



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes
vom 18.04.2019**

**zum Referentenentwurf
eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
vom 25.03.2019**

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



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung – Ein Generalangriff auf Selbstverwaltung und Sozialpartnerschaft	5
1. Abschaffung der Selbstverwaltung beim GKV-Spitzenverband	5
2. Organisationsrecht der Krankenkassen	8
3. Reform des Wettbewerbsrahmens	10
4. Weiterentwicklung des Morbi-RSA	11
II. Stellungnahme zum Referentenentwurf	14
Artikel 1 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)	14
§ 51 Abs. 3 – Rechtsweg und Zuständigkeit.....	14
Artikel 2 (Änderung des KVLG 1989)	16
§ 17 Satz 3 – Träger der Krankenversicherung	16
Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)	17
§ 35a – Vorstand bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen	17
§ 90a – Zuständigkeitsbereich der Aufsichtsbehörden	18
Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	19
§ 4 – Krankenkassen.....	19
§ 4a – Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung	20
§ 4b – Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren	25
§ 71 – Beitragssatzstabilität.....	26
§ 73b Abs. 5 Satz 7 – Hausarztzentrierte Versorgung.....	27
§ 77 – Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen	28
§ 83 Satz 4 – Gesamtverträge	29
§ 92a – Innovationsfonds	30
§ 137g – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme	31
§ 140a Abs. 2 Satz 7 – Besondere Versorgung	32
Sechstes Kapitel, Erster Abschnitt, Erster Titel (§§ 143–148)	33
Sechstes Kapitel, Erster Abschnitt, Zweiter Titel (§§ 149–154)	35
§ 155 – Freiwillige Vereinigung.....	37
§ 156 – Vereinigung auf Antrag	38
Sechstes Kapitel, Erster Abschnitt, Dritter Titel (§§ 157–162)	39
§ 163 – Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen	40
§ 164 – Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung/Insolvenz einer Krankenkasse... ..	43
§ 165 – Abwicklung der Geschäfte	44
§ 166 – Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung und Schließung	45
§ 167 – Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen	48

§ 168 – Personal.....	53
§ 169 – Haftung im Insolvenzfall	54
§ 170 – Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen	56
§ 173 – Allgemeine Wahlrechte.....	57
§ 217b – Organe: Verwaltungsrat	58
§ 217b – Organe: Vorstand.....	59
§ 217c – Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung	61
§ 217d – Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken	65
§ 217f – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	67
§ 260 Absatz 5 – Betriebsmittel	69
§§ 265a und 265b – Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse/Freiwillige finanzielle Hilfen	70
§ 266 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)	71
§ 267 – Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA	75
§ 268 – Risikopool	79
§ 269 – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte	81
§ 270 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben	82
§ 270a – Einkommensausgleich.....	84
§ 271 – Gesundheitsfonds	85
§ 273 – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich	86
§ 284 – Sozialdaten bei den Krankenkassen	89
§ 295 Abs. 2 – Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	90
§ 303b – Datenübermittlung.....	91
§ 304 – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen	92
§ 305a – Beratung der Vertragsärzte	93
§ 318 – Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung	95
§ [...] – Übergangsregelung zur Neuorganisation des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	97
Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)	98
§ 1 – Begriffsbestimmungen.....	98
§ 2 – Risikogruppen	99
§ 3 – Versicherungszeiten	100
§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben	101
§ 5 – Bekanntmachungen	103
§§ 6 bis 28 – Aufhebung der Vorschriften	104
Abschnitt 2 – Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme	105
§ 28d – Anforderung an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten	106
§ 28f – Anforderung an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten.....	107
Abschnitt 3 – Datenmeldungen, Versichertenklassifikationsmodell und Gutachten.....	108
§ 29 – Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	109

§ 30 – Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.....	110
§ 31 – Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells	116
§ 32 – Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich	119
Abschnitt 4 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds	120
§ 35 – Zuweisungen für das Krankengeld	121
§ 36 – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale	122
§ 37 – Zuweisungen für sonstige Ausgaben.....	123
§ 37a – Risikopool.....	125
§ 38 – Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen	127
§ 39 – Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung...	130
§ 39a – Ermittlung des Korrekturbetrags	132
§ 40 – Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen	133
§ 41 – Jahresausgleich.....	134
§ 42 – Prüfung der Datenmeldung	137
§ 43 – Ermittlung des Korrekturbetrags	140
§ 44, 45 – Durchführung des Einkommensausgleichs/Aufzubringende Mittel für den Innovationsfonds	142
Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)	143
§ 219 – Finanzverbund in der allgemeinen Rentenversicherung	143
Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	144
§ 46 – Pflegekassen.....	144
Artikel 8 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten).....	145

I. Vorbemerkung

– Ein Generalangriff auf Selbstverwaltung und Sozialpartnerschaft

1. Abschaffung der Selbstverwaltung beim GKV-Spitzenverband

Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegte Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung („Faire-Kassenwahl-Gesetz“ – GKV-FKG) rührt mit der vorgesehenen Regelung zur Neuorganisation des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes an den Grundfesten des Sozialversicherungssystems. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf soll ein Systemwechsel für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung angestrengt und unter dem Schlagwort der „Professionalisierung“ die soziale Selbstverwaltung entmachtet werden. Der Selbstverwaltungsgrundsatz als tragendes Organisationsprinzip der Sozialversicherung soll beim GKV-Spitzenverband beendet und damit die Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten sowie der Arbeitgeber aus dem wichtigsten Entscheidungsgremium der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung verbannt werden. Die geplante Besetzung des Verwaltungsrates mit hauptamtlichen Vorständen würde die gelebte und erfolgreiche Sozialpartnerschaft für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung aushebeln. Bei wichtigen und weitreichenden Grundsatzfragen der Gesundheits- und Pflegeversorgung würden die Sozialpartnerschaft und damit die soziale Selbstverwaltung an entscheidender Stelle ausgeschaltet. Zu befürchten ist, dass diese Änderung der Governance-Struktur beim GKV-Spitzenverband richtungsweisend für die gesamte gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung ist und perspektivisch bei den Kranken- und Pflegekassen sowie deren Landesverbänden gleichfalls die soziale Selbstverwaltung abgeschafft wird. Dabei ist es erst ein gutes Jahr her, dass CDU, CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag festgeschrieben haben, die Selbstverwaltung stärken zu wollen. Damit widerspricht der Referentenentwurf diametral dieser im Koalitionsvertrag verabredeten Stärkung der Selbstverwaltung.

Ziel: Soziale Mitbestimmung verdrängen

Ausweislich der Begründung zielt der Referentenentwurf darauf ab, mit der Besetzung des Verwaltungsrates durch Krankenkassenvorstände die notwendige Transparenz zwischen operativem Krankenkassengeschäft und vertraglichen und sonstigen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes zu erhöhen. Allerdings gewährleistet diese Funktion seit Bestehen des GKV-Spitzenverbandes erfolgreich der hierfür gebildete beratende Fachbeirat, in den Vorstände der Mitgliedskassen und der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene berufen sind. Daneben sind beim GKV-Spitzenverband unterhalb der Ebene des Fachbeirates rd. 100 Arbeitsgruppen mit Kollegin-

nen und Kollegen aus der Praxis etabliert, die regelmäßig ihre Erfahrungen aus dem operativen Krankenkassengeschäft in die Positionen bzw. in die Entscheidungsfindung des GKV-Spitzenverbandes einbringen. Die Vorschläge zur Änderung der Governance-Struktur des GKV-Spitzenverbandes dürften allerdings nicht in Unkenntnis dieser bestehenden Gremien den Weg in den Referentenentwurf gefunden haben, sondern dürften vielmehr das Ziel haben, soziale Mitbestimmung in der Spitzenorganisation der gesetzlichen Krankenversicherung zu verdrängen. Dabei sichert die soziale Selbstverwaltung durch die unmittelbare Beteiligung der Betroffenen sachgerechte Entscheidungen, die sowohl die Individualinteressen der Versicherten und der Leistungserbringer als auch die dafür erforderliche finanzielle Stabilität des Gesamtsystems im Blick haben. Die Entscheidungen beim GKV-Spitzenverband sind von ordnungspolitischen, systemtragenden und qualitativen Gesichtspunkten der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung geprägt, die ggf. nicht immer den Präferenzen politisch Verantwortlicher entsprechen. Die jetzt vorgesehene Änderung der Governance-Struktur verhindert das selbstbestimmte Auftreten der sozialen Selbstverwaltung.

Ende eines Grundkonsenses: Demokratische Legitimation und Systemperspektive werden aufgegeben

Bislang bestand der Grundkonsens, dass der GKV-Spitzenverband, seine Mitgliedskassen sowie die Landesverbände der Krankenkassen weder staatliche Einrichtungen noch privatrechtlich organisierte Unternehmen sind. Als Körperschaften öffentlichen Rechts sind sie vielmehr einem gesetzlich definierten, öffentlichen Auftrag verpflichtet. Der Staat gibt ihnen für ihr Handeln einen Rahmen vor, den sie in eigener Verantwortung ausfüllen und dessen Einhaltung staatlich kontrolliert wird. Sie stellen damit die sogenannte mittelbare Staatsverwaltung dar, die nach dem Grundsatz der sozialen Selbstverwaltung organisiert und demokratisch durch Sozialwahlen legitimiert ist. Der GKV-Spitzenverband hat als untergesetzlicher Normgeber Entscheidungsbefugnisse mit verbindlicher Wirkung für Patienten, Versicherte, Arbeitgeber und Leistungserbringer zu treffen, die demokratisch legitimiert sein müssen. Dabei ist die Mitbestimmung der ehrenamtlichen Verwaltungsratsmitglieder des GKV-Spitzenverbandes als starkes Glied der demokratischen Legitimationskette ein prägendes Strukturelement. Während der ehrenamtliche Verwaltungsrat die für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes notwendige Systemperspektive abbildet, bilden die Vorstände der Mitgliedskassen im Wesentlichen die auf der Ebene des Krankenkassenhandelns wichtige Wettbewerbsperspektive ab.

Gesamtanalyse notwendig: Gesetzesagenda zielt auf zentralistische Steuerung

Die im GKV-FKG vorgesehenen Neuregelungen müssen auch im Zusammenspiel mit weiteren Gesetzesvorhaben bewertet werden. So würden z. B. die aktuell geplanten gesetzgeberischen Eingriffe in die Methodenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses eine systematische, den Regeln der Evidenzbasierung folgende Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden künftig nicht mehr ermöglichen und die Eingriffsmöglichkeiten des BMG quasi zu einer umfassenden Fachaufsicht führen. Das würde zu einem grundsätzlichen Bruch mit dem Prinzip der Gemeinsamen Selbstverwaltung in der Krankenversicherung führen. Wird die aktuell geplante Gesetzesagenda in ihrer Gesamtheit betrachtet, wird deutlich, dass offensichtlich eine ordnungspolitische Neuausrichtung in der Steuerung des Gesundheitswesens angestrebt wird. Die zentrale staatliche Steuerungsebene soll zulasten der sozialen Selbstverwaltung und damit der Sozialpartner massiv gestärkt werden. Dies offensichtlich mit dem Ziel, den Weg in den Staatsdirigismus zu bahnen, um frei von Regeln z. B. der evidenzbasierten Nutzenbewertung schneller und flexibler auf kurzfristige Trends, Stimmungen und Strömungen einer veränderten gesellschaftlichen Diskussionskultur reagieren zu können.

Fehlanreize: Neue Haftungsregeln und hauptamtlicher Verwaltungsrat

Die vom BMG angestrebte Änderung stellte eine massive Systemänderung dar, weil die zu treffenden Grundsatzentscheidungen zur Weiterentwicklung der Kranken- und Pflegeversicherung in die Hand von hauptamtlichen, im Wettbewerb stehenden Krankenkassenvorständen läge. Bei der Wahrnehmung der Systemperspektive durch hauptamtliche Vorstandsmitglieder im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes käme es systembedingt zu unüberbrückbaren Interessenskonflikten. Anders als die ehrenamtlich tätigen Verwaltungsratsmitglieder stehen die hauptamtlichen Mitglieder des Vorstandes in einem wettbewerblichen Konkurrenzverhältnis zu anderen Krankenkassen und ihre Arbeit wird an den operativen und auch wettbewerblichen Erfolgen gemessen. Diese Systemänderung wiegt mit Blick auf die gleichzeitig im Referentenentwurf vorgesehene Abschaffung der Primärhaftungsverpflichtung der Kassenarten besonders schwer. Denn das Gesamtkonzept des Referentenentwurfes sieht jetzt vor, dass Wettbewerber Wettbewerber kontrollen, Wettbewerber über Finanzhilfen, Schließungs- und Insolvenzscenarien der Wettbewerber entscheiden.

Kettenreaktion: Soziale Selbstverwaltung wird auf Bundesebene generell abgeschafft

Die Bildung des Verwaltungsrates aus hauptamtlichen Vorständen hat zudem Folgen für die Besetzung im Beschlussgremium des G-BA. Dies betrifft auch die Gremien der Institute für Qualität

und Wirtschaftlichkeit sowie Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie des Beirats der gematik. Werden die dort vertretenen Mitglieder der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes durch hauptamtliche Vorstände der Mitgliedskassen ersetzt, besteht das Risiko, dass primär Einzelinteressen der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen vertreten werden und die Systemperspektive verloren geht.

2. Organisationsrecht der Krankenkassen

Mit dem vorgelegten Referentenentwurf soll auch das Organisationsrecht der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen vereinheitlicht werden, um unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kassenarten weitgehend zu nivellieren. Hier geht es an erster Stelle um die Ausdehnung der Erstreckungsbereiche der bis dato regional tätigen Krankenkassen auf das gesamte Bundesgebiet. Künftig sollen – wie bereits die Ersatzkassen und die KNAPPSCHAFT – auch alle Ortskrankenkassen und alle geöffneten Betriebs- und Innungskrankenkassen bundesweit wählbar sein. Mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkasse und der allein für die gesetzlich versicherten Beschäftigten der Trägerbetriebe wählbaren Betriebskrankenkassen wären damit alle Krankenkassen bundesweit für alle GKV-Mitglieder wählbar. Als Folge ihrer bundesweiten Öffnung für die Krankenkassenwahl würden diese bislang regional tätigen Krankenkassen zu bundesunmittelbaren Krankenkassen, die der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes (BVA) unterstellt sind. Das BMG verspricht sich hiervon die weitgehende Durchsetzung eines einheitlichen Aufsichtshandelns im Bereich der Haushalts- und Finanzaufsicht. Die Länder würden ihre Funktion als Aufsichtsbehörden allein über die nicht geöffneten, regionalen Betriebskrankenkassen behalten. Zur Frage der Zweckdienlichkeit dieser Reformmaßnahme wird sich der GKV-Spitzenverband aufgrund der hohen wettbewerblichen Bedeutung für die einzelnen Mitgliedskassen nicht positionieren.

Vereinheitlicht werden soll der Wettbewerbsrahmen auch durch die Abschaffung der Primärhaftungsverpflichtung der Kassenarten. Gegenwärtig haften die Krankenkassen einer Kassenart (Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen oder Ersatzkassen) für die Verpflichtungen einer aufgelösten, geschlossenen oder insolventen Krankenkasse ihrer jeweiligen Kassenart (Primärhaftung). Nur für den Fall, dass die haftende Kassenart wirtschaftlich nicht in der Lage ist, ihre Verpflichtungen zu erfüllen, haften für den nicht gedeckten Betrag gegenwärtig die übrigen Krankenkassen. Künftig soll die Gemeinschaft aller Krankenkassen direkt für die Verpflichtungen einer aufgelösten, geschlossenen oder insolventen Krankenkasse eintreten.

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Abschaffung der Primärhaftung durch die Kassenarten ab. Bei einer Neugestaltung des Haftungssystems sollte an erster Stelle das Ziel stehen, Schließungen

oder Insolvenzen von Krankenkassen möglichst zu vermeiden. Die Haftungsprävention muss im Interesse der Versicherten einer von Schließung oder Insolvenz bedrohten Krankenkasse sowie zum Erhalt des Vertrauens der Menschen in die Funktionsfähigkeit und Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung im Mittelpunkt stehen. Das bestehende System der Kassenartenhaftung setzt die ökonomischen Anreize so, dass für die betroffene Haftungsgemeinschaft ein homogenes Interesse am Erhalt einer gefährdeten Krankenkasse besteht. Da die drohende Mithaftung für über Jahre anfallende Schließungskosten jedes Mitglied der Haftungsgemeinschaft gegenüber den Krankenkassen der übrigen Kassenarten im Wettbewerb schlechter stellte, wird die Gewährung von Finanzhilfen und/oder die personelle/finanzielle Unterstützung einer Rettungsfusion für alle Mitglieder der Haftungsgemeinschaft zur ökonomisch zu favorisierenden Option. Gegenwärtig haben die Kassenarten daher ein homogenes Interesse an der Vermeidung von Schließungen oder Insolvenzen, setzen sich innerhalb ihrer Kassenart für den Erhalt ihrer „Schwesterkassen“ ein und unterstützen wirtschaftlich tragfähige Vereinigungen. Bei einer direkten Haftung durch alle Krankenkassen würde dieser Anreiz verloren gehen. Eine Schließung würde für alle Krankenkassen mitgliederbezogen zu einer gleichen Belastung führen, sodass sich die relativen Wettbewerbspositionen der Krankenkassen untereinander nicht verändern würden. Der ökonomische Anreiz, sich für den Erhalt oder die Vereinigung eines von Schließung bedrohten Wettbewerbers auszusprechen und hierfür Finanzmittel zur Verfügung zu stellen, würde deutlich geschwächt oder gänzlich verloren. Da sich eine Krankenkassenschließung nicht mehr nachteilig im Wettbewerb auswirken kann, ist zudem eine wachsende Bereitschaft zu befürchten, dass Ausscheiden von Wettbewerbern durch Schließung ggf. sogar als wünschenswert anzusehen, zumal dann deren Versicherte eine neue Krankenkasse wählen müssen.

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

3. Reform des Wettbewerbsrahmens

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

Neu ist dagegen der gesetzliche Verweis auf die entsprechende Anwendung weiterer Normen des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb. Bisher wurde allein § 12 Abs. 1–3 UWG für die Durchsetzung von Unterlassungsansprüchen als entsprechend anwendbar erklärt; künftig soll dies auch für die Regelungen über aggressive und irreführende geschäftliche Handlungen, zur vergleichenden Werbung und über unzumutbare Belästigungen gelten (§§ 3, 4–7 UWG). Gegen diese Erweiterungen bestehen keine Bedenken. Die Rechtsprechung ist auch ohne ausdrückliche Verweisregelung bereits zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich der Anwendung des UWG gekommen (vgl. u. a. BGH, Urteil vom 30.04.2014 – I ZR 170/10 oder LSG Hessen, Urteil vom 05.06.2018 – L 8 KR 204/18 B ER). Da zudem § 69 SGB V als zentrale Norm, die z. B. die entsprechende Anwendung des Kartellrechts (GWB) regelt, nicht geändert wird, ist hierin insbesondere auch keine Verschiebung des Rechtscharakters der Krankenkassen in Richtung von „Unternehmen“ zu sehen.

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

GKV-Spitzenverband in die Festlegung der Rechtsverordnung einbezogen werden (Anhörungsrecht).

Mit einer Ergänzung im Sozialgerichtsgesetz sollen die Streitigkeiten in Wettbewerbsangelegenheiten von der Zuständigkeit der Sozialgerichte ausgenommen und damit den Zivilgerichten zugewiesen werden. Die Sozialgerichte sind zurzeit für Wettbewerbsstreitigkeiten zwischen Krankenkassen oder bei Klagen von Krankenkassen gegen Bescheide ihrer Aufsichtsbehörden, die als unzulässig bewertete Werbemaßnahmen verbieten, zuständig. Die Zivilgerichte entscheiden hingegen, wenn privat-rechtliche Personen, etwa die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e. V. (Wettbewerbszentrale) oder ein privates Krankenversicherungsunternehmen, den Klageweg beschreiten. Um der vom BMG kritisierten Rechtswegspaltung zu begegnen, sollte der Rechtsweg für Wettbewerbsstreitigkeiten die GKV betreffend aufgrund der größeren Sachnähe zum sozialrechtlich geprägten Rechtsrahmen des Krankenkassenhandelns einheitlich der Sozialgerichtsbarkeit zugewiesen werden (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum 8. GWB-Änderungsgesetz vom 20.06.2012).

4. Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Mit dem Referentenentwurf legt das BMG zudem seinen Entwurf zur Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung zur Reform des Risikostrukturausgleichs vor. Nach § 268 Absatz 5 SGB V ist der Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung der Gutachten des *Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs* bis zum 31.12.2019 gesetzlich fortzuentwickeln. Dies entspricht der Vereinbarung im Koalitionsvertrag, wonach der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterentwickelt und vor Manipulation geschützt werden soll. Der Referentenentwurf greift entsprechend Reformvorschläge auf, die sowohl im Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs aus November 2017 als auch im Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs aus Juni 2018 vorgestellt, analysiert und bewertet wurden. Als wesentliche Reformmaßnahmen sind die Einführung eines Krankheits-Vollmodells, einer Regionalkomponente, eines Risikopools, einer Vorsorge-Pauschale im Bereich der Prävention, einer so genannten Manipulationsbremse sowie die Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung und der DMP-Programmkostenpauschale vorgesehen. Das Gesamtpaket der geplanten Änderungen erscheint grundsätzlich geeignet, die jahrelangen Diskussionen zu befrieden. Aufgrund seiner wettbewerbsneutralen Ausrichtung wird sich der GKV-Spitzenverband weder zur inhaltlichen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit der einzelnen Reformmaßnahmen, noch zur Frage der Zielerreichung sowie der Finanzierungsgerechtigkeit des Gesamtpaketes positionieren. Der GKV-

Spitzenverband verweist vielmehr auf die vorgetragenen Bewertungen seiner Mitgliedskassen und ihrer Verbände.

Als für die Funktionsfähigkeit und Praktikabilität des RSA-Verfahrens sowie für die finanzielle Stabilität des GKV-Systems mitverantwortliche Institution merkt der GKV-Spitzenverband folgende Punkte an.

- Für eine friktionsfreie Umsetzung des Gesetzes muss der Gesetzgeber klare Terminvorgaben für die einzelnen Reformmaßnahmen setzen. Es ist jeweils konkret vorzugeben, welches Instrument mit Wirkung für welches Ausgleichsjahr einzuführen ist. Der GKV-Spitzenverband hat keine Präferenz für eine bestimmte Zeitschiene, er fordert allein eine gesetzliche Festlegung. Anderenfalls bedroht der systemimmanente Verteilungskonflikt eine reibungslose Umsetzung im Zusammenwirken von BVA, GKV-Spitzenverband und Krankenkassen.
- Hinsichtlich der Streichung der gesonderten Zuweisungen für die Durchführung von Disease-Management-Programmen wird kritisch angemerkt, ob die Wirkung des Wegfalls der bis dato gesetzten ökonomischen Anreize für die Einschreibung von Patienten auf die Versorgungswirklichkeit hinreichend bedacht wurde.
- Zu der in § 266 Satz 1 Nummer 6 i. V. m. § 41 Abs. 1a RSAV normierten „Manipulationsbremse“ regt der GKV-Spitzenverband die Beauftragung des Wissenschaftlichen Beirats zur gutachterlichen Überprüfung der vorgesehenen ‚Eckdaten‘ an (10 % der Risikogruppen mit den höchsten Veränderungsraten werden betrachtet, nach Zuweisungsvolumen sortiert und bis zu 5 % vom Verfahren ausgeschlossen, sofern diese mindestens das 1,5-fache der durchschnittlichen Steigerungsrate der Fallzahlen überschreiten). Zielsetzung sollte es dabei sein, ggf. entstehende Kollateralschäden der Nichtberücksichtigung der insoweit ‚statistisch auffälligen‘ Risikogruppen für die übrigen Krankenkassen auf ein vertretbares Niveau zu begrenzen. Um eine Anpassung der Eckdaten zu ermöglichen, ohne dass es hierfür einer gesetzlichen Änderung bedarf, wird eine Ermächtigung des BVA zur Weiterentwicklung der Manipulationsbremse auf Basis des Gutachtens angeregt.
- Der Ausgaben-Schwellenwert für den Risikopool von 100.000 Euro (2021) soll ab dem Jahr 2022 – wie im Alt-RSA bis 2008 – entsprechend der Veränderungsrate der monatlichen Bezugsgröße dynamisiert werden. Zur Frage, ob ein Risikopool eingeführt werden sollte, nimmt der GKV-Spitzenverband nicht Stellung. Sollte der Gesetzgeber nach Würdigung der Bewertungen der Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes und ihrer Verbände die Einführung beschließen, weist der GKV-Spitzenverband darauf hin, dass die Bezugsgröße als Bezugspunkt der Dynamisierung eine Einkommensgröße darstellt (Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung); es wird daher angeregt, die Dynamisierung an der festgestellten Entwicklung der GKV-Ausgaben zu orientieren.

- Bereits nach aktueller Rechtslage kann der GKV-Spitzenverband die Berechnungen des BVA für das Prüfverfahren nach § 273 SGB V nicht vollumfassend nachvollziehen bzw. im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Anhörung Änderungen am Berechnungsverfahren für einzelne Prüffahre verifizieren, da insbesondere aufgrund des derzeitigen Zeitverzuges der Prüfungen die hierfür notwendigen Daten beim GKV-Spitzenverband bereits gelöscht wurden. Auch mit den aktuellen Neuregelungen ist nicht davon auszugehen, dass sich in diesem Bereich eine grundlegende Änderung ergeben wird. Nach geltender Regelung muss der GKV-Spitzenverband die RSA-Daten mit Ablauf von 32 Monaten nach Empfang löschen. Es wird daher angeregt, die entsprechende Möglichkeit der Speicherung der RSA-Daten beim GKV-Spitzenverband auf 60 Monate zu erweitern. Die Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit der Berechnungen des BVA tragen zur Transparenz und Akzeptanz des RSA-Verfahrens bei.

II. Stellungnahme zum Referentenentwurf

Artikel 1 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

§ 51 Abs. 3 – Rechtsweg und Zuständigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Änderung sollen künftig Rechtsstreitigkeiten über die Beseitigung und Unterlassung unzulässiger Werbemaßnahmen von Krankenkassen allein in die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte fallen.

B) Stellungnahme

Gegenwärtig ist die Zuständigkeit der Gerichtsbarkeit bei Wettbewerbsstreitigkeiten von Krankenkassen „geteilt“. Ob das Sozialgericht oder das örtlich zuständige Landgericht über Klagen gegen mutmaßlich unzulässige Wettbewerbsmaßnahmen einer Krankenkasse zu entscheiden hat, ist abhängig davon, ob es sich um eine „Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung“ handelt, dafür ist u. a. die Rechtspersönlichkeit des Klägers maßgeblich. Tritt eine privat-rechtliche Person als Klägerin auf, z. B. ein privates Krankenversicherungsunternehmen, ein klagebefugter Verbraucherverband oder die Wettbewerbszentrale, so liegt die Zuständigkeit bei den ordentlichen Gerichten (§ 13 GVG), klagt hingegen eine gesetzliche Krankenkasse gegen eine andere gesetzliche Krankenkasse oder eine Krankenkasse gegen eine Aufsichtsverfügung, die eine Werbemaßnahme betrifft, so sind die Verfahren vor den Sozialgerichten zu führen (§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGB V).

Es besteht kein Grund, von dem Grundsatz abzuweichen, nach dem die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden. Die Sozialgerichte haben in der Vergangenheit unter Beweis gestellt, dass sie zeitnah Entscheidungen treffen, bei denen sie sowohl das Sozialrecht als auch das Wirtschaftsrecht in einem angemessenen und ausgewogenen Entscheidungsprozess miteinander in Einklang bringen. Es ist auch nicht zu erkennen, dass Streitigkeiten wegen unlauteren Wettbewerbsverhaltens zwischen Krankenkassen oder zwischen Krankenkassen und ihren Aufsichten ihren eindeutigen Schwerpunkt im Zivilrecht haben. Was erlaubt ist, ergibt sich in diesem Verhältnis auch und gerade aus den Sozialgesetzbüchern. Dies wird insbesondere in § 4 Abs. 7 deutlich, der nach der Gesetzesbegründung dazu führt, dass sämtliche Verstöße gegen Vorschriften der Sozialgesetzbücher zu einem Anspruch nach § 12 UWG führen können.

Schließlich muss auch berücksichtigt werden, dass die alleinige Zuständigkeit der Landgerichte (auch für Streitigkeiten, die ihren Schwerpunkt im Sozialrecht haben – § 13 UWG) we-

gen des Anwaltszwangs zu höheren Kosten führen wird, die letztendlich auch aus Beitragsmitteln zu finanzieren sind.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 wird gestrichen.

Artikel 2 (Änderung des KVLG 1989)

§ 17 Satz 3 – Träger der Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Krankenversicherungsrecht der Landwirte erfolgt eine redaktionelle Anpassung an die vorgesehene Neufassung des Sechsten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Organisation der Krankenkassen). In § 17 wird bestimmt, dass die Regelungen über die Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen (Achter Titel des Ersten Abschnitts, §§ 171a – 172a) nicht für die Landwirtschaftliche Krankenkasse gelten. Künftig sollen diese Vorschriften in modifizierter Fassung im Dritten und Vierten Titel des Ersten Abschnitts (§§ 155 – 170) zu finden sein. Der Verweis im KVLG 1989 ist entsprechend anzupassen.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 90a – Zuständigkeitsbereich der Aufsichtsbehörden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 90a SGB IV regelt künftig nur noch, dass sich der Zuständigkeitsbereich der Aufsicht über nicht geöffnete Betriebskrankenkassen durch die Betriebe bestimmt, für die sie ihrer Satzung nach zuständig sind; unselbständige Betriebsteile mit weniger als zehn Mitgliedern bleiben dabei unberücksichtigt.

B) Stellungnahme

Aufgrund der hohen wettbewerblichen Bedeutung für seine Mitgliedschaften positioniert sich der GKV-Spitzenverband nicht zu den der Änderung zugrunde liegenden organisationsrechtlichen Reformmaßnahmen. Unter der Voraussetzung jedoch, dass die Ortskrankenkassen und alle geöffneten Betriebskrankenkassen bundesweit wählbar werden (siehe Artikel 4 Nr. 12), ist der Änderungsvorschlag konsequent. Eine Zuständigkeitsregelung ist dann allein für die nicht geöffneten Betriebskrankenkassen erforderlich. Für die nicht geöffneten Betriebskrankenkassen selbst ändert sich in dieser Hinsicht nichts. Die Krankenkassen der übrigen Kas-
senarten sind bundesweit geöffnet.

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 4 – Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 4 werden die folgenden redaktionellen Anpassungen vorgenommen:

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

B) Stellungnahme

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

Ergänzend wird angemerkt, dass parallel das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des fairen Wettbewerbs ebenfalls – als Folgeänderung einer Änderung in § 12 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) – eine Änderung des § 4 Absatz 3 Satz 2 anstrebt. Die Gesetzesvorhaben sind entsprechend zu harmonisieren.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 4a – Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 4a soll der ordnungspolitische Rahmen für den Mitgliederwettbewerb der Krankenkassen in einer zentralen Norm übersichtlich und mit Blick auf die Durchsetzung der Verhaltensregeln stringenter gefasst werden.

§ 4a Abs. 1

In Absatz 1 werden die Ziele des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen definiert. Ziel des Wettbewerbs ist es demnach, die Qualität zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Versorgung und ihrer Strukturen zu erhöhen. Der Wettbewerb muss im Hinblick auf den sozialen Auftrag der Krankenkassen und die Beitragsfinanzierung angemessen sein. Werbemaßnahmen dürfen nicht der Risikoselektion dienen.

§ 4a Abs. 2

In Absatz 2 wird die entsprechende Geltung der §§ 3, 4 bis 7 sowie der Anhang zu § 3 Abs. 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) angeordnet. Es handelt sich um das Verbot unlauterer geschäftlicher Handlungen (§ 3 UWG), den Wettbewerbsverstoß durch Rechtsbruch (§ 3a UWG), den Mitbewerberschutz (§ 4 UWG), die Unzulässigkeit „aggressiver geschäftlicher Handlungen“ (§ 4a UWG), die Unzulässigkeit irreführender geschäftlicher Handlungen (§ 5 UWG), die Irreführung durch Unterlassen (§ 5a UWG), die Maßstäbe für vergleichende Werbung (§ 6 UWG) und die Unzulässigkeit „unzumutbarer Belästigungen“ (§ 7 UWG).

§ 4a Abs. 3

In Absatz 3 wird klargestellt, dass gesetzliche Krankenkassen zu Werbemaßnahmen berechtigt sind. Dabei muss die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Eine reine Marken- oder Imagewerbung ist nach der Gesetzesbegründung unzulässig. Werbung muss mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar sein (Abs. 3 Satz 3).

§ 4a Abs. 4

Absatz 4 ermächtigt das BMG durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln. Die Ermächtigung kann auf das Bundesversicherungsamt übertragen werden.

Regelungsbereiche der Verordnung sind – zusammengefasst – Art und Inhalt der Werbung, Höchstgrenzen für Werbeausgaben, Trennung der Werbemaßnahmen von Informationspflichten, Beauftragung Dritter und anderer, die Vermittlung von Zusatzversicherungsverträgen nach § 194 Abs. 1.

§ 4a Abs. 5

Bei der Beauftragung von Arbeitsgemeinschaften oder Dritter insbesondere zu Zwecken der Werbung ist sicherzustellen, dass die gesetzlichen Vorgaben einschließlich der Rechtsverordnung auch von den Beauftragten eingehalten werden.

§ 4a Abs. 6

Absatz 6 ordnet an, dass in den entsprechenden Verwaltungsvorschriften (§§ 78 Satz 1, 77 Abs. 1a SGB IV) sichergestellt wird, dass Werbeausgaben nach einheitlichen Grundsätzen gebucht werden.

§ 4a Abs. 7

Absatz 7 bestimmt, dass Krankenkassen einen Anspruch auf Beseitigung und Unterlassung unzulässiger (Werbe-)Maßnahmen anderer Krankenkassen haben, wenn die Maßnahmen geeignet sind, ihre Interessen im Wettbewerb zu beeinträchtigen.

Für die Geltendmachung wird auf die entsprechende Anwendung des § 12 Abs. 1 bis 3 und der §§ 13 bis 15 UWG verwiesen. § 12 Abs. 1 bis 3 UWG legt bestimmte Grundsätze zum Verfahren fest (Abmahnerfordernis, Stellungnahmemöglichkeit, Unterlassungsanspruch unter Bezugnahme auf die ZPO, Öffentliche Bekanntmachung eines Urteils etc.)

Der neue Verweis auf §§ 13 und 14 legt die örtliche und sachliche Zuständigkeit der (ordentlichen) Gerichte fest (u. a. Landgericht als Erstinstanz, Gerichtsstand des Niederlassungs- oder Begehungsorts etc.). § 15 ermöglicht die (nicht zwingende) Anrufung von Einigungsstellen mit entsprechendem Verfahren für Streitigkeiten wegen eines Verstoßes gegen das UWG.

B) Stellungnahme

zu § 4a Abs. 1

Das durch Absatz 1 definierte Ziel des Wettbewerbs klingt auch schon im Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Zulässigkeit des Risikostrukturausgleichs aus dem Jahr 2004 an (Az.: 2 BVR 1248/03; 2 BVR 1249/03, insbesondere Rz. 29). Insofern hat die Regelung größtenteils klarstellenden Charakter und ändert nichts an der geltenden Rechtslage. Auch die Aussagen zur Angemessenheit des Wettbewerbs und zur Unzulässigkeit einer Risikoselektion dienen in erster Linie der Klarstellung. Entsprechendes ergibt sich schon aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot und dem Solidarcharakter der gesetzlichen Krankenversicherung.

zu § 4a Abs. 2

Die (entsprechende) Anwendung des UWG zur Beurteilung unlauteren Wettbewerbsverhaltens der gesetzlichen Krankenkassen ist sowohl durch die ordentliche Gerichtsbarkeit, als auch durch die Sozialgerichtsbarkeit bereits bestätigt worden (vgl. z. B. BGH, Urt. v. 30.4.2014 – I ZR 170/10 oder LSG Hessen, Urt. v. 05.06.2018 – L 8 KR 204/18 B ER). Insofern sorgt die Kodifizierung in Absatz 2 für eine größere Transparenz bei der Anwendung des UWG, ohne die gesetzlichen Krankenkassen weiter einzuschränken.

Was „geschäftliche Handlungen“ in diesem Sinne sind, wird lediglich in der Gesetzesbegründung unter Bezugnahme auf § 2 Abs. 1 Nr. 1 UWG definiert (siehe Seite 58 des Referentenentwurfs).

zu § 4a Abs. 3

Die Klarstellung in Abs. 3 Satz 1, dass Werbemaßnahmen zulässig sind, wird begrüßt. Werbemaßnahmen – d. h. solche die nicht (auch) der allgemeinen Aufklärung dienen – müssen nach den Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden auch jetzt schon im Wesentlichen „sachbezogen“ sein. Insofern dient auch Abs. 3 Satz 2 lediglich der Klarstellung. Abs. 3 Satz 3 trägt hingegen für die praktische Anwendung und die beabsichtigte erhöhte Transparenz nichts bei. Konkrete Handlungsleitlinien über die entsprechende Anwendung des UWG und der Rechtsverordnung nach Abs. 4 werden den Krankenkassen mit Abs. 3 Satz 3 nicht gegeben. Die Gesetzesbegründung hierzu erschöpft sich in der Wiedergabe des Gesetzestextes.

zu § 4a Abs. 4

Im Groben gibt § 4a Abs. 4 Satz 1 Nrn. 1 bis 5 lediglich die bisherigen Inhalte der „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung“ in der Fassung vom 11.11.2015 wieder. Es ist zu erwarten, dass die Rechtsverordnung, wenn die Ermächtigung an das Bundesversicherungsamt übertragen wird, weitgehend ähnliche Inhalte haben wird. Insofern wird die erhöhte Rechtssicherheit, die durch die verbindliche Anwendung der „Grundsätze“ als Rechtsverordnung erreicht wird, befürwortet. Allerdings dürfte sich die Umsetzung der Nr. 1 des § 4a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 in der Rechtsverordnung angesichts der übrigen (neuen) Vorgaben und Einschränkungen des § 4a (auch über die Anwendung des UWG) als weitgehend redundant erweisen. Der Ordnungsgeber wird insbesondere an dieser Stelle darauf zu achten haben, dass seine Regelung ohne Widersprüche zu den gesetzlichen Regelungen bleibt. Aufgrund der stärkeren Rechtsverbindlichkeit einer „Wettbewerbsverordnung“ wird angeregt, die adressierten Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband in die Festlegung der Rechtsverordnung einzubeziehen werden (Anhörungsrecht).

zu § 4a Abs. 5

Die Regelung ist konsequent und verhindert Umgehungshandlungen. In den Wettbewerbsgrundsätzen ist sie bereits enthalten.

zu § 4a Abs. 6

Die Regelung entspricht dem bisherigen § 4 Abs. 5.

§ 4a Abs. 7

§ 12 Abs. 1 bis 3 UWG gilt auch nach dem bisher geltenden § 4 Abs. 3 Satz 3 2. Halbsatz entsprechend. Insofern wird lediglich die (auch richterrechtlich) geltende Rechtslage beibehalten. Neu ist, dass der Anspruch nach § 12 UWG auf sämtliche unzulässige Maßnahmen, die geeignet sind, die Interessen anderer Krankenkassen im Wettbewerb zu beeinträchtigen, erweitert wird. Nach der Gesetzesbegründung können solche „unzulässigen Maßnahmen“ sämtliche Verstöße gegen Vorschriften der Sozialgesetzbücher sein. Korrektiv ist lediglich, dass eine Eignung zur Beeinträchtigung der Interessen anderer Krankenkassen im Wettbewerb bestehen muss. Problematisch bei der praktischen Anwendung könnte sein, dass eine Eignung zu Wettbewerbsbeeinträchtigungen letztlich bei jedem Gesetzesverstoß begründet werden kann.

Der Verweis auf die §§ 13 und 14 UWG kann nur für die Streitigkeiten gelten, die der ordentlichen Gerichtsbarkeit zugeordnet werden (vgl. Stellungnahme zu § 51 SGG – Art. 1 – mit Streichungsvorschlag).

Die Möglichkeit einer freiwilligen Anrufung von Einigungsstellen mit Zustimmung des Gegners ist als zusätzliche (nicht zwingende) Möglichkeit der Rechtsfindung zu begrüßen.

C) Änderungsvorschläge

zu § 4a Abs. 1

keiner

zu § 4a Abs. 2

Im Sinne der mit der Neuregelung beabsichtigten Transparenz und der ansonsten umfassenden Kodifizierung wird die Übernahme der Definition der „geschäftlichen Handlungen“ aus der Gesetzesbegründung angeregt.

zu § 4a Abs. 3

In Artikel 4 Nr. 2 wird § 4a Abs. 3 Satz 3 gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019

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

Seite 24 von 145

zu § 4a Abs. 4

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

zu § 4a Abs. 5

keiner

zu § 4a Abs. 6

keiner

§ 4a Abs. 7

In Artikel 4 Nr. 2 wird § 4a Abs. 7 Satz 2 wie folgt gefasst und folgender Satz 3 angefügt:

„Für die Geltendmachung dieses Anspruchs gelten § 12 Absatz 1 bis 3 und § 15 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb entsprechend. Die §§ 13 und 14 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb gelten entsprechend, soweit nicht die Sozialgerichtsbarkeit nach § 51 des Sozialgerichtsgesetzes zuständig ist.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 4b – Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 71 – Beitragssatzstabilität

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, da durch Artikel 4 Nr. 19 Buchstabe h) der bisherige Absatz 7 des hier in Bezug genommenen § 266 zu Absatz 8 wird.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 73b Abs. 5 Satz 7 – Hausarztzentrierte Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen, dass eine zusätzliche Vergütung für Diagnosen nicht Gegenstand von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung sein kann, sollen weiter verschärft werden. So soll sich das Verbot sowohl für neue als auch für bereits bestehende Vereinbarungen nicht mehr nur auf eine explizite Vergütung für das Vorliegen bestimmter Diagnosekodierungen erstrecken, sondern generell auf die Knüpfung von Vergütungen an die Voraussetzung des Vorliegens bestimmter Diagnosekodierungen. Damit sollen Umgehungsstrategien eliminiert und Auslegungsschwierigkeiten beseitigt werden. Zulässig bleiben Regelungen, die an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen, sofern dieser nicht anhand bestimmter Krankheiten definiert und damit eingengt wird. Schließlich soll klargestellt werden, dass die Ärztinnen und Ärzte trotz alledem zur Kodierung und Übermittlung von Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten verpflichtet sind.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Probleme in der praktischen Umsetzung der durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen erscheint die beabsichtigte Neuregelung grundsätzlich nachvollziehbar. Es bleibt abzuwarten, inwieweit von der in der Begründung betonten Zulässigkeit der Anknüpfung an allgemeine Krankheitsbegriffe zukünftig Gebrauch gemacht wird und wie die Unterscheidung zwischen bestimmten Krankheiten und einem allgemeinem Krankheitsbegriff konkret vollzogen werden kann.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 77 – Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Hinsichtlich der nach § 77 möglichen Vereinigungen von Kassenärztlichen Vereinigungen verweist das Gesetz auf Verfahrensregelungen zur freiwilligen Vereinigung von Ortskrankenkassen in § 144. Da künftig die Vorschriften über freiwillige Vereinigungen von Krankenkassen einheitlich in § 155 geregelt werden sollen, wird eine entsprechende Verweisänderung notwendig.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 83 Satz 4 – Gesamtverträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen, dass eine zusätzliche Vergütung für Diagnosen nicht Gegenstand von kassenindividuellen oder kassenartenspezifischen Vereinbarungen in den Gesamtverträgen sein kann, sollen weiter verschärft werden. So soll sich das Verbot sowohl für neue als auch für bereits bestehende Vereinbarungen nicht mehr nur auf eine explizite Vergütung für das Vorliegen bestimmter Diagnosekodierungen erstrecken, sondern generell auf die Knüpfung von Vergütungen an die Voraussetzung des Vorliegens bestimmter Diagnosekodierungen. Damit sollen Umgehungsstrategien eliminiert und Auslegungsschwierigkeiten beseitigt werden. Zulässig bleiben Regelungen, die an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen, sofern dieser nicht anhand bestimmter Krankheiten definiert und damit eingengt wird.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Probleme in der praktischen Umsetzung der durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen erscheint die beabsichtigte Neuregelung grundsätzlich nachvollziehbar. Es bleibt abzuwarten, inwieweit von der in der Begründung betonten Zulässigkeit der Anknüpfung an allgemeine Krankheitsbegriffe zukünftig Gebrauch gemacht wird und wie die Unterscheidung zwischen bestimmten Krankheiten und einem allgemeinem Krankheitsbegriff konkret vollzogen werden kann. Begrüßt wird die Fortführung der Möglichkeit, in kassenartenübergreifend einheitlichen Regelungen wie dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab aus medizinischen Gründen das Vorliegen bestimmter Diagnosen als Abrechnungsvoraussetzung bestimmter Leistungen vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 92a – Innovationsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 92a Absatz 4 Satz 4 bestimmt, dass erstens das Nähere zur Erhebung der Mittel für den Innovationsfonds in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1 (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) zu regeln ist, zweitens, dass § 266 Abs. 6 Satz 7 entsprechend anzuwenden ist (keine aufschiebende Wirkung von Klagen). Da sich durch Artikel 4 Nr. 19 Buchstaben g) und h) die bisherigen Absätze 6 und 7 verschieben, werden entsprechende Verweisänderungen notwendig.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 137g – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 137g Absatz 1 wird mehrfach auf die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) Bezug genommen. Da die Ermächtigungsnorm für die RSAV nach Artikel 4 Nr. 19 Buchstaben h) künftig in § 266 Absatz 8 zu finden sein wird, werden entsprechende Verweisänderungen notwendig.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 140a Abs. 2 Satz 7 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen, dass eine zusätzliche Vergütung für Diagnosen nicht Gegenstand von Verträgen der besonderen Versorgung sein kann, sollen weiter verschärft werden. So soll sich das Verbot sowohl für neue als auch für bereits bestehende Vereinbarungen nicht mehr nur auf eine explizite Vergütung für das Vorliegen bestimmter Diagnosekodierungen erstrecken, sondern generell auf die Knüpfung von Vergütungen an die Voraussetzung des Vorliegens bestimmter Diagnosekodierungen. Damit sollen Umgehungsstrategien eliminiert und Auslegungsschwierigkeiten beseitigt werden. Zulässig bleiben Regelungen, die an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen, sofern dieser nicht anhand bestimmter Krankheiten definiert und damit eingengt wird. Schließlich soll klargestellt werden, dass die Ärztinnen und Ärzte trotz alledem zur Kodierung und Übermittlung von Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten verpflichtet sind.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Probleme in der praktischen Umsetzung der durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen erscheint die beabsichtigte Neuregelung grundsätzlich nachvollziehbar. Es bleibt abzuwarten, inwieweit von der in der Begründung betonten Zulässigkeit der Anknüpfung an allgemeine Krankheitsbegriffe zukünftig Gebrauch gemacht wird und wie die Unterscheidung zwischen bestimmten Krankheiten und einem allgemeinem Krankheitsbegriff konkret vollzogen werden kann.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

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

§ 143 – Ortskrankenkassen

§ 144 – Betriebskrankenkassen

§ 145 – Innungskrankenkassen

§ 146 – Landwirtschaftliche Krankenkasse

§ 147 – Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

§ 148 – Ersatzkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im ersten Titel des ersten Abschnitts des sechsten Kapitels werden die bis dato getrennt nach Kassenarten kodifizierten organisationsrechtlichen Regelungen neu strukturiert zusammengefasst und mit dem Ziel der Vereinheitlichung des Organisationsrahmens und der Wettbewerbsbedingungen teilweise modifiziert.

Für **Ortskrankenkassen** (§ 143) wird dabei der Grundsatz der regionalen Erstreckung auf abgegrenzte Regionen abgeschafft. Die Ermächtigung der Landesregierung, die regionale Abgrenzung einer Ortskrankenkasse durch Rechtsverordnung zu regeln, soll entfallen. Vielmehr soll sich der Zuständigkeitsbereich der Ortskrankenkassen künftig jeweils auf das gesamte Bundesgebiet erstrecken.

Für **Betriebskrankenkassen** wird in § 144 ebenfalls bestimmt, dass sie sich – künftig unabhängig von den Betriebsstrukturen des oder der Trägerunternehmen – auf das gesamte Bundesgebiet erstrecken, wenn ihre Satzungen eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 („Öffnung“) vorsehen. Im Ergebnis bleiben die unterschiedlich regionalen, weil satzungabhängigen Erstreckungsbereiche nur bei den nicht geöffneten Betriebskrankenkassen bestehen.

Auch für **Innungskrankenkassen** wird bestimmt, dass sich ihre Zuständigkeitsbereiche jeweils auf das gesamte Bundesgebiet erstrecken (§ 145). Die Möglichkeit der Errichtung von Innungskrankenkassen wird ersatzlos gestrichen. Da die bestehenden sechs Innungskrankenkassen in ihren Satzungen jeweils eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 („Öffnung“) vorsehen und diese nach geltendem Recht auch nicht widerrufen werden können, entfällt für diese Kassenart eine gesonderte Regelung für nicht geöffnete Krankenkassen.

Die Neuregelungen für die **Landwirtschaftliche Krankenkasse**, die **KNAPPSCHAFT** (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) und die **Ersatzkassen** in §§ 146 bis 148 beinhalten keine materiell-rechtlichen Änderungen. Die KNAPPSCHAFT und die Ersatzkassen sind bereits heute bundesweit geöffnete Krankenkassen; die Landwirtschaftliche Krankenkasse ist keine nach § 173 wählbare Krankenkasse; sie führt die Krankenversicherung der Landwirte nach dem KVLG 1989 durch.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

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

§ 149 – Errichtung von Betriebskrankenkassen

§ 150 – Verfahren bei Errichtung

§ 151 – Ausdehnung auf weitere Betriebe

§ 152 – Ausscheiden von Betrieben

§ 153 – Auflösung

§ 154 – Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Reform des Organisationsrechts der Krankenkassen sieht weiterhin die Möglichkeit eines Marktzutritts von neuen Betriebskrankenkassen vor. Im zweiten Titel des ersten Abschnitts des sechsten Kapitels sollen künftig die spezifischen, im Wesentlichen unveränderten organisationsrechtlichen Regelungen zur Errichtung und Ausdehnung von Betriebskrankenkassen sowie zum Ausscheiden von Betrieben und zur Auflösung von (ausschließlich nicht geöffneten) Betriebskrankenkassen zu finden sein.

Im Vergleich zum Status quo verändert sich im Wesentlichen Folgendes:

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

B) Stellungnahme

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Seite 36 von 145

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 155 – Freiwillige Vereinigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 155 zur freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen werden die Regelungen zur freiwilligen Vereinigung von Ortskrankenkassen (bislang § 144), Betriebskrankenkassen (zuvor § 150), Innungskrankenkassen (§ 160) und Ersatzkassen (§ 168a) sowie der gesonderten Regelung zur kassenartenübergreifenden Vereinigung von Krankenkassen (§ 171a) im Wesentlichen ohne Rechtsänderung zusammengeführt.

B) Stellungnahme

Aufgrund der hohen wettbewerblichen Bedeutung für seine Mitgliedschaften positioniert sich der GKV-Spitzenverband nicht zu den der Änderung zugrunde liegenden organisationsrechtlichen Reformmaßnahmen. Unabhängig davon wird darauf hingewiesen, dass es vor einer freiwilligen Vereinigung zum Schutz der bei nicht gegebener dauerhafter wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit oder im Falle einer Insolvenz haftenden Krankenkassen einer Beurteilung der Tragfähigkeit der Vereinigung bedarf. Da mit der Fortentwicklung des bisherigen § 172 in § 163 (neu) die Streichung des § 172 Abs. 1 (Anhörung der Verbände der beteiligten Krankenkassen vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung, Auflösung oder Schließung) vorgesehen ist, sollte eine Pflicht zur Anhörung der Verbände der beteiligten Krankenkassen hier integriert werden, sofern es zur Zusammenführung der Regelungen kommt. Da sich der GKV-Spitzenverband für die Beibehaltung der bestehenden Primärhaftung durch die Kassenarten ausspricht, sollten neben dem GKV-Spitzenverband auch weiterhin die Landesverbände nach § 207 angehört werden. Siehe hierzu die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 11, § 163.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 4 Nr. 11 wird in § 155 Abs. 1 (neu) folgender dritter Satz angefügt:

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

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 156 – Vereinigung auf Antrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 156 zur zwangsweisen Vereinigung von bundesweiten Krankenkassen einer Kassenart durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates werden die geltenden Regelungen für Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen ohne Rechtsänderung zusammengeführt sowie auf bundesweite Innungskrankenkassen erstreckt, für die bislang keine solche Regelung besteht. Im Falle einer bundesweiten Erstreckung der Ortskrankenkassen nach § 143 (neu) wären auch diese von § 156 (neu) erfasst.

B) Stellungnahme

Aufgrund der hohen wettbewerblichen Bedeutung für seine Mitgliedschaften positioniert sich der GKV-Spitzenverband nicht zu den der Änderung zugrunde liegenden organisationsrechtlichen Reformmaßnahmen. Für den Fall der Zusammenführung und Ausweitung der Regelungen weist der GKV-Spitzenverband darauf hin, dass aus seiner Sicht die Formulierung in Absatz 3 („Die Absätze 1 und 2 gelten nur für Betriebskrankenkassen, deren Satzungen eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 (Öffnung) enthalten“) missverständlich ist. Die Regelung könnte dahingehend missverstanden werden, dass die Absätze 1 und 2 nicht für Krankenkassen anderer Kassenarten gelten. Die Regelung zielt jedoch erkennbar auf die Nichtgeltung für Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Öffnung vorsieht.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 11 wird § 156 Abs. 3 (neu) wie folgt gefasst:

„Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Betriebskrankenkassen, deren Satzungen keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

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

§ 157 – Verfahren bei Vereinigung auf Antrag

§ 158 – Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigung von Krankenkassen

§ 159 – Schließung

§ 160 – Insolvenz von Krankenkassen

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

§ 162 – Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in den §§ 157 bis 162 vollzogene Neustrukturierung dient einer verbesserten Übersichtlichkeit. Mit Ausnahme von § 159 (neu) handelt es sich hierbei um die unveränderte Übernahme der bisherigen Regelungen unter neuer Nummerierung. § 159 führt die bisher nach Kassenarten getrennten geltenden Regelungen zur Schließung einer Krankenkasse wegen fehlender Leistungsfähigkeit für alle Kassenarten zusammen. Da die bestehenden sechs Innungskrankenkassen in ihren Satzungen jeweils eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 („Öffnung“) vorsehen und diese nach geltendem Recht auch nicht widerrufen werden kann, entfällt für diese Kassenart in § 159 (neu) eine gesonderte Regelung für nicht geöffnete Krankenkassen.

B) Stellungnahme

Eine verbesserte Übersichtlichkeit wird generell begrüßt. Da die Zusammenführung in § 159 jedoch zunächst organisationsrechtliche Reformmaßnahmen mit wettbewerblicher Wirkung voraussetzt, positioniert sich der GKV-Spitzenverband hierzu nicht.

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 163 – Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Das bisher in § 172 Absatz 2 geregelte Verfahren zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Krankenkassen und die notwendigen Informationspflichten gegenüber den Aufsichtsbehörden sollen effizienter gestaltet werden. Die Meldung aller Krankenkassen an die zuständige Aufsichtsbehörde, die in der letzten Vierteljahresrechnung ein negatives Rechnungsergebnis größer als 0,5 Prozent der durchschnittlichen Gesundheitsfondszuweisungen aufweisen (sog. Schwellenwertmeldung), wird gestrichen, da diese Meldungen zu einem hohen Anteil Krankenkassen betrafen, bei denen keine Bedrohung der dauerhaften wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit vorlag. Der GKV-Spitzenverband hat ein seit Jahren genutztes Modell zur Identifikation potenziell in ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit gefährdeter Krankenkassen etabliert. Dieses Verfahren berücksichtigt die in § 163 (neu) nunmehr vorgegebenen Mindestkennzahlen zur Beurteilung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (Vermögen, Rechnungsergebnis, Liquidität und Versichertenentwicklung der Krankenkassen) und kann vom GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung weiterer Kennzahlen und ggf. Gewichtung der Kennzahlen in eigener Obliegenheit weiter ausgestaltet werden. Über die Ergebnisse seiner Bewertung auf der Grundlage dieses Modells soll der GKV-Spitzenverband die Krankenkassen regelmäßig informieren.

Wenn dieses Modell eine potenzielle Gefährdung der Leistungsfähigkeit aufzeigt, fordert der GKV-Spitzenverband von der betreffenden Krankenkasse ergänzende Unterlagen und Auskünfte an, die er für eine Beurteilung der dauerhaften wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit für erforderlich hält. Erst wenn der GKV-Spitzenverband die dauerhafte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse für gefährdet hält, hat er diese über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten und umgehend die Aufsichtsbehörde über die finanzielle Situation, die Ergebnisse und Bewertungen der Überprüfung und die vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterrichten. Um für die Krankenkassen Transparenz über das auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben vorgesehene Verfahren zu gewährleisten, veröffentlicht der GKV-Spitzenverband die Verfahrensdarstellung in seiner Satzung.

Die Regelung des § 172 Absatz 3 zur Zwangsvereinigung einer Krankenkasse, bei der nur durch Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse eine Schließung oder die Insolvenz vermieden werden kann, bleibt mit § 163 Absatz 2 (neu) unverändert bestehen. Kommt bei der in der Leistungsfähigkeit gefährdeten Krankenkasse ein Beschluss über eine freiwillige Vereinigung nicht innerhalb der gesetzten Frist zustande, ersetzt die Aufsichtsbehörde diesen Beschluss.

B) Stellungnahme

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

Für den Fall der freiwilligen Vereinigung hingegen kann auf eine Anhörung, in der insbesondere die Tragfähigkeit der neuen Krankenkasse zu überprüfen ist, nicht verzichtet werden, da über 70 % der bisherigen freiwilligen Vereinigungen der Haftungsprävention und somit der Vermeidung einer Schließung bzw. Insolvenz dienten. Der GKV-Spitzenverband regt an, die Verpflichtung zur Anhörung vor einer freiwilligen Vereinigung in den § 155 (neu) zu integrieren. Da die Abschaffung der vorrangigen Haftung der Kassenarten abgelehnt wird (siehe hier-

zu Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 11, § 166), sind die Verbände der beteiligten Krankenkassen und nicht nur der GKV-Spitzenverband zu hören.

Die Streichung der sog. Schwellenwertmeldung des GKV-Spitzenverbandes an die Aufsichtsbehörden (Meldung aller Krankenkassen mit einem Überschuss der Ausgaben über die Einnahmen, der 0,5 Prozent der durchschnittlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds übersteigt) wird ausdrücklich begrüßt. Tatsächlich realisierten in den vergangenen zehn Jahren überwiegend Krankenkassen Ausgabenüberschüsse, deren wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nicht gefährdet ist. Der Einsatz von vorhandenem Vermögen zur Senkung oder Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes führt zwangsläufig zu einem Überschuss der Ausgaben über die Einnahmen, und ist, entsprechendes Vermögen vorausgesetzt, ein Zeichen einer zwischenzeitlich gegebenen besonderen Leistungsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband in der Vergangenheit ein über die Betrachtung des aktuellen Rechnungsergebnisses deutlich hinausgehendes, sogenanntes Scoring-Modell entwickelt, das geeignet ist, in ihrer dauerhaften wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit potenziell gefährdete Krankenkassen zu identifizieren, bei denen in einem zweiten Schritt eine vertiefende individualisierte Analyse der Leistungsfähigkeit durchzuführen ist. Die Erfahrung mit diesem seit mehreren Jahren praktizierten zweistufigen Vorgehen zeigt, dass es zum Zweck der Haftungsprävention zeitlich ausreichend ist, wenn die zuständige Aufsichtsbehörde vom GKV-Spitzenverband informiert wird, sobald dieser die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse auf der Grundlage dieser weitergehenden Analyse für gefährdet hält. Die Ergebnisse aus dem Scoring-Modell teilt der GKV-Spitzenverband bereits heute allen Krankenkassen zu jeder Vierteljahresrechnung (KV45) und Jahresrechnung (KJ1) mit. Insoweit bildet die neue gesetzliche Vorschrift das bereits praktizierte Verfahren ab. Eine zusätzliche Transparenz durch Veröffentlichung des Verfahrens der Haftungsprävention nach § 163 (neu) in der Satzung des GKV-Spitzenverbandes ist sachgerecht.

Die Übernahme der Regelungen zur Zwangsvereinigung durch die Aufsichtsbehörde in § 172 Absatz 2 in den neuen § 163 ist ebenfalls sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Auf den Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 11, § 155 Absatz 1 wird verwiesen.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 164 – Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung/Insolvenz einer Krankenkasse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 164 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 265a. Aus der Streichung von § 265b und den Änderungen in §§ 217b, 217c ergeben sich redaktionelle Folgeänderungen. Aufgrund der im Entwurf vorgesehenen Neuorganisation des Verwaltungsrates ist bei Abstimmungen keine Stimmgewichtung mehr vorgesehen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Abschaffung der Primärhaftung durch die jeweils betroffene Kassenart ab (siehe Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 11, § 166). Infolgedessen wird auch die Streichung des § 265b (Freiwillige finanzielle Hilfen; siehe Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 18) abgelehnt. Die ausreichend geleistete Hilfe nach § 265b sollte unverändert zwingende Voraussetzung für die Gewährung von Finanzhilfe zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse sein und bei der Aufbringung der Finanzhilfe angemessen berücksichtigt bleiben.

Die Änderung der Besetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes wird ebenfalls abgelehnt (siehe Stellungnahmen zur Artikel 4 Nr. 13 und 14). Deshalb bedarf es bei der Verabschiedung der Satzungsregelung nach § 164 (bisher § 265a) unverändert einer Beachtung der nach § 217c Absatz 1 Satz 2 gewichteten Stimmenmehrheit von 70 %.

C) Änderungsvorschlag

§ 265a wird § 164.

Der Verweis auf § 265b wird ersetzt durch ‚§ 164a‘. Die aus der Streichung von § 265b und den Änderungen in §§ 217b, 217c resultierenden Folgeänderungen werden gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 165 – Abwicklung der Geschäfte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 166 – Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung und Schließung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

Das bestehende System der Kassenartenhaftung setzt die ökonomischen Anreize so, dass für die betroffene Haftungsgemeinschaft ein homogenes Interesse am Erhalt einer gefährdeten Krankenkasse besteht. Da die drohende Mithaftung für über Jahre anfallende Schließungskosten jedes Mitglied der Haftungsgemeinschaft gegenüber den Krankenkassen der übrigen Kassenarten im Wettbewerb schlechter stellte, wird die Gewährung von Finanzhilfen und/oder die personelle/ finanzielle Unterstützung einer Rettungsfusion für alle Mitglieder der Haftungsgemeinschaft zur ökonomisch zu favorisierenden Option. Gegenwärtig haben die Kassenarten daher ein homogenes Interesse an der Vermeidung von Schließungen oder Insol-

venzen, setzen sich innerhalb ihrer Kassenart für den Erhalt ihrer „Schwesterkassen“ ein und unterstützen wirtschaftlich tragfähige Vereinigungen. Bei einer direkten Haftung durch alle Krankenkassen würde dieser Anreiz erheblich gemindert werden. Eine Schließung würde für alle Krankenkassen zu einer mitgliederbezogenen gleichen Belastung führen, sodass sich die relativen Wettbewerbspositionen der Krankenkassen untereinander nicht verändern würden. Der ökonomische Anreiz, sich für den Erhalt oder die Vereinigung eines von Schließung bedrohten Wettbewerbers auszusprechen und hierfür Finanzmittel zur Verfügung zu stellen, würde deutlich geschwächt oder ginge gar verloren. Da sich eine Krankenkassenschließung nicht mehr nachteilig im Wettbewerb auswirkt, ist zudem eine wachsende Bereitschaft zu befürchten, dass Ausscheiden von Wettbewerbern durch Schließung ggf. sogar als wünschenswert anzusehen, zumal dann deren Versicherte eine neue Krankenkasse wählen müssen.

Darüber hinaus fehlt es an einer Übergangsregelung für die bereits laufenden Abwicklungsverfahren in Folge der Schließung der CITY BKK und BKK für Heilberufe.

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

Die Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse (KKInsoV) soll nach Artikel 4 Nr. 11 abgeschafft und in den § 167 (neu) überführt werden. Dies wird grundsätzlich aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und Transparenz begrüßt. Infolge der Forderung nach Erhalt der Primärhaftung der Kassenarten bedarf es jedoch unverändert einer gesetzlichen Konkretisierung, wann eine Überforderung der vorrangig haftenden Kassenart gegeben ist. Um eine rechtssichere Geltendmachung nicht gedeckter Beträge gegenüber den nicht zur haftenden Kassenart gehörenden Krankenkassen sicherzustellen, regt der GKV-Spitzenverband eine gesetzliche Konkretisierung in § 166 an, die sich an der bisherigen Regelung der KKInsoV orientiert, jedoch abweichend von dieser eine für den Schließungs-, Auflösungs- und Insolvenzfall einheitliche Schwelle der Überforderung definiert (siehe auch die Stellungnahme zu Artikel 4, Nr. 11, §§ 167 und 169). Auf die Regelung in § 166 (neu) ist insoweit in § 169 (neu) zu verweisen. Die in der KKInsoV vorgesehene Orientierung

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

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

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 4 Nr. 11 wird § 166 Absatz 1 wie folgt gefasst:

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

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 167 – Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

Die Überführung der wesentlichen Regelungen zur Verteilung der Haftungssumme aus der Rechtsverordnung (KKInsoV) in das Sechste Kapitel des SGB V ist aus Gründen der besseren Nachvollziehbarkeit und Transparenz zu begrüßen. Die KKInsoV regelt jedoch auch weitere für die Geltendmachung von Haftungsbeträgen durch den GKV-Spitzenverband wichtige Details, die vor Abschaffung der Rechtsverordnung einer Überführung bedürfen und im Änderungsvorschlag aufgegriffen sind.

Die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Regelungen rund um die Haftung im Fall der Auflösung, Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen kann außerdem weiter verbessert werden, indem die in § 171d (Haftung im Insolvenzfall) in Absatz 6 geregelte Möglichkeit, dass der GKV-Spitzenverband im Fall der Insolvenz, Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrages ein nicht zu verzinsendes Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufnimmt, in den neuen § 167 integriert wird. Die Geltendmachung der Haftungsbeträge nach dieser Vorschrift wird sich im Regelfall auf die Tilgung dieses Darlehens beziehen. Es sollte deshalb die Gelegenheit der gesetzlichen Festlegung zur Verteilung der Haftungssumme genutzt werden, diesen Zusammenhang nachvollziehbar darzustellen. Eine verbesserte Nachvollziehbarkeit ergibt sich auch deshalb, weil der in § 169 (neu; bislang in § 171d) geregelte Fall der Insolvenz der Krankenkassen nach § 171b Absatz 3 Satz 2 gegenüber dem Schließungsfall die Ausnahme darstellt: „Liegen zugleich die Voraussetzungen für eine Schließung wegen auf Dauer nicht mehr gesicherter Leistungsfähigkeit vor, soll die Aufsichtsbehörde [...] die Krankenkasse schließen.“

Die Mittel zum Aufbau der Finanzreserven (Betriebsmittel und Rücklagen) einer Krankenkasse wurden durch die Zahlung des satzungsmäßigen Zusatzbeitrags von ihren Mitgliedern aufgebracht. Soweit nach § 260 Absatz 2a Finanzreserven beim Überschreiten einer Höchstgrenze abzubauen sind, müssen sie den Mitgliedern der jeweiligen Krankenkasse entweder durch eine Absenkung des Zusatzbeitragssatzes oder durch erweiterte Leistungen zugutekommen. Der vorgesehene Zugriff auf die Finanzreserven von Krankenkassen oberhalb des 0,75fachen einer Monatsausgabe zum Zweck der Vermeidung einer Zusatzbeitragssatzerhöhung anderer Krankenkassen wird abgelehnt. Er stellt einen ungerechtfertigten Eingriff in die Finanzautonomie der betroffenen Krankenkassen dar und widerspricht den gesetzlichen Maßgaben über die Verwendung der Mittel nach §§ 88, 82 SGB IV i. V. m. §§ 260, 261 SGB V. Zudem wäre eine praktische Umsetzung durch den GKV-Spitzenverband nicht realisierbar, da wegen nicht vorliegender Haushaltspläne der Krankenkassen dieser die überschüssigen Finanzreserven gemäß § 260 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht ermitteln kann. Darüber hinaus sind die von der Aufsicht genehmigten individuellen Höchstgrenzen gemäß § 260 Abs. 2 Satz 2 SGB V ebenfalls nicht bekannt.

Aufgrund der Vorgaben des § 260 Absatz 2a zum Abschmelzen der Finanzreserven auf höchstens das 1,0-fache einer Monatsausgabe sieht der GKV-Spitzenverband ohnehin auch keine praktische Relevanz in der Anwendung der im Entwurf vorgesehenen Inanspruchnahme von Finanzreserven oberhalb einer Monatsausgabe. Entweder hat sich dies bereits aufgrund der Vorgaben des § 260 Absatz 2a durch Zeitablauf erledigt, oder die potenzielle Möglichkeit eines Haftungsfalles in einer Größenordnung ab 350 Millionen Euro wird dafür sorgen, dass der Vermögensabbau beschleunigt zum Nutzen der eigenen Mitglieder realisiert wird. Die

vorgesehene Regelung wird zudem aus den im vorhergehenden Absatz genannten Gründen abgelehnt. Rein hilfsweise ist darauf hinzuweisen, dass der beschriebene Berechnungsweg aufgrund eines logischen Fehlers nicht sinnvoll anwendbar wäre.

Die Abschaffung des Vorrangs der Kassenartenhaftung wird abgelehnt. Die damit einhergehende Notwendigkeit zur Konkretisierung des im Überforderungsfall notwendigen Haftungsübergangs auch auf die anderen Krankenkassen (siehe Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 11, § 166) macht eine grundlegende Überarbeitung des § 167 (neu) erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 4 Nr. 11 wird § 167 wie folgt gefasst:

„(1) Die Erfüllung der Verpflichtungen nach § 166 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 3 oder nach § 169 Absatz 1 Satz 1 kann nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden. Zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags kann er innerhalb eines Kalenderjahres ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt. Ein zum 31. Dezember eines Jahres noch nicht getilgter Darlehensbetrag ist bis zum 28. Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. Überschreitet der zum Ende eines Kalendermonats festgestellte, für einen Auflösungs- oder Schließungsfall aufgenommene Darlehensbetrag den Betrag von 50 Millionen Euro, ist dieser Betrag bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen. Die darlehensweise Inanspruchnahme des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 2 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.

(2) Der GKV-Spitzenverband nimmt die Verteilung auf die einzelnen Krankenkassen der von Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart bis zur Höchstgrenze nach § 166 Absatz 1 Satz 2 *[siehe Änderungsvorschlag in der Stellungnahme]* vor und fordert die zur Tilgung erforderlichen Beträge von diesen Krankenkassen an. Als Krankenkassen dieser Kassenart gelten für die Erfüllung der in § 166 Absatz 1 und § 169 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Verpflichtungen auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten, die aus einer nach dem 1. April 2007 wirksam gewordenen kassenartenübergreifenden Vereinigung mit einer Krankenkasse der betroffenen Kassenart hervorgegangen sind. Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Betrag wird vom GKV-Spitzenverband wie folgt ermittelt:

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

Bei den Krankenkassen nach Satz 2 wird die Zahl der Mitglieder für die Berechnung nach Satz 3 Nr. 1 und 2 ermittelt, indem das Verhältnis der Mitgliederzahl der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen der betroffenen Kassenart am Tag der Stellung des Antrags auf Genehmigung der Vereinigung zu der Summe der Mitglieder der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen gebildet und auf die nach Nr. 2 Satz 2 ermittelte Mitgliederzahl angewendet wird. War eine Krankenkasse nach Satz 2 an weiteren zeitlich nachfolgenden Vereinigungen beteiligt, ist das Verhältnis nach Satz 4 für jede Vereinigung neu zu ermitteln, indem es auf die Mitgliederzahl dieser Krankenkasse angewendet und das Ergebnis ins Verhältnis zur Mitgliederzahl aller an der jeweiligen Vereinigung beteiligten Krankenkassen gesetzt wird.

(3) Übersteigt der in einem Haushaltsjahr aufzuteilende Haftungsbetrag die Höchstgrenze nach § 166 Absatz 1 Satz 2 *[siehe Änderungsvorschlag in der Stellungnahme]*, wird der nicht gedeckte Betrag auf alle Krankenkassen mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkasse aufgeteilt. Absatz 2 gilt entsprechend.“

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

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Seite 52 von 145

tendmachung der Beträge und gegen ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung.“

In Artikel 4 Nr. 11 wird § 169 Absatz 6 gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 168 – Personal

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Die Abschaffung des Vorrangs der Kassenartenhaftung wird abgelehnt (siehe die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 11, § 166). Demzufolge sind nur die Krankenkassen der von Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse betroffenen Kassenart zum Angebot von Stellen zu verpflichten.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 4 Nr. 11 werden in § 168 Absatz 2 Satz 1 und 2 jeweils nach dem Wort ‚Krankenkasse‘ die Wörter ‚der von der Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart‘ angefügt.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 169 – Haftung im Insolvenzfall

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 169 werden auch die Regelungen des bisherigen § 171d zur Haftung im Insolvenzfall in das Sechste Kapitel, Erster Abschnitt, Dritter Titel übertragen, wobei die Abschaffung der vorrangigen Haftungsverpflichtung der Krankenkassen derselben Kassenart nachvollzogen wird. Die bisherige Einbeziehung der Altersteilzeitverpflichtungen in die Haftung wird gestrichen, da diese nicht mehr für Insolvenzfälle nach dem 1. Januar 2015 galt und bis zu diesem Zeitpunkt kein Insolvenzfall eingetreten ist.

B) Stellungnahme

Die Abschaffung des Vorrangs der Kassenartenhaftung wird abgelehnt (siehe die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 11, § 166). Deshalb ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes für den Fall der Insolvenz eine vorrangige Inanspruchnahme der übrigen Krankenkassen der Kassenart weiterhin vorzusehen.

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

Zur besseren Nachvollziehbarkeit wird empfohlen, die in Absatz 6 des neuen § 169 (bisher § 171d) vorgesehene Möglichkeit der Inanspruchnahme eines unverzinslichen Darlehens aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags in den neuen § 167 aufzunehmen (siehe die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 11, § 167).

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 4 Nr. 11 werden in § 169 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 4 Satz 1 jeweils nach den Worten ‚der übrigen Krankenkassen‘ die Wörter ‚der Kassenart‘ angefügt.

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

„§ 166 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“ [siehe Änderungsvorschlag in der Stellungnahme zu Artikel 4, Nr. 11, § 166]

Absatz 6 wird gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Seite 56 von 145

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 170 – Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 170 entspricht dem bisherigen § 171e.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine reine Neunummerierung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 173 – Allgemeine Wahlrechte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem vorliegenden Entwurf vorgesehenen Änderungen zur regionalen Erstreckung von Orts- und Betriebskrankenkassen (siehe Artikel 4 Nr. 11) werden in der Vorschrift über die allgemeinen Kassenwahlrechte der Mitglieder nachvollzogen.

Im Ergebnis können künftig alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten jede Ortskrankenkasse, jede Ersatzkasse, jede geöffnete Betriebskrankenkasse, jede Innungskrankenkasse sowie die KNAPPSCHAFT wählen. Diese Krankenkassen sind allesamt bundesweit tätig und wählbar.

Nicht geöffnete Betriebskrankenkassen bleiben allein für die Beschäftigten der in der jeweiligen Satzung ausgewiesenen Trägerbetriebe wählbar.

Das bisher geltende besondere Wahlrecht von Studierenden, eine für den Sitz der Hochschule zuständige Ortskrankenkasse oder Ersatzkasse zu wählen (§173 Abs. 3), ist mithin redundant und wird daher gestrichen.

B) Stellungnahme

Auf die Darlegungen zu Artikel 4 Nr. 11 wird verwiesen; eine inhaltliche Positionierung zu diesen wettbewerbsrelevanten Reformmaßnahmen erfolgt nicht.

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 Buchstaben a) und b)

§ 217b – Organe: Verwaltungsrat

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Neuregelung müssen die Mitglieder des Verwaltungsrates einem Vorstand einer Krankenkasse angehören. Zudem werden die Verweise auf die sozialgesetzlichen Regelungen der geplanten neuen Zusammensetzung des Verwaltungsrates angepasst.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband spricht sich in aller Deutlichkeit dafür aus, die vorgesehene Regelung zur Abschaffung eines ehrenamtlichen und unmittelbar durch die demokratischen Sozialwahlen besetzten Verwaltungsrates zu streichen. Sie hätte einen völligen Systembruch zur Folge, würde das Selbstverwaltungsprinzip in der GKV aushebeln, hätte Folgewirkungen für die weiteren Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung und darüber hinaus auch im Zusammenspiel mit weiteren Regelungen des Referentenentwurfs. Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 14 (§ 217c SGB V) verwiesen.

Unabhängig von der grundsätzlichen Neuregelung erschließen sich die weiteren Änderungen hinsichtlich der Verweisregelungen für den neuen Verwaltungsrat nicht. Als Konsequenz bliebe die bisher geregelte Verantwortlichkeit bei einer Verletzung von Amtspflichten (§ 42 SGB IV) ungeklärt. Aus diesen Gründen lehnt der GKV-Spitzenverband die vorgesehene Regelung ab.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 13 Buchstaben a) und b) werden gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 Buchstabe c)

§ 217b – Organe: Vorstand

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den GKV-Spitzenverband wird die Amtszeit der Vorstandsmitglieder auf zwei Wahlperioden begrenzt. Darüber hinaus wird geregelt, dass einem mehrköpfigen Vorstand mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören müssen.

B) Stellungnahme

Zum Kernbereich der Aufgaben des Verwaltungsrates gehört die eigenverantwortliche Auswahl des Vorstandes. Mit der vorgesehenen Änderung erfolgt ein massiver Eingriff in den Aufgabenbereich der sozialen Selbstverwaltung. Es ist bisher bei Wahlen auf Bundes- und Landesebene üblich, dass die demokratisch gewählten Vertreter des Wahlvolkes über die Mitglieder der Exekutivorgane frei entscheiden können. Dieses Recht würde eingeschränkt, wenn die Amtszeit der Mitglieder des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes begrenzt wird. Die mittelbar demokratisch legitimierten Mitglieder des Verwaltungsrates könnten die ihrer Ansicht nach geeigneten Personen nicht mehr wählen, nur weil sie bereits zwei Amtszeiten ihre Tätigkeiten erfolgreich ausgeübt haben. Unabhängig davon erscheint es widersprüchlich, einerseits die Organstrukturen „professionalisieren“ zu wollen, diesem professionalisierten Gremium dann aber vorzuschreiben, dass es eine professionelle, erfolgreiche und auch ansonsten hochqualifizierte Person nicht mehr in den Vorstand berufen kann.

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Regelung daher nachdrücklich ab. Bisher gibt es für Körperschaften des öffentlichen Rechts keine Amtszeitbegrenzung. Eine Sonderregelung für den GKV-Spitzenverband einzuführen, ist nicht begründbar. Zur Wahrung der Personalhoheit der Selbstverwaltung muss es dem Verwaltungsrat nach wie vor möglich sein, eigenverantwortlich über die Auswahl des Vorstandes entscheiden zu können.

Auch die in der Begründung zur vorgesehenen Regelung angeführte Zielsetzung, demokratische Strukturen zu stärken und neue Anreize für innovative Ideen und Nachwuchskräfteförderung zu schaffen, überzeugt nicht. Die Förderung von Nachwuchskräften wird bereits deshalb verfehlt, da wegen der Amtszeitbegrenzung eher ältere Kandidatinnen und Kandidaten Interesse an einer Vorstandsposition haben werden. Sollte eine Amtszeitbegrenzung aber ein grundsätzliches Instrument zur Stärkung demokratischer Strukturen sein, so gäbe es Vorbilder für eine derartige Begrenzung im privatrechtlichen oder im öffentlichen Bereich. Die För-

derung von innovativen Ideen gehört zu den klassischen Management- und Führungsaufgaben. Hierfür bedarf es keiner Amtszeitbegrenzung. Mehr als zweifelhaft erscheint, ob die Position als Vorstand des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen tatsächlich für eine Nachwuchskräfteförderung geeignet ist. Bei der Entscheidung müssen vielmehr Qualifikation und die bisherigen Erfahrungen im Vordergrund stehen. Dies ist in § 217b Absatz 2 Satz 5 SGB V, § 35a Absatz 6 Satz 1 SGB IV geregelt. Wie das Qualifikationserfordernis einer mehrjährigen Berufserfahrung in herausgehobenen Führungsfunktionen (§ 35a Absatz 6 Satz 1 SGB IV) mit der in § 217b geplanten Nachwuchsförderung vereinbar ist, ist schleierhaft. Allein diese Gründe sprechen bereits gegen eine Begrenzung der Amtszeit.

Die vorgesehenen Vorgaben zur Repräsentanz von Frauen und Männern erfüllt der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes bereits heute. Ab dem 01.07.2019 werden dem Vorstand zwei Frauen und ein Mann angehören. Auch wenn das grundsätzliche Regelungsziel einer gleichberechtigten Wahrnehmung von Führungsaufgaben durch Frauen und Männer nachvollziehbar ist, ergibt sich keine Notwendigkeit einer solchen Regelung für den GKV-Spitzenverband.

Insbesondere erschließt sich nicht, weshalb eine Regelung singulär für den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes und nicht für die weiteren Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens vorgenommen wird. Es wird in diesem Zusammenhang auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Frauenanteil in der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (Bundestagsdrucksache 19/458) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 13 Buchstabe c) wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach den Neuregelungen soll der Verwaltungsrat künftig aus 40 Mitgliedern bestehen. Der Verwaltungsrat setzt sich zusammen aus jeweils einem Vorstandsmitglied der 20 größten Mitgliedskassen sowie aus 20 weiteren Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen, die von der Mitgliederversammlung gewählt werden und je zur Hälfte Männer und Frauen sein sollen. Künftig sollen außer dem Vorstand, der Mitgliederversammlung und dem Verwaltungsrat mit seinen Fachausschüssen keine Gremien zulässig sein.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband spricht sich in aller Deutlichkeit dafür aus, die vorgesehene Regelung zur Abschaffung eines mit ehrenamtlichen und unmittelbar durch Sozialwahlen gewählten Selbstverwaltern besetzten Verwaltungsrates zu streichen. Sie hätte einen Systembruch zur Folge, würde das Selbstverwaltungsprinzip in der GKV aushebeln, hätte Folgewirkungen für die weiteren Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung und darüber hinaus auch im Zusammenspiel mit weiteren Regelungen des Referentenentwurfs.

Die Regelung hätte einen Systembruch zur Folge

Die vorgesehene Abschaffung eines mit Selbstverwaltern besetzten Verwaltungsrates führt zum Systembruch mit den Grundprinzipien der GKV. Der Selbstverwaltungsgrundsatz ist ein tragendes Organisationsprinzip in der Sozialversicherung. Die geplante Besetzung des Verwaltungsrates mit hauptamtlichen Vorständen würde die gelebte und erfolgreiche Sozialpartnerschaft für einen großen Zweig der Sozialversicherung aushebeln. Bei wichtigen und weitreichenden Grundsatzfragen der Gesundheits- und Pflegeversorgung würden die Sozialpartnerschaft und damit die soziale Selbstverwaltung an entscheidender Stelle ausgeschaltet.

Die Mitbestimmung von gewählten Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten stellt sicher, dass Entscheidungen unter deutlicher Berücksichtigung sozialpolitischer Gesichtspunkte getroffen werden. Dieses wichtige Korrektiv würde durch eine Besetzung des Verwaltungsrates mit hauptamtlichen Vorständen, deren Fokus aufgrund ihrer primären Verantwortung für den Erhalt der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der jeweiligen Krankenkas-

se eher auf strategischen und operativen Bewertungen vor dem Hintergrund des Krankenkassenwettbewerbs liegt, verdrängt. In der Konsequenz wird die soziale Mitbestimmung im GKV-Spitzenverband abgeschafft. Dies ist nachdrücklich abzulehnen. Letztlich kommt es bei der Wahrnehmung der Systemperspektive durch die hauptamtlichen Vorstandsmitglieder systembedingt zu teilweise unüberbrückbaren Interessenskonflikten. Anders als die ehrenamtlich tätigen Verwaltungsratsmitglieder stehen die hauptamtlichen Mitglieder des Vorstandes in einem wettbewerblichen Konkurrenzverhältnis zu anderen Krankenkassen und ihre Arbeit wird an den operativen und auch wettbewerblichen Erfolgen gemessen.

Die in Sozialwahlen gewählten ehrenamtlichen Mitglieder des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes besitzen eine demokratische Legitimation. Dies ist eine maßgebliche Voraussetzung für eine Aufgabenübertragung des Gesetzgebers an die Selbstverwaltung. Der Verwaltungsrat hat Mitbestimmungsbefugnisse und auch Entscheidungen gegenüber der Versicherungsgemeinschaft zu treffen, die hinreichend demokratisch legitimiert sein sollten. Die hauptamtlichen Vorstände der Krankenkassen erfahren wiederum eine Legitimation aufgrund der Wahl durch die Selbstverwaltung in den jeweiligen Krankenkassen. Mit der Besetzung des Verwaltungsrates mit Vorständen wird damit eine zusätzliche Ebene in die Legitimationskette eingezogen. Gerade mit Blick auf die sensible Legitimationsfrage, die regelmäßig in höchst-richterlichen Urteilen thematisiert wird, ist die vorgesehene Regelung als besonders kritisch zu werten.

Mit der Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern des GKV-Spitzenverbandes in die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung ergeben sich Folgewirkungen. Dies betrifft die Besetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Gremien der Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen wie auch des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Beirats der gematik. Werden die dort vertretenen Mitglieder der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes durch hauptamtliche Vorstände der Mitgliedskassen ersetzt, besteht das Risiko, dass primär Einzelinteressen der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen vertreten werden und die Systemperspektive verloren geht.

Im Übrigen bleibt unklar, ob es nach den Regelungen möglich ist, dass die 20 größten Mitgliedskassen sowohl direkt ihre Vorstände als Verwaltungsratsmitglieder entsenden und zusätzlich weitere ihrer Vorstandsmitglieder als Verwaltungsratsmitglieder durch die Mitgliederversammlung wählen lassen können. Nach den geltenden Regelungen können Kandidatenvorschläge für die Wahl sowohl die Mitglieder der Mitgliederversammlung als auch die Vorstandsmitglieder in Form von Eigenbewerbungen einbringen. Vor diesem Hintergrund ist nicht auszuschließen, dass die Mitgliedskassen kleinerer Kassenarten, die nur mit wenigen Delegierten in der Mitgliederversammlung vertreten sind, künftig keinen Sitz im Verwal-

tungsrat erhalten. Hinzu kommt, dass mit der vorgesehenen Regelung die bisherige Stimmgewichtung der Delegierten in der Mitgliederversammlung nach der bundesweiten Anzahl der Versicherten entfällt.

Hieraus ergibt sich die zwingende Frage, inwieweit eine für die Kassenlandschaft repräsentative Zusammensetzung des Verwaltungsrates und eine entsprechend repräsentative Meinungsbildung überhaupt möglich sein werden. Aufgrund der im Referentenentwurf vorgesehenen Konstruktion mit der Entsendung von Vorstandsmitgliedern der 20 größten Mitgliedskassen und der Wahl von 20 weiteren Verwaltungsratsmitgliedern, für die weitere Anforderungen zur gleichberechtigten Berücksichtigung von Frauen und Männern gelten sollen, ist daher fraglich, ob im Verwaltungsrat die Interessen aller Krankenkassen angemessen berücksichtigt werden können.

Der Verwaltungsrat arbeitet bereits heute professionell

Ausweislich der Gesetzesbegründung soll mit der Regelung eine Professionalisierung des Verwaltungsrates erreicht werden. Allerdings befasst sich der Verwaltungsrat seit Gründung des GKV-Spitzenverbandes mit komplexen Themengebieten der Kranken- und Pflegeversicherung und arbeitet hochprofessionell. Er unterstützt den Vorstand mit Rahmensetzungen und Positionierungen bei seinen operativen Aufgaben, etwa den Vertragsverhandlungen auf der Bundesebene und Stellungnahmen in laufenden Gesetzgebungsverfahren. Er ist zudem für die Meinungsbildung in grundsätzlichen Fragen zuständig. Die im GKV-Spitzenverband etablierte Beratungskaskade mit der Fachebene unter Kassen- und Verbandsbeteiligung, dem Fachbeirat, den Fachausschüssen und dem Verwaltungsrat sichert die Einbeziehung unterschiedlicher Positionen und führt letztendlich zu einem tragfähigen Konsens innerhalb der Mitgliedskassen.

Funktionierende Strukturen der Meinungsbildung werden ausgehebelt

Mit der Besetzung des Verwaltungsrates durch Krankenkassenvorstände soll nach der vorgesehenen Regelung die Transparenz zwischen operativem Krankenkassengeschäft und den vertraglichen und sonstigen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes erhöht werden. Jedoch wird dies bereits seit Bestehen des GKV-Spitzenverbandes erfolgreich durch den hierfür gebildeten Fachbeirat gewährleistet. In den Fachbeirat sind Vorstände der Mitgliedskassen und der Verbände der Kranken und Pflegekassen auf Bundesebene berufen. Im Übrigen sind beim GKV-Spitzenverband unterhalb der Ebene des Fachbeirates rd. 100 Arbeitsgruppen mit Praktikern aus Krankenkassen und deren Verbänden etabliert. Diese bringen regelhaft ihre Per-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Seite 64 von 145

spektive und Erfahrungen aus dem operativen Geschäft der Krankenkassen in die Positionen bzw. in die Entscheidungsfindung des GKV-Spitzenverbandes ein. Es besteht kein Anlass, diese funktionierenden Strukturen auszuhebeln.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 14 wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

Der Änderung bedarf es auch deshalb nicht, weil die bestehenden Aufsichtsmittel ausreichen und die Aufsichtsbehörde bei entsprechendem Gebrauch dieser Mittel ihre Anordnungen effektiv umsetzen kann. Folglich ist eine Ausweitung der aktuell zur Verfügung stehenden Mittel des Aufsichtsrechtes nicht nachvollziehbar und auch nicht gerechtfertigt. Auch die Erfahrungen in der Vergangenheit zeigen, dass es dieses – im Vergleich zu anderen gesetzlichen Spitzenverbänden im Bereich des SGB V – „Sonderrechts“ für den GKV-Spitzenverband nicht bedarf.

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 15 wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 Buchstabe a)

§ 217f – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Regelung zielt auf eine stärkere Kontrolle der Umsetzung von gesetzlichen Aufgaben durch den GKV-Spitzenverband ab. Derart weitreichende Kontrollbefugnisse sind nicht begründet. Der GKV-Spitzenverband setzt die gesetzlichen Aufgaben verantwortungsvoll und in der Regel innerhalb der vorgegebenen gesetzlichen Fristen um. Vor diesem Hintergrund ist eine generelle Ausweitung der Aufsichtstätigkeit ungerechtfertigt. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass der GKV-Spitzenverband in Gesetzgebungsverfahren regelmäßig auf knapp bemessene Umsetzungsfristen für neu zugewiesene Aufgaben hinweist, die mithin ein Grund für Fristüberschreitungen sind. Zudem treten Verzögerungen bei der Aufgabenerfüllung vor allem auch deshalb ein, da häufig die Interessenlagen der Vertragspartner eine fristgerechte Lösung verhindern. In derartigen Fällen weist der GKV-Spitzenverband den Gesetzgeber bereits heute auf eine drohende Fristüberschreitung hin und informiert auch über die Gründe hierfür. Einer Ausweitung der Kontrollbefugnisse bedarf es vor diesem Hintergrund nicht.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 16 Buchstabe a) wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 Buchstabe b)

§ 217f – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 217f Absatz 7 ermächtigt den GKV-Spitzenverband zur zweckgebundenen Nutzung bestimmter RSA-Daten nach § 268 Abs. 3 Satz 14 i. V. m. Satz 1 Nr. 1–7. Durch die Änderung in Artikel 4 Nr. 20 findet sich diese Datengrundlage künftig in § 267. Entsprechend wird der Verweis geändert.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 260 Absatz 5 – Betriebsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Erfüllung der Vorgabe des bisherigen § 268 Absatz 5 durch das mit dem vorliegenden Referentenentwurf intendierte Gesetz ist die Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschmelzen der Finanzreserven nach Absatz 2a und 4 ab dem 1. Januar 2020 anzuwenden. Der Absatz wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Stellungnahme zum GKV-Versichertenentlastungsgesetz vom 01.10.2018 sowohl die im § 260 geregelte Neubestimmung der zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) auf das 1,0fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe sowie die dezidierten Vorgaben zum Abbau bestehender Finanzreserven, die die neue Obergrenze übersteigen, als unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen mit ausführlicher Begründung abgelehnt (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 260 SGB V) in der Ausschussdrucksache 19(14)0034(13)), Seite 18ff).

Die Begründung dieser Ablehnung hat weiterhin ihre Berechtigung. Folgerichtig sollten die Regelungen in § 260 Abs. 2a, 4 und 5 ersatzlos gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 17 wird wie folgt gefasst:

„In § 260 werden die Absätze 2a, 4 und 5 gestrichen.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Abschaffung des Vorrangs der Kassenartenhaftung wird abgelehnt (siehe die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 11, § 166). Die Regelungen des § 265b sind deshalb unverzichtbar und werden aus Gründen der Übersichtlichkeit in § 164a überführt.

C) Änderungsvorschlag

§ 265b (alt) wird zu § 164a (neu).

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 266 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

a) Doppelbuchstaben aa) und bb):

Zur Vereinheitlichung der Terminologie werden die Zu- und Abschlüsse nicht mehr nach alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlüssen differenziert aufgeführt. Zukünftig werden diese drei Bereiche unter dem Begriff der risikoadjustierten Zuschläge gefasst. Gleichmaßen wird die in der Wissenschaft gebräuchliche Terminologie der „Zuordnung zu Risikogruppen“ nach Risikomerkmale eingeführt.

b) Es erfolgt eine Aufzählung der im RSA-Verfahren zu berücksichtigenden Risikomerkmale. Die möglichen Ausprägungen der Risikomerkmale „Morbidität“ sowie der „regionalen Merkmale“ werden näher ausgeführt. Es handelt sich hierbei einerseits um eine Vereinheitlichung der Terminologie sowie andererseits um eine Zusammenführung der bisher in den §§ 266 und 268 bzw. § 29 RSAV aufgeführten Risikomerkmale. Hierbei werden zukünftig bei der Zuordnung der Risikogruppen keine gesonderten Risikogruppen für Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach §§ 43 und 44 SGB VI gemindert ist, gebildet.

c) Bei Doppelbuchstabe aa) handelt es sich um eine Folgeänderung, bei Doppelbuchstabe bb) um eine Rechtsbereinigung.

d) Doppelbuchstabe aa):

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Neufassung des § 268. Die Aussage des § 268 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 wird nunmehr in § 266 Absatz 4 Satz 1 geregelt.

Doppelbuchstabe bb):

Infolge der Einführung eines Risikopools im neuen § 268 sind durch diesen ausgeglichene Leistungsausgaben nicht mehr bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen.

Doppelbuchstabe cc):

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

- e) Der neu eingeführte Absatz 5 definiert die Ziele des Risikostrukturausgleiches, die bei dessen Ausgestaltung zu beachten sind.
- f) Als Folgeänderung zu Absatz 1 sowie den neuen Absätzen 2 und 3 wird Absatz 5 neu gefasst.

g) Doppelbuchstabe aa):

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Doppelbuchstabe bb):

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

h) Doppelbuchstabe aa):

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

- i) Mit dem neuen Absatz 10 wird der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt verpflichtet, die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in regelmäßigem Abstand, mindestens alle 4 Jahre, zu überprüfen. Hierbei kann das BMG den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen.

B) Stellungnahme

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

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

werbsminderung“ zukünftig nicht mehr als Risikomerkmale verwendet. Die Zuweisungen für die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm entfallen ebenfalls.

Für eine friktionsfreie Umsetzung des Gesetzes muss der Gesetzgeber klare Terminvorgaben für die einzelnen Reformmaßnahmen setzen. Es ist jeweils konkret vorzugeben, welches Instrument mit Wirkung für welches Ausgleichsjahr einzuführen ist. Der GKV-Spitzenverband hat hierbei keine Präferenz für eine bestimmte Zeitschiene. Die Festlegung einer solchen ist jedoch unabdingbar. Anderenfalls bedroht der systemimmanente Verteilungskonflikt eine reibungslose Umsetzung im Zusammenwirken von Bundesversicherungsamt, GKV-Spitzenverband und Krankenkassen.

Zu a) Doppelbuchstabe aa) und bb): Die Vereinheitlichung der Terminologie sowie die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

Zu b) Aufgrund der hohen wettbewerblichen Bedeutung positioniert sich der GKV-Spitzenverband nicht zu beschriebenen Reformmaßnahmen.

Zu c) Doppelbuchstabe aa):
Die Folgeänderung der Terminologie ist nachvollziehbar.

Doppelbuchstabe bb):
Die Folgeänderung der Rechtsbereinigung ist nachvollziehbar.

Zu d) Doppelbuchstabe aa):
Die Folgeänderung ist nachvollziehbar.
Doppelbuchstabe bb):
Siehe hierzu den technischen Hinweis zu Artikel 4 Nr. 20, § 268.

Doppelbuchstabe cc):
Die Rechtsbereinigung ist nachvollziehbar.

Zu e) Die definierten Ziele des Risikostrukturausgleichs sind sachgerecht.

Zu f) Die Folgeänderung ist nachvollziehbar.

Zu g) Doppelbuchstabe aa):
Die redaktionelle Folgeänderung ist nachvollziehbar.

Doppelbuchstabe bb):
Die Vereinheitlichung der Terminologie sowie die Anpassung des Verfahrens sind nachvollziehbar.

Zu h) Doppelbuchstabe aa):
Hinsichtlich der im neuen § 273 normierten „Manipulationsbremse“ regt der GKV-Spitzenverband die Beauftragung des Wissenschaftlichen Beirats zur gutachterlichen

Überprüfung der vorgesehenen ‚Eckdaten‘ an (10 % der Diagnosen mit den höchsten Veränderungsraten werden betrachtet, nach Zuweisungsvolumen sortiert und bis zu 5 % vom Verfahren ausgeschlossen, sofern diese mindestens das 1,5-fache der durchschnittlichen Steigerungsrate der Fallzahlen überschreiten). Zielsetzung dabei sollte es sein, ggf. entstehende Kollateralschäden der Nichtberücksichtigung der in-soweit ‚statistisch auffälligen‘ Diagnosen für die übrigen Krankenkassen auf ein vertretbares Niveau zu begrenzen. Um eine Anpassung der Eckdaten zu ermöglichen, ohne dass es einer gesetzlichen Änderung bedarf, regen wir eine Ermächtigung des BVA zur Weiterentwicklung der Manipulationsbremse auf Basis des Gutachtens an. Doppelbuchstabe bb):

Die Folgeänderung der Rechtsbereinigung ist sachgerecht.

- Zu i) Die nunmehr gesetzlich vorgegebene regelmäßige Evaluation der Wirkungen des Risikostrukturausgleichs wird ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Gemäß Absatz 4 bestimmt das BMG in der RSAV das Nähere zu den Fristen der in dieser Norm definierten Datenerhebung, dem Datenverarbeitungsverfahren sowie der Voraussetzung zur Herstellung eines Versichertenbezuges. Darüber hinaus wird in diesem Absatz geregelt, dass der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem BVA das Nähere zu diesen Datenerhebungen bestimmt. Der abschließende Satz dieses Absatzes übernimmt die rechtlichen Vorgaben des bisherigen § 268 Absatz 3 zur Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit der Kassenärztlichen Vereinigung zur Übermittlung der Daten nach Abs. 1 Satz 4 und 5.

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

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

Der abschließende Absatz 7 schließt die landwirtschaftlichen Krankenkassen von den in diesem Paragraphen definierten Datenmeldungen aus.

B) Stellungnahme

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

Die durchgeführten Rechtsbereinigungen sind nachvollziehbar und führen zu einer besseren Lesbarkeit. Die in Absatz 1 Satz 4 und 5 aufgeführten Datenmeldungen haben sich gleichermaßen im Zeitverlauf erübrigt und sind zu streichen. Die entsprechenden Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 5 und 6 beziehen sich auf die Meldung der in § 268 Absatz 3 definierten Stichprobe zur Weiterentwicklung des RSA für die Jahre 2001 und 2002. Die aktuelle Meldung der RSA-Daten für den ambulanten Bereich basiert auf der Datenmeldung nach § 295 und bedarf nicht dieser Vorgaben. Gleichermäßen können hiermit die in Verbindung stehenden Regelungen in Absatz 4 Satz 3 und Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 entfallen.

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

Mit der beabsichtigten Erhebung der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderung zur Berücksichtigung im Rahmen der zu implementierenden Regionalkomponente kann die Fortführung der derzeitigen Datenmeldung erfolgen. Die Erhebung der diagnosebezogenen Facharztkenntung erfolgt durch Rückgriff auf die nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 übermittelte Arztnummer, in der eine entsprechende Facharztkenntung enthalten ist. Wie bereits in der Begründung ausgeführt, ist hierbei jedoch zu beachten, dass im Falle von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen kein Rückschluss auf die Kodierung einer Diagnose durch einen Haus- oder Facharzt möglich ist. Dieser Sachverhalt sollte u. E. bei der vom BVA durchzuführenden Untersuchung Berücksichtigung finden.

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

Gleichermaßen entsprechen die Regelungen des Absatzes 4 der geltenden Rechtslage, nach der das BMG per Rechtsverordnung das Nähere zu Fristen, Datenverarbeitung und Herstellung des Versichertenbezuges bestimmt sowie der GKV-Spitzenverband in einer Bestimmung das Nähere zur Datenübermittlung der Krankenkassen. Satz 3 dieses Absatzes ist zu streichen, da sich die entsprechende Regelung inzwischen erübrigt hat (s. o.). Dementsprechend sind auch die Ausführungen des 5. Absatz zur Kostentragung auf die Krankenkassen zu beschränken.

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

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 268 – Risikopool

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neugefasste § 268 regelt die Einführung eines Risikopools ab dem Ausgleichsjahr 2021.

Der neue Absatz 1 definiert, dass die für einen Versicherten im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu 80 Prozent des den Schwellenwert übersteigenden Betrags über den Risikopool erstattet werden. Der Schwellenwert beträgt im Jahr 2021 100.000 Euro und soll mit der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV fortgeschrieben werden.

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

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

In Absatz 4 wird das BMG ermächtigt, Näheres zum Risikopool-Verfahren in der RSAV zu bestimmen.

B) Stellungnahme

Mit dem neugefassten § 268 wird ab 2021 ein Hochkosten-Risikopool mit einem Schwellenwert in Höhe von 100.000 Euro ergänzend zum RSA eingeführt. Über den Risikopool erfolgt ein Ausgleich von Ist-Kosten, während im RSA standardisierte Leistungsausgaben ausgeglichen werden. Die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben werden vom Zuweisungs-

volumen für standardisierte Leistungsausgaben abgezogen. Für einen Risikopool-Versicherten erhält die Krankenkasse einerseits einen Erstattungsbetrag aus dem Risikopool sowie Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben. Den Krankenkassen werden 80 % der den Schwellenwert übersteigenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben erstattet. Die Leistungsausgaben bis zum Schwellenwert sowie die 20 % der den Schwellenwert übersteigenden Leistungsausgaben werden über die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben berücksichtigt. Bei der Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben werden die Aufwendungen für Krankengeld nicht berücksichtigt.

Der Schwellenwert soll ab 2022 – wie im Alt-RSA bis 2008 – entsprechend der Veränderungsrate der monatlichen Bezugsgröße dynamisiert werden. Zur Frage, ob ein Risikopool eingeführt werden sollte, nimmt der GKV-Spitzenverband nicht Stellung. Sollte der Gesetzgeber nach Würdigung der Bewertungen unserer Mitgliedskassen und ihrer Verbände die Einführung beschließen, weisen wir darauf hin, dass die Bezugsgröße als Bezugspunkt der Dynamisierung eine Einkommensgröße darstellt (Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung); es wird daher angeregt, die Dynamisierung an der festgestellten Entwicklung der GKV-Ausgaben zu orientieren.

Um eine Begriffsverwechslung zu vermeiden, regt der GKV-Spitzenverband an, den Begriff des „Erstattungsbetrages“ im Zusammenhang des Risikopools durch den Begriff des „Ausgleichsbetrages“ zu ersetzen. Der Begriff „Erstattungsbetrag“ ist seit der Einführung des AM-NOG im Jahr 2010 ein feststehender Begriff im SGB V. Der Erstattungsbetrag gemäß § 130b SGB V ist der höchstmögliche einheitliche Abgabepreis eines pharmazeutischen Unternehmers für ein neues Arzneimittel. Der Begriff „Ausgleichsbetrag“ ist auch sprachlich dem Risikopool unmittelbarer zuzuordnen.

C) Änderungsvorschlag

Für den Fall der Einführung eines Risikopools wird der Artikel 4 Nr. 20 § 268 Absatz 1 Satz 3 wie folgt gefasst:

„Der Schwellenwert beträgt im Jahr 2021 100.000 Euro und ist in den Folgejahren entsprechend der zum Zeitpunkt der Festlegung durch das Bundesversicherungsamt zuletzt festgestellten prozentualen Veränderung der Leistungsausgaben nach § 267 Absatz 1 Satz 1 anzupassen.“

Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse den Ausgleichsbetrag nach Absatz 1 Satz 2 und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 269 – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Änderungen des § 269 sind infolge der Neufassung der §§ 266 und 267 erforderlich und nachvollziehbar. Es ergeben sich keine rechtlichen Änderungen. Für den Absatz 3 ergeben sich redaktionelle Folgeanpassungen, die jedoch verzichtbar erscheinen, da davon auszugehen ist, dass sich die entsprechenden Vorgaben zum Zeitpunkt des Inkrafttretens bereits erledigt haben.

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 270 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Doppelbuchstaben aa):

Mit der Aufhebung des Buchstaben b) in § 270 Absatz 1 Satz 1 entfällt die Berücksichtigung der Programmkostenpauschale für strukturierte Behandlungsprogramme bei der Berechnung der Zuweisungen. Aus der Änderung ergeben sich redaktionelle Anpassungen in Absatz 1 Satz 1.

Doppelbuchstaben bb):

Zudem werden in Absatz 1 Satz 2 aufgrund der Einführung des neuen § 266 Absatz 5 die Verweise entsprechend angepasst.

b) Im neuen Satz 3 wird die Meldung der Satzungs- und Ermessensleistungen sowie der Verwaltungskosten über den GKV-Spitzenverband an das BVA zum 30. Juni eines Jahres geregelt.

c) Gemäß des neu eingeführten Absatzes 3 erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds jährlich eine Pauschale für jeden Versicherten, der an einer Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung oder Individualprophylaxe, die nach § 87 Absatz 1 Satz 1 abrechnungsfähig ist, oder an einer Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 teilgenommen hat. Diese dient der Förderung der Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen.

Die Höhe der Zuweisungen ermittelt das Bundesversicherungsamt und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. Das Nähere über die Kriterien der Vergabe und das Verfahren bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1.

B) Stellungnahme

a) Für Absatz 1 weisen wir auf eine notwendige redaktionelle Folgeänderung hin.

b) Es handelt sich um keine Rechtsänderung, sondern eine Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 266. Der bisherige Verweis auf § 266 Absatz 4 wird dementsprechend aktualisiert. Weiterhin wird der Meldetermin an das aktuelle Verfahren angepasst. Die Änderung ist sachgerecht.

- c) Mit der Einführung einer Pauschale, die an die Durchführung einer Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung, Individualprophylaxe oder Schutzimpfung geknüpft ist, wird der Anreiz für präventive Maßnahmen gefördert.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 22 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) wird wie folgt gefasst:

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung

- 1.) ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 **Satz 2** Nummer 2 mit der Ausnahme der Leistungen nach § 11 Absatz 6 und § 53,
- 2.) ihrer standardisierten Verwaltungsausgaben.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 270a – Einkommensausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den vorgenommenen Änderungen handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der § 266 und der Einführung des Risikopools in § 268.

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

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Neuregelungen sind sachgerecht.

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 271 – Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den vorgenommenen Änderungen handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der § 266 und der Einführung des Risikopools in § 268.

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

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Neuregelungen sind sachgerecht.

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 273 – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Absatz 1 benennt dabei weiterhin die zu prüfenden Datenmeldungen, nämlich ambulante wie stationäre Diagnosen sowie Arzneimittelverordnungen.

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

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

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

Die Beweislastumkehr soll eine bessere Mitarbeit der Krankenkassen und damit eine Beschleunigung des Verfahrens erreichen wie auch ein in der Vergangenheit oft aufgetretenes Ins-Leere-Laufen der Einzelfallprüfungen verhindern. Die im früheren Absatz 3 festgelegten Zwangsmittel werden somit obsolet.

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

Wird nach den Absätzen 4 und 5 ein Rechtsverstoß festgestellt bzw. legt eine Krankenkasse den Sachverhalt nicht ausreichend dar, legt das BVA nach Absatz 6 einen entsprechenden Korrekturbetrag fest. Das genaue Verfahren hierzu wird im neuen § 43 RSAV geregelt.

Zuletzt bestimmt Absatz 7, dass die von den Krankenkassen übermittelten Daten ausschließlich zu Prüfungszwecken verwendet werden dürfen.

B) Stellungnahme

Die Neufassung des § 273 eröffnet dem BVA einen größeren Gestaltungsspielraum in Bezug auf die Prüfung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich gegenüber der ursprünglichen Regelung. Insbesondere die Aufhebung der verpflichtenden Prüfung der stationären Diagnosen und der Arzneimittelverordnungen sowie das Geringfügigkeitskriterium führen zu einer Verfahrensvereinfachung auf Seiten des BVA. Vor dem Hintergrund des aktuell über vierjährigen Verzuges dieser Prüfungen begrüßt der GKV-Spitzenverband Neuregelungen, die zu einer Verfahrensvereinfachung bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung zielgerichteter Prüfverfahren führen.

Die vorgesehene Beweislastumkehr wird von den Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes unterschiedlich bewertet. Bezüglich der vorgesehenen Frist, innerhalb derer die Krankenkassen die Gründe für eine Auffälligkeit darzulegen haben, hält der GKV-Spitzenverband einen Zeitraum von vier Wochen für unnötig verkürzt und regt an, dass das Bundesversicherungsamt, analog zum derzeitigen Verfahren, ermächtigt wird, eine angemessene Frist zu setzen. Die vorgesehene kurze Fristsetzung von vier Wochen birgt insbesondere bei komplexen Sachverhalten die Gefahr, dass eine Entscheidung des Bundesversicherungsamtes auf Grundlage nicht vollumfassend gekläarter Sachverhalte erfolgt. Der Verweis in Absatz 2 Satz 1 auf § 267 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 läuft ins Leere, da dieser Satz keine Nr. 4 aufweist. Sachrichtig wäre ein Verweis auf Nr. 3.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 4 Nr. 25 wird der neu gefasste § 273 wie folgt geändert:

Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

Absatz 5 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt setzt hierfür eine angemessene Frist.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 284 – Sozialdaten bei den Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 295 Abs. 2 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Meldung ambulanter ärztlicher Diagnosen ist sicherzustellen, dass der Datenweg zutreffend gekennzeichnet wird. In der Praxis wurde festgestellt, dass dies bei Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen an Verträgen zur besonderen Versorgung nach § 140a aufgrund von meldetechnischen Spezifika nicht immer gewährleistet ist und die Diagnosen teils im Rahmen der Regelversorgung gemeldet werden. Um die empirische Datengrundlage bei der Durchführung und Weiterentwicklung des RSA zu verbessern und die Transparenz auf dem Gebiet der Diagnosen zu erhöhen, werden die an den Verträgen zur besonderen Versorgung oder zur hausarztzentrierten Versorgung beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen daher verpflichtet, bei der Übermittlung der Diagnosedaten die richtige Zuordnung der zugrunde liegenden Vertragsform zu gewährleisten.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung von § 295 Abs. 2 ist grundsätzlich nachvollziehbar. Nach diesseitiger Kenntnis erfolgt die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen an den Verträgen nach § 73b und § 140a SGB V nur in geringem Umfang.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 303b – Datenübermittlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 303b Abs. 1 Satz 1 nimmt Bezug auf „die nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nr. 1 bis 7 erhobenen Daten.“

In Abs. 2 Satz 2 wird auf das „in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 geregelte Verfahren“ verwiesen.

Diese Verweise werden aufgrund der Änderungen der §§ 266 bis 268 redaktionell angepasst. Es sind auch die Daten nach dem neuen § 267 Absatz 2 für den Zweck der Datentransparenz zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht.

Die Berücksichtigung der neuen Inhalte der Datenmeldungen der Krankenkassen für den RSA für die Zwecke der Datentransparenz wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 304 – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 304 Absatz 1 wird auf die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) Bezug genommen. Da die Ermächtigungsnorm für die RSAV nach Artikel 4 Nr. 19 Buchstaben h) künftig in § 266 Absatz 8 zu finden sein wird, wird eine entsprechende Verweisänderung vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 305a – Beratung der Vertragsärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Seite 94 von 145

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31

§ 318 – Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben der redaktionellen Änderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 37 Absatz 3 RSAV, dessen korrespondierende Regelungen nunmehr in § 37 Absatz 2 RSAV getroffen werden, handelt es sich um eine Verwaltungsvereinfachung. Die Prüfung des getrennten Ausweises der Verwaltungskosten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird zukünftig auf den Jahresabschluss beschränkt. Die weiteren Regelungen gelten fort.

- a) Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.
- b) Es handelt sich um eine Verwaltungsvereinfachung.
- c) Es handelt sich um eine Folgeänderung.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Dem § 71 Absatz 2 im Vierten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) wird folgender Satz angefügt:

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Seite 96 von 145

§ 318 SGB V wird gestrichen.

§ 37 Absatz 3 RSAV wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32

§ [...] – Übergangsregelung zur Neuorganisation des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Übergangsregelung sollen die derzeit bestehenden Regelungen in § 217b Absatz 1 und 1d sowie § 217c Absatz 1 bis 5 in der vor dem Inkrafttreten des GKV-FKG geltenden Fassung weiterhin Anwendung finden, bis ein neu gewählter Verwaltungsrat zusammentritt.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist Artikel 4 Nr. 14 (§ 217c SGB V) zu streichen. Sie hätte einen Systembruch zur Folge, würde das Selbstverwaltungsprinzip in der GKV aushebeln, hätte Folgewirkungen für die Selbstverwaltung in den Krankenkassen und den weiteren Sozialversicherungszweigen und ist darüber hinaus unnötig. Mit der Streichung der Änderungen in Artikel 4 Nr. 14 (§ 217c SGB V) wird auch die Übergangsregelung entbehrlich.

Sollte der vorgeschlagenen Streichung des Artikel 4 Nr. 14 nicht gefolgt werden, wird die Übergangsregelung wie folgt bewertet: Die Regelung bestimmt nach ihrem Wortlaut und nach der Gesetzesbegründung, dass die Neuorganisation erst mit Beginn der neuen Amtsperiode (§ 58 SGB IV) in Kraft treten soll. Das ist insoweit sachgerecht. Denn die Änderung der Organisationsstrukturen mit dem Inkrafttreten des Gesetzes wäre ein unmittelbarer Eingriff in das Ergebnis eines demokratischen Wahlprozesses. Insofern ist es zwingend, dass eine Neuorganisation erst mit Beginn einer neuen Amtsperiode und demnach nach der nächsten Sozialwahl umgesetzt wird.

C) Änderungsvorschlag

Soweit der vorgeschlagenen Streichung von Artikel 4 Nr. 14 gefolgt wird, ist auch Artikel 4 Nr. 32 zu streichen.

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1

§ 1 – Begriffsbestimmungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Änderungen in § 1 handelt es sich um Rechtsbereinigungen.

- a) Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.
- b) Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.
- c) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

- a) Die Rechtsbereinigung ist sachgerecht.
- b) Die Rechtsbereinigung ist sachgerecht.
- c) Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 2

§ 2 – Risikogruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

Die Absätze 4 und 5 werden unverändert übernommen.

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 2

§ 3 – Versicherungszeiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3

§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Doppelbuchstabe dd):

Weiterhin handelt es sich um Streichungen von Vorgaben, die sich im Zeitverlauf erübrigt haben. Bei Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme werden mit der Streichung der Nummern 10 und 11 in Absatz 1 Satz 1 DMP-Leistungsausgaben zukünftig nicht mehr Teil der für den RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sein.

Doppelbuchstabe ee):

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

b) Doppelbuchstaben aa) und bb):

Die Anpassungen in Absatz 2 betreffen zunächst Aktualisierungen aufgrund Änderungen des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiter erfolgt eine Folgeänderung aufgrund der Neuregelungen des GKV-FKG.

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

B) Stellungnahme

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

a) Die Anpassungen sind sachgerecht. Für Absatz 1 wird auf eine notwendige redaktionelle Folgeanpassung hingewiesen.

b) Die Anpassung und redaktionelle Folgeänderung sind sachgerecht.

c) Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 3 Buchstabe a) Doppelbuchstabe ee) wird wie folgt gefasst:

„Die bisherigen Nummern 12 und 13 werden die Nummern 10 und 11. Die neue Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

10. die Übernahme von Beträgen aufgrund der Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit sie anteilig auf die Aufwendungen nach den Nummern 1 bis 9 entfallen,“

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 4

§ 5 – Bekanntmachungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 5

§§ 6 bis 28 – Aufhebung der Vorschriften

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufhebung der §§ 6 bis 28 beinhaltet in erster Linie die Streichung gegenstandsloser Vorgaben für das RSA-Altverfahren. Die in § 15 (alt) enthaltenen und nach wie vor relevanten Regelungen werden gemäß Artikel 5 Nr. 4 nunmehr in § 5 (neu) aufgeführt. Die Vorgaben der §§ 5 bis 7 und 10 sind gemäß der beabsichtigten Neufassung des § 35 (Artikel 5 Nr. 12) in der bestehenden Form jedoch weiterhin maßgeblich.

B) Stellungnahme

Die Rechtsbereinigung ist zu begrüßen. Durch die Änderungen entstehen i. V. m. Artikel 5 Nr. 4 und Nr. 12 keine neuen rechtlichen Regelungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 6

Abschnitt 2 – Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Abschnitt 6 wird zu Abschnitt 2.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 28d – Anforderung an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgen redaktionelle Anpassungen an die Begriffsbestimmungen des Artikels 4 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2016/679. Hierbei werden die drei Begriffe Erhebung, Nutzung und Verarbeitung durch den Begriff Verarbeitung ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Anpassungen an geltende EU-Vorgaben.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 8

§ 28f – Anforderung an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgen redaktionelle Anpassungen an die Begriffsbestimmungen in Artikel 4 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2016/679. Hierbei werden die drei Begriffe Erhebung, Nutzung und Verarbeitung durch den Begriff Verarbeitung ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Anpassungen an geltende EU-Vorgaben.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 9

Abschnitt 3 – Datenmeldungen, Versichertenklassifikationsmodell und Gutachten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Abschnitt 7 wird zu Abschnitt 3 und erhält eine neue Überschrift.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 10

§ 29 – Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 29 wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die weiterhin für den RSA erforderlichen Vorgaben des § 29 werden im neu gefassten § 2 aufgenommen. Damit kann der bisherige § 29 entfallen. Die Änderung ist folgerichtig und sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Doppelbuchstabe bb):

Die Folgeänderung, die sich aufgrund der Neuregelungen des GKV-FKG ergibt, ist sachgerecht umgesetzt.

Doppelbuchstabe cc):

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

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

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

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

Der Notwendigkeit einer Geheimhaltung vertraglicher Rabatte wird durch den neuen Absatz 1 Satz 4 Rechnung getragen. Beim Inkrafttreten dieser Regelung ist u. E. ein entsprechender Zeitvorlauf zur EDV-technischen Umsetzung zu berücksichtigen. Eine erstmalige

Lieferung dieser Daten sollte daher u. E. nicht vor dem 15. August 2021 vorgesehen werden.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die nach Absatz 1 Satz 1 erhobenen Daten, und damit auch die erhobenen Leistungsausgaben, nach Absatz 2 Satz 2 alter und neuer Fassung für Zwecke der Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e SGB V Verwendung finden. Dieses widerspricht den Vorgaben des Absatzes 1 Satz 4. Zudem nutzt der GKV-Spitzenverband die RSA-Daten nach § 217f Absatz 7 SGB V zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben nach § 130b SGB V. Um weiterhin eine entsprechende Nutzung der RSA-Daten zu den versichertenindividuellen Leistungsausgaben zu ermöglichen, sollte aus unserer Sicht neben der beabsichtigten Neuregelung zudem eine Meldung der versichertenindividuellen Leistungsausgaben ohne Abzug der o. g. Erstattungen und Rabatte erfolgen.

c) Doppelbuchstabe aa) bis ee):

Die redaktionellen Änderungen und Folgeänderungen sind sachgerecht.

Doppelbuchstabe ff):

Die Vorgaben zur Aufbewahrungsfrist der RSA-Daten bei den Krankenkassen wurden sachgerecht aus § 3 Absatz 7 Satz 2 und 3 (alt) übernommen.

d) Die Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes mit Neufassung des Absatzes 3 Satz 1 in Ergänzung der bisherigen Vorgaben in diesem Satz, in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V das Nähere über die zeitliche Zuordnung des amtlichen Gemeindefachschlüssels des Wohnortes zu bestimmen, ist sachgerecht. Zudem wird in Absatz 3 Satz 3 eine redaktionelle Folgeänderung notwendig.

e) Doppelbuchstabe aa):

Die Änderungen der Sätze 1 und 2 des Absatzes 4 führen eine Korrekturmeldung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zum 15. April ein. Diese ist sowohl unter Berücksichtigung der Einführung des Risikopools nach § 268 SGB V als auch vor dem Hintergrund der versichertenindividuellen Berücksichtigung der Erstattungen und Rabatte gemäß Absatz 1 Satz 3 sachgerecht. Damit kann einerseits die Korrektur der Risikopoolerstattungen erfolgen als auch andererseits die dementsprechend erforderliche Neuberechnung der RSA-Zuweisungen für die Risikogruppen, Verwaltungskosten sowie Satzungs- und Ermessensleistungen. Damit stehen erst im auf den Jahresausgleich folgenden Jahr die abschließenden Zuweisungen für ein Ausgleichsjahr endgültig fest. Dieses Verfahren ist aus unserer Sicht vor dem Hintergrund der beabsichtigten Neuregelungen sachgerecht.

Doppelbuchstabe bb):

Die Aufhebung aufgrund einer gegenstandslosen Vorgabe, die sich auf das Berichtsjahr 2005 bezieht, ist sachgerecht.

Doppelbuchstabe cc):

Die Streichung der Sätze 4 und 5 des Absatzes 4 ist ausdrücklich als nicht sachgerecht abzulehnen. Der GKV-Spitzenverband ist nach § 31 Absatz 2 Satz 1 Anhörungspartner des BVA im Rahmen der Festlegungen nach § 31. Des Weiteren ist der GKV-Spitzenverband Anhörungspartner des BVA nach § 273 Absatz 2 Satz 3 SGB V bei der Festlegung des Näheren zu den Prüfungen zur Sicherung der Datengrundlage des RSA. Daneben führt der GKV-Spitzenverband alle Berechnungen des BVA zur Datenplausibilisierung, den RSA-Bescheiden und-Bekanntmachungen parallel durch. Diesbezüglich hat sich zwischen BVA und GKV-Spitzenverband ein Abgleichverfahren zur Vermeidung eventueller Fehlberechnungen, das sich in der Vergangenheit bewährt hat, etabliert.

Bei den genannten Verfahren ist es unabdingbar, dass die Datenbestände des BVA und des GKV-Spitzenverbandes den gleichen Stand aufweisen. Wird der GKV-Spitzenverband zukünftig nicht mehr über Daten, die das BVA zurückgewiesen hat bzw. alternativ hierzu verwendete Daten informiert, besteht die Möglichkeit, dass Berechnungen des BVA sowohl zu Modellanpassungen, zu statistischen Verfahren der Datenprüfung als auch die Ergebnisse des RSA-Abschlagsverfahrens und des RSA-Jahresausgleiches durch den GKV-Spitzenverband nicht mehr nachvollzogen werden können. Hieraus würden erhebliche Probleme sowohl für die Wahrnehmung der dem GKV-Spitzenverband übertragenen Aufgaben als Anhörungspartner als auch für die Transparenz und Akzeptanz des RSA-Verfahrens ergeben.

Die Ausführungen zur beabsichtigten Streichung in der Begründung des vorliegenden Referentenentwurfes sind zudem nicht nachvollziehbar, da in der Vergangenheit eine Umsetzung dieser Vorgabe unproblematisch erfolgte. Mit dieser Streichung gehen erhebliche Nachteile und Beeinträchtigungen einher, die die Transparenz und Akzeptanz des RSA-Verfahrens gefährden.

- f) Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht. Neben den Aufgaben nach § 31 Absatz 4 Satz 1 obliegt dem GKV-Spitzenverband auch die Begleitung der Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 SGB V. Vor dem Hintergrund des aktuell über vierjährigen Verzuges dieser Prüfungen genügt eine maximale Aufbewahrungsfrist der Daten nach Absatz 1 von 32 Monaten nicht, um einen vollständigen Abgleich der Prüfungsergebnisse gewährleisten zu können. Zur Sicherstellung eines vollständigen Abgleichs regt der GKV-Spitzenverband eine Fristverlängerung auf 60 Monate an.

g) Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsbedarf

b) § 30 Absatz 1 Satz 3 und 4 (Doppelbuchstabe cc)) wird wie folgt gefasst:

„Bei den Angaben nach Satz 1 Nr. 7 sind die Ausgaben für Arzneimittel einschließlich der Erstattungsbeträge nach § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Rabatte und Abschläge nach den §§ 130, 130a und 130c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu übermitteln. Bei der Verarbeitung der Daten nach Satz 3 stellen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt sicher, dass diese nur für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs erfolgt und Dritte keine Kenntnis erlangen können. **Für Zwecke der Datenverarbeitung nach Absatz 2 Satz 2 sowie § 217f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zudem die Angaben nach Satz 1 Nr. 7 ohne Berücksichtigung der Beträge nach Satz 2 zu übermitteln.**“

d) Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt angepasst:

„Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung und den erforderlichen Umfang der Daten kann das Bundesversicherungsamt nach Anhörung **des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen** bestimmen.“

e) Doppelbuchstabe cc) ist zu streichen.

f) § 30 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Absatz 1 pseudonymisiert und maschinell verwertbar an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen leitet die Daten nach Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität pseudonymisiert und maschinell verwertbar an das Bundesversicherungsamt weiter. Das Ergebnis seiner Prüfung nach Satz 2 teilt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt schriftlich mit. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist berechtigt, die ihm nach Satz 1 übermittelten Daten zur Erfüllung seiner Aufgaben nach dieser Verordnung, insbesondere nach § 31 Absatz 4 Satz 1, für **60 Monate** zu speichern.“

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 12 Buchstaben a) und b)

§ 31 – Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

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

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

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

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

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

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

Satz 8 beinhaltet die Möglichkeit der unterjährigen Anpassung des RSA-Klassifikationsmodells aufgrund der Diagnosecodierung (ICD) oder der Arzneimittelklassifikation. In Satz 9 wird schließlich vorgegeben, dass die Daten der Auslandsversicherten nicht im RSA-Regressionsverfahren und bei der Ermittlung der Risikozuschläge nach Satz 1 zu berücksichtigen sind.

Zu Buchstabe b)

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

B) Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

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

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

Die in Absatz 4 Satz 1 enthaltenen Vorgaben zu den jährlich für das Folgejahr durch das BVA zu treffenden Festlegungen für das RSA-Verfahren entsprechen grundsätzlich, bis auf die durch den Wegfall der Krankheitsauswahl und die Einführung der regionalen Merkmale erforderlichen Änderungen, der aktuellen Rechtslage. Diese Vorgaben sind folgerichtig und nachvollziehbar. Gleiches gilt für die Vorgaben zur Auswahl der regionalen Merkmale. Wir gehen davon aus, dass das hierfür gemäß Begründung zu Artikel 5 Nr. 12 anzuwendende statistische Verfahren gleichermaßen Teil der Anhörung nach Satz 1 ist. Ferner weisen wir darauf hin, dass die Begründung zu dieser Neuregelung explizit Folgendes ausführt:

„Angebotsvariablen werden dabei nicht berücksichtigt, weil es zu problematischen Anreizeffekten führen kann, wenn Mehrausgaben durch Überangebot hierdurch ausgeglichen würden.“

Eine entsprechende Einschränkung findet sich im neuen Absatz 4 jedoch nicht.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Seite 118 von 145

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

Zu Buchstabe b)

Die Anpassung des Verweises ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 13

§ 32 – Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Wegen der Änderung von § 3 erfolgt eine redaktionelle Anpassung von Satz 1.
- b) Der Verweis in Satz 3 wird an die Änderung von § 30 Absatz 4 angepasst.

B) Stellungnahme

- a) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.
- b) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 14

Abschnitt 4 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Abschnitt 8 wird zu Abschnitt 4 und umbenannt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 15

§ 35 – Zuweisungen für das Krankengeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 35 wird infolge der Anpassung von § 5 neu gefasst und verweist zur Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld auf die §§ 5 bis 7 und 10.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 16

§ 36 – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Doppelbuchstabe aa):

Der Absatz Satz 1 wird aufgrund der Anpassung des § 266 SGB V und der Streichung der Zuweisungen für DMP nach § 38 redaktionell angepasst.

Doppelbuchstabe bb):

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

b) Doppelbuchstabe aa):

Der Verweis zum § 266 SGB V in Absatz 3 Satz 1 wird aktualisiert.

Doppelbuchstabe bb):

In Absatz 3 werden veraltete Vorgaben zum Jahr 2011 gestrichen.

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

B) Stellungnahme

a) Doppelbuchstabe aa):

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung und Rechtsänderung.

Doppelbuchstabe bb):

Die redaktionelle Anpassung an eine Änderung von Satz 1 ist sachgerecht.

b) Doppelbuchstabe aa):

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

Doppelbuchstabe bb):

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

c) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 17

§ 37 – Zuweisungen für sonstige Ausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Doppelbuchstabe aa):

In Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 wird der Halbsatz zur Berücksichtigung der Zuweisungen für DMP nach § 38 gestrichen.

Doppelbuchstabe bb):

Für Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 erfolgt eine redaktionelle Änderung aufgrund der Anpassungen des § 266 SGB V.

Doppelbuchstabe cc):

Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen, da er sich nur auf die Ausgleichsjahre 2011 und 2012 bezieht.

b) Absatz 2 wird aufgrund von Nichtanwendung aufgehoben.

c) Doppelbuchstabe aa):

Die redaktionellen Änderungen in Absatz 2 (vormalig Absatz 3) Satz 1 sind Folgeänderungen zur Anpassung des § 318 SGB V.

Doppelbuchstabe bb):

Der neue Satz 3 stellt klar, wie im Falle der Anwendung des Satzes 1 das Verwaltungskostenvolumen der übrigen Krankenkassen berechnet werden soll.

d) Durch die Löschung des Absatzes 2 wird der Absatz 4 zu Absatz 3.

e) Gleiches gilt für Absatz 5. Die weiteren redaktionellen Anpassungen dieses Absatzes beruhen auf den geänderten § 266 SGB V sowie auf einer obsoleten Vorgabe für das Jahr 2011.

B) Stellungnahme

a) Doppelbuchstabe aa):

Es handelt sich um eine sachgerechte Rechtsänderung.

Doppelbuchstabe bb):

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

Doppelbuchstabe cc):

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

b) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

c) Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 31 verwiesen.

- d) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung. Zudem ist eine redaktionelle Anpassung notwendig.
- e) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

- c) § 37 Absatz 3 (alt) wird gestrichen.
- d) Der (neue) Absatz 3 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:
„Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 18

§ 37a – Risikopool

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu eingeführte § 37a legt das Nähere zum Risikopool-Verfahren nach § 268 Absatz 4 SGB V fest.

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

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

Das BVA ermittelt nach Absatz 3 jährlich im Jahresausgleich nach § 41 den Erstattungsbetrag im Risikopool und teilt diesen Erstattungsbetrag sowie die Höhe der insgesamt über den Risikopool verteilten Zuweisungen den Krankenkassen in geeigneter Weise mit. Die für den RSA in § 41 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 5 genannten Regelungen gelten entsprechend. Dabei handelt es sich um Regelungen zur Vereinigung von Krankenkassen im Ausgleichsjahr oder in dem auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahr. Der Jahresausgleich ist im Rahmen des folgenden Jahresausgleichs zu korrigieren.

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

B) Stellungnahme

Zur Frage der Einführung eines Risikopools nimmt der GKV-Spitzenverband nicht Stellung und verweist auf die Bewertungen seiner Mitgliedskassen und ihrer Verbände. Für den Fall der Einführung eines Risikopools schlägt der GKV-Spitzenverband aus Gründen der Rechtsklarheit analog zum Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 20 (§ 268 Abs. 3 Satz 1 SGB V) auch für § 37a Absatz 3 Satz 1 die Verwendung des Begriffs „Ausgleichsbetrag“ vor.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Seite 126 von 145

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nr. 18 wird für den Fall der Einführung eines Risikopools § 37a Absatz 3 Satz 1 wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt berechnet für jede Krankenkasse **den Ausgleichsbetrag** nach § 268 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich nach § 41.“

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 19

§ 38 – Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß des in § 270 SGB V neu eingeführten Absatzes 3 erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds jährlich eine Pauschale für jeden Versicherten, der an einer Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung oder Individualprophylaxe, die nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V abrechnungsfähig ist, oder an einer Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 SGB V teilgenommen hat. Das Nähere über die Kriterien der Vergabe und das Verfahren bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 SGB V.

In Absatz 1 wird das Verfahren zur Berechnung der Höhe der Pauschale beschrieben. Diese wird durch das BVA jährlich festgelegt. Um unterschiedliche Kostenniveaus der berücksichtigungsfähigen Maßnahmen abzubilden sind drei Pauschalen unterschiedlicher Höhe vorgesehen. Die Gruppeneinteilung orientiert sich dabei an der gemäß § 87 SGB V für das jeweilige Kalenderjahr festgelegten Bewertung des bundeseinheitlichen Punktwertes oder eines durchschnittlichen Punktwertes. Die Berechnung der Höhe der Pauschale jeder Stufe orientiert sich an den durchschnittlichen Kosten der in der Gruppe enthaltenen Leistungen mit der Maßgabe, dass diese 50 Prozent der Kosten der Leistung mit dem geringsten Punktwert nicht übersteigt und in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Leistung mit dem höchsten Punktwert steht.

Sollte ein Versicherter mehrere Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen haben, so erhält die Krankenkasse in diesem Fall nur einmalig die Pauschale der jeweils höchsten Stufe.

Gemäß Absatz 2 ist vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband das Nähere über das Meldeverfahren für die Teilnahme von Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V festlegt. In der Folge gelten die Vorschriften des § 30 Absatz 2 bis 5 entsprechend.

B) Stellungnahme

Die Ausführungen zur Gruppeneinteilung und Berechnungsweise der Höhe der Pauschalen bedürfen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes einiger Ergänzungen und Klarstellungen in der Rechtsverordnung. Laut Begründung zu § 38 sollen die Gruppeneinteilung und die Berech-

nung der Höhe der Pauschalen auf Grundlage der Werte im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres erfolgen. Zudem sollen Schutzimpfungen nach § 20i SGB V automatisch der niedrigsten Stufe zugeordnet werden, da hier keine einheitliche Kostenbewertung vorliegt.

Ein Hinweis auf die Bekanntgabe der Pauschale findet sich ebenfalls ausschließlich in der Begründung, wonach die Pauschale für das jeweilige Ausgleichsjahr mit der Veröffentlichung der Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 durch das Bundesversicherungsamt in dem dem Ausgleichsjahr folgenden Jahr bekannt gegeben wird.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es notwendig, die oben genannten Sachverhalte im Absatz 1 des Verordnungstextes aufzunehmen.

Zudem sollte die Begrifflichkeit bei den Ausführungen in Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 und 2 klarer gefasst werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich die Kosten einer Leistung aus ihrer Bewertungszahl (Punktzahl) und dem einheitlichen Punktwert als Betrag in Euro ergeben.

Ferner weist der GKV-Spitzenverband aus Gründen der Rechtsklarheit darauf hin, dass es nicht genügt, die Einbeziehung der „Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V“ in eine Präventionspauschale nur in der Gesetzesbegründung zu nennen. Vielmehr ist diese Konkretisierung auch in den entsprechenden Regelungen zu ergänzen ist, da Schutzimpfungen keine Früherkennungs- oder Vorsorgeuntersuchungen darstellen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nr. 19 wird § 38 wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen erhalten jährlich aus dem Gesundheitsfonds eine Pauschale für die Teilnahme eines Versicherten an einer der in § 270 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Pauschale soll Anreize zur Förderung der Leistungen nach Satz 1 setzen, aber nicht die Kosten decken. Das Bundesversicherungsamt bestimmt die Höhe der Pauschale jährlich wie folgt:

1. Die Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen **oder Schutzimpfungen** nach Satz 1 werden insbesondere auf Grundlage der gemäß § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das jeweilige Kalenderjahr festgelegten **Bewertungszahl** und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte in drei Stufen eingeteilt, die unterschiedlich hohe Pauschalen auslösen.

2. Die Höhe der Pauschale für jede Stufe orientiert sich nach Maßgabe des Satzes 2 an den Durchschnittskosten der in der jeweiligen Stufe enthaltenen Leistungen. Sie übersteigt nicht 50 Prozent der Kosten der Leistung mit der geringsten **Bewertungszahl** der jeweiligen Stufe und steht in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Leistung mit der höchsten **Bewertungszahl** der jeweiligen Stufe.

Als Grundlage des Verfahrens dienen die Werte des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nach § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres. Sind Leistungen nach § 270 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht Gegenstand des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nach § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, so werden diese der untersten Stufe zugeordnet. Das Bundesversicherungsamt gibt die Gruppeneinteilung und die Höhe der Pauschalen mit den Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 in dem auf das Ausgleichsjahr folgenden Kalenderjahr bekannt.

Nimmt ein Versicherter in einem Ausgleichsjahr bei einer Krankenkasse mehrere Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen **oder Schutzimpfungen** nach Satz 1 in Anspruch, erhält die Krankenkasse nur die Pauschale für die Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung, die der jeweils höheren Stufe zugeordnet ist.“

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 20

§ 39 – Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Doppelbuchstabe aa):
Die Neufassung des Absatzes 2 Satz 3 ist eine Folgeänderung zur Anpassung des § 3.
Doppelbuchstabe bb):
Die Streichung des Satzes 5 ergibt sich aufgrund dessen ausschließlicher Gültigkeit für das Jahr 2010.
- b) Doppelbuchstabe aa):
Absatz 3 Satz 3 wird als Folgeänderung der Änderung von § 30 angepasst.
Doppelbuchstabe bb):
Satz 4 wird aufgrund der Änderung von § 3 angepasst.
- c) Doppelbuchstabe aa):
Absatz 3a Satz 4 wird aufgrund der Aufhebung von § 14 gestrichen.
Doppelbuchstabe bb):
Aufgrund der neuen Fassung des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des SGB V wird der Verweis auf den § 155 SGB V im neuen Satz 5 (ehemals Satz 6) angepasst.

B) Stellungnahme

- a) Doppelbuchstabe aa):
Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.
Doppelbuchstabe bb):
Die Streichung des Satzes 5 ist sachgerecht.
- b) Doppelbuchstabe aa):
Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Folgeänderung.
Doppelbuchstabe bb):
Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Folgeänderung.
- c) Doppelbuchstabe aa):
Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.
Doppelbuchstabe bb):
Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Folgeänderung.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Seite 131 von 145

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 21

§ 39a – Ermittlung des Korrekturbetrags

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 39a wird aufgehoben und in § 43 neu geregelt.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung stellt eine reine Verschiebung des Paragraphen dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 22

§ 40 – Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 werden Folgeänderungen aufgrund der Neufassung des § 266 SGB V, der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme sowie der Einführung der Pauschale für die Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 270 Absatz 3 SGB V durchgeführt.
- b) In Absatz 2 erfolgt eine Rechtsbereinigung, da sich die zu streichende Regelung im Zeitverlauf erübrigt hat.
- c) Absatz 3 wird aufgehoben, da sich die entsprechenden Regelungen im Zeitverlauf erübrigt haben.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um nachvollziehbare Folgeänderungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 23

§ 41 – Jahresausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Doppelbuchstabe aa):

Zur Vereinheitlichung der Terminologie werden die Zu- und Abschläge nicht mehr nach alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen differenziert aufgeführt, sondern zukünftig unter dem Begriff der risikoadjustierten Zuschläge dieser drei Bereiche gefasst.

Doppelbuchstabe bb):

Es handelt sich um eine Folgeänderung. § 2 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 spricht nun von Risikogruppen.

Doppelbuchstabe cc):

Der angefügte Satz enthält eine Vorgabe zum Ausschluss der Morbiditätsgruppen, die die höchsten relativen Steigerungsraten der zugeordneten Versichertentage aufweisen.

b) Der neu eingeführte Absatz 1a legt nach § 266 Absatz 8 Satz 1 Nr. 6 SGB V das Verfahren zum Ausschluss der Morbiditätsgruppen fest, die die höchsten relativen Steigerungsraten aufweisen.

Zunächst werden die Anzahl der zugeordneten Versichertentage sowie die Zu- und Abschläge aller für das Ausgleichsjahr relevanten Morbiditätsgruppen aus den Daten für den Jahresausgleich ermittelt. In einem zweiten Schritt wird die Risikogruppenbesetzung aus den Daten, die der Festlegung nach § 31 Absatz 4 Satz 1 zugrunde lagen, ermittelt. Anschließend bestimmt das BVA die 10 Prozent der Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten, die außerdem das Eineinhalbfache der GKV-Steigerungsrate aller Morbiditätsgruppen übersteigen. Risikogruppen, deren Steigerung unter einem vom BVA zu bestimmenden Schwellenwert liegen, bleiben unberücksichtigt. Im letzten Schritt ermittelt das BVA das Zuschlagsvolumen für die ausgewählten Morbiditätsgruppen und schließt bis zu 5 Prozent aller Risikogruppen aus, die das höchste Zuschlagsvolumen aufweisen.

Die Berechnungswerte des Ausschlussverfahrens gibt das BVA im Jahresausgleich bekannt. Der GKV-Spitzenverband teilt dem BVA bis zum 30. September des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres diejenigen Morbiditätsgruppen mit, bei denen ein überdurchschnittlicher Anstieg der zugeordneten Versichertentage medizinisch oder diagnostisch bedingt ist. Diese Risikogruppen werden nicht ausgeschlossen.

- c) Der neu gefasste Absatz 2 beschreibt das Verfahren zur Berechnung der mitgliederbezogenen Veränderung im Jahresausgleich durch das BVA. Von der voraussichtlichen Höhe der Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 40 Absatz 1 Nr. 1 werden die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 SGB V, für sonstige Ausgaben nach § 270 Absatz 1 und 3, (darunter Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen, Verwaltung, Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen), sowie für den Risikopool abgezogen und durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen geteilt und anschließend mit der jahresdurchschnittlichen Mitgliederzahl jeder Krankenkasse multipliziert.
- d) Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund der Änderungen des § 266 SGB V.
- e) Doppelbuchstabe aa):
Es handelt sich um eine Folgeänderung, da Absatz 2 neu gefasst wurde.
Doppelbuchstabe bb):
Es handelt sich um eine Folgeänderung, da § 39 Absatz 3a Satz 4 gestrichen wurde.
- f) Doppelbuchstabe aa):
Es handelt sich um eine Folgeänderung, da § 30 Absatz 4 Satz 2 neu gefasst wurde.
Doppelbuchstabe bb):
Der neu eingefügte Satz legt fest, dass das BVA die korrigierten Werte aus dem Korrekturverfahren des Jahresausgleichs bekannt gibt. Es teilt den Krankenkassen die korrigierten Zuweisungen mit.

B) Stellungnahme

- a) Doppelbuchstabe aa):
Die genannten Folgeänderungen sind sachgerecht.
Doppelbuchstabe bb):
Die genannte Folgeänderung ist sachgerecht.
- b) Der GKV-Spitzenverband regt an, den Wissenschaftlichen Beirat mit der Evaluation der Eckpunkte des Ermittlungsverfahrens (10 % der Morbiditätsgruppen mit den höchsten Steigerungsraten werden herausgefiltert, nach Zuweisungsvolumen sortiert und 5 % der Morbiditätsgruppen vom Verfahren ausgeschlossen, falls sie das Eineinhalbfache der GKV-Steigerung übersteigen) zu beauftragen. Das BVA sollte ermächtigt werden, das Verfahren auf Grundlage des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats anzupassen.
- c) Das BVA ermittelt die mitgliederbezogene Veränderung im Jahresausgleich nach dem neugefassten Absatz 2. Die Zuweisungen für den Risikopool sowie für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen werden neu im Berechnungsverfahren berücksichtigt.

Der Verweis auf die Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme entfällt. Die Änderung ist folgerichtig.

d) Die redaktionelle Änderung aufgrund der Änderung des § 266 SGB V ist sachgerecht.

e) Doppelbuchstabe aa):

Die Folgeänderung ist nachvollziehbar.

Doppelbuchstabe bb):

Die Folgeänderung ist nachvollziehbar.

f) Doppelbuchstabe aa):

Die vollzogene Änderung aufgrund der Änderung des § 30 Absatz 4 Satz 2 ist sachgerecht.

Doppelbuchstabe bb):

Der eingefügte Satz ist folgerichtig. Zur Frage der Einführung eines Risikopools nimmt der GKV-Spitzenverband nicht Stellung und verweist auf die Bewertungen seiner Krankenkassen und ihrer Verbände. Im Falle der Einführung des Risikopools und der Berücksichtigung der Korrekturmeldung des Risikopools aus § 30 Absatz 4 Satz 2 Nr. 2 wird eine Neuberechnung der Zu- und Abschläge im Korrekturverfahren notwendig. Neben den neu berechneten Zu- und Abschlägen werden auch die neu ermittelten standardisierten Verwaltungskosten und Satzungs- und Ermessensleistungen vom BVA bekannt gegeben und die korrigierten Zuweisungen den Krankenkassen mitgeteilt.

C) Änderungsbedarf

In Artikel 5 Nr. 23 wird § 41 Absatz 1a um folgenden Satz ergänzt:

„Das Bundesversicherungsamt kann auf Grundlage einer Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats abweichend von Satz 3 ein Verfahren zur Ermittlung auszuschließender Risikogruppen festlegen.“

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 24

§ 42 – Prüfung der Datenmeldung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Änderungen des § 42 handelt es sich insbesondere um Folgeänderungen aufgrund von Ergänzungen bzw. Streichungen in den Datenmeldungen nach § 30 RSAV sowie der Einführung eines Risikopools. Zudem wird der Prüfturnus aufgrund der bisher festgestellten guten Datenqualität von zwei auf drei Jahre verlängert.

a) Doppelbuchstabe aa):

Mit der Änderung des ersten Halbsatzes in Absatz 1 Satz 1 wird der Prüfturnus von zwei auf drei Jahre verlängert (aaa).

Die Änderungen in Satz 1 Nr. 1 und 2 erfolgen aufgrund der Streichung der Risikogruppen für Versicherte mit einer Erwerbsminderungsrente sowie als Folgeänderungen zu § 30 RSAV.

In Satz 1 Nr. 1 wird die Angabe „Nr. 1, 2“ durch die Angabe der „Nr. 1, 10“ sowie die Wörter „zweiter Halbsatz“ durch die Angabe „Nr. 3“ ersetzt (bbb).

In Nr. 2 werden die Wörter „erster Halbsatz“ durch die Angabe „Nr. 1“, die Wörter „Nr. 2, 8 und 9“ durch „Nr. 8 und 9“ und die Wörter „zweiter Halbsatz“ durch die Angabe „Nr. 3“ ersetzt (ccc).

Doppelbuchstabe bb):

Mit dem neu eingefügten Satz 2 wird festgelegt, dass die Korrekturmeldung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, die im Risikopool verwendet werden, jährlich zu prüfen sind.

- b) Die Streichung in Absatz 2 Satz 1 erfolgt aus redaktionellen Gründen.
- c) Aufgrund der vorgesehenen Streichung der Zuweisungen für Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, ist der Absatz 4 nicht mehr notwendig und wird aufgehoben.
- d) Die Änderungen in Absatz 5 ergeben sich als redaktionelle Folgeänderungen zu Absatz 1 und 4.
- e) Absatz 6 enthält gegenstandslos gewordene Regelungen und wird gestrichen.
- f) Die redaktionellen Änderungen zu Absatz 7 ergeben sich aus Änderungen zu den Absätzen 4 und 6 sowie § 39a.

B) Stellungnahme

- a) Die Meldungen der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente und des Arztgruppenschlüssels sollen zunächst nicht als Risikomerkmale, sondern gemäß § 267 Abs. 2 SGB V im Rahmen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs verwendet werden. Aus diesem Grund ist laut Begründung eine Prüfung der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente nicht mehr erforderlich. Das Gleiche sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes auch für den Arztgruppenschlüssel als Bestandteil der Datenmeldung nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 gelten. Werden die o. g. Kriterien zu einem späteren Zeitpunkt im Risikostrukturausgleich verwendet, so sind sie in die Prüfungen nach § 42 einzubeziehen. Bei der Erweiterung des Prüfturnus von zwei auf drei Jahre stellt sich die Frage nach einer Übergangsregelung für bisher abgeschlossene und noch nicht geprüfte Ausgleichsjahre.
- b) Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Änderung.
- c) Es handelt sich um eine folgerichtige Rechtsbereinigung.
- d) Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Folgeänderung.
- e) Die Streichung ist sachgerecht.
- f) Es handelt sich um sachgerechte redaktionelle Änderungen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 24 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) Dreifachbuchstabe bbb) wird wie folgt gefasst:

„In Nummer 1 wird die Angabe „Nummer 1, 2“ durch die Angabe „Nummer 1, 2 und 10“ und werden die Wörter „zweiter Halbsatz“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.“

Artikel 5 Nr. 24 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) Dreifachbuchstabe ccc) wird wie folgt gefasst:

„In Nummer 2 werden die Wörter „erster Halbsatz“ durch die Angabe „Nummer 1“ und die Wörter „zweiter Halbsatz“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.“

Artikel 5 Nr. 24 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) wird wie folgt gefasst:

„Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

Sind die Daten nach Satz 1 Nummer 1 und 2 nicht Bestandteil der Festlegungen nach § 30 Absatz 4 des zu prüfenden Ausgleichsjahres, so sind sie von der Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 ausgenommen. Die Stellen nach Satz 1 haben jährlich die Datenmeldung

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Seite 139 von 145

nach § 30 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 für Versicherte nach § 37a Absatz 2 Satz 1 des jeweiligen Berichtsjahres auf ihre Richtigkeit zu prüfen.“

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 25

§ 43 – Ermittlung des Korrekturbetrags

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Gemäß Absatz 1 überprüft das BVA nur noch die Korrekturmeldungen nach § 30 Absatz 1 Satz 2, da Rechtsverstöße ausschließlich in den Korrekturmeldungen zu bleibenden finanziellen Vorteilen führen können.

Nach Absatz 2 berechnet das BVA für diese Meldungen einen Korrekturbetrag nach § 273 Absatz 6 Satz 1 SGB V.

Die Absätze 3 und 4 regeln dabei die Eckpunkte der Korrekturbetragsberechnung, je nachdem, ob die Einzelfallprüfung aufgrund der Auffälligkeitsprüfung nach § 273 Absatz 2 SGB V oder aufgrund eines Verdachts nach § 273 Absatz 5 SGB V eingeleitet wurde. Danach richtet sich die Datenbasis, auf der die Berechnung fußt. Weiterhin ist jeweils die durchschnittliche Entwicklung der maßgeblichen Daten in der Rest-GKV (mit Ausnahme der Landwirtschaftlichen Krankenkasse) sowie ein Aufschlag von 25 % zu berücksichtigen. Auf die Erhebung des Aufschlags kann nun in der Neuregelung nicht mehr verzichtet werden.

Der Korrekturbetrag fließt nach Absatz 5 weiterhin in den Gesundheitsfonds und wird im Rahmen des nächsten Jahresausgleichs zusätzlich ausgeschüttet. Für die Regelung aller weiteren Details des Verfahrens wird der GKV-Spitzenverband angehört.

B) Stellungnahme

Der neue § 43 gewährt dem BVA einen größeren Spielraum bei der Berechnung des Korrekturbetrags als der vorherige § 39a, insbesondere bei der Berücksichtigung der durchschnittlichen Entwicklung der Rest-GKV. Ausnahme ist die nun verpflichtende Erhebung eines Strafzuschlags. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die erhöhte Gestaltungsfreiheit des BVA und erachtet den obligatorischen Zuschlag zur Erhaltung des Sanktionscharakters als sachgerecht. Die Beschränkung der Prüfung auf die Korrekturmeldungen senkt im Zusammenspiel mit den vereinfachenden Änderungen des § 273 SGB V weiter den Aufwand der Prüfungen. Da rechtswidrig gemeldete Daten ausschließlich in der Korrekturmeldung eine dauerhafte finanzielle

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Seite 141 von 145

Wirkung entfalten, befürwortet der GKV-Spitzenverband diese das Verfahren beschleunigende Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 18.04.2019
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Seite 142 von 145

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 26

§ 44, 45 – Durchführung des Einkommensausgleichs/Aufzubringende Mittel für den Innovationsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aus den bisherigen §§ 43, 44 werden die §§ 44, 45.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 219 – Finanzverbund in der allgemeinen Rentenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Streichung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 und 2

§ 46 – Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 46 Absatz 3 Satz 6 regelt, dass personelle Verwaltungskosten, die einer Betriebskrankenkasse von der Pflegekasse erstattet werden, dann an den Arbeitgeber weiterzuleiten sind, wenn dieser die Personalkosten der Betriebskrankenkasse nach § 147 Absatz 2 SGB V trägt. Durch die Änderung in Artikel 4 Nr. 11 wird die Personalkostenübernahme durch den Arbeitgeber bei einer Betriebskrankenkasse künftig in § 149 geregelt. Der Verweis wird entsprechend geändert.

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

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird bestimmt, dass das Gesetz am Tag nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt in Kraft tritt. Am gleichen Tag soll die Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse vom 4. Januar 2010 außer Kraft treten.

B) Stellungnahme

Für eine friktionsfreie Umsetzung des Gesetzes im Bereich des Morbi-RSA fehlen klare Terminvorgaben für die einzelnen Reformmaßnahmen. Diese Terminvorgaben können sinnvoller Weise nicht im Rahmen der Inkrafttretensregelung erfolgen. Der Gesetzgeber sollte vielmehr in den jeweiligen Einzelvorschriften bestimmen, welches Instrument mit Wirkung für welches Ausgleichsjahr einzuführen ist; anderenfalls wird die friktionsfreie Umsetzung der Reformmaßnahmen im Zusammenwirken von BVA, GKV-Spitzenverband und Krankenkassen deutlich erschwert. Auf die entsprechenden Änderungsvorschläge zu Artikel 4 und 5 wird verwiesen.

Der GKV-Spitzenverband hat keine grundsätzlichen Bedenken gegen das zeitgleiche Außerkrafttreten der Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse vom 4. Januar 2010 (KKInsoV), soweit die wesentlichen Regelungen zur Verteilung der Haftungssumme aus der Rechtsverordnung in das Sechste Kapitel des SGB V überführt werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist dies mit dem vorgelegten Referentenentwurf noch nicht in ausreichender Weise gelungen. Die aus diesseitiger Sicht noch dringend notwendigen Ergänzungen wurden im Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 11 (§ 167) formuliert. Wird diesem Vorschlag nicht gefolgt, wird ein zeitgleiches Außerkrafttreten der Verordnung kritisch gesehen.

C) Änderungsvorschlag

keiner