

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des BMG
am 06.05.2019**

**Zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)**

Stand 15.04.2019

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322



Inhaltsverzeichnis:

I. Zusammenfassung	- 6 -
II. Zustimmungsbefürchtung durch den Bundesrat.....	- 14 -
III. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs	- 16 -
Artikel 1 Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes	- 16 -
Art. 1 § 51 Abs. 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) - Zulässigkeit des Rechtsweges	- 16 -
Artikel 4 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	- 18 -
Art. 4 Nr. 1b § 4 Abs. 4 S. 2-6 SGB V – Krankenkassen.....	- 18 -
Art. 4 Nr. 1c § 4 Abs. 5 SGB V - Krankenkassen.....	- 19 -
Art. 4 Nr. 2 § 4a SGB V – Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung	- 20 -
Art. 4 Nr. 3 § 4b SGB V – Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren.....	- 24 -
Art. 4 Nr. 4 § 71 SGB V – Beitragssatzstabilität.....	- 25 -
Art. 4 Nr. 5 § 73b SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung.....	- 26 -
Art. 4 Nr. 6 § 77 SGB V – Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen ..	- 28 -
Art. 4 Nr. 7 § 83 Satz 4 SGB V – Gesamtverträge; rückwirkendes Verbot von Vergütungen für Diagnosen	- 29 -
Art. 4 Nr. 8 § 92a SGB V – Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.....	- 30 -
Art. 4 Nr. 9 § 137g SGB V – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme	- 31 -
Art. 4 Nr. 10 § 140a SGB V – Besondere Versorgung.....	- 32 -
Art. 4 Nr. 11 § 143-148 SGB V – Arten der Krankenkassen.....	- 37 -
Art. 4 Nr. 11 § 149-154 SGB V – Besondere Vorschriften zur Errichtung, Ausdehnung, Ausscheiden von Betrieben und Auflösung bei Betriebskrankenkassen	- 37 -
Art. 4 Nr. 11 § 155-164 SGB V – Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen	- 37 -
Art. 4 Nr. 11 § 165-170 SGB V – Folgen der Auflösung, der Schließung und Insolvenz	- 37 -
Art. 4 Nr. 12 Buchstabe a § 173 SGB V – Allgemeine Wahlrechte	- 43 -
Art. 4 Nr. 12 Buchstabe b § 173 SGB V – Allgemeine Wahlrechte.....	- 44 -
Art. 4 Nr. 13 § 217b SGB V – Mitglieder des Verwaltungsrates.....	- 45 -
Art. 4 Nr. 14 § 217c SGB V – Wahl des Verwaltungsrates.....	- 48 -
Art. 4 Nr. 15 § 217d SGB V – Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen	- 49 -

Art. 4 Nr. 16 § 217f SGB V – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund	- 50 -
Art. 4 Nr. 17 § 260 Abs. 5 SGB V – Betriebsmittel.....	- 51 -
Art. 4 Nr. 18 §§ 265a, 265b SGB V – Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, Freiwillige finanzielle Hilfen.....	- 52 -
Art. 4 Nr. 19 § 266 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich).....	- 53 -
Art. 4 Nr. 20 § 267 SGB V – Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	- 57 -
Art. 4 Nr. 20 § 268 SGB V – Risikopool.....	- 60 -
Art. 4 Nr. 21 § 269 SGB V – Sonderregelung für Krankengeld und Auslandsversicherte	- 62 -
Art. 4 Nr. 22 § 270 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben.....	- 63 -
Artikel 4 Nr. 23 § 270a SGB V – Einkommensausgleich	- 64 -
Art. 4 Nr. 24 § 271 SGB V – Gesundheitsfonds	- 65 -
Art. 4 Nr. 25 § 273 SGB V – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich	- 66 -
Art. 4 Nr. 26 § 284 SGB V – Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	- 71 -
Art. 4 Nr. 27 § 295 Abs. 2 SGB V – Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	- 72 -
Art. 4 Nr. 28 § 303b SGB V – Datenübermittlung	- 73 -
Art. 4 Nr. 29 § 304 SGB V – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse	- 74 -
Art. 4 Nr. 30 § 305a SGB V – Beratung der Vertragsärzte.....	- 75 -
Art. 4 Nr. 31 § 318 SGB V – Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung.....	- 77 -
Art. 4 Nr. 32 Anfügung an Kapitel 13 – Übergangsregelung zur Neuorganisation des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund.....	- 78 -
Artikel 5 Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	- 79 -
Art. 5 Nr. 1 § 1 RSAV – Begriffsbestimmungen	- 79 -
Art. 5 Nr. 2 § 2 RSAV – Risikogruppen.....	- 80 -
Art. 5 Nr. 2 § 3 RSAV – Versicherungszeiten	- 81 -
Art. 5 Nr. 3 § 4 RSAV – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben	- 82 -
Art. 5 Nr. 4 § 5 RSAV – Bekanntmachungen	- 83 -
Art. 5 Nr. 5 § 6 bis 28 RSAV	- 84 -
Art. 5 Nr. 6 RSAV – Abschnitt 6	- 85 -
Art. 5 Nr. 7 § 28d RSAV – Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V.....	- 86 -

Art. 5 Nr. 8 § 28f RSAV – Anforderungen an das Verfahren der Erhebung und
Übermittlung der für die Durchführung der Programme nach §
137g SGB V erforderlichen personenbezogenen Daten - 87 -

Art. 5 Nr. 9 RSAV – Abschnitt 7 - 88 -

Art. 5 Nr. 10 § 29 RSAV – Grundsätze für die Weiterentwicklung des
Risikostrukturausgleichs..... - 89 -

Art. 5 Nr. 11 § 30 RSAV – Verarbeitung von Daten für die Durchführung und
Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs - 90 -

Art. 5 Nr. 12 § 31 RSAV – Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells - 93 -

Art. 5 Nr. 13 § 32 RSAV – Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich - 96 -

Art. 5 Nr. 13 § 33 RSAV – Gutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der
Aufwendungen für Krankenkassen und Auslandsversicherte - 97 -

Art. 5 Nr. 13 § 33a RSAV – Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der
Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte..... - 98 -

Art. 5 Nr. 14 RSAV – Abschnitt 4 - 99 -

Art. 5 Nr. 15 § 35 RSAV – Zuweisungen für das Krankengeld - 100 -

Art. 5 Nr. 16 § 36 RSAV – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale - 101 -

Art. 5 Nr. 17 § 37 RSAV – Zuweisungen für sonstige Ausgaben..... - 102 -

Art. 5 Nr. 18 § 37a RSAV – Risikopool - 103 -

Art. 5 Nr. 19 § 38 RSAV – Zuweisungen für Vorsorge- und
Früherkennungsuntersuchungen - 104 -

Art. 5 Nr. 20 § 39 RSAV – Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher
Ausgleich und Kostentragung..... - 106 -

Art. 5 Nr. 21 § 39a RSAV – Ermittlung des Korrekturbetrags..... - 107 -

Art. 5 Nr. 22 § 40 RSAV – Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen - 108 -

Art. 5 Nr. 23 § 41 RSAV- Jahresausgleich - 109 -

Art. 5 Nr. 24 § 42 RSAV – Prüfung der Datenmeldungen..... - 111 -

Art. 5 Nr. 25 § 43 RSAV – Ermittlung des Korrekturbetrages - 113 -

Art. 5 Nr. 26 §§ 44, 45 RSAV..... - 115 -

Art. 5 Nr. 27 RSAV – Abschnitt 9 - 116 -

Artikel 6 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch - 117 -

Art. 1 § 219 SGB VI – Finanzverbund in der allgemeinen Rentenversicherung - 117 -

Artikel 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch..... - 118 -

Art. 1 § 46 SGB XI – Pflegekassen..... - 118 -

IV. Ergänzender Änderungsbedarf - 119 -

Ergänzung eines Sonderkündigungsrechts im § 73b Abs. 5a SGB V i. d. F. des TSVG. - 119 -

I. Zusammenfassung

Mit dem Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) soll die solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Sinne des Gesundheitsstrukturgesetzes und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes weiterentwickelt werden. Der Gesetzgeber gibt dabei selbst das Ziel aus, die wettbewerblichen Rahmenbedingungen durch die Weiterentwicklung des RSA sowie des Organisationsrechts der Krankenkassen zu modernisieren und an die Erfordernisse einer solidarischen und fairen Wettbewerbsordnung anzupassen. Damit sollen Wettbewerbsverzerrungen dauerhaft beseitigt und Wahlfreiheiten der Versicherten gestärkt werden.

Erstmals kodifiziert der Gesetzgeber mit GKV-FKG ein Zielsystem für den Wettbewerb in der GKV. Der Wettbewerb in der GKV soll dem Ziel dienen:

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

Die Festschreibung eines Wettbewerbsziels, das ausschließlich auf die Interessen und Belange der Versicherten und Patienten fokussiert ist, wird von der AOK-Gemeinschaft ohne Einschränkung begrüßt. Der Wettbewerb in der GKV muss zwingend einen Mehrwert für die Versicherten und Patienten schaffen, indem er zu einer effektiven und im Sinne von qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung führt. Die Fähigkeit, in dieser Hinsicht aktiv die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten zu gestalten, muss zur zentralen Kernkompetenz einer Krankenkasse werden, um erfolgreich im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu bestehen. Der Gesetzgeber greift diesen Wettbewerbsansatz im § 4a Abs. 1 SGB V GKV-FKG konsequent auf und definiert einen Wettbewerb der Krankenkassen um die besten Versorgungsangebote. Der bisherige Preis- und Satzungsleistungswettbewerb ist demnach nur noch nachrangiges Wettbewerbsfeld in der GKV.

Leider wird der vorliegende Gesetzesentwurf seinem eigenen Anspruch in vielen Punkten nicht gerecht. So werden gravierende Veränderungen am Organisationsrecht regional aufgestellter Krankenkassen vorgenommen, die zu einer Zentralisierung und Vereinheitlichung der Strukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung führen können. Regional aufgestellte Krankenkassen sind in der Lage, regionale Versorgungsprobleme zu adressieren und zu lösen. Durch ihren regionalen Fokus wird der Wettbewerb der Krankenkassen auf möglichst passgenaue und bedarfsgerechte Versorgungsangebote für Versicherte und Patienten vor Ort gelenkt. Die mit dem Gesetz geplante Entregionalisierung stellt diese Krankenkassen in einen forcierten bundesweiten Preiswettbewerb, aus dem allenfalls für jüngere und gesunde Versichertengruppen ein kurz-

fristiger finanzieller Preisvorteil entsteht. Für Versichertengruppen, die auf qualitativ hochwertige Versorgungsangebote der Krankenkassen vor Ort angewiesen sind, entsteht kein Mehrwert. Langfristig schadet die Entregionalisierung allen Versicherten und Beitragszahlern durch einen Verlust an Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Der ebenfalls geplante Metropolenzuschlag im Morbi-RSA wird diesen Effekt verstärken und zusätzlich die Anreize für Krankenkassen reduzieren, auf die Bedürfnisse der Menschen in strukturschwachen Regionen und ländlichen Räumen einzugehen. Krankenkassen werden sich auf attraktive Metropolregionen konzentrieren. Durch Schließung von Geschäftsstellen und dem Rückzug aus regionalen Versorgungsansätzen droht eine nachhaltige Schwächung strukturschwacher und ländlicher Regionen.

Das Faire-Kassenwahl-Gesetz wird damit seinem Anspruch, den 1992 mit den Lahnsteiner Beschlüssen und der darauffolgenden Gesetzgebung begonnenen Prozess zur Implementierung und Weiterentwicklung eines Wettbewerbs der Krankenkassen um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung zu vollenden, in keiner Weise gerecht. Entregionalisierung, Anreize für den Rückzug aus der Fläche und forcierter Preiswettbewerb der Krankenkassen machen das Faire-Kassenwahl-Gesetz zu einem „Falscher-Kassenwettbewerb-Gesetz“.

Gesundheitliche Versorgung ist in wesentlichen Teilen kein bundesweit transferierbares Gut. Sie wird primär in Kenntnis der Bevölkerungsbedarfe vor Ort, auf Grundlage regionalspezifischer Strukturen und in gemeinsamer vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den örtlichen Vertragspartnern regional gestaltet. Für die AOK-Gemeinschaft ist nicht erkennbar, welche versorgungsrelevanten Wahloptionen den Versicherten in einer Region zusätzlich durch den Gesetzentwurf im Allgemeinen und der geplanten Entregionalisierung der Krankenkassen im Besonderen eröffnet werden. Durch ein Wahlrecht der Versicherten für bislang dort nicht tätige Kassen nach deren bundesweiter Öffnung wird keines der vom Gesetzgeber adressierten Wettbewerbsziele erfüllt. Weder in der stationären, haus- und fachärztlichen Versorgung noch in der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln käme es zu einer Intensivierung des Kassenwettbewerbs zum Vorteil der Versicherten und Patienten.

Die AOK-Gemeinschaft steht ausdrücklich zum freien Kassenwahlrecht der Versicherten. Wenn der Gesetzgeber die Wahloptionen für alle Versicherten vergrößern will, muss er den Wettbewerb der Krankenkassen um qualitativ hochwertige Versorgungsangebote stärken. Der Versorgungswettbewerb wird gestärkt, wenn den Krankenkassen mehr Spielräume für regionale Vertragslösungen und Versorgungsoptionen mit Ärzten und Kliniken eingeräumt werden. Dies wäre die konsequente Vollendung von Lahnstein. Die Zwangsöffnung regionaler Kassen ist dagegen eine wettbewerbspolitische Sackgasse, die vor allem Nachteile für die Menschen in ländlichen Räumen nach sich ziehen wird. Daher muss sich der Gesetzgeber fragen lassen, welchen Mehrwert diese Reform für die Versicherten und Patienten bietet. Es sollte nicht allein darum gehen, junge und gesunde, preisaffine Versicherte in den Mittelpunkt des Kassenwettbewerbs zu stellen.

Die Begründung zum GKV-FKG für ein „faires Wahlrecht für alle Mitglieder“ fokussiert ausschließlich auf den Preiswettbewerb zwischen den Kassen. Zitat: „Der Zugang zu einer günstigen regionalen Krankenkasse kann Versicherten aus Regionen mit überdurchschnittlichen Ausgaben zukünftig nicht mehr verwehrt werden“. Diese Argumentation ist in Bezug auf die in § 4a Abs. 1

festgelegte Zielstellung von Wettbewerb inkonsistent und abzulehnen. Wenn aber der Gesetzgeber den Fokus auf den Preiswettbewerb dennoch schärfen möchte, sollte stattdessen allen Kassen die Option eingeräumt werden, regional differenzierte Zusatzbeiträge zu erheben. Dies würde bundesweit geöffneten Kassen ermöglichen, in vermeintlich günstigeren Regionen einen niedrigeren Zusatzbeitrag zu erheben und die Differenzierung dann entsprechend gegenüber den Mitgliedern zu begründen. Dies würde auch der Tatsache Rechnung tragen, dass viele bundesweit geöffnete Kassen heute in vielen Regionen niedrigere Zusatzbeiträge erheben als die entsprechenden regionalen Kassen. Ein Zwang zur Erhebung regional differenzierter Zusatzbeiträge ist dagegen nicht zielführend und abzulehnen.

1. Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt es ausdrücklich, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich als Grundvoraussetzung für eine solidarische Wettbewerbsordnung mit dem Ziel weiterentwickelt wird, ihn zielgenauer zu machen und damit noch bestehende Anreize zur Risiko-selektion einzelner Versicherter und Versichertengruppen abzubauen. Zugleich sollten starke Anreize für Krankenkassen erhalten bleiben, sich wirtschaftlich zu verhalten und aktiv auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung hinzuwirken. Beide Zielstellungen sind im Wettbewerbsansatz des § 4a Abs. 1 SGB V GKV-FKG richtigerweise definiert.

Der wissenschaftliche Beirat hat mit seinen Gutachten für Maßnahmen zur Erhöhung der Zielgenauigkeit des RSA eine fundierte Grundlage geschaffen, die die Zustimmung der AOK-Gemeinschaft findet. Leider wird von dieser Zielstellung im vorliegenden Gesetzentwurf in wichtigen Punkten abgewichen bzw. werden einige teilweise geradezu kontraproduktive Maßnahmen ergriffen. Zwar werden die geplante Einführung des Krankheitsvollmodells und der Altersinteraktionsterme die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf Versichertenebene erhöhen, die Streichung der besonderen Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern wirkt der Zielgenauigkeit jedoch diametral entgegen. Das ist nicht nur ordnungspolitisch fatal, sondern setzt diese besonders schutzbedürftige Versichertengruppe massiven Anreizen zur Risikoselektion aus. Daher sollte auf diese Maßnahme verzichtet werden.

Auch mit Blick auf die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung setzt der vorliegende Gesetzentwurf einige bedenkliche Signale und widerspricht dem definierten Wettbewerbsziel. Die Einführung eines Risikopools für kostenintensive Krankheiten oder der als Regionalkomponente getarnte Zuschlag für Großstädte und Metropolen werden die Anreize bei Krankenkassen für eine wirtschaftliche und effiziente Versorgungsgestaltung reduzieren. Der RSA soll keine Ausgaben ausgleichen, sondern Unterschiede in den Risikostrukturen und die daraus resultierenden Ausgabenrisiken einer Krankenkasse. Direkte Kostenausgleiche sind daher per se nicht zielkonform. Die Finanzierung der Kosten aus schweren und zufällig auftretenden Akuterkrankungen sind nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht weitestgehend gleichmäßig über die Krankenkassen verteilt und sollten weiterhin dem Versicherungsprinzip unterliegen. Darüber hinaus belegt der wissenschaftliche Beirat zu den Wirkungen des Morbi-RSA, dass die Einführung direkter Kostenausgleiche zu neuen Fehldeckungen führen kann, z.B. bei multimorbiden Versicherten. Zudem zieht die Administration eines Hochkostenausgleichs einen sehr hohen Verwaltungs-

und Prüfaufwand nach sich. Ergänzende Hochkostenausgleiche neben dem Morbi-RSA sind deshalb abzulehnen.

Die Regionalkomponente wirkt zudem noch in eine andere, versorgungspolitisch bedenkliche Richtung. Mit diesem Metropolenzuschlag werden finanzielle Mittel aus strukturschwachen, oft ländlichen Regionen in überversorgte städtische Gebiete umgeleitet. Im Endeffekt zementiert das nur verkrustete Versorgungsstrukturen und damit Überversorgung in den Städten und ist klar zum Nachteil für Menschen in den so geschwächten Regionen.

Das Ziel des Gesetzentwurfes, die Manipulationsresistenz des RSA zu stärken, wird uneingeschränkt begrüßt. Die dauerhafte Diskreditierung des RSA durch den Vorwurf der Manipulation ist zurückzuweisen.

Mit der Einführung von Kodierrichtlinien und die verpflichtende Zertifizierung von Praxissoftware in der vertragsärztlichen Versorgung wurde im bereits verabschiedeten TSVG ein weiterer wichtiger Schritt gemacht. Bei weiteren Maßnahmen sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass keine versorgungspolitischen Kollateralschäden entstehen. Insbesondere sollte dafür Sorge getragen werden, dass diese Maßnahmen zu keiner Verschlechterung für die Versorgung der Patienten führen. Die vom Gesetzgeber verfolgte Intention des Verbots der Vergütung von Diagnosekodierung wurde und wird grundsätzlich von der AOK-Gemeinschaft begrüßt. Über das Ziel hinaus schießt allerdings der Gesetzentwurf, wenn künftig Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen ganz gezielt nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, weiterhin nur noch möglich sein sollen, sofern sie an einen „allgemeinen Krankheitsbegriff“ anknüpfen. Diese fachlich nicht nachvollziehbare Pauschalregelung gefährdet insbesondere solche Versorgungsverträge, die speziell auf bestimmte Patientengruppen zugeschnitten sind. Eine medizinisch sinnvolle Versorgungssteuerung wird damit unmöglich gemacht.

Im Rahmen der geplanten Maßnahmen zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich muss darüber hinaus dafür Sorge getragen werden, dass Krankenkassen auf das Ergebnis der bereits erfolgten Rechtmäßigkeitskontrolle durch die zuständige Aufsichtsbehörde weiterhin vertrauen können.

In diesem Sinne sollte die Möglichkeit der Krankenkassen, neben den Kassenärztlichen Vereinigungen die Vertragsärzte zu beraten, nicht gestrichen werden. Niedergelassene Ärzte sind zentrale Akteure der Versorgung von Patienten. Sie verantworten nicht nur ihre eigenen Leistungen, sondern gestalten die bedarfsgerechte Versorgung auch durch Verordnungen und Einweisungen. Daher ist ein Dialog zwischen Arzt und Krankenkasse unverzichtbar, um gemeinsam auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung hinzuwirken.

Schließlich ist die pauschale Streichung von Zuweisungen für Morbiditätsgruppen, die eine festgesetzte Steigerungsrate überschreiten, abzulehnen. Diese kollektive Strafmaßnahme benachteiligt nicht nur Krankenkassen, die sich regelkonform verhalten haben, sondern kann auch negativen Folgen für die Versorgung haben. Denn sie führt zu zusätzlichen Unsicherheiten, inwieweit Investitionen in innovative Versorgungskonzepte überhaupt refinanziert werden. Die Maßnahme stellt also eine „Versorgungsbremse“ dar. Darüber hinaus läuft sie auch dem Ansatz des

Vollmodells zuwider, verschlechtert die Zielgenauigkeit des RSAs und bevorzugt Krankenkassen mit jungen und gesunden Versicherten.

2. Reform des Organisationsrechts

Der Gesetzentwurf sieht eine Öffnung regional begrenzter Kassen vor. Dies ist abzulehnen. Die Maßnahme nimmt billigend in Kauf bzw. hat geradezu zum Ziel, GKV-Versicherte in günstige, allerdings wohnortferne Krankenkassen zu steuern. Dadurch wird auch die Wahlmöglichkeit für die Versicherten eingeschränkt, die heute zwischen bundesweit geöffneten Kassen und regional agierenden Kassen wählen können und dies auch heute bewusst tun. Dieser wettbewerbspolitische Irrweg führt zumindest kurz- bis mittelfristig in der Konsequenz dazu, dass der betroffene Versicherte sich außerhalb des Wirkungsbereiches der Versorgungsverträge und -angebote der jeweiligen Krankenkasse aufhält und diese im Krankheitsfall nicht in Anspruch nehmen kann. Die zumindest durch die Ortskrankenkassen gewährleistete flächendeckende „Netzabdeckung“ von Versorgungsverträgen und -angeboten wird durch das GKV-FKG aufgebrochen.

Für eine bislang regional tätige Krankenkasse etwa im Süden der Republik ist es nur mit hohen zusätzlichen Verwaltungskosten möglich, regionale Versorgungsangebote (z.B. Disease-Management-Programme, Hausarztzentrierte Versorgung, regionale Hilfsmittelverträge) im Norden aufzubauen, um dort eine deutlich geringere regional gestreute Anzahl von Mitgliedern zu versorgen. Im Ergebnis sind die bundesweit zu öffnenden Krankenkassen gezwungen, sowohl Versorgungsangebot und Kundenbetreuungsstrukturen in allen Regionen aufzubauen, in denen sie bisher nicht tätig waren. Dies kann in keiner Weise mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Einklang gebracht werden. Vor dem Hintergrund, dass Versorgung nur regional gestaltet werden kann, ist der gezielte Abbau der Versorgungskompetenz der Ortskrankenkassen ein weiterer Schritt zur bundesweiten Zentralisierung von Versorgungsentscheidungen.

Die zwangsweise bundesweite Erstreckung der bislang regional begrenzten Krankenkassen stellt zudem gegenüber der Möglichkeit der betriebsbezogenen Errichtung von neuen Krankenkassen auch einen ordnungspolitischen Widerspruch dar. Während der Marktzutritt einer neuen Betriebskrankenkasse aufgrund der vorhandenen – und zunächst begrenzten – betrieblichen Strukturen ökonomisch durchaus noch wirtschaftlich abgebildet werden kann, verhält sich dies bei einer nunmehr bundesweit geöffneten Regional-Krankenkasse völlig anders.

Diese Defizite des GKV-FKG werden zwei unternehmenspolitische Strategien der Krankenkassen zur Folge haben: Einerseits wird eine weitere Vereinheitlichung und Zentralisierung von Versorgungsvorgaben im Sinne einer bundesweit einheitlichen Lösung erfolgen und andererseits wird es zu einer Welle von Vereinigungen der Krankenkassen kommen, mit der Konsequenz einer sukzessiv abnehmenden Vielfalt. Mit der Entregionalisierung macht sich der Gesetzgeber damit auf den Weg zur Nivellierung der bestehenden Geschäftsmodelle der Krankenkassen hin zu einer „virtuellen Einheitskasse“.

3. Reform der Haftungsregelungen

Durch den Gesetzesentwurf sollen die bestehenden Haftungsregelungen reformiert werden. Die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen derselben Kassenart sollen abgeschafft und im Haftungsfall eine Kostentragung aller Krankenkassen auf Grundlage eines fairen Verteilungsschlüssels eingeführt werden. Damit sollen angebliche aber nicht näher erläuterte Verwerfungen beseitigt werden, die auf Grund der bisherigen Regelungen bestehen.

Hierbei wird allerdings übersehen, dass sich die bisherigen Regelungen bewährt haben. Das bisher bestehende doppelte Haftungs-Netz hat dafür gesorgt, dass das System der gesetzlichen Krankenversicherung auch in schwierigen Zeiten sehr stabil ist. Im vorliegenden Gesetzesentwurf fehlen jegliche Anreize zur Vermeidung eines Haftungsfall. Es ist lediglich eine Beobachtungs- und Meldepflicht des – zukünftig allein von Kassenvorständen geleiteten – GKV-Spitzenverbands bzw. die Möglichkeit von Rettungsvereinigungen als Ultima Ratio durch das BMG und die Aufsichtsbehörde vorgesehen. Indem das bisherige Modell deutlich vor der Haftungsprävention des GKV-Spitzenverbandes ansetzt, schützt es die GKV insgesamt vor Haftungsrisiken. Damit ist das Auftreten von Haftungsfällen samt zugehöriger Finanzhilfen ohne fortbestehende Haftungskaskade ein signifikant zunehmendes Risiko für die Haushalte aller GKV-Kassen, das nicht durch eigene Managementleistung beeinflussbar ist.

Eine verlässliche Haftungsprävention ist aber für die Sicherung der Finanzstabilität der GKV sowie die Leistungs- und Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung uneingeschränkt wichtig. Daher ist auch in Zukunft zu gewährleisten, dass Krankenkassen unter Auflagen und Bedingungen analog § 265b freiwillig finanzielle Hilfe zur Vermeidung eines Haftungsfall leisten können. Kommt es trotz dieser freiwilligen Hilfen zum Haftungsfall, sind diese Hilfen bei der Aufbringung der erforderlichen Mittel zur Abwicklung des Haftungsfall anzurechnen. Dadurch wird ein wirksamer Anreiz zur Haftungsprävention gesetzt.

Der vom Gesetzesentwurf vorgesehene staatliche Zugriff auf das Vermögen der Krankenkassen bei der Aufbringung der Mittel im Haftungsfall setzt dagegen völlig falsche Anreize, welche weder als solidarisch noch als Ausdruck eines fairen Kassenwettbewerbs gelten können. Kassen bzw. deren Beitragszahler, welche durch wirtschaftliches Handeln und zur Absicherung der finanziellen Stabilität Vermögen aufgebaut haben, werden im Haftungsfall gegenüber Kassen ohne finanzielle Vorsorge einseitig benachteiligt und in Bezug auf das Vermögen um ihren wettbewerblich erarbeiteten Erfolg gebracht. Darüber hinaus wird einmal mehr massiv in die Kompetenzen der Selbstverwaltungen der Krankenkassen eingegriffen, deren zentrale Aufgabe es ist, mittelfristig solide und mit Blick auf die Versorgungsbedarfe der Versicherten ausgewogene Haushalts- und Beitragssatzentscheidungen zu treffen. Dieser Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung ist abzulehnen.

Darüber hinaus berücksichtigt die geplante Regelung zur Umlage der Haftungsbeträge in keiner Weise den bereits bestehenden Zwangsabbau des Vermögens der Krankenkassen ab 2020, der durch Absenkung der Zusatzbeiträge bzw. eines Erhöhungsverbots in den §§ 242 Abs. 1 und 260 Abs. 2a SGB V bereits gesetzlich vorgeschrieben ist. Der Gesetzgeber möchte dabei offenbar die Illusion erzeugen, Gelder zur Haftungsumlage heranzuziehen, die im Haftungsfall entweder längst ausgegeben oder fest zur Entlastung der Beitragszahler verplant sind. Dies ist umso frag-

würdiger, als dass durch aktuelle Gesetzentwürfe oder bereits verabschiedete Gesetze die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im selben Zeitraum um ca. 23 Milliarden Euro ansteigen werden.

4. Anpassungen Strukturen des GKV-Spitzenverbandes

Der Entwurf sieht als einen weiteren wesentlichen Punkt strukturelle Veränderung des GKV-Spitzenverbandes vor. So soll eine Professionalisierung des Verwaltungsrats erreicht und die organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes gestärkt werden, indem der Verwaltungsrat künftig nicht mehr aus ehrenamtlichen Vertretern der Verwaltungsräte der Krankenkassen, sondern aus Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen gebildet wird. Diese Maßnahme ist abzulehnen. Sie stellt nicht nur eine Schwächung der Selbstverwaltung dar. Vielmehr werden – im Zusammenspiel mit den übrigen organisationsrechtlichen Änderungen – die Rahmenbedingungen für einen grundlegenden Strukturwandel in der gesetzlichen Krankenversicherung gelegt. Die Repräsentanz der Sozialpartner wird demontiert. Es besteht die Gefahr, dass künftige Reformschritte die soziale Selbstverwaltung auch aus den Krankenkassen entfernen. Es werden Voraussetzungen geschaffen, die mittelfristig in eine Einheitskasse münden könnten.

5. Geänderte Rechtswegzuweisung zu den Zivilgerichten

Der Entwurf sieht für Streitigkeiten um Verhaltensweisen, die vermeintliche Wettbewerbsbeeinträchtigungen darstellen, zukünftig den Rechtsweg zu den Zivilgerichten vor. Der Entwurf unterstellt dabei einen sehr weiten Anwendungsbereich dieser Rechtswegzuweisung mit der Folge, dass zukünftig Zivilgerichte über originär sozialrechtlich geprägte Sachverhalte (ausdrücklich genannt werden z. B. Selektivverträge, Satzungsrecht, mRSA-Verfahren und haushalts- bzw. vermögensrechtliche Vorschriften) anstelle der sachnäheren Sozialgerichte entscheiden. Je nach Konstellation der Verfahrensgestaltung bzw. -beteiligung wird dies zu nicht sachgerechten Rechtswegspaltungen bzw. Parallelverfahren führen.

6. Mitgliederwettbewerb – „Lösungen“ für in der Praxis nicht existierende Probleme

Mit den geplanten Neuregelungen zur Mitgliederwerbung wird vermeintlich eine gesetzliche „Lösung“ für eine Problematik geschaffen, die so im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen nicht besteht. Der Gesetzentwurf suggeriert einen bislang regulierungsfreien Raum für Werbung innerhalb der GKV. Beim gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt handelt es sich bei praxisnaher Betrachtung indessen um einen bereits hinreichend regulierten und darüber hinaus nicht auffälligen Wettbewerbsmarkt. Dies ist daran erkennbar, dass es in der Praxis unter den Marktteilnehmern keinen sich von anderen Branchen nach oben hin abweichenden Umfang von wettbewerbsrechtlichen Verfahren gibt. Bereits heute gibt es mit den geltenden Rahmenvorgaben des „Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb“ (UWG), einschließlich der zugehörigen Rechtsprechung, sowie den bestehenden „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden“ eine stabile und handlungsleitende Regulierung. Die im Entwurf vorgesehenen

Regelungen sind demgegenüber keine Neuerungen. Sie sind eher geeignet, insbesondere im Zusammenhang mit der damit verbundenen Rechtswegänderung, neue Rechtsprobleme aufzuwerfen. Die entsprechenden Regelungen sind daher abzulehnen.

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

Zur Zustimmungsbedürftigkeit des vorliegenden Gesetzentwurfes durch den Bundesrat nimmt der AOK-Bundesverband nachfolgend Stellung.

II. Zustimmungsbedürftigkeit durch den Bundesrat

1. Gesetzgeberische Zielsetzung und verfassungsrechtliche Organisationsvorgabe

Zielsetzung des GKV-FKG ist u. a. die Herbeiführung einer einheitlichen Aufsichtsführung durch das Bundesversicherungsamt (BVA). So wird auf S. 50 des Entwurfs ausgeführt: „Durch die bundesweite Öffnung wird im Ergebnis auch für einen Großteil der Krankenkassen eine einheitliche Rechtsaufsicht durch das BVA erreicht, die weitere Wettbewerbsverzerrungen durch Unterschiede im Aufsichtshandeln beseitigt.“

Ausgehend von der geltenden Rechtslage ist die Herbeiführung einer einheitlichen Rechtsaufsicht an hohe Anforderungen geknüpft. Aus juristischer Sicht ergibt sich im Hinblick auf den Status quo der Kassenaufsicht nur wenig Spielraum für Modifikationen. Sowohl das Grundgesetz mit seiner hierfür maßgeblichen Regelung des Art. 87 Abs. 2 GG als auch die auf einfachgesetzlicher Ebene maßgeblichen Normen des Sozialrechts sehen eine grundsätzliche Trennung der Kassenaufsicht auf Bundes- und Landesebene vor. Nur an wenigen Stellen ergibt sich bereits heute aus dem Gesetz eine übergreifende Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt. Eine grundlegende Änderung der Aufteilung der Aufsicht erfordert daher eine Änderung des Grundgesetzes (vgl. Wille/Thüsing, Neuordnung der Kassenaufsicht (2017), S. 52).

2. Unvollständige einfachgesetzliche (Umgehungs-)Regelung des GKV-FKG

Demgegenüber sieht der Entwurf des GKV-FKG nunmehr eine einfachgesetzliche Aufsichtsverschiebung zu Gunsten des BVA vor, indem kraft staatlicher Anordnung die regionale Erstreckung von landesunmittelbaren Krankenkassen auf das Bundesgebiet angeordnet wird und diese somit zwangsläufig zu bundesunmittelbaren Krankenkassen werden. Der Gesetzesentwurf umgeht somit die oben beschriebene Hürde einer grundgesetzlichen Neuordnung. Diese Umgehung bleibt indessen an anderer Stelle nicht ohne Folgen.

Denn flankierend zu dieser Organisationsregelung gehören zwingend verwaltungsrechtliche Folgeregelungen, insbesondere im Siebenten Kapitel des SGB V (§§ 207-211a), welches konstitutiv für die Verfasstheit und Aufgabenwahrnehmung der Krankenkassen im Versorgungsgeschäft mit Leistungserbringern auf Landesebene ist. Regelmäßig erfolgt diese Aufgabenwahrnehmung – auch nach Inkrafttreten des GKV-FKG – durch Vereinbarungen der Landesverbände der Krankenkassen mit den gesundheitlichen Leistungserbringern. Der Entwurf des GKV-FKG sieht in den §§ 207-211a SGB V allerdings keinerlei organisatorische bzw. verwaltungsrechtliche Folgeregelungen vor; gleiches gilt für die notwendigen Folgeregelungen im SGB XI (Pflegeversicherung). Die derzeit geltenden Regelungen sind mit der Neuordnung des GKV-FKG inhaltlich und systematisch nicht vereinbar. Eine rechtlich handhabbare Übertragung der gegenwärtig geltenden Regelungen der §§ 207-211a SGB V bzw. der entsprechenden Regelungen im SGB XI auf die organisatorischen Neuregelungen im GKV-FKG ist weder rechtssystematisch noch sachgerecht umsetzbar, so dass das Gesetz in dieser Form derzeit gar nicht vollziehbar ist.

Eine funktionsfähige Folgeregelung für das zukünftige einheitliche Verwaltungsverfahren auf Landesebene hätte indessen Veränderungen im Bestand der Rechte und Pflichten, Zuständig-

keiten und Befugnisse der Länder zur Folge und wäre abhängig von der Zustimmung des Bundesrates. Insofern ist der Gesetzesentwurf des GKV-FKG wegen fehlender Anpassung der Vorschriften für die Landesverbände bisher unvollständig und entsprechend zu ergänzen. Spätestens durch die erforderliche Ergänzung und den damit verbundenen Eingriff in die Verwaltungshoheit der Länder, ist eine Zustimmung des Bundesrates zum Gesetzesvorhaben erforderlich.

3. Organisations- und verwaltungsrechtlich ganzheitliches Gesetz ist nur im Einvernehmen mit den Ländern möglich

Sollte die erforderliche Ergänzung erst in einem Folgegesetz vorgenommen werden, ist von einer unnatürlichen Teilung der organisatorischen Neuregelung auszugehen. Eine unnatürliche Teilung des Gesetzesvorhabens ändert jedoch nichts an der Zustimmungsbedürftigkeit des Gesamtvorhabens. Das Bundesverfassungsgericht hat zwar eine Aufteilung von Gesetzgebungsvorhaben im Rahmen des gesetzgeberischen Ermessens gebilligt. Dieses Ermessen endet aber dann, wenn die Gesetze auf Grund ihres Regelungsgehalts notwendigerweise zu einer technischen Einheit verbunden werden müssen.

Richtigerweise wäre dann aber die in den materiell-rechtlichen Vorschriften des GKV-FKG dem Grunde nach angelegte Verschiebung von Verwaltungszuständigkeiten zu Lasten der Länder nur mit Zustimmung des Bundesrates zulässig. Denn die im Bereich des Organisationsrechts vorgesehenen Veränderungen setzen zwangsläufig einheitliche verwaltungsrechtliche Neuerungen im Sinne des Art. 84 Abs. 1 S. 5 und 6 GG in Kraft, die den (noch) nicht ausdrücklich geänderten Vorschriften über das Verwaltungsverfahren in den Ländern – insbesondere §§ 207-211a SGB V – „einen neuen Inhalt und eine wesentlich andere Bedeutung und Tragweite verleihen“ und die von einer früher erteilten Zustimmung des Bundesrates zur Verteilung von Verwaltungsaufgaben ersichtlich nicht mehr umfasst wird (vgl. dazu BVerfG, Urteil vom 13. April 1978 – 2 BvF 1/77 –, juris Rn. 103). Sinn der grundgesetzlichen Erfordernisse einer Zustimmung des Bundesrates ist es hingegen, „eine von der Verfassung zugelassene einfachgesetzliche Systemverschiebung im föderalen Gefüge, die die primären verfassungsrechtlichen Kompetenzzuordnungen zulasten der Länder verändert, an das Einvernehmen der Ländervertretung zu binden“ (BVerfG, Beschluss vom 04.05.2010 – 2 BvL 8/07 –, juris Rn. 140).

Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass der Gesetzesentwurf bislang fälschlicherweise von einer fehlenden Zustimmungsbedürftigkeit durch den Bundesrat ausgeht.

III. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes

Art. 1 § 51 Abs. 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) - Zulässigkeit des Rechtsweges

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einfügung in § 51 Abs. 3 werden Streitigkeiten nach der Entwurfsfassung von § 4a Abs. 7 SGB V von der Zuständigkeit der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit ausgenommen, so dass für die Unterlassungsansprüche der Krankenkassen untereinander künftig der Rechtsweg zu den ordentlichen Gerichten eröffnet ist.

B Stellungnahme

Im Sinne eines fairen Wettbewerbs im Mitgliederwettbewerb der GKV müssen lauterkeitsrechtliche Standards eingehalten und Verstöße effektiv sanktioniert werden. Abmahnungen und eine etwaige gerichtliche Durchsetzung dienen dabei der Umsetzung von Unterlassungsansprüchen.

Bereits nach geltendem Recht entscheiden Zivilgerichte über Unterlassungsklagen bzw. einstweilige Rechtsschutzanträge gegen Krankenkassen, wenn diese ausschließlich auf das UWG gestützt sind und von privatrechtlich organisierten Dritten (z.B. Wettbewerbszentralen, Verbraucherschutzvereine) erhoben bzw. gestellt werden. Davon abzugrenzen sind Rechtsstreitigkeiten der Krankenkassen, deren maßgeblicher Gegenstand kein privatrechtlicher ist, sondern primär dem Sozialrecht zu entnehmen und nicht ohne dessen Anwendung zu ermitteln ist. Ohne Widerspruch zu dem auch durch das UWG vermittelten Schutz für Verbraucher bleiben auch wettbewerbsrelevante sozialrechtliche Pflichten zu beachten. So ist beispielsweise häufig umstritten, ob Satzungsregelungen der Krankenkassen oder selektivvertragliche Vereinbarungen den sozialrechtlichen Vorgaben entsprechen. Dies ist auch in wettbewerblichen Unterlassungsverfahren hinreichend zu berücksichtigen. Hierzu sind die Sozialgerichte berufen, die als judikativer Zweig der Rechtskontrolle ergänzend zu den Aufsichtsbehörden maßgeblich das Sozialrecht im Blick haben. Das im Gesetzentwurf in § 4a Abs. 4 SGB V angelegte Konzept einer regulatorischen Konkretisierung des GKV-Wettbewerbs durch das BMG bzw. BVA bestätigt diese sozialrechtliche Sichtweise. Dementsprechend sachwidrig ist es, nunmehr – so die Zielrichtung des Gesetzesentwurfs (S. 50 und 59 der Begründung) – vermeintlich „*unzulässige Satzungsleistungen oder RSA-Manipulationen*“ bzw. „*Verstöße gegen haushalts- und vermögensrechtliche Vorschriften*“ zum Gegenstand von zivilgerichtlichen Auseinandersetzungen von Krankenkassen vor den sachfernen Kammern des Landgerichts (Kammern für Handelssachen) zu machen.

Im Übrigen führt die sachliche Zuständigkeit des Landgerichts zu einer unnötigen Verwendung von Beitragsgeldern. Denn der vor den Landgerichten geltende Anwaltszwang, nach dem sich die Parteien durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen müssen, bewirkt zusätzliche Kosten, die im Ergebnis aus Beitragsmitteln finanziert werden müssen.

In der Praxis sind auch keine nennenswerten Konfliktfälle oder sonstige korrekturbedürftigen Zustände zu verzeichnen, die Anlass zu einer Veränderung der Rechtswegregelung geben.

Vielmehr hat das Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) mit dem Gesetzentwurf vom 11.09.2018 für ein „Gesetz zur Stärkung des fairen Wettbewerbs“ gesetzgeberische Maßnahmen zur Stärkung eines fairen Wettbewerbs im Interesse der Verbraucher und der weiteren Marktteilnehmer eingeleitet. Gegenstand dieses Gesetzes sind u. a. auch die lauterkeitsrechtlichen Abmahnungs- und Klagemöglichkeiten. In diesem Zuge werden auch die bereits geltenden Vorschriften zur Durchsetzung von Unterlassungsansprüchen von bzw. gegenüber Krankenkassen (§ 4 Abs. 3 SGB V) geändert; vgl. Art. 9 des BMJV-Referentenentwurfs. Der Entwurf des BMJV geht davon aus, dass die gegenwärtige Form der Verfolgung von Wettbewerbsverstößen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung keiner grundlegenden Veränderung bedarf, sondern lediglich an die allgemein vorgesehenen Änderungen angepasst wird. Dieser Annahme ist angesichts der Erfahrungen aus der Praxis grundsätzlich zuzustimmen. Auch der Referentenentwurf des BMG nennt keine konkreten Um- bzw. Missstände aus der Praxis, die eine Rechts(weg)änderung erforderlich machen, sondern stützt sich in der Begründung allein auf die Sachnähe der Zivilgerichte zum UWG. Diese Begründung ist für die explizit beabsichtigte Rechtswegänderung für sozialrechtlich veranlasste Streitigkeiten (z.B. Selektivverträge, Satzungsrecht, RSA-Verfahren oder Haushaltsrecht), in denen (vermeintliche) Wettbewerbsvorteile behauptet werden nicht tragfähig und daher abzulehnen, zumal die Entwurfsbegründung zur Reichweite des UWG-Bezugs (vgl. S. 56 zu § 4a Abs. 2 und S. 59 zu § 4a Abs. 7) inhaltlich widersprüchlich ist.

Insbesondere im Kontext der Entwurfsregelung zu § 4a und deren Begründung zu Abs. 7 wirkt die Rechtswegzuweisung zu den Zivilgerichten höchst kritisch. Die dort angelegte große Reichweite eines wettbewerbsrechtlichen Unterlassungsanspruchs mit originär sozialrechtlichem Ausgangspunkt hat zur Folge, dass zukünftig Zivilgerichte über zahlreiche ausschließlich sozialrechtlich geprägte Sachverhalte (ausdrücklich genannt werden z. B. Satzungsrecht, Selektivverträge, mRSA-Verfahren und haushalts- bzw. vermögensrechtliche Vorschriften) anstelle der sachnäheren Sozialgerichte entscheiden. Je nach Konstellation der Verfahrensgestaltung bzw. -beteiligung wird dies zu nicht sachgerechten Rechtswegspaltungen bzw. Parallelverfahren führen. Aufsichtsrechtliche Streitigkeiten mit Krankenkassen über o. g. Sachverhalte entscheiden unverändert die Sozialgerichte, wohingegen Streitigkeiten zwischen Krankenkassen über dieselben Gegenstände allein wegen einer behaupteten (vermeintlichen) Wettbewerbsbeeinträchtigung von den Zivilgerichten entschieden werden.

Vor dem Hintergrund des beschriebenen BMJV-Referentenentwurfs zur Änderung des gegenwärtig geltenden § 4 Abs. 3 SGB V („Gesetz zur Stärkung des fairen Wettbewerbs“, Art. 9) und der mit dem BMG-Referentenentwurf zum GKV-FKG beabsichtigten (abweichenden) Änderung derselben Vorschrift (vgl. Art. 4 Nr. 2), spricht sich der AOK-Bundesverband für die vom BMJV geplante und als sachgerecht anzusehende Neuregelung aus – unter Berücksichtigung des redaktionellen Hinweises in seiner Stellungnahme vom 27.09.2018 sowie unter Verzicht auf eine damit verbundene Rechtswegänderung in § 51 Abs. 3 SGG.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung wird gestrichen.

Artikel 4 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 4 Nr. 1b § 4 Abs. 4 S. 2-6 SGB V – Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Vorschrift, die die Deckelung der Verwaltungsausgaben für die Jahre 2011 und 2012 vorsah.

Die Regelung entstammt dem GKV-Finanzierungsgesetz vom 22.12.2010 und wurde im Zusammenhang mit der Einführung des Zusatzbeitragssatzes und der Festschreibung der Arbeitgeber-Anteile am Beitragssatz auf 7,3 % vorgenommen. Hiermit waren die Verwaltungsausgaben der Kassen für die Jahre 2011 und 2012 fest auf dem Niveau des Jahres 2010 gedeckelt (sogenannte Nullrunden).

B Stellungnahme

Die Streichung erfolgt aufgrund einer gegenstandslos gewordenen Vorschrift und ist sachlogisch korrekt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 4 Nr. 1c § 4 Abs. 5 SGB V - Krankenkassen**A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 4 Abs. 5 SGB V wird aufgehoben.

Die Regelung wird gleichlautend in den neuen Paragraphen § 4a Abs. 6 SGB V zum Wettbewerb überführt. Dadurch ergibt sich keine inhaltliche Neuerung.

B Stellungnahme

Die Streichung erfolgt aufgrund einer Neuorganisation der Regelungen die den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen betreffen und ist sachlogisch korrekt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 4 Nr. 2 § 4a SGB V – Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 4a soll eine zentrale Norm geschaffen werden, die Verhaltensregeln für den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander aufstellt und ihre Durchsetzung gewährleisten soll. Um einen fairen, auf die Förderung der Qualität der Versorgung und den effizienten Einsatz der Beitragsmittel gerichteten Wettbewerb der Krankenkassen zu erreichen, soll dieser ordnungspolitische Rahmen einheitlich für alle Wettbewerber gelten.

B Stellungnahme

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

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

Abs. 2 (materiell-rechtlicher Maßstab des UWG)

Inhaltlich bringt die Regelung des Abs. 2 nichts Neues. Die Regelungen des UWG waren bisher über die Wettbewerbsgrundsätze einbezogen. Neu ist allerdings die in der Begründung angelegte Auslegung des Begriffs des geschäftlichen Handelns. Das Verhältnis der Krankenkassen zu den Versicherten und den Vertragspartnern nach dem SGB V ist öffentlich-rechtlich geprägt; es werden keine privatrechtlichen Verträge über Leistungen geschlossen. Der BGH hatte zwar bereits einmal ausgeführt, dass Werbung durch gesetzliche Krankenkassen grundsätzlich eine geschäftliche Handlung darstellen kann. Der Abschluss eines Vertrages nach dem SGB V, etwa eines Selektivvertrages, oder die Gewährung einer Satzungsleistung durch Verwaltungsakt, ist kein geschäftliches Handeln. Die Gestaltung der Teilnahme an einem Vertrag zu einer besonderen Versorgung betrifft die gesundheitliche Versorgung von Versicherten und ist ebenfalls keine Wettbewerbshandlung. Anhand der Gesetzesbegründung wird deutlich, dass der Referentenentwurf im GKV-Bereich auch in diesen öffentlich-rechtlich geprägten Sachverhalten die Rechtswegzuweisung zu den Zivilgerichten anstrebt. Dazu verweisen wir auf die Stellungnahmen zu Abs. 7 und Art. 1 (§ 51 SGG – Rechtsweg).

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

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass Krankenkassen nach Abs. 3 zur Werbung um Mitglieder und für ihre Leistungen berechtigt sind und dies nun erstmals ausdrücklich als gesetzlich zugelassene Aufgabe festgeschrieben wird. Als sachgerecht ist ebenfalls zu begrüßen, dass zumindest ein Bezug zu den Leistungen der jeweiligen Krankenkasse vorhanden sein muss. Bei der Einschränkung, dass die sachbezogene Information im Vordergrund stehen muss, stellt sich jedoch die Frage, ob es sich dann überhaupt noch um Werbung handelt oder nicht ausschließlich um Aufklärung und Information. Werbung ist per se eine subjektive Herausstellung der eigenen Vorteile und erhebt schon per Definition keinen Anspruch auf objektive, neutrale, umfassende und vollständige Information. Richtigerweise ist dem gesetzlichen Versorgungsauftrag der GKV im Bereich der Werbung dadurch Rechnung zu tragen, dass die Werbung sich inhaltlich/thematisch

nicht außerhalb des eigentlichen Aufgabenkreises bewegt und daher einen Gesundheitsbezug aufweisen muss. Diese Vorgabe entspricht – anders als die Vorgabe einer schwerpunktmäßigen Sachinformation im Vordergrund – der Rechtsprechung und ist auch sachlich die angemessene Eingrenzung von Werbeaktivitäten der GKV.

Mit den geplanten Neuregelungen in Abs. 4 wird eine gesetzliche „Lösung“ für eine Problematik geschaffen, die so im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen nicht besteht. Die Gesetzesbegründung suggeriert einen bislang regulierungsfreien Raum für Werbung der GKV. Beim gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt handelt es sich bei praxisnaher Betrachtung indessen um einen bereits hinreichend regulierten und darüber hinaus nicht auffälligen Wettbewerbsmarkt. Dies ist daran erkennbar, dass es in der Praxis unter den Marktteilnehmern keinen sich von anderen Branchen nach oben hin abweichenden Umfang von wettbewerbsrechtlichen Verfahren gibt.

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

Die Regelung in den „Wettbewerbsgrundsätzen“ zur Deckelung der Ausgaben einer Krankenkasse im Bereich der Werbemaßnahmen gewährleistet bereits jetzt, dass nicht unnötig Beitragsgelder für Werbemaßnahmen ausgegeben werden. Im Vergleich mit den Gesamtausgaben einer Krankenkasse handelt es sich dabei um einen eher geringen Betrag. Für die effektive und effiziente Kommunikation der Krankenkassen spielt der Einsatz digitaler Medien eine zunehmend wichtige Rolle. Viele Bevölkerungskreise sind mit physischen Medien nicht für Gesundheitsinformationen und gesundheitliche Aufklärung zu erreichen, sondern über diversifizierte digitale Kanäle. Um diese Kanäle im heutigen Rahmen zeit- und adressatengerecht zu nutzen und seine Botschaften platzieren zu können, ist ohnehin ein extrem wirtschaftlicher Einsatz des Werbebudgets notwendig, da die Ausgaben für Werbemaßnahmen gemäß den „Wettbewerbsgrundsätzen“ 0,15 % der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV je Mitglied nicht überschreiten dürfen und die Bezugsgröße nur sehr moderat jährlich angehoben wird. Insofern ist dem im digitalen Zeitalter geänderten Kommunikationsbedürfnis und -verhalten der Bevölkerung dadurch Rechnung zu tragen, dass zunehmend auch Maßnahmen der gesundheitlichen Information und Aufklärung in Kommunikationsmedien erfolgen, die bislang vorwiegend für Werbung genutzt

wurden. Die Gesetzgebung sollte daher darauf hinwirken, dass Inhalte mit eindeutigem Schwerpunkt von Aufklärung und Information zukünftig verstärkt mittels digitaler Kanäle (wie z.B. Google, Facebook und Co.) möglichst weitreichend und zielgruppengerecht zugänglich gemacht werden, ohne dass die dafür notwendigen finanziellen Aufwendungen allein schon aufgrund der Wahl des Mediums als Werbemaßnahme kategorisiert werden. Im Vordergrund der Bewertung, ob eine Kommunikationsmaßnahme als Werbemaßnahme kategorisiert und folglich auch konzentriert wird, sollten die Inhalte der Kommunikationsmaßnahme stehen, jedoch nicht das Medium oder der Kommunikationskanal, über den der Inhalte verbreitet wird. Dies entspricht der gesetzgeberischen Intention, auch in anderen Zusammenhängen (vgl. Neuregelung des § 67 SGB V) die digitale Kommunikation zwischen Krankenkassen und Versicherten auszubauen.

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

Abs. 5 (Einschaltung Dritter)

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

Abs. 6 (Buchungsvorschriften)

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

Abs. 7 (Beseitigungs- und Unterlassungsanspruch anderer Krankenkassen)

Die Regelung gibt anderen Krankenkassen einen weitgehenden Beseitigungs- und Unterlassungsanspruch unzulässiger Maßnahmen gegenüber anderen Krankenkassen. Dieser Anspruch geht weit über den bisherigen Anspruch aus § 4 Abs. 3 hinaus, der auf Werbemaßnahmen beschränkt war. Nach der Begründung sollen auch Maßnahmen Gegenstand sein können, die nur einen mittelbaren Wettbewerbsbezug aufweisen (z.B. haushaltsrechtliche Verstöße) und gegen die die Aufsichtsbehörden „wegen der Grenzen der staatlichen Rechtsaufsicht“ nicht einschreiten könnten. Die Defizite des rechtsaufsichtlichen Handelns werden nicht weiter beschrieben; sie sind im geltenden Recht allerdings auch nicht erkennbar. Die Begründung verkennt schlichtweg, dass die Rechtmäßigkeit des Handelns, die die Grenzen der staatlichen Rechtsaufsicht bildet, in gleicher Weise auch für Ansprüche der Krankenkassen untereinander gilt und die Neure-

gelung insoweit keine zusätzliche Rechtsdurchsetzung schafft. Die Klagemöglichkeit der Krankenkassen ändert nicht die Rechtslage, sondern erhöht lediglich die Anzahl der potentiellen Verfahren auf ein Vielfaches.

Über die in der Stellungnahme zu Art. 1 (§ 51 SGG – Rechtsweg) aufgeführten Gesichtspunkte hinaus, besteht bei einem solch weitgefassten Unterlassungsanspruch das Risiko, dass die Krankenkassen sich vor Zivilgerichten mit Rechtsstreitigkeiten zu komplexen sozialgerichtlichen Fragestellungen überziehen, ohne dass das mit dem Wettbewerb angestrebte Ziel der Leistungs- und Qualitätsverbesserung erkennbar gefördert wird.

C Änderungsvorschlag

Der Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„Krankenkassen sind zur Werbung um Mitglieder und für ihre Leistungen berechtigt. Werbemaßnahmen der Krankenkassen müssen einen hinreichenden Bezug zu deren Aufgaben, insbesondere zur gesundheitlichen Versorgung, aufweisen. Werbung, gesundheitliche Information und Aufklärung haben in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist und dem zunehmenden Bedürfnis nach einer Nutzung elektronischer Kommunikationswege Rechnung trägt.“

Die Abs. 4 und 5 werden gestrichen.

Wegen der Abs. 2 und 7 wird auf die Stellungnahme zu Art. 1 verwiesen. Vor dem Hintergrund des beschriebenen BMJV-Referentenentwurfs zur Änderung des gegenwärtig geltenden § 4 Abs. 3 SGB V („Gesetz zur Stärkung des fairen Wettbewerbs“, Art. 9) und der mit dem BMG-Referentenentwurf zum GKV-FKG beabsichtigten (abweichenden) Änderung derselben Vorschrift (vgl. Art. 4 Nr. 2), spricht sich der AOK-Bundesverband für die vom BMJV geplante und als sachgerecht anzusehende Neuregelung aus – unter Berücksichtigung des redaktionellen Hinweises in seiner Stellungnahme vom 27.09.2018 sowie unter Verzicht auf eine damit verbundene Rechtswegänderung in § 51 Abs. 3 SGG.

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

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

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 4 Nr. 4 § 71 SGB V – Beitragssatzstabilität**A Beabsichtigte Neuregelung**

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

B Stellungnahme

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

Ergänzend wird auf die Stellungnahme zu Art. 4 Nr. 9 § 137g – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme - verwiesen. Nach Streichung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP-Programmkostenpauschale) sind DMP-spezifische Regelungen in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 8 Satz 1 (RSaV) rechtssystematisch nicht sinnvoll verortet und sollten - auch im Sinne eines Bürokratieabbaus – dort entfernt und an geeigneter Stelle geregelt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 4 Nr. 5 § 73b SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll die mit dem HHVG eingeführte Regelung, dass Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sein können, weiter verschärft werden. Ziel ist es, eine Beeinflussung von Ärzten bei der Kodierung von Diagnosen zu verhindern. Die Regelung soll explizit auch für Bestandsverträge gelten.

Im Rahmen der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass es keinen Unterschied mehr darstellen soll, ob eine Vergütung für das Kodieren von Diagnosen oder aber für ärztliche Leistungen gezahlt wird.

B Stellungnahme

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

Allerdings schießt die geplante Verschärfung deutlich über das Ziel hinaus. Laut Gesetzesbegründung soll es keinen Unterschied mehr darstellen, ob eine Vergütung für das Kodieren von Diagnosen oder aber für ärztliche Leistungen gezahlt wird. Die in Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung festgelegten ärztlichen Leistungen und Behandlungsstrategien orientieren sich an medizinischen Leitlinien. Sie sind abhängig vom Schweregrad und Ausprägung der jeweiligen Erkrankung. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen und die damit verbundene Vergütungshöhe können sich dabei erheblich unterscheiden. Wenn für ärztliche Leistungen keine Differenzierung nach Diagnosen vereinbart werden darf, können die unterschiedlichen und spezifischen Behandlungsaufwände nicht mehr vertraglich abgebildet werden. Dies stellt medizinisch sinnvolle, aufwandsgerechte Ausdifferenzierung von Leistungen und deren Vergütung für Teilnehmer mit bestimmten Erkrankungen oder Kombinationen von Erkrankungen (Multimorbidität) in Frage.

Dieser Schwachpunkt wird im Referentenentwurf auch durchaus gesehen. Das Ziel, durch eine Formulierung in der Gesetzesbegründung eine „Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden“, zu ermöglichen, falls sich die Diagnosekodes an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einem allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen, wird jedoch aus zwei Gründen nicht erreicht:

1. Die in der Gesetzesbegründung beschriebenen Ausnahmen kommen im Gesetzeswortlaut nicht zum Ausdruck. Um hier den gesetzgeberischen Willen rechtssicher zur Geltung zu bringen, ist eine explizite Aufnahme in den Gesetzestext erforderlich.
2. Eine Differenzierung auf Ebene der Kapitel- oder Obergruppen nach ICD-10 ist nicht ausreichend, da sich unterschiedliche Patientengruppen dahinter verbergen können. Folgende Beispiele verdeutlichen das:

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

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

Fazit: Die Zielsetzung der Regelung wird unterstützt. Die gesetzestechnische Umsetzung ist jedoch nicht zielgenau und gefährdet insbesondere die im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung speziell auf bestimmte Patientengruppen zugeschnittene Versorgungsleistungen.

C Änderungsvorschlag

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

5. § 73b Abs. 5 S. 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Vereinbarungen, die eine Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen als Voraussetzung für Vergütung vorsehen, sind unzulässig, auch wenn sie vor dem [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] zustande gekommen sind; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sind zulässig.“

Art. 4 Nr. 6 § 77 SGB V – Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen**A Beabsichtigte Neuregelung**

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

B Stellungnahme

An den bisherigen Regelungen zur Vereinigung von Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 77 wird festgehalten, nur der Verweis auf die Freiwillige Vereinigung gemäß bislang § 144 SGB V a.F. wird in § 155 SGB V nach dem Referentenentwurf angepasst. Da die beabsichtigte Neuregelung der §§ 143 bis 172a abgelehnt wird, kann auch die Änderung des Verweises in § 77 nicht mitgegangen werden.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderung des Verweises in § 77 Abs. 2 S. 3 erforderlich.

Art. 4 Nr. 7 § 83 Satz 4 SGB V – Gesamtverträge; rückwirkendes Verbot von Vergütungen für Diagnosen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuerung verschärft die bereits seit 2017 bestehende Regelung des Verbots von kassenindividuellen oder kassenartenindividuellen Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen. Aufgenommen wurde, dass auch Vereinbarungen, wenn sie vor Inkrafttreten dieses Gesetzes zu Stande gekommen sind, von der Neuregelung erfasst sind.

B Stellungnahme

Die Regelung steht in Verbindung zu den Regelungen in §§ 73b Abs. 5 S. 7 und 140a Abs. 2 S. 7. Insofern wird auf die inhaltlichen Ausführungen in Nr. 5 und Nr. 10 verwiesen.

C Änderungsvorschlag

„Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen, die eine Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen vorsehen, können nicht Gegenstand der Gesamtverträge sein, auch wenn sie vor dem [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] zustande gekommen sind; § 71 Absatz 6 gilt entsprechend. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sind zulässig.“

Art. 4 Nr. 8 § 92a SGB V – Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 4 Nr. 9 § 137g SGB V – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Mit der Neunummerierung des Verweises wird an der bisherigen Regelung festgehalten, demnach durch die RSAV weiterhin die Festlegung der Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g (u.a. Einschreibung, Dauer der Teilnahme, Datenverarbeitung) geregelt wird. Dies macht nach Streichung der Programmkostenpauschale rechtssystematisch keinen Sinn. Verfahrensvorgaben zur Ein- und Ausschreibung waren relevant für die Zahlung der Programmkostenpauschale und sind nun nicht mehr in der RSAV zu regeln.

Auch ist eine zentrale Akkreditierung der Programme durch das BVA nach § 137g für Zwecke der finanziellen Förderung nicht mehr erforderlich. Die Rolle des BVA als bisheriger Hüter über eine gerechte Verteilung der Programmkostenpauschale durch genaue Überprüfung der DMP-Versicherungszeiten nach Ein- und Ausschlusskriterien ist verzichtbar. Die Aufsicht der DMP Verträge sollte vom BVA an die jeweiligen Aufsichten der einzelnen Kassenarten übergehen, verbunden mit einer Entbürokratisierung der Prozesse, da keine kassenübergreifenden Aufgaben und Prüfungen zur Auszahlung der PKP erforderlich sind (analog zu Verfahren bei Selektivverträgen).

Nach Wegfall der Programmkostenpauschale ist es nur konsequent, wenn DMP-spezifische Anforderungen in der RSAV – auch im Sinne eines Bürokratieabbaus – gestrichen werden. Die Festlegung qualitativer Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme kann im SGB V geregelt und an den G-BA delegiert werden. Voraussetzungen der Teilnahme werden bereits in Richtlinien des G-BA festgelegt und sollten um qualitätsorientierte prozessual sinnvolle Einschreibe- bzw. Ausschreiberegeln ergänzt werden.

C Änderungsvorschlag

- Bereinigung der RSAV um DMP-spezifische Regelungen (u.a. zur Einschreibung, Dauer der Teilnahme (§ 28d), Datenverarbeitung (§ 28f) und Berechnung der Kosten (§28h)) und Streichung des Bezugs zur RSAV in § 137g (Folgeänderung)
- Kompetenzerweiterung des G-BA zur Festlegung von DMP-Anforderungen in Bezug auf Einschreibung und Dauer der Teilnahme
- Erweiterung des § 137f in Bezug auf Anforderungen an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung von personenbezogener Daten im DMP
- Klarstellung in Bezug auf die Rolle des BVA im Rahmen der Zulassung nach § 137g und Übergang der Rechtsaufsicht vom BVA an die jeweiligen Aufsichten der einzelnen Kassenarten verbunden mit Verwaltungsvereinfachungen für die Krankenkassen

Art. 4 Nr. 10 § 140a SGB V – Besondere Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll die mit dem HHVG eingeführte Regelung, dass Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge zur besonderen Versorgung sein können, weiter verschärft werden. Ziel ist es, eine Beeinflussung von Ärzten bei der Kodierung von Diagnosen zu verhindern. Die Regelung soll explizit auch für Bestandsverträge gelten.

Im Rahmen der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass es keinen Unterschied mehr darstellen soll, ob eine Vergütung für das Kodieren von Diagnosen oder aber für ärztliche Leistungen gezahlt wird.

B Stellungnahme

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

Allerdings schießt die geplante Verschärfung deutlich über das Ziel hinaus. Laut Gesetzesbegründung soll es keinen Unterschied mehr darstellen, ob eine Vergütung für das Kodieren von Diagnosen oder aber für ärztliche Leistungen gezahlt wird. Die in Verträgen zur Besonderen Versorgung festgelegten ärztlichen Leistungen und Behandlungsstrategien orientieren sich an medizinischen Leitlinien. Sie sind abhängig vom Schweregrad und Ausprägung der jeweiligen Erkrankung. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen und die damit verbundene Vergütungshöhe können sich dabei erheblich unterscheiden. Wenn für ärztliche Leistungen keine Differenzierung nach Diagnosen vereinbart werden darf, können die unterschiedlichen und spezifischen Behandlungsaufwände nicht mehr vertraglich abgebildet werden. Dies stellt eine medizinisch sinnvolle, aufwandsgerechte Ausdifferenzierung von Leistungen und deren Vergütung für Patienten mit bestimmten Erkrankungen oder Kombinationen von Erkrankungen (Multimorbidität) in Frage. Die Neuregelung gefährdet gewünschte und erfolgreiche einzelvertragliche Versorgungsmodelle, die durch klare medizinische Indikationsstellung auf bestimmte Patientengruppen zugeschnitten sind und damit auch einen klaren, nachvollziehbaren und medizinisch sinnvollen Bezug zur Leistung ermöglichen. (Entsprechende Beispiele siehe weiter unten.)

Dieser Schwachpunkt wird im Referentenentwurf auch durchaus gesehen. So wird in der Gesetzesbegründung bezüglich der Teilnahmevoraussetzung ausgeführt, dass medizinische Voraussetzungen durch die Benennung von bestimmten Krankheiten und Krankheitsausprägungen in den Verträgen weiterhin möglich seien. Auch Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, seien weiterhin möglich, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen. Die Ausführungen in der Gesetzesbegründung werden dem angestrebten Ziel jedoch aus zwei Gründen nicht gerecht:

1. Die in der Gesetzesbegründung beschriebenen Ausnahmen kommen im Gesetzeswortlaut nicht zum Ausdruck. Um hier den gesetzgeberischen Willen rechtssicher zur Geltung zu bringen, ist eine explizite Aufnahme in den Gesetzestext erforderlich.

2. Eine Differenzierung auf Ebene der Kapitel- oder Obergruppen nach ICD-10 ist nicht ausreichend, da sich unterschiedliche Patientengruppen dahinter verbergen können. Folgende Beispiele verdeutlichen das:

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

Eine Unterscheidung bei der Vergütung der Leistungen für die unterschiedlichen Krankheitsbilder wäre im Versorgungsvertrag nicht mehr zulässig. Auch der Verweis auf „allgemeine Krankheitsbegriffe“ hilft nicht weiter, sondern führt im Gegenteil dazu, dass eigentlich gewünschte konkrete Bezüge zu den medizinischen Leistungsinhalten durch „allgemeine“ Beschreibungen verloren gingen. Diagnosen und Diagnosecodes sind eine Fachsprache der Medizin. Es wäre nicht sachgerecht, in Versorgungsverträgen auf die Nutzung dieser „Fachsprache“ verzichten zu müssen.

Problematisch ist die Regelung auch in Bezug auf die durch den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten bzw. noch zu fördernden neuen Versorgungsformen, die vielfach auf Verträgen zur besonderen Versorgung beruhen. Die geförderten Versorgungsformen sind gesetzlich verpflichtend einer wissenschaftlichen Evaluation zu unterziehen, um eine ausreichende Grundlage für die Überführung erfolgreicher Modelle in die sog. Regelversorgung zu haben. Für eine wissenschaftliche Begleitung und den Nachweis der Evidenz reichen hier „allgemeine Krankheitsbegriffe“ keinesfalls aus.

Fazit: Die Zielsetzung der Regelung wird unterstützt. Die gesetzestechnische Umsetzung ist jedoch nicht zielgenau und gefährdet insbesondere die im Rahmen von Verträgen speziell auf bestimmte Patientengruppen zugeschnittenen Versorgungsformen.

Beispiele für patientenorientierte Angebote mit Indikationsbezug:

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

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

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

- Mit der Einführung des DMP Herzinsuffizienz soll eine **telemedizinische Betreuung** sowie eine leitliniengerechte ambulante Betreuung durch Haus- und Facharzt erzielt werden. Die häufigste Komplikation im Krankheitsverlauf einer **chronischen Herzinsuffizienz** ist die kardiale Dekompensation mit Wassereinlagerungen in der Lunge und/oder in den Extremitäten. Sie führt zu schwerer Atemnot. Die Rationale einer telemedizinischen Mitbetreuung liegt in der Früherkennung einer beginnenden kardialen Dekompensation durch tägliche Übersendung von Vitaldaten (insbes. Gewicht) durch den Patienten. Zur Auswahl entsprechender Patienten ist die Erfassung der gesicherten Diagnose chronische Herzinsuffizienz höherer Stadien z.B. I50.13 oder I50.14 unverzichtbar, ansonsten würden die Patienten nicht zielgerichtet für das Telemedizinverfahren ausgewählt und damit versorgt werden können.
- Verträge zur Versorgung bestimmter **Patienten mit psychischen Erkrankungen** (Ziel: home treatment) zielen auf eine besondere Form der Betreuung, die nur bei bestimmten Erkrankungen Wirksamkeit entfaltet. Die Einschlusskriterien für die Teilnahme werden bspw. an teilstationäre oder stationäre Diagnosen nach ICD-10 geknüpft.
- Versorgungsangebote zur Identifizierung von **Kindern und Jugendlichen mit einem Verdacht auf eine Essstörung** (Fokus Magersucht, Bulimie, Binge Eating), medizinisch definiert über ICD F50 als zielgerichtetes Programm für Kinder und Jugendliche mit dieser Erkrankung.
- Versorgungsangebote zur Vermeidung chronischer **allergischer Rhinitis bei Kindern und Jugendlichen** (ICDs J30.1, J30.2, J30.3 oder J30.4).
- Programm zur Identifikation von Schwangeren mit Risikofaktoren für Frühgeburten, Risiken sind definierte Erkrankungen (z. B. Gestationsdiabetes, Vaginose), die über entsprechende ICDs O24, N76.0 medizinisch definiert werden. Hier erfolgte bereits nachweislich eine Senkung der Frühgeburtenrate um mehr als 30 %.
- **Zweitmeinungsprogramme** zur Vermeidung **unnötiger Bandscheiben-/Wirbelsäulenoperationen**. Risikopatienten bzw. vorliegende (Grund-)Erkrankungen werden über die ICDs F45.4, F45.40, F45.41, M40*, M41.1, M41.2, M41.3, M41.4, M41.5, M41.8, M41.9, M42.0, M42.1, M42.9, M43.0, M43.1, M43.2, M43.3, M43.4, M43.5, M43.6, M43.8, M43.9, M45*, M46*, M47.0, M47.1, M47.2, M47.8, M47.9, M48*, M49*, M50*, M51*, M53*, M54*, M79.9, M99*, R52.1, R52.2 R52.9. medizinisch definiert. Auch mit diesem Angebot ist nachweislich eine Reduktion von nach Erstindikation geplanten Operationen bei den Programmteilnehmern von etwa 80 % belegt.
- Interdisziplinäre, **multimodale Therapieprogramm für Menschen mit chronischen Kopfschmerzen**. Die betroffenen Patienten/-gruppen werden medizinisch über die ICDs G43. - G44. - G50.0 - G50.1. sowie bei überwiegendem Kopfschmerzcharakter über F45.40, F45.41 definiert. Aktuell bildet ein derartiger Vertrag zusätzlich die Basis für ein gefördertes Innovationsfondsvorhaben (Smartphonegestützte Migränetherapie) gemeinsam mit Charité und Universitätsmedizin Rostock und dem Universitätsklinikum Halle.

- Programme zur Früherkennung und Sekundärprävention der **chronischen Niereninsuffizienz**, in denen die medizinisch definierte Teilnahmevoraussetzung für Versicherten mit hohem medizinischen Risiko = Diabetes (ICDs E11.-, E12.-, E14.-) und Bluthochdruck (ICD I10.- bis I13.- und I15.-) gebildet wird.
- Verträge zur konservativen Behandlung der **Adipositas bei Erwachsenen**. Die Patientengruppen werden in diesen Verträgen medizinisch definiert über die ICD E66.- und für Teilnehmer mit BMI unter 28 zusätzlich definiert über das Vorliegen von Nebenerkrankungen (Diabetes mellitus E11.-, E12.-, E14.-; arterielle Hypertonie I10.-, Arthrose der großen Gelenke M16.-, M17.-, M19.- Obstruktive Schlafapnoe G47.3).

C Änderungsvorschlag

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

10. § 140a Abs. 2 S. 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Vereinbarungen, die eine Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen als Voraussetzung für Vergütung vorsehen, sind unzulässig, auch wenn sie vor dem [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] zustande gekommen sind oder nach Absatz 1 Satz 3 fortgelten; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sind zulässig.“

Art. 4 Nr. 11 § 143-148 SGB V – Arten der Krankenkassen

Art. 4 Nr. 11 § 149-154 SGB V – Besondere Vorschriften zur Errichtung, Ausdehnung, Ausscheiden von Betrieben und Auflösung bei Betriebskrankenkassen

Art. 4 Nr. 11 § 155-164 SGB V – Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen

Art. 4 Nr. 11 § 165-170 SGB V – Folgen der Auflösung, der Schließung und Insolvenz

A Beabsichtigte Neuregelung

I. §§ 143-148 – Arten der Krankenkassen

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

Mit den neuen Regelungen erstreckt sich der Zuständigkeitsbereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Innungskrankenkassen sowie der Betriebskrankenkassen, deren Satzungen Regelungen nach § 173 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 enthalten, auf das gesamte Bundesgebiet.

Ausgenommen von der bundesweiten Erstreckung der Krankenkassen sind die Betriebskrankenkassen, deren Satzungen keine Regelungen nach § 173 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 enthalten.

II. §§ 149-154 – Besondere Vorschriften zur Errichtung, Ausdehnung, Ausscheiden von Betrieben und Auflösung bei Betriebskrankenkassen

Der zweite Titel mit den §§ 149-154 regelt betriebsbezogene Errichtungen von neuen Krankenkassen, die weiterhin möglich sein sollen. Als Voraussetzung wird die Mindestbeschäftigtenzahl in den betroffenen Betrieben von 1.000 auf 5.000 erhöht. Es dürfen sowohl Betriebskrankenkassen, die eine Regelung nach § 173 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 enthalten als auch Betriebskrankenkassen ohne diese Regelung errichtet werden. Letztere können auf Antrag des Arbeitgebers durch die Aufsicht geschlossen werden.

III. §§ 155-164 – Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen

Der dritte Titel mit den §§ 155-164 regelt die Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen unter Verzicht auf die bisher teilweise für jede Kassenart separaten Regelungen. § 163 regelt eine erweiterte Mitwirkung des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen der Haftungsprävention, während die Verbände der Kassenarten in Folge der Abschaffung der vorrangigen Haftung der Kassenarten ihre Mitwirkungsrechte/ -pflichten verlieren. Der neue § 164 entspricht dem früheren § 265a und erfährt im Wesentlichen redaktionelle Anpassungen sowie Anpassungen, die aufgrund der beabsichtigten Neuorganisation des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes notwendig sind.

IV. §§ 165-170 Folgen der Auflösung, der Schließung und Insolvenz

Im vierten Titel mit den §§ 165-170 wird die vorrangige Haftung durch die Kassenarten abgeschafft und eine Neuordnung der Haftung geregelt. Bei Schließung, Auflösung oder Insolvenz von Krankenkassen haftet zukünftig der GKV-Spitzenverband. Dieser macht die entstehenden Kosten bei allen Krankenkassen unter Einsatz der Finanzreserven der Krankenkassen geltend. Darüber hinaus finden redaktionelle Anpassungen durch entfallende Verweise oder deren Neuordnung statt.

B Stellungnahme

Zu I. Arten der Krankenkassen

Die bisherigen Regelungen zu den jeweiligen Kassenarten (§§ 143 bis 171) werden nunmehr in §§ 143-154 neu strukturiert. Prägend ist dabei die weitgehende Aufgabe der statusbildenden Anknüpfungspunkte für bislang nicht zwingend bundesweit geöffnete Krankenkassen, namentlich die Betriebs- bzw. Innungszugehörigkeit oder die regionale Erstreckung. Mittlerweile haben sich sämtliche Innungskrankenkassen für den Wettbewerb geöffnet; insoweit ist das Merkmal der Innungszugehörigkeit tatsächlich bedeutungslos geworden. Demgegenüber existieren gegenwärtig 28 ausschließlich betriebsbezogene Krankenkassen, die auch nach Inkrafttreten des GKV-FKG nicht frei wählbar sind. Außerhalb der neuen Wettbewerbsordnung steht auch die Landwirtschaftliche Krankenkasse. Folglich wird ein wettbewerblicher „Sonderversicherungsraum“ von rund 1,6 Millionen Versicherten geschaffen.

Bei den bislang nicht bundesweit geöffneten Krankenkassen handelt es sich um 11 Allgemeine Ortskrankenkassen, 3 Innungskrankenkassen und 30 Betriebskrankenkassen, die insgesamt rund 30 Millionen Versicherte versichern. Das Gesetz tritt laut Artikel 8 mit dem Tag der Verkündung in Kraft. Konsequenz zu Ende gedacht hieße das, dass die Zuständigkeitsbereiche der betroffenen Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen sich ohne jegliche Übergangregelungen auf das gesamte Bundesgebiet erstrecken. Nicht geregelt ist die Frage, ob die Haushaltsplanung für 2020 diese veränderte Rahmenbedingung bereits berücksichtigen muss – zumal nicht absehbar ist, ob das Gesetz noch vor den Haushaltsplanungsprozessen für das Jahr 2020 oder erst danach in Kraft tritt. Tritt eine bundesweite Zuständigkeit für eine Krankenkasse in Kraft, die nicht im Haushalt berücksichtigt ist, muss die Haushaltsplanung von mindestens 44 Krankenkassen nachträglich überarbeitet und angepasst werden. Das BVA wird von einem Tag zum anderen für die Prüfung und Genehmigung von 44 zusätzlichen Haushaltsplänen von Krankenkassen zuständig. Ohne eine angemessene Vorbereitungs- und Übergangszeit ist die Qualität der Umsetzungs- und Genehmigungsprozesse in Frage zu stellen, zumal sich auch hier das Problem stellt, dass nicht absehbar ist, ab welchem Datum das Gesetz in Kraft tritt.

Ordnungspolitisch im Widerspruch steht die zwangsweise Erstreckung bislang regional begrenzter Krankenkassen auf das gesamte Bundesgebiet gegenüber der betriebsbezogenen Errichtung von neuen Krankenkassen. Während der Marktzutritt einer neuen Betriebskrankenkasse aufgrund der vorhandenen – und zunächst begrenzten – betrieblichen Strukturen ökonomisch durchaus noch wirtschaftlich abgebildet werden kann, verhält sich dies aber bei einer nunmehr bundesweit geöffneten Regional-Krankenkasse völlig anders. Da es sich beim GKV-Mitgliederwettbewerb um einen reinen Verteilungs- und keinen Wachstumswettbewerb handelt, stehen

die bundesweiten Marktzutrittskosten der bislang regional tätigen Krankenkassen in keinem Verhältnis zum erwartbaren ökonomischen Vorteil für das GKV-System als Ganzes. Maßgeblich hierfür ist die Tatsache, dass gesundheitliche Versorgung in wesentlichen Teilen kein bundesweit transferierbares Gut ist, sondern primär regional gestaltet und verwaltet wird.

Für eine bislang regional tätige Krankenkasse etwa im Süden der Republik ist es nur mit hohen zusätzlichen Verwaltungskosten möglich, regionale Versorgungsangebote (z.B. Disease-Management-Programme, Hausarztzentrierte Versorgung, regionale Hilfsmittelverträge) im Norden aufzubauen, um dort eine deutlich geringere regional gestreute Anzahl von Mitgliedern zu versorgen – zumal dort wiederum regional leistungsstarke Wettbewerber im Vorteil sind. Im Ergebnis sind die bundesweit zu öffnenden Krankenkassen gezwungen, sowohl Versorgungsangebot und Kundenbetreuungsstrukturen allen Regionen aufzubauen, in denen sie bisher nicht tätig waren. Dies kann in keiner Weise mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Einklang gebracht werden. Vor dem Hintergrund, dass Versorgung nur regional gestaltet werden kann, ist der gezielte Abbau der Versorgungskompetenz der Ortskrankenkassen ein weiterer Schritt zur bundesweiten Zentralisierung von Versorgungsentscheidungen, die bereits mit den jüngsten Gesetzen mehr und mehr von der gemeinsamen Selbstverwaltung an die politischen Entscheidungsträger verlagert worden sind.

Umgekehrt bedeutet dies aber auch, dass ein „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ gegenüber den Versicherten auch wirklich erst dann fair ist, wenn es geeignete Strukturen gewährleistet, die eine ausschließlich preissensitive Wahlentscheidung bei gleichzeitig fehlenden Versorgungsangeboten vor Ort verhindert. Der gegenwärtige Gesetzentwurf nimmt es bislang billigend in Kauf bzw. hat es geradezu zum Ziel, GKV-Versicherte in günstige, allerdings wohnortferne Krankenkassen zu steuern. Dies führt zumindest kurz- bis mittelfristig in der Konsequenz – d.h. im gesundheitlichen Versorgungsfall – allerdings dazu, dass der betroffene Versicherte sich außerhalb der Versorgungsangebote der jeweiligen Krankenkasse aufhält und mit entsprechenden Defiziten rechnen muss. Denn ähnlich wie im Mobilfunk gibt es auch in der GKV keine Leistungsabdeckung durch Drittanbieter (z.B. in Form von Disease-Management-Programmen) in nicht selbst organisierten Versorgungsgebieten; denn diese Form der gesundheitlichen Leistungsabdeckung hemmt im Wettbewerb die Anreize für den Aufbau eigener Versorgungsstrukturen. Die zumindest bis heute durch die Ortskrankenkassen gewährleistete flächendeckende Netzabdeckung wird durch das GKV-FKG aufgebrochen.

Dieses – mindestens kurz- bis mittelfristig – rein faktisch bestehende Regulierungsdefizit des GKV-FKG kann nur durch zwei Strategien überwunden werden. Einerseits durch weitere Vereinheitlichung und Zentralisierung von Versorgungsvorgaben im Sinne einer bundesweit einheitlichen Versorgung und andererseits durch eine Welle von Vereinigungen der Krankenkassen, mit der Folge einer sukzessiv abnehmenden Vielfalt und Wettbewerbsintensität. Das primär hinter dieser Effektivierung stehende Regelungsziel belegt eine klare Tendenz zur Nivellierung der bestehenden Krankenkassen zu einer „virtuellen Einheitskasse“.

Zu II. Besondere Vorschriften zur Errichtung, Ausdehnung, Ausscheiden von Betrieben und Auflösung bei Betriebskrankenkassen

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

Zu III. Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen

Das nach Kassenarten gegliederte Haftungssystem hat die GKV bislang zuverlässig vor Haftungsrisiken geschützt. Die neuen gesetzlichen Regelungen sehen nunmehr keine solidarisch geprägten Anreize zur Vermeidung von Haftungsfällen vor, sondern lediglich eine Beobachtungs- und Meldepflicht des GKV-Spitzenverbands bzw. die Möglichkeit von Rettungsvereinigungen durch das BMG und die Aufsichtsbehörde.

Regelungen, nach denen freiwillige finanzielle Hilfen nach § 265b zum Erhalt der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit möglich sind, müssen zwingend zur Vermeidung von Schließungen und Insolvenzen erhalten bleiben.

Zu IV. Folgen der Auflösung, der Schließung und Insolvenz

Durch den Gesetzentwurf sollen die bestehenden Haftungsregelungen reformiert werden. Die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen derselben Kassenart, einschließlich der Möglichkeit kassenartinterner Finanztransfers zur Vermeidung von Schließung bzw. Insolvenz,

soll abgeschafft und im Haftungsfall eine Kostentragung aller Krankenkassen auf Grundlage eines Verteilungsschlüssels eingeführt werden. Damit sollen angebliche, aber nicht näher erläuterte Verwerfungen beseitigt werden, die auf Grund der bisherigen Regelungen bestehen.

Hierbei wird allerdings übersehen, dass sich die bisherigen Regelungen bewährt haben. Das bisher bestehende doppelte Haftungs-Netz und die seit jeher bestehende gesetzliche Möglichkeit freiwilliger finanzieller Hilfen haben dafür gesorgt, dass das System der gesetzlichen Krankenversicherung auch in schwierigen Zeiten sehr stabil ist.

Die AOK-Gemeinschaft setzt auf Präventionsanreize im Sinne von „Eigenanstrengungen vor Fremdhilfe“. Aus diesem Grund sind die Regelungen nach § 265a und b SGB V in ihrer derzeitigen Form zu erhalten und zu ergänzen.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher, Präventionsanreize zur Vermeidung von Haftungsfällen durch das Anrechnen von nach § 265b SGB V gezahlten freiwilligen finanziellen Hilfen im Haftungsfall nach § 171d Abs. 2 SGB V zu setzen, indem freiwillige finanzielle Hilfen zum Erhalt der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit im Haftungsfall bei der Aufbringung der erforderlichen Mittel berücksichtigt werden. Das Haftungsprävention erfolgreich umgesetzt werden kann, lässt sich anhand der umfangreichen Finanzhilfeverfahren in der AOK-Gemeinschaft belegen. Die AOK-Gemeinschaft hat im Rahmen dieser Verfahren bisher über 3 Milliarden Euro zu diesem Zweck aufgewandt.

Der vom Gesetzesentwurf vorgesehene Einsatz des Vermögens der Krankenkassen bei der Aufbringung der Mittel im Haftungsfall setzt falsche Anreize, welche weder als solidarisch noch als Ausdruck eines fairen Kassenwettbewerbs gelten können. Kassen bzw. deren Beitragszahler, welche durch wirtschaftliches Handeln und zur Absicherung der finanziellen Stabilität Vermögen aufgebaut haben, werden im Haftungsfall gegenüber Kassen ohne finanzielle Vorsorge einseitig benachteiligt, indem sie um ihren wettbewerblich erarbeiteten Erfolg gebracht werden. Darüber hinaus wird einmal mehr massiv in die Kompetenzen der Selbstverwaltungen der Krankenkassen eingegriffen, deren zentrale Aufgabe es ist, mittelfristig solide und mit Blick auf die Versorgungsbedarfe der Versicherten ausgewogene Haushalts- und Beitragssatzentscheidungen zu treffen. Dieser Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung ist abzulehnen.

Zudem berücksichtigt die geplante Regelung zur Umlage der Haftungsbeträge in keiner Weise die gravierende Wechselwirkung mit dem bereits bestehenden Zwangsabbau des Vermögens der Krankenkassen ab 2020, der durch Absenkung der Zusatzbeiträge bzw. eines Erhöhungsverbots in den §§ 242 Abs. 1 und 260 Abs. 2a SGB V bereits gesetzlich vorgeschrieben ist. Hier möchte der Gesetzgeber offenbar Mittel zur Haftungsumlage heranziehen, die im Haftungsfall entweder längst ausgegeben oder fest zur Entlastung der Beitragszahler verplant sind. Als umso befremdlicher erscheint bei diesem staatlichen Zugriff auf das Vermögen, dass durch aktuelle Gesetzesentwürfe oder bereits verabschiedete Gesetze die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im selben Zeitraum um ca. 23 Milliarden Euro ansteigen werden. Geld kann immer nur einmal ausgegeben werden. Insofern ist der Zugriff auf das Vermögen zur Haftungsumlage nicht nur wettbewerbswidrig, sondern wird im tatsächlichen Haftungsfall ohnehin nicht die Wirkung entfalten, die die Regelungen voraussetzen.

Fazit:

Der Gesetzentwurf ist im Hinblick auf verwaltungsrechtliche Folgewirkungen für die Länder noch nicht vollständig; er bedürfte insoweit dann auch – entgegen der Auffassung des BMG – der Zustimmung des Bundesrates.

Wenn der Gesetzgeber das Vertrauen in die von ihm nun vorgesehene Weiterentwicklung des Morbi-RSA hätte, wonach der Morbi-RSA nunmehr für faire und gleiche Wettbewerbsbedingungen sorgt, wären die weiteren finanziellen Nivellierungsbemühungen in Form organisationsrechtlicher Änderungen der GKV verzichtbar.

Die beabsichtigten Neuregelungen stärken in Summe nicht den fairen Wettbewerb. Das bisher erfolgreiche System zur Haftungsprävention wird nicht weiterentwickelt, sondern überführt in ein reines Abwicklungssystem von Haftungskosten unter Einsatz von Finanzreserven wirtschaftlich erfolgreicher Krankenkassen.

In zahlreichen Punkten ist der Gesetzentwurf mangelhaft, da er keine hinreichenden Folgeeregungen trifft, z.B. im Falle der Auflösung von betriebseigenen Betriebskrankenkassen oder zur kurzfristigen Sicherstellung hinreichender Liquidität zu reibungslosen Erfüllung von Ansprüchen der Versicherten und Leistungserbringer im Falle der Schließung/Insolvenz einer auch nur mittelgroßen Krankenkasse.

C Änderungsvorschlag

Die Regelungen zu den §§ 143-170 SGB V i.d.F. des Referentenentwurfs GKV-FKG sind zu streichen.

Bzgl. der Forderung, künftig freiwillige Finanzhilfen im Haftungsfall bei der Aufbringung der erforderlichen Mittel anzurechnen wird auf die Kommentierung zu Art. 4 Nr. 18 verwiesen.

Art. 4 Nr. 12 Buchstabe a § 173 SGB V – Allgemeine Wahlrechte

A Beabsichtigte Neuregelung

Bisher können Versicherte die Ortskrankenkasse ihres Wohn- oder Beschäftigungsortes wählen. Diese regionale Begrenzung wird aufgegeben und die bundesweite Öffnung der Ortskrankenkassen im Krankenkassenwahlrecht nachvollzogen. Da keine Ersatz- und Innungskrankenkassen mit regionaler Beschränkung mehr existieren, wird dieser Sachstand im Gesetz nachgezogen.

Mit der Aufhebung der regionalen Komponenten im Kassenwahlrecht für Betriebs- und Innungskrankenkassen mit einer sogenannten Öffnungsklausel wird eine bundesweite Wählbarkeit dieser Krankenkassen erreicht.

Im Ergebnis werden folglich nicht nur die Ortskrankenkassen, die Ersatzkassen sowie die KBS bundesweit geöffnet und wählbar, sondern auch alle Betriebs- und Innungskrankenkassen, deren Satzung eine entsprechende Öffnungsklausel beinhaltet.

B Stellungnahme

Die Änderung des § 143 SGB V wird für die allgemeinen Wahlrechte der Versicherten in § 173 SGB V nachvollzogen. Da es sich charakteristisch um eine Folgeänderung zur Aufhebung der regionalen Beschränkungen der Ortskrankenkassen in § 143 SGB V handelt, ist die Neuregelung des Wahlrechts ebenfalls abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Art. 4 Nr. 12 Buchstabe b § 173 SGB V – Allgemeine Wahlrechte**A Beabsichtigte Neuregelung**

Nach derzeitiger Rechtslage können Studenten neben der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse bzw. Ersatzkasse auch die AOK bzw. Ersatzkasse wählen, die für den Sitz der Hochschule zuständig ist. Durch die bereits bestehende bundesweite Öffnung aller Ersatzkassen betrifft diese Änderung zu den Wahlrechten der Studenten nur die Ortskrankenkassen.

B Stellungnahme

Die Änderung des § 143 SGB V wird für die Studenten in § 173 Abs. 3 SGB V nachvollzogen. Da es sich auch hier um eine Folgeänderung zur Aufhebung der regionalen Beschränkungen der Ortskrankenkassen in § 143 SGB V handelt, ist die Neuregelung des Wahlrechts ebenfalls abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Art. 4 Nr. 13 § 217b SGB V – Mitglieder des Verwaltungsrates

A Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1:

Die Regelung sieht vor, dass der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes künftig nicht mehr aus ehrenamtlichen Vertretern der Verwaltungsräte, sondern aus Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen gebildet wird.

Abs. 1d:

Die Pflicht zur Veröffentlichung der Höhe der jährlichen Entschädigungen der einzelnen Mitglieder des Verwaltungsrates entfällt.

Abs. 2 S. 2:

Wenn der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes aus mehreren Personen besteht, muss ihm künftig mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören.

Abs. 2 S. 3(neu):

Die Amtszeit der Vorstandsmitglieder wird auf zwei Wahlperioden begrenzt.

B Stellungnahme

Zu Abs. 1:

Die geplante Änderung stellt einen weiteren eklatanten Eingriff in die Rechte und Befugnisse der Sozialpartner dar. Ein tragendes Kernelement der Sozialversicherung ist die Selbstverwaltung. Sie wird gem. § 29 SGB IV durch die Versicherten und die Arbeitgeber ausgeübt, die gem. § 31 Abs. 3a SGB IV den Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan bilden. Genau dies muss auch für den Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund gelten, der sozusagen die Spitze der Sozialen Selbstverwaltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bildet.

Einem aus hauptamtlichen Vorständen der Mitgliedskassen gebildeten Verwaltungsrat würde überdies die demokratische Legitimation zur Aufgabenwahrnehmung nach § 197 SGB V, also insbesondere zum Erlass der Satzung und sonstigen autonomen Rechts fehlen. Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 19.12.2012 (B 12 KR 20/11 R) zwar eingeräumt, dass für die funktionale Selbstverwaltung nicht dieselben Legitimationsanforderungen wie für die unmittelbare Staatsverwaltung und die kommunale Selbstverwaltung gelten, weshalb im Bereich der funktionalen Selbstverwaltung Abweichungen von dem Erfordernis lückenloser personeller demokratischer Legitimation aller Entscheidungsbefugten möglich sind. Gleichwohl konstatiert es, dass „in diesem Sinne ... beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine unter verfassungsrechtlichem Blickwinkel noch tragfähige Legitimationskette zu bejahen“ ist (BSGE v. 19.12.2012). Dies gilt allerdings nur, soweit „die Selbstverwaltung in der GKV ihre Legitimation nicht von den Krankenkassen selbst bezieht, sondern aus der Beteiligung der betroffenen Gruppen, nämlich der Versicherten und der Arbeitgeber, die im Selbstverwaltungsgremium vertreten sein müssen“ (BSG a.a.O.). Die Legitimationskette der Organe des Spitzenverbandes Bund ist somit in rechtswidriger Weise unterbrochen, wenn die Mitglieder des Verwaltungsrates zwar (und auch nur zur Hälfte) durch die Mitgliederversammlung im sechsjährigen Turnus gewählt

werden, die dadurch gewählten Mitglieder des Verwaltungsrates aber nicht selbst durch Sozialwahlen demokratisch legitimiert wurden.

Schließlich werden durch die Neuregelung auch die Entscheidungsstrukturen im Verwaltungsrat unnötig erschwert. Während die bisherigen Verwaltungsräte Vertreter der jeweiligen Bank und Vertreter der jeweiligen Kassenart sind, von der und für die sie entsandt wurden, werden künftig stärker Interessen einzelner Krankenkassen in den Vordergrund rücken, deren Vorstände in den Verwaltungsrat berufen sind. Damit besteht stärker als bisher die Gefahr, dass die dem GKV-Spitzenverband zugeordneten Themen, die naturgemäß ausschließlich wettbewerbsneutral sind, stärker einer wettbewerblichen Diskussion unterliegen werden, und dadurch Gegenstand unnötiger Diskussionen und Kompromisse sein werden.

Die Neuregelung ist daher zu streichen.

Zu Abs. 1d:

Bei der Regelung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Absatz 1. Sie ist nachvollziehbar. Im Falle der hier geforderten Streichung sollte auch die Folgeregelung gestrichen werden.

Zu Abs. 2 S. 2:

Die Regelung sorgt für Geschlechtergerechtigkeit und wird daher begrüßt.

Abs. 2 S. 3(neu):

Die Neuregelung bedeutet einen neuerlichen Eingriff in die Rechte und Befugnisse der Sozialen Selbstverwaltung. Nachdem die Gestaltung der Vorstandsdienstverträge schon in der Vergangenheit zunehmend Gegenstand von Restriktionen war, zuletzt durch das Selbstverstärkungsgesetz und das Terminservice- und Versorgungsgesetz, bedeutet die nun vorgesehene Neuregelung eine weitere Einschränkung für die Gewinnung von geeigneten Kandidaten. Neben der Zustimmung der Aufsichtsbehörden zu den Vorstandsverträgen und der strengen Reglementierung der Vorstandsvergütung stellt die neue Begrenzung auf zwei Wahlperioden eine weitere Einschränkung dar. Da es sich bei der Position eines Vorstandes beim GKV-Spitzenverband zweifelsfrei um ein Spitzenamt handelt, dürften künftig nur noch Personen für das Amt zu finden sein, die nach Ablauf von zwei Wahlperioden kein weiteres Amt übernehmen, insbesondere, da sie das Renteneinstiegalter erreicht haben werden. Damit führt die Regelung faktisch genau zum Gegenteil der in der Gesetzesbegründung aufgeführten Nachwuchskräfteförderung und es drängt sich – im Gegenteil – der Verdacht der Altersdiskriminierung auf, da junge Kandidaten für das Amt damit faktisch kaum noch in Betracht kommen.

Nach der Gesetzesbegründung soll die Änderung u.a. auch der Stärkung der demokratischen Strukturen dienen. Diese Stärkung ist nicht ersichtlich und nicht notwendig. Denn die Wahl des Vorstandes erfolgt unverändert auf dem Demokratieprinzip basierend durch den Verwaltungsrat. Dabei macht es keinen Unterschied, ob es sich um eine erstmalige oder wiederholte Wahl han-

delt. Wenn die Übernahme eines Amtes über die Dauer von zwei Amtsperioden hinaus die demokratischen Strukturen schwächen würde, müssten sich zahlreiche Mitglieder des Deutschen Bundestages einen entsprechenden Vorwurf vorbehalten lassen.

Die geplante Neuregelung ist daher zu streichen.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelungen in den Abs. 1, 1d und 2 S. 3 sind zu streichen.

Art. 4 Nr. 14 § 217c SGB V – Wahl des Verwaltungsrates**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes besteht künftig aus 40 Mitgliedern. Davon entsenden die 20 größten Mitgliedskassen je ein Vorstandsmitglied. Die weiteren 20 Verwaltungsratsmitglieder werden von der Mitgliederversammlung gewählt. Diese 20 Sitze sind je zur Hälfte mit Männern und Frauen zu besetzen.

Außer dem Vorstand, der Mitgliederversammlung und dem Verwaltungsrat mit seinen Fachausschüssen sind keine Gremien zulässig.

B Stellungnahme

Zur Besetzung des Verwaltungsrates mit hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern und insbesondere deren mangelnde demokratische Legitimation wird auf die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 13 (§ 217b SGB V) verwiesen.

Da die Neuorganisation des Verwaltungsrates abgelehnt wird, werden auch die Neuregelungen in § 217c SGB V zur Zusammensetzung und Wahl des Verwaltungsrates und zur Gremienorganisation des GKV-Spitzenverbandes abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelungen in § 217c SGB V sind zu streichen.

Art. 4 Nr. 15 § 217d SGB V – Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Verweis auf die allgemeinen Regelungen zur Auf- und Feststellung des Haushaltsplanes (§ 70 SGB IV) werden gestrichen.

Künftig ist der Haushaltsplan des GKV-Spitzenverbandes nicht nur auf Verlangen, sondern jährlich der Aufsicht vorzulegen. Das Recht der Aufsicht, den Haushaltsplan zu beanstanden, wird durch einen Genehmigungsvorbehalt des Haushaltsplans ersetzt.

Maßstab für die aufsichtsrechtliche Prüfung sind nicht nur Recht und Gesetz, sondern auch die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes.

Die Vorlagefrist wird auf den 1. Oktober vorgezogen.

B Stellungnahme

Die geplante Neuregelung ist eine weitere eklatante Einschränkung der Selbstverwaltungsautonomie des GKV-Spitzenverbandes als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Durch den Genehmigungsvorbehalt entsteht eine Planungsunsicherheit bis kurz vor Beginn des jeweiligen Haushaltsjahres, die die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes unnötig erschwert, da er seinen Haushalt bis zum Vorliegen der Genehmigung nicht vollziehen kann.

Insbesondere hat die Neuregelung aber auch Auswirkungen auf die Haushalte anderer Organisationen, die – sei es auch nur anteilig – aus Mitteln des GKV-Spitzenverbandes finanziert werden; beispielhaft seien hier die Gesellschaft für Telematik (§ 291a Abs. 7 S. 6 SGB V) und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (§ 282 Abs. 3 SGB V) genannt. Da Haushaltsmittel zum Teil bereits vor Beginn des Haushaltsjahres zur Verfügung gestellt werden müssen (vgl. nur § 291a Abs. 7 S. 6 2. HS SGB V), sind in der Folge zeitliche und finanzielle Verwerfungen absehbar.

Durch Vorziehen der Vorlagepflicht vom 1. November auf den 1. Oktober eines Jahres erhöht sich das Prognoserisiko der Haushaltsplanungen unnötig. Da der Feststellung des Haushaltsplans durch den Verwaltungsrat umfangreiche Beratungen, unter anderem in den Fachausschüssen des Verwaltungsrates vorangehen, muss der Haushaltsplan künftig etwa in der Mitte des dritten Quartals aufgestellt werden.

Durch die Heranziehung der Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes unterliegt der GKV-Spitzenverband künftig Regelungen, die bislang im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung keine Anwendung gefunden haben. Nach der Begründung werde dadurch die Ordnungsmäßigkeit seines Handelns im Sinne der Grundsätze des § 69 Abs. 2 SGB IV sichergestellt. Dies ist unnötig, weil bereits § 217d Abs. 2 SGB V auf § 69 SGB IV verweist und dieser somit auch für den GKV-Spitzenverband und seinen Haushalt Anwendung findet und zu beachten ist.

Die Neuregelungen werden daher abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelungen in § 217d SGB V sind zu streichen.

Art. 4 Nr. 16 § 217f SGB V – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei gesetzlich zugewiesenen Aufgaben, die zu einem bestimmten Zeitpunkt umzusetzen sind, hat der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb eines Monats begründet zu berichten, falls die Aufgabe nicht rechtzeitig umgesetzt wurde. Der Bericht hat schriftlich zu erfolgen und muss nach der Gesetzesbegründung Vorschläge für notwendige weitere Schritte beinhalten.

B Stellungnahme

Insbesondere die mit Umsetzungsfristen versehenen gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes betreffen in aller Regel Inhalte, die der GKV-Spitzenverband nicht alleine zu gestalten hat, sondern zu denen eine Abstimmung und gegebenenfalls auch Einigung mit Dritten erforderlich ist. Hier dem GKV-Spitzenverband eine einseitige Berichtspflicht aufzuerlegen, insbesondere innerhalb eines Monats ab Überschreitung der gesetzten Frist, scheint vor diesem Hintergrund unangemessen. Es stellt vielmehr einen Versuch dar, den GKV-Spitzenverband noch enger als bisher zu kontrollieren und seine Selbstverwaltungsrechte einzuschränken.

Die Regelung schafft überdies unnötige Bürokratie. Insbesondere, da der Bericht jeweils von den mit der Sache inhaltlich befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verfasst werden dürften, fehlen in dem entsprechenden Umfang personelle Ressourcen für die eigentliche Sacharbeit.

Die Regelung wird daher abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelungen in § 217f Abs. 1 SGB V ist zu streichen.

Art. 4 Nr. 17 § 260 Abs. 5 SGB V – Betriebsmittel**A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 260 Abs. 5 SGB V wird neu gefasst.

Die derzeit enthaltene Bedingung, dass die Betriebsmittel nur dann auf eine Monatsausgabe zurückgeführt werden müssen, wenn der Risikostrukturausgleich bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortentwickelt wird, soll entfallen.

B Stellungnahme

Die Streichung erfolgt aufgrund der gleichzeitigen Fortentwicklung des Risikostrukturausgleiches durch diesen Gesetzesentwurf und ist sachlogisch korrekt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 4 Nr. 18 §§ 265a, 265b SGB V – Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, Freiwillige finanzielle Hilfen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Regelungsinhalt zu Finanziellen Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse des bisherigen § 265a finden sich grundsätzlich im neuen § 164.

Die bisherigen Regelungen zu freiwilligen Hilfen zwischen Krankenkassen einer Kassenart nach § 265b sollen entfallen, da hierfür nach Abschaffung der vorrangigen Haftung (§ 166 neu) innerhalb der Kassenart kein Bedürfnis mehr besteht.

B Stellungnahme

Das nach Kassenarten gegliederte Haftungssystem hat die GKV bislang zuverlässig vor Haftungsrisiken geschützt und ist seit seiner Einführung durch gesetzgeberische Maßnahmen wie auch durch Einzelmaßnahmen im Rahmen der Haftungsverbände ausgebaut worden. Wenngleich es im gegenwärtigen Status zwar immer noch über strukturelle Unzulänglichkeiten verfügt, bildete die Segmentierung in Haftungsverbände Chancen und Anreize für eine systemstabilisierende Haftungsprävention innerhalb der GKV. Die neuen gesetzlichen Regelungen sehen nunmehr keine solidarisch geprägten Anreize zur Vermeidung von Haftungsfällen vor, sondern lediglich eine Beobachtungs- und Meldepflicht des GKV-Spitzenverbands bzw. die Möglichkeit von Rettungsvereinigungen durch das BMG und die Aufsichtsbehörde. Die Vereinigung und damit der Marktaustritt einer Krankenkasse ist so die einzig verbleibende Maßnahme zur Vermeidung eines Haftungsfalles.

Regelungen, nach denen freiwillige finanzielle Hilfen zwischen einzelnen Krankenkassen nach § 265b zum Erhalt der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit und ggf. mit dem Ziel von Sanierungsvereinigungen möglich sind, müssen weiterhin zwingend zur Vermeidung von Schließungen und Insolvenzen erhalten bleiben. Die angemessene Berücksichtigung (Anrechnung) von bereits freiwillig geleisteten finanziellen Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz im Rahmen der umlagefinanzierten Haftungsabwicklung einer Krankenkasse sind ein weiterer Präventionsanreiz, der unbedingt gesetzt werden muss, um derartige Haftungsfälle in der GKV zu vermeiden.

Dazu muss die Verordnung nach § 171d Abs. 2 S. 1 um Regelungen ergänzt werden, dass im Falle einer Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse freiwillige Hilfen nach § 265b angerechnet werden. Dies stärkt die Präventionsanreize zusätzlich.

C Änderungsvorschlag

Die §§ 265a und 265b SGB V bleiben erhalten.

Art. 4 Nr. 19 § 266 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

B Stellungnahme

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

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

Zu b):

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

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

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

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

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

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

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

Zu d) bb) bbb): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu d) bb) ccc): Die Einführung eines Risikopools lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Auf die Stellungnahme zu § 268 SGB V (Risikopool) wird verwiesen.

Zu d) cc): Die Änderung ist sachgerecht.

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

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

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

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

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

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

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

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

Zu h) aa) ddd): Die beabsichtigten Streichungen sind eine sachgerechte Folgeänderung. Ergänzend wird auf die Stellungnahme zu Art. 4 Nr. 9 § 137g – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme verwiesen. Nach Streichung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP-Programmkostenpauschale) sind DMP-spezifische Regelungen an dieser Stelle sowie in der RSAV rechtssystematisch nicht sinnvoll verortet und sollten - auch im Sinne eines Bürokratieabbaus - hier entfernt und an geeigneter Stelle geregelt werden.

Zu h) aa) eee): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu h) aa) fff):

Zu Nr. 6: Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz werden ausdrücklich begrüßt. Wenn einzelne Krankenkassen Kodierbeeinflussung insbesondere in Bezug auf die neu hinzukommenden Krankheiten ergreifen, um sich Wettbewerbsvorteile zu verschaffen, muss dies durch geeignete Instrumente unterbunden werden. Der hier angelegte Mechanismus ist dazu allerdings ungeeignet. Denn die Instrumente müssen geeignet sein, Kodierbeeinflussung von anderen Effekten zu unterscheiden, z. B. von solchen aus medizinischen oder diagnostischen Gründen. Bei einem entsprechenden Anstieg in den Leistungsziffern nach §§ 294 bis 303 ist ebenfalls nicht von Kodierbeeinflussung auszugehen. Insbesondere sind aber auch Effekte aus der Einführung oder Änderungen von Kodierrichtlinien im ambulanten wie stationären Bereich zu berücksichtigen. Mit der Implementierung ambulanter Kodierrichtlinien und eines Zertifizierungsverfahrens für Praxissoftware aus dem TSVG wird in den ersten Jahren der Einführung ein deutlicher Anstieg in der Qualität der Kodierung resultieren. Dieser wird sich statistisch in deutlich unterschiedlichen und ggf. auch drastischen Veränderungen in den Häufigkeiten einzelner Diagnosen manifestieren. Diese - wie auch alle anderen - externen von der Krankenkasse nicht beeinflussten Effekte dürfen in einem grob vereinfachten Verfahren nicht als Kodierbeeinflussung von Krankenkassen fehlinterpretiert werden.

Das hier angelegte Verfahren entfernt aber 5 % der Morbiditätsgruppen mit hohen Zuwächsen komplett aus dem Zuweisungsverfahren, sodass in der Konsequenz keine sachgerechten Zuweisungen für die vorhandenen Morbiditätsrisiken fließen. Zudem wählt es dabei noch die Zuweisungsstärksten aus. Besonders betroffen sind dann solche Kassen, die eine hohe Prävalenz in den entsprechenden Morbiditätsgruppen aufweisen, auch wenn die Zuwächse in den Morbiditätsgruppen in diesen Kassen ggf. unauffällig oder gar unterproportional sind. Diese Zuweisungsmittel werden dann sehr wahrscheinlich überwiegend über Altersgruppen (AGG) und nicht über Morbiditätsgruppen (HMG) neu verteilt. Somit würden Krankenkassen mit einem hohen Anteil von jungen und gesunden Versicherten profitieren. Es resultiert ein Rückbau der Morbiditätsorientierung und der Zielgenauigkeit im RSA, lässt negative Wirkungen auf das Versorgungsgeschehen erwarten und ist allein deswegen schon abzulehnen.

Das Verfahren führt nicht zuletzt in der Konsequenz auch zu erheblichen Unsicherheiten im Rahmen der Haushaltsplanung von rechtskonform handelnden Krankenkassen. Die Regelung wird daher abgelehnt.

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

Zu Nr. 8: Die Änderung ist sachgerecht.

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

Zu i): Die regelmäßige Evaluation der Wirkungen des RSA entspricht einer langjährigen Forderung der AOK-Gemeinschaft und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Zu b) Abs. 2 ist wie folgt zu ändern:

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

Zu d) bb) ccc): § 266 Abs. 4 S. 2 Nr. 3 ist zu streichen.

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

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

Zu h) aa) ccc): Nr. 2b ist zu ändern in:

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

Zu h) aa) fff): Nr. 6 ist zu ändern in:

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

Art. 4 Nr. 20 § 267 SGB V – Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B Stellungnahme

Zu Abs. 1 S. 1-2: Es handelt sich um eine sachgerechte Umsetzung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift.

Zu Abs. 1 S. 3: Die eingeführte Regelung, dass eine unmittelbare oder mittelbare Einwirkung auf den Inhalt der Leistungsdaten unzulässig ist, sofern diese nicht explizit vorgeschrieben oder zugelassen ist, wird von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich begrüßt. Die Regelung in Satz 3 stellt die Grundlage für die Maßnahmen zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach 273 SGB V dar. Der Abschluss von Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erfolgt vor dem Hintergrund des gültigen Rechtsrahmens zum jeweiligen Zeitpunkt. Ebenso haben die Aufsichtsbehörden die von den Krankenkassen vorgelegten Verträge unter Beachtung der seinerzeit maßgeblichen Rechtslage geprüft. Der Verweis auf Verstöße gegen die Regelungen insbesondere in den §§ 71, 73b, 83, 140a und 303 im Abs. 1 S. 3 muss sich deshalb immer auf die jeweils im Berichtsjahr gültige Fassung beziehen. Bei der Prüfung der Zulässigkeit von Versorgungsverträgen sowie von Arztberatungen im Rahmen von § 273 SGB V durch das BVA für zurückliegende Berichtsjahre muss das BVA bei seiner Prüfung das seinerzeit jeweils maßgebliche Recht zugrunde legen. Es ist sicherzustellen, dass die Maßstäbe von Vertrags- und RSA-Prüfungen nicht auseinanderfallen. Eine besondere Brisanz erlangt dies im Verhältnis zu den Mitgliedern des Vorstandes der Krankenkasse: Die Begründung zu § 43 Abs. 3 und 4 RSAV verweist darauf, dass Vorstandsmitglieder der Krankenkasse persönlich zum Ersatz eines entstehenden Schadens verpflichtet sind.

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

Zu Abs. 1 S. 4-5: Die Übernahme der bereits im bisherigen Verfahren überholten Regelungen aus dem bisherigen § 268 Absatz 3 Satz 5 und 6 ist entbehrlich und kann entfallen.

Zu Abs. 2: Die Regelung, Versichertentage der Versicherten mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente für die Weiterentwicklung und Evaluation des RSA weiterhin zu nutzen, wird begrüßt. Hier sei allerdings auch auf die Stellungnahme zu Art. 4 Nr. 19 § 266 SGB V b) verwiesen.

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

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

Zu Abs. 4: Es handelt sich um eine sachgerechte Umsetzung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift.

Zu Abs. 5: Es handelt sich um eine sachgerechte Umsetzung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift.

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

C Änderungsvorschlag

Abs. 1 S. 3 wird wie folgt gefasst:

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

Abs. 1 S. 4-5: Die Übernahme der Regelungen aus dem bisherigen § 268 Abs. 3 S. 5 und 6 ist entbehrlich und kann entfallen. Gleiches gilt für die Folgeregelung zur Finanzierung in Absatz 5.

Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

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

Art. 4 Nr. 20 § 268 SGB V – Risikopool

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung führt ab dem Jahr 2021 einen Risikopool neben dem RSA ein. Er gilt für Versicherte, deren ausgleichsfähige Leistungsausgaben bei einer Krankenkasse einen Schwellenwert überschreiten. Dieser Schwellenwert ist für das Jahr 2021 auf 100.000 Euro festgelegt und wird in den Folgejahren entsprechend der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB V angepasst. Über den Risikopool werden ausgleichsfähige Leistungsausgaben oberhalb des Schwellenwerts zu 80 % in Form eines IST-Kosten-Ausgleichs zugewiesen. Das Bundesversicherungsamt kann zum Zwecke der Prüfung der für den Risikopool notwendigen Daten neben Geschäfts- und Rechnungsergebnissen weitere Auskünfte und Nachweise von den Krankenkassen anfordern.

B Stellungnahme

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

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

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

Nur im prospektiven Konzept des Morbi-RSA werden durch einen standardisierten Ausgleich von Folgekosten die notwendigen Anreize gesetzt, Risikoselektion zu vermeiden und die Versichertenversorgung vorausschauend kosteneffektiv zu gestalten. Sollte der Gesetzgeber den-

noch an einem Ausgleich für Hochkostenversicherte festhalten, so wäre dieser auf Unterdeckungsbeiträge nach Umsetzung des Morbi-RSA zu beziehen und nicht auf einen fixen Schwellwert neben selbigen.

C Änderungsvorschlag

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

Art. 4 Nr. 21 § 269 SGB V – Sonderregelung für Krankengeld und Auslandsversicherte**A Beabsichtigte Neuregelung**

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

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

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

In Abs. 3d S. 1 werden die Worte „Absatz 1 Satz 3 bis 5“ gestrichen.

Art. 4 Nr. 22 § 270 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Regelungen werden die bisherigen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP-Programmkostenpauschale) ersatzlos aufgehoben. Zudem wird für Krankenkassen eine versichertenbezogene Pauschale für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie Schutzimpfungen eingeführt.

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

B Stellungnahme

Zu a) aa) aaa): Der Verweis ist auf § 266 Abs. 4 S. 2 Nr. 2 anzupassen. Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen § 266 Abs. 4 S. 1.

Zu a) aa) bbb):

Der Wissenschaftliche Beirat hat sich in seinem Gutachten aus 2017 kritisch zu der Privilegierung der DMP gegenüber anderen „Besonderen Versorgungsformen“ durch die Programmkostenpauschale geäußert. Die Streichung der Zuweisungen für Versicherte mit einer Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen ist vor diesem Hintergrund sachgerecht.

Zu a) aa) ccc): Es handelt sich um eine Änderung aus Gründen der Rechtsförmlichkeit

Zu a) bb): Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung

Zu b) aa): Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung

Zu b) bb): Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung

Zu b) cc): Die Anpassung der Frist an das aktuelle Verfahren ist sachgerecht.

Zu c): Das prospektive Konzept des Morbi-RSA mit einem standardisierten Ausgleich von Folgekosten setzt bereits deutliche Anreize, in Prävention zu investieren. Wenn sie zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Versicherten mit entsprechend reduzierten Ausgaben führen, profitiert die Krankenkasse von den Zuweisungen aus dem Morbi-RSA auf Basis der Morbidität des Vorjahres. Mit der Einführung einer Vorsorgepauschale werden darüber hinaus zusätzliche Anreize für Krankenkassen gesetzt, die Inanspruchnahme ihrer Versicherten von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen sowie zahnärztliche Individualprophylaxeleistungen nach § 87 Abs. 1 S. 1 und Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 zu fördern. Die Absicht, die Präventionsorientierung des RSA zu stärken, wird begrüßt. Die Wirksamkeit der vorgeschlagenen Regelung sollten im Rahmen der gutachterlichen Tätigkeit des Wissenschaftlichen Beirats umfassend evaluiert werden.

C Änderungsvorschlag

Zu a) aa) aaa): Der Verweis ist auf § 266 Abs. 4 S. 2 Nr. 2 anzupassen.

Artikel 4 Nr. 23 § 270a SGB V – Einkommensausgleich**A Beabsichtigte Neuregelung**

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 4 Nr. 24 § 271 SGB V – Gesundheitsfonds**A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 271 SGB V beinhaltet Regelungen zum Gesundheitsfonds. Die vorgenommenen Änderungen sind Folge der Neuordnung des § 266 SGB V sowie der Einführung des Risikopools mit § 268 SGB V.

B Stellungnahme

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

Der Verweis auf § 269 SGB V ist nicht zu streichen, da Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte im Gesundheitsfonds verfügbar sein müssen.

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

C Änderungsvorschlag

Zu a): Abs. 5 muss unverändert lauten:

„(5) Die Mittel des Gesundheitsfonds sind so anzulegen, dass sie für den in den §§ 266, 269 und 270 genannten Zweck verfügbar sind.“

Art. 4 Nr. 25 § 273 SGB V – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

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

Das Bundesversicherungsamt kann im Rahmen der Prüfung die Rechtmäßigkeit vorgelegter Versorgungsverträge bewerten und ist dabei nicht an die Bewertung durch die zuständige Aufsichtsbehörde gebunden. Ein Morbiditätsanstieg kann vom Bundesversicherungsamt nur noch dann als plausibel anerkannt werden, wenn er mit einem entsprechenden Anstieg in den Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 SGB V einhergeht. Andernfalls wird von einer Kodierbeeinflussung der Leistungserbringer durch die Krankenkasse ausgegangen. Die Beweislast bei der Aufklärung von Rechtsverstößen wird umgekehrt.

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

Zudem sollen die Regelungen zu einer Beschleunigung der Verfahren beitragen. Krankenkassen werden verpflichtet, innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Feststellungsbescheids die Gründe für die Auffälligkeit darzulegen. Bei nicht ausreichender Darlegung der Krankenkasse erfolgt die Ermittlung eines Korrekturbetrags, um den die Zuweisungen zu kürzen sind.

B Stellungnahme

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

Zu Abs. 1:

Die Regelung zum Prüfauftrag des Bundesversicherungsamts ist sachgerecht und wird begrüßt. Als ergänzende Regelung muss es Krankenkassen aber auch ermöglicht werden, Versorgungsverträge auch ex ante vom Bundesversicherungsamt auf die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Abs. 1 S. 3 SGB V überprüfen zu lassen. Dies dient der Erhöhung der Rechtssicherheit und der zusätzlichen Beschleunigung der Verfahren nach § 273. Vor dem Hintergrund, dass Versorgungsverträge weitreichende Relevanz für das Versorgungsgeschehen und damit auch für die Datenmeldungen nach § 267 Abs. 1 S. 1 entfalten können, ist das Vorliegen eines Prüfergebnisses des

Bundesversicherungsamts innerhalb einer angemessenen Frist unabdingbar. Die Fristbindung entspricht dem allgemeinen Gebot des zügigen Verwaltungshandelns und dient lediglich der – angesichts der Relevanz für die Krankenkassen notwendigen – Klarstellung.

Zu Abs. 2:

Die Neuregelung in Absatz 2 wird begrüßt. Für eine weitere Stärkung dieses Prüfinstruments ist es allerdings zwingend erforderlich, die Auffälligkeitsprüfung um eine zusätzliche regionale Dimension zu erweitern. Berücksichtigt man die unterschiedlichen regionalen Schwerpunkte der Krankenkassen bezüglich ihrer Versicherten, dann ist festzustellen, dass im vorgeschlagenen Verfahren statistisch signifikante Steigerungen in den Morbi-RSA-Datengrundlagen nicht für alle Krankenkassen gleichermaßen zielgenau identifiziert werden können. Denn während bei Krankenkassen mit regionalem Tätigkeitsschwerpunkt regional spezifische Steigerungen in der Diagnosehäufigkeit zur Auffälligkeit führen, nivellieren sich diese Einflüsse bei Krankenkassen mit weiter gefasstem Tätigkeitsgebiet zunehmend auf den GKV-Durchschnitt. Die Zielsetzung des § 273 ist es, Auffälligkeiten in den gemeldeten Diagnosedaten auf die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Abs. 1 S. 3 SGB V zu überprüfen und Verstöße, wie z. B. Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung, zu ahnden. Für ein einzelnes Berichtsjahr wären solche Maßnahmen einer Krankenkasse aber nicht nur bundesweit gleichförmig zu erwarten, sondern insbesondere auch regional fokussiert, z.B. auf das Gebiet einer einzelnen KV. Ohne eine zusätzliche regionale Dimension in der statistischen Auffälligkeitsprüfung blieben solche Maßnahmen bei bundesweit agierenden Krankenkassen ggf. unentdeckt. Die ab dem Berichtsjahr 2016 erfolgte Erweiterung der Versichertenstammdaten in den Datenmeldungen um den Gemeindegemeinschaftsschlüssel zum Wohnort des Versicherten hatte dies bereits zur Intention.

Darüber hinaus ist in Satz 1 der Verweis auf § 267 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 redaktionell anzupassen.

Zu Abs. 3:

Die entfallene Verpflichtung zur Überprüfung auf eine direkte Kausalität zwischen den statistischen Auffälligkeiten zu einem erheblichen Anstieg der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds beschleunigt die Verfahren nach § 273. Vor dem Hintergrund der Zielsetzung ist dies sachgerecht. Eine Geringfügigkeitsschwelle ist sachgerecht.

Zu Abs. 4:

Die Intention in Abs. 4 S. 1, die Verfahren nach § 273 deutlich zu beschleunigen, wird begrüßt. Mit den neuen Regelungen kann das Bundesversicherungsamt bei unzureichender oder unvollständiger Darlegung der Gründe für die Auffälligkeit umgehend einen Korrekturbetrag ermitteln. Die Umkehr der Beweislast führt zu einer Begründung von Obliegenheiten, die nicht zu erfüllen sind. Zwar nennt das Gesetz Anforderungen an zwei denkbare Begründungen durch die Krankenkassen. Abschließend den Beweis zu erbringen, etwas nicht getan zu haben, ist nach allgemeine Beweisgrundsätzen allerdings unmöglich. Die Unmöglichkeit dieses Beweises führt zwangsläufig dazu, dass Krankenkassen für vermeintliche Rechtsverstöße zur Rechenschaft gezogen werden können, die sie tatsächlich nicht begangen haben. Zudem ist die Fristsetzung von vier Wochen zu kurz. Zudem dürfen die Regelungen nicht dazu führen, dass nach fristgerechtem Eingang einer umfassenden Darlegung der tatsächlichen Gründe für die Auffälligkeit, keine Rück-

fragen des Bundesversicherungsamts mehr möglich sind, die es zur abschließenden Sachverhaltsaufklärung als notwendig erachtet. Wir regen an, dass das BVA wie bisher befugt wird, eine angemessene Frist zu setzen. Die erwünschten Effekte werden hierdurch nicht geschmälert und die Möglichkeiten zur umfassenden Sachverhaltsaufklärung gestärkt. Bei einer starren Frist entsteht für das BVA ggf. die Situation, selbst bei engagierter Mitwirkung der Krankenkasse wesentlich auf Basis eines noch nicht geklärten Sachverhaltes entscheiden zu müssen.

Die Regelung in Absatz 4 Satz 2, zulässige Nachweise für einen Anstieg der Morbidität im Verfahren nach § 273 näher zu definieren, wird von der Grundidee her begrüßt. Die Verknüpfung, dass Steigerungen in der Morbidität sich auch in den Leistungsdaten aus den Verfahren nach §§ 294 bis 303 widerspiegeln, ist als ein möglicher Ansatz geeignet, eine Morbiditätssteigerung zu erklären. Es sei allerdings darauf verwiesen, dass nicht zu allen zulässigen Schlüsseln der Diagnoseklassifikation des ICD-10 GM eine korrespondierende Leistungsziffer definiert ist bzw. die Bestimmungen zur Abrechnung die Meldung der Leistungsziffer ggf. untersagen. Daher sollte das Bundesversicherungsamt aufgrund der Regelung nicht zu einer Sanktion der Krankenkasse verpflichtet werden, wenn es selbst oder nach Darlegung der Krankenkasse eine solche Konstellation erkennt.

Daneben treten in der Praxis zahlreiche Konstellationen steigender Diagnosekodierung auf, die also nicht morbiditätsbedingt sind und nicht durch die Krankenkasse beeinflusst wurden. Mit Einführung der Kodierrichtlinien sind Formen der geänderten Kodierung der Leistungserbringer vermehrt zu erwarten, die sich dann regional und in Abhängigkeit von der Morbiditätsstruktur der Krankenkasse im Zeitverlauf sehr wahrscheinlich unterschiedlich auswirken werden. Dies unterstreicht nochmal deutlich die Notwendigkeit einer regionalen Perspektive in den Verfahren nach § 273 wie bereits zu Absatz 2 dargelegt. Nicht zuletzt dürfen fehlerhafte Datenmeldungen der Leistungserbringer selbst nicht zur Sanktion der Krankenkasse führen, wie z. B. fehlerhafte Praxissoftware in Bezug auf die dort hinterlegten ICD-Klassifikation o. ä. Bei der Prüfung des Anstieges der Morbidität im Rahmen von § 273 SGB V für zurückliegende Berichtsjahre muss das Bundesversicherungsamt bei seiner Prüfung das seinerzeit jeweils maßgebliche Recht zugrunde legen. Es ist somit sicherzustellen, dass für vergangene Zeiträume das jeweils gültige Recht angewandt wird und keine rückwirkende Anwendung neuer Rechtsnormen erfolgt.

Die Prüfung vorgelegter Versorgungsverträge auf die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Abs. 1 S. 3 SGB V (neu) im Rahmen der Verfahren nach § 273 durch das Bundesversicherungsamt ist notwendig für eine umfassende Würdigung der dargelegten Gründe. Die in der Begründung zu Abs. 4 S. 3 genannte erneute Prüfung auch von bereits aufsichtsbehördlich genehmigten Verträgen ist allerdings dahingehend problematisch, dass die Krankenkassen auf das Ergebnis der bereits erfolgten Rechtmäßigkeitskontrolle vertrauen können müssen. Dies gilt für bundes- wie landesunmittelbare Krankenkassen gleichermaßen. Denn die in § 87ff. SGB IV normierte Rechtsaufsicht ist insofern allumfassend, als dass die zuständige Aufsichtsbehörde bei der Aufsichtsführung über die Krankenkasse alle Rechtsvorschriften einschließlich der Vorschriften zum RSA berücksichtigen muss. Die Krankenkasse muss sich wiederum darauf verlassen können, dass sie einer durch die Aufsicht ausgesprochenen Genehmigung vertrauen kann und dass die Aufsichtsbehörde einen – ggf. auch ohne gesetzliche Verpflichtung vorgelegten Vertrag – beanstandet hätte, wenn er – aus welchem rechtlichen Grund auch immer - nicht zulässig ist. Die Prüfung der

Verträge durch das Bundesversicherungsamt muss zudem vor dem Hintergrund des zum Berichtsjahr geltenden Rechts erfolgen.

Zu Abs. 5:

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

Auch hier ist die eingeräumte Frist von vier Wochen unnötig verkürzt. Wir regen an, dass das Bundesversicherungsamt wie bisher befugt wird, eine angemessene Frist zu setzen. Die erwünschten Effekte werden bei Setzung einer angemessenen Frist durch das BVA nicht geschmälert und die Möglichkeiten zur umfassenden Sachverhaltsaufklärung gestärkt. Bei einer starren Frist entsteht für das BVA ggf. die Situation, selbst bei engagierter Mitwirkung der Krankenkasse wissentlich auf Basis eines noch nicht geklärten Sachverhaltes entscheiden zu müssen.

Zu Abs. 6:

Die Regelungen zur Ermittlung eines Korrekturbetrags bei nicht ausreichender Darlegung der Krankenkasse nach Absatz 4 Satz 1 sowie bei Feststellung eines Rechtsverstößes der Krankenkasse sind sachgerecht.

Zu Abs. 7:

Die Klarstellung, dass die von den Krankenkassen nach den Vorschriften des § 273 SGB V übermittelten Daten ausschließlich für die Prüfungen nach dieser Vorschrift verwendet werden dürfen, wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Abs. 1 wird um nachstehende Sätze ergänzt:

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

Abs. 2 S. 1 wird wie folgt geändert:

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

Abs. 4 S. 1 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkasse hat ab Eingang des Bescheides nach Abs. 3 S. 2 innerhalb einer vom BVA gesetzten angemessenen Frist die tatsächlichen Gründe für die Auffälligkeit darzulegen.“

Abs. 4 S. 2 wird wie folgt geändert:

„Macht die Krankenkasse als Grund für die Auffälligkeit einen tatsächlichen Anstieg der Morbidität ihrer Versicherten geltend, kann dies nur anerkannt werden, wenn ein aus den Leistungsdaten nach §§ 294 bis 303 ersichtlicher entsprechender Anstieg der erbrachten Leistungen vorliegt, oder der dokumentierte Anstieg der Morbidität nicht unzulässig durch die Krankenkasse beeinflusst wurde.“ Abs. 4 S. 3 wird wie folgt ergänzt:

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

Abs. 5 S. 1 wird wie folgt ergänzt:

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

Abs. 5 S. 3 wird wie folgt geändert:

„Das Bundesversicherungsamt setzt hierfür eine angemessene Frist.“

Art. 4 Nr. 26 § 284 SGB V – Sozialdaten bei den Krankenkassen**A Beabsichtigte Neuregelung**

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 4 Nr. 27 § 295 Abs. 2 SGB V – Abrechnung ärztlicher Leistungen**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben sicherzustellen, dass eine korrekte Zuordnung gemeldeter Diagnosen zu der zugrundeliegenden Vertragsform erfolgt, soweit sie auch an der Durchführung von Verträgen nach § 73b sowie § 140a beteiligt sind.

B Stellungnahme

Der Gesetzestext bezieht sich auf die „Übermittlung der Daten nach Absatz 1“, gemeint ist damit § 295 Abs. 1 SGB V. Hier geht es allerdings um die Datenübermittlungspflichten der Ärzte. Gemeint ist somit wahrscheinlich die Übermittlung der Daten nach § 295 Abs. 2 S. 1 SGB V.

Mit der gesetzlichen Anpassung wird expliziert und klargestellt, dass auch Kassenärztliche Vereinigungen in den Abrechnungsdaten an die Krankenkassen eine Differenzierung nach der jeweils zugrundeliegenden Vertragsart/-form vorzunehmen haben.

C Änderungsvorschlag

Redaktionelle Änderung:

Das Wort „Absatz“ wird durch das Wort „Satz“ ersetzt.

Art. 4 Nr. 28 § 303b SGB V – Datenübermittlung**A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 303b SGB V beinhaltet die Regelungen zur Datenübermittlung für die in § 303e Abs. 2 genannten Zwecke an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c.

B Stellungnahme

Zu a): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung des § 267 SGB V sind sachgerecht.

Zu b): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung des § 267 SGB V sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 4 Nr. 29 § 304 SGB V – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung des § 266 sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 4 Nr. 30 § 305a SGB V – Beratung der Vertragsärzte

A Beabsichtigte Neuregelung

Im § 305a SGB V wird durch die Streichung der Wörter „und Krankenkasse“ deren Möglichkeiten der Beratung von Ärzten komplett abgeschafft.

B Stellungnahme

Hintergrund der geplanten Regelung ist lt. Begründungstext, dass trotz des ausdrücklichen Verbotes der Beratung von Ärzten zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen angeblich Kassen trotzdem solche Beratungen durchgeführt haben. Ein solches Handeln ist gemäß §305a Satz 7 ausdrücklich verboten, die Krankenkassen sind an geltendes Recht gebunden. Einzelfälle sind daher von den Aufsichtsbehörden zu verfolgen. Das jetzt vorgesehene Kontaktverbot stellt die Beratungsaktivitäten der Krankenkassen unter einen ungerechtfertigten Generalverdacht. Eine Abgrenzung zulässiger von unzulässigen Beratungsinhalten ist durchaus möglich.

Niedergelassene Ärzte sind zentrale Akteure der Versorgung von Patienten. Sie verantworten nicht nur ihre eigenen Leistungen, sondern gestalten die bedarfsgerechte Versorgung auch durch Verordnungen und Einweisungen. Daher ist ein Dialog zwischen Arzt und Krankenkasse unverzichtbar. Die Beratung von Ärzten durch Krankenkassen war bereits weit vor der Einführung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs etabliert. Sie wird von den Vertragsärzten geschätzt und ist für den Arzt selbstverständlich freiwillig. Diese Beratungen dienen der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung und der Patientensicherheit. Die Beratung bezüglich der verschiedenen Leistungsarten ist komplex und nur über den §305 a SGB V in der aktuellen Version gedeckt. Nur in dieser Form der Beratung wird prospektiv, indikations- und sektorenübergreifend sowie fachgruppenbezogen beraten. Den Kassenärztlichen Vereinigungen alleine hingegen fehlt der Gesamtüberblick der einzelnen Verordnungsgeschehen im Kontext der verschiedenen Leistungen wie die Verknüpfung von ambulantem und stationärem Sektor. Vertragsärzte sind Partner der Krankenkassen bei der Versorgung der Versicherten. Die Beratungen umfassen ein breites Spektrum von wichtigen Fragen der alltäglichen Patientenversorgung. Eine reibungslose Patientenversorgung ist z.B. nur dann gewährleistet, wenn Vertragsärzte darüber informiert sind, welche Einzelheiten sie bei der Veranlassung von Leistungen berücksichtigen müssen. Diese Aufgaben sind nicht durch die Wirtschaftlichkeitsberatungen durch die Prüfungsstellen abgedeckt, weil diese erst ansetzen, wenn sich ein Prüfanlass ergibt.

Berater der Krankenkassen unterstützen die Ärzte daher bei der korrekten Verordnung von Leistungen und informieren über Änderungen von Richtlinien. Außerdem informieren sie über besondere Versorgungsangebote der Krankenkassen. Ein Kontaktverbot unterbindet faktisch die persönliche Zusammenarbeit der Krankenkassen mit Vertragsärzten.

Beispiele für Beratungsanlässe seitens der AOKs sind:

- Die Beratung zur Umsetzung von neuen Richtlinien
- Die Beratung hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise bei Auffälligkeitsprüfungen, die sich aus dem Vergleich der relevanten Daten mit vergleichbaren Vertragsärzten ergeben
- Die pharmazeutische Beratung zur Arzneimitteltherapie

- Die Beratung zur Behandlungsqualität in Krankenhäusern auf Basis von Routinedaten (QSR)
- Die Beratung zu Versorgungsangeboten, die dem individuellen Behandlungsbedarf der Patientengruppe entsprechen, z.B. bei onkologischen Erkrankungen
- Die Beratung des Vertragsarztes zu besonderen Versorgungsangeboten, z.B. zu Disease-Management-Programmen, zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, zur besonderen Versorgung und zur hausarztzentrierten Versorgung.

Ein Kontaktverbot zwischen Krankenkasse und Arzt steht in einem merkwürdigen Widerspruch dazu, dass andere Partner der Gesundheitsversorgung, wie z.B. Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller, nach wie vor selbstverständlich freien Zutritt zur Arztpraxis erhalten.

Das bisherige Verbot zur Beratung über Vergabe und Dokumentation von Diagnosen ist somit ausreichend.

C Änderungsvorschlag

Beibehaltung des aktuellen § 305a SGB V.

Art. 4 Nr. 31 § 318 SGB V – Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 318 beinhaltet Regelungen zu den Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung.

B Stellungnahme

Zu a) Es werden Folgeänderungen durch Änderung des § 37 vorgenommen. Diese ist sachgerecht.

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

Zu c) Es handelt sich um eine Folgeänderung aus b). Diese ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 4 Nr. 32 Anfügung an Kapitel 13 – Übergangsregelung zur Neuorganisation des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung stellt klar, dass der bisherige Verwaltungsrat nach den bisher geltenden Regelungen im Amt bleibt bis ein neu gewählter Verwaltungsrat zusammentritt.

B Stellungnahme

Da die Regelungen zur Neuorganisation des Verwaltungsrates insgesamt abgelehnt werden, wird auch die im 13. Kapitel anzufügende Übergangsregelung abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die Übergangsregelung wird gestrichen.

Artikel 5 Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Art. 5 Nr. 1 § 1 RSAV – Begriffsbestimmungen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

Zu b): Die Streichung des Absatzes 4 ist im Sinne der Rechtsbereinigung sachgerecht.

Zu c): Der neue Absatz 4 ist ebenfalls entbehrlich und kann entfallen.

C Änderungsvorschlag

Buchstabe c) wird wie folgt gefasst: Der bisherige Absatz 5 wird aufgehoben.

Art. 5 Nr. 2 § 2 RSAV – Risikogruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Zu Abs. 1: Die Streichung der Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner als separates Risikomerkmal wird abgelehnt. Sie führt zu einer Reduzierung der Zielgenauigkeit in Form einer deutlichen Unterdeckung von Erwerbsminderungsrentnern. Ebenso wird die Einführung regionalstatistischer Merkmale abgelehnt. Wir verweisen auf die Stellungnahme zu Art. 4 Nr. 19 § 266 SGB V Buchstabe b.

Zu Nr. 4: Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Erweiterung des Morbi-RSA um regionalstatistische Merkmale ab. Wir verweisen auf unsere Stellungnahme zu Art. 4 Nr. 19 § 266 SGB V Buchstabe b.

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

Zu Abs. 3: Die vorrangige Vorschrift des § 267 Abs. 2 SGB V entfällt. Eine von Absatz 2 abweichende Festlegung kann nur im Einvernehmen durch das Bundesversicherungsamt mit dem GKV-SV erfolgen.

Zu Abs. 4: Die Regelungen entsprechen den bisherigen gesetzlichen Vorgaben des § 2 Abs. 4.

Zu Abs. 5: Die Regelungen sind unverändert.

C Änderungsvorschlag

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

Art. 5 Nr. 2 § 3 RSAV – Versicherungszeiten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die wesentlichen Neuregelungen im neuen Absatz 2 ergeben sich aus einer Änderung im Rahmen der gesetzlichen Neuordnung und im Sinne der Rechtsbereinigung. Der bisherige Absatz 3 beinhaltet Regelungen zur Zählung der Versicherten, die an einem DMP-Programm eingeschrieben sind, die in der neuen Fassung gegenstandslos sind.

B Stellungnahme

Zu Abs. 1:

Die Streichung der Berücksichtigung der Versicherungszeiten bei Erwerbsminderungsrentnern wird abgelehnt. Wir verweisen auf die Stellungnahme zu Art. 4 Nr. 19 § 266 SGB V Buchstabe b.

Zu Abs. 2:

Es handelt sich um eine sachgerechte Änderung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift. Der bisherige Absatz 3 entfällt, da im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift die Verbleibenden im neu formulierten Absatz 2 aufgehen. Die bisherigen Absätze 3 bis 6 entfallen. Der bisherige Absatz 7 regelt die Vorgaben zur Archivierung der erzeugten Datengrundlagen und wird in den § 30 RSAV überführt.

C Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer Abs. 3 eingefügt:

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

Art. 5 Nr. 3 § 4 RSAV – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Anpassung an die Änderungen des Leistungsrechts im Sinne der Rechtsbereinigung. Die Vorschrift operationalisiert die Vorgabe des neuen § 266 Abs. 4 S. 2 SGB V. In Absatz 1 werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsarten für die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben ausgewiesen. Die bisherigen Nummern 10 und 11 werden aufgrund der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme aufgehoben.

B Stellungnahme

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

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

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

Zu a) dd): Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Abschaffung der DMP-Programmpauschale.

Zu a) ee): Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Neuordnung.

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

Zu b) bb): In Nummer 6 wird die vor der erneuten Einführung eines Risikopools im neuen § 268 SGB V gegenstandslose Vorgabe angepasst. Die Einführung eines Risikopools lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Auf die Stellungnahme zu § 268 SGB V (Risikopool) wird verwiesen.

Zu c) aa): Die Änderungen sind sachgerecht.

Zu c) bb): Die Änderungen sind sachgerecht.

Zu c) cc): Die Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Zu a) ee): In der neuen Nummer 10 wird der zweite Halbsatz wie folgt geändert: „soweit sie anteilig auf die Aufwendungen nach den Nummern 1 bis 9 entfallen,“

Zu b) bb): Die Nummer 6 wird gestrichen.

Art. 5 Nr. 4 § 5 RSAV – Bekanntmachungen**A Beabsichtigte Neuregelung**

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

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht im Sinne der Rechtsbereinigung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 5 § 6 bis 28 RSAV**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Übergangsvorschriften und Sonderregelungen zum § 20 bis § 28 werden im Rahmen der Rechtsbereinigung gestrichen.

B Stellungnahme

Die Streichungen im Rahmen der Rechtsbereinigung sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 6 RSAV – Abschnitt 6**A Beabsichtigte Neuregelung**

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 7 § 28d RSAV – Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderungen nehmen Rechtsbereinigungen an den Begriffsbestimmungen (der EU-DSGVO) zum § 28d RSAV vor.

B Stellungnahme

Zu a): Es handelt sich um eine sachgerechte Rechtsbereinigung an den Begriffsbestimmungen der EU-DSGVO.

Zu b): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aus der Neuordnung der § 266 und 267 SGB V.

Ergänzend wird auf die Stellungnahme zu Art. 4 Nr. 9 § 137g – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme – verwiesen. Nach Streichung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP-Programmkostenpauschale) sind DMP-spezifische Regelungen an dieser Stelle sowie in der RSAV rechtssystematisch nicht sinnvoll verortet und sollten - auch im Sinne eines Bürokratieabbaus - hier entfernt und an geeigneter Stelle geregelt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 8 § 28f RSAV – Anforderungen an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme nach § 137g SGB V erforderlichen personenbezogenen Daten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen nehmen Rechtsbereinigungen an den Begriffsbestimmungen (der EU-DSGVO) zum § 28f RSAV vor.

B Stellungnahme

Zu a): Es handelt sich um eine sachgerechte Rechtsbereinigung an den Begriffsbestimmungen der EU-DSGVO.

Zu b): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aus der Neuordnung der § 266 und 267 SGB V.

Ergänzend wird auf die Stellungnahme zu Art. 4 Nr. 9 § 137g – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme verwiesen. Nach Streichung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für strukturierte Behandlungsprogramme (DMP-Programmkostenpauschale) sind DMP-spezifische Regelungen an dieser Stelle sowie in der RSAV rechtssystematisch nicht sinnvoll verortet und sollten - auch im Sinne eines Bürokratieabbaus - hier entfernt und an geeigneter Stelle geregelt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 9 RSAV – Abschnitt 7**A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift.

B Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 10 § 29 RSAV – Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostruktur- ausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Streichung des § 29 RSAV erfolgt im Sinne der Rechtsbereinigung veralteter Rechtsvorschriften, die zwischenzeitlich anderweitig geregelt sind.

B Stellungnahme

Der gestrichene § 29 RSAV enthielt die Regelungen zur Weiterentwicklung des Risikostruktur-
ausgleichs ab 2009. Die Streichung des § 29 RSAV ist im Sinne der Rechtsbereinigung sachge-
recht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Zuweisungen zu erhöhen. Allerdings werden lediglich die gesetzlichen Rabatte pharmazeutischer Unternehmer und die gesetzlichen Rabatte von Apotheken per DTA nach § 300 SGB V positionsbezogen und daher auch versichertenbezogen an die Krankenkassen übertragen und entsprechend aufbereitet.

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

Eine konkrete Festlegung zum Verfahren sowie der Umfang einer sachgerechten Umsetzung ist mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 SGB V festzulegen. Zur Wahrung der Vertraulichkeit der vertraglich vereinbarten Rabattinformationen müsste das Verfahren so ausgestaltet sein, dass diese ausschließlich durch das Bundesversicherungsamt verarbeitet werden können.

Zu c) aa): Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu c) bb): Die Einführung des Hochrisikopools wird abgelehnt. Es sei auf unsere Stellungnahme zu Art. 4 Nr. 20 § 268 SGB V Risikopool verwiesen.

Zu c) cc): Es handelt sich um eine sachgerechte Änderung.

Zu c) dd): Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Die Wiederherstellung des Versichertenbezugs ist für die Prüfung nach § 273 SGB V im Einzelfall auch zur Klärung und dem Nachweis auffälliger Sachverhalte erforderlich. Eine entsprechende Regelung ist deswegen aufzunehmen.

Zu c) ee): Es handelt sich um eine sachgerechte Änderung.

Zu c) ff): Es handelt sich um eine sachgerechte Änderung. Die Regelungen zu den Aufbewahrungsfristen entsprechen den bisherigen rechtlichen Vorgaben. Ein Verweis auf den bisherigen § 3 Abs. 7 ist obsolet.

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

Zu e) aa): Mit Nummer 2 soll die Korrekturmeldung der Leistungsausgaben nach Abs. 1 S. 1 Nr. 7 zum 15. April des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres durch eine neue Meldung

korrigiert werden. Diese Korrekturmeldung ist lediglich mit der Einführung eines Risikopools erforderlich, den die AOK-Gemeinschaft ablehnt. Auf die Stellungnahme zu § 268 SGB V (Risikopool) wird verwiesen.

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

Zu e) cc): Die im neuen Satz 4 beschriebene Unterrichtung des GKV-Spitzenverbandes über Art und Umfang der zurückgewiesenen Daten sollte erhalten bleiben. Nur so kann die betroffene Krankenkasse über Art und Umfang der Fehler Kenntnis erhalten und ist daher im Sinne der Rechtssicherheit beizubehalten.

Zu f): Es handelt sich um sachgerechte Änderung, die bislang im § 3 Abs. 4 RSAV geregelt war.

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

C Änderungsvorschlag

Zu b) aa) bbb): Die neue Nummer 6 wird gestrichen; es bleibt bei dem Wortlaut der bisherigen Nummer 6.

Ansonsten wäre im neuen Satz zu Nummer 6 der Punkt am Satzende durch ein Komma zu ersetzen.

Zu b) cc): Die folgenden Sätze werden eingefügt: „Bei den Angaben nach Satz 1 Nummer 7 sind die Ausgaben für Arzneimittel einschließlich der Erstattungsbeträge nach § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Rabatte und Abschläge nach den §§ 130 und 130a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu übermitteln. Bei der Verarbeitung der Daten nach Satz 3 stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt sicher, dass diese nur für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs erfolgt und Dritte keine Kenntnis erlangen können. Das Nähere über das Verfahren und den Umfang der berücksichtigungsfähigen Daten nach Satz 3 legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt fest“.

Zu c) bb): Im Satz 2 werden die Wörter „die Durchführung des Risikopools nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“ gestrichen sowie nach dem Wort „§ 42“ die Wörter „, sowie für das Verfahren nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“ eingefügt.

Zu c) cc): Nach dem Wort „§ 42“ werden die Wörter „, nach § 273 SGB V“ eingefügt.

Zu c) dd): Nach dem Wort „§ 42“ werden die Wörter „, dem § 273 SGB V“ eingefügt.

Zu d): Im Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

Zu e) aa): Die Nummer 2 wird gestrichen.

Zu e) cc): Der neue Satz 4 wird beibehalten.

Zu f): Zum neuen Absatz 5 wird der bisherige Satz 5 „Das Bundesversicherungsamt unterrichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkasse über Art und Umfang der von ihm zurückgewiesenen und stattdessen zugrunde gelegten Daten nach Satz 4.“ angefügt.

Art. 5 Nr. 12 § 31 RSAV – Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 31 RSAV regelt die Grundsätze des Verfahrens zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA-Zuweisungsverfahrens. Die Anpassungen sind überwiegend Folgeänderungen aufgrund der Änderungen in den §§ 266 und 267 SGB V sowie der Änderungen in den §§ 2 und 29 RSAV.

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

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

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

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

B Stellungnahme

Zu a)

Zu Abs. 1:

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der zu begrüßenden Aufhebung der Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 - 80 Krankheiten im Rahmen der Neuordnung des § 266 SGB V.

Zu Abs. 2:

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der im Rahmen der Neuordnung des § 266 SGB V vorgesehenen, regelmäßigen Evaluation der Wirkungen des Morbi-RSA und der zu begrüßenden Aufhebung der Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 - 80 Krankheiten. Der Entfall von Nr. 1 stellt eine sachgerechte Rechtsbereinigung dar.

Zu Abs. 3:

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

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

Zu Abs. 4:

Bei der Anpassung im Satz 1 handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuordnung des § 266 Abs. 2 SGB V. Während die AOK-Gemeinschaft die Aufhebung der Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 - 80 Krankheiten begrüßt, wird die Streichung von separaten Risikogruppen für Erwerbsminderungsrentner und die zukünftige Berücksichtigung von Regionalmerkmalen im Versichertenklassifikationsmodell abgelehnt. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu Art. 19 § 266 b).

Die Änderung des Wortlauts von Satz 2 stellt klar, dass das BVA die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats lediglich berücksichtigen muss. Dies entspricht den Vereinbarungen der Regierungskoalition im Koalitionsvertrag zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA und ist somit sachgerecht.

Die neuen Sätze 4 - 6 regeln das Verfahren zur Auswahl der regionalen Variablen. Diese Folgeänderung des § 266 SGB V wird abgelehnt. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu Art. 19 § 266 b).

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

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

Auch für den Jahresausgleich 2015 liegen gesicherte Ergebnisse des GKV-SV vor, die die AOK-Analysen bestätigen, dass die fehlerhafte Sonderregelung der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu systematischen Über- und Unterdeckungen und damit vermeidbaren Risiko-selektionsanreizen führt. Im Rahmen der Analyse der altersspezifischen Deckungsgrade stellte der GKV-SV fest, dass trotz der Korrektur des Berechnungsfehlers weiterhin Überdeckungen bei jüngeren Versicherten und Unterdeckungen bei älteren Versicherten bestehen. Die Über- und

besonders die Unterdeckungen im hohen Alter wurden zwar deutlich reduziert, aber dass gemäß GKV-SV bei Versicherten unter 35 Jahren weiterhin eine Überdeckung von mehr als einem Prozent besteht, ist ausschließlich darauf zurückzuführen, dass eine Sonderregelung für die Pro-Kopf-Verteilung der Zuweisungen für die sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben besteht.

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

Die Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben steht daher im Widerspruch zu den im § 266 Abs. 1 SGB V formulierten Zielsetzungen des Morbi-RSA: Zum einen sieht § 266 Abs. 1 SGB V vor, dass für die Gesundheitsfondszuweisungen ein Risikostrukturausgleich durchgeführt wird, der die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten zwischen den Krankenkassen ausgleicht. Dieses Ziel wird im bestehenden Verfahren weniger gut erreicht. Darüber hinaus führt die Abgrenzung zu Fehldeckungen bzw. Risikoselektionsanreizen nach Altersgruppen und verstößt somit gegen die in § 266 Abs. 5 S. 1 SGB V formulierten Zielsetzung des Morbi-RSA. Vor diesem Hintergrund besteht kein Bedarf, dass das BVA im Rahmen der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV eine Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen bzw. nicht versichertenbezogenen Leistungsausgaben vornimmt.

Zu b): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 2 RSAV und der Aufhebung des § 29 RSAV.

C Änderungsvorschlag

Zu a)

Abs. 4 ist wie folgt zu ändern:

§ 31 Abs. 4 Nr. 3 ist zu streichen.

In § 31 Abs. 4 ist nach Satz 3 folgender Satz zu ergänzen:

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

In § 31 Abs. 4 sind die Sätze 4 - 7 zu streichen.

Art. 5 Nr. 13 § 32 RSAV – Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderungen umfassen Folgeänderungen aus der Anpassung des § 3 RSAV sowie im Sinne der Rechtsbereinigung.

B Stellungnahme

Zu a): Es handelte sich um eine sachgerechte Folgeänderung aus der Anpassung des § 3 RSAV.

Zu b): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung im Sinne der Rechtsbereinigung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 13 § 33 RSAV – Gutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankenkassen und Auslandsversicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

Keine.

B Stellungnahme

Der in Absatz 2 Satz 2 verwendete Bezug § 268 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V stimmt nicht mehr und muss auf § 266 Abs. 4 S.1 und Abs. 5 SGB V geändert werden.

C Änderungsvorschlag

Zu Abs. 2: Satz 2 wird wie folgt angepasst:

„Die Vorgaben des § 266 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 SGB V sind bei der Entwicklung der Modelle zu beachten.“

Art. 5 Nr. 13 § 33a RSAV – Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

Keine.

B Stellungnahme

Der in Absatz 2 Satz 2 verwendete Bezug zu § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V stimmt nicht mehr und muss § 266 Abs. 4 S.1 und Abs. 5 SGB V geändert werden.

C Änderungsvorschlag

Zu Abs. 2: Satz 2 wird wie folgt angepasst:

„Die Vorgaben des § 266 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 SGBV sind bei der Entwicklung der Modelle zu beachten.“

Art. 5 Nr. 14 RSAV – Abschnitt 4**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der bisherige achte Abschnitt wird zu Abschnitt 4. Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

B Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 15 § 35 RSAV – Zuweisungen für das Krankengeld**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue § 35 RSAV regelt die Zuweisungen für das Krankengeld. Es stellt klar, dass die Zuweisungen für das Krankengeld nach den §§ 5 bis 7 und 10 RSAV alte Fassung weiter gelten.

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

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

§ 35 wird wie folgt gefasst:

„Für die Zuweisungen des Krankengeldes gelten die Rechtsvorschriften in der am [einsetzen: Tag vor Verkündung] geltenden Fassung weiter.“

Art. 5 Nr. 16 § 36 RSAV – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale**A Beabsichtigte Neuregelung**

§ 36 regelt die Ermittlung der Grundpauschale. Es werden Folgeänderungen durch die Anpassung des § 266 SGB V sowie des Wegfalls der DMP-Pauschale (§ 38) vorgenommen). Des Weiteren erfolgen Rechtsbereinigungen.

B Stellungnahme

Zu a) aa) Es handelt sich um eine Folgeänderung durch Anpassung des § 266 SGB V sowie des Wegfalls der DMP-Pauschale (§ 38). Die Änderungen sind sachgerecht.

Zu a) bb) Es handelt sich um eine Folgeänderung durch Wegfall der DMP-Pauschale (§ 38). Die Änderung ist sachgerecht.

Zu b) aa) Es handelt sich um eine Folgeänderung durch Anpassung des § 266 SGB V sowie eine Rechtsbereinigung. Die Änderungen sind sachgerecht.

Zu b) bb) Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Die Änderung ist sachgerecht.

Zu c) Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 17 § 37 RSAV – Zuweisungen für sonstige Ausgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung des § 37 RSAV ist eine Folgeänderung der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137g SGB V in § 270 SGB V sowie der Anpassung der §§ 266 und 318 SGB V. Die Änderung bewirkt eine Bereinigung der Verwaltungskosten um die Verwaltungskosten für strukturierte Behandlungsprogramme.

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

Die Streichung des Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 stellt eine Rechtsbereinigung dar. Hierdurch entfällt eine gegenstandslos gewordene Vorgabe zur Berechnung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben.

B Stellungnahme

Zu a) aa) Es handelt sich um eine Folgeänderung durch Wegfall der DMP-Pauschale (§ 38). Die Änderung ist sachgerecht.

Zu a) bb) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Anpassung des § 266 SGB V. Die Änderung ist sachgerecht.

Zu a) cc) Es wird eine Rechtsbereinigung vorgenommen. Die Änderung ist sachgerecht.

Zu b) Es wird eine Rechtsbereinigung vorgenommen. Die Änderung ist sachgerecht.

Zu c) aa) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Anpassung des § 318 SGB V. Die Änderung ist sachgerecht.

Zu c) bb) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Anpassung des § 318 SGB V. Die Änderung ist sachgerecht.

Zu d) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund b). Die Änderung ist sachgerecht. Aufgrund der Änderung des § 266 SGB V ist anstatt auf Satz 1 auf Satz 2 zu verweisen.

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

C Änderungsvorschlag

Zu d) ist wie folgt zu ändern: In Satz 1 ist die Bezeichnung „Satz 1“ in „Satz 2“ zu ändern.

Art. 5 Nr. 18 § 37a RSAV – Risikopool**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung bestimmt die näheren Vorgaben zur Durchführung des Risikopools auf Grundlage der Verordnungsermächtigung in § 268 Abs. 4 SGB V.

B Stellungnahme

Die Einführung eines Risikopools lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Auf die Stellungnahme zu § 268 SGB V (Risikopool) wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Die mit § 37a RSAV vorgesehene Regelung ist zu streichen.

Art. 5 Nr. 19 § 38 RSAV – Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 38 RSAV entfällt aufgrund der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137g SGB V in § 270 SGB V.

Im neu gefassten § 38 RSAV wird die Umsetzung des Verfahrens der Zuweisung von Pauschalen für die Teilnahme der Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bestimmt (vgl. § 270 Abs. 3 SGB V). Die Pauschale soll einen zusätzlichen Anreiz zur Förderung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen setzen, jedoch nicht deren Kosten decken.

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

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

B Stellungnahme

Zu Abs. 1:

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

An einigen Stellen ist redaktionell der Begriff der Schutzimpfungen zu ergänzen, da Schutzimpfungen keine Früherkennungs- oder Vorsorgeuntersuchung darstellen.

Zu Abs. 2:

Die Regelung, die Verfahren der Meldung für die Teilnahme der Versicherten an den GKV-Spitzenverband zu übertragen, ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Zu Abs. 1 S. 1:

Es werden vor dem Punkt die Worte „oder Schutzimpfungen“ eingefügt.

zu Abs. 1 S. 3:

Es werden nach dem Wort „Früherkennungsuntersuchungen“ die Worte „oder Schutzimpfungen“ und nach dem Wort „Früherkennungsuntersuchung“ die Worte „oder Schutzimpfung“ eingefügt.

Zu Abs. 2 S. 1:

Es werden nach dem Wort „Früherkennungsuntersuchungen“ die Worte „oder Schutzimpfungen“ eingefügt.

Art. 5 Nr. 20 § 39 RSAV – Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 39 regelt die Durchführung des monatlichen Abschlagsverfahrens. Die vorgenommenen Änderungen sind Folgeänderungen durch Neuregelung des § 155 SGB V sowie der §§ 3 und 30 RSAV. Durch Streichung des bisherigen Satzes 4 in Absatz 3 entfällt der Säumniszuschlag bei Verzögerung der Begleichung von Verpflichtungen gegenüber dem Gesundheitsfonds. Mit der Rechtsbereinigung in Absatz 2 wird darüber hinaus eine gegenstandslos gewordene Vorgabe zur Durchführung des monatlichen Abschlagsverfahrens aufgehoben.

B Stellungnahme

Zu a) aa) Es wird eine Folgeänderung in Folge der Rechtsbereinigung der RSAV vorgenommen. Die Änderung ist sachgerecht.

Zu a) bb) Es wird eine Rechtsbereinigung vorgenommen. Die Änderung ist sachgerecht.

Zu b) aa) Es wird eine Folgeänderung in Folge der Rechtsbereinigung der RSAV vorgenommen. Die Änderung ist sachgerecht.

Zu b) bb) Es wird eine Folgeänderung in Folge der Rechtsbereinigung der RSAV vorgenommen. Die Änderung ist sachgerecht.

Zu c) aa) Die Anpassungen in Folge der Änderung der RSAV ist sachgerecht. Die Aufhebung des Säumniszuschlags bei verspäteter Zahlung durch das Streichen von Abs. 3a S. 4 alter Fassung ist dagegen abzulehnen. Die Nicht-Begleichung finanzieller Verpflichtungen innerhalb der gesetzten Frist muss weiterhin sanktioniert werden, sofern die Fristverletzung nicht unverschuldet erfolgt.

Zu c) bb) Es wird eine Folgeänderung in Folge der Rechtsbereinigung des SGB V vorgenommen. Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Zu c) aa) Satz 4 wird wie folgt neu gefasst:

Für verspätete Zahlungen ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag in Höhe von einem Prozent des rückständigen Betrages an den Zahlungsempfänger zu zahlen; für die Erhebung der Säumniszuschläge gilt der Zeitpunkt nach Satz 3; bei einer unverschuldeten Gutschriftverzögerung kann das Bundesversicherungsamt im Einzelfall bestimmen, dass von der Höhe nach diesem Satz abgewichen wird.

Art. 5 Nr. 21 § 39a RSAV – Ermittlung des Korrekturbetrags**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen des § 39a RSAV entfallen, da das Verfahren zur Ermittlung des Korrekturbetrags infolge der Neuregelung des § 273 SGB V Sicherung der Datengrundlagen im Risikostrukturausgleich im neuen § 43 RSAV geregelt wird.

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 22 § 40 RSAV – Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen enthalten Folgeänderungen aus der Abschaffung der Berücksichtigung der DMP-Pauschale (bisheriger § 38) sowie der Neugestaltung des § 266 SGB V und der Ergänzung des § 270 SGB V um Regelungen zur Berücksichtigung von Präventionsleistungen. Des Weiteren werden nicht mehr erforderliche Regelungen zum Ausgleichsjahr 2010 aufgehoben.

B Stellungnahme

Zu a): Die beabsichtigten Änderungen sind sachgerechte Folgeänderungen aus der Neuordnung des § 266 SGB V und der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137g SGB V.

Zu b): Die redaktionelle Änderung ist sachgerecht.

Zu c): Die Streichung des Absatzes 3 ist im Sinne der Rechtsbereinigung sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 23 § 41 RSAV- Jahresausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben Folgeänderungen aufgrund von Änderungen im § 266 SGB V implementiert der Gesetzgeber eine Regelung zur Streichung von HMG-Zuschlägen, deren Besetzung im Vergleich zu einem vorherigen Zeitpunkt deutlich steigt. Nach Auffassung des Gesetzgebers sollen hiermit Anreize zu illegaler Ausweitung von Diagnosekodierungen unterbunden werden.

B Stellungnahme

Zu a) aa) Die Folgeänderung durch Anpassung der Terminologie in § 266 SGB V ist sachgerecht.

Zu a) bb) Die Folgeänderung durch Anpassung der Terminologie in § 266 SGB V ist sachgerecht.

Zu a) cc) und zu b)

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die Intention des Ordnungsgebers, Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz zu implementieren. Die Maßnahmen müssen aber hinreichend geeignet sein. Die hier vorgesehene Regelung, bei der Ermittlung der Risikozuschläge im Jahresausgleich die Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten auszuschließen, wird aber abgelehnt. Hier sei auf die Stellungnahme zu Art. Nr. 19 zu h) aa) fff) verwiesen.

Zu c) Es werden Folgeänderungen aus der Aufhebung der DMP-Pauschale vorgenommen sowie Rechtsbereinigungen durchgeführt. Die Änderungen sind sachgerecht. Die Einführung des Risikopools wird abgelehnt. Es sei auf unsere Stellungnahme zu Art. 4 Nr. 20 § 268 SGB V Risikopool verwiesen. Die entsprechende Folgeänderung ist zu streichen.

Zu d) Es handelt sich um eine Folgeänderung durch Neuordnung des § 266 SGB V. Die Änderung ist sachgerecht.

Zu e) aa) Die Folgeänderung durch Neufassung des Absatzes 2 ist sachgerecht.

Zu e) bb) Die Aufhebung des Säumniszuschlags bei verspäteter Zahlung durch das Streichen von § 39 Abs. 3a Satz 4 alter Fassung wird mit Verweis auf unserer Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 20 c) aa) abgelehnt.

Zu f) aa) Die Folgeänderung durch Änderung des § 30 RSAV ist sachgerecht.

Zu f) bb) Mit dieser Regelung wird eine Neuberechnung der Zuschläge mit dem Korrekturverfahren eingeführt. Eine solche Neuberechnung der Zuschläge auf Grundlage der für die Einführung eines Risikopools vorgesehenen Korrekturmeldung der Leistungsausgaben ist unnötig und wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu § 268 SGB V (Risikopool) wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Zu a) cc): § 41 Absatz 1 Satz 4 ist zu streichen.

Zu b): § 41 Absatz 1a ist zu streichen.

Zu c): Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse den Betrag, um den die Zuweisungen für jede Krankenkasse im Jahresausgleich nach Absatz 3 zu verändern sind, indem es von dem Wert nach § 40 Absatz 1 Nummer 1

1. die Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. und die Höhe der Zuweisungen nach § 270 Absatz 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

abzieht und das Ergebnis durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen teilt und für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht.“

Zu e) bb): Satz 4 bleibt unverändert.

Zu f) bb) Satz 2 ist zu streichen.

Art. 5 Nr. 24 § 42 RSAV – Prüfung der Datenmeldungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Prüfzyklus für die Prüfung der Versicherungszeiten und Morbiditätsdaten wird mit der Wiedereinführung des Risikopools von zwei auf drei Jahre verlängert. Das Vorgehen wird auch mit der sehr guten Datenqualität begründet. Die Aufwände für das Bundesversicherungsamt sollen durch die Verlängerung verringert werden zugunsten der Prüfung der Meldung der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und des Risikopools.

Das Kennzeichen zum amtlichen Gemeindeschlüssel wird in die Prüfung aufgenommen, da dies als regionales Merkmal für die Zuordnung zu einer Risikogruppe (§ 30 Abs. 1 S. 1 Nr. 11) zukünftig Berücksichtigung findet. Die Prüfung des Merkmals wird als Bestandteil in die Versichertenzeitenprüfung (Prüfung der Versichertentage) integriert. Im neuen Satz 2 ist die jährliche Prüfung des Risikopools nach § 37a beschrieben.

Der § 38 Absatz 2 der gemeldeten Daten bezieht sich nach der neuen Vorschrift nun nicht mehr auf die Teilnahme an DMP-Programmen, sondern auf die Meldung der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Die Prüfung des neuen Merkmals wird im Bereich der Versichertenzeitenprüfung integriert.

B Stellungnahme

Für die Prüfung der Ausgleichsjahre, die bis zum Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht abgeschlossen wurden, muss als Übergangsregelung die Prüfung nach § 42 RSAV in der bisherigen Fassung bestehen bleiben, die sich in einer Übergangsregelung noch auf die Teilnahme an DMP-Programmen beziehen.

Die Streichung der Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner als separates Risikomerkmale wird abgelehnt. Sie führt zu einer Reduzierung der Zielgenauigkeit in Form einer deutlichen Unterdeckung von Erwerbsminderungsrentnern. Wir verweisen auf die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 19 § 266 SGB V Buchstabe b. Daher ist die Prüfung des Merkmals weiterhin beizubehalten.

Nach dem Referentenentwurf des FKG entfällt auch der § 15a bzw. § 42 RSAV für die Prüfung der DMP-Versichertenzeiten. Es bedarf hier einer Übergangsregelung für zurückliegende noch nicht abgeschlossene Ausgleichsjahre. Aufgrund der zeitlich verzögerten rückwirkenden Prüfung der Versichertenzeiten muss sichergestellt sein, dass die daraus abzuleitenden Ansprüche auf Programmkostenpauschale gewahrt bleiben.

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

Zu a) aa) bbb): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu a) aa) ccc): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu a) bb): Die Einführung eines Risikopools lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Auf die Stellungnahme zu § 268 SGB V (Risikopool) wird verwiesen.

Zu b): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu c): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu d): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu e): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu f) aa): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu f) bb): Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

zu Artikel 5 Nr. 24 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) wird wie folgt gefasst: „Der neue Satz ist zu streichen“

.

Art. 5 Nr. 25 § 43 RSAV – Ermittlung des Korrekturbetrages

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 43 RSAV wird zu § 44 RSAV. Der neue § 43 RSAV regelt das Verfahren zur Ermittlung des Korrekturbetrages, welches bislang im entfallenden § 39a RSAV geregelt war und ist eine Folgeänderung der Neugestaltung des § 273 SGB V.

Das neue Verfahren stellt eine Vereinfachung der Korrekturbetragsberechnung im Falle einer statistischen Auffälligkeit nach § 273 Abs. 2 SGB V bzw. im Falle einer Verdachtsprüfung nach § 273 Abs. 5 S. 1 SGB V dar. Die Regelung sieht vor, dass die statistische Auffälligkeitsprüfung nach § 273 Abs. 2 S. 1 SGB V nur noch für die Korrekturmeldungen nach § 30 Abs. 4 S. 2 RSAV eines Berichtsjahres durchgeführt wird.

Die Korrekturbetragsberechnung erfolgt durch ein Fortschreibungsverfahren unter Berücksichtigung der GKV-weiten Gesamtentwicklung der Datengrundlage auf Basis der letzten rechtmäßigen oder nicht auffälligen Datenmeldung einer Krankenkasse. Der Korrekturbetrag berechnet sich aus dem ohne Prüfverfahren für die Krankenkasse ggf. entstandenen finanziellen Vorteil zuzüglich eines Strafzuschlages in Höhe von 25 %.

Die für das monatliche Abschlagsverfahren nach § 39 Abs. 3a S. 3 bis 5 RSAV geltenden Fälligkeitstermine und Zahlungsfristen finden auch für die Zahlung der Korrekturbeträge nach § 43 RSAV Anwendung.

B Stellungnahme

Zu Abs. 1:

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

Zu Abs. 2:

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

Zu Abs. 3 und 4:

Das in beschriebenen Fortschreibungsverfahren für Korrekturbetragsberechnungen infolge einer Einzelfallprüfung aufgrund einer statistischen Auffälligkeit nach § 273 Abs. 2 SGB V oder einer Einzelfallprüfung aufgrund eines Verdachts nach § 273 Abs. 5 S. 1 SGB V ist durch die Berücksichtigung GKV-weiter Entwicklungen in den Datengrundlagen grundsätzlich sachgerecht. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft aber zwingend erforderlich, nicht nur die Auffälligkeitsprüfung nach § 273 Abs. 2 SGB V (vgl. unsere Stellungnahme zu Art. 4 Nr. 25), sondern auch das korrespondierende Verfahren zur Ermittlung der Korrekturbeträge, um eine zusätzliche regionale Dimension zu erweitern. Nur dadurch können - vor dem Hintergrund der unterschiedlichen regio-

nenalen Schwerpunkte der Krankenkassen bezüglich ihrer Versicherten sowie ggf. regional konzentrierten Aktivitäten von bundesweiten Krankenkassen - Verstöße gegen die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Abs. 1 S. 3 SGB V zielgenau identifiziert und sanktioniert werden.

Zu Abs. 5:

Es handelt sich um eine sachgerechte Umsetzung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift. Die unter Art. Nr. 20 Buchst. c) Doppelbuchstabe aa) vorgeschlagene Erhebung von Säumniszuschlägen für verspätete Zahlungen ist im Rahmen des Verweises auf § 39 Abs. 3a RSAV zu berücksichtigen. Daher ist der Verweis auf § 39 Abs. 3a S. 3 bis 6 anzupassen.

C Änderungsvorschlag

Zu Abs. 3:

Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Erfolgte die Einzelfallprüfung aufgrund einer statistischen Auffälligkeit nach § 273 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ermittelt das Bundesversicherungsamt regional differenziert den Korrekturbetrag

1. auf Grundlage der letzten nicht von einer Auffälligkeit betroffenen Datenmeldung der Krankenkasse,
2. unter Berücksichtigung der durchschnittlichen regionalen Entwicklung der prüfgegenständlichen Daten bei allen am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen und
3. mit einem Strafzuschlag in Höhe von 25 Prozent des Ergebnisses nach den Nummern 1 und 2.“

Zu Abs. 4:

Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Erfolgte die Einzelfallprüfung aufgrund eines Verdachts gemäß § 273 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ermittelt das Bundesversicherungsamt regional differenziert den Korrekturbetrag

1. auf Grundlage der letzten Datenmeldung der Krankenkasse, für die kein Rechtsverstoß festgestellt wurde,
2. unter Berücksichtigung der durchschnittlichen regionalen Entwicklung der prüfgegenständlichen Daten bei allen am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen und
3. mit einem Strafzuschlag in Höhe von 25 Prozent des Ergebnisses nach den Nummern 1 und 2.“

Zu Abs. 5:

Satz 1 ist zu ändern in: „§ 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 gilt entsprechend.“

Art. 5 Nr. 26 §§ 44, 45 RSAV**A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Folgeänderung in Folge des Einfügens des neuen § 43 RSAV.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 27 RSAV – Abschnitt 9**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der bisherige Abschnitt 9 wird Abschnitt 4.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Änderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 § 219 SGB VI – Finanzverbund in der allgemeinen Rentenversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 § 46 SGB XI – Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um zwei redaktionelle Folgeregelungen aufgrund der Verschiebung von Regelungen im Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des SGB V (Arten der Krankenkassen).

B Stellungnahme

Die Folgeregelung entspricht den neuen organisationsrechtlichen Regelungen der Krankenkassen im SGB V.

C Änderungsvorschlag

Ebenso wie die in Bezug genommene Neuregelung im SGB V wird die beabsichtigte Folgeregelung abgelehnt.

IV. Ergänzender Änderungsbedarf

Ergänzung eines Sonderkündigungsrechts im § 73b Abs. 5a SGB V i. d. F. des TSVG

Mit dem TSVG tritt die oben genannte Regelung in Kraft. Danach besteht künftig ein von der Krankenkasse gekündigter HzV-Vertrag vorläufig bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages fort. Sollte ein HzV-Vertrag unmittelbar ab dem Inkrafttreten des GKV-FKG die im Rahmen des Artikel 4 Nr. 5 zu § 73b Absatz 5 Satz 7 SGB V geplante Regelung verletzen, bestünde die Gefahr, dass eine Krankenkasse den HzV-Vertrag aus eigener Kraft nicht beenden kann. Daher muss in § 73b Abs. 5a SGB V die sofortige Kündigung von Verträgen ermöglicht werden, die gegen bestehendes Recht verstoßen. Alternativ sollte klargestellt werden, dass der vorübergehende Fortbestand eines HzV-Vertrags nach § 73b Abs. 5a SGB V im Falle des Fehlens einer Aufsichtsordnung nach § 73b Abs. 6 SGB V als „in diesem Buch zugelassen“ im Sinne von § 267 Abs. 1 Satz 3 SGB V gilt.

Änderungsvorschlag

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