunmehr ohne den bisherigen Bezug zu einer Stichprobenerhebung, ist zu begrüßen.

Die durchgeführten Rechtsbereinigungen sind nachvollziehbar und führen zu einer besseren Lesbarkeit.

Die Klarstellung in Absatz 1 zur Rechtswidrigkeit einer mittel- oder unmittelbaren Einwirkung der Krankenkassen auf den Inhalt der RSA-Datenmeldungen ist zu begrüßen und vor dem Hintergrund der speziellen Verbote der §§ 71 Absatz 6 Satz 9, 73b Absatz 5 Satz 7, 83 Satz 4, 140a Absatz 2 Satz 7 und 303 Absatz 4 Satz 2 nachvollziehbar. Die Übernahme der bestehenden Ausnahmeregelungen nach § 303 Absatz 4, die eine Nacherfassung aufgrund technischer oder formaler Datenfehler erlauben, ist sachgerecht.

Mit der beabsichtigten Erhebung der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente zur Berücksichtigung im Rahmen der zu implementierenden Regionalkomponente kann

die Fortführung der derzeitigen Datenmeldung erfolgen. Die Erhebung der diagnosebezogenen Facharztkennung erfolgt durch Rückgriff auf die nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 übermittelte Arztnummer, in der eine entsprechende Facharztkennung enthalten ist. Wie bereits in der Begründung ausgeführt, ist hierbei jedoch zu beachten, dass im Falle von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen kein sicherer Rückschluss auf die Kodierung einer Diagnose durch einen Haus- oder Facharzt möglich ist. Dieser Sachverhalt sollte nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes bei der vom BVA durchzuführenden Untersuchung Berücksichtigung finden.

Die in Absatz 3 enthaltenen Vorgaben zu Datenübermittlung, Pseudonymisierung und Herstellung eines Versichertenbezuges entsprechen der geltenden Rechtslage und sind sachgerecht.

Gleichermaßen entsprechen die Regelungen des Absatzes 4 der geltenden Rechtslage, nach der das BMG per Rechtsverordnung das Nähere zu Fristen und Datenverarbeitung bestimmt sowie der GKV-Spitzenverband in einer Bestimmung das Nähere zur Datenübermittlung der Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband sollte weiterhin ermächtigt bleiben, 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.

Die in Absatz 6 vorgesehene Datenmeldung zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs greift eine entsprechende Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats aus dem im Jahr 2017 erstellten Gutachten auf. Hierbei handelt es sich um einen vom Wissenschaftlichen Beirat im Rahmen seiner Analysen zur Einführung eines Risikopools formulierten weiteren Untersuchungsbedarf.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nr. 21 wird § 267 Absatz 4 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.“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 268 – Risikopool

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neugefasste § 268 regelt die Einführung eines Risikopools in Ergänzung zum Risikostrukturausgleich.

Der neue Absatz 1 definiert, dass die für einen Versicherten im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu 80 Prozent des den Schwellenwert übersteigenden Betrags über den Risikopool erstattet werden. Der Schwellenwert beträgt im Jahr der Einführung des Risikopools 100.000 Euro und soll in den Folgejahren mit der prozentualen Veränderung der im Risikopool ausgleichsfähigen Kosten je Versicherten angepasst werden.

Im Absatz 2 werden die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben festgelegt. Es werden die zur Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 übermittelten Leistungsausgaben berücksichtigt. Hiervon werden die Aufwendungen für Krankengeld nach den §§ 44 und 45 abgezogen.

Gemäß Absatz 3 sind die Leistungsausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 zu berücksichtigen.

Nach Absatz 4 ermittelt das Bundesversicherungsamt den Ausgleichsbetrag und weist die entsprechenden Mittel allen Krankenkassen zu. Durch Verweis auf § 266 Absatz 6 Satz 3, Absatz 7 Satz 3, 6 und 7 sowie Absatz 9 werden entsprechende Regelungen zum RSA übernommen. Dabei handelt es sich um die Nichtberücksichtigung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse sowie um die Ermächtigung des BVA, zusätzliche Auskünfte und Nachweise von den Krankenkassen verlangen zu können. Sollten Fehler in den Berechnungsgrundlagen nach Abschluss der Ermittlung der Risikopoolzuweisungen festgestellt werden, sind diese bei der nächsten Ermittlung der Höhe der Zuweisungen durch das BVA zu berücksichtigen. Zudem haben Klagen gegen die Höhe der Risikopoolzuweisungen ebenso wie im RSA keine aufschiebende Wirkung.

In Absatz 5 wird das BMG ermächtigt, Näheres zum Risikopool-Verfahren in der RSAV zu bestimmen.

B) Stellungnahme

Mit dem neugefassten § 268 wird ein Hochkosten-Risikopool mit einem Schwellenwert in Höhe von 100.000 Euro ergänzend zum RSA eingeführt. Über den Risikopool erfolgt ein Ausgleich von Ist-Kosten, während im RSA standardisierte Leistungsausgaben ausgeglichen werden. Die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben werden vom Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben abgezogen. Für einen Risikopool-Versicherten erhält die Krankenkasse einerseits einen Erstattungsbetrag aus dem Risikopool sowie Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben. Den Krankenkassen werden 80 % der den Schwellenwert übersteigenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben erstattet. Die Leistungsausgaben bis zum Schwellenwert sowie die 20 % der den Schwellenwert übersteigenden Leistungsausgaben werden über die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben berücksichtigt. Bei der Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben werden die Aufwendungen für Krankengeld nicht berücksichtigt.

Der Schwellenwert soll in den Folgejahren entsprechend der Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Kosten je Versicherten dynamisiert werden. Diese Detailregelung ist nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 269 – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den beabsichtigten Neuregelungen in § 269 handelt es sich einerseits um Anpassungen auf die neue, mit § 266 eingeführte vereinheitlichte Terminologie. Dementsprechend wird nunmehr auch in § 269 einheitlich der Begriff „Risikogruppen“ statt „Versichertengruppen“ verwendet. Die weiteren beabsichtigten Änderungen ergeben sich infolge der Neufassung der §§ 266 und 267.

- a) Es handelt sich um eine Vereinheitlichung der Terminologie.
- b) Es handelt sich um eine Vereinheitlichung der Terminologie.
- c) Es handelt sich um eine Folgeänderung.
- d) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.
- e) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Änderungen des § 269 sind infolge der Neufassung der §§ 266 und 267 erforderlich und nachvollziehbar. Es ergeben sich keine rechtlichen Änderungen. Für den Absatz 3 ergeben sich redaktionelle Folgeanpassungen.

- a) Die Vereinheitlichung der Terminologie ist sachgerecht.
- b) Die Vereinheitlichung der Terminologie ist sachgerecht.
- c) Die Folgeänderung ist sachgerecht.
- d) Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.
- e) Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 270 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Es handelt sich um redaktionelle Änderungen und Änderungen infolge der Neufassung des § 266 SGB V.

In Absatz 2 werden die erforderlichen versichertenbezogenen Datenmeldungen für die Ermittlung der Zuweisungen für Versicherte mit Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm sowie für Versicherte mit Teilnahme an einer Vorsorge- bzw. Früherkennungsmaßnahme nach dem neuen Absatz 4 geregelt. Ferner wird die Meldung der Satzungs- und Ermessensleistungen sowie der Verwaltungskosten über den GKV-Spitzenverband an das BVA zum 30. Juni eines Jahres geregelt.

- b) Es handelt sich um redaktionelle Änderungen und Folgeänderungen.
- c) Gemäß des neu eingeführten Absatzes 4 erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds jährlich eine Pauschale für jeden Versicherten, der an einer der genannten Früherkennungs- bzw. Vorsorgemaßnahmen teilgenommen hat. Die Höhe der Zuweisungen ermittelt das Bundesversicherungsamt und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. Das Nähere über die Kriterien der Vergabe und das Verfahren bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1.

B) Stellungnahme

- a) Die redaktionellen Anpassungen in Absatz 1 sind sachgerecht.
- b) Es handelt sich um notwendige Regelungen zur Durchführung der Datenmeldeverfahren. Weiterhin wird der Meldetermin an das aktuelle Verfahren angepasst. Die Änderungen sind sachgerecht.
- c) Die redaktionelle Änderung ist sachgerecht.
- d) Mit der Einführung einer Pauschale für Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen wird der Anreiz für präventive Maßnahmen gefördert.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.12.2019
zu dem Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG), Bundestagsdrucksache 19/15662
Seite 98 von 176

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 270a – Einkommensausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den vorgenommenen Änderungen handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der § 266.

- a) Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung.
- b) Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neustrukturierung.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Neuregelungen sind sachgerecht.

- a) Die Folgeänderungen zur Neustrukturierung sind sachgerecht.
- b) Die Folgeänderung zur Neustrukturierung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 271 – Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Durch die Ergänzung in Absatz 2 werden dem Gesundheitsfonds im Jahr 2020 225 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.
- b) Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Risikopools in § 268.
- c) Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neustrukturierung des § 266.

B) Stellungnahme

- a) Die einmalige Entnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vermeidet eine temporäre Mehrbelastung der Krankenkassen durch den im Jahr 2020 von den Krankenhäusern nach Artikel 7 (Änderung des § 8 Absatz 22 Krankenhausentgeltgesetz) zu erhebenden Rechnungszuschlag. Sie entspricht im Umfang der erwarteten finanziellen Mehrbelastung und gefährdet die Funktion der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds als Absicherung gegen Einnahmeausfälle und zum Ausgleich unterjähriger Einnahmeschwankungen nicht.

Der GKV-Spitzenverband lehnt die dieser Regelung zugrundeliegende Einführung des mit Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) vorgesehenen Zuschlags von 0,3 Prozent auf die Krankenhausrechnungsbeträge ab und schlägt folglich die Streichung von Artikel 7 vor. Folgt der Gesetzgeber diesem Änderungsvorschlag, kann auch die Ergänzung in § 271 Absatz 2 entfallen.

- b) Die Folgeänderung ist sachgerecht.
- c) Die Folgeänderung zur Neustrukturierung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Entfällt Artikel 7, ist auch Artikel 5 Nummer 25 Buchstabe a) zu streichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 273 – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Dauer und den Aufwand der durch das BVA durchgeführten Auffälligkeitsprüfung zu reduzieren, wird der § 273 neu gefasst. Das BVA erhält einen größeren Gestaltungsspielraum für die Prüfungen; die Menge der verpflichtend zu prüfenden Datenmeldungen wird reduziert. Auffälligkeiten mit geringen Auswirkungen auf die Zuweisungen sind nicht zwingend weiter zu verfolgen und es erfolgt eine Beweislastumkehr zugunsten des BVA.

Absatz 1 benennt dabei weiterhin die zu prüfenden Datenmeldungen, welche nunmehr jedoch nicht nur ambulante und stationäre Diagnosen sowie Arzneimittelverordnungen, sondern auch die Versichertenzeiten und –stammdaten umfassen sollen.

Gemäß Absatz 2 müssen die stationären Diagnosen wie auch die Arzneimittelverordnungen nun nicht mehr zwingend geprüft werden. Zusätzlich wird dem BVA bei dem Verfahren zur Feststellung der Auffälligkeiten mehr Spielraum gewährt. Das Amt muss grundsätzlich darauf achten, dass die Auffälligkeiten nicht allein auf demografische Veränderungen des Versichertenbestandes der Krankenkasse zurückzuführen sind. Für die konkrete Ausgestaltung der Prüfung ist der GKV-Spitzenverband anzuhören.

In Absatz 3 wird eine zusätzliche Prüfung, ob die festgestellte Auffälligkeit auch zu erheblich erhöhten Zuweisungen geführt hat, eingeführt. Das nähere Verfahren bestimmt das BVA hier im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband.

Absatz 4 kehrt gegenüber dem früheren Absatz 3 die Beweislast um. Krankenkassen, die nach Absatz 2 und 3 einer Einzelfallprüfung unterzogen werden, müssen nun durch die Bereitstellung entsprechender Informationen, Daten und Unterlagen innerhalb von drei Monaten die festgestellte Auffälligkeit begründen. Ein Anstieg der Diagnosen und/oder Verordnungen muss mit einem Leistungsanstieg für diese Versicherten einhergehen oder auf einen besonderen Versorgungsvertrag zurückzuführen sein. Anderenfalls ist von einer Beeinflussung des Kodierverhaltens auszugehen. Bei Vorliegen eines Versorgungsvertrages ist dieser unabhängig von der Bewertung der zuständigen Aufsichtsbehörde auf seine Rechtmäßigkeit zu prüfen.

Die Beweislastumkehr soll eine bessere Mitarbeit der Krankenkassen und damit eine Beschleunigung des Verfahrens bewirken sowie verhindern, dass Einzelfallprüfungen ins Leere laufen. Die im früheren Absatz 3 festgelegten Zwangsmittel werden somit obsolet.

Das BVA kann gemäß Absatz 5 bei Vorliegen entsprechender Verdachtsinformationen auch ohne nach Absatz 2 festgestellte Auffälligkeiten eine Einzelfallprüfung einleiten. Die Krankenkasse ist in diesem Fall verpflichtet, innerhalb einer Frist von drei Monaten entlastende Unterlagen vorzulegen. Kommt sie dem nicht nach oder kann sie den Verdacht durch die Bereitstellung der Unterlagen nicht entkräften, ist von einem begründeten Verdacht auszugehen. Versorgungsverträge sind analog Absatz 4 auf ihre Rechtmäßigkeit zu prüfen, eine Prüfung von Leistungserbringern ist hingegen weiterhin ausgeschlossen.

Wird nach den Absätzen 4 und 5 ein Rechtsverstoß festgestellt bzw. legt eine Krankenkasse den Sachverhalt nicht ausreichend dar, legt das BVA nach Absatz 6 einen entsprechenden Korrekturbetrag fest. Das genaue Verfahren hierzu wird im neuen § 21 RSAV geregelt.

Zuletzt bestimmt Absatz 7, dass die Prüfungen ab dem Berichtsjahr 2013 durchzuführen sind und die Krankenkassen sich nicht darauf berufen können, dass ihre zuständige Aufsicht einen nach Absatz 4 und 5 zu prüfenden Vertrag nicht fristgemäß beanstandet hat.

B) Stellungnahme

Die Neufassung des § 273 eröffnet dem BVA einen größeren Gestaltungsspielraum in Bezug auf die Prüfung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich gegenüber der ursprünglichen Regelung. Insbesondere die Aufhebung der verpflichtenden Prüfung der stationären Diagnosen und der Arzneimittelverordnungen, der Einbezug der Versichertenzeiten und -stammdaten sowie das Geringfügigkeitskriterium führen zu einer Verfahrensvereinfachung bzw. -erleichterung auf Seiten des BVA. Vor dem Hintergrund des aktuell über vierjährigen Verzuges dieser Prüfungen begrüßt der GKV-Spitzenverband Neuregelungen, die zu einer Verfahrensvereinfachung bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung zielgerichteter Prüfverfahren führen. Allerdings ist die generelle Umkehr der Beweislast nach Absatz 4 kritisch zu bewerten. Als Krankenkasse den Beleg zu führen, eine festgestellte Auffälligkeit nicht durch unzulässige Einflussnahme auf die ihr gemeldeten Diagnosen hervorgerufen zu haben, ist dem Grunde nach unmöglich, insbesondere dann, wenn das Bundesversicherungsamt seinen Manipulationsverdacht nicht konkret mit Blick auf die Vorgaben des § 267 Absatz 1 Satz 2 vorträgt. Es sollte daher im Gesetz klargestellt werden, unter welchen Bedingungen eine Umkehr der Beweislast erfolgt und welche Nachweise durch die Krankenkasse zu führen sind. Ohne diese Klarstellung birgt die Regelung die Gefahr, dass Krankenkassen nur aufgrund ihres Nichtvermögens, ausreichend darzulegen, dass keine Manipulation von Daten vorliegt, für einen Rechtsverstoß belangt werden, den sie tatsächlich nicht begangen haben.

Als ergänzende Regelung sollte den Krankenkassen ermöglicht werden, Versorgungsverträge auch ex ante vom Bundesversicherungsamt auf die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Absatz 1 Satz 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 Absatz 1 Satz 1 SGB V entfalten können, ist das Vorliegen eines Prüfergebnisses des Bundesversicherungsamtes innerhalb einer angemessenen Frist ein berechtigtes Anliegen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nummer 26 wird der neu gefasste § 273 Absatz 1 um nachfolgende 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 Absatz 1 Satz 3 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 Absatz 1 Satz 3 SGB V gewertet werden.“

Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt teilt eine Feststellung nach Satz 1 der betroffenen Krankenkasse mit und legt dar, welcher Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2 der Krankenkasse zu Last gelegt wird und welche Nachweise durch die Krankenkasse zu führen sind, um die Auffälligkeit zu begründen.“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 284 – Sozialdaten bei den Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 14 ermächtigt die Krankenkassen, Sozialdaten für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie für die Programme nach § 137g zu erheben und zu speichern. Aufgrund der Neufassung bzw. Verschiebung der bestehenden Regelungen in §§ 266 Absatz 1 bis 6, 267 Absatz 1 bis 6 und § 268 Absatz 3 in die neuen §§ 266, 267 SGB V wird der Verweis in § 284 entsprechend angepasst.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 293a – Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung des § 293a beinhaltet die Einführung einer bundesweiten Datentransparenzstelle für Verträge nach § 73b zur hausarztzentrierten Versorgung und nach § 140a zur besonderen Versorgung beim Bundesversicherungsamt. Diese Vertragstransparenzstelle dient dem Zweck der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273 sowie der Information der Öffentlichkeit. Das von ihr zu führende Vertragsverzeichnis beinhaltet die in Absatz 1 genannten Angaben zu den einzelnen Verträgen und weist jedem Vertrag eine Vertragsnummer zu. Das Bundesversicherungsamt bestimmt nach Absatz 2 das Nähere zum Aufbau des Verzeichnisses und den damit verbundenen Verfahrensfragen spätestens drei Monate nach Inkrafttreten der Neuregelung. Die Krankenkassen werden nach Absatz 3 verpflichtet, die hierfür notwendigen Daten an das BVA zu übermitteln.

Das Vertragsverzeichnis soll spätestens fünf Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes erstmalig veröffentlicht werden. Die Krankenkassen haben hierzu bereits vier Monate nach dem Inkrafttreten der Neuregelung die für den Aufbau des Verzeichnisses erforderlichen Daten an die Vertragstransparenzstelle zu übermitteln.

Für die Datenübermittlung nach § 295 Absatz 1b Satz 1 i. d. F. des GKV-FKG sollen die softwaretechnischen Voraussetzungen innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Vertragsnummer geschaffen werden.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung einer Vertragstransparenzstelle für Verträge nach § 73b bzw. § 140a beim Bundesversicherungsamt zur Sicherung der Datengrundlagen des Risikostrukturausgleichs ist zu begrüßen. Die Verwendung der Informationen des Vertragsverzeichnisses der Vertragstransparenzstelle im Rahmen der Prüfung der RSA-Datenmeldungen durch das BVA nach § 273 SGB V dient insbesondere vor dem Hintergrund der diagnosebezogenen Übermittlung der Vertragsnummer nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 RSAV (neu) der Qualitätssicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und führt zu einer Transparenzerhöhung.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass sowohl das sich ergebende Zeitfenster von einem Monat für die erstmalige Meldung der Vertragsdaten durch die Krankenkassen an die Vertragsdatenstelle im Anschluss an die Bestimmung nach Absatz 2, als auch die Frist für die Implementierung der erforderlichen softwaretechnischen Umsetzungen für die Datenmeldungen nach § 293 Absatz 1b Satz 1 (neu) zu kurz bemessen ist. Vier Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes sollen die Krankenkassen die erforderlichen Daten übermittelt haben. Einen Monat später soll das Verzeichnis erstmals veröffentlicht werden.

In dieser Frist ist die Programmierung und Implementierung entsprechender IT-Schnittstellen, Datenabzugs- und Datenbereitstellungssoftware nicht realisierbar. Die Softwarehersteller benötigen einen entsprechenden Vorlauf zur Programmierung und Qualitätssicherung; für Anpassungen bei der Datenannahme und -lieferung ist immer mindestens ein Umstellungszeitraum von neun Monaten erforderlich.

Der GKV-Spitzenverband wird die notwendigen Ergänzungen der technischen Regelungen um eine Vertragsnummer in den entsprechenden Datenübermittlungsvorgaben vornehmen. Dabei ist nicht nur die Datenübermittlungspflicht nach § 295 Absatz 1b, sondern auch die Übermittlungspflicht nach § 295 Absatz 2 für Verträge nach § 73b und § 140a, an denen eine Kassenärztliche Vereinigung beteiligt ist, anzupassen.

Insbesondere um bestehende Verfahren für die Vergabe der Vertragsnummer bei den Bestimmungen der Vertragstransparenzstelle sachgerecht zu berücksichtigen, sollte diese Bestimmung im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband erstellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 28 wird wie folgt gefasst:

„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] **im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen** 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~~ **neunten** 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-neun** Monaten nach Bekanntgabe der Vertragsnummer schaffen die Vertragspartner die Voraussetzungen für die softwaretechnische Umsetzung der ärztlichen Übermittlungspflicht nach § 295 Absatz 1b Satz 1.“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstabe a)

§ 295 Absatz 1 b – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Verbindung mit der Neuregelung des § 293a zur Einführung einer Vertragstransparenzstelle werden die im Rahmen der Abrechnung ärztlicher Leistungen zu übermittelnden Daten um die von der Vertragstransparenzstelle für jeden Vertrag jeweils vergebene Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 erweitert. Hierbei ist auf Grundlage der nach § 293a Absatz 3 Satz 3 zu schaffenden Voraussetzungen eine benutzerfreundliche und softwaregestützte Umsetzung durch die Vertragspartner zu gewährleisten.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung von § 293a, in der festgelegt wird, dass bei Verträgen nach § 73b und § 140a die Vertragsnummern nach § 293a Absatz 1 Satz 4 zu übermitteln sind.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa)

§ 295 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Ergänzung der Aufzählung in Satz 1 um eine neue Nummer 8.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)

§ 295 Absatz 2 Satz 1 Nr. 8 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung werden die Kassenärztlichen Vereinigungen, die an Verträgen zur besonderen Versorgung (§ 140a) oder zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b) beteiligt sind, verpflichtet, bei der Abrechnung den Krankenkassen die Vertragsnummern nach § 293a Absatz 1 Satz 4 zu übermitteln. Dies ist für die Durchführung des Verzeichnisses nach § 293a erforderlich und die Zuordnung der Abrechnungsdaten zu der jeweils zugrundeliegenden Vertragsform wird ermöglicht. Darüber hinaus ist die Zuordnung der Abrechnungsdaten zur zugrundeliegenden Vertragsform auch für die Prüfung der Rechtmäßigkeit der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen in Abgrenzung zu den in Sonderrechtsbeziehungen erbrachten Leistungen erforderlich.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung von § 293a, in der festgelegt wird, dass bei Verträgen nach § 73b und § 140a die Vertragsnummern nach § 293a Absatz 1 Satz 4 auch bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a, an denen eine Kassenärztliche Vereinigung beteiligt ist, zu übermitteln sind.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

§ 295 Absatz 4 Satz 4 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die Prüfmaßstäbe nach Satz 3 zu den näheren Regelungen der Kas-
senärztlichen Vereinigung gehören und entsprechend jährlich zu aktualisieren sind.

B) Stellungnahme

Die Änderung hat lediglich klarstellenden Charakter.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb)

§ 295 Absatz 4 Satz 5 und 6 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass Absatz 4 Satz 5 und 6 auch entsprechend für die Prüfmaßstäbe nach Satz 3 Anwendung findet.

B) Stellungnahme

Die Änderung hat lediglich klarstellenden Charakter.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc)

§ 295 Absatz 4 Satz 6 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Hiermit wird die KBV beauftragt, für die Erweiterung der ärztlichen Übermittlungspflichten um die Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 gemäß § 295 Absatz 2 Satz 1 Nr. 8 die entsprechende softwaregestützte Umsetzung zu zertifizieren.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Erweiterung der Aufgaben der KBV, die vom GKV-Spitzenverband nicht bewertet wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 302 – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der mit Artikel 5 Nummer 33 vorgesehenen Streichung der Beratungsbefugnis der Krankenkassen gegenüber Vertragsärzten über Fragen der Wirtschaftlichkeit nach § 305a.

Da künftig allein die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach § 305a beraten sollen, werden die Rechenzentren verpflichtet, den Kassenärztlichen Vereinigungen die erforderlichen Daten auf Anforderung elektronisch oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die vollständige Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärztinnen und -ärzten durch Krankenkassen nach § 305a ab, da die Beratungsleistungen der Krankenkassen keineswegs vollständig verzichtbar sind (vgl. Stellungnahme zu Artikel 5 Nummer 33). Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass die Krankenkassen weiterhin zulässige und versorgungsnotwendige Beratungen durchführen können.

Soweit der Gesetzgeber dieser Bewertung folgend die Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärztinnen und -ärzten durch Krankenkassen nach § 305a nicht – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – vollständig streicht, ist die vorgesehene Datenbereitstellung an die Kassenärztlichen Vereinigungen entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 30 wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31

§ 303 – Ergänzende Regelungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der in § 305a vorgesehenen Streichung der Beratungsbefugnis der Krankenkassen über Fragen der Wirtschaftlichkeit.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die vollständige Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärztinnen und -ärzten durch Krankenkassen nach § 305a ab, da die Beratungsleistungen der Krankenkassen keineswegs vollständig verzichtbar sind (vgl. Stellungnahme zu Artikel 5 Nummer 33). Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass die Krankenkassen weiterhin zulässige und versorgungsnotwendige Beratungen durchführen können.

Soweit der Gesetzgeber dieser Bewertung folgend die Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärztinnen und -ärzten durch Krankenkassen nach § 305a nicht wie im Gesetzentwurf vorgesehen vollständig streicht, sollte auch die Beauftragung von Arbeitsgemeinschaften nach § 303 Absatz 2 Satz 1 zur Vorbereitung und Umsetzung der Beratung nach § 305a möglich sein.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 31 wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32

§ 304 – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 304 Absatz 1 wird auf die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) Bezug genommen. Da die Ermächtigungsnorm für die RSAV nach Artikel 5 Nr. 20 Buchstabe i) künftig in § 266 Absatz 8 zu finden sein wird, wird eine entsprechende Verweisänderung vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33

§ 305a – Beratung der Vertragsärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Streichung der Wörter „und die Krankenkassen“ und die Aufhebung von Satz 7 wird ausgeschlossen, dass Krankenkassen unter Berufung auf § 305a Satz 1 über Berater Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Vergabe und Dokumentation bestimmter Diagnosen anhalten. Im Gesetzentwurf wird festgestellt, dass eine Abgrenzung der gesetzlich zulässigen Beratung über Fragen der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von der unzulässigen Beratung im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen in der Praxis kaum möglich sei. Daher soll die Beratungsaufgabe nach Satz 1 mit der vorliegenden Änderung nunmehr ausschließlich den Kassenärztlichen Vereinigungen zugewiesen werden. Allein ihnen soll künftig im gesetzlichen Rahmen die Beratung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit obliegen. Entsprechend soll die bisherige Befugnis der Krankenkassen entfallen. Beratungen durch die Krankenkassen oder durch von den Krankenkassen beauftragte Dritte sind dann zukünftig ausnahmslos unzulässig.

B) Stellungnahme

Die Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen nach § 305a zur Verhinderung von Kodierberatungen ist eine sehr weitgehende Maßnahme. Hintergrund der geplanten Regelung ist nach der Gesetzesbegründung, dass Krankenkassen trotz des ausdrücklichen Verbots der Beratung von Ärzten zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen nach § 305a Satz 7 solche Beratungen durchgeführt hätten. Da die Krankenkassen an geltendes Recht gebunden sind, sind solche Fälle selbstredend von den Aufsichtsbehörden zu ahnden. Die jetzt vorgesehene Regelung stellt allerdings die Beratungsaktivitäten auch der rechtstreuen Krankenkassen unter einen ungerechtfertigten Generalverdacht. Zulässige Beratungen von Krankenkassen sollten weiterhin möglich sein, sie dienen der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung. Krankenkassen beraten Ärztinnen und Ärzte u. a. bei der korrekten Verordnung von Leistungen, informieren über neue oder geänderte Richtlinien und über spezielle Versorgungsangebote der Krankenkassen. Krankenkassen bieten pharmazeutische Beratung zur Arzneimitteltherapie an oder zur Behandlungsqualität in Krankenhäusern, ermittelt auf Basis von Routinedaten (QSR). Die Beratungsleistungen der Krankenkassen sind daher keineswegs vollständig verzichtbar.

C) Änderungsvorschlag

Der Gesetzgeber sollte sicherstellen, dass die Krankenkassen weiterhin zulässige und versorgungsnotwendige Beratungen durchführen können.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34 Buchstaben a) und b)

§ 318 – Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Es wird eine redaktionelle Änderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 37 Absatz 3 RSAV vorgenommen, dessen korrespondierende Regelungen nunmehr in § 13 Absatz 2 RSAV getroffen werden.
- b) Es soll eine Regelung zur Verwaltungsvereinfachung erfolgen: Die Prüfung des getrennten Ausweises der Verwaltungskosten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird zukünftig auf den Jahresabschluss beschränkt. Die weiteren Regelungen gelten fort.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung verzichtet auf die Möglichkeit eines weiteren Bürokratieabbaus. Sinn und Zweck der Regelungen von § 318 SGB V und § 37 RSAV ist es, Verwaltungskosten-Transparenz im Bereich der Krankenversicherung für den Verbundversicherungsträger Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu erreichen. Für das BVA könnte ein weiterer Bürokratieabbau erreicht werden, indem die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verpflichtet wird, die Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung in ihrem Haushaltsplan und bei der Rechnungslegung in der Gliederung des Kontenrahmens der Träger der Krankenversicherung auszuweisen. Eine Prüfung der sachgerechten Aufteilung übernimmt ohnehin das BVA im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nach § 71 Absatz 2 SGB IV. Da die Gliederung der Haushaltsrechnung der Haushaltsplanung zu folgen hat (§ 28 Absatz 1 SVHV), bedarf es lediglich einer Ergänzung des § 71 Absatz 2 SGB IV.

C) Änderungsvorschlag

§ 71 Absatz 2 SGB IV wird folgender Satz angefügt:

„Die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung sind in dem Haushaltsplan getrennt auszuweisen.“

§ 318 SGB V wird gestrichen.

In Artikel 6 Nummer 7 wird § 13 Absatz 2 RSAV gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35

§ 323 – Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnittes der RSAV.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36

§ 327 – Übergangsregelung zur Änderung der Größe des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Übergangsregelung wird bestimmt, dass die geltende Regelung des § 217c Absatz 1 Satz 1, wonach der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes aus höchstens 52 Mitgliedern besteht, bis zur Wahl eines neuen Verwaltungsrates weiterhin Anwendung findet.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung in Artikel 5 Nummer 15 Buchstabe a) zu § 217c Absatz 1 Satz 1, die eine Reduzierung der Mitglieder des Verwaltungsrates auf höchstens 40 vorsieht, wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt die ersatzlose Streichung dieser Änderung.

Folgt der Gesetzgeber dem Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes zu Artikel 5 Nummer 15 Buchstabe a), so kann auch die Übergangsregelung entfallen. Anderenfalls ist diese als sachgerecht zu bewerten.

C) Änderungsvorschlag

Entfällt entsprechend des Vorschlags Artikel 5 Nummer 15 Buchstabe a) ersatzlos, so ist in Nummer 36 der § 327 ebenfalls zu streichen.

Bleibt Artikel 5 Nummer 15 Buchstabe a) unverändert bestehen, so wird keine Änderung vorgeschlagen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36

§ 328 – Übergangsregelung für bereits geschlossene Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Übergangsregelung wird bestimmt, dass die neuen Haftungsregelungen für die zum Inkrafttreten der neuen Haftungsregelungen bereits geschlossenen und in Abwicklung befindlichen Krankenkassen nicht gelten. Die zum Schließungszeitpunkt geltende Rechtslage soll für den gesamten Abwicklungsprozess fortgelten.

B) Stellungnahme

Die Abschaffung des Vorrangs der Kassenartenhaftung wird abgelehnt (siehe die Stellungnahme zu Artikel 5 Nummer 12, § 166). Im Falle der Abschaffung bedarf es jedoch der Rechtsklarheit über die Anwendung der neuen Haftungsregelungen für bereits geschlossene Krankenkassen. Zu der Frage, ob die bisherigen oder die neuen Haftungsregelungen für die sich bereits in Abwicklung befindlichen Krankenkassen gelten sollen, nimmt der GKV-Spitzenverband nicht Stellung.

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1

Überschrift des Ersten Abschnitts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bezeichnung des Abschnitts wird aufgrund der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnittes angepasst.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 2

§ 1 – Begriffsbestimmungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.
- b) Mit der Streichung der Absätze 4 und 5 wird eine Rechtsbereinigung durchgeführt.

B) Stellungnahme

- a) Die Änderung ist sachgerecht.
- b) Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3

§ 2 – Risikogruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 2 beinhaltet eine Zusammenführung der in den bisherigen §§ 2 und 29 enthaltenen und unter den Rahmenbedingungen des morbiditätsorientierten Risikostruktur-ausgleichs weiterhin relevanten Vorgaben. Hierbei wird die im § 266 SGB V (neu) eingeführte vereinheitlichte Terminologie verwendet. In Absatz 1 werden die für die Zuordnung zu den Risikogruppen heranzuziehenden Risikomerkmale definiert. Im Vergleich zum Status quo entfällt hierbei die Berücksichtigung des Bezuges einer Erwerbsminderungsrente. Zusätzlich werden mit Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 die in § 266 Absatz 2 Satz 3 SGB V (neu) benannten Regionalmerkmale näher definiert.

In Satz 3 wird die Möglichkeit einer abweichenden Abgrenzung der Risikogruppen für den Anspruch auf Krankengeld geregelt.

In Absatz 2 werden die Altersabstände der Alters- und Geschlechtsgruppen vorgegeben, von denen das BVA im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband nach Absatz 3 abweichende Altersabstände bestimmen kann.

In den Absätzen 4 und 5 erfolgen redaktionelle Anpassungen und Folgeänderungen.

B) Stellungnahme

Die umfangreiche Rechtsbereinigung der Norm ist zu begrüßen und sachgerecht. Gleichermäßen führt die Verwendung von einheitlichen Terminologien zu verbesserter Lesbarkeit.

Die Möglichkeit einer abweichenden Abgrenzung der Risikogruppen für den Anspruch auf Krankengeld im neuen Satz 3 dieses Absatzes entspricht der derzeitigen Regelung in § 31 Absatz 4 Satz 10. Die Vorgaben der Absätze 2 und 3 finden sich entsprechend im bisherigen Absatz 3 bzw. in § 31 Absatz 4 Satz 5.

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3

§ 3 – Versicherungszeiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 3 wird mit der Neufassung umfangreich rechtsbereinigt und auf die Definition des Beginns und Endes einer Versicherungszeit reduziert.

B) Stellungnahme

Die umfangreiche Rechtsbereinigung der Norm ist zu begrüßen und sachgerecht. Gleichermaßen führt die Verwendung von einheitlichen Terminologien zu verbesserter Lesbarkeit.

Die Vorgaben des neuen § 3 entsprechen der aktuellen Rechtslage. Die bislang in § 3 Absatz 7 Satz 2 und 3 enthaltenen Vorschriften zur möglichen Verlängerung der Aufbewahrungsfristen sind weiterhin erforderlich und werden aufgrund des Sachzusammenhanges nach § 30 überführt.

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 4

§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Doppelbuchstaben aa), bb) und cc):

Die Anpassungen in Absatz 1 betreffen zunächst Aktualisierungen aufgrund von Änderungen des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies betrifft insbesondere den Bereich der Krankenbehandlung durch die Berücksichtigung bislang nicht aufgeführter Pflichtleistungen.

Doppelbuchstabe dd):

Durch die Neufassung des Absatz 1 Satz 1 Nr.10 erfolgt eine Anpassung der Vorgaben zur Berücksichtigung der ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 43 Absatz 1 SGB V als Ermessensleistungen im RSA an geltende rechtliche Vorgaben. Ferner erfolgen Anpassungen aufgrund der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnittes der RSAV.

Doppelbuchstabe ee):

Aufgrund der Neuregelungen des GKV-FKG resultiert aus dd) eine Folgeänderung.

b) Doppelbuchstaben aa), bb) und cc):

Die Anpassungen in Absatz 2 betreffen zunächst Aktualisierungen aufgrund Änderungen des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiter erfolgt eine Folgeänderung aufgrund der Neuregelungen des GKV-FKG. Bei der Streichung der Nummer 6 handelt es sich um eine Rechtsbereinigung.

c) In Absatz 3 wird mit der Änderung des Satzes 1 klargestellt, dass die Minderung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben um die aufgeführten Erstattungen und Einnahmen pauschal erfolgt. Mit Absatz 3 Satz 3 wird der GKV-Spitzenverband ermächtigt, das Nähere zur vorgesehenen Pauschalierung nach Satz 1 und 2 in seiner Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V zu regeln.

B) Stellungnahme

Die Rechtsbereinigungen und die Berücksichtigung neuer Pflichtleistungen des § 4 sind sachgerecht und zu begrüßen. Gleichmaßen sind die Folgeänderungen, die sich aufgrund der Neuregelungen des GKV-FKG ergeben, sachgerecht umgesetzt.

a) Die Anpassungen sind sachgerecht.

b) Die Anpassung und redaktionelle Folgeänderung sind sachgerecht.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.12.2019
zu dem Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz - GKV-FKG), Bundestagsdrucksache 19/15662
Seite 128 von 176

c) Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 5

§ 5 – Bekanntmachungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird in § 5 vorgegeben, dass alle im Rahmen der RSAV vorgesehenen Bekanntmachungen des BVA als Mitteilung an den GKV-Spitzenverband erfolgen, der seinerseits die Unterrichtung der Krankenkassen sicherstellt. Zudem hat das BVA die Bekanntmachungen in geeigneter elektronischer Form zu veröffentlichen.

B) Stellungnahme

Die Regelungen des neuen § 5 entsprechen dem nunmehr aufgehobenen § 15 unter Einbeziehung notwendiger Rechtsbereinigungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 5

§ 6 – Zahlungsverkehr

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 6 wird die Regelung in § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 RSAV, die einen Säumniszuschlag bei verspäteter Zahlung der Forderungen des Gesundheitsfonds vorsah, durch eine Verrechnung mit den Zuweisungen an die Krankenkassen ersetzt. Den Krankenkassen verbleibt, analog zu der bestehenden Regelung in § 39 Absatz 3a Satz 6, die Möglichkeit, einen Antrag auf Aufteilung der Verrechnung auf einen Zeitraum von max. 6 Monaten zu stellen. Ein entsprechender Säumniszuschlag ist hierbei zu zahlen.

B) Stellungnahme

Die Änderung führt zu einer Verwaltungsvereinfachung und ist sachgerecht. Die Krankenkassen sollten jedoch für ihre Liquiditätsplanung die entsprechenden Korrekturbeträge eine gewisse Zeit vor Durchführung der Verrechnung kennen. Die derzeit übliche Zahlungsfrist von zwei Wochen sollte daher in der Form Beachtung finden, dass die Verrechnung frühestens zwei Wochen nach Mitteilung des zu leistenden Betrags erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 6 Nummer 5 wird § 6 Absatz 1 um folgenden Satz ergänzt:

„Der Zeitpunkt wird mindestens 14 Kalendertage vor Beginn der Verrechnung durch das Bundesversicherungsamt mitgeteilt.“

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 6

§§ 7 bis 15a – Aufhebung der Vorschriften

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufhebung der §§ 7 bis 15a beinhaltet in erster Linie die Streichung gegenstandsloser Vorgaben für das RSA-Altverfahren. Die in § 15 (alt) enthaltenen und nach wie vor relevanten Regelungen werden gemäß Artikel 6 Nr. 5 nunmehr in § 5 (neu) aufgeführt. Die Vorgaben der §§ 5 bis 7 und 10 sind gemäß der beabsichtigten Neufassung des § 11 (Artikel 6 Nr. 7) in der bestehenden Form jedoch weiterhin maßgeblich.

B) Stellungnahme

Die Rechtsbereinigung ist zu begrüßen. Durch die Änderungen entstehen i. V. m. Artikel 6 Nr. 5 und Nr. 7 keine neuen rechtlichen Regelungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 7 – Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostruktur-ausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neugefasste § 7 entspricht inhaltlich weitgehend den Regelungen des bisherigen § 30 RSAV, wobei neben Rechtsbereinigung und redaktionellen Anpassungen insbesondere Folgeänderungen aufgrund der Neufassung der §§ 266 und 267 SGB V sowie der §§ 3 bis 6 RSAV erfolgen. Ferner erfolgen Anpassungen der Formulierung an die Begriffsbestimmungen des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679.

Absatz 1 Satz 1 konkretisiert die Vorgaben des neugefassten § 267 Absatz 1 und 2 SGB V.

Es werden neben redaktionellen Änderungen infolge der Neufassung des § 267 SGB V Rechtsbereinigungen durchgeführt. Nr. 6 wird um die Meldung des Arztgruppenschlüssels nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie um die Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 SGB V ergänzt. Ergänzt wird ferner die Datenmeldung um den Gemeindeschlüssel des Wohnorts als neue Nr. 11.

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. Der neue Satz 4 bestimmt, dass bei den nach § 303b Absatz 1 Satz 1 SGB V für Zwecke der Datentransparenz weiterzuleitenden Daten keine Berücksichtigung der Rabatte nach Satz 3 erfolgt. In Satz 5 wird der Verwendungszweck der übermittelten Erstattungsbeträge und Rabatte für Arzneimittel definiert und eine Kenntnisaufnahme Dritter über diese ausgeschlossen.

Satz 6 regelt, dass für den Zweck der Datenverarbeitung nach § 217f Absatz 7 SGB V zusätzlich eine anonymisierte, versichertenbezogene Datenmeldung der Leistungsausgaben nach Satz 1 Nummer 7 ohne Berücksichtigung der Beträge nach Satz 3 erfolgt. Weiterhin wird hier bestimmt, dass zudem für den genannten Zweck die Beträge nach Satz 3 ohne Versichertenbezug an den GKV-Spitzenverband gemeldet werden, der eine weitere Verarbeitung ohne Kassenbezug sicherzustellen hat.

In Absatz 2 werden redaktionelle Änderungen und Folgeänderungen vorgenommen. In Satz 2 wird klargestellt, zu welchen weiteren Zwecken neben der Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs die Daten nach Absatz 1 verwendet werden dürfen. Dies sind die Durchführung des Risikopools nach § 268 SGB V, die Datentransparenz nach den §§ 303 a bis 303e SGB V, die Prüfungen nach § 20 RSAV sowie die Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 6. Satz 3 regelt die Aufbewahrungsfrist für die nach Absatz 1 Satz 1 zu erhebenden Daten bei den Krankenkassen. Danach sind die Daten nach Ablauf des der Prüfung nach § 273 Absatz 2 Satz 1 SGB V folgenden Kalenderjahres zu löschen. In Satz 4 wird dem BVA die Möglichkeit der Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für Zwecke der Prüfungen nach § 20 Absatz 1 Satz 1 sowie im Einzelfall für die Prüfung nach § 273 Absatz 2 Satz 1 eröffnet.

Die Regelungen des Absatz 3 entsprechen, bis auf redaktionelle Anpassungen und Folgeänderungen, den bisherigen Regelungen des § 30 Absatz 3 RSAV.

Die Neufassung der Sätze 1 und 2 des Absatzes 4 enthalten die Vorgaben zu Meldeterminen sowie Erst- und Korrekturmeldungen der RSA-Daten. Mit Satz 1 Nr. 2 wird, im Vergleich zu den bisherigen Regelungen, eine Korrekturmeldung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zum 15. April eingeführt.

Weiterhin werden die bisherigen Regelungen in § 30 Absatz 4 zur nicht termingerechten oder fehlerhaften Datenübermittlung an das BVA übernommen. Ebenso findet sich die bisherige Bestimmung zur Unterrichtung des GKV-Spitzenverbandes über Art und Umfang zurückgewiesener Daten und alternativ hierzu verwendeten RSA-Daten durch das BVA. Die Regelungen zur Pseudonymisierung, Übermittlung und Plausibilisierung der RSA-Daten werden von Absatz 4 Satz 5 in einen neuen Absatz 5 übertragen.

In Absatz 5 wird der Weg der Daten nach Absatz 1 von den Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das BVA einschließlich Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilisierung spezifiziert. Neben redaktionellen Anpassungen wird zusätzlich die Aufbewahrungsfrist der Daten beim GKV-Spitzenverband zur Erfüllung seiner Aufgaben geregelt.

Absatz 6 entspricht dem aktuellen § 30 Absatz 5 und enthält Regelungen zum Verfahren der Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen und Folgeänderungen, die sich aufgrund der Neuregelungen des GKV-FKG ergeben, sind sachgerecht. Die redaktionelle Anpassung an die Begriffsbestim-

mungen des Artikels 4 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2016/679 ist gleichermaßen sachgerecht.

Zukünftig wird beabsichtigt, bei der Meldung der versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben die Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V sowie die tatsächlichen Rabatte und Abschläge nach den §§ 130, 130a und 130c SGB V versichertenindividuell in Abzug zu bringen. Damit entfällt die derzeitige pauschale Berücksichtigung dieser Beträge auf Ebene der einzelnen Krankenkasse. Diese beabsichtigte Änderung wird ausführlich und nachvollziehbar begründet.

Die gesetzlichen Rabatte pharmazeutischer Unternehmer sowie die Rabatte von Apotheken im Rahmen des Abrechnungsverfahrens nach § 300 SGB V werden versichertenbezogen elektronisch übermittelt und liegen dementsprechend unseren Mitgliedskassen vor. Eine entsprechende versichertenbezogene Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte im Rahmen der RSA-Datenmeldungen ist u. E. möglich.

Hinsichtlich der Meldung vertraglich vereinbarter Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmen ergibt sich eine Vielzahl unterschiedlicher Möglichkeiten der Vertragsgestaltung, der vertraglich vereinbarten Abrechnungszeitpunkte und nicht zuletzt vertraglicher Regelungen zur Geheimhaltung der jeweiligen Vereinbarungen. So sehen Rabattvereinbarungen neben Regelungen zu prozentualen Abschlägen auf die jeweiligen abgegebenen Arzneimittelpackungen Kompensationsrabatte, Rabattstaffeln und Kapitationen etc. vor. Für eine zielgenaue Zuordnung der jeweiligen Rabatte zu einem Versicherten ist daher von teilweise komplexen Zuordnungsverfahren auszugehen.

Ferner ist hinsichtlich der vertraglich vereinbarten Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmen ein z. T. erheblicher Zeitverzug im Abrechnungsverfahren gegeben. Beispielsweise liegen nach Angaben unserer Mitgliedskassen bei einer quartalsweise vorgesehenen Abrechnung die entsprechenden Daten des 4. Quartals eines Abrechnungsjahres, die der Ermittlung des jeweiligen Rabattbetrages zugrunde zu legen sind, vielfach erst im Mai des Folgejahres vor. Es folgt in der Regel eine vertraglich vereinbarte Frist zur Ermittlung und Prüfung des Rabattbetrages durch die Vertragsparteien und die abschließende Rechnungsstellung.

Nach Absatz 1 Satz 3 ergibt sich, dass für den Zweck der Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e SGB V die in Satz 3 genannten Rabatte nicht zu berücksichtigen sind. Daraus folgt eine gesonderte Datenmeldung der Leistungsausgaben nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 7. Für die Datenverarbeitung nach § 217f Absatz 7 SGB V wird in Satz 6 eine zusätzliche, inhaltlich identische Datenmeldung definiert. Darüber hinaus regelt Satz 6 die nicht versichertenbezogene Meldung der Rabatte für Zwecke nach § 217f Absatz 7 SGB V. Die Bestimmungen zu den genannten Datenmeldungen ohne Berücksichtigung der Beträge nach Satz 3 sollten u. E.

vereinheitlicht werden, da insbesondere die beabsichtigte Neuregelung zur „anonymisierten“ Meldung der Daten eine weitere, abweichend von den pseudonymisierten RSA-Datenmeldungen, anonymisierte Datenmeldung nahelegt.

Die gesonderte, nicht versichertenbezogene Meldung der Beträge nach Satz 3 ist nicht erforderlich.

Der Notwendigkeit einer Geheimhaltung vertraglicher Rabatte wird durch den neuen Absatz 1 Satz 5 Rechnung getragen.

Beim Inkrafttreten dieser Regelung ist u. E. ein entsprechender Zeitvorlauf zur EDV-technischen Umsetzung zu berücksichtigen. Eine erstmalige Lieferung dieser Daten sollte daher u. E. nicht vor dem 15. August 2021 vorgesehen werden. Diesbezüglich ist u. E. in Verbindung mit dem neuen § 266 Absatz 11 klarzustellen, inwieweit bereits im Rahmen des monatlichen Ausgleichsverfahren im Jahre 2021 eine entsprechend des neuen Satzes 3 angepasste Datenmeldung zu berücksichtigen ist, da die Zuweisungsberechnung des monatlichen Abschlagsverfahren des Ausgleichsjahres 2021 auf der Meldung der Leistungsausgaben des Berichtsjahres 2019 im Jahr 2020 beruht.

Die Auflistung der in Absatz 2 genannten zulässigen Verarbeitungszwecke der RSA-Datenmeldungen ist unvollständig. Neben den genannten Verarbeitungszwecken ist auch eine Verarbeitung der Daten nach § 217f Absatz 7 SGB V sowie nach § 273 Absatz 1 Satz 1 SGB V aufzuführen.

Die Vorgaben zur Aufbewahrungsfrist der RSA-Daten bei den Krankenkassen sind sachgerecht.

Die Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes mit Neufassung des Absatzes 3 Satz 1 in Ergänzung der bisherigen Vorgaben in diesem Satz, in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V das Nähere über die zeitliche Zuordnung des amtlichen Gemeindeschlüssels des Wohnortes zu bestimmen, ist sachgerecht. Ferner ergibt sich in Absatz 3 Satz 3 eine redaktionelle Anpassung.

Die Änderungen des Absatz 4 Satz 2 führt eine Korrekturmeldung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zum 15. April ein. Diese ist sowohl unter Berücksichtigung der Einführung des Risikopools nach § 268 SGB V als auch vor dem Hintergrund der versichertenindividuellen Berücksichtigung der Erstattungen und Rabatte gemäß Absatz 1 Satz 3 sachgerecht. Damit kann einerseits die Korrektur der Risikopoolerstattungen erfolgen sowie andererseits die dementsprechend erforderliche Neuberechnung der RSA-Zuweisungen für die Risikogruppen, Verwaltungskosten sowie Satzungs- und Ermessensleistungen. Damit stehen

erst im auf den Jahresausgleich folgenden Jahr die abschließenden Zuweisungen für ein Ausgleichsjahr endgültig fest. Dieses Verfahren ist vor dem Hintergrund der beabsichtigten Neuregelungen sachgerecht.

Die Regelungen des Absatz 5 zum Datenmeldeverfahren der Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband, zur Plausibilitätsprüfung der Daten durch diesen und zur Weiterleitung an das BVA entsprechen den bisherigen Vorgaben. Die Bestimmung zur Speicherung der Daten durch den GKV-Spitzenverband ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

§ 7 Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Für Zwecke der Datenverarbeitung nach § 217f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für die Übermittlung nach § 303 b Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zusätzlich die Angaben nach Satz 1 Nummer 7 ohne Berücksichtigung der Beträge nach Satz 3 zu übermitteln.“

§ 7 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst (Änderung hervorgehoben):

„Für andere Zwecke als die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs dürfen die Daten nach Absatz 1 Satz 1 nur verarbeitet werden, soweit dies für die Durchführung des Risikopool nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, **die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 217f Absatz 7, die Prüfung nach § 273 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**, die Zwecke der Datentransparenz nach §§ 303a bis 303e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Prüfung nach § 20 sowie zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 6 erforderlich ist.“

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 8 – Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Absätzen 1 bis 4 werden neben Rechtsbereinigungen auch Folgeänderungen vorgenommen, die sich aus den beabsichtigten Neuregelungen gemäß GKV-FKG ergeben.

In Absatz 1 erfolgt diesbezüglich neben einer Aktualisierung des Verweises auf das Versichertenklassifikationsmodell, das nunmehr statt in § 29 im neu gefassten § 2 definiert wird, eine Bereinigung um Regelungen zur Krankheitsauswahl, die zukünftig entfällt.

In Absatz 2 finden eine Rechtsbereinigung sowie eine Aktualisierung der Aufgabenbeschreibung des Wissenschaftlichen Beirates beim BVA statt. Hierbei wird insbesondere die regelmäßige Evaluation der Wirkungen des RSA, die mindestens alle vier Jahre erfolgen soll, vorgeschrieben.

Die Neufassung des Absatzes 3 enthält die Ergänzung, dass in den Wissenschaftlichen Beirat zukünftig auch Ökonominen und Ökonomen berufen werden können. Weiterhin ist die Möglichkeit einer Vergütung der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates für die Erstellung der in Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 genannten Gutachten vorgesehen. Die Mittel hierfür sind dem Gesundheitsfonds zu entnehmen.

Die Regelungsinhalte des Absatzes 4 Satz 1 definieren die Aufgaben des Bundesversicherungsamtes bezüglich der bis zum 30. September eines Jahres durchzuführenden Festlegungen für das RSA-Verfahren. Diese werden im Vergleich zum Status quo um die Festlegung der regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 1 (neu) ergänzt. In Satz 2 dieses Absatzes wird geregelt, dass das BVA bei den Festlegungen nach Satz 1 die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates zu berücksichtigen hat. Die Sätze 4 bis 6 geben vor, dass das BVA die Anzahl der in das Klassifikationsmodell einzubeziehenden regionalen Merkmale festlegt. Hierbei soll es sich insbesondere um Merkmale handeln, die die Ausgabenstruktur einer Region beeinflussen. Als Datengrundlage dienen hierbei sowohl die RSA-Daten als auch öffentlich zugängliche Statistiken.

Die Regelungen des Satzes 7 beinhalten eine Klarstellung dahingehend, dass das BVA nach eigenem Ermessen eine gesonderte Berücksichtigung nicht versichertenbezogener Leistungsausgaben im Verfahren zur Berechnung der Risikozuschläge festlegen kann.

Satz 8 beinhaltet die Möglichkeit der unterjährigen Anpassung des RSA-Klassifikationsmodells aufgrund der Diagnosecodierung (ICD) oder der Arzneimittelklassifikation. In Satz 9

wird schließlich vorgegeben, dass die Daten der Auslandsversicherten nicht im RSA-Regressionsverfahren und bei der Ermittlung der Risikozuschläge nach Satz 1 zu berücksichtigen sind.

Aufgrund der Neufassung des § 2 und der Aufhebung des § 29 wird der entsprechende Verweis in Absatz 5 angepasst.

B) Stellungnahme

Die in Absatz 1 durchgeführten Rechtsbereinigungen bzw. Folgeänderungen sind folgerichtig und sachgerecht. Dies gilt gleichermaßen für die entsprechenden Änderungen des Absatzes 2. Die nunmehr regelmäßige Evaluation der Wirkungen des RSA durch den Wissenschaftlichen Beirat wird begrüßt. Hierfür wird in Absatz 3 durch die zukünftig zusätzlich mögliche Berufung von Personen mit explizitem ökonomischem Sachverstand eine sachgerechte Möglichkeit zur Verbreiterung der im Wissenschaftlichen Beirat vertretenen Fachrichtungen geschaffen.

Die für die neue Aufgabe der in regelmäßigen Abständen zu verfassenden Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats in Absatz 3 enthaltene Vergütungsmöglichkeit der Beiratsmitglieder ist nachvollziehbar und sachgerecht.

Die in Absatz 4 Satz 1 enthaltenen Vorgaben zu den jährlich für das Folgejahr durch das BVA zu treffenden Festlegungen für das RSA-Verfahren entsprechen grundsätzlich, bis auf die durch den Wegfall der Krankheitsauswahl und die Einführung der regionalen Merkmale erforderlichen Änderungen, der aktuellen Rechtslage. Diese Vorgaben sind folgerichtig und nachvollziehbar. Gleiches gilt für die Vorgaben zur Auswahl der regionalen Merkmale. Wir gehen davon aus, dass das hierfür gemäß Begründung zu Artikel 6 Nr. 5 anzuwendende statistische Verfahren gleichermaßen Teil der Anhörung nach Satz 1 ist.

Die weiteren Regelungen hinsichtlich der Berücksichtigung der RSA-Daten von Auslandsversicherten im Berechnungsverfahren entsprechen dem derzeitigen Verfahren und sind sachgerecht.

Die Anpassung des Verweises in Absatz 5 ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 9 – Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 9 entspricht dem bisherigen § 32. Wegen der Änderung von § 3 erfolgt eine redaktionelle Anpassung von Satz 1. Zudem wird der Verweis in Satz 3 an die Änderung des neuen § 7 Absatz 4 angepasst.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 10 – Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 10 ersetzt den bisherigen § 33a und wurde aufgrund der Neufassungen des Zweiten bis Sechsten Abschnitts redaktionell angepasst. In Absatz 2 wird auf den bisherigen § 33 RSAV Bezug genommen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen.

In Satz 1 der Absätze 2 und 4 wird auf den bisherigen § 33 als Bezugspunkt für die inhaltlichen Vorgaben bei der Erstellung der Folgegutachten verwiesen. Da der § 33 in der neuen Fassung nicht mehr enthalten ist, muss sich der Verweis auf die alte Fassung der RSAV und damit auf den Tag vor der Verkündung des Gesetzes beziehen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Satz 1 muss es heißen: „... die in den Gutachten nach § 33 Absatz 2 in der am [einsetzen: Tag **vor** der Verkündung] geltenden Fassung entwickelten Modelle ...“

Die Formulierung in Absatz 4 Satz 1 muss ebenfalls entsprechend geändert werden.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 11 – Zuweisungen für das Krankengeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 35 wird zu § 11 und infolge der Anpassung von § 5 neu gefasst. Er verweist zur Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld auf die §§ 5 bis 7 und 10 der RSAV nach alter Fassung.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 6 Nummer 7 wird im neuen § 11 – Zuweisungen für das Krankengeld – die Angabe „§§ 5 bis 7 und 10“ durch das Wort „Rechtsvorschriften“ ersetzt.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 12 – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 36 wird durch den § 12 ersetzt.

Absatz 1 wird aufgrund der Anpassung des § 266 SGB V redaktionell angepasst. Die Bereinigung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben um Zuweisungsanteile für strukturierte Behandlungsprogramme, die entsprechende Anteile berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben enthalten, wird im neuen § 15 Absatz 8 geregelt.

Für Satz 2 erfolgt eine redaktionelle Anpassung an die Änderung von Satz 1.

Der Verweis zu § 266 SGB V in Absatz 3 Satz 1 wird aktualisiert. Zudem werden veraltete Vorgaben zum Jahr 2011 gestrichen.

Absatz 4 wird gestrichen, da es sich um Vorgaben für das Jahr 2009 handelte.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen und Rechtsbereinigungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 13 – Zuweisungen für sonstige Ausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neugefasste § 13 entspricht in weiten Teilen dem aktuellen § 37 RSAV. Die Abweichungen betreffen neben Folgeänderungen vor allem Anpassungen aufgrund von Rechtsbereinigungen.

Die Regelungen des Absatz 1 entsprechen der geltenden Vorschrift, nach der die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben zu 50 % nach den Versichertenzeiten und zu 50 % nach der Morbidität erfolgen. Der neue Satz 3 stellt sicher, dass im Rahmen der Ermittlung der Verwaltungskostenzuweisungen auf Grundlage der standardisierten Leistungsausgaben die Summe der Zuweisungen für Risikopoolbeträge mit einbezogen wird.

Der bisherige § 37 Absatz 2 wird aufgrund von Nichtanwendung aufgehoben. Der neue Absatz 2 entspricht dem aktuellen § 37 Absatz 3 und enthält Folgeänderungen sowie mit dem neuen Satz 3 eine Klarstellung, wie im Falle der Anwendung des Satzes 1 das Verwaltungskostenvolumen der übrigen Krankenkassen berechnet werden soll.

Absatz 4 entspricht, bis auf Folgeänderungen und einer Rechtsbereinigung, bei der eine obsoletere Vorgabe für das Jahr 2011 gestrichen wird, dem bisherigen Absatz 5 des § 37 RSAV.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen und Rechtsbereinigungen. Bezüglich Absatz 2 verweist der GKV-Spitzenverband auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 34.

Allerdings ist anzumerken, dass es sich bei der in § 13 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, Absatz 2 Satz 2, Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und Absatz 4 vorgesehenen Verwendung der von den Krankenkassen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 übermittelten Versicherungszeiten zwar um die Übernahme der bestehenden Regelungen gemäß § 37 RSAV a. F. handelt, diese jedoch nicht dem aktuellen Verfahren des BVA entspricht. Dieses verwendet zur Ermittlung der vorläufigen Zuweisungen für die sonstigen Ausgaben im Abschlagsverfahren die voraussichtliche Summe der Versicherten aller Krankenkassen. Hierbei handelt es sich um eine sachgerechte, dem § 12 Absatz 1 Satz 2 n. F. analoge Vorgehensweise. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, die Regelungen des neugefassten § 13 entsprechend anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

§ 13 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die voraussichtliche Summe der Versicherten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versichertenzeiten der Krankenkasse zu vervielfachen.“

§ 13 Absatz 2 (neu) und § 37 Absatz 3 (alt) werden gestrichen.

§ 13 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die voraussichtliche Summe der Versicherten aller Krankenkassen zu teilen;“

§ 13 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen **sowie der voraussichtlichen Summe der Versicherten aller Krankenkassen** erfolgt jährlich bis zum 15. November.“

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 14 – Risikopool

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 14 legt das Nähere zum Risikopool-Verfahren nach § 268 SGB V fest.

Das BVA legt nach Absatz 1 jährlich den Schwellenwert fest und gibt ihn in geeigneter Weise bekannt.

In Absatz 2 wird das BVA beauftragt, in einem Ausgleichsjahr diejenigen Versicherten für jede Krankenkasse zu ermitteln, deren im Risikopool ausgleichsfähige Leistungsausgaben den Schwellenwert nach Absatz 1 übersteigen. Aufwendungen für Krankengeld sind nicht zu berücksichtigen.

Das BVA ermittelt nach Absatz 3 jährlich im Jahresausgleich nach § 18 den Erstattungsbetrag im Risikopool und teilt diesen Erstattungsbetrag sowie die Höhe der insgesamt über den Risikopool verteilten Zuweisungen den Krankenkassen in geeigneter Weise mit. Die für den RSA in § 18 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 5 genannten Regelungen gelten entsprechend. Dabei handelt es sich um Regelungen zur Vereinigung von Krankenkassen im Ausgleichsjahr oder in dem auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahr. Der Jahresausgleich ist im Rahmen des folgenden Jahresausgleichs zu korrigieren.

Nach Absatz 4 bestimmt das BVA das Nähere zum Verfahren nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes.

B) Stellungnahme

Für die Ermittlung der Risikopool-Versicherten liegen dem BVA die im Rahmen des RSA übermittelten Daten nach § 30 Absatz 1 Satz 1 vor. Dabei sind im Risikopool die Leistungsausgaben für Krankengeld nicht zu berücksichtigen. Die Durchführung der Berechnungen des Risikopools erfolgt nur im Rahmen des Jahresausgleichs und seiner Korrektur im nächsten Jahresausgleich. Die erforderlichen Daten liegen nach § 7 Absatz 4 Satz 1 bis zum 15. August des dem Berichtsjahr folgenden Jahres zur Berücksichtigung im Jahresausgleich und nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 2 bis zum 15. April des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres zur Berücksichtigung der Korrektur im folgenden Jahresausgleich vor.

Nach § 20 Absatz 1 Satz 2 erfolgt eine jährliche Prüfung der von den Krankenkassen gemeldeten Leistungsausgaben (Korrekturmeldung) für die im Risikopool berücksichtigten Versicherten.

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 15 – Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und für strukturierte Behandlungsprogramme

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß des in § 270 SGB V neu eingeführten Absatzes 4 erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds jährlich eine Pauschale für jeden Versicherten, der an einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, 3, 4 und 15 vorgesehenen Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Absatz 1, 2 und den §§ 25a und 26, Individualprophylaxe nach § 22 Absatz 1, 3 und § 22a Absatz 1 oder Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 teilgenommen hat. Das Nähere über die Kriterien der Vergabe und das Verfahren bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 SGB V.

In Absatz 1 wird festgelegt, dass das BVA jährlich die Höhe der o. g. Pauschalen nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 bestimmt. Zudem wird festgelegt, dass einem Versicherten, der mehrere der in Satz 1 genannten Leistungen erhalten hat, nur die Pauschale der jeweils höheren Stufe zugeordnet ist.

Um unterschiedliche Kostenniveaus der berücksichtigungsfähigen Maßnahmen abzubilden, sind drei Pauschalen unterschiedlicher Höhe vorgesehen. Nach Absatz 2 erfolgt die Gruppeneinteilung auf Grundlage der festgelegten Bewertung im einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 SGB V mit Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwertes oder durchschnittlicher Punktwerte. Schutzimpfungen nach § 20i SGB V werden automatisch der niedrigsten Stufe zugeordnet, da hier keine einheitliche Kostenbewertung vorliegt.

In Absatz 3 wird die Berechnung der Höhe der Pauschale der jeweiligen Stufe beschrieben. Dabei sind die durchschnittlichen Kosten der in der Gruppe enthaltenen Leistungen mit der Maßgabe zu berücksichtigen, dass diese 50 Prozent der Kosten der Leistung mit der geringsten Bewertung nicht übersteigt und in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Leistung mit der höchsten Bewertung steht.

Gemäß Absatz 4 sind die Stufeneinteilung sowie die Höhe der Pauschalen vom Bundesversicherungsamt bis zum 30. April des Ausgleichsjahres bekannt zu geben.

Absatz 5 entspricht dem Regelungsinhalt des bisherigen § 38 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1. Die vorgenommenen Ergänzungen ergeben sich aus dem Wegfall der Sätze 3 und 4 des bisherigen § 2 Absatz 1 sowie der Streichung von Satz 2 im bisherigen § 4 Absatz 1 Nr. 11.

Aus den Regelungen nach Absatz 6 ergibt sich, dass der GKV-Spitzenverband das Nähere über das Meldeverfahren für die Teilnahme von Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bzw. an den in § 270 Absatz 4 SGB V genannten Leistungen in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V festlegt. Die Vorschriften des § 7 Absatz 2 bis 5 gelten entsprechend.

In Absatz 7 werden die Voraussetzungen genannt, wann von einer zuweisungsrelevanten Einschreibung eines Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm auszugehen ist.

Absatz 8 enthält eine Zusammenfassung von Bereinigungsvorschriften, die bisher in § 36 Absatz 1 Satz 1 zur Ermittlung der Grundpauschale, im bisherigen § 37 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 zur Ermittlung der Zuweisungen für Verwaltungskosten, im bisherigen § 40 Absatz 1 Nr. 2 zur Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der monatlichen Zuweisungen und im bisherigen § 41 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 zur Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen im Jahresausgleich geregelt waren.

B) Stellungnahme

Die Regelungen des neugefassten § 15 sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 16 – Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu gefasste § 16 entspricht inhaltlich weitgehend dem bisherigen § 39 RSAV. Es werden neben Rechtsbereinigungen Folgeänderungen vorgenommen. Insbesondere werden infolge der Einführung der neuen Regelungen zur Verrechnung in § 6 (neu) die Sätze 3 bis 5 des bisherigen § 39 Absatz 3a gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen. Die Rechtsbereinigung in Absatz 2 hinsichtlich der Vorgaben für das Jahr 2010 ist gleichermaßen sachgerecht. Die in Absatz 4 (neu) geregelte 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 ihre Liquiditätsplanung die entsprechenden Korrekturbeträge eine gewisse Zeit vor Durchführung der Verrechnung kennen sollten. Die derzeit übliche Zahlungsfrist von zwei Wochen sollte daher in der Form umgesetzt werden, dass die Verrechnung frühestens zwei Wochen nach Mitteilung des zu leistenden Betrags erfolgt (siehe hierzu auch den Änderungsvorschlag zu Artikel 6 Nummer 5 zu § 6 Absatz 1).

C) Änderungsvorschlag

keiner (mit Änderungsvorschlag zu Artikel 6 Nummer 5 zu § 6 Absatz 1 umgesetzt)

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 17 – Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Regelungen zur mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen nach § 40 RSAV werden umstrukturiert und ohne Rechtsänderung in den neuen § 17 überführt. Hierbei erfolgen Rechtsbereinigungen, Folgeänderungen und Klarstellungen.

Absatz 1 regelt die Berechnung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen im monatlichen Abschlagsverfahren auf Grundlage der voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds sowie der voraussichtlichen standardisierten Ausgaben der Krankenkassen.

In Absatz 2 wird klargestellt, dass sich das Zuweisungsvolumen für ein Ausgleichsjahr aus der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds ergibt, welches sich wiederum aus den für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages maßgeblichen Werten ergibt. Die weiteren Regelungen dieses Absatzes werden aus dem bisherigen § 40 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 übernommen, ergänzt um eine Neuregelung zur Berücksichtigung der Vergütung des Wissenschaftlichen Beirates beim BVA für die Erstellung der Gutachten nach dem neuen § 266 Absatz 10 SGB V.

In Absatz 3 werden die bestehenden Regelungen des § 30 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 übernommen. Absatz 4 entspricht dem bestehenden § 40 Absatz 2.

B) Stellungnahme

Die Rechtsbereinigung und die Folgeänderungen sind sachgerecht. Die Neustrukturierung der Regelungsinhalte sowie die vorgenommenen Klarstellungen tragen zur verbesserten Verständlichkeit des Verfahrens bei.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 18 – Jahresausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 18 orientiert sich weitgehend an den bestehenden Regelungen des § 41 RSAV. Es werden aufgrund der Neufassung des § 266 SGB V sowie des Zweiten bis Sechsten Abschnittes der RSAV redaktionelle Anpassungen und Folgeänderungen vorgenommen.

In Absatz 1 werden zur Vereinheitlichung der Terminologie die Zu- und Abschläge nicht mehr nach alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen differenziert aufgeführt, sondern zukünftig unter dem Begriff der risikoadjustierten Zuschläge dieser drei Bereiche gefasst. Satz 4 enthält eine Vorgabe zum Ausschluss der Morbiditätsgruppen nach Maßgabe des neuen § 19, die die höchsten relativen Steigerungsraten der zugeordneten Versichertentage aufweisen. In Satz 5 des ersten Absatzes wird klargestellt, dass bei der Ermittlung der risikoadjustierten Zu- und Abschläge die über den Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben nicht einbezogen werden.

Der neu gefasste Absatz 2 beschreibt das Verfahren zur Berechnung der mitgliederbezogenen Veränderung im Jahresausgleich durch das BVA. Von der voraussichtlichen Höhe der Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 17 Absatz 2 werden die standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 SGB V, die sonstigen Ausgaben nach § 270 Absatz 1 und 3 (Satzungs- und Ermessensleistungen, Verwaltungsausgaben, Entwicklung und Durchführung von DMP) sowie die Zuweisungen nach § 270 Absatz 4 für Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen und die Ausgleichsbeträge über den Risikopool nach § 268 abgezogen und durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen geteilt und anschließend mit der jahresdurchschnittlichen Mitgliederzahl jeder Krankenkasse multipliziert.

Die Absätze 3 bis 5 entsprechen den bisherigen Regelungen der Absätze 3 bis 5 des § 41 RSAV alter Fassung. Es finden redaktionelle Anpassungen und Folgeänderungen statt.

B) Stellungnahme

Die Neufassung des § 18 ist insgesamt sachgerecht und berücksichtigt die sich aus den Neuregelungen des § 266 SGB V und der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnittes ergebenden Folgeänderungen in geeigneter Weise. Aufgrund des Änderungsvorschlags zu Artikel 6 Nummer 7 betreffend § 13 ergibt sich eine Folgeänderung in § 18 Absatz 1 (neu).

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 6 Nr. 7 § 18 Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt.

„Für die Berechnung der Werte nach § 13 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie nach § 13 Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 werden anstatt der voraussichtlichen Summe der Versicherungszeiten aller Krankenkassen die nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 gemeldeten Versicherungszeiten aller Krankenkassen verwendet.“

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 19 – Ausschluss auffälliger Risikogruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 verweist bzgl. des Verfahrens der Ermittlung der nach § 18 Absatz 1 Satz 4 auszuschließenden Risikogruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten auf die folgenden Absätze 2 bis 5 und schreibt deren Bekanntmachung im Jahresausgleich vor.

Zunächst werden nach Absatz 2 die Anzahl der zugeordneten Versichertentage sowie die Zu- und Abschläge aller für das Ausgleichsjahr relevanten Morbiditätsgruppen aus den Daten für den Jahresausgleich ermittelt. In einem zweiten Schritt wird nach Absatz 3 die Risikogruppenbesetzung aus den Daten, die der Festlegung nach § 8 Absatz 4 Satz 1 zugrunde lagen, ermittelt. Anschließend bestimmt das BVA nach Absatz 4 die 10 Prozent der Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten, die außerdem das Eineinhalbfache der GKV-Steigerungsrate aller Morbiditätsgruppen übersteigen. Risikogruppen, deren Steigerung unter einem Schwellenwert von 0,05 Prozent der durchschnittlichen Versichertenzeiten aller Krankenkassen im Ausgleichsjahr liegen, bleiben unberücksichtigt. Im letzten Schritt ermittelt das BVA nach Absatz 5 das Zuschlagsvolumen für die ausgewählten Morbiditätsgruppen und schließt bis zu 5 Prozent aller Risikogruppen aus, die das höchste Zuschlagsvolumen aufweisen.

Der GKV-Spitzenverband teilt dem BVA nach Absatz 6 bis zum 31. August des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres mit Begründung diejenigen Morbiditätsgruppen mit, bei denen ein überdurchschnittlicher Anstieg der zugeordneten Versichertentage medizinisch oder diagnostisch bedingt ist. Diese Risikogruppen werden nicht ausgeschlossen.

Die in Absatz 4 genannten Schwellenwerte können nach Absatz 7 durch das BVA unter Berücksichtigung einer Überprüfung des Wissenschaftlichen Beirates auch abweichend festgelegt werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband regt an, nicht nur die in Absatz 7 genannten Schwellenwerte nach Absatz 4, sondern auch den Schwellenwert nach Absatz 5 (5 % der Morbiditätsgruppen nach Zuweisungsvolumen sortiert) durch den Wissenschaftlichen Beirat evaluieren zu lassen. Das BVA sollte entsprechend ermächtigt werden, das Verfahren auf Grundlage des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirates auch diesbezüglich anzupassen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.12.2019
zu dem Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG), Bundestagsdrucksache 19/15662
Seite 154 von 176

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 6 Nr. 7 wird § 19 Absatz 7 um die Wörter „und 5“ nach „Absatz 4“ ergänzt.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 20 – Prüfung der Datenmeldung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neugefasste § 20 entspricht in weiten Teilen dem aktuellen § 42 RSAV. Bei den Änderungen handelt es sich im Wesentlichen um redaktionelle Anpassungen und Folgeänderungen aufgrund der vorangegangenen Neufassungen sowie um Rechtsbereinigungen.

Die wesentliche Änderung in Absatz 1 ergibt sich aufgrund des von zwei auf drei Jahre verlängerten Prüfturnus. Diese Verlängerung trägt der bisher festgestellten guten Datenqualität Rechnung. Aufgrund der Streichung der Risikogruppen für Versicherte mit einer Erwerbsminderungsrente ist eine Prüfung dieser Merkmale nicht mehr notwendig. Mit Satz 2 wird festgelegt, dass die Korrekturmeldung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, die im Risikopool verwendet werden, jährlich zu prüfen ist.

Absatz 5 beschreibt das Verfahren der Hochrechnung auf die der jeweiligen Stichprobe zugrundeliegende Grundgesamtheit bei fehlerhaften oder nicht plausiblen Fällen. Dieses findet keine Anwendung bei der Prüfung der Risikopoolfälle.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen und Rechtsbereinigungen.
In Absatz 6 Satz 1 ist der Verweis auf Absatz 4 nicht korrekt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt ermittelt auf Grund der jeweiligen Hochrechnung nach Absatz 5 den Korrekturbetrag und macht diesen durch Bescheid geltend.“

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 21 – Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 21 ersetzt den vormaligen § 39a und ist an das neue Prüfkonzept des § 273 SGB V angepasst worden.

Gemäß Absatz 1 überprüft das BVA nur noch die Korrekturmeldungen nach § 7 Absatz 4 Satz 2, da Rechtsverstöße ausschließlich in den Korrekturmeldungen zu bleibenden finanziellen Vorteilen führen können.

Nach Absatz 2 berechnet das BVA für diese einen Korrekturbetrag nach § 273 Absatz 6 Satz 1 SGB V, indem es innerhalb von 3 Monaten entweder die rechtswidrig gemeldete Datenmenge feststellt oder auf Grundlage der letzten unbeanstandeten Daten ein Fortschreibungsverfahren durchführt. Für letzteres ist die durchschnittliche Entwicklung der maßgeblichen Daten in der Rest-GKV (mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkasse) zu berücksichtigen. Auf die Erhebung eines Aufschlags von 25 % kann nun in der Neuregelung nicht mehr verzichtet werden.

Der Korrekturbetrag fließt nach Absatz 3 weiterhin in den Gesundheitsfonds und wird im Rahmen des nächsten Jahresausgleichs zusätzlich ausgeschüttet. Für die Regelung aller weiteren Details des Verfahrens wird der GKV-Spitzenverband angehört.

B) Stellungnahme

Der neue § 21 gewährt dem BVA einen größeren Spielraum bei der Berechnung des Korrekturbetrags als der vorherige § 39a, insbesondere bei der Berücksichtigung der durchschnittlichen Entwicklung der Rest-GKV. Ausnahme ist die nun verpflichtende Erhebung eines Strafzuschlags. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die erhöhte Gestaltungsfreiheit des BVA und erachtet den obligatorischen Zuschlag zur Erhaltung des Sanktionscharakters als sachgerecht.

Die Beschränkung der Prüfung auf die Korrekturmeldungen senkt im Zusammenspiel mit den vereinfachenden Änderungen des § 273 SGB V weiter den Aufwand der Prüfungen. Da rechtswidrig gemeldete Daten ausschließlich in der Korrekturmeldung eine dauerhafte finanzielle Wirkung entfalten, befürwortet der GKV-Spitzenverband dieses das Verfahren beschleunigende Anpassung.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.12.2019
zu dem Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG), Bundestagsdrucksache 19/15662
Seite 157 von 176

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§§ 22, 23 – Durchführung des Einkommensausgleichs/Aufzubringende Mittel für den Innovationsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aus den bisherigen §§ 43 und 44 werden die §§ 22 und 23. Die Verweise werden entsprechend angepasst.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 24 – Anforderung an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137g des Fünften Sozialgesetzbuches einschließlich der Dauer der Teilnahme

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 24 entspricht dem bisherigen § 28d. Es erfolgen redaktionelle Anpassungen an die Begriffsbestimmungen des Artikels 4 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2016/679. Hierbei werden die drei Begriffe Erhebung, Nutzung und Verarbeitung durch den Begriff Verarbeitung ersetzt. Zudem erhalten die Versicherten die Möglichkeit, den Erhalt der Informationen nach Absatz 1 Nummer 3 elektronisch zu bestätigen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Anpassungen an geltende EU-Vorgaben. Die Möglichkeit, dass Versicherte den Erhalt der Informationen nach Absatz 1 Nummer 3 elektronisch bestätigen können, ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 25 – Anforderung an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Überschrift wird der Terminologie im neuen § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 SGB V angepasst. Zudem erfolgen redaktionelle Anpassungen an die Begriffsbestimmungen in Artikel 4 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2016/679. Hierbei werden die drei Begriffe Erhebung, Nutzung und Verarbeitung durch den Begriff Verarbeitung ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Anpassungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 26 – Berechnung der Kosten für die Bescheidung von Zulassungsanträgen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 28h wird zu § 26.

B) Stellungnahme

Der neue § 26 entspricht dem Wortlaut des bisherigen § 28h.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 27 – Übergangsregelung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 27 stellt klar, auf Grundlage welcher rechtlicher Vorgaben der Risikostrukturausgleich für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 durchzuführen ist.

In Absatz 1 wird vorgegeben, dass in den o. g. Ausgleichsjahren die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 bis 45 SGB VI weiterhin ein Risikomerkmals ist sowie die Krankheitsauswahl nach den bisherigen Vorgaben des § 31 Absatz 1 Satz 2 bis 4 RSAV erfolgt. Weiterhin wird ausgeschlossen, dass die Neuregelungen des § 14 (Risikopool), des § 15 Absatz 1 bis 4 und Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 (Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und für strukturierte Behandlungsprogramme) und des § 18 Absatz 1 Satz 4 sowie des § 19 (beides Regelungen zum Ausschluss auffälliger Risikogruppen) für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 Anwendung finden.

Die Regelungen des Absatz 2 stellen sicher, dass im Rahmen der Prüfungen nach § 20 für die o. g. Ausgleichsjahre eine Prüfung der gemeldeten Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente erfolgt. Weiterhin sind in den Datenmeldungen für die Ausgleichsjahre die Meldung des amtlichen Gemeindeschlüssels sowie die Meldung (?) der Inanspruchnahme von Leistungen der Vorsorge- und Früherkennung nicht (?) zu prüfen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Neuregelung, die klarstellt, auf welcher rechtlichen Grundlage der Risikostrukturausgleich für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 durchgeführt wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes – KHEntgG)

§ 8 Absatz 11 – Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals in Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenhäuser können im Jahr 2020 auf den Rechnungsbetrag einen weiteren Zuschlag in Höhe von 0,3 % des Rechnungsbetrags gesondert in der Rechnung ausweisen. Dies gilt für alle Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt. Die Regelung soll gewährleisten, dass den Krankenhäusern zusätzliche Mittel in Höhe von rund 250 Mio. Euro für etwaige nicht refinanzierte Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals zur Verfügung gestellt werden.

B) Stellungnahme

Die Einführung des vorgesehenen Rechnungszuschlages in Höhe von 0,3 % wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Wie in der Gesetzesbegründung bereits ausgeführt, findet eine umfassende Finanzierung der Personalkostensteigerungen in den Landesbasisfallwerten (LBFW) der Jahre 2018 und 2019 statt. Ein weiterer Rechnungszuschlag entbehrt jeglicher Grundlage.

Die gesamten Kostenentwicklungen im Personalbereich über alle Berufsgruppen sind mit den hohen Steigerungsraten der LBFW bereits ausfinanziert. Da auch die Kostensteigerungen im Sachkostenbereich weit unter der Grundlohnrate liegen, ist es vielmehr Fakt, dass es im Krankenhausbereich über die LBFW-Steigerungen zu einer Überfinanzierung der Kostensteigerungen 2018 und 2019 kommt (Problem: Meistbegünstigungsklausel). Die jährlich vom Statistischen Bundesamt mit dem Orientierungswert ermittelten Kostensteigerungen der Krankenhäuser bestätigen, dass eine Überfinanzierung vorliegt. Die „Übervergütung“ liegt alleine in 2019 bei ca. 550 Mio. Euro. Die Grundlohnrate liegt bei 2,65 %; die unabhängig festgestellten Kostensteigerungen des Statistischen Bundesamtes liegen bei lediglich 1,96 %.

Neben der Berücksichtigung der Kostensteigerungen im Rahmen der LBFW-Verhandlungen besteht zur besseren Berücksichtigung von Tarifsteigerungen seit dem Jahr 2016 auf Bundesebene die Möglichkeit, zusätzlich jährlich eine Tariferhöhungsrate zu vereinbaren. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde dabei rückwirkend ab dem Jahr 2018 für die Pflege die bislang gültige hälftige Refinanzierung von Tarifsteigerungen durch eine vollstän-

dige Tarifrefinanzierung ersetzt. Für das Jahr 2018 sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband darin übereingekommen, dass kein Anlass für eine Erhöhungsrates bestand. Für das Jahr 2019 wurde aufgrund der vorliegenden Tarifabschlüsse eine Erhöhungsrates vereinbart, mit der ein Volumen von 190 Mio. Euro refinanziert wird. Es ist nicht nachvollziehbar, warum nun ein weiterer Rechnungszuschlag zur Erhöhungsrates 2019 an die Krankenhäuser fließen soll.

Die geplanten pauschalen Rechnungszuschläge für alle Krankenhäuser stehen im Widerspruch zu der in der Begründung angeführten Zielsetzung, eine Unterfinanzierung des Pflegepersonals im Einzelfall zu korrigieren. Sollte es tatsächlich in Einzelfällen zu einer Unterfinanzierung der Pflegepersonalkostensteigerungen der Jahre 2018 und 2019 gekommen sein, wäre es entsprechend allein angemessen, nur in diesen Fällen einen pauschalen Rechnungszuschlag zu gewähren. Vor diesem Hintergrund sollte im Rahmen der Budgetverhandlungen geklärt werden, ob in dem entsprechenden Krankenhaus eine Unterfinanzierung vorliegt. Das Krankenhaus hat darzulegen, inwieweit die durch die Fallpauschalenerlöse zugeflossenen Mittel nicht zur Pflegepersonalkostenfinanzierung ausreichen.

Es bleibt zudem unklar, auf welche Entgelte der Zuschlag angewendet werden soll. So lässt die vorgeschlagene Gesetzesformulierung offen, ob der Rechnungszuschlag z. B. andere Zuschläge erhöhen und Abschläge mindern soll. Der nachfolgend nur hilfswiese vorgebrachte Änderungsvorschlag stellt daher aus Vereinfachungsgründen auf einen pauschalen Rechnungszuschlag von 10 Euro je voll- und teilstationärem Krankenhausfall ab.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 wird gestrichen.

Hilfsweise:

In Artikel 7 wird § 8 Absatz 11 KHEntgG wie folgt gefasst (Änderung hervorgehoben):

„(11) Bei Patientinnen oder Patienten, die im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, ist ein Zuschlag in Höhe von **10 Euro je voll- und teilstationärem Fall** zu berechnen und gesondert auf der Rechnung auszuweisen. **Das Krankenhaus hat in den Budgetverhandlungen für den Pflegesatzzeitraum 2020 nachzuweisen, dass die durch die Fallpauschalen zugeflossenen Mittel der Jahre 2018 und 2019 die Pflegepersonalkosten nicht decken konnten. In den Fällen, in denen das Krankenhaus diesen Nachweis nicht erbringen kann, ist der Zuschlag nach Satz 1 über einen Abschlag in gleicher Höhe im nächstmöglichen**

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.12.2019
zu dem Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG), Bundestagsdrucksache 19/15662
Seite 165 von 176

Pflegesatzzeitraum zurückzuzahlen. Der Zuschlag nach Satz 1 bzw. Abschlag nach Satz 3 wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“

Artikel 8 (Änderung der SGB V-Übertragungsverordnung)

§ 1 SGB V-ÜbV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der durch Artikel 5 geänderten Nummerierungen der entsprechenden Vorschriften im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist erforderlich und zutreffend.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 219 – Finanzverbund in der allgemeinen Rentenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Durchführung des Zahlungsverkehrs für den RSA erfolgt gemäß des neuen § 266 Absatz 6 Satz 1 SGB V durch das Bundesversicherungsamt. Die somit gegenstandslose Vorgabe im SGB VI wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Streichung dient der Rechtsbereinigung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 und 2

§ 46 – Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 46 Absatz 3 Satz 6 regelt, dass personelle Verwaltungskosten, die einer Betriebskrankenkasse von der Pflegekasse erstattet werden, dann an den Arbeitgeber weiterzuleiten sind, wenn dieser die Personalkosten der Betriebskrankenkasse nach § 147 Absatz 2 SGB V trägt. Durch die Änderung in Artikel 5 Nr. 12 wird die Personalkostenübernahme durch den Arbeitgeber bei einer Betriebskrankenkasse künftig in § 149 geregelt. Der Verweis wird entsprechend geändert.

Nach Absatz 5 gelten bei Vereinigung, Auflösung und Schließung einer Krankenkasse die §§ 143 bis 172 SGB V entsprechend für die Pflegekasse. Die einschlägigen Normen finden sich künftig in den §§ 143 bis 170 SGB V. Der Verweis wird entsprechend geändert.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 1 tritt das Gesetz vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Nach Absatz 2 soll Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) bereits am 31.12.2019 in Kraft treten, damit der vorgesehene Zuschlag von 0,3 Prozent auf Krankenhausrechnungen den Krankenkassen bereits ab Jahresbeginn 2020 in Rechnung gestellt werden kann.

Nach Absatz 3 soll die Anpassung des § 260 Absatz 5 SGB V rückwirkend zum 1. Januar 2020 in Kraft treten, damit die Vorgaben zum Abbau der Finanzreserven durch die Krankenkassen bereits in der Haushaltsplanung für das Jahr 2020 zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

Da der GKV-Spitzenverband die Streichung des Artikel 7 vorschlägt, wird folglich auch die Streichung des Absatzes 2 vorgeschlagen.

Nach Artikel 1 Nummer 19 des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) wird § 260 Absatz 5 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2020 gestrichen (siehe Stellungnahme zu Artikel 5 Nummer 18). Die Inkrafttretensregelung in Artikel 11 Absatz 3 ist somit redundant.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 11 Absätze 2 und 3 werden gestrichen.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 103 – Zulassungsbeschränkungen

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung einen Änderungsvorschlag zu § 103 Absatz 2 SGB V vorgetragen (Nummer 9 der Stellungnahme), der laut Gegenäußerung der Bundesregierung geprüft wird. Der Änderungsvorschlag bezieht sich auf eine mit dem TSVG ins SGB V aufgenommene Regelung, wonach die zuständigen Landesbehörden auf Antrag in ländlichen und strukturschwachen Teilgebieten Zulassungsbeschränkungen für einzelne Arztgruppen aufheben können. Die Kriterien dieser Teilgebiete hat der Landesausschuss festzulegen.

Der Änderungsvorschlag des Bundesrates sieht folgende vier Punkte vor:

- a) Anstatt der generellen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen können die zuständigen Landesbehörden eine begrenzte Anzahl von zusätzlichen Arztsitzen festlegen.
- b) Für die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete soll der Landesausschuss im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde Kriterien aufstellen, die den jeweiligen Entscheidungen zugrunde zu legen sind. Die derzeit gültige Regelung sieht lediglich eine Benehmensherstellung mit den zuständigen Landesbehörden vor.
- c) Einführung einer Frist (31. März 2020) bis zu der die Kriterien aufzustellen sind. Können bis dahin keine Kriterien bestimmt werden, kann die zuständige Landesbehörde diese übergangsweise aufstellen.
- d) Die Zulassungen sollen an den Ort der Niederlassung gebunden werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband bewertet den Vorschlag des Bundesrates wie folgt:

- a) Die Regelung nach § 103 Absatz 2 Sätze 4 – 7 in ihrer derzeit gültigen Form wird grundsätzlich abgelehnt. Das bestehende Regelungsgefüge der Bedarfsplanung sieht eine bundeseinheitliche Richtlinie vor, die eine gleichmäßige Verteilung der Ärztinnen und Ärzte über die Landesgrenzen hinweg sicherstellt und damit gleichwertige Lebensverhältnisse garantiert. In Ergänzung dazu kann regional abgewichen werden. Hierfür bieten das SGB V bzw. die Richtlinie maßvolle, zielgenaue Sicherstellungsmaßnahmen.

Die Regelung nach § 103 Absatz 2 negiert dieses Regelungsgefüge. Durch das Aufheben von Zulassungsbeschränkungen in aufgrund von Überversorgung gesperrten Gebieten, würde dort unbegrenzte Niederlassungsfreiheit gelten. Jeder Arzt, der eine Zulassung beantragt, müsste diese auch erhalten. Eine Begrenzung der zusätzlichen Arztsitze ist von der gesetzlichen Regelungskompetenz bisher nicht umfasst. Die Ergebnisse der gesetzlich vorgesehenen Rechtsfolge sind weder verhältnismäßig noch unter Verteilungsaspekten zur Verbesserung der Versorgung geeignet. Zum einen wird billigend in Kauf genommen, dass in den betroffenen Teilgebieten die wirtschaftliche Grundlage der bereits niedergelassenen Vertragsärzte erodiert. Zum anderen wird der Vertrauensschutz der niedergelassenen Ärzte verletzt, die im Rahmen ihrer Altersvorsorge auf die Verwertbarkeit ihrer Praxen vertraut haben. Gleichzeitig stehen die Regelungen allen Bemühungen entgegen, die Allokationsprobleme zu lösen. Sollten die Stadtstaaten oder andere attraktive Regionen von der Regelung Gebrauch machen, muss davon ausgegangen werden, dass sie Sogwirkung dieser Regionen zu einer Verstärkung der Konzentrationsprozesse in den Städten und zu einer massiven Abwanderung von Ärzten aus den ländlichen und strukturschwachen Regionen führen wird. Damit konterkariert die gesetzliche Regelung die maßvolleren, mildereren und deutlich zielgenaueren Mittel der Bedarfsplanung.

Die nun vorgesehene Begrenzung der Anzahl der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten wird deshalb ausdrücklich begrüßt. Dennoch sollte die Anwendung von § 103 Absatz 2 Satz 4 bis 7 SGB aufgrund der erheblichen Risiken für die Versorgung nur als letztes Mittel in besonderen Ausnahmefällen verstanden und von den obersten Landesbehörden mit besonderer Sorgfalt angewendet werden. Hierbei ist eine rechtssichere und verhältnismäßige Anwendung des Ausnahmetatbestandes sicherzustellen.

Zu Beginn des Gesetzgebungsverfahrens zum TSVG war eine Begrenzung der Anzahl der Zulassungen vorgesehen, welche jedoch keinen Eingang in das Gesetz fand. Mit dem MDK-Reformgesetz wurde ein Verweis in § 103 Absatz 4 Satz 2 gestrichen, der der Streichung der Anzahl der Zulassungen im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses geschuldet war. Sollte nun die begrenzte Anzahl der Zulassungen aufgenommen werden, ist auch diese Streichung rückgängig zu machen.

- b) Die zuständigen Landesbehörden können bereits auf Grundlage der festgelegten Kriterien – ohne weitere Prüfung oder Beratung – einzelne Arztgruppen bestimmen, die von Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind. Die Kriterien werden bisher lediglich im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden festgelegt. Wird dies nun geändert in ein Einvernehmen, ist die Unabhängigkeit der Entscheidungen und damit die Rechtssicherheit nicht mehr gewährt. Da sich die Länder nicht finanziell an den zusätzlichen

Arztsitzen beteiligen, kann eine nicht sachgerechte Mengenausweitung nicht ausgeschlossen werden. Daher ist diese Änderung abzulehnen.

- c) Die Landesausschüsse beraten seit Inkrafttreten des TSVG intensiv über mögliche Kriterien. Aufgrund von Limitationen der bestehenden Datengrundlagen (z. B. unzureichende Kleinräumigkeit oder fehlender Arztgruppenbezug) und vor dem Hintergrund der parallel zu beratenden und anzupassenden Bedarfspläne wurden noch keine Kriterien festgelegt. Die Notwendigkeit zur Fristsetzung besteht jedoch nicht. Die übergangsweise Festsetzung von Kriterien durch die zuständigen Landesbehörden wird abgelehnt (siehe Stellungnahme zu b).
- d) Die Klarstellung, dass die Zulassungen an den Ort der Niederlassung gebunden werden, ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

In Ergänzung des Vorschlags des Bundesrates schlägt der GKV-Spitzenverband vor:

§ 103 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

„In Satz 2 werden nach „oder bei Entziehung der Zulassungen“ die Wörter „oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 5“ eingefügt.“

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 116 Absatz 6 Satz 11 – Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

A) Vorgeschlagene Neuregelung

In § 293 Absatz 7 ist geregelt, dass der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein bundesweites Verzeichnis aller in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte führen. Dieses Verzeichnis verwenden die Krankenhäuser und die Krankenkassen ab dem 01.01.2019 in den gesetzlich bestimmten Fällen. Eine Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 1 ist derzeit nur im Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a Satz 9 vorgesehen. Die Angabe der Arztnummer ist jedoch auch elementar für die Zuordnung von Leistungen und Ausgaben im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V. Die vorgeschlagene Rechtsänderung unterstützt die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben, der Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität gemäß § 116b Absatz 6.

B) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 wird nach der Nummer 9 folgende neue Nummer 9a eingefügt:

„9a. In § 116b Absatz 6 Satz 11 wird nach dem Wort „entsprechend“ der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und der Halbsatz „die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser verwenden bei der Abrechnung die Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 1“ angefügt.“

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 Absatz 4 – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zum Anlass genommen, die Systematik der Arztnummern in der vertragsärztlichen Versorgung neu zu ordnen. Es sind lebenslange Arztnummern sowie Betriebsstättennummern anstelle der bisherigen Arztrechnungsnummern (die unabhängig davon galten, ob es sich um eine Einzel- und eine Gemeinschaftspraxis handelte) eingeführt worden. Seither gibt es einrichtungsbezogene Betriebsstättennummern und Nebenbetriebsstättennummern sowie personenbezogene lebenslange Arztnummern. Das Arztverzeichnis ist so gestaltet, dass erkennbar ist, welche Ärzte in welcher Einrichtung tätig sind. Auf diese Weise können die Krankenkassen nachvollziehen, welche Leistungen von welchem Arzt an welchem Ort erbracht wurden. Zusätzlich enthält das Arztverzeichnis das Datum des Beginns und des Endes der Tätigkeit des Arztes am dem jeweiligen Ort. Insbesondere aufgrund der steigenden Anzahl von Ärzten und Zahnärzten in Anstellung ist eine Auflistung aller Tätigkeitsorte der Ärzte und Zahnärzte sinnvoll. Damit diese Regelungen einheitlich für den vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bereich Anwendung finden, ist § 293 Absatz 4 SGB V entsprechend anzupassen. Die vorgeschlagene Rechtsänderung unterstützt die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben durch die sachgerechte Zuordnung von Leistungen und Daten.

B) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 wird nach der Nummer 27 folgende neue Nummer 27a eingefügt:

„27a. In § 293 Absatz 4 Satz 2 werden nach der Nummer 8 die Nummern 9 bis 14 wie folgt gefasst und die folgenden Nummern 15 bis 19 ergänzt:

9. je Ort der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit Straße der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
10. je Ort der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit Hausnummer der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
11. je Ort der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit Postleitzahl der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
12. je Ort der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit Ort der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
13. Beginn der Gültigkeit der lebenslangen Arzt- oder Zahnarztnummer,

14. Ende der Gültigkeit der lebenslangen Arzt- oder Zahnarzt Nummer,
15. je Ort der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit jeweiliger Nummer der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung (Betriebsstätten- oder Nebenbetriebsstättennummer bzw. Abrechnungsnummer),
16. Beginn der Tätigkeit des Arztes oder Zahnarztes am jeweiligen Ort der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit,
17. Ende der Tätigkeit des Arztes oder Zahnarztes am jeweiligen Ort der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit,
18. Name der Praxis, des Medizinischen Versorgungszentrums oder der Einrichtung,
19. bei Medizinischen Versorgungszentren den Namen des ärztlichen oder zahnärztlichen Leiters sowie Angabe der wirtschaftlich Berechtigten.“

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 303b – Datenübermittlung

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Der § 303b Absatz 1 Satz 1 bezieht sich auf die Datenerhebung zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs in § 268 Absatz 3 Satz 14 i. V. m. Satz 1 Nummer 1 bis 7. Durch die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigte Neufassung des § 268 ist dieser Verweis auf die sich nunmehr in § 267 Absatz 1 geregelte Datenmeldung anzupassen.

B) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 wird nach Nummer 31 folgende neue Nummer 31a eingefügt:

„31a. § 303b Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Das Bundesversicherungsamt übermittelt die nach § 267 Absatz 1 erhobenen Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c.“