

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

A. Problem und Ziel

Mit der Umsetzung der Lahnsteiner Beschlüsse durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) grundlegend modernisiert. Durch einen solidarischen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist die Gesundheitsversorgung seitdem auf einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet. Zugleich wurde die freie Wahl der Krankenkasse für die Mitglieder der GKV ermöglicht. Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen war dabei die Einführung eines Risikostrukturausgleichs (RSA), der die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen ausgleichen und einen auf Risikoselektion ausgerichteten Wettbewerb zulasten der Versicherten vermeiden sollte. Mit der Einführung der direkten Morbiditätsorientierung des RSA zum 1. Januar 2009 wurden die Zielgenauigkeit des RSA erhöht und Wettbewerbsverzerrungen reduziert.

Parallel dazu wurden mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV von 2009 die historisch gewachsenen Organisationsformen der Krankenkassen und ihrer Verbände an die neuen wettbewerblichen Rahmenbedingungen angepasst. Mit der Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen, der Gründung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) sowie der Schaffung einheitlicher Regelungen zur Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen wurde der abnehmenden Bedeutung von Kassenarten und den Anforderungen an einen fairen Wettbewerbsrahmen auch im Organisationsrecht der Krankenkassen Rechnung getragen.

Ungeachtet dieser wichtigen Schritte bestehen jedoch weiterhin Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. So sind einige Versichertengruppen (wie multimorbide, ältere Versicherte sowie Versicherte ohne diagnostizierte Krankheiten) überdeckt (d.h. die Zuweisungen für diese Versicherten übersteigen die Ausgaben) und andere Gruppen (wie unter anderem Versicherte mit hohen Leistungsausgaben) unterdeckt (Ausgaben übersteigen die Zuweisungen). Finden sich in der Versichertenstruktur einer Krankenkasse überdurchschnittlich viele Versicherte aus einer dieser Gruppen, kann dies zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Durch regional unterschiedliche Ausgabenstrukturen entstehen ebenfalls erhebliche Über- bzw. Unterdeckungen, die in einem bundesweit einheitlichen Finanzierungssystem zu Ungleichgewichten zwischen regional begrenzten und bundesweit geöffneten Krankenkassen führen können. Darüber hinaus können Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung die Zuweisungen an die Krankenkassen beeinflussen und im Ergebnis zu Wettbewerbsverzerrungen führen.

Unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen ergeben sich auch durch das bestehende Organisationsrecht der Krankenkassen. So kann die regionale Begrenzung von Krankenkassen zu Vorteilen im Wettbewerb führen, da Versicherten aus Regionen mit überdurchschnittlichen Ausgabenstrukturen der Beitritt zu diesen günstigeren Krankenkassen verwehrt wird. Diese finanziellen Vorteile regional begrenzter Krankenkassen können regionale Marktkonzentration fördern, die wiederum den Wettbewerb weiter schwächt. Zudem

kann sich unterschiedliches Aufsichtshandeln der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder auf die Gestaltungsmöglichkeiten des Vertrags- und Versorgungsmanagement der Krankenkassen auswirken. So kann unterschiedliches Aufsichtshandeln im Bereich der Haushalts- und Finanzaufsicht Wettbewerbsverzerrungen zur Folge haben.

Darüber hinaus führt die regionale Begrenzung von Krankenkassen zu einer erheblichen Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten. Beispielsweise stehen unter den zehn größten Krankenkassen derzeit lediglich vier Krankenkassen bundesweit zum Beitritt offen. Der Zugang zu den übrigen sechs größten Krankenkassen ist den Versicherten aufgrund deren regionaler Begrenzung nur eingeschränkt möglich. Wettbewerb findet daher nur in begrenztem Umfang statt. Die geringe Wettbewerbsintensität trägt auch dazu bei, dass viele Krankenkassen höhere Zusatzbeiträge erheben als sie zur Deckung ihrer Ausgaben benötigen. Die überhöhten Zusatzbeiträge und der daraus resultierende Aufbau von übermäßigen Finanzreserven bei vielen Krankenkassen in den letzten Jahren ist demzufolge auch das Ergebnis eines eingeschränkten Wettbewerbs, der sich aus begrenzten Wahlfreiheiten der Versicherten ergibt.

Auch die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes bedürfen der Weiterentwicklung, um eine engere und transparentere Anbindung an das operative Geschäft der Krankenkassen zu unterstützen. Zudem sind Regelungen notwendig, um eine angemessene Repräsentanz von Frauen bei der Zusammensetzung der Entscheidungsgremien des GKV-Spitzenverbandes auf Dauer sicherzustellen.

B. Lösung

Um die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen dauerhaft zu beseitigen und die Wahlfreiheiten der Versicherten zu stärken, ist es notwendig, den mit dem Gesundheitsstrukturgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeschlagenen Weg konsequent fortzusetzen und die wettbewerblichen Rahmenbedingungen im RSA sowie im Organisationsrecht zu modernisieren und an die Erfordernisse einer solidarischen und fairen Wettbewerbsordnung anzupassen.

Der RSA ist als „lernendes System“ ausgestaltet, um die Verstetigung möglicher Fehlansätze, die in einem Ausgleichssystem auftreten können, zu vermeiden. Unter Berücksichtigung des Sondergutachtens zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (November 2017) und des Gutachtens zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Juni 2018), die der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesversicherungsamt (BVA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vorgelegt hat, wird der RSA mit dem Ziel gleicher Wettbewerbsbedingungen und der Stärkung der Manipulationsresistenz sowie der Präventionsorientierung weiterentwickelt. Dabei stehen systematische Verbesserungen des RSA im Fokus, die insbesondere die Reduzierung struktureller Fehldeckungen auf der Ebene von einzelnen Versichertengruppen und im Hinblick auf die regionale Verteilung der Versicherten ermöglichen. Zugleich werden dadurch Risikoselektionsanreize verringert. Dazu werden unter anderem folgende Änderungen in der RSA-Systematik umgesetzt:

- Einführung einer Regionalkomponente
- Einführung eines Krankheits-Vollmodells
- Einführung eines Risikopools
- Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im RSA
- Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung
- Streichung der DMP-Programmkostenpauschale

Zur Stärkung der Manipulationsresistenz wird eine Manipulationsbremse im RSA-Jahresabschluss eingeführt, nach der hierarchisierte Morbiditätsgruppen von den Zuweisungen ausgeschlossen werden, wenn ihre Steigerungsrate statistisch auffällig ist.

Entsprechend den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats in seinem Gutachten von 2017 wird das bisherige Verbot der Diagnosevergütung neu formuliert, um Umgehungsstrategien zu eliminieren. Zusätzlich werden mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) bereits verschiedene vom Wissenschaftlichen Beirat empfohlene Maßnahmen umgesetzt, die die Manipulationsresistenz des RSA stärken. Dazu gehören

- die Einführung von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Diagnosen- und Prozedurenschlüssel im ambulanten Bereich zur Sicherstellung von Qualität und Einheitlichkeit der Diagnosekodierung, um der Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens durch die Krankenkassen entgegenzuwirken und
- die Zertifizierung sämtlicher Praxisverwaltungssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), um krankenkassenindividuelle Module zur Beeinflussung des Kodierverhaltens zu verhindern.

Die Prüfung nach § 273 SGB V zur Sicherung der Datengrundlage für den RSA wird vereinfacht und in Bezug auf die Kompetenzen des BVA verstärkt. Unter anderem erhält das BVA als RSA-Durchführungsbehörde ein eigenständiges anlassbezogenes Prüfrecht für Selektivverträge im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße. Die Beweislast für rechtswidriges Verhalten wird umgekehrt.

Die Präventionsorientierung des RSA wird gestärkt, indem eine Vorsorge-Pauschale in den RSA eingeführt wird. Damit wird der Anreiz für die Krankenkassen gestärkt, die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen ihrer Versicherten zu fördern.

Durch die bundesweite Öffnung bislang regional begrenzter Krankenkassen wird der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz begonnene Reformprozess konsequent weitergeführt und die vollständige Wahlfreiheit für alle Mitglieder der GKV hergestellt. Zukünftig können die Versicherten unter allen gesetzlichen Krankenkassen frei wählen. Der Zugang zu einer günstigen regionalen Krankenkasse kann Versicherten aus Regionen mit überdurchschnittlichen Ausgaben zukünftig nicht mehr verwehrt werden. Dadurch werden zugleich Wettbewerbsverzerrungen verringert, die durch bundesweit einheitliche Zuweisungen bei regional unterschiedlichen Ausgabenstrukturen entstehen. Aus der Öffnung der Krankenkassen ergibt sich zudem eine bundesweit einheitliche Aufsicht, wodurch Wettbewerbsverzerrungen aufgrund unterschiedlichen Aufsichtshandelns beseitigt werden. Weiterhin werden die Verwerfungen im Wettbewerb beseitigt, die durch die historisch entstandenen Haftungsregelungen verursacht werden. Dazu wird die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen derselben Kassenart abgeschafft und eine Kostentragung aller Krankenkassen auf Grundlage eines fairen Verteilungsschlüssels eingeführt. Zugleich werden die Regelungen für die Bildung, Fusion und Schließung von Krankenkassen soweit wie möglich vereinheitlicht. Darüber hinaus werden die Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander bei wettbewerbswidrigem Verhalten ausgeweitet und die Verhaltensregeln zum Beispiel für Werbemaßnahmen klarer definiert.

Mit der Weiterentwicklung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen werden auch die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes an aktuelle Erfordernisse angepasst. Um eine Professionalisierung des Verwaltungsrats zu erreichen und die organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes zu stärken, wird der Verwaltungsrat künftig nicht mehr aus ehrenamtlichen Vertretern der Verwaltungsräte der Krankenkassen sondern aus Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen gebildet. Darüber hinaus werden Regelungen geschaffen, mit denen eine angemessene Repräsentanz von Frauen im Vorstand und im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes unterstützt wird.

Die Regelungen zum Organisationsrecht und zum RSA sind einer Rechtsbereinigung unterzogen worden, da hier zum Teil veraltete Regelungen enthalten waren. Aufgrund des aufgestauten Rechtsbereinigungsbedarfs ist diese umfangreich und hat Neustrukturierungen notwendig gemacht.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Für Länder und Kommunen ergeben sich aus den Regelungen dieses Gesetzes keine Mehrausgaben.

Weiterentwicklung des RSA

Für den Bund fallen für die regelmäßige Evaluation des RSA alle vier Jahre rund 80.000 Euro Kosten für die anlassbezogene Vergütung der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats an.

Aus den Regelungen zur Weiterentwicklung des RSA ergeben sich für die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen Be- und Entlastungseffekte, die für die GKV insgesamt finanzneutral verlaufen.

Weiterentwicklung des Organisationsrechts

Keine.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Keiner.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für den Bund entsteht einmaliger Aufwand in Höhe von insgesamt rund 100.000 Euro, vor allem durch die konzeptionellen Anpassungen der RSA-Systematik und ihrer IT-seitigen Umsetzung im BVA. Ferner entsteht dem BVA jährlicher Aufwand in Höhe von insgesamt 490.000 Euro, vor allem durch die dauerhafte Durchführung des Risikopools und die dauerhafte Umsetzung der Regionalkomponente, der Manipulationsbremse und der versichertenindividuellen Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte.

Für die Umsetzung der Satzungsänderung aufgrund der Aufhebung der regionalen Begrenzung der Geschäftstätigkeit entsteht den bisher nur regional geöffneten Krankenkassen ein geringfügiger einmaliger Verwaltungsaufwand.

Durch die Neugestaltung der Haftungskaskade ergibt sich einmaliger, nicht quantifizierbarer Verwaltungsaufwand beim GKV-Spitzenverband, um die angepassten Regelungen im Bereich der Haftungsprävention sowie der etwaigen Refinanzierung von Haftungsbeträgen umzusetzen.

Durch den Wegfall der Aufsicht für ehemals landesunmittelbare Krankenkassen entfällt Erfüllungsaufwand für die Länder. In gleichem Umfang entsteht ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für das BVA.

Durch die notwendigen Änderungen im Wahlverfahren zum Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes und die damit verbundenen Satzungsänderungen entsteht dem GKV-Spitzenverband einmaliger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

In § 51 Absatz 3 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden nach dem Wort „betreffen“ die Wörter „sowie Streitigkeiten nach § 4a Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 2

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

In § 17 Satz 3 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Wörter „Achten Titels“ durch die Wörter „Dritten und Vierten Titels“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 35a Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „147“ durch die Angabe „149“ ersetzt.
2. § 90a wird wie folgt gefasst:

„§ 90a

Zuständigkeitsbereich

Enthält die Satzung einer Betriebskrankenkasse keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung, wird der Zuständigkeitsbereich im Sinne des § 90 bestimmt durch die Betriebe, für die sie ihrer Satzung nach zuständig ist; unselbständige Betriebsteile mit weniger als zehn Mitgliedern in einem Land bleiben unberücksichtigt.“

Artikel 4

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3 Satz 2 wird aufgehoben.
 - b) Absatz 4 Satz 2 bis 6 wird aufgehoben.
 - c) Absatz 5 wird aufgehoben.
2. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

„§ 4a

Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

(1) Der Wettbewerb der Krankenkassen dient dem Ziel, die Leistungen und ihre Qualität zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Versorgung und ihrer Strukturen zu erhöhen. Er muss unter Berücksichtigung der Finanzierung der Krankenkassen durch Beiträge und des sozialen Auftrags der Krankenkassen angemessen sein. Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar oder mittelbar fördern, sind unzulässig.

(2) Für geschäftliche Handlungen der Krankenkassen gelten die §§ 3, 4 bis 7 sowie der Anhang zu § 3 Absatz 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb entsprechend.

(3) Krankenkassen sind zur Werbung um Mitglieder und für ihre Leistungen berechtigt. Bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen muss die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Die Werbung hat in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln im Hinblick auf

1. Inhalt und Art der Werbung,

2. Höchstgrenzen für Werbeausgaben einschließlich der Aufwandsentschädigungen für externe Dienstleister zu Werbezwecken,
3. die Trennung der Werbung von der Erfüllung gesetzlicher Informationspflichten,
4. die Beauftragung und Vergütung von Mitarbeitern, Arbeitsgemeinschaften und Dritten zu Werbezwecken,
5. die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge nach § 194 Absatz 1a.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesversicherungsamt übertragen.

(5) Beauftragen Krankenkassen Arbeitsgemeinschaften oder Dritte zu Zwecken des Wettbewerbs und insbesondere der Werbung, haben sie sicherzustellen, dass diese die für entsprechende Maßnahmen der Krankenkassen geltenden Vorschriften einschließlich der Vorgaben nach Absatz 1 bis 3 sowie der Rechtsverordnung nach Absatz 4 einhalten.

(6) In den Verwaltungsvorschriften nach § 78 Satz 1 und § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben, die der Werbung neuer Mitglieder dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden.

(7) Krankenkassen können von anderen Krankenkassen die Beseitigung und Unterlassung unzulässiger Maßnahmen verlangen, die geeignet sind, ihre Interessen im Wettbewerb zu beeinträchtigen. Für die Geltendmachung dieses Anspruchs gelten § 12 Absatz 1 bis 3 und die §§ 13 bis 15 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb entsprechend.“

3. Der bisherige § 4a wird § 4b.
4. In § 71 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.
5. § 73b Absatz 5 Satz 7 wird wie folgt gefasst:
„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig, auch wenn sie vor dem [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] zustande gekommen sind; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt.“
6. In § 77 Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „144“ durch die Angabe „155“ ersetzt.
7. § 83 Satz 4 wird wie folgt gefasst:
„Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, können nicht Gegenstand der Gesamtverträge sein, auch wenn sie vor dem [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] zustande gekommen sind; § 71 Absatz 6 gilt entsprechend.“
8. In § 92a Absatz 4 Satz 4 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 1; § 266 Absatz 6“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1; § 266 Absatz 7“ ersetzt.
9. § 137g wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird jeweils die Angabe „Abs. 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 wird jeweils die Angabe „Absatz 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.

10. § 140a Absatz 2 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig, auch wenn sie vor dem [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] zustande gekommen sind oder nach Absatz 1 Satz 3 fortgelten; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt.“

11. Sechstes Kapitel Erster Abschnitt wird wie folgt gefasst:

„Erster Abschnitt

Errichtung, Vereinigung und Beendigung von Krankenkassen

Erster Titel

Arten der Krankenkassen

§ 143

Ortskrankenkassen

Ortskrankenkassen sind Krankenkassen, die bis zum [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] für abgegrenzte Regionen bestanden. Der Zuständigkeitsbereich von Ortskrankenkassen erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet.

§ 144

Betriebskrankenkassen

Betriebskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch den Arbeitgeber für einen oder mehrere Betriebe errichtet wurden. Der Zuständigkeitsbereich von Betriebskrankenkassen, deren Satzungen Regelungen nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthalten, erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet.

§ 145

Innungskrankenkassen

Innungskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch eine Handwerksinnung (Trägerinnung) allein oder gemeinsam mit anderen Handwerksinnungen für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder, die in die Handwerksrolle eingetragen sind, errichtet wurden. Der Zuständigkeitsbereich von Innungskrankenkassen erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet.

§ 146

Landwirtschaftliche Krankenkasse

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der Krankenversicherung der Landwirte führt die Krankenversicherung nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte durch; sie führt in Angelegenheiten der Krankenversicherung die Bezeichnung landwirtschaftliche Krankenkasse.

§ 147

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Krankenversicherung nach den Vorschriften dieses Buches durch.

§ 148

Ersatzkassen

Ersatzkassen sind am 31. Dezember 1992 bestehende Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 1995 durch Ausübung des Wahlrechts erlangen können. Der Zuständigkeitsbereich von Ersatzkrankenkassen erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet.

Zweiter Titel

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

§ 149

Errichtung von Betriebskrankenkassen

(1) Der Arbeitgeber kann für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn

1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 5000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und
2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist.

(2) Bei Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält, kann der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellen. Nicht bestellt werden dürfen Personen, die im Personalbereich des Betriebes oder Dienstbetriebes tätig sein dürfen. In der dem Antrag auf Genehmigung nach § 150 Absatz 2 beigefügten Satzung ist zu bestimmen, ob der Arbeitgeber auf seine Kosten das Personal bestellt. Lehnt der Arbeitgeber die weitere Übernahme der Kosten des für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personals durch unwiderrufliche Erklärung gegenüber dem Vorstand der Krankenkasse ab, übernimmt die Betriebskrankenkasse spätestens zum 1. Januar des auf den Zugang der Erklärung folgenden übernächsten Kalenderjahres die bisher mit

der Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse beauftragten Personen, wenn diese zustimmen. Die Betriebskrankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein; § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist entsprechend anzuwenden. Neueinstellungen nimmt vom Tag des Zugangs der Erklärung nach Satz 4 an die Betriebskrankenkasse vor. Die Sätze 4 bis 6 gelten entsprechend, wenn die Betriebskrankenkasse in ihrer Satzung eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 vorsieht, vom Tag des Wirksamwerdens dieser Satzungsbestimmung an.

(3) Betriebskrankenkassen nach Absatz 2 Satz 1, bei denen der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt, leiten 85 vom Hundert ihrer Zuweisungen, die sie nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erhalten, an den Arbeitgeber weiter. Trägt der Arbeitgeber die Kosten der für die Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse erforderlichen Personen nur anteilig, reduziert sich der von der Betriebskrankenkasse an den Arbeitgeber weiterzuleitende Betrag entsprechend. Die weitergeleiteten Beträge sind gesondert auszuweisen. Der weiterzuleitende Betrag nach den Sätzen 1 und 2 ist auf die Höhe der Kosten begrenzt, die der Arbeitgeber tatsächlich trägt.

(4) Absatz 1 gilt nicht für Betriebe, die als Leistungserbringer zugelassen sind oder deren maßgebliche Zielsetzung die Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen von Leistungserbringern ist, soweit sie nach diesem Buch Verträge mit den Krankenkassen oder deren Verbänden zu schließen haben. Satz 1 gilt nicht für Leistungserbringer, die nicht überwiegend Leistungen auf Grund von Verträgen mit den Krankenkassen oder deren Verbänden erbringen.

§ 150

Verfahren bei Errichtung

(1) Die Errichtung der Betriebskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 149 Absatz 1 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht 2500 Mitglieder haben wird.

(2) Der Arbeitgeber hat dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung beizufügen. Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Errichtung wirksam wird.

§ 151

Ausdehnung auf weitere Betriebe

Eine Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält, kann auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden. § 150 gilt entsprechend.

§ 152

Ausscheiden von Betrieben

(1) Geht von mehreren Betrieben desselben Arbeitgebers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, einer auf einen anderen Arbeitgeber über, kann

jeder beteiligte Arbeitgeber das Ausscheiden des übergegangenen Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse beantragen.

(2) Besteht für mehrere Betriebe verschiedener Arbeitgeber eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, kann jeder beteiligte Arbeitgeber beantragen, mit seinem Betrieb aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse auszuscheiden. Satz 1 gilt nicht für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält.

(3) Über den Antrag auf Ausscheiden des Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem das Ausscheiden wirksam wird.

§ 153

Auflösung

Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des Arbeitgebers aufgelöst werden, wenn der Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird. Satz 1 gilt nicht, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält. Für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber ist der Antrag nach Satz 1 von allen beteiligten Arbeitgebern zu stellen.

§ 154

Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen

Die §§ 149 bis 153, 159 Absatz 2, 166 Absatz 2 und 167 Absatz 4 gelten entsprechend für Dienstbetriebe von Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände oder der Gemeinden. An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Verwaltung.

Dritter Titel

Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen

§ 155

Freiwillige Vereinigung

(1) Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

(2) Die beteiligten Krankenkassen fügen dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe, ein Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur der neuen Krankenkasse einschließlich der Zahl und der Verteilung ihrer Geschäftsstellen sowie eine Vereinbarung über die Rechtsbeziehungen zu Dritten bei. Bei einer kassenartenübergreifenden Vereinigung

ist dem Antrag auf Genehmigung auch eine Erklärung beizufügen, welche Kassenart-zugehörigkeit aufrechterhalten bleiben soll.

(3) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird.

(4) Mit diesem Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.

§ 156

Vereinigung auf Antrag

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Antrag einer bundesunmittelbaren Krankenkasse durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Krankenkassen der Kassenart nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen vereinigen, wenn durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen verbessert werden kann.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit vereinigt auf Antrag einer bundesunmittelbaren Krankenkasse durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Krankenkassen der Kassenart nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen, wenn

1. die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt sind und
2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nur für Betriebskrankenkassen, deren Satzungen eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthalten.

§ 157

Verfahren bei Vereinigung auf Antrag

(1) Werden Krankenkassen nach § 156 vereinigt, legen sie der Aufsichtsbehörde eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe und eine Vereinbarung über die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten vor.

(2) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird.

(3) Mit diesem Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.

(4) Kommen die beteiligten Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Absatz 1 nicht innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nach, setzt die Aufsichtsbehörde die Satzung fest, bestellt die Mitglieder der Organe, regelt die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird. Absatz 3 gilt.

§ 158

Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von Krankenkassen

(1) Bei der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen finden die Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle nach dem Kapitel Sieben des Ersten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen nach Maßgabe des Absatzes 2 sowie die §§ 48, 49, 50c Absatz 2, §§ 54 bis 80 und 81 Absatz 2 und 3 Nummer 3, Absatz 4 bis 10 und die §§ 83 bis 86a des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen entsprechende Anwendung.

(2) Finden die Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle Anwendung, darf die Genehmigung nach § 155 Absatz 3 erst erfolgen, wenn das Bundeskartellamt die Vereinigung nach § 40 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen freigegeben hat oder sie als freigegeben gilt. Hat der Vorstand einer an der Vereinigung beteiligten Krankenkasse eine Anzeige nach § 160 Absatz 2 Satz 1 abgegeben, beträgt die Frist nach § 40 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sechs Wochen. Vor einer Untersagung ist mit den zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 90 des Vierten Buches das Benehmen herzustellen. Neben die obersten Landesbehörden nach § 42 Absatz 5 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen treten die zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 90 des Vierten Buches. § 41 Absatz 3 und 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gilt nicht.

§ 159

Schließung

(1) Eine Krankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist.

(2) Eine Betriebskrankenkasse wird auch dann von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn

1. der Betrieb schließt, für den sie errichtet worden ist, und die Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält oder
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen.

(3) Eine Innungskrankenkasse wird auch dann von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn sie nicht hätte errichtet werden dürfen.

(4) Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen.

§ 160

Insolvenz von Krankenkassen

(1) Vom 1. Januar 2010 an findet § 12 Absatz 1 Nummer 2 InsO auf Krankenkassen keine Anwendung. Von diesem Zeitpunkt an gilt die InsO für die Krankenkassen nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze.

(2) Wird eine Krankenkasse zahlungsunfähig oder ist sie voraussichtlich nicht in der Lage, die bestehenden Zahlungspflichten im Zeitpunkt der Fälligkeit zu erfüllen

(drohende Zahlungsunfähigkeit), oder tritt Überschuldung ein, hat der Vorstand der Krankenkasse dies der zuständigen Aufsichtsbehörde unter Beifügung aussagefähiger Unterlagen unverzüglich anzuzeigen. Verbindlichkeiten der Krankenkasse, für die nach § 169 Absatz 1 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haftet, sind bei der Feststellung der Überschuldung nicht zu berücksichtigen.

(3) Der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Krankenkasse kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. Liegen zugleich die Voraussetzungen für eine Schließung wegen auf Dauer nicht mehr gesicherter Leistungsfähigkeit vor, soll die Aufsichtsbehörde anstelle des Antrages nach Satz 1 die Krankenkasse schließen. Stellt die Aufsichtsbehörde den Antrag nach Satz 1 nicht innerhalb von 3 Monaten nach Eingang der in Absatz 2 Satz 1 genannten Anzeige, ist die spätere Stellung eines Insolvenzantrages solange ausgeschlossen, wie der Insolvenzgrund, der zu der Anzeige geführt hat, fortbesteht. § 165 Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend, wenn die Aufsichtsbehörde den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt hat.

(4) Die Aufsichtsbehörde hat den Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich über die Anzeige nach Absatz 2 Satz 1 und die Antragsstellung nach Absatz 3 Satz 1 zu unterrichten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterrichtet hierüber unverzüglich die Krankenkassen. Vor der Bestellung des Insolvenzverwalters hat das Insolvenzgericht die Aufsichtsbehörde zu hören. Der Aufsichtsbehörde ist der Eröffnungsbeschluss gesondert zuzustellen. Die Aufsichtsbehörde und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können jederzeit vom Insolvenzgericht und dem Insolvenzverwalter Auskünfte über den Stand des Verfahrens verlangen.

(5) Mit dem Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder dem Tag der Rechtskraft des Beschlusses, durch den die Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgelehnt worden ist, ist die Krankenkasse geschlossen mit der Maßgabe, dass die Abwicklung der Geschäfte der Krankenkasse im Fall der Eröffnung des Insolvenzverfahrens nach den Vorschriften der InsO erfolgt.

(6) Zum Vermögen einer Krankenkasse gehören die Betriebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen. Abweichend von § 260 Absatz 2 Satz 3 bleiben die Beitragsforderungen der Krankenkasse außer Betracht, soweit sie dem Gesundheitsfonds als Sondervermögen zufließen.

(7) Für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Wertguthaben aus Alterszeitvereinbarungen sind die Verpflichtungen nach § 8a AltZG vollständig spätestens ab dem 1. Januar 2005 zu erfüllen.

§ 161

Aufhebung der Haftung nach § 12 Absatz 2 InsO

Vom 1. Januar 2009 an haften die Länder nicht mehr nach § 12 Absatz 2 InsO für die Ansprüche der Beschäftigten von Krankenkassen auf Leistungen der Altersversorgung und auf Insolvenzgeld.

§ 162

Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden

Die §§ 160, 161, 169 und 170 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.

§ 163

Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Finanzlage der Krankenkassen auf der Grundlage der jährlichen und der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse zu überprüfen und ihre Leistungsfähigkeit zu bewerten. Hierbei sind insbesondere das Vermögen, das Rechnungsergebnis, die Liquidität und die Versichertenentwicklung zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert die Krankenkassen über das Ergebnis seiner Bewertung. Wird die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse als gefährdet eingestuft, hat die Krankenkasse dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die dieser zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich hält, oder ihm auf Verlangen die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten. Hält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage dieser Informationen die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse für bedroht, hat er diese über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten und umgehend die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse über die finanzielle Situation, die Ergebnisse und Bewertungen der Überprüfung nach Satz 1 und die vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterrichten. Kommt eine Krankenkasse ihren Verpflichtungen nach Satz 4 nicht nach, ist die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse hierüber zu unterrichten. Das konkrete Verfahren zur Bewertung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Satzung zu veröffentlichen.

(2) Stellt eine Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass bei einer Krankenkasse nur durch die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse die Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert oder der Eintritt der Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung vermieden werden kann, kann dieser der Aufsichtsbehörde Vorschläge für eine Vereinigung dieser Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse vorlegen. Kommt bei der in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdeten Krankenkasse ein Beschluss über eine freiwillige Vereinigung innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nicht zustande, ersetzt die Aufsichtsbehörde diesen Beschluss.

§ 164

Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse

(1) Die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen, die zur Abwendung von Haftungsrisiken für notwendig erachtet werden, vorzusehen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfen regelt die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Satzungsregelungen werden mit 70 Prozent der Stimmen der Mitglieder des Verwaltungsrates beschlossen.

(2) Der Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe nach Absatz 1 kann nur von der Aufsichtsbehörde gestellt werden. Der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entscheidet über die Gewährung der Hilfe nach Absatz 1. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Sie sind zu befristen und mit Auflagen zu versehen, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Finanzierung der Hilfen erforderlichen Beträge durch Bescheid bei seinen Mitgliedskassen mit Aus-

nahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse geltend. Bei der Aufteilung der Finanzierung der Hilfen ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen angemessen zu berücksichtigen. Klagen gegen die Bescheide, mit denen die Beträge zur Finanzierung der Hilfeleistungen angefordert werden, haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Ansprüche und Verpflichtungen auf Grund der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung des § 265a bleiben unberührt.

Vierter Titel

Folgen der Auflösung, der Schließung und der Insolvenz

§ 165

Abwicklung der Geschäfte

(1) Der Vorstand einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse wickelt die Geschäfte ab. Bis die Geschäfte abgewickelt sind, gilt die Krankenkasse als fortbestehend, soweit es der Zweck der Abwicklung erfordert. Scheidet ein Vorstand nach Auflösung oder Schließung aus dem Amt, bestimmt die Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Landesverbandes den Abwicklungsvorstand. § 35a Absatz 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Der Vorstand macht die Auflösung oder Schließung öffentlich bekannt. Die Befriedigung von Gläubigern, die ihre Forderungen nicht innerhalb von sechs Monaten nach der Bekanntmachung anmelden, kann verweigert werden, wenn die Bekanntmachung einen entsprechenden Hinweis enthält. Bekannte Gläubiger sind unter Hinweis auf diese Folgen zur Anmeldung besonders aufzufordern. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Ansprüche aus der Versicherung sowie für Forderungen auf Grund zwischen- oder überstaatlichen Rechts. Der Vorstand hat unverzüglich nach Zustellung des Schließungsbescheids jedem Mitglied einen Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen und den von der gewählten Krankenkasse für die Erbringung von Leistungen benötigten Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann. Er hat die einzelnen Mitgliedergruppen ferner auf die besonderen Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts nach § 175 Absatz 3a hinzuweisen sowie auf die Folgen einer nicht rechtzeitigen Ausübung des Wahlrechts. Der Abwicklungsvorstand hat außerdem die zur Meldung verpflichtete Stelle über die Schließung zu informieren sowie über die Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts und für die Anmeldung des Mitglieds, wenn das Wahlrecht nicht rechtzeitig ausgeübt wird.

(3) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, geht dieses auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über, der dieses auf die übrigen Krankenkassen verteilt.

§ 166

Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung

(1) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haften die übrigen Krankenkassen.

(2) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält, nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Arbeitgeber die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind mehrere Arbeitgeber beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht das Vermögen des Arbeitgebers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, findet Absatz 1 Anwendung. Übersteigen die Verpflichtungen einer Krankenkasse ihr Vermögen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsbestimmung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4, hat der Arbeitgeber den Unterschiedsbetrag innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Satzungsbestimmung auszugleichen.

§ 167

Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen

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

1. Der aufzuteilende Betrag wird durch die Summe der Mitglieder aller Krankenkassen geteilt;
2. Das Ergebnis nach Nummer 1 wird mit der Zahl der Mitglieder jeder einzelnen Krankenkasse vervielfacht. Maßgebend ist die Zahl der Mitglieder, die von den Krankenkassen für den Monat, der dem Monat vorausgeht, in dem die Aufteilung durchgeführt wird, erfasst wird.

(2) Zur Erfüllung von Verpflichtungen, die einen Betrag von 350 Millionen Euro übersteigen, sind ergänzend die Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 der Krankenkassen einzubeziehen, soweit diese ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse das 1,0fache einer Monatsausgabe übersteigen. Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Betrag wird wie folgt berechnet:

1. Für jede Krankenkasse wird der Betrag an Finanzreserven ermittelt, der das 1,0fache einer Monatsausgabe übersteigt; bei Krankenkassen, für die gemäß § 260 Absatz 2 Satz 2 eine abweichende Obergrenze von der zuständigen Aufsichtsbehörde festgesetzt wurde, wird der diese Obergrenze übersteigende Betrag herangezogen;
2. Übersteigt die Summe der nach Nummer 1 ermittelten Beträge die noch zu erfüllenden Verpflichtungen, werden die noch zu erfüllenden Verpflichtungen für jede Krankenkasse durch den Betrag nach Nummer 1 geteilt;
3. Das Ergebnis nach Nummer 2 wird für jede Krankenkasse mit dem Betrag nach Nummer 1 multipliziert;

4. Übersteigen die noch zu erfüllenden Verpflichtungen die Summe der nach Nummer 1 ermittelten Beträge, sind für jede Krankenkasse die Beträge nach Nummer 1 zugrunde zu legen.

Reicht der nach Satz 1 ermittelte Betrag nicht aus, um die Verpflichtungen zu erfüllen beziehungsweise verfügt keine Krankenkasse über Finanzreserven oberhalb des 1,0fachen einer Monatsausgabe, werden die Finanzreserven oberhalb von 0,75 Monatsausgaben entsprechend den in Satz 2 Nummer 1 bis 4 definierten Berechnungsschritten herangezogen, um die verbleibenden Verpflichtungen zu erfüllen.

(3) Reicht der nach Absatz 1 und 2 ermittelte Betrag nicht aus, um die Verpflichtungen zu erfüllen beziehungsweise verfügt keine Krankenkasse über Finanzreserven oberhalb des 0,75fachen einer Monatsausgabe, wird der verbleibende Betrag auf alle Krankenkassen gemäß Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 und 2 aufgeteilt.

(4) Für Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 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 1 Satz 2 Nummer 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 Geltendmachung der Beträge und gegen ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 168

Personal

(1) Die Versorgungsansprüche der am Tag der Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse vorhandenen Versorgungsempfänger und ihrer Hinterbliebenen bleiben unberührt.

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

(3) Die Vertragsverhältnisse der Beschäftigten, die nicht nach Absatz 2 untergebracht werden, enden mit dem Tag der Auflösung oder Schließung. Vertragsmäßige Rechte, zu einem früheren Zeitpunkt zu kündigen, werden hierdurch nicht berührt.

§ 169

Haftung im Insolvenzfall

(1) Wird über das Vermögen einer Krankenkasse das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung mangels Masse rechtskräftig abgewiesen (Insolvenzfall), haftet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Altersversorgungsverpflichtungen dieser Krankenkasse und für Verpflichtungen aus Darlehen, die zur Ablösung von Verpflichtungen gegenüber einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung zur betrieblichen Altersversorgung aufgenommen worden sind, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen durch den Insolvenzfall beeinträchtigt oder unmöglich wird. Soweit der Träger der Insolvenzversicherung nach dem Betriebsrentengesetz die unverfallbaren Altersversorgungsverpflichtungen einer Krankenkasse zu erfüllen hat, ist ein Rückgriff gegen die anderen Krankenkassen oder ihre Verbände ausgeschlossen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die zur Erfüllung seiner Haftungsverpflichtung erforderlichen Beträge bei den übrigen Krankenkassen geltend. Für die Ermittlung der auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge und das Verfahren zur Geltendmachung der Beträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gilt § 167 entsprechend. Für das Personal gilt § 168 entsprechend.

(2) Im Fall der Insolvenz einer Krankenkasse, bei der vor dem 1. Januar 2010 das Insolvenzverfahren nicht zulässig war, umfasst der Insolvenzschutz nach dem Vierten Abschnitt des Betriebsrentengesetzes nur die Ansprüche und Anwartschaften aus Versorgungszusagen, die nach dem 31. Dezember 2009 entstanden sind. Die §§ 7 bis 15 des Betriebsrentengesetzes gelten nicht für Krankenkassen, die auf Grund Landesgesetz Pflichtmitglied beim Kommunalen Versorgungsverband Baden-Württemberg oder Sachsen sind. Hiervon ausgenommen ist die AOK Baden-Württemberg. Falls die Mitgliedschaft endet, gilt Satz 1 entsprechend.

(3) Hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Grund des Absatzes 1 Leistungen zu erbringen, gehen die Ansprüche der Berechtigten auf ihn über; § 9 Absatz 2 bis 3a mit Ausnahme des Absatzes 3 Satz 1 letzter Halbsatz des Betriebsrentengesetzes gilt entsprechend für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen macht die Ansprüche nach Satz 1 im Insolvenzverfahren zu Gunsten der Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 3 geltend.

(4) Für die Ansprüche der Leistungserbringer und die Ansprüche aus der Versicherung sowie die Forderungen aufgrund zwischen- und überstaatlichen Rechts haften im Insolvenzfall die übrigen Krankenkassen. Für die Ermittlung der auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge gilt § 167 entsprechend. Soweit Krankenkassen nach Satz 1 Leistungen zu erbringen haben, gehen die Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer auf sie über. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 750 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen. Das Nähere zur Darlehensaufnahme vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt. Ein zum 31. Dezember eines Jahres noch nicht getilgter Darlehensbetrag ist bis zum 28. Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. Überschreitet der zum Ende eines Kalendermonats festgestellte, für einen Schließungsfall aufgenommene Darlehensbetrag den Betrag von 50

Millionen Euro, ist dieser Betrag bis zum Ende des übernächsten Kalendermonats zurückzuzahlen. Die darlehensweise Inanspruchnahme des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 170

Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

(1) Krankenkassen haben für Versorgungszusagen, die eine direkte Einstandspflicht nach § 1 Absatz 1 Satz 3 des Betriebsrentengesetzes auslösen, sowie für ihre Beihilfeverpflichtungen durch mindestens jährliche Zuführungen vom 1. Januar 2010 an bis spätestens zum 31. Dezember 2049 ein wertgleiches Deckungskapital zu bilden, mit dem der voraussichtliche Barwert dieser Verpflichtungen an diesem Tag vollständig ausfinanziert wird. Auf der Passivseite der Vermögensrechnung sind Rückstellungen in Höhe des vorhandenen Deckungskapitals zu bilden. Satz 1 gilt nicht, soweit eine Krankenkasse der Aufsichtsbehörde durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachweist, dass für ihre Verpflichtungen aus Versorgungsanwartschaften und -ansprüchen sowie für ihre Beihilfeverpflichtungen ein Deckungskapital besteht, das die in Satz 1 und in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 genannten Voraussetzungen erfüllt. Der Nachweis ist bei wesentlichen Änderungen der Berechnungsgrundlagen, in der Regel alle fünf Jahre, zu aktualisieren. Das Deckungskapital darf nur zweckentsprechend verwendet werden.

(2) Soweit Krankenversicherungsträger vor dem 31. Dezember 2009 Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung geworden sind, werden die zu erwartenden Versorgungsleistungen im Rahmen der Verpflichtungen nach Absatz 1 entsprechend berücksichtigt. Wurde vor dem 31. Dezember 2009 Deckungskapital bei aufspflichtigen Unternehmen im Sinne des § 1 Absatz 1 Nummer 1 und 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gebildet, wird dieses anteilig berücksichtigt, sofern es sich um Versorgungszusagen nach Absatz 1 Satz 1 handelt. Soweit Krankenversicherungsträger dem Versorgungsrücklagegesetz des Bundes oder entsprechender Landesgesetze unterliegen, ist das nach den Vorgaben dieser Gesetze gebildete Kapital ebenfalls zu berücksichtigen.

(3) Für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen gelten die Vorschriften des Vierten Titels des Vierten Abschnitts des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass eine Anlage auch in Euro-denominierten Aktien im Rahmen eines passiven, indexorientierten Managements zulässig ist. Die Anlageentscheidungen sind jeweils so zu treffen, dass der Anteil an Aktien maximal 20 Prozent des Deckungskapitals beträgt. Änderungen des Aktienkurses können vorübergehend zu einem höheren Anteil an Aktien am Deckungskapital führen. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für das Deckungskapital für Altersrückstellungen nach § 12 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die Abgrenzung der Versorgungsverpflichtungen, für die das Deckungskapital zu bilden ist,
2. die allgemeinen versicherungsmathematischen Vorgaben für die Ermittlung des Barwertes der Versorgungsverpflichtungen,
3. die Höhe der für die Bildung des Deckungskapitals erforderlichen Zuweisungsbeträge und über die Überprüfung und Anpassung der Höhe der Zuweisungsbeträge,

4. das Zahlverfahren der Zuweisungen zum Deckungskapital,
5. die Anrechnung von Deckungskapital bei den jeweiligen Durchführungswegen der betrieblichen Altersversorgung.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Befugnis nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesversicherungsamt übertragen. In diesem Fall gilt für die dem Bundesversicherungsamt entstehenden Ausgaben § 271 Absatz 6 entsprechend.“

12. § 173 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Nummern 1 bis 3 wie folgt gefasst:

- „1. jede Ortskrankenkasse,
2. jede Ersatzkasse,
3. die Betriebskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht.“

bb) In Satz 2 werden die Wörter „gilt diese für die Gebiete der Länder, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinaus gehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt;“ durch die Wörter „ist die Krankenkasse bundesweit wählbar;“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

13. § 217b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Mitglieder des Verwaltungsrates müssen einem Vorstand einer Mitglieds-kasse angehören. § 37 Absatz 2, die §§ 38, 41 Absatz 1 und 4, 58, 59, 62 Absatz 1 bis 4 und 6, § 63 Absatz 1, 3 und 4, § 64 Absatz 1 bis 3 und § 66 Absatz 1 des Vierten Buches und § 197 gelten entsprechend.“

b) Absatz 1d wird aufgehoben.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„besteht der Vorstand aus mehreren Personen, muss ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Amtszeit der Vorstandsmitglieder wird auf zwei Wahlperioden begrenzt.“

14. § 217c Absatz 1 bis 5 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Verwaltungsrat besteht aus 40 Mitgliedern.

(2) Die 20 größten Mitgliedskassen entsenden je ein Vorstandsmitglied in den Verwaltungsrat. Die Größe der Mitgliedskassen bemisst sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Mitgliedskassen zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die neue Wahlperiode des Verwaltungsrates beginnt.

(3) Die weiteren 20 Verwaltungsratsmitglieder werden von der Mitgliederversammlung gewählt. Diese 20 Sitze sind je zur Hälfte mit Männern und Frauen zu besetzen.

(4) Jedes Mitglied der Mitgliederversammlung wählt auf der Grundlage der vom Vorsitzenden der Mitgliederversammlung erstellten Bewerberlisten eine Frau und einen Mann in den Verwaltungsrat. Die zehn Bewerber und die zehn Bewerberinnen mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Absatz 3 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Absatz 3 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung.

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

15. § 217d wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „70 Absatz 1 und 5“ durch die Angabe „69“ ersetzt.
- b) Folgender Absatz wird angefügt:

„Der Haushaltplan wird vom Vorstand aufgestellt. Der Verwaltungsrat stellt ihn fest. Der Haushaltsplan bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan spätestens am 1. Oktober vor Beginn des Kalenderjahres, für das er gelten soll, der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diese kann die Genehmigung auch für einzelne Ansätze versagen, soweit der Haushaltsplan gegen Gesetz oder sonstiges für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maßgebendes Recht verstößt oder die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes nicht beachtet sind.“

16. § 217f wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Vorstand hat dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten, wenn die dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben nicht rechtzeitig umgesetzt werden. Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens innerhalb eines Monats nach dem für die Umsetzung der gesetzlichen Aufgabe vorgegebenen Zeitpunkt schriftlich vorzulegen. In dem Bericht sind insbesondere die Gründe für die nicht rechtzeitige Umsetzung, der Sachstand und das weitere Verfahren darzulegen.“

- b) In Absatz 7 werden die Wörter „§ 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7“ durch die Wörter „§ 267 Absatz 1 Satz 1 und 2“ ersetzt.

17. § 260 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Absätze 2a und 4 sind ab dem 1. Januar 2020 anzuwenden.“

18. Die §§ 265a und 265b werden aufgehoben.

19. § 266 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Grundpauschale“ das Komma und die Wörter „alters-, geschlechts-“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Mit den risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt. Durch diesen werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden zwischen den Krankenkassen ausgeglichen, die sich aus der Verteilung der Versicherten auf nach Risikomerkmale getrennte Risikogruppen (Absatz 2) ergeben.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Die Zuordnung der Risikogruppen erfolgt anhand der Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität, regionalen Merkmalen und danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld haben. Die Morbidität der Versicherten wird auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigt. Regionale Merkmale sind solche, die die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Region beeinflussen können.“

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „alters-, geschlechts- und“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Dem Satz 1 wird folgender Satz 1 vorangestellt:

„Die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 3 orientiert sich an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der den Risikogruppen zugeordneten Versicherten.“

bb) Der neue Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Wörter „Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 2“ werden durch das Wort „Dabei“ ersetzt.

bbb) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.

ccc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

„3. Leistungsausgaben, die im Risikopool (§ 268) ausgeglichen werden.“

cc) Der neue Satz 3 wird aufgehoben.

e) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Die Zuordnung der Risikogruppen nach Absatz 2 und die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 3 erfolgt nach Kriterien, die zugleich

1. Anreize zu Risikoselektion verringern und
2. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen.“

f) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und dessen Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Es gibt für die Ermittlung der Höhe der Zuweisung nach Absatz 3 jährlich bekannt

1. die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Risikogruppen (Absatz 2), und
2. die Höhe der risikoadjustierten Zu- und Abschläge.“

g) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7 und wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „6“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Es legt bei der Berechnung der Höhe der monatlichen Zuweisungen die Werte nach Satz 1 und die zuletzt erhobenen Versicherungszahlen der Krankenkassen je Risikogruppe nach Absatz 2 zugrunde.“

cc) In Satz 3 werden die Wörter „zum 1. Oktober dieses Jahres“ durch die Wörter „für dieses Jahr“ ersetzt.

h) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 8 und wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „und ihre Bekanntgabe an die Versicherten“ gestrichen, die Angabe „5“ durch die Angabe „6“ und das Wort „Daten“ durch das Wort „Berechnungswerte“ ersetzt.

bbb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. die Abgrenzung und die Verfahren der Standardisierung der Leistungsausgaben nach Absatz 3 bis 6; dabei können für Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, besondere Standardisierungsverfahren und Abgrenzungen für die Berücksichtigung des Krankengeldes geregelt werden,“.

ccc) Nach Nummer 2a wird folgende Nummer 2b eingefügt:

„2b. die Zuordnung der zu berücksichtigenden Risikogruppen nach Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von Absatz 2; hierzu gehört auch die Festlegung des Verfahrens zur Auswahl der regionalen Merkmale,“.

- ddd) In Nummer 3 werden die Wörter „die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Versichertengruppen nach § 267 Absatz 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von § 267 Absatz 2; hierzu gehört auch“ gestrichen und die Wörter „Erhebung und Übermittlung“ durch das Wort „Verarbeitung“ ersetzt.
- eee) In Nummer 4 werden die Wörter „einschließlich der Stelle, der die Berechnungen und die Durchführung des Zahlungsverkehrs übertragen werden können“ gestrichen.
- fff) Die Nummern 6 bis 8 werden wie folgt gefasst:
- „6. das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs einschließlich des Ausschlusses von Risikogruppen, die anhand der Morbidität der Versicherten zugeordnet werden (Morbiditätsgruppen), mit den höchsten relativen Steigerungsraten,
 - 7. die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 5,
 - 8. die Vergütung des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt für die Erstellung von Gutachten nach Absatz 10,“.
- bb) In Satz 2 werden die Wörter „Absatz 4 Satz 2 und“ gestrichen.
- i) Nach Absatz 9 wird folgender Absatz 10 eingefügt:
- „(10) Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs sind regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt in einem Gutachten zu überprüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen.“

20. Die §§ 267 und 268 werden wie folgt gefasst:

„§ 267

Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

(1) Für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs und seine Weiterentwicklung übermitteln die Krankenkassen für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten die Versichertentage mit den Risikomerkmale nach § 266 Absatz 2, die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens, den amtlichen Gemeindeflüssel des Wohnorts sowie Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 aus

1. der Krankenhausbehandlung insbesondere nach § 301 Absatz 1 Satz 1,
2. dem Bereich der Arzneimittel einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Absatz 3 und
3. der ambulanten ärztlichen Versorgung insbesondere nach § 295

nach Maßgabe dieser Vorschrift an das Bundesversicherungsamt. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1

den Umfang der Datenübermittlung nach Satz 1. Eine unmittelbare oder mittelbare Einwirkung der Krankenkassen auf den Inhalt der Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 und die Art und Weise der Aufzeichnung insbesondere unter Verstoß gegen die §§ 71 Absatz 6 Satz 9, 73b Absatz 5 Satz 7, 83 Satz 4, 140a Absatz 2 Satz 7 und 303 Absatz 4 ist unzulässig, soweit sie in diesem Buch nicht vorgeschrieben oder zugelassen ist. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die erforderlichen Daten zu Satz 1 Nummer 3 je Versicherten und pseudonymisiert bis spätestens 1. Juli des Folgejahres. Das hierfür erforderliche Pseudonym erhalten sie von den Krankenkassen.

(2) Für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten die Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente und zu den Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 den Arztgruppenschlüssel der nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zu übermittelnden Arztnummer an das Bundesversicherungsamt.

(3) Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt. Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist vom Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, soweit dies für die Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse oder für die Prüfung der Richtigkeit der Daten erforderlich ist. Über die Pseudonymisierung in der Krankenkasse und über jede Herstellung des Versichertenbezugs ist eine Niederschrift anzufertigen.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere über die Festsetzung der Fristen und das Verfahren der Datenverarbeitung nach dieser Vorschrift, sowie über die Voraussetzungen, unter denen die Herstellung des Versichertenbezugs bei den Daten nach Absatz 1 Satz 1 und 2 zulässig ist. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere zum Verfahren nach Absatz 3 Satz 1. Zum Verfahren nach Absatz 1 Satz 4 und 5 vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Vereinbarungen nach § 295 Absatz 3.

(5) Die Kosten werden getragen

1. für die Datenübermittlung nach dieser Vorschrift mit Ausnahme von Absatz 1 Satz 4 von den betroffenen Krankenkassen,
2. für die Datenübermittlung nach Absatz 1 Satz 4 von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

(6) Zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs analysiert das Bundesversicherungsamt den Zusammenhang zwischen den Leistungsausgaben eines Versicherten in den vorangegangenen drei Jahren und den Leistungsausgaben eines Versicherten im Ausgleichsjahr 2019. Hierfür übermitteln die Krankenkassen bis zum 15. August 2020 für die Berichtsjahre 2016 bis 2018 die Daten nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung an das Bundesversicherungsamt; Absatz 3 gilt entsprechend. Das Nähere über das Verfahren der Datenmeldung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach Absatz 4 Satz 2. Das Ergebnis der Untersuchung nach Satz 1 ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens mit Übergabe des ersten Gutachtens nach § 266 Absatz 10 vorzulegen.

(7) Die Absätze 1 bis 6 gelten nicht für die landwirtschaftliche Krankenkasse.

§ 268

Risikopool

(1) Ergänzend zum Risikostrukturausgleich (§ 266) werden die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle zwischen den Krankenkassen teilweise über einen Risikopool ausgeglichen. Übersteigt die Summe der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben eines Versicherten bei einer Krankenkasse innerhalb eines Ausgleichsjahres den Schwellenwert nach Satz 3, werden 80 Prozent des den Schwellenwert übersteigenden Betrags über den Risikopool erstattet. Der Schwellenwert beträgt im Jahr 2021 100.000 Euro und ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.

(2) Im Risikopool ausgleichsfähig sind die Leistungsausgaben, die bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 zu berücksichtigen sind, abzüglich der Aufwendungen für Krankengeld nach den §§ 44 und 45. § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2 gilt entsprechend.

(3) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse den Erstattungsbetrag nach Absatz 1 Satz 2 und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 6 Satz 3, Absatz 7 Satz 3, 6 und 7 sowie Absatz 9 gelten für den Risikopool entsprechend.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere über

1. das Berechnungsverfahren und die Durchführung des Risikopools und
2. die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikopools erforderlichen Rechenwerte.“

21. § 269 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „die in § 267 Absatz 2 Satz 2 genannten Versicherungengruppen“ durch die Wörter „Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zuzuordnen sind,“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird das Wort „Versichertengruppen“ durch das Wort „Risikogruppen“ ersetzt.
- c) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 wird die Angabe „3 und“ gestrichen.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 266 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten.“
- d) Absatz 3d wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 268 Absatz 3 Satz 2 bis 9“ durch die Wörter „§ 267 Absatz 1 Satz 3 bis 5 und Absatz 3“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 2“ ersetzt.

e) In Absatz 4 wird die Angabe „7“ durch die Angabe „8“ ersetzt.

22. § 270 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Der bisherige Buchstabe a wird Nummer 1.

bbb) Buchstabe b wird aufgehoben.

ccc) Der bisherige Buchstabe c wird Nummer 2.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „Abs. 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ und die Angabe „Abs. 6“ durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Abs. 4 Satz 1 Nr. 2“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 2 Nummer 2“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Satz 1 Nummer 1 und § 267 Absatz 4 gelten“ durch die Wörter „Satz 2 Nummer 1 gilt“ ersetzt.

cc) Der folgende Satz wird angefügt:

„Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 in maschinenlesbarer Form bis zum 30. Juni des Folgejahres über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt.“

c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Zur Förderung der Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen 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. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Zuweisungen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu. § 266 Absatz 9 gilt entsprechend. Das Nähere über die Kriterien der Vergabe und das Verfahren bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1.“

23. § 270a Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ und die Angabe „Absatz 6“ durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.

b) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.

24. § 271 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5 wird die Angabe „269“ durch die Angabe „268“ ersetzt.

b) In Absatz 6 wird die Angabe „Abs. 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.

25. § 273 wird wie folgt gefasst:

„§ 273

Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

(1) Das Bundesversicherungsamt prüft im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs die Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und 2 nach Maßgabe der folgenden Absätze. § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 9 und § 274 bleiben unberührt.

(2) Das Bundesversicherungsamt prüft die Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 auf auffällige Steigerungen im Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der übermittelten Diagnosen, die nicht auf demografische Veränderungen des Versichertenbestandes zurückzuführen sind. Die übrigen Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 kann das Bundesversicherungsamt einer Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit unterziehen. Das Nähere, insbesondere einen Schwellenwert für die Feststellung einer Auffälligkeit, bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

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

(4) Die Krankenkasse hat ab Eingang des Bescheides nach Absatz 3 Satz 2 innerhalb von vier Wochen tatsächliche Gründe für die Auffälligkeit darzulegen. Macht die Krankenkasse als Grund für die Auffälligkeit einen tatsächlichen Anstieg der Morbidität ihrer Versicherten geltend, kann dies nur anerkannt werden, wenn ein aus den Leistungsdaten nach §§ 294 bis 303 ersichtlicher entsprechender Anstieg der erbrachten Leistungen vorliegt. Legt die Krankenkasse zur Begründung der Auffälligkeit einen Versorgungsvertrag vor, prüft das Bundesversicherungsamt die Rechtmäßigkeit dieses Vertrages hinsichtlich der Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 3.

(5) Das Bundesversicherungsamt führt eine Einzelfallprüfung durch, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 3 nicht eingehalten hat. Die Krankenkasse hat dem Bundesversicherungsamt auf dessen Verlangen zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen, derer es zur Überprüfung des Sachverhaltes bedarf. Das Bundesversicherungsamt setzt hierfür eine Frist von höchstens vier Wochen. Legt die Krankenkasse den Sachverhalt nicht ausreichend dar, ist von einem Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 3 auszugehen. Eine Prüfung der Leistungserbringer, insbesondere im Hinblick auf Diagnosedaten, ist ausgeschlossen. Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend.

(6) Erfolgt keine ausreichende Darlegung der Krankenkasse nach Absatz 4 Satz 1 oder stellt das Bundesversicherungsamt als Ergebnis der Prüfung nach Absatz 5 einen Rechtsverstoß der Krankenkasse fest, ermittelt das Bundesversicherungsamt einen Korrekturbetrag und teilt diesen der Krankenkasse mit. Das Nähere über die Ermittlung des Korrekturbetrags regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 mit Zustimmung des Bundesrates. Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung.

(7) Die von den Krankenkassen gemäß Absatz 4 oder 5 übermittelten Daten dürfen ausschließlich für die Einzelfallprüfungen nach dieser Vorschrift verarbeitet werden.“

26. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 14 werden die Wörter „§ 266 Abs. 1 bis 6, § 267 Abs. 1 bis 6, § 268 Abs. 3“ durch die Angabe „§§ 266, 267“ ersetzt.

27. Dem § 295 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Soweit die Kassenärztlichen Vereinigungen an der Durchführung von Verträgen nach § 73b sowie § 140a beteiligt sind, haben sie bei Übermittlung der Daten nach Absatz 1 die Zuordnung der jeweils zugrundeliegenden Vertragsform zu gewährleisten.“

28. § 303b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7 erhobenen Daten“ durch die Wörter „Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und 2 sowie Absatz 2“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „§ 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7“ durch die Wörter „der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.

29. In § 304 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „Abs. 7“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.

30. § 305a wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „und die Krankenkassen“ gestrichen.
- b) Satz 7 wird aufgehoben.

31. § 318 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „Abs. 3“ durch die Angabe „Absatz 2“ ersetzt.
- b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Satz 1 gilt nur, wenn das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor Durchführung des Jahresausgleichs nach § 41 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung auf der Grundlage eines von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass die Rechnungslegung und der Jahresabschluss nach § 77 des Vierten Buches für die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung getrennt durchgeführt wurde.“

- c) Satz 3 wird aufgehoben.

32. Dem Dreizehnten Kapitel wird folgender § [...] angefügt:

„§ [...]

Übergangsregelung zur Neuorganisation des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Auf den am [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] bestehenden Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind § 217b Absatz 1 und 1d sowie § 217c Absatz 1 bis 5 in der bis zum [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] geltenden Fassung anwendbar, bis ein neu gewählter Verwaltungsrat zusammentritt.“

Artikel 5

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 3 werden die Wörter „sowie der See-Krankenversicherung“ gestrichen.
 - b) Absatz 4 wird aufgehoben.
 - c) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 4.
2. Die §§ 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„§ 2

Risikogruppen

(1) Die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen nach § 266 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt mittels eines vom Bundesversicherungsamt festgelegten Versichertenklassifikationsmodells, das auf Klassifikationsmodellen aufbaut, deren Einsatzfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden ist. Der Zuordnung der Risikogruppen sind folgende Risikomerkmale zu Grunde zu legen:

1. das Alter und das Geschlecht der Versicherten,
2. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen,
3. das Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld der Versicherten nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht,
4. regionale Merkmale, die insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die Preisstruktur medizinischer Leistungen, die demografische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur oder die Siedlungsstruktur am Wohnort des Versicherten abbilden.

Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das Bundesversicherungsamt die Risikogruppen nach Satz 2 Nummer 3 abweichend abgrenzen.

(2) Die Altersabstände nach Absatz 1 Satz 2 betragen ein Jahr. Dabei sind Versicherte dem vollendeten Lebensjahr zuzuordnen, das sich aus der Differenz zwischen Erhebungs- und Geburtsjahr errechnet. Versicherte mit einem Alter unter einem Jahr sind dem Alter null und Versicherte mit einem Alter über 90 Jahre dem Alter 90 Jahre zuzuordnen.

(3) Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Altersabstände nach Absatz 1 Satz 2 abweichend von Absatz 2 Satz 1 bestimmen.

(4) Für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen ist das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch dann maßgebend, wenn rückwirkend Rente zugebilligt wird.

(5) Versicherte, deren Leistungsansprüche nach § 16 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen, Mitglieder, für deren Beitragsbemessung § 240 Absatz 4b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt und deren nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherte Angehörige, sowie Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 256a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen, sind in den Risikogruppen nach Absatz 1 nicht enthalten.

§ 3

Versicherungszeiten

(1) Beginn und Ende einer Versicherungszeit (Anzahl der Versichertentage) im Sinne dieser Verordnung richten sich nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit in dieser Verordnung keine weitergehenden Anforderungen bestimmt sind.

(2) Bei Versicherten nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beginnt die Versicherungszeit mit dem Tag, an dem die Familienversicherung beginnt; der Zeitpunkt ist durch eine zeitnahe Meldung nach § 10 Absatz 6 oder nach § 289 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu belegen. Satz 1 gilt unbeschadet eines Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Familienversicherung endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen oder mit dem Ausscheiden des Mitglieds aus der Mitgliedschaft.“

3. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „den §§ 6 und 7“ durch die Wörter „§ 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

bb) In Nummer 1 werden die Wörter „Gesundheits- und Kinderuntersuchungen“ durch das Wort „Gesundheitsuntersuchungen“ ersetzt und die Wörter „und Leistungen nach § 22 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

cc) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Krankenbehandlung nach § 13 Absatz 4 Satz 1 bis 5 und Absatz 5, § 18 Absatz 3, den §§ 27a bis 33, 37 Absatz 1 Satz 1 bis 4, Absatz 1a, Absatz 2 Satz 1 bis 3, 7, 8 und Absatz 2a, den §§ 37a und 38 Absatz 1, den §§ 39, 39c, 42, 43 Absatz 2, 43a und 43b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“

dd) Die Nummern 10 und 11 werden aufgehoben.

ee) Die bisherigen Nummern 12 und 13 werden die Nummern 10 und 11.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird das Wort „Selbsthilfe“ durch das Wort „Gesundheitsförderung“ ersetzt und werden nach der Angabe „§ 37 Abs. 1 Satz 5“ ein Komma

und die Wörter „Absatz 1a Satz 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 5“ sowie nach der Angabe „§ 43“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt.

- bb) In Nummer 6 wird die Angabe „§ 269“ durch die Angabe „§ 268“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „mindern“ das Wort „pauschal“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „vom Berichtsjahr 2004 an“ gestrichen.
 - cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die Pauschalierung nach Satz 1 und 2.“

- 4. § 5 wird wie folgt gefasst:

„§ 5

Bekanntmachungen

Die in dieser Verordnung vorgesehenen Bekanntmachungen erfolgen durch Mitteilung des Bundesversicherungsamtes an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass die Krankenkassen unverzüglich Kenntnis von der Bekanntmachung erhalten. Das Bundesversicherungsamt stellt die Bekanntmachung in geeigneter elektronischer Form öffentlich zugänglich zur Verfügung“.

- 5. Die §§ 6 bis 28 werden aufgehoben.
- 6. Der bisherige Abschnitt 6 wird Abschnitt 2.
- 7. § 28d Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2 werden die Wörter „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch das Wort „Verarbeitung“ ersetzt.
 - b) In Nummer 3 werden die Wörter „und genutzt“ gestrichen.
- 8. § 28f wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Nummer 1 wird das Wort „genutzt“ durch das Wort „verarbeitet“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c wird das Wort „nutzen“ durch das Wort „verarbeiten“ ersetzt.
- 9. Der bisherige Abschnitt 7 wird Abschnitt 3 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Dritter Abschnitt

Datenmeldungen, Versichertenklassifikationsmodell und Gutachten“.

10. § 29 wird aufgehoben.

11. § 30 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „Erhebung und Verwendung“ durch das Wort „Verarbeitung“ ersetzt und vor dem Wort „Weiterentwicklung“ die Wörter „Durchführung und“ eingefügt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Der Satzteil vor der Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„Für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermitteln die Krankenkassen für jedes Kalenderjahr (Berichtsjahr) folgende Angaben versichertenbezogen:“.

bbb) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den Arztgruppenschlüssel der nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu übermittelnden Arztnummer sowie die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

ccc) In Nummer 7 werden die Wörter „mit Ausnahme der Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 und 11,“ gestrichen.

ddd) Die Nummer 10 wird aufgehoben.

eee) Die bisherige Nummer 11 wird die Nummer 10.

fff) Folgende Nummer 11 wird angefügt:

„11. den amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssel des Wohnorts.“

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Bei den Angaben nach Satz 1 Nummer 7 sind die Ausgaben für Arzneimittel einschließlich der Erstattungsbeträge nach § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Rabatte und Abschläge nach den §§ 130, 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.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „nach Absatz 1 erhobenen Daten“ durch die Wörter „Daten nach Absatz 1“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird das Wort „genutzt“ durch das Wort „verarbeitet“ ersetzt und werden nach den Wörtern „soweit dies für“ die Wörter „die Durchführung des Risikopools nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Zwecke der Datentransparenz nach §§ 303a bis 303e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“ eingefügt und die Angabe „5“ durch die Angabe „6“ ersetzt.
- cc) In Satz 3 werden die Wörter „Verwendung nach Satz 2“ durch die Wörter „Verarbeitung für die Prüfung nach § 42 sowie nach Absatz 6“ ersetzt.
- dd) In Satz 5 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „6“ ersetzt.
- ee) In Satz 6 werden die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 sowie Nummer 8, 9 und 11 in Verbindung mit Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 2“ und werden das Semikolon und der nachfolgende Satzteil durch einen Punkt ersetzt.
- ff) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr. Zu einer längeren Aufbewahrung ist eine Krankenkasse nur verpflichtet und berechtigt, wenn das Bundesversicherungsamt im Einzelfall feststellt, dass die weitere Aufbewahrung zur Durchführung von Korrekturen der gemeldeten Daten erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach zwölf Jahren zu löschen.“

- d) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die Übermittlung nach Absatz 1 Satz 1 und die zeitliche Zuordnung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 und Satz 2, für mehrere Kalenderjahre betreffende Krankenhausfälle auch abweichend von Absatz 1 Satz 2, und, auch im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, das Verfahren der Pseudonymisierung.“

- e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die Daten nach Absatz 1 sind bis zum 15. August des dem Berichtsjahr folgenden Jahres nach Maßgabe des Absatzes 5 an das Bundesversicherungsamt zu übermitteln. Durch eine neue Meldung werden korrigiert

1. die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 sowie 8 bis 11 bis zum 15. Juni des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres,
2. die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 bis zum 15. April des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres und
3. die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 sowie 8 bis 11 (Versichertenstammdaten) bis zum 15. April des zweiten und dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres.“

- bb) Satz 3 wird aufgehoben.

cc) Die neuen Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

f) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) 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 32 Monate zu speichern.“

g) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

12. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 4 werden wie folgt gefasst:

„(1) Die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells nach § 2 Absatz 1 Satz 1 und seine Anpassung an die Gegebenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung haben so zu erfolgen, dass keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit bestellt auf Vorschlag des Bundesversicherungsamts und nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt, der

1. unter Beachtung der Kriterien nach Absatz 1 Empfehlungen zum Verfahren der laufenden Pflege und zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells gibt und
2. regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in einem Gutachten überprüft.

(3) In den wissenschaftlichen Beirat nach Absatz 2 werden Personen berufen, die über einen besonderen Sachverstand in Bezug auf die mit der Klassifikation von Versicherten zusammenhängenden medizinischen, pharmazeutischen, pharmakologischen, klinischen, ökonomischen oder statistischen Fragen sowie in Bezug auf die Entwicklung und Pflege von Versichertenklassifikationsmodellen verfügen. Das Bundesversicherungsamt richtet zur Unterstützung der Arbeit des wissenschaftlichen Beirats eine Geschäftsstelle ein. Das Bundesversicherungsamt kann mit den Mitgliedern des Beirats für die Erstellung von Gutachten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 als Honorar eine feste Vergütung vereinbaren, die auch pauschalisiert sein kann. Die Ausgaben für die nach Satz 3 vereinbarte Vergütung werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.

(4) Das Bundesversicherungsamt legt für das Versichertenklassifikationsmodell

1. die Risikogruppen,
2. den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen,
3. die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4,

4. das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und
5. das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr

nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 30. September fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Es berücksichtigt dabei die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats nach Absatz 2 Nummer 1. Absatz 1 gilt entsprechend. Das Bundesversicherungsamt legt die Anzahl der regionalen Merkmale, die in das Versichertenklassifikationsmodell nach § 2 Absatz 1 Satz 1 einbezogen werden, fest. Es wählt dabei insbesondere regionale Merkmale, die die Ausgabenstruktur der Regionen beeinflussen können. Für die Datengrundlage der regionalen Merkmale verwendet es öffentlich zugängliche, aktuelle, amtliche Daten und die Daten nach § 30 Absatz 1. Das Bundesversicherungsamt kann im Berechnungsverfahren nach Satz 1 Nummer 5 nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben der Krankenkassen gesondert berücksichtigen. Es kann nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Festlegungen nach Satz 1 unterjährig anpassen, wenn die allgemein gültige Kodierung der Diagnosen oder die Arzneimittelklassifikation aktualisiert wird. Die Anpassungen nach Satz 8 sind in geeigneter Weise bekannt zu geben. Die Datenmeldungen nach § 30 Absatz 1 für Versicherte im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 bleiben beim Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und dem Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Satz 1 unberücksichtigt.“

- b) In Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „§ 29 Nummer 1“ durch die Wörter „§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2“ ersetzt.

13. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „Abweichend von § 3 Abs. 6 erheben die Krankenkassen“ durch die Wörter „Die Krankenkassen übermitteln nach Maßgabe des Satzes 2“ ersetzt.
- b) In Satz 3 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

14. Der bisherige Abschnitt 8 wird Abschnitt 4 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Vierter Abschnitt

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds“.

15. § 35 wird wie folgt gefasst:

„§ 35

Zuweisungen für das Krankengeld

Für die Zuweisungen für das Krankengeld gelten die §§ 5 bis 7 und 10 in der am [einsetzen: Tag vor Verkündung] geltenden Fassung weiter.“

16. § 36 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale bilden die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

- bb) In Satz 2 wird das Wort „bereinigten“ gestrichen.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „Abs. 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt und werden das Komma und der nachfolgende Satzteil durch einen Punkt ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden das Komma und der nachfolgende Satzteil durch einen Punkt ersetzt.
 - c) Absatz 4 wird aufgehoben.
17. § 37 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 Nummer 1 werden die Wörter „sowie die auf Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten,“ gestrichen.
 - bb) In Satz 2 Nummer 3 werden jeweils die Wörter „Abs. 2 Satz 1“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.
 - cc) Satz 3 wird aufgehoben.
 - b) Absatz 2 wird aufgehoben.
 - c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2 und wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „im Voraus“ gestrichen und nach den Wörtern „für jedes Ausgleichsjahr“ die Wörter „im Jahresausgleich“ eingefügt.
 - bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ist durch die Versicherungszeiten aller Krankenkassen abzüglich der Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung und bei der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Sozialgesetzbuches für alle Krankenkassen abzüglich der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die knappschaftliche Krankenversicherung zu teilen.“
 - d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3.
 - e) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 4, die Angabe „Abs. 2 Satz 1“ wird durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt und nach der Angabe „15. November“ wird das Komma und der nachfolgende Satzteil gestrichen.
18. Nach § 37 wird folgender § 37a eingefügt:

„§ 37a

Risikopool

(1) Das Bundesversicherungsamt legt jährlich den Schwellenwert für den Risikopool nach § 268 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fest und gibt ihn in geeigneter Weise bekannt.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse die Versicherten, deren ausgleichsfähige Leistungsausgaben nach § 268 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in einem Ausgleichsjahr bei einer Krankenkasse den Schwellenwert nach Absatz 1 übersteigen. Dabei gelten für die Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben die Vorgaben des § 4 mit Ausnahme von Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 2 Nummer 6.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet für jede Krankenkasse den Erstattungsbeitrag nach § 268 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich nach § 41. § 41 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 5 gilt entsprechend. Das Bundesversicherungsamt teilt den Krankenkassen den nach Satz 1 ermittelten Betrag mit. Es gibt die Höhe der insgesamt über den Risikopool verteilten Zuweisungen jährlich in geeigneter Weise bekannt.

(4) Das Nähere zum Verfahren nach dieser Vorschrift bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.“

19. § 38 wird wie folgt gefasst:

„§ 38

Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

(1) 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. 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 nach Satz 1 werden insbesondere auf Grundlage der gemäß § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das jeweilige Kalenderjahr festgelegten Bewertung 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 dem geringsten Punktwert der jeweiligen Stufe und steht in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Leistung mit den höchsten Durchschnittskosten der jeweiligen Stufe.

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

(2) Das Nähere über das Meldeverfahren für die Teilnahme von Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach Absatz 1 Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. § 30 Absatz 2 bis 5 gilt entsprechend.“

20. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt bestimmt den Veränderungsfaktor im Einvernehmen mit den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

bb) Satz 5 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

c) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 4 wird aufgehoben.

bb) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „§ 155 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 und 5“ durch die Wörter „§ 169 Absatz 4 Satz 1“ ersetzt.

21. § 39a wird aufgehoben.

22. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nummer 2 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 1“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt, nach der Angabe „§ 270“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt und die Wörter „bereinigt um die auf standardisierte Leistungsausgaben sowie Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten,“ gestrichen.

b) In Absatz 2 werden das Komma und der nachfolgende Satzteil durch einen Punkt ersetzt.

c) Absatz 3 wird aufgehoben.

23. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „alters-, geschlechts- und“ gestrichen.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „Versichertengruppen nach § 29 Nummer 4“ durch die Wörter „Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3“ ersetzt.

cc) Der folgende Satz wird angefügt:

„Bei der Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 genannten Risikomerkmale im Jahresausgleich sind nach Maßgabe des Absatzes 1a die Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Versichertentage, die den Risikogruppen zugeordnet sind, auszuschließen.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingeführt:

„(1a) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die nach Absatz 1 Satz 4 auszuschließenden Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 wie folgt:

1. Es ermittelt die den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 zugeordneten Versichertentage (Risikogruppenbesetzung) sowie die Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 unter Außerachtlassung von Absatz 1 Satz 4.
2. Es ermittelt die Risikogruppenbesetzung, die sich auf Grundlage der Daten ergibt, die den Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 für das Ausgleichsjahr zugrunde lagen.
3. Auf Grundlage der Risikogruppenbesetzung nach Nummer 1 und 2 ermittelt das Bundesversicherungsamt die zehn Prozent der Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Risikogruppenbesetzung, soweit sie das Ein- einhalbfache der durchschnittlichen Steigerungsraten der Risikogruppenbesetzung überschreiten. Unberücksichtigt bleiben diejenigen Risikogruppen nach Satz 1, bei denen der absolute Anstieg der Risikogruppenbesetzung den Schwellenwert unterschreitet, der durch das Bundesversicherungsamt bei der Durchführung des Jahresausgleichs festzulegen ist.
4. Das Bundesversicherungsamt schließt von den Risikogruppen nach Nummer 3 diejenigen mit dem größten Zuweisungsvolumen, das sich aus der Risikogruppenbesetzung und den Zu- und Abschlägen nach Nummer 1 ergibt, aus, bis fünf Prozent aller Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des jeweiligen Jahresausgleiches ausgeschlossen wurden. Erfüllen weniger als fünf Prozent der Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Kriterien nach Nummer 3 Satz 1, sind alle nach Nummer 3 ermittelten Risikogruppen auszuschließen.

Das Bundesversicherungsamt gibt die dem Ausschlussverfahren zugrundeliegenden Werte nach Satz 1 zum Jahresausgleich bekannt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann bis zum 30. September des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres dem Bundesversicherungsamt Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 mitteilen, bei denen ein möglicher überdurchschnittlicher Anstieg der Risikogruppenbesetzung medizinisch oder diagnostisch bedingt ist. Das Bundesversicherungsamt schließt diese Risikogruppen nicht gemäß Absatz 1 Satz 4 aus.“

c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

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

3. die Höhe der Zuweisungen über den Risikopool nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

- d) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Abs. 2 Satz 1“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.
- e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nr. 2“ gestrichen.
 - bb) In Satz 4 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.
- f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „zweiter Halbsatz“ gestrichen.
 - bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Bundesversicherungsamt gibt die korrigierten Werte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen die korrigierten Zuweisungen mit.“

24. § 42 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In dem Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „zwei“ durch das Wort „drei“ ersetzt.
 - bbb) In Nummer 1 wird die Angabe „Nummer 1, 2“ durch die Angabe „Nummer 1, 10“ und werden die Wörter „zweiter Halbsatz“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.
 - ccc) In Nummer 2 werden die Wörter „erster Halbsatz“ durch die Angabe „Nummer 1“, die Wörter „Nummer 2, 8 und 9“ durch die Wörter „Nummer 8 und 9“ und die Wörter „zweiter Halbsatz“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.
 - bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Stellen nach Satz 1 haben jährlich die Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 für Versicherte nach § 37a Absatz 2 Satz 1 des jeweiligen Berichtsjahres auf ihre Richtigkeit zu prüfen.“
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird nach den Wörtern „Für die Prüfungen nach Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ gestrichen.
- c) Absatz 4 wird aufgehoben.
- d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 4 und in Satz 1 wird die Angabe „Satz 1“ gestrichen.

- e) Absatz 6 wird aufgehoben.
- f) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 5 und wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „4“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

25. Nach § 42 wird folgender § 43 eingefügt:

„§ 43

Ermittlung des Korrekturbetrags

(1) Das Bundesversicherungsamt prüft gemäß § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Datenmeldungen nach § 30 Absatz 4 Satz 2 eines Berichtsjahres.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt den Korrekturbetrag nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach Maßgabe der folgenden Absätze und setzt ihn fest.

(3) Erfolgte die Einzelfallprüfung aufgrund einer statistischen Auffälligkeit nach § 273 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ermittelt das Bundesversicherungsamt den Korrekturbetrag

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

(4) Erfolgte die Einzelfallprüfung aufgrund eines Verdachts gemäß § 273 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ermittelt das Bundesversicherungsamt den Korrekturbetrag

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

(5) § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Die Einnahmen nach dieser Vorschrift fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Nummer 1 hinzugerechnet. Das Nähere zum Verfahren nach dieser Vorschrift bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

26. Die bisherigen §§ 43 und 44 werden die §§ 44 und 45.

27. Der bisherige Abschnitt 9 wird Abschnitt 5.

Artikel 6

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

In § 219 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Wörter „**einschließlich der Verpflichtungen der Deutschen Rentenversicherung Bund aus der Durchführung des Zahlungsverkehrs für den Risikostrukturausgleich gemäß § 266 des Fünften Buches**“ gestrichen.

Artikel 7

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 46 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 3 Satz 6 wird die Angabe „**147**“ durch die Angabe „**149**“ ersetzt.
2. In Absatz 5 wird die Angabe „**172**“ durch die Angabe „**170**“ ersetzt.

Artikel 8

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse vom 4. Januar 2010 (BGBl. I S. 2), die durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, außer Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Gleiche Wettbewerbsbedingungen sind eine zentrale Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb im Solidarsystem der GKV. Der RSA ist ein wesentliches Element dieser solidarischen Wettbewerbsordnung, um die beste Versorgung der Versicherten und zugleich die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in der GKV zu gewährleisten. Zusammen mit dem Organisationsrecht der Krankenkassen soll der RSA faire Wettbewerbsbedingungen schaffen.

Die zentrale Aufgabe des RSA ist dabei die Vermeidung von Risikoselektion als eine der Voraussetzungen für gleiche Wettbewerbsbedingungen. Dieses Ziel unterstützt der RSA, indem er die Ausgabenrisiken der Krankenkassen ausgleicht, die durch unterschiedliche, morbiditätsbedingte Risikostrukturen der Versicherten entstehen. So können Krankenkassen mit unterschiedlichen Versichertenstrukturen im Hinblick auf Einkommen und Morbidität miteinander in einem fairen Wettbewerb um die beste Versorgung stehen.

Der RSA ist als „lernendes System“ ausgestaltet, um die Verstetigung möglicher Fehlansätze, die in einem Ausgleichssystem auftreten können, zu vermeiden. Aus diesem Grund ist der Wissenschaftliche Beirat vom BMG 2016 bzw. 2017 mit zwei Gutachten zur Evaluation der Wirkungen des RSA bzw. seiner regionalen Verteilungswirkung beauftragt worden. Die Gutachten haben gezeigt, dass sich der RSA als Ausgleichssystem zwischen den Krankenkassen grundsätzlich bewährt hat. Allerdings bestehen bei einzelnen Versichertengruppen – insbesondere bei älteren, multimorbiden Versicherten und Versicherten ohne diagnostizierte Krankheiten – weiterhin strukturelle Überdeckungen, bei anderen, insbesondere Versicherten mit hohen Leistungsausgaben, dagegen Unterdeckungen. Finden sich in der Versichertenstruktur einer Krankenkasse überdurchschnittlich viele Versicherte einer dieser Gruppen, führt dies zu Wettbewerbsvor- bzw. -nachteilen.

Ebenso ergeben sich aufgrund der regionalen Streuung von Morbidität und Leistungsausgaben in der GKV regionale Über- und Unterdeckungen, die zu Wettbewerbsverzerrungen führen können. Durch den RSA wird zwar bereits ein Großteil der regionalen Ausgabenstreuung ausgeglichen. Dennoch verbleiben nach Durchführung des RSA regionale Über- und Unterdeckungen, die laut dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats von 2018 zu Risikoselektionsanreizen und Wettbewerbsverzerrungen führen können.

Nach der Systematik des RSA erhalten die Krankenkassen neben alters- und geschlechtsbezogenen Zu- und Abschlägen auch Zuschläge, wenn der bzw. die Versicherte an einer von 50 bis 80 ausgewählten kostenintensiven chronischen Krankheiten oder Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf leidet. Daher hat es in den vergangenen Jahren Bemühungen der Krankenkassen gegeben, das ärztliche Kodierverhalten im Hinblick auf diese Krankheiten zu beeinflussen, um die entsprechenden Diagnosen und damit Zuschläge zu erlangen. Dies kann zu Wettbewerbsverzerrungen führen, weil die Krankenkassen aufgrund von regionaler Marktmacht, uneinheitlichem Aufsichtshandeln und ungleicher Versichertenstruktur über unterschiedliche Möglichkeiten verfügen, auf das Kodierverhalten der Ärztinnen und Ärzte Einfluss zu nehmen. Zudem ist eine solche Einflussnahme auch aus datenschutzrechtlichen Gründen in Bezug auf die Versicherten unerwünscht.

Unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen ergeben sich auch durch das bestehende Organisationsrecht der Krankenkassen. So kann die regionale Begrenzung von Krankenkassen zu erheblichen Vorteilen im Preiswettbewerb führen, da Versicherten aus Regionen mit

überdurchschnittlichen Ausgabenstrukturen der Beitritt zu diesen günstigeren Krankenkassen verwehrt wird. Diese finanziellen Vorteile regional begrenzter Krankenkassen können regionale Marktkonzentration fördern, die wiederum den Wettbewerb weiter schwächt. Darüber hinaus führt die regionale Begrenzung von Krankenkassen zu einer erheblichen Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten. Beispielsweise stehen unter den zehn größten Krankenkassen derzeit lediglich vier Krankenkassen bundesweit zum Beitritt offen. Der Zugang zu den übrigen sechs größten Krankenkassen ist den Versicherten aufgrund deren regionaler Begrenzung nur eingeschränkt möglich. Wettbewerb findet daher nur in begrenztem Umfang statt. Die geringe Wettbewerbsintensität trägt auch dazu bei, dass viele Krankenkassen höhere Zusatzbeiträge erheben als sie zur Deckung ihrer Ausgaben benötigen. Die überhöhten Zusatzbeiträge und der daraus resultierende Aufbau von übermäßigen Finanzreserven bei vielen Krankenkassen in den letzten Jahren ist demzufolge auch das Ergebnis eines eingeschränkten Wettbewerbs, der sich aus begrenzten Wahlfreiheiten der Versicherten ergibt.

Ferner ergibt sich aus dem Organisationsrecht und der regionalen Begrenzung der Krankenkassen eine geteilte Aufsicht. Unterschiedliches Aufsichtshandeln der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder wirkt sich auf die Gestaltungsmöglichkeiten des Vertrags- und Versorgungsmanagement der Krankenkassen aus. Zudem kann unterschiedliches Aufsichtshandeln im Bereich der Haushalts- und Finanzaufsicht Wettbewerbsverzerrungen zur Folge haben.

Zusätzliche Verwerfungen im Wettbewerb ergeben sich aus dem historisch gewachsenen Haftungssystem, nach dem im Fall der Auflösung, Schließung oder Insolvenz vorrangig Krankenkassen derselben Kassenart zur Erfüllung nicht gedeckter Verpflichtungen herangezogen werden. Seit Einführung des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen im Jahr 1996 stehen auch die Krankenkassen einer Kassenart miteinander im Wettbewerb, so dass die vorrangig kassenarteninterne Haftung mit einer fairen Wettbewerbsordnung nicht mehr vereinbar ist.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Der RSA wird weiterentwickelt mit dem Ziel der Stärkung fairer Wettbewerbsbedingungen, soweit diese durch den RSA bedingt sind. Dabei stehen systematische Verbesserungen im Fokus, wie insbesondere die Reduzierung struktureller Fehldeckungen auf regionaler Ebene sowie auf der Ebene einzelner Versichertengruppen. So werden zugleich Risikoselektionsanreize verringert. Dazu werden folgende Änderungen in der RSA-Systematik umgesetzt:

Einführung einer Regionalkomponente in den RSA

Der RSA wird um eine Regionalkomponente erweitert. Hierfür werden statistisch signifikante regionale Variablen in den RSA einbezogen. Regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen werden dadurch abgebaut und so gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen geschaffen. Zudem kann Marktkonzentrationsprozessen vorgebeugt werden, die sich in einigen Bundesländern abzeichnen. Angebotsorientierte Faktoren (wie Arztdichte, Krankenhausbettzahl) werden nicht in den Ausgleich einbezogen, um Fehlansätze im Hinblick auf Über- und Unterversorgung zu vermeiden.

Einführung eines Krankheits-Vollmodells

Die Begrenzung des RSA auf 50 bis 80 Krankheiten wird abgeschafft und stattdessen das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt. Dadurch werden für einen Großteil der Versicherten Über- und Unterdeckungen verringert, wodurch Anreize zur Risikoselektion, Differenzen zwischen den Deckungsbeiträgen der Krankenkassen und somit Wettbewerbsverzerrungen verringert werden. Das RSA-Verfahren wird vereinfacht, da das aufwendige jährliche Verfahren der Krankheitsauswahl entfallen kann.

Risikopool

Durch einen Risikopool können finanzielle Belastungen für einzelne Krankenkassen, die sich aus Hochkostenfällen ergeben, gemindert werden. Dies gewinnt insbesondere aufgrund der wachsenden Bedeutung von hochpreisigen (Arzneimittel-)Therapien, die zu einer Genesung oder langjährigen Verzögerung der Krankheit führen und somit keine für RSA-Zuweisungen relevanten Folgekosten verursachen, an Bedeutung. Daher wird ein Risikopool eingeführt, aus dem die Krankenkassen für jeden Leistungsfall 80 Prozent der Leistungsausgaben, die über 100.000 Euro pro Jahr hinausgehen, erhalten. Da nicht die gesamten Mehrkosten erstattet werden, bleibt ein Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten erhalten.

Streichung der Erwerbsminderungsgruppen

Das Kriterium der Erwerbsminderungsrente wird im RSA nicht mehr als Risikomerkmale verwendet, da einige Personengruppen wie Rentnerinnen und Rentner, Nichterwerbstätige und Selbständige dieses Kriterium per se nicht erhalten können, selbst wenn ein identischer Schweregrad der Erkrankung vorliegt wie bei Erwerbsminderung. Durch die Streichung werden eine Gleichbehandlung ermöglicht und Wettbewerbsverzerrungen beseitigt.

Streichung der DMP-Programmkostenpauschale

Durch die Einbeziehung direkter Morbiditätsinformationen in den RSA im Jahr 2009 wurde die unmittelbare Verknüpfung des DMP-Status mit den krankheitsbezogenen Zuweisungen überflüssig. Für die programmbedingten Aufwendungen (zum Beispiel Dokumentations- und Koordinationsleistungen) erhielten die Krankenkassen nur noch eine wesentlich geringere DMP-Programmkostenpauschale als Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds. Die nun erfolgende Streichung der Zuweisungen der DMP-Programmkostenpauschale führt zu einer verbesserten Zielgenauigkeit auf Krankenkassenebene. Zudem geht die DMP-Programmkostenpauschale mit einem komplexen Bereinigungsverfahren einher, sodass durch deren Streichung auch die Transparenz des Zuweisungsverfahrens im RSA insgesamt erhöht wird.

Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im RSA

Das Verfahren wirkt genauer als die bisherige pauschale Berücksichtigung eines durchschnittlichen Arzneimittelrabattfaktors je Krankenkasse. Dadurch werden Verzerrungen in den Zuweisungen beseitigt, weil die tatsächlichen Arzneimittelausgaben in die Berechnung einfließen. So werden Wettbewerbsverzerrungen auf Krankenkassenebene beseitigt. Wirtschaftlichkeitsanreize zum Abschluss von Rabattverträgen bleiben bestehen.

Begleitende untergesetzliche Regelungen

Im Rahmen der Festlegung des Klassifikationsmodells kann das BVA Arzneimittelinformationen künftig zur Differenzierung von Schweregraden nutzen. Über Arzneimittel können bei identischer Diagnose Versicherte mit besonders teuren Arzneimittelkosten bzw. mit einem hohen Krankheitsschweregrad besser abgegrenzt werden. Dadurch werden wettbewerbsverzerrende Überdeckungen von leichter erkrankten Versicherten und Unterdeckungen von schwerer erkrankten Versicherten verringert. Außerdem wird künftig über Altersdifferenzierungen berücksichtigt, dass Krankheiten je nach Alter zu unterschiedlichen Behandlungskosten führen. Dazu werden die bisherigen Krankheitszuschläge über Zu- oder Abschläge angepasst. Über- und Unterdeckungen in Abhängigkeit vom Alter und dem Grad der Multimorbidität der Versicherten werden reduziert.

Stärkung von Präventionsanreizen durch den RSA

Die Präventionsorientierung des RSA wird gestärkt, indem eine Vorsorge-Pauschale in den RSA eingeführt wird. Damit wird der Anreiz für die Krankenkassen gestärkt, die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen ihrer Versicherten zu fördern. Die Krankenkasse erhält für jeden Versicherten eine Pauschale, sobald eine über EBM-Ziffern abgerechnete und damit wissenschaftlich anerkannte Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchung oder eine Schutzimpfung in Anspruch genommen wurde. Um die unterschiedlichen Kosten der verschiedenen Vorsorgeleistungen abzubilden, legt das BVA verschiedene Gruppen von Leistungen entsprechend ihrer Kosten fest.

Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA

Zentrale Voraussetzung für gleiche Wettbewerbsbedingungen ist die Manipulationsresistenz des RSA, die im Rahmen der Weiterentwicklung durch folgende Instrumente verbessert wird:

- Manipulationsbremse im RSA-Jahresausgleich: Fehlentwicklungen in den Diagnosekodierungen – insbesondere hohe Steigerungsraten aufgrund möglicher Kodierbeeinflussungsmaßnahmen der Krankenkassen – werden sanktioniert, so dass sie nicht zu einem finanziellen Vorteil für die entsprechenden Krankenkassen führen. Dazu werden die hierarchisierten Morbiditätsgruppen, die eine festgesetzte Steigerungsrate überschreiten, als Ausgleichsvariable bei der Berechnung der Risikozuschläge des RSA im Jahresausgleich ausgeschlossen, so dass alle Krankenkassen für diese hierarchisierten Morbiditätsgruppen keine Zuweisungen erhalten.
- Das bisherige Verbot der Diagnosevergütung wird neu formuliert, um Umgehungsstrategien zu eliminieren.
- Die Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen nach § 305a SGB V wird abgeschafft, um zu verhindern, dass diese zur Kodierberatung missbraucht wird.
- Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten ein Klagerecht untereinander, um gegen das wettbewerbswidrige Verhalten von Wettbewerbern auch bei Untätigkeit der Aufsichtsbehörden vorgehen zu können.
- Die Prüfung nach § 273 SGB V zur Sicherung der Datengrundlage für den RSA wird vereinfacht und in Bezug auf die Kompetenzen des BVA verstärkt. Unter anderem erhält das BVA als RSA-Durchführungsbehörde ein eigenständiges anlassbezogenes Prüferecht für Selektivverträge im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße.

Vereinfachung der Prüfungen nach § 42 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)

Bei den Prüfungen der Versichertenzeiten und Morbiditätsdaten nach § 42 RSAV hat das BVA GKV-weit eine sehr hohe Datenqualität festgestellt. Um das Prüfverfahren zu vereinfachen, wird der Prüfturnus auf drei – statt bisher zwei – Jahre verlängert. Durch die Veränderung des Prüfturnus werden beim BVA zudem weitere Kapazitäten frei für die Prüfung nach § 273 SGB V zur Sicherung der Datengrundlagen des RSA.

Einführung einer regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA wird gesetzlich beauftragt, alle vier Jahre eine Evaluation des RSA durchzuführen, um möglichen Weiterentwicklungsbedarf zu ermitteln. Zusätzlich kann der Beirat auch anlassbezogen mit Einzelfragen durch BMG und BVA beauftragt werden.

Modernisierung des Organisationsrechts der Krankenkassen

Das Organisationsrecht der Krankenkassen wird modernisiert und an die aktuellen Bedingungen des Krankenkassenwettbewerbs angepasst, um gleiche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Dazu wird die regionale Beschränkung von Krankenkassen aufgehoben. Auf diese Weise erhalten die Versicherten eine größere Wahlfreiheit. Damit kann Versicherten der Zugang zu einer Krankenkasse nicht mehr aufgrund des nicht im regionalen Erstreckungsgebiet dieser Krankenkasse liegenden Wohnorts verwehrt werden. Lediglich nicht geöffnete Betriebskrankenkassen werden auf Grund ihres besonderen Bezugs zum Trägerunternehmen von einer Öffnung ausgenommen.

Krankenkassen, die durch ihre regionale Begrenzung bisher Vorteile aus unterdurchschnittlichen regionalen Ausgabenstrukturen ziehen konnten und daher unterdurchschnittliche Zusatzbeitragsätze anbieten, werden für Mitglieder aus dem gesamten Bundesgebiet wählbar. Dadurch werden Wettbewerbsvorteile, die sich derzeit aus unterdurchschnittlichen regionalen Ausgabenstrukturen ergeben, perspektivisch verringert. Durch die bundesweite Öffnung wird im Ergebnis auch für einen Großteil der Krankenkassen eine einheitliche Rechtsaufsicht durch das BVA erreicht, die weitere Wettbewerbsverzerrungen durch Unterschiede im Aufsichtshandeln beseitigt.

Außerdem wird der bisherige kassenartenbezogene Haftungsverbund abgeschafft und durch ein faires Haftungssystem ersetzt. Im Falle der Schließung, Auflösung oder Insolvenz von Krankenkassen macht zukünftig der GKV-Spitzenverband etwaige Fehlbeträge bei allen Krankenkassen geltend. Bei der Aufbringung der Mittel ist neben den Mitgliederzahlen auch die Höhe der Finanzreserven zu berücksichtigen. Das neue Haftungssystem führt dazu, dass Haftungsfälle wettbewerbsneutral sind und sich die finanziellen Belastungen eines Haftungsfalls auf alle Krankenkassen fair verteilen.

Die Unterlassungsansprüche und Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander bei wettbewerbswidrigem Verhalten werden ausgeweitet. Krankenkassen, die sich durch einen Rechtsverstoß eines Konkurrenten benachteiligt sehen, können unabhängig vom Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde selbst aktiv werden. Dies gilt künftig etwa auch beim Angebot unzulässiger Satzungsleistungen oder bei RSA-Manipulationen. Um die Rechtmäßigkeit des wettbewerblichen Handelns der Krankenkassen sicherzustellen, werden die anzuwendenden Verhaltensregeln unter Berücksichtigung des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb und der gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden kodifiziert.

Weiterentwicklung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes

Die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes werden weiterentwickelt. Um eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern im dreiköpfigen Vorstand des GKV-Spitzenverbandes auf Dauer zu sichern, wird festgeschrieben, dass einem mehrköpfigen Vorstand mindestens eine Frau und ein Mann angehören müssen. Die Amtszeit des Vorstandes wird auf zwei Amtsperioden begrenzt. Darüber hinaus wird der Verwaltungsrat neu organisiert. Er besteht künftig nur noch aus vierzig Mitgliedern, von denen mindestens zehn Sitze mit Frauen und zehn Sitze mit Männern zu besetzen sind. Um die Arbeit des Verwaltungsrates weiter zu professionalisieren, setzt sich der Verwaltungsrat anstelle der bisherigen ehrenamtlichen Vertreter der Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen künftig aus hauptamtlich tätigen Vorstandmitgliedern der Mitgliedskassen zusammen, wobei die zwanzig größten Mitgliedskassen je ein Vorstandsmitglied in den Verwaltungsrat entsenden. Die übrigen zwanzig Mitglieder werden durch die Mitgliederversammlung gewählt. Dadurch bleibt der Einfluss der Selbstverwaltungsorgane der Mitgliedskassen auch in der neuen Struktur weiterhin gewährleistet.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung einschließlich Arbeitslosenversicherung).

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

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Die RSAV sowie die Regelungen zum RSA im SGB V (§§ 266 bis 269) sind im Rahmen der vorangegangenen RSA-Reformen mehrfach angepasst, aber nicht rechtsbereinigt worden, so dass sie derzeit z.T. veraltete Regelungen enthalten. Daher wird eine Rechtsbereinigung durchgeführt.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger und der Beschäftigung sowie der Lebensqualität und Gesundheit im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie. Das Gesetz wurde unter Berücksichtigung der Prinzipien einer nachhaltigen Entwicklung geprüft. Mit dem Gesetz sollen der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeschlagene Weg fortgesetzt und die wettbewerblichen Rahmenbedingungen im RSA sowie im Organisationsrecht der gesetzlichen Krankenkassen modernisiert und an die Erfordernisse einer solidarischen und fairen Wettbewerbsordnung angepasst werden. Durch das Gesetz wird insbesondere das Prinzip „Sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft wahren und verbessern“ durch vorbeugende Maßnahmen gegen Armut und durch Beteiligung aller Bevölkerungsschichten an der wirtschaftlichen Entwicklung gestärkt.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Für Länder und Kommunen ergeben sich aus den Regelungen dieses Gesetzes keine Mehrausgaben.

Weiterentwicklung des RSA

Für den Bund fallen für die regelmäßige Evaluation des RSA alle vier Jahre rund 80.000 Euro Kosten für die anlassbezogene Vergütung der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats an.

Aus den Regelungen zur Weiterentwicklung des RSA ergeben sich für die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen Be- und Entlastungseffekte, die für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt finanzneutral verlaufen.

4. Erfüllungsaufwand

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Weiterentwicklung des RSA

Die einmaligen Umstellungskosten, die wegen der erforderlichen Softwareanpassung für die Bereitstellung von Daten in den IT-Systemen der Krankenkassen anfallen, werden als gering eingeschätzt. Zudem ist davon auszugehen, dass diese durch die Gesetzesänderung entstehenden Umstellungskosten in vielen Fällen je nach Gestaltung von den IT-Wartungsverträgen erfasst sind.

Dem BVA entsteht für die konzeptionellen Anpassungen und ihre IT-seitige Umsetzung ein einmalig erhöhter Verwaltungsaufwand.

Die Einführung eines Krankheits-Vollmodells führt für das BVA zu einem höheren Pflegeaufwand, der jedoch durch den Wegfall der aufwändigen Krankheitsauswahl einschließlich des dazugehörigen Stellungnahmeverfahrens überkompensiert wird, so dass sich insgesamt eine nicht quantifizierbare Entlastung für das BVA ergibt.

Durch die Einführung eines Risikopools entsteht für das BVA Mehraufwand bei der Durchführung des RSA, für die Prüfdienste des Bundes und der Länder entsteht Mehraufwand durch die Prüfung der Daten für den Risikopool. Für die Umsetzung der Regionalkomponente, der Manipulationsbremse, der Vorsorgepauschale, für die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten sowie für die Begleitung der regelmäßigen Evaluation des RSA fällt dauerhaft jeweils ein geringer bis mittelhoher Personalaufwand an. Hierfür ist dauerhaft personeller Mehrbedarf in Höhe von fünf Stellen (4 hD, 1 gD) zu gewähren. Für die Prüfung des Risikopools wird aufgrund des Stichprobenverfahrens von einem Personalmehrbedarf in Höhe von sieben Stellen beim Prüfdienst des Bundes ausgegangen.

Die Durchführung der Prüfung nach § 273 SGB V nach dem neuen Verfahren ist für das BVA aufkommensneutral. Die Vereinfachungen im Verfahren und in der Beweislast gegenüber den Krankenkassen führen dazu, dass die Prüfungen effektiver und effizienter werden. Im Vergleich zum bisherigen Vorgehen kann das BVA mehr Fälle als bisher prüfen, so dass von einem höheren Prüfaufkommen für das BVA auszugehen ist. Da der Aufwand je Prüffall aber wesentlich geringer für das BVA wird, entsteht insgesamt kein Mehraufwand.

Bei den Prüfungen der Versichertenzeiten und Morbiditätsdaten nach § 42 RSAV hat das BVA GKV-weit eine sehr hohe Datenqualität festgestellt. Um das Prüfverfahren zu vereinfachen, wird der Prüfturnus auf drei – statt bisher zwei – Jahre verlängert. Durch den veränderten Prüfturnus können beim Prüfdienst der Krankenkassen jährlich etwa 1.700 Personentage eingespart werden.

Weiterentwicklung des Organisationsrechts

Für die Umsetzung der Satzungsänderung aufgrund der Aufhebung der regionalen Begrenzung der Geschäftstätigkeit entsteht den bisher nur regional geöffneten Krankenkassen ein geringfügiger einmaliger Verwaltungsaufwand.

Durch die Neugestaltung der Haftungskaskade ergibt sich einmaliger, nicht quantifizierbarer Verwaltungsaufwand beim GKV-Spitzenverband, um die angepassten Regelungen im Bereich der Haftungsprävention sowie der etwaigen Refinanzierung von Haftungsbeträgen umzusetzen.

Durch den Wegfall der Aufsicht für ehemals landesunmittelbare Krankenkassen entfällt Erfüllungsaufwand für die Länder. In gleichem Umfang entsteht ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für das BVA.

Durch die notwendigen Änderungen im Wahlverfahren zum Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes und die damit verbundenen Satzungsänderungen entsteht dem GKV-Spitzenverband einmaliger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

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

Auswirkungen auf die demografische Entwicklung ergeben sich aus den im Gesetz vorgesehenen Änderungen nicht.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung der Regelungen erfolgt nicht, da es sich um dauerhafte strukturelle Änderungen des Organisationsrechts sowie der RSA-Systematik handelt. Für letztere wird in diesem Gesetz eine regelmäßige Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA eingeführt.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

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

Schon jetzt entscheiden die Zivilgerichte über Unterlassungsklagen bzw. einstweilige Rechtsschutzanträge gegen Krankenkassen jedenfalls dann, wenn diese ausschließlich auf das UWG gestützt sind und nicht von anderen Krankenkassen, sondern von privatrechtlich organisierten Dritten (zum Beispiel Wettbewerbszentralen, Verbraucherschutzvereine) erhoben bzw. gestellt werden (siehe Bundesgerichtshof, Beschluss vom 9. November 2006 – I ZB 28/06). In der zivilgerichtlichen Praxis werden über den Rechtsbruchtatbestand des § 3a UWG auch Verstöße gegen sozialrechtliche Vorschriften des SGB V unterbunden (zum Beispiel Landgericht Hamburg, Urteil vom 11. Juli 2017 – 312 O 290/16). So entsteht die Gefahr, dass Wettbewerbsstreitigkeiten, die im Ergebnis die gleichen Themenkomplexe betreffen, vor unterschiedlichen Gerichtsbarkeiten ausgetragen werden und es möglicherweise zu Auslegungsdivergenzen kommt, die erst im Wege der Befassung des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes ausgeräumt werden könnten.

Diese Rechtswegspaltung soll mit der Änderung des § 51 Absatz 3 zugunsten der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte beseitigt werden. Das ist auch deshalb sachgerecht, weil die Zivilgerichte über weitreichende praktische Erfahrungen mit der Anwendung der Vorschriften des UWG verfügen, insbesondere mit ihrer Durchsetzung im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes. Durch die Neuregelung in § 4a Absatz 2 SGB V sind die Krankenkassen künftig auch untereinander zur Einhaltung der wesentlichen Verhaltensregeln des UWG verpflichtet. Obwohl sich der erweiterte Unterlassungsanspruch nach § 4a Absatz 7 SGB V nicht auf Verstöße gegen diese Regeln beschränkt, kann doch davon ausgegangen werden, dass Klagen mit Bezug zum UWG künftig einen erheblichen Teil der Rechtsstreitigkeiten unter Krankenkassen ausmachen werden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Zu Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Verschiebung der Regelung zur Errichtung von Betriebskrankenkassen in den neuen § 149 SGB V.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der neuen §§ 143 bis 148 SGB V. Die Zuständigkeit der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Betriebs- und Innungs-krankenkassen, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V enthält, und der Ersatzkassen erstreckt sich künftig zwingend auf das gesamte Bundesgebiet, so dass nach § 90 Absatz 1 Satz 1 das BVA die Aufsicht führt. Die früheren Sondervorschriften zur Bestimmung des Zuständigkeitsbereiches im Sinne des § 90 sind für diese Krankenkassen entbehrlich. Solcher Vorschriften bedarf es nur noch für die Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V enthält. In soweit werden die geltenden Regeln beibehalten. Da keine Innungskrankenkassen mehr existieren, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V enthält, eine solche Satzungsregelung nach § 173 Absatz 2 Satz 3 SGB V nicht widerrufen werden kann und die Neuerrichtung von Innungskrankenkassen nicht mehr vorgesehen ist, ist eine Regelung zur Bestimmung des Zuständigkeitsbereiches nicht erforderlich.

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Zu § 4

Zu Buchstabe a

Der Unterlassungsanspruch wegen unzulässiger Werbung nach dem bisherigen § 4 Absatz 3 Satz 2 geht in der umfassenderen Anspruchsgrundlage des neuen § 4a Absatz 7 auf.

Zu Buchstabe b

Die Aufhebung betrifft gegenstandslose Vorgaben an die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen in den Jahren 2011 und 2012.

Zu Buchstabe c

Der bisherige § 4 Absatz 5 zu den Buchungsgrundsätzen für Werbeausgaben wird ohne inhaltliche Änderungen in den neuen § 4a Absatz 6 überführt.

Zu Nummer 2

Zu § 4a

Mit dem neuen § 4a wird eine zentrale Norm geschaffen, die Verhaltensregeln für den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander aufstellt und ihre effektive Durchsetzung gewährleistet. Um einen fairen, auf die Förderung der Qualität der Versorgung und

den effizienten Einsatz der Beitragsmittel gerichteten Wettbewerb der Krankenkassen zu erreichen, bedarf es eines klaren ordnungspolitischen Rahmens, der einheitlich für alle Wettbewerber gilt.

Der bisherige § 4 Absatz 3 Satz 2 sieht lediglich vor, dass Krankenkassen die Unterlassung unzulässiger Werbemaßnahmen von anderen Krankenkassen verlangen können. Die inhaltlichen Grenzen der Zulässigkeit von Maßnahmen der Krankenkassen im Wettbewerb ergeben sich vorrangig aus den besonderen Bestimmungen des SGB V. Die sozialgerichtliche Rechtsprechung hat darüber hinaus aus allgemeinen Grundsätzen wie dem Gebot der Zusammenarbeit (§§ 4 Absatz 3 SGB V, 86 SGB X, 15 Absatz 3 SGB I) und den Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflichten nach §§ 13–17 SGB I Regeln für die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen abgeleitet (siehe etwa Bundessozialgericht, Urteil vom 31. März 1998, BSGE 82, 78). Schließlich haben sich die Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung auf sogenannte Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze verständigt, die eine Aufsichtspraxis nach einheitlichen Maßstäben gewährleisten sollen, um die Rechtmäßigkeit des wettbewerblichen Handelns der Krankenkassen gleichmäßig sicherzustellen. Diese Wettbewerbsgrundsätze stellen allerdings bisher nur Verwaltungsinnenrecht dar und verpflichten die Krankenkassen nicht unmittelbar.

Künftig sollen daher wichtige Grundsätze für den Wettbewerb und für Werbemaßnahmen der Krankenkassen gesetzlich normiert werden. Zudem wird eine Verordnungsermächtigung geschaffen, um Einzelheiten zur Zulässigkeit von Werbung verbindlich festzulegen. Auf diese Weise wird Krankenkassen mehr Rechtssicherheit verschafft und die aufsichtsbehördliche Kontrolle erleichtert. Darüber hinaus wird der Unterlassungsanspruch der Krankenkassen untereinander, welcher bisher nach dem Gesetz nur unzulässige Werbemaßnahmen erfasste, allgemein auf rechtswidriges Verhalten im Wettbewerb ausgedehnt. So können sich Krankenkassen, die sich durch den Rechtsverstoß eines Konkurrenten benachteiligt sehen, unabhängig vom Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde umfassend selbst aktiv an der Rechtsdurchsetzung beteiligen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 kodifiziert wichtige Grundregeln für den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander. In Satz 1 werden die Ziele des Wettbewerbs der Krankenkassen festgeschrieben. Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung soll der Gesundheitsversorgung der Versicherten dienen und sich an dem Ziel ausrichten, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen.

Nach Satz 2 haben die Krankenkassen auch im Wettbewerb ihre Beitragsfinanzierung und ihren gesetzlichen sozialen Auftrag angemessen zu berücksichtigen. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts unterliegen sie besonderen Bindungen, welche über diejenigen hinausgehen, die für private Unternehmen gelten. Insbesondere bleiben sie den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verpflichtet (vgl. § 69 Absatz 2 SGB IV), die etwa die möglichen Ausgaben zu Werbezwecken begrenzen. Zudem dürfen sie auch im Wettbewerb nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben sowie die Verwaltungskosten verwenden (§ 30 Absatz 1 SGB IV).

Schließlich darf nach Satz 3 der Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder nicht für Zwecke der Risikoselektion ausgenutzt werden. Allen wahlberechtigten Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten ist unabhängig von ihrem individuellen Gesundheitszustand der Zugang zu sämtlichen wählbaren Krankenkassen zu eröffnen. Der Ausgleich finanzieller Vor- und Nachteile aufgrund einer bestimmten Morbiditätsstruktur der Versicherten wird über den RSA erreicht. Maßnahmen der Krankenkassen, die gezielt auf die Gewinnung von Versicherten mit besonders niedrigen Krankheitsrisiken gerichtet sind oder dazu dienen, Versicherte, die hohe Kosten verursachen, zum Wechsel zu einer anderen Krankenkasse zu bewegen, sind daher unzulässig.

Zu Absatz 2

Angesichts ihres öffentlichen Auftrags, der teils mit hoheitlichen Befugnissen erfüllt wird, und ihrer besonderen gesetzlichen Bindungen sind Krankenkassen mit privaten Unternehmen nur eingeschränkt vergleichbar, so dass das SGB V bislang nicht von einer unmittelbaren Anwendbarkeit der Vorschriften des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) ausgeht. Dennoch ist es sachgerecht, geschäftliche Handlungen der Krankenkassen im Sinne eines Mindeststandards an den dort aufgestellten Verhaltensregeln zu messen. Absatz 2 erklärt deshalb die §§ 3, 4 bis 7 und den Anhang zu § 3 Absatz 3 UWG für entsprechend anwendbar.

Die Anwendung des UWG ist bereits unionsrechtlich geboten, soweit dieses der Umsetzung der Richtlinie 2005/29/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Mai 2005 über unlautere Geschäftspraktiken im binnenmarktinternen Geschäftsverkehr zwischen Unternehmen und Verbrauchern (ABl. L 149 vom 11.6.2004, S. 22) dient. Der Gerichtshof der Europäischen Union hat entschieden, dass Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse als „Verbraucher“ und Krankenkassen trotz ihrer im Allgemeininteresse liegenden Aufgabe und ihres öffentlich-rechtlichen Status als „Gewerbetreibende“ bzw. „Unternehmen“ im Sinne dieser Richtlinie anzusehen sind. Eine solche weite Auslegung sei geboten, um Verbraucher umfassend vor unlauteren Geschäftspraktiken zu schützen (Urteil vom 3. Oktober 2013 in der Rechtssache C-59/12 – BKK Mobil Oil). Die Richtlinie betrifft zwar nur Geschäftspraktiken zwischen Unternehmen und Verbrauchern, so dass sie nicht für Wettbewerbsmaßnahmen der Krankenkassen untereinander ohne unmittelbaren Mitglieder- bzw. Versichertenbezug gilt. Auch außerhalb des Anwendungsbereichs der Richtlinie sollten Krankenkassen jedoch nicht auf Geschäftspraktiken zurückgreifen, die im Privatrechtsverkehr als unlauter verboten sind. Deshalb ist grundsätzlich die entsprechende Anwendung sämtlicher Verbotstatbestände des UWG auf Krankenkassen angemessen, unter Vorbehalt abweichender Sonderregeln aus dem Bereich des SGB.

Über die Verweisung in Absatz 2 kommen sowohl die allgemeinen Verbote unlauterer geschäftlicher Handlungen nach § 3 Absatz 1 und 2 UWG als auch die besonderen Verbote ohne Wertungsmöglichkeit aus dem Anhang zu § 3 Absatz 3 UWG zur Anwendung. Untersagt ist entsprechend § 4 UWG die Herabsetzung oder Verunglimpfung anderer Krankenkassen, die Behauptung betriebsschädigender Tatsachen oder die gezielte Behinderung der Mitbewerber. Weitere Verbote betreffen aggressive oder irreführende geschäftliche Handlungen (§§ 4a, 5, 5a UWG). Die Verweisung auf § 6 UWG setzt vergleichender Werbung Grenzen. Durch die entsprechende Anwendung von § 7 UWG werden schließlich unzumutbare Belästigungen untersagt, etwa die Werbung mit einem Telefonanruf gegenüber einem Versicherten ohne dessen vorherige ausdrückliche Einwilligung (Absatz 2 Nummer 2 UWG).

Nicht für anwendbar erklärt wird § 3a UWG, wonach unlauter handelt, wer einer gesetzlichen Vorschrift zuwiderhandelt, die auch dazu bestimmt ist, im Interesse der Marktteilnehmer das Marktverhalten zu regeln, und der Verstoß geeignet ist, die Interessen von Verbrauchern, sonstigen Marktteilnehmern oder Mitbewerbern spürbar zu beeinträchtigen. Gesetzliche Krankenkassen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts ohnehin an Gesetz und Recht gebunden (Artikel 20 Absatz 3 des Grundgesetzes), ohne dass es darauf ankäme, ob die entsprechende Vorschrift zum Beispiel des SGB V den Interessen der Marktteilnehmer zu dienen bestimmt ist. Der Schutz der Krankenkassen gegen Wettbewerbsverzerrungen durch Rechtsverstöße ihrer Mitbewerber wird durch den Unterlassungsanspruch in Absatz 7 gewährleistet.

Als „geschäftliche Handlung“ ist in Anlehnung an § 2 Absatz 1 Nummer 1 UWG jedes Verhalten einer Krankenkasse zu ihren Gunsten oder zugunsten eines fremden Unternehmens vor, bei oder nach einem Geschäftsabschluss zu verstehen, das mit der Förderung des Absatzes oder des Bezugs von Leistungen oder mit dem Abschluss oder der Durchführung eines Vertrags über Leistungen objektiv zusammenhängt. Als „Geschäftsabschluss“ kann

zum Beispiel die Begründung des Mitgliedschaftsverhältnisses oder die Erklärung der Teilnahme an einem Vertrag zur besonderen Versorgung angesehen werden, ebenso wie der Abschluss nach § 194 Absatz 1a SGB V vermittelter privater Zusatzversicherungen. Grundsätzlich keine geschäftlichen Handlungen sind hoheitliche Maßnahmen der Krankenkassen im Verhältnis zu den Versicherten wie etwa die Bescheidung von Leistungsanträgen (sofern diese nicht – unzulässigerweise – mit Werbemaßnahmen verbunden werden).

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt wesentliche Prinzipien für das Werbeverhalten der Krankenkassen. In Satz 1 wird zunächst die grundsätzliche Zulässigkeit der Werbung als Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen klargestellt. Der gesetzlich gewünschte Qualitäts-, Innovations- und Effizienzwettbewerb kann nur dann seine Wirkung entfalten, wenn die (potentiellen) Mitglieder über die Unterschiede des Leistungs- und Service-Angebots der Krankenkassen umfassend sowie in leicht zugänglicher und verständlicher Form informiert werden. Den Krankenkassen muss daher die Möglichkeit offenstehen, sich und ihre Aktivitäten den Versicherten darzustellen und Besonderheiten der Versicherung bei der jeweiligen Krankenkasse oder einzelner fakultativer Leistungsangebote (zum Beispiel Wahltarife, Selektivverträge) hervorzuheben.

Werbemaßnahmen der Krankenkassen sind jedoch nur in bestimmten Grenzen zulässig. Solche ergeben sich zunächst aus den Verbotstatbeständen des UWG, die Absatz 2 in Bezug nimmt. Darüber hinaus unterliegen Krankenkassen jedoch den weitergehenden Bindungen aus Absatz 3 und der Verordnung nach Absatz 4. Mit Blick auf die Pflicht der Sozialversicherungsträger zur Aufklärung, Beratung und Auskunft (§§ 13–15 SGB I) muss nach Absatz 3 Satz 2 auch in der Werbung die sachbezogene Information im Vordergrund stehen. Eine reine Marken- oder Imagewerbung, die ausschließlich dazu dient, den Bekanntheitsgrad der Krankenkasse zu steigern, ohne jegliche Information über Versorgungs- oder Serviceleistungen zu vermitteln, ist unzulässig. Gemäß Satz 3 darf die Werbung zudem nicht in einer Form erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben unvereinbar ist.

Zu Absatz 4

Absatz 4 Satz 1 enthält eine Verordnungsermächtigung zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit, um Einzelheiten zur Zulässigkeit und Unzulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln. Auf diese Weise können die Grundprinzipien nach Absatz 1 und Absatz 3 konkretisiert und – soweit erforderlich – die nach Absatz 2 entsprechend anwendbaren Verbote des UWG zum Schutz der Versicherten und im Interesse einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung ergänzt werden.

Die abschließend aufgezählten Regelungsbereiche der Verordnung sind bislang im Wesentlichen Gegenstand der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden. Durch den Erlass in Verordnungsform können solche Vorgaben künftig rechtsverbindlich festgelegt werden, so dass sich die Krankenkassen hierauf einstellen können und die Durchsetzung mit Aufsichtsmitteln oder Unterlassungsklagen nach Absatz 7 wesentlich erleichtert wird.

Die Verordnung kann bestimmte Inhalte und Arten der Werbung ausschließen oder einschränken (Nummer 1). Weiterhin können Vorgaben zu Höchstbeträgen für Werbeausgaben festgesetzt werden (Nummer 2), um sicherzustellen, dass Beitragsmittel vorrangig zur Erfüllung der Kernaufgaben der Krankenkassen eingesetzt werden. Hierbei sind sämtliche Ausgaben zu Werbezwecken einschließlich etwaiger Aufwandsentschädigungen für externe Dienstleister zu berücksichtigen. Ferner kann die Verordnung Näheres zur Trennung von Werbemaßnahmen und gesetzlich verpflichtenden Informationen regeln (Nummer 3), damit es nicht zu einer für die Versicherten schwer durchschaubaren Vermischung kommt.

Im Hinblick auf die Beauftragung und Vergütung von Mitarbeitern und Dritten zu Werbezwecken (Nummer 4) kann die Verordnung etwa Bedingungen für Sponsoringverträge zum Beispiel mit Sportvereinen, Anforderungen an Kooperationen mit gewerblichen Vermittlern oder Grenzen für Zahlungen an Mitarbeiter oder Laienwerber festlegen. Schließlich ermöglicht die Ermächtigung nähere Regelungen zu Werbemaßnahmen im Zusammenhang mit der Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge nach § 194 Absatz 1a (Nummer 5), insbesondere zur Abgrenzung der fremden Produkte von den Leistungen der Krankenkassen in der Außendarstellung.

Satz 2 ermöglicht eine Übertragung der Verordnungsermächtigung an das BVA. Dieses verfügt aufgrund seiner Erfahrungen aus der Aufsichtspraxis und seiner Mitwirkung an der Erstellung der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze über eine besondere Sachkunde im Bereich der Werbemaßnahmen der Krankenkassen. Durch das Erfordernis der Zustimmung des Bundesrates zur Verordnung ist zudem eine ausreichende Beteiligung der für die Aufsicht über die landesunmittelbaren Krankenkassen zuständigen Bundesländer gewährleistet.

Zu Absatz 5

Krankenkassen ist es zwar in den Grenzen des § 197b gestattet, zu Wettbewerbs- und Werbezwecken auf die Dienste Dritter zurückzugreifen, bei denen es sich sowohl um unabhängige private Unternehmen als auch um Arbeitsgemeinschaften oder Beteiligungsgesellschaften der Krankenkassen handeln kann. Die Einschaltung Dritter darf jedoch nicht dazu führen, dass die für die Krankenkassen geltenden Wettbewerbsregeln außer Kraft gesetzt oder umgangen werden. Deshalb stellt Absatz 5 klar, dass die Krankenkassen bei Beauftragung Dritter sicherzustellen haben, dass diese nicht die für entsprechende Maßnahmen der Krankenkassen geltenden Vorschriften einschließlich der Vorgaben nach Absatz 1 bis 3 sowie der Regeln der Rechtsverordnung nach Absatz 4 verletzen. Im Fall der Einschaltung unabhängiger Unternehmen sind hierfür entsprechende Verpflichtungen in die Dienstleistungsverträge aufzunehmen einschließlich von Sanktionen bei Missachtung der Pflichten wie Vertragsstrafen oder Kündigungsrechte. Im Fall von Arbeitsgemeinschaften und Beteiligungsgesellschaften empfiehlt sich die Aufnahme der Verpflichtungen in die Kooperationsverträge oder Satzungen; jedenfalls haben Krankenkassen ihre verbandsrechtlichen Einwirkungsmöglichkeiten zu nutzen, um die Einhaltung zu gewährleisten. Zudem sind geeignete organisatorische Vorkehrungen zu treffen, um die Beachtung der Pflichten durch die Dritten zu überwachen. Anhaltspunkten auf Pflichtverletzungen ist unverzüglich nachzugehen und aus festgestellten Verstößen sind Konsequenzen zu ziehen. Verhält sich etwa eine Arbeitsgemeinschaft rechtswidrig und gelingt es der Krankenkasse nicht, den Verstoß zu unterbinden, ist sie äußerstenfalls zur Kündigung des Kooperationsvertrags oder zum Austritt aus dem Verband verpflichtet. Weitere Einzelheiten zur Einschaltung von Arbeitsgemeinschaften oder Dritten zu Werbezwecken kann die Verordnung nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 regeln.

Zu Absatz 6

Die Regelung zu den Buchungsgrundsätzen für Werbeausgaben entspricht dem bisherigen § 4 Absatz 5.

Zu Absatz 7

Der bisherige § 4 Absatz 3 Satz 2 ermöglicht Krankenkassen, andere Krankenkassen auf Unterlassung unzulässiger Werbemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Die gerichtliche Durchsetzung des Anspruchs wird dadurch erleichtert, dass die Vorschrift auf § 12 Absatz 2 UWG verweist, so dass einstweilige Verfügungen auch ohne Darlegung einer besonderen Dringlichkeit erlassen werden können. Rechtsverstöße von Krankenkassen, die zu Wettbewerbsverzerrungen führen können, sind jedoch nicht auf unzulässige Werbemaßnahmen beschränkt. So kann etwa die Aufnahme gesetzlich nicht vorgesehener Leistungen in die

Satzungen der Krankenkassen unabhängig davon, ob und in welcher Form hierfür explizit geworben wird, Anreize für einen Wechsel von Versicherten setzen, die sich beispielsweise über Vergleichsportale informieren. Daneben sind auch Maßnahmen denkbar, die sich nicht unmittelbar an (potentielle) Versicherte richten, jedoch erhebliche finanzielle Auswirkungen für andere Krankenkassen haben können, wie etwa die verbotene Beeinflussung ärztlicher Diagnosen, um höhere Zuweisungen im Rahmen des RSA zu erzielen. Derartige Maßnahmen sind trotz ihrer hohen Wettbewerbsrelevanz vom Wortlaut des geltenden § 4 Absatz 3 Satz 2 nicht erfasst. Selbst wenn Krankenkassen sich in solchen Fällen möglicherweise auf den allgemeinen öffentlich-rechtlichen Unterlassungsanspruch stützen können, fehlt jedenfalls bislang eine Bestimmung, die ihnen die Verfahrenserleichterung des § 12 Absatz 2 UWG zugutekommen lässt.

Aus diesen Gründen erweitert der neue § 4a Absatz 7 Satz 1 den bestehenden Unterlassungsanspruch auf sämtliche unzulässigen Maßnahmen, die geeignet sind, die Interessen anderer Krankenkassen im Wettbewerb zu beeinträchtigen. Anspruchsvoraussetzung ist damit zunächst die Unzulässigkeit der Maßnahme, die sich prinzipiell aus Verstößen gegen sämtliche für Krankenkassen geltenden Vorschriften ergeben kann, vor allem solche des Fünften, Ersten, Vierten und Zehnten Buches Sozialgesetzbuch. Unter den denkbaren Rechtsverstößen sind jedoch nur solche anspruchsbegründend, bei denen sich eine Eignung zur Beeinträchtigung der Interessen der anderen Krankenkassen im Wettbewerb feststellen lässt. Abzustellen ist auf die Interessen der Krankenkasse, die den Anspruch geltend macht. Krankenkassen, die von vornherein nicht im Wettbewerb zueinander stehen, weil sich die Kreise der zur Mitgliedschaft berechtigten Personen nicht überschneiden (zum Beispiel nicht geöffnete Betriebs- oder Innungskrankenkassen), haben auch kein Interesse daran, wechselseitige Rechtsverstöße zu unterbinden. Ausreichend ist jedoch bereits die bloße Eignung zur Interessenbeeinträchtigung, während es nicht darauf ankommt, ob der Anspruchstellerin bereits ein konkreter Schaden entstanden ist oder zu entstehen droht. Die unzulässige Maßnahme muss einen Bezug zum Wettbewerb der Krankenkassen untereinander aufweisen. Vermieden werden soll, dass sich einzelne Krankenkassen im Wettbewerb einen Vorsprung durch Rechtsbruch verschaffen. Einen hinreichenden Wettbewerbsbezug weisen unzweifelhaft diejenigen Regeln auf, die spezifisch den Krankenkassenwettbewerb organisieren, wie etwa die Absätze 1 bis 5 des § 4a oder die Vorgaben zur Ausübung des Wahlrechts nach § 175. Hinzu kommen die Rahmenregeln zu Bereichen, in denen der Gesetzgeber durch Eröffnung bestimmter Gestaltungsspielräume einen Wettbewerb um Mitglieder im Interesse der Versorgungsqualität und Verwaltungseffizienz bezweckt. Dies ist etwa der Fall hinsichtlich der Vorschriften zu Satzungsleistungen, Wahltarifen, Bonusprogrammen und Selektivverträgen sowie der Vermittlung privater Zusatzversicherungen. Leistungsangebote, die den gesetzlichen Rahmen überschreiten, können Anreize für Mitgliederwechsel setzen und berühren damit unmittelbar die wettbewerblichen Interessen der konkurrierenden Krankenkassen. Ähnliches gilt für Verstöße gegen die gesetzlichen Regeln zur Erhebung des Zusatzbeitrags. Ein hinreichender Wettbewerbsbezug kann jedoch darüber hinaus auch bei Rechtsverletzungen in Bereichen bestehen, in denen die Krankenkassen zu gleichförmigem Handeln verpflichtet sind und ein Wettbewerb nach der gesetzlichen Konzeption gerade unterbunden werden soll, um zu verhindern, dass sich einzelne Krankenkassen zu Lasten der übrigen finanzielle Vorteile verschaffen. Dies ist etwa der Fall bei den Vorschriften zur Durchführung des RSA, beispielsweise soweit diese eine Einflussnahme der Krankenkassen auf das ärztliche Kodierverhalten oder die nachträgliche Änderung von Diagnosen verbieten. Ebenso kann bei Verstößen gegen haushalts- und vermögensrechtliche Vorschriften eine Wettbewerbsrelevanz nicht von vornherein ausgeschlossen werden. So berührt etwa die unzulässige Anlage von Rücklagemitteln in Aktien (entgegen § 83 SGB IV) oder die nach § 220 Absatz 1 Satz 2 verbotene Aufnahme von Darlehen die Interessen der Mitbewerber, da die Gefahr besteht, dass die zusätzliche Rendite bzw. Liquidität zur Vermeidung von Beitragssteigerungen genutzt wird, während sich ein Wertverlust bzw. eine Überschuldung im Extremfall bei Schließung oder Insolvenz zu Lasten der Gemeinschaft auswirken kann. Ohne Wettbewerbsbezug sind dagegen Verstöße gegen Vorgaben, die allein die interne Organisation der betreffenden Krankenkasse berühren, zum Beispiel Fehler bei der Durchführung der Sozialwahlen.

Der Anspruch ist sowohl auf Beseitigung einer fortwirkenden Maßnahme als auch auf Unterlassung künftiger unzulässiger Maßnahmen gerichtet. Voraussetzung für den Unterlassungsanspruch ist entweder eine Erstbegehungsgefahr oder eine Wiederholungsgefahr, die bei einem bereits erfolgten Verstoß vermutet wird. Insoweit können die zu § 8 UWG entwickelten Grundsätze herangezogen werden.

Wie schon nach geltendem Recht schließt der Unterlassungsanspruch eine parallele Anrufung der zuständigen staatlichen Aufsichtsbehörde zur Überprüfung der Rechtmäßigkeit der streitigen Maßnahme nicht aus. Die Entscheidung der Aufsichtsbehörde hat jedoch für die Geltendmachung des Unterlassungsanspruchs keinerlei Präjudizwirkung. Der Anspruch zielt auch und gerade auf solche Fälle ab, in denen sich eine Aufsichtsbehörde mit Blick auf die Grenzen der staatlichen Rechtsaufsicht zu einem Einschreiten nicht in der Lage sieht oder sich aus Opportunitätsgründen dazu entschließt, die beanstandete Rechtsverletzung zu tolerieren. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gebietet der Grundsatz maßvoller Rechtsaufsicht, den beaufsichtigten Krankenkassen bei Rechtsfragen, die weder das Gesetz noch die Rechtsprechung in eindeutiger Weise beantwortet hat, einen gewissen Bewertungsspielraum zu belassen. Bewege sich das Handeln oder Unterlassen des Versicherungsträgers dagegen im Bereich des rechtlich noch Vertretbaren, seien förmliche Aufsichtsmaßnahmen, die dieses beanstanden, rechtswidrig (siehe zum Beispiel Bundessozialgericht, Urteil vom 22. März 2005, BSGE 94, 221). Zwischen den Aufsichtsbehörden kann es zu unterschiedlichen Auffassungen hinsichtlich der Frage kommen, ob sich bestimmte Verhaltensweisen von Krankenkassen noch im Bereich des „rechtlich Vertretbaren“ bewegen. Sind in einem solchen Fall verschiedene Behörden für die Beaufsichtigung miteinander konkurrierender Krankenkassen zuständig, können in der Folge Wettbewerbsverzerrungen entstehen. Durch den erweiterten Unterlassungsanspruch haben es die Krankenkassen hier künftig in der Hand, selbst eine gerichtliche Klärung der streitigen Rechtsfrage herbeizuführen und so für einheitliche Wettbewerbsbedingungen zu sorgen.

Die Verweisung in Absatz 7 Satz 2 auf § 12 Absatz 1 bis 3 UWG entspricht der bisherigen Regelung des § 4 Absatz 3 Satz 2 Halbsatz 2, da die dort vorgesehenen Verfahrensregeln für den neugefassten Unterlassungsanspruch gleichermaßen sachgerecht sind. Zusätzlich werden nun auch die §§ 13 bis 15 UWG in Bezug genommen. Streitigkeiten hinsichtlich des Unterlassungsanspruchs sind durch die Änderung von § 51 Absatz 3 des Sozialgerichtsgesetzes zukünftig den ordentlichen Gerichten zugewiesen. Um den gewünschten Gleichlauf mit Rechtsstreitigkeiten auf Grund des UWG zu erreichen, finden auch die Vorschriften zur sachlichen Zuständigkeit der Landgerichte (§ 13 UWG) sowie zur örtlichen Zuständigkeit der Gerichte des Niederlassungs- und Begehungsortes (§ 14 UWG) entsprechende Anwendung. Zudem wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, die Einigungsstellen nach § 15 UWG anzurufen.

Eine noch weitergehende Bezugnahme auf das UWG auch hinsichtlich der dort geregelten Schadensersatz- und Gewinnabschöpfungsansprüche (§§ 9, 10 UWG) ist für das Verhältnis der Krankenkassen untereinander hingegen nicht angezeigt. Finanzielle Ausgleichsansprüche zwischen Krankenkassen wegen unzulässiger Werbemaßnahmen hat die Rechtsprechung bisher abgelehnt, da ihre Situation mit derjenigen von Wettbewerbern im privaten Geschäftsverkehr auch bezogen auf das Schadensrisiko mit Blick auf den RSA nicht vergleichbar sei (Bundessozialgericht, Urteil vom 31. März 1998, BSGE 82, 78). Darüber hinaus wird in praktischer Hinsicht der Nachweis eines individuellen Schadens bei konkurrierenden Krankenkassen oftmals kaum möglich sein. Einer „Gewinnabschöpfung“ steht zudem die fehlende Ausrichtung der Krankenkassen auf Gewinnerzielung entgegen.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen § 4a.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, da sich die Verordnungsermächtigung im neuen § 266 Absatz 8 Satz 1 findet.

Zu Nummer 5

Durch das HHVG wurde § 73b Absatz 5 Satz 7 mit dem Ziel angefügt, dass zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sein können. Gleichwohl wurden in der Aufsichtspraxis Regelungen in Verträgen identifiziert, die dazu geeignet sein können, über zusätzliche Vergütungen Kodieranreize zu setzen, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen (zum Beispiel nach der Anzahl der Diagnosen gestaffelte Pauschalen).

Die Diagnosestellung und Diagnoseverschlüsselung gemäß § 295 haben die Leistungserbringer allein anhand von medizinischen Gesichtspunkten vorzunehmen und dabei dürfen sie nicht durch finanzielle Anreize beeinflusst werden.

Um sämtliche Umgehungsstrategien in den Verträgen zu eliminieren, wird § 73b Absatz 5 Satz 7 nun so gefasst, dass generell vertragliche Regelungen unzulässig sind, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen werden. Auf die bisher oftmals umstrittene Frage, ob Vergütungen „für“ Diagnosen oder für ärztliche Leistungen gezahlt werden, kommt es damit nicht mehr an. Verboten ist sowohl eine Vergütung als Gegenleistung für die Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von bestimmten Diagnosen als auch eine Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder deren konkrete Höhe an bestimmte Diagnosen beziehungsweise an deren Anzahl geknüpft wird. Das Verbot bezieht sich insbesondere auf solche Verträge, die im Wesentlichen auf Listen von Diagnosen (nach ICD-10 oder auch auf einer ausdifferenzierten Beschreibung der Krankheit im Vertragstext gleichwertig zu einem ICD-10-Code) beruhen. Das Verbot bezieht sich auch auf bereits geschlossene Verträge, die insoweit anzupassen sind. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppen-gliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen. Hierbei ist allerdings ausgeschlossen, dass die Vertragspartner diesen allgemeinen Krankheitsbegriff anhand bestimmter Krankheiten definieren und andere Krankheiten, die diesen Krankheitsbegriff auch erfüllen, dabei unberücksichtigt lassen.

Die Pflicht der Ärztinnen und Ärzte zur Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von Diagnosen ergibt sich bereits aus § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum neuen § 155.

Zu Nummer 7

In Verbindung mit den Regelungen in §§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 140a Absatz 2 Satz 7 wird auch diese Regelung neugefasst. Die Neufassung verhindert auch in kassenindividuellen oder kassenartenspezifischen Gesamtverträgen Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen. Das Verbot bezieht sich auch auf bereits geschlossene Verträge, die insoweit anzupassen sind.

Zu Nummer 8

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum neuen § 266 Absatz 7 und 8.

Zu Nummer 9

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum neuen § 266 Absatz 8.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum neuen § 266 Absatz 8.

Zu Nummer 10

Mit den Regelungen des HHVG wurde § 140a Absatz 2 Satz 7 mit dem Ziel angefügt, dass zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge zur besonderen Versorgung der Versicherten sein können. Gleichwohl wurden in der Aufsichtspraxis Regelungen in Verträgen identifiziert, die dazu geeignet sein können, über zusätzliche Vergütungen Kodieranreize zu setzen, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen (zum Beispiel nach der Anzahl der Diagnosen gestaffelte Pauschalen).

Die Diagnosestellung und Diagnoseverschlüsselung gemäß § 295 haben die Leistungserbringer allein anhand von medizinischen Gesichtspunkten vorzunehmen und dabei dürfen sie nicht durch finanzielle Anreize beeinflusst werden.

Um sämtliche Umgehungsstrategien in den Verträgen zu eliminieren, wird § 140a Absatz 2 Satz 7 nun so gefasst, dass generell vertragliche Regelungen unzulässig sind, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen werden. Auf die bisher oftmals umstrittene Frage, ob Vergütungen „für“ Diagnosen oder für ärztliche Leistungen gezahlt werden, kommt es damit nicht mehr an. Verboten ist sowohl eine Vergütung als Gegenleistung für die Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von bestimmten Diagnosen als auch eine Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder deren konkrete Höhe an bestimmte Diagnosen beziehungsweise an deren Anzahl geknüpft wird. Das Verbot bezieht sich insbesondere auf solche Verträge, die im Wesentlichen auf Listen von Diagnosen (nach ICD-10 oder auch auf einer ausdifferenzierten Beschreibung der Krankheit im Vertragstext gleichwertig zu einem ICD-10-Code) beruhen. Das Verbot bezieht sich auch auf bereits geschlossene Verträge sowie auf sogenannte Altverträge nach den früheren §§ 73a, 73c und 140a a.F., die nach § 140a Absatz 1 Satz 3 fortgelten. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen. Hierbei ist allerdings ausgeschlossen, dass die Vertragspartner diesen allgemeinen Krankheitsbegriff anhand bestimmter Krankheiten definieren und andere Krankheiten, die diesen Krankheitsbegriff auch erfüllen, dabei unberücksichtigt lassen.

Dass die Vertragspartner die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung durch die Benennung von bestimmten Krankheiten und Krankheitsausprägungen definieren, ist weiterhin möglich. Ausgeschlossen ist jedoch eine Vielzahl an Einzel-Verträgen, die das Verbot der Diagnose-Listen umgehen sollen.

Die Pflicht der Ärztinnen und Ärzte zur Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von Diagnosen ergibt sich bereits aus § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1.

Zu Nummer 11

Der neue Erste und Zweite Titel mit den §§ 143 bis 154 entspricht größtenteils den bisherigen Vorschriften zu den Arten der Krankenkassen. Die Regelungen werden durch eine Neustrukturierung übersichtlicher. Nur noch auf Grundlage der historischen Ausgestaltung des Systems begründbare Regelungen werden an die heutigen Rahmenbedingungen für

die Krankenkassen angepasst. Die in den bisherigen §§ 157 und 158 enthaltene Möglichkeit der Errichtung von Innungskrankenkassen wird im Rahmen der Neustrukturierung aufgehoben. Die Errichtung neuer Innungskrankenkassen entspricht nicht mehr dem Ziel, einen Wettbewerb der Krankenkassen mit leistungsfähigen Wettbewerbern zu ermöglichen, da dies eine gewisse Größe voraussetzt. In den Neuregelungen ebenfalls nicht mehr enthalten sind Sondervorschriften für Innungskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält. Solche Innungskrankenkassen bestehen nicht mehr, bestehende Satzungsregelungen können gemäß § 173 Absatz 2 Satz 3 nicht widerrufen werden und durch die Streichung der Errichtungsmöglichkeit ist die Entstehung neuer Innungskrankenkassen ohne Öffnungsregelung ausgeschlossen.

Der neue Dritte Titel zur Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen mit den neuen §§ 155 bis 164 bildet die derzeit geltende Rechtslage – lediglich unter Verzicht auf die bisher teilweise separaten Regelungen für jede Kassenart – ab. § 163 entwickelt das bisher in § 172 vorgesehene Haftungspräventionssystem weiter. § 164 entspricht dem bisherigen § 265a unter Berücksichtigung der Aufhebung von § 265b und der Änderungen in §§ 217 b, 217c.

Die Regelungen der Folgen von Auflösung und Schließung von Krankenkassen fanden sich in den bisherigen §§ 155 und 164. Der bisherige § 155 galt unmittelbar für Betriebskrankenkassen und regelte die Abwicklung der Geschäfte und die Haftung für nach Abwicklung der Geschäfte verbleibende Verpflichtungen. Der bisherige § 164 galt unmittelbar für Innungskrankenkassen und traf in Absatz 1 Bestimmungen zur Haftung bei Verpflichtungen und in Absatz 2 bis 4 Bestimmungen zu den Versorgungsansprüchen der dienstordnungsmäßigen Angestellten und übrigen Beschäftigten. Für die Abwicklung der Geschäfte und die Haftung für Altschulden wurde auf den bisherigen § 155 verwiesen. Für Ortskrankenkassen verwies der bisherige § 146a Satz 3 und für Ersatzkassen der bisherige § 171 auf die bisherigen §§ 155 und 164.

Mit dem Ziel einer Vereinheitlichung und verbesserten Übersichtlichkeit durch Verzicht auf Verweise werden die Inhalte der §§ 155 und 164 im neuen Vierten Titel neu geordnet und für alle Krankenkassen gleich geregelt. Zugleich wird die vorrangige Haftung der Krankenkassen derselben Kassenart abgeschafft. Unter den bestehenden Wettbewerbsbedingungen ist das nach Kassenarten gegliederte Haftungssystem nicht mehr systemgerecht. Auch zwischen den Krankenkassen einer Kassenart findet Wettbewerb statt. Das bisherige Haftungssystem der Krankenkassen wird daher abgeschafft und eine wettbewerbsneutrale Neuordnung angestrebt. Insbesondere wird die sogenannte Haftungskaskade mit primärer Haftung der übrigen Krankenkassen einer Kassenart abgeschafft: Bei Schließung, Auflösung oder Insolvenz von Krankenkassen haftet zukünftig der GKV-Spitzenverband, der die entstehenden Kosten dann bei allen Krankenkassen geltend macht. Bei der Aufbringung der Mittel ist die Höhe der Finanzreserven zu berücksichtigen. Das neue Haftungssystem führt dazu, dass Haftungsfälle wettbewerbsneutral sind und sich die finanziellen Belastungen eines Haftungsfalls auf alle Krankenkassen fair verteilen.

Zu § 143

Die Festschreibung des Grundsatzes der regionalen Gliederung von Ortskrankenkassen durch den bisherigen § 143 Absatz 1 wird aufgehoben. Das flächendeckende Auffangsystem durch die Ortskrankenkassen war bis zur Einführung der allgemeinen Kassenwahlfreiheit zum 1. Januar 1996 erforderlich. Für den Abbau von Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassenarten sollen auch Ortskrankenkassen untereinander im Wettbewerb um die beste Versorgung ihrer Versicherten stehen. Zudem werden die Wahlrechte der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert.

Zu § 144

Der neue § 144 definiert als Teil der Neustrukturierung des Organisationsrechts der Krankenkassen den Begriff der Betriebskrankenkassen. Der Zuständigkeitsbereich von Betriebskrankenkassen, die sich durch Satzungsregelung für alle Versicherten geöffnet haben, wird entsprechend der Neuregelung des § 143 als bundesweit festgelegt, um die Wahlrechte der Mitglieder zu stärken.

Zu § 145

Der neue § 145 definiert den Begriff der Innungskrankenkassen und legt den bundesweiten Zuständigkeitsbereich von Innungskrankenkassen fest. Da sich alle Innungskrankenkassen bereits für alle Versicherten geöffnet haben, eine solche Satzungsregelung nach § 173 Absatz 2 Satz 3 nicht widerrufen werden kann und die Neuerrichtung von Innungskrankenkassen nicht mehr vorgesehen ist, ist eine dem neuen § 144 Satz 2 entsprechende Differenzierung nicht erforderlich.

Zu § 146

Der neue § 146 entspricht dem bisherigen § 166 zur Landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Zu § 147

Der neue § 147 entspricht dem bisherigen § 167 zur Durchführung der Krankenversicherung durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See (DRV KBS).

Zu § 148

Der neue § 148 entspricht dem bisherigen § 168 Absatz 1 und definiert den Ersatzkassenbegriff. Der bisherige § 168 Absatz 2 und 3 ist aufgrund des neuen § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und der bundesweiten Erstreckung aller Ersatzkrankenkassen gegenstandslos.

Zu § 149

Der neue § 149 entspricht dem bisherigen § 147. Durch die Anpassung in Absatz 2 Satz 3 und die Aufhebung von Absatz 3 wurden gegenstandslose Regelungen bereinigt.

Durch die Erhöhung der Mindest-Beschäftigtenzahl von 1000 auf 5000 in den betroffenen Betrieben als eine Voraussetzung der Neugründung von Betriebskrankenkassen wird in Verbindung mit der im neuen § 150 Absatz 1 Satz 2 geregelten Mindestzahl an Mitgliedern zum Gründungszeitpunkt das Entstehen von Kleinstkrankenkassen vermieden. Es wäre davon auszugehen, dass nur ein Teil der Beschäftigten bei Ausübung des Wahlrechts zu dieser Krankenkasse wechseln würde. Bei Kleinstkrankenkassen kann nicht von einer wirtschaftlichen Leistungserbringung ausgegangen werden. Zudem könnten trotz der Einführung eines Risikopools Hochkostenfälle zu finanziellen Schwierigkeiten führen. Tatsächlich haben sich in den vergangenen Jahren viele kleinere mit mittleren oder größeren Betriebskrankenkassen zusammengeschlossen, so dass mittlerweile keine Betriebskrankenkasse weniger als 1000 Mitglieder und nur noch drei Kassen weniger als 2500 Mitgliedern aufweisen.

Zu § 150

Das Zustimmungserfordernis der Mehrheit der im Betrieb Beschäftigten bei Errichtung einer Betriebskrankenkasse nach dem bisherigen § 148 Absatz 2 Satz 1 ist im neuen § 150 Absatz 2 nicht mehr enthalten. Vor dem Hintergrund, dass die Beschäftigten bei Errichtung einer Betriebskrankenkasse durch ihren Arbeitgeber finanziell nicht betroffen sind, und ins-

besondere über die Zugehörigkeit zur neuen Krankenkasse frei entscheiden können, entspricht diese Regelung nicht mehr den Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die zum Gründungszeitpunkt erforderliche Mindestzahl von 2500 Mitgliedern wird dann erreicht, wenn sich 50 Prozent der nach § 149 Absatz 1 Nummer 1 als Gründungsvoraussetzung einer Betriebskrankenkasse genannten Zahl von 5000 versicherungspflichtigen Beschäftigten der neu gegründeten Krankenkasse anschließen.

Zu § 151

Die Regelung des neuen § 151 entspricht dem bisherigen § 149.

Zu § 152

Der neue § 152 entspricht dem bisherigen § 151.

Zu § 153

Der neue § 153 entspricht dem bisherigen § 152.

Zu § 154

Die Neuregelung entspricht dem bisherigen § 156.

Zu § 155

Die freiwillige Vereinigung von Krankenkassen einer Kassenart ist bislang für Ortskrankenkassen in § 144, für Betriebskrankenkassen in § 150, für Innungskrankenkassen in § 160 Absatz 1 und für Ersatzkrankenkassen in § 168a geregelt. Die kassenartenübergreifende Vereinigung dieser Kassenarten ist im bisherigen § 171a Absatz 1 Satz 1 geregelt. Mit dem neuen § 155 zur freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen werden diese Regelungen im Wesentlichen ohne Rechtsänderung zusammengeführt. Der bisherige § 171a Absatz 1 Satz 3 findet sich im neuen § 155 Absatz 2 Satz 2. § 171a Absatz 1 Satz 4 ist seit Abschaffung der Haftung des zuständigen Landesverbandes gegenstandslos. Der bisherige § 171a Absatz 2 entfällt. Diese Regelung sollte verhindern, dass bei kassenartenübergreifender Vereinigung das Recht zur Wahl einer Kassenart dazu genutzt wurde, sich den aus der früheren Kassenart resultierenden Verpflichtungen zu entziehen. Durch die künftig kassenartenunabhängige Ausgestaltung der Haftung für Fehlbeträge bei Auflösung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen (neue §§ 166, 169) ist eine Flucht aus der Haftung durch Wechsel der Kassenart nicht mehr möglich, so dass die Notwendigkeit für die Sonderregelung entfällt.

Zu § 156

Die zwangsweise Vereinigung von bundesweiten Krankenkassen einer Kassenart auf Antrag einer Krankenkasse ist bislang für Ersatzkassen in § 168a Absatz 2 geregelt. Für bundesweite Betriebskrankenkassen verweist der bisherige § 150 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz auf diese Regelung. Die neue Regelung zur zwangsweisen Vereinigung bundesweiter Krankenkassen nach § 156 beinhaltet für diese Kassenarten keine Rechtsänderung. Der Anwendungsbereich wird aber auf bundesweite Innungskrankenkassen erstreckt, für die es bislang eine solche Regelung nicht gab.

Zu § 157

Der neue § 157 regelt das Verfahren der Vereinigung nach dem neuen § 156 und entspricht dem bisherigen § 145.

Zu § 158

Der neue § 158 entspricht dem bisherigen § 172a.

Zu § 159

Der neue § 159 Absatz 1 regelt die Schließung von Krankenkassen, wenn deren Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist. Für Ortskrankenkassen war dies im bisherigen § 146a, für Betriebskrankenkassen im bisherigen § 153 Satz 1 Nummer 3, für Innungskrankenkassen im bisherigen § 163 Satz 1 Nummer 3 und für Ersatzkrankenkassen im bisherigen § 170 geregelt. Der neue § 159 Absatz 2 regelt die weiteren Schließungsmöglichkeiten für Betriebskrankenkassen ohne Satzungsregelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4, die sich im bisherigen § 153 Satz 1 Nummer 1 und 2 fanden. Der neue § 159 Absatz 3 entspricht dem bisherigen § 163 Satz 2 Nummer 2 für Innungskrankenkassen. Da es keine Innungskrankenkassen ohne Satzungsregelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 mehr gibt und die Errichtung neuer Innungskrankenkassen nicht mehr vorgesehen ist, besteht kein Anwendungsbereich für den bisherigen § 163 Satz 1 Nummer 1.

Zu § 160

Der neue § 160 entspricht dem bisherigen § 171b.

Zu § 161

Der neue § 161 entspricht dem bisherigen § 171c.

Zu § 162

Der neue § 162 entspricht dem bisherigen § 171f.

Zu § 163

§ 163 ist die Fortentwicklung des bisherigen § 172 zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen.

Die bisherige Pflicht nach Absatz 1, vor einer organisatorischen Änderung die Verbände der beteiligten Krankenkassen zu hören, sollte gewährleisten, dass die Verbände schon im Vorfeld solcher Organisationsänderungen auf den Erhalt und die Bildung von leistungsfähigen Krankenkassen hinwirken. Hintergrund war der Einfluss organisatorischer Änderungen auf eine mögliche Haftung einer Kassenart bei Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen. Daher sollten auch die betroffenen Verbände ein Anhörungsrecht erhalten, um einer missbräuchlichen Anwendung der Öffnungs- und Haftungsregelung entgegenzuwirken zu können. Vor dem Hintergrund der Abschaffung der vorrangigen Haftung der Kassenart sind solche Mitwirkungsrechte der Verbände der Kassenarten nicht mehr notwendig, so dass der bisherige § 172 Absatz 1 aufgehoben werden kann. Die Mitwirkung des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen der Haftungsprävention wird dagegen im Vergleich zum bisherigen § 172 Absatz 2 gestärkt. Dies ist sachgerecht, da ihm auch bei möglichen Haftungsfällen eine wichtige Rolle insbesondere bei der Geltendmachung der Haftungsbeträge bei den einzelnen Krankenkassen zukommt. So wird insgesamt ein ausreichender Informationsaustausch zwischen den Krankenkassen, den Aufsichtsbehörden und dem Spitzenverband sichergestellt.

Das bisher in § 172 Absatz 2 geregelte Verfahren zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Krankenkassen einschließlich der notwendigen Informationspflichten wird im neuen § 163 Absatz 1 effizienter ausgestaltet. Ziel ist es, dass der GKV-Spitzenverband rechtzeitig potenzielle Haftungsfälle identifiziert und den Aufsichtsbehörden anzeigt. Für diese be-

steht so die Möglichkeit, die defizitäre Finanzentwicklung einer Krankenkasse frühzeitig erkennen und gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband rechtzeitig Maßnahmen einleiten zu können, um eine drohende Zahlungsunfähigkeit oder die dauernde Leistungsunfähigkeit der Krankenkasse zu verhindern.

Die bisherige Regelung sah vor, dass der GKV-Spitzenverband Krankenkassen mit einem negativen Rechnungsergebnis in der letzten Vierteljahresrechnung der Aufsichtsbehörde zu melden hatte, wenn die Ausgaben die Einnahmen um einen Betrag überschritten, der größer als 0,5 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds war. Allein aus dieser rückblickenden Betrachtung einer einzelnen Vierteljahresrechnung kann die finanzielle Gefährdung einer Kasse allerdings nicht abschließend beurteilt werden. In der Vergangenheit hat dies dazu geführt, dass eine hohe Anzahl von Krankenkassen durch den GKV-Spitzenverband bei den Aufsichtsbehörden gemeldet wurde, bei denen allerdings keine Bedrohung der dauerhaften Leistungsfähigkeit vorlag.

Um eine problematische Finanzentwicklung rechtzeitig erkennen und mit geeigneten Maßnahmen gegensteuern zu können, sind weitere Kennzahlen, insbesondere das Vermögen, das Rechnungsergebnis, die Liquidität und die Versichertenentwicklung zu berücksichtigen. Der GKV-Spitzenverband hat im Rahmen seiner bisherigen Aktivitäten im Bereich der Haftungsprävention bereits ein differenziertes Modell mit einer Vielzahl an Indikatoren entwickelt, das zur qualitativen und quantitativen Bewertung der dauerhaften Leistungsfähigkeit der Krankenkassen herangezogen wird. Dieses etablierte Modell aufgreifend wird mit dieser Regelung ein gestuftes und differenziertes Verfahren gesetzlich festgeschrieben, das unnötige Informationspflichten vermeidet und gleichzeitig die zur Beurteilung der finanziellen Leistungsfähigkeit notwendigen Kennzahlen berücksichtigt. In Satz 2 werden Mindestvorgaben zu den zu berücksichtigenden Kennzahlen vorgegeben. Die darüber hinausgehende weitere konkrete Ausgestaltung wie zum Beispiel die Berücksichtigung weiterer Kennzahlen oder ggf. eine Gewichtung der vorgegebenen Kriterien obliegt dem GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband hat die Krankenkassen regelmäßig über die Ergebnisse seine Bewertung zu informieren.

Wenn das Ergebnis der Prüfung eine potentielle Gefährdung ergibt, fordert der Spitzenverband in einem nächsten Schritt ergänzende Unterlagen an, die eine weitergehende Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit ermöglichen. Erst wenn der GKV-Spitzenverband auf dieser Grundlage zu dem Ergebnis kommt, dass die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse gefährdet sein könnte, informiert er die zuständige Aufsichtsbehörde. Das auf Grundlage dieser gesetzlichen Vorgaben vorgesehene Verfahren hat der GKV-Spitzenverband in seiner Satzung zu veröffentlichen. Damit wird die für die Krankenkassen notwendige Transparenz hergestellt.

Absatz 2 entspricht dem bisherigen § 172 Absatz 3.

Zu § 164

Der neue § 164 entspricht grundsätzlich dem bisherigen § 265a. Es werden redaktionelle Anpassungen vorgenommen, die sich aus der Streichung von § 265b und den Änderungen in §§ 217b, 217c ergeben. Durch die Neuorganisation des Verwaltungsrates ist bei Abstimmungen keine Stimmgewichtung mehr vorgesehen.

Zu § 165

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

Zu § 166

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.

Absatz 1 bestimmt, dass grundsätzlich alle Krankenkassen für die nach Abwicklung der Geschäfte verbleibenden Verpflichtungen einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse haften. Anders als nach bisherigem Recht ist eine vorrangige Haftung der Krankenkassen derselben Kassenart nicht mehr vorgesehen. Die landwirtschaftliche Krankenversicherung bleibt wie bisher von der Haftungsverpflichtung ausgenommen. Das folgt aus dem geänderten § 17 Satz 3 KVLG 1989, nach dem insgesamt die Vorschriften des Dritten und Vierten Titels des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des SGB V keine Anwendung finden.

Die primäre Haftung des Arbeitgebers bei Betriebskrankenkassen, die sich nicht für alle Versicherten geöffnet haben, ist nun in Absatz 2 geregelt. Dies entspricht dem bisherigen § 155 Absatz 4 Satz 1 und 2. Die Regelung des bisherigen § 164 Absatz 1 Satz 2 und 3 war nicht zu übernehmen, da es keine Innungskrankenkassen ohne Öffnung für alle Versicherten mehr gibt und eine Neuerrichtung nicht mehr vorgesehen ist.

Zu § 167

§ 167 regelt die Verteilung der zu erfüllenden Verpflichtungen auf die Krankenkassen. Bei der Mittelaufbringung werden sowohl die Größe der einzelnen Krankenkassen anhand der jeweiligen Mitgliederzahlen als auch im Bedarfsfall die finanzielle Leistungsfähigkeit anhand der Höhe der vorhandenen Finanzreserven berücksichtigt.

Absatz 1 regelt grundsätzlich, dass der zu finanzierende Haftungsbetrag wettbewerbsneutral nach der Zahl der Mitglieder auf alle Krankenkassen aufgeteilt wird. Dies entspricht dem bisherigen Aufteilungsschlüssel, der auf Basis der Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den GKV-Spitzenverband bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse (KKInsoV) zur Anwendung gekommen ist.

Absatz 2 regelt, dass ab einem Haftungsbetrag von mehr als 350 Millionen Euro ergänzend die Finanzreserven der Krankenkassen zur Finanzierung des verbleibenden Haftungsbetrages heranzuziehen sind. Dadurch soll vermieden werden, dass Beitragszahler von einzelnen Krankenkassen über höhere Zusatzbeiträge belastet werden, solange andere Krankenkassen über hohe Reserven verfügen. Der über eine ausschließlich mitgliederbezogene Umlage zu finanzierende Haftungsbetrag von maximal 350 Millionen Euro entspräche bezogen auf das Jahr 2019 einer Größenordnung von rund 0,025 Beitragssatzpunkten und erscheint damit auch für Krankenkassen mit niedrigeren Finanzreserven grundsätzlich finanziell verkraftbar. Gemäß Absatz 2 Satz 2 werden zunächst die Reserven oberhalb des 1,0fachen einer Monatsausgabe herangezogen. Bei Krankenkassen, denen die Aufsicht gemäß § 260 Absatz 2 Satz 2 auf Antrag der Krankenkasse eine höhere Obergrenze zugestanden hat, werden die Reserven oberhalb dieser Obergrenze berücksichtigt. Übersteigen die Reserven oberhalb des 1,0fachen einer Monatsausgabe die noch zu erfüllenden Verpflichtungen, wird der Betrag für jede Krankenkasse auf Basis eines einheitlichen Faktors auf das benötigte Volumen gekürzt. Reichen die Reserven oberhalb des 1,0fachen einer Monatsausgabe nicht aus, um die Verpflichtungen zu erfüllen, werden gemäß Absatz 2 Satz 2 auch die Reserven oberhalb von 0,75 Monatsausgaben entsprechend dem in Absatz 2 festgelegten Berechnungsverfahren herangezogen.

Reichen auch die Finanzreserven oberhalb des 0,75fachen einer Monatsausgabe nicht aus, um die Verpflichtungen zu erfüllen, wird nach Absatz 3 der verbleibende Betrag auf alle Krankenkassen nach der Zahl der Mitglieder aufgeteilt.

Für Betriebskrankenkassen, die sich nicht für alle Versicherten geöffnet haben, wird gemäß Absatz 4 der nach den Absätzen 1 bis 3 ermittelte Haftungsbetrag auf 20 Prozent dieses Betrages begrenzt. Die Summe der daraus resultierenden Kürzungen der Haftungsbeträge ist über eine wettbewerbsneutrale Umlage je Mitglied auf die übrigen Krankenkassen zu refinanzieren. Die reduzierte Belastung dieser Krankenkassen bei Schließung bzw. Insolvenz geöffneter Krankenkassen ergibt sich aus dem Umstand, dass bei einer Insolvenz bzw. Schließung geschlossener Krankenkassen zunächst der Arbeitgeber haftet und die geöffneten Krankenkassen gar nicht oder nur teilweise zur Refinanzierung der zu erfüllenden Verpflichtungen herangezogen werden.

Absatz 5 regelt das Verfahren zur Geltendmachung der nach den Absätzen 1 bis 4 auf die Krankenkassen entfallenden Beträge. Er entspricht dem § 5 der Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den GKV-Spitzenverband bei Insolvenz und Schließung einer Krankenkasse, die durch die Änderungen hinsichtlich des Haftungssystems und deren gesetzliche Normierungen gegenstandslos geworden ist.

Zu § 168

§ 168 trifft Bestimmungen zu den Versorgungsansprüchen der dienstordnungsmäßigen Angestellten und übrigen Beschäftigten und zur Weiterbeschäftigung. Er entspricht dem bisherigen § 164 Absatz 2 bis 4, auf den bislang durch § 146a Satz 3 für Ortskrankenkassen, § 155 Absatz 4 Satz 9 für Betriebskrankenkassen und § 171 Satz 1 für Ersatzkassen verwiesen wurde. Neu ist die Verteilung auf alle Krankenkassen nach dem Anteil der Mitglieder. Eine Beschränkung auf die betroffene Kassenart ist nicht mehr vorgesehen. Die Maßgabe, dass eine zumutbare Stellung zur Weiterbeschäftigung nur dann anzubieten ist, wenn das Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann, galt bislang nur für Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen. Als Neuregelung wird dies auch für Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen eingeführt.

Zu § 169

§ 169 regelt die Haftung im Insolvenzfall und tritt an die Stelle des bisherigen § 171d. Dessen wesentliche Regelungen werden übernommen. In Absatz 1 und 5 werden Anpassungen vorgenommen, um die Abschaffung der vorrangigen Haftungsverpflichtung der Krankenkassen derselben Kassenart auch für den Fall der Insolvenz einer Krankenkasse nachzuziehen.

Absatz 1 betrifft die Haftung für bis zum 31. Dezember 2009 entstandene Altersversorgungsverpflichtungen und beruht auf dem bisherigen § 171d Absatz 1. Abweichend von der früheren Regelung macht der GKV-Spitzenverband nach Satz 3 die zur Erfüllung seiner Haftungsverpflichtung erforderlichen Beträge nicht mehr nur bei den übrigen Krankenkassen der Kassenart geltend, sondern bei allen Krankenkassen. Einer Sonderregelung zur Inanspruchnahme der aus einer kassenartenübergreifenden Vereinigung hervorgegangenen Krankenkassen bedarf es deshalb nicht mehr. Die Verteilung der Haftungsbeträge entspricht derjenigen bei Auflösung und Schließung. Die bisherige Einbeziehung der Altersteilzeitverpflichtungen in die Haftung ist mittlerweile gegenstandslos geworden, da diese nach § 171d Absatz 1a nicht für mehr Insolvenzfälle nach dem 1. Januar 2015 galt, bis zu diesem Zeitpunkt jedoch kein Insolvenzfall einer Krankenkasse eingetreten ist. Aus diesem Grund entfällt auch die Regelung des bisherigen § 171d Absatz 1a.

Nicht übernommen wird der bisherige § 171d Absatz 2 mit seiner Verordnungsermächtigung. Die in der Rechtsverordnung geregelten näheren Vorschriften zur Aufteilung der Beträge im Haftungsfall sind nunmehr in § 170 Absatz 3 bis 6 geregelt. Die Verordnungsermächtigung ist daher nicht mehr notwendig.

Absätze 2 und 3 entsprechen dem bisherigen § 171d Absatz 3 und 4.

Absatz 4 beruht auf dem bisherigen § 171d Absatz 5 und regelt die Haftung für Ansprüche der Leistungserbringer, Ansprüche aus der Versicherung sowie Forderungen aufgrund zwischen- und überstaatlichen Rechts. Auch hier haften nunmehr unmittelbar alle Krankenkassen.

Absatz 5 regelt die Zwischenfinanzierung von Haftungsbeträgen durch den GKV-Spitzenverband mittels Darlehen und entspricht dem bisherigen § 171d Absatz 6.

Zu § 170

Der neue § 170 entspricht dem bisherigen § 171e.

Zu Nummer 12

Zu § 173

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderung wird die Aufhebung der regionalen Begrenzung bei den Ortskrankenkassen nach § 143 Satz 2 auch im Krankenkassenwahlrecht nachvollzogen. Gleichzeitig wird die satzungsmäßige Begrenzbarkeit der Wählbarkeit von Ersatzkassen aufgehoben und deren bundesweite Öffnung nach § 148 Satz 2 im Krankenkassenwahlrecht nachvollzogen. Letzteres entspricht bereits der Praxis, da alle bestehenden Ersatzkassen bereits bundesweit geöffnet sind. Zudem wird die Nummer 3 sprachlich angepasst, da es keine Innungskrankenkassen ohne Öffnung für alle Versicherten mehr gibt und diese auch nicht neu gegründet werden können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Streichung der regionalen Einschränkungen für die Wählbarkeit von Betriebs- und Innungskrankenkassen mit Öffnungsklausel (Absatz 2 Satz 1 Nummer 4) wird die Regelung des § 144 Satz 2 auch im Krankenkassenwahlrecht umgesetzt und eine bundesweite Wählbarkeit erreicht.

Aufgrund der Änderungen in den §§ 143 Satz 2, 144 Satz 2, 148 Satz 2 in Verbindung mit dem geänderten Absatz 2 Satz 2 werden somit nicht nur die Ortskrankenkassen, Ersatzkassen sowie - wie bisher - die DRV KBS bundesweit geöffnet und wählbar, sondern auch alle Betriebs- und Innungskrankenkassen, deren Satzung eine Öffnungsklausel nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 vorsieht.

Zu Buchstabe b

Durch die bundesweite Öffnung von Ortskrankenkassen und Ersatzkassen ist das auf den Ort des Sitzes der Hochschule erweiterte Krankenkassenwahlrecht nach Absatz 3 für gesetzlich versicherte Studenten entbehrlich. Absatz 3 wird daher aufgehoben.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a

Die Regelung sieht vor, dass der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zukünftig nicht mehr aus ehrenamtlichen Vertretern der Verwaltungsräte der Krankenkassen, sondern aus Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen gebildet wird. Ziel ist eine Professionalisierung der Arbeit des Verwaltungsrats. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass eine organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen

und der Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes notwendig ist. Diese Funktion hat in der Vergangenheit der sogenannte Fachbeirat übernommen, der aus Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen und der Verbände der unterschiedlichen Kassenarten gebildet wurde. Er wurde vom GKV-Spitzenverband zusätzlich zu den gesetzlich vorgegebenen Gremien errichtet und sollte eine strukturierte Form der Rückkopplung zu den Mitgliedskassen und eine schnellere Meinungsbildung zu aktuellen politischen Themen ermöglichen. Durch die Neuorganisation des Verwaltungsrates wird diese bislang über den Fachbeirat eingeleitete Professionalisierung weiterentwickelt. Mit dem neuen Verwaltungsrat wird ein Gremium geschaffen, das einen kontinuierlichen Meinungsbildungs- und Informationsaustausch zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Vorständen seiner Mitgliedskassen gewährleistet und die notwendige Transparenz zwischen operativen Krankenkassengeschäft und vertraglichen und sonstigen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes erhöht. Den Vorständen der Krankenkassen, die die Versorgung der Versicherten vor Ort maßgeblich organisieren, wird damit eine stärkere Rolle und Verantwortung bei der Gestaltung der Strukturen im Bereich der GKV zugewiesen. Die Regelung korrespondiert insoweit mit dem neuen § 217c Absatz 5, wonach außer dem Vorstand, der Mitgliederversammlung und dem Verwaltungsrat mit seinen Fachausschüssen weitere Gremien wie der Fachbeirat nicht mehr erforderlich und daher nicht mehr zulässig sind.

Mit den Änderungen in Satz 3 werden die Verweisregelungen an die neue Besetzung des Verwaltungsrates mit hauptamtlich tätigen Vorstandsmitgliedern angepasst und überflüssig gewordene Verweise gestrichen. Dies betrifft insbesondere die entsprechende Anwendung der Regelungen zum Ehrenamt und der zugehörigen Entschädigungs- und Haftungsregelungen des Vierten Buches, da es sich bei den künftigen Verwaltungsratsmitgliedern des GKV-Spitzenverbandes nicht mehr um ehrenamtliche tätige Verwaltungsratsmitglieder einer Mitgliedskasse handelt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Besetzung des Verwaltungsrates mit hauptamtlich tätigen Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Ergänzung des Satz 2 soll eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern im Vorstand des GKV-Spitzenverbandes sichergestellt werden. Die Regelung sieht daher vor, dass bei einem Vorstand, der aus mehreren Personen besteht, dem Vorstand mindestens eine Frau und ein Mann angehören müssen, um die Geschlechterverteilung unter den gesetzlich Krankenversicherten und den Beschäftigten im Gesundheitswesen auch im Vorstand so weit wie möglich abzubilden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird die Amtszeit der Vorstandsmitglieder des GKV-Spitzenverbandes auf zwei Wahlperioden begrenzt. Die Amtszeitbegrenzung dient dem Ziel, demokratische Strukturen zu stärken und neue Anreize für innovative Ideen und Nachwuchskräfteförderung zu schaffen.

Zu Nummer 14

Die neuen Absätze 1 bis 5 regeln die Zusammensetzung und die Wahl des zukünftigen Verwaltungsrates. Die Größe des Verwaltungsrates wird in Absatz 1 grundsätzlich auf 40 Mitglieder festgelegt. Damit wird der Verwaltungsrat gegenüber der bisherigen höchstmöglichen Anzahl von 52 Mitgliedern verkleinert. Die Hälfte der Sitze wird durch die 20 größten Mitgliedskassen besetzt. Weitere 20 Sitze werden durch die Mitgliederversammlung aus

den Vorständen aller Mitgliedskassen gewählt. Mit der Wahl der weiteren 20 Verwaltungsratsmitglieder durch die Mitgliederversammlung ist der Einfluss der Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen auf die Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes weiterhin gewährleistet. Um die Vertretung von Frauen im Verwaltungsrat zu stärken, sind diese weiteren 20 Sitze hälftig mit Männern und Frauen zu besetzen. Die Wahlen erfolgen auf der Grundlage getrennter Bewerberlisten für Männer und Frauen. Diese hat der Vorsitzende der Mitgliederversammlung auf der Grundlage von Vorschlägen der Mitglieder der Mitgliederversammlung oder von Eigenbewerbungen von Vorstandsmitgliedern zu erstellen.

Jedes Mitglied der Mitgliederversammlung verfügt über zwei Stimmen, von denen je eine für eine Bewerberin und für einen Bewerber abzugeben ist. Die zehn Bewerberinnen und die zehn Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Können die nach Absatz 3 vorgesehenen zehn Sitze für die Bewerber und zehn Sitze für die Bewerberinnen nach dem Ergebnis der Wahl nicht alle besetzt werden, weil nicht ausreichend Bewerber oder Bewerberinnen gewählt wurden, oder kommt die notwendige hälftige Besetzung mit Männern und Frauen nicht zustande, ist die Wahl nichtig und muss wiederholt werden. Es sind zwei weitere Wahlgänge möglich. Sollte nach dem dritten Wahlgang weiterhin keine hälftige Besetzung von 20 Sitzen möglich sein, werden nur so viele Sitze mit gewählten Bewerberinnen und Bewerbern besetzt, dass eine hälftige Verteilung zwischen Frauen und Männern erreicht wird. Die Anzahl der Mitglieder des Verwaltungsrates reduziert sich für diese Wahlperiode entsprechend. Einzelheiten zum Wahlverfahren sind in einer Wahlordnung im Rahmen der Satzung des GKV-Spitzenverbandes zu regeln.

Durch diese Neukonzeption der Zusammensetzung und Wahl des Verwaltungsrates entfallen die bisher sehr komplexen Regelungen und das damit verbundene sehr aufwändige Verfahren zur Sitzverteilung im Verwaltungsrat, zur Wahl der Verwaltungsratsmitglieder in der Mitgliederversammlung und zur Stimmengewichtung zwischen Versicherten- und der Arbeitgebervertretern bei Wahlen und Abstimmungen. Zukünftig haben alle Mitglieder des Verwaltungsrates bei Wahlen und Abstimmungen unabhängig von der Kassenart und der Größe der Kasse, die sie vertreten, eine Stimme. Auch richtet sich die Sitzverteilung im Verwaltungsrat nicht mehr nach der Größe der Kassenarten.

Mit Absatz 5 wird die Gremienorganisation des GKV-Spitzenverbandes auf die gesetzlich vorgesehenen Organe Vorstand, Mitgliederversammlung und Verwaltungsrat begrenzt. Durch die Professionalisierung des Verwaltungsrates sind weitere beratende Gremien wie beispielsweise der bisherige Fachbeirat nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 15

Zu Buchstabe a

Die Verweise auf die allgemeine Regelung in § 70 Absatz 1 des Vierten Buches zur Auf- und Feststellung des Haushaltsplans sowie auf die Regelungen zum Haushaltsplan der Träger der Kranken- und Pflegeversicherung in § 70 Absatz 5 werden gestrichen, da in Absatz 4 neu spezielle Regelungen für den GKV-Spitzenverband geschaffen werden.

Zu Buchstabe b

Um die Finanzaufsicht über den GKV-Spitzenverband zu stärken, wird - statt des bisherigen Beanstandungsrechts - ein Genehmigungsvorbehalt für den Haushalt eingeführt und der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit eingeräumt, die Genehmigung nicht nur im Falle eines Rechtsverstößes zu versagen, sondern auch dann, wenn die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes nicht beachtet sind. Unter dem unbestimmten Rechtsbegriff der Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe werden die zur Konkretisierung der Haushaltsgrundsätze des Bundes entwickelten Maßstäbe zusammengefasst, die sich letztlich auf das Wirtschaftlichkeitsprinzip zurückführen lassen und die an verschiedenen Stellen wie zum Beispiel in den Verwaltungsvorschriften zur Bundeshaushaltsordnung normiert sind.

Die Anwendung dieser Bewertungsgrundsätze gewährleistet auch für den GKV-Spitzenverband die Ordnungsmäßigkeit seines Handelns im Sinne der Grundsätze des § 69 Absatz 2 des Vierten Buches. Bei der Anwendung der einzelnen Bewertungsmaßstäbe hat die Aufsichtsbehörde zu beachten, dass diese als aufsichtsrechtlicher Prüfungsmaßstab nur soweit herangezogen werden können, als sie mit den Besonderheiten des GKV-Spitzenverbandes vereinbar sind. Das Gesetz räumt der Aufsichtsbehörde hinsichtlich der Anwendung der Maßstäbe zudem ein Ermessen ein.

Anders als bei einem bloßen Recht zur Beanstandung des Haushaltsplans wird der Haushalt erst nach der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde rechtsverbindlich, so dass der GKV-Spitzenverband ihn vorher nicht vollziehen kann. Um eine ausreichende Prüfung durch die Aufsichtsbehörde sicherzustellen und ein rechtzeitiges Inkrafttreten des Haushaltsplans am 1. Januar zu gewährleisten, wird die Vorlagefrist bei der Aufsichtsbehörde auf den 1. Oktober des Vorjahres vorgezogen.

Zu Nummer 16

Zu Buchstabe a

Der Gesetzgeber hat dem GKV-Spitzenverband eine Vielzahl von Aufgaben in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung übertragen, deren fristgerechte Umsetzung für die Gestaltung der Rahmenbedingungen und die Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von großer Bedeutung ist. In der Vergangenheit hat der GKV-Spitzenverband seine Aufgaben nicht immer innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Fristen umgesetzt und das Bundesministerium für Gesundheit rechtzeitig über Probleme in der Umsetzung oder die Gründe für Verzögerungen ausreichend in Kenntnis gesetzt. Daher wird der GKV-Spitzenverband nun verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit nicht nur über die nicht rechtzeitige Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben zu informieren, sondern darüber hinaus auch die Gründe hierfür darzulegen und notwendige weitere Schritte vorzuschlagen. Die damit hergestellte Transparenz ist notwendig, damit das Bundesministerium für Gesundheit zeitnah mit dem GKV-Spitzenverband und gegebenenfalls mit weiteren Akteuren Möglichkeiten erörtern kann, wie eine Umsetzung des gesetzlichen Auftrags beschleunigt werden kann oder ob gegebenenfalls die Umsetzung im Wege einer aufsichtsrechtlichen Ersatzvornahme gewährleistet werden muss.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Neufassung der §§ 267 und 268.

Zu Nummer 17

Es handelt sich um eine Folgeänderung dazu, dass die Vorgabe des bisherigen § 268 Absatz 5 mit diesem Gesetz erfüllt ist und daher bei der Neufassung der §§ 267 und 268 nicht übernommen wird. Die Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschmelzen der Finanzreserven nach Absatz 2a und 4 ist damit ab dem 1. Januar 2020 anzuwenden.

Zu Nummer 18

Der Regelungsinhalt des bisherigen § 265a findet sich im neuen § 164.

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

Zu Nummer 19

Zu § 266

Ziel der Änderung ist es zum einen, die gesetzlichen Vorgaben zum RSA in den §§ 266 bis 268 unter Aufhebung gegenstandslos gewordener Regelungen neu zu strukturieren und die Terminologie zu vereinheitlichen. Dies dient der Rechtssicherheit durch eine verbesserte Übersichtlichkeit und Verständlichkeit der Regelungen. Zum anderen werden Reformmaßnahmen zum RSA eingeführt.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Änderungsbefehl bb). Der Begriff „risikoadjustierte Zuweisungen“ umfasst damit die Berücksichtigung aller in Absatz 2 genannten Risikomerkmale.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderungen in Absatz 1 und den neuen Absatz 2 werden die Vorgaben zu den im RSA direkt zu berücksichtigenden Ausgleichsfaktoren zusammengeführt. Diese finden sich bislang in den §§ 266 Absatz 1 Satz 2, 267 Absatz 2, 268 Absatz 1 in Verbindung mit § 29 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV), der gemäß der Verordnungsermächtigung nach § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 erster Halbsatz eine von § 267 Absatz 2 abweichende Vorgabe trifft. Die in der Wissenschaft anerkannte und gebräuchliche Terminologie „Zuordnung von Risikogruppen“ wird nun einheitlich für die bislang als Versicherungengruppen und Morbiditätsgruppen bezeichneten Risikogruppen verwendet. Der Begriff der Morbiditätsgruppen wird im neuen Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 weiterverwendet für Risikogruppen, die anhand der Morbidität der Versicherten zugeordnet werden.

Zu Buchstabe b

Als Teil der neuen Terminologie der Absätze 1 und 2 werden die Ausgleichsfaktoren des RSA als Risikomerkmale bezeichnet.

Die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen ist die Grundlage der Zuweisungen durch den RSA. Die in Absatz 2 genannten Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität und Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld entsprechen den in den bisherigen §§ 266 Absatz 1 Satz 2 und 268 Absatz 1 in Verbindung mit dem bisherigen § 29 RSAV festgelegten Risikomerkmale bis auf das Merkmal der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Zudem wird in § 31 Absatz 5 RSAV auf Grundlage der Befugnis des Ordnungsgebers zur abweichenden Regelung nach dem bisherigen § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 erster Halbsatz die Zuordnung von zwei weiteren gesonderten Risikogruppen vorgegeben; für Versicherte mit dauerhaftem Wohnort im Ausland und für Versicherte, die für den ambulanten Bereich Kostenerstattung gewählt haben. Absatz 2 Satz 2 gibt die bislang in § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 enthaltene Vorgabe zum Ausgleichsfaktor Morbidität wieder.

Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Gutachten von 2017 gezeigt, dass durch die Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums im RSA (Vollmodell) die Risikostruktur der Versicherten besser abgebildet werden kann als im derzeitigen Verfahren. Demnach trägt die Einführung des Vollmodells dazu bei, dass die Zuweisungen auf Ebene der Versicherten und der Krankenkassen genauer werden. Für einen Großteil der Versicherten werden die standardisierten Leistungsausgaben besser durch die Zuweisungen gedeckt, als es im auf 50-80 Krankheiten begrenzten RSA der Fall ist. Insbesondere werden die Überdeckungen gesunder Versicherter und die Unterdeckungen von Versicherten mit Krankheiten ohne RSA-Relevanz abgebaut. Die Begrenzung auf 50-80 Krankheiten war zudem bei

Einführung des RSA nur für eine Übergangsphase vorgesehen. Im Ergebnis werden Anreize zur Risikoselektion und Wettbewerbsverzerrungen verringert. Gleichzeitig wird das RSA-Verfahren vereinfacht, da das aufwendige jährliche Verfahren der Krankheitsauswahl entfallen kann.

Eine gesonderte Risikogruppe für Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 SGB VI gemindert ist, wird nicht mehr gebildet. Der Wissenschaftliche Beirat hat die Verwendung des Merkmals in seinem Gutachten von 2017 kritisch hinterfragt und starke Verzerrungen bei der derzeitigen gesonderten Berücksichtigung im RSA festgestellt. So kommt es insbesondere bei jungen Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern zu hohen Unterdeckungen und bei Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern ohne chronische Krankheiten zu hohen Überdeckungen. Eine Streichung des Merkmals Erwerbsminderungsrente lehnt der Beirat mit Verweis auf die hierdurch entstehenden Risikoselektionsanreize gegenüber Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern ab. Dabei wird jedoch die Tatsache, dass der Erwerbsminderungsstatus als einziges sozioökonomisches Merkmal im RSA auf eine bei Einführung des RSA fehlende direkte Morbiditätsinformation zurückzuführen ist, zu gering gewichtet. Hinzu kommt, dass einige Personengruppen wie Rentnerinnen und Rentner, Nichterwerbstätige und Selbständige das Kriterium Erwerbsminderungsrente per se nicht erhalten können, auch wenn ihre Erkrankung einen identischen Schweregrad erreicht. Durch die Nichtaufnahme des Merkmals in den neuen Absatz 2 wird eine Gleichbehandlung dieser Personengruppen ermöglicht.

Neu eingeführt wird der Ausgleichsfaktor regionale Merkmale. Ziel des RSA ist es, einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen, der zur Verbesserung sowohl der Qualität der Versorgung der Versicherten als auch der Wirtschaftlichkeit führt. Voraussetzung hierfür ist der Ausgleich finanzieller Belastungen zwischen den Krankenkassen, die ihre Ursache in den unterschiedlichen Risikostrukturen der Versicherten haben. Ein solcher Ausgleich verhindert Beitragssatzverzerrungen, die auf Grund unterschiedlicher Risikostrukturen zu Stande kommen.

Neben den Risikostrukturen der Versicherten, die sich aus versichertenbezogenen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Morbidität der jeweiligen Versicherten ergeben, führt auch die unterschiedliche regionale Ausgabenstreuung in der GKV zu einer Wettbewerbsverzerrung. Soweit diese durch die regional unterschiedlich verteilte Morbidität bedingt ist, wird sie bereits in großen Teilen durch den bestehenden RSA ausgeglichen. Dennoch verbleiben nach Durchführung des RSA regionale Über- und Unterdeckungen, die laut dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats von 2018 zu Risikoselektionsanreizen und Wettbewerbsverzerrungen führen können.

Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds bundesweit einheitliche Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben. Durch die regional unterschiedlichen Ausgabenstrukturen, die durch im RSA nicht oder nicht ausreichend berücksichtigte Morbiditäts- und Mortitätsfaktoren, durch die demografische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur, aber auch durch die medizinische Angebotsstruktur und Siedlungsstruktur am Wohnort des Versicherten bedingt sein können, können sich je nach regionaler Verteilung der Versicherten für die einzelnen Krankenkassen sowohl Wettbewerbsvorteile als auch -nachteile ergeben. Insbesondere für bundesweit tätige Krankenkassen entstehen damit Wettbewerbsnachteile gegenüber regional begrenzten Krankenkassen, die in Regionen mit unterdurchschnittlichen Ausgabenstrukturen tätig sind und dadurch ihre Leistungen mit einem unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag anbieten können. In einigen Regionen hat dies laut dem Gutachten von 2018 bereits zu Marktkonzentrationsprozessen geführt. Zugleich entstehen damit regionale Risikoselektionsanreize für die Krankenkassen, vorzugsweise Versicherte in Regionen mit unterdurchschnittlicher Ausgabenstruktur zu werben bzw. sich in Bezug auf Versicherte in Regionen mit überdurchschnittlicher Ausgabenstruktur weniger attraktiv aufzustellen.

Diese Fehlanreize können dauerhaft nur vermieden werden, indem eine Regionalkomponente in den RSA aufgenommen wird, um Wettbewerbsverzerrungen und Risikoselektionsanreize zu verringern. Aufgrund der fehlenden Datengrundlage war dies bisher nicht möglich, ebenso wie auch eine wissenschaftliche Untersuchung der Auswirkungen nicht möglich war. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) ist 2017 die Datengrundlage für die Untersuchung der regionalen Verteilungswirkung geschaffen worden, so dass der Wissenschaftliche Beirat die regionalen Verteilungswirkungen des RSA in seinem Gutachten erstmalig untersuchen konnte. Im Ergebnis empfiehlt er die Einführung einer Regionalkomponente in den RSA, um gleiche Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen zu schaffen und Risikoselektionsanreize zu verringern.

Auf der Grundlage der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats wird ein regionalstatistisches Modell eingeführt, bei dem regionale Merkmale (Variablen) herangezogen werden, die regionale Über- und Unterdeckungen statistisch erklären. Hiermit können kassenbezogene regionale Über- und Unterdeckungen abgebaut werden, während die negative Wirkung auf Wirtschaftlichkeitsanreize gering ausfällt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Der neue Satz 1 entspricht dem bisherigen Absatz 2 Satz 1. Durch die Streichung wird die neue Terminologie des Absatzes 1 übernommen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der bisherige Absatz 2 Satz 2 trifft eine gegenstandslos gewordene Vorgabe und wird daher aufgehoben. Hierdurch erfolgt keine Änderung des geltenden Rechts. Die Ermittlung der Zuweisungen auf der Grundlage standardisierter Leistungsausgaben stellt weiterhin sicher, dass der RSA entsprechend seiner Zielsetzung keine tatsächlichen Ausgaben, sondern standardisierte Risikobelastungen der Krankenkassen ausgleicht. Die standardisierten Leistungsausgaben bilden die durchschnittliche Kostenbelastung in den jeweiligen Risikogruppen ab. Der Bedarf an Zuweisungen einer Krankenkasse wird nicht an ihren tatsächlichen, sondern an standardisierten durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen bemessen.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vorgabe des bisherigen § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird aufgrund des Sachzusammenhangs im neuen Satz 1 geregelt. Eine Rechtsänderung folgt hieraus nicht.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Änderung ist eine Folgeänderung zum neuen Satz 1.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu Dreifachbuchstabe ccc.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Der neue Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 ist erforderlich aufgrund der Einführung des Risikopools im neuen § 268. Aufwendungen, die über den Risikopool ausgeglichen werden,

werden im RSA bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nicht berücksichtigt. So wird einerseits der Risikopool finanziert und andererseits verhindert, dass Aufwendungen über Risikopool und RSA doppelt berücksichtigt werden. Die Zuweisungen im RSA, die bisher von Hochkostenfällen mit überdurchschnittlichen Ausgaben verzerrt wurden, werden nach deren Herausrechnung genauer. Dies trägt dazu bei, Risikoselektionsanreize und Wettbewerbsverzerrungen zu reduzieren.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Anschlussrehabilitation wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 zum 1. April 2007 in eine Pflichtleistung umgewandelt. Die Ausgaben für die Anschlussrehabilitation wurden aus gesundheitspolitischen Gründen auch als Ermessensleistung bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigt. Diese besondere Vorgabe ist nicht mehr erforderlich und wird daher aufgehoben.

Zu Buchstabe e

Der neue Absatz 5 benennt die beiden wesentlichen Zielvorgaben, die bei der konkreten Ausgestaltung des Verfahrens zum RSA zu beachten sind, und entspricht dem bisherigen § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Änderungen in Absatz 1 und der neuen Absätze 2 und 3.

Zu Buchstabe g

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Verweis wird aufgrund der Einfügung des neuen Absatzes 5 angepasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderung wird die neue Terminologie der Absätze 1 und 2 umgesetzt. Die Bezugnahme auf die zum 1. Oktober des Vorjahres erhobene Versichertenzahl ist gegenstandslos, da die RSAV ein differenziertes Meldeverfahren sowie Vorgaben zu den für den jeweiligen Verwendungszweck zu berücksichtigenden Datenmeldungen vorsieht. Durch die neue Bezugnahme auf die zuletzt erhobene Versichertenzahl wird eine Vorgabe getroffen, die auf Grundlage der Verordnungsermächtigung nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 und des neuen § 267 Absatz 4 Satz 1 zu konkretisieren ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Änderung in Satz 3 berücksichtigt, dass die Datenmeldungen für die Durchführung des RSA nicht mehr stichtagsbezogen, sondern versichertentaggenau erfolgen. Der Jahresausgleich ist auf Grundlage der für das jeweilige Ausgleichsjahr erhobenen Versichertenzahlen durchzuführen. Die nähere Regelung der Datenmeldungen erfolgt in der RSAV.

Zu Buchstabe h

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Verordnungsermächtigung im neuen Absatz 8 wird an die Neustrukturierung des § 266 angepasst und für die Umsetzung von Neuregelungen im notwendigen Maße ergänzt.

Zu Dreifachbuchstabe aaa

In Nummer 1 wird ein nicht notwendiger Teil der Ermächtigung gestrichen, eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 5 umgesetzt und eine sprachliche Klarstellung eingefügt.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Bei den Anpassungen in Nummer 2 handelt es sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung des § 266.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Die neue Nummer 2b übernimmt die Ermächtigung der bisherigen Nummer 3 erster Halbsatz mit der neuen Terminologie des Absatzes 2 und der Verordnungsgeber wird befugt, das Verfahren zur Auswahl der regionalen Merkmale nach Absatz 2 zu regeln.

Zu Dreifachbuchstabe ddd

In Nummer 3 wird die aufgrund der neuen Nummer 2b nicht mehr erforderliche Verordnungsermächtigung zur Abgrenzung der Versichertengruppen gestrichen. Zudem erfolgt eine Anpassung an die Begriffsbestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Nach Artikel 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 umfasst der Begriff des Verarbeitens die bisher in § 67 SGB X a. F. bzw. § 3 BDSG a. F. legal definierten Begriffe Erheben, Verarbeiten und Nutzen. Mit der Regelung wird das Begriffspaar „Erhebung und Übermittlung“ nun durch den umfassenden Begriff der Verarbeitung ersetzt. Damit wird deutlich gemacht, dass sich die Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit hinsichtlich des Verfahrens auf alle Formen des Umgangs mit den für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten bezieht.

Zu Dreifachbuchstabe eee

In Nummer 4 wird die gegenstandslose Befugnis zur Regelung der durchführenden Stelle gestrichen, da diese Aufgabe durch das BVA wahrgenommen wird.

Zu Dreifachbuchstabe fff

Die Neufassung der Nummer 6 beinhaltet eine neue Befugnis des Verordnungsgebers, den Ausschluss von Morbiditätsgruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten im Verfahren des RSA zu regeln. Hierdurch wird ermöglicht, dass als Teil des Zuweisungsverfahrens an die Krankenkassen Auffälligkeiten in den Diagnosekodierungen – insbesondere hohe Steigerungsraten bestimmter Morbiditätsgruppen, die einen Zuschlag nach Absatz 1 auslösen - so entschärft werden können, dass kein finanzieller Vorteil für betroffene Krankenkassen entsteht.

Durch die neue Nummer 7 wird der Verordnungsgeber befugt, die Umsetzung der Vorgaben nach dem neuen Absatz 5 zu regeln. Es handelt sich um eine aufgrund der Neustrukturierung des § 266 notwendige Ergänzung.

Durch die neue Nummer 8 wird der Verordnungsgeber befugt, die Vergütung des Wissenschaftlichen Beirats für die Erstellung von Gutachten nach dem neuen Absatz 10 zu regeln, da mit der regelmäßigen Evaluation des RSA ein erheblicher Aufwand verbunden ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Absatzes 4 Satz 2.

Zu Buchstabe i

Es wird eine verpflichtende regelmäßige Evaluation der Wirkungen des RSA durch den Wissenschaftlichen Beirat eingeführt, um auf Grundlage regelmäßig zu aktualisierender wissenschaftlicher Erkenntnisse die weitere Entwicklung des RSA beobachten und gegebenenfalls das Ausgleichsverfahren nachbessern zu können.

Zu Nummer 20

Zu § 267

Im neuen § 267 werden die geltenden Vorgaben zur Datengrundlage des RSA mit dem Ziel einer größeren Rechtsklarheit und Übersichtlichkeit zusammenhängend geregelt. Die maßgeblichen Regelungsinhalte der bisherigen §§ 267 und 268 werden dabei übernommen. Eine Änderung des bisherigen Verfahrens wird dadurch – mit Ausnahme weniger, gesondert benannter Neuregelungen – nicht bewirkt. Gegenstandslos sind insbesondere die Vorgaben zur anonymen beziehungsweise versichertengruppenbezogenen Übermittlung von Daten sowie zur stichprobenhaften Datenerhebung durch die Krankenkassen.

Die Vorgabe des bisherigen § 268 Absatz 5 ist erfüllt, da die Weiterentwicklung des RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs mit diesem Gesetz erfolgt. Die Regelung wird daher nicht in den neuen § 267 übernommen und somit aufgehoben.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die versichertentaggenaue Übermittlung von Versichertenzeiten, die Übermittlung der Leistungsausgaben der Krankenkassen und des Regionalkennzeichens für jeden Versicherten sowie die Übermittlung von Abrechnungsdaten zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA. Der genaue Umfang der Datenübermittlung wird auf Grundlage von Satz 2 durch das Bundesministerium für Gesundheit in der RSAV bestimmt. Dies entspricht der Regelungsstruktur des bisherigen § 268 Absatz 3 Satz 1 und 14 in Verbindung mit § 30 Absatz 1 RSAV.

Im Unterschied zum bisherigen § 268 Absatz 3 Satz 1, der für den Zweck einer Stichprobenerhebung den genauen Datenumfang bezeichnete, werden im neuen Absatz 1 Satz 1 die in Frage kommenden Abrechnungsdaten grundsätzlich – für die nähere Auswahl durch den Verordnungsgeber – benannt. In den bisher aufgeführten Bereichen Anschlussrehabilitation und sonstige Leistungserbringer nach § 302 werden die Leistungsausgaben übermittelt. Weitere Abrechnungsdaten aus diesen Bereichen sind für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA nicht erforderlich, wie sich bereits aus § 30 Absatz 1 Satz 1 RSAV ergibt.

Mit dem neuen Satz 3 wird klargestellt, dass die Datengrundlage des RSA allein die nach den §§ 294 bis 303 zu Abrechnungszwecken durch die Leistungserbringer aufgezeichneten und an die Krankenkassen übermittelten Leistungsdaten sind. Eine unmittelbare Einwirkung der Krankenkassen auf den Inhalt der ihnen übermittelten Leistungsdaten und die Art und Weise der Aufzeichnung, zum Beispiel durch Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten, ist in den §§ 294 bis 303 – mit Ausnahme von § 303 Absatz 4 bei technischen Übermittlungs- oder formalen Datenfehlern - nicht vorgesehen und daher rechtswidrig. Derart beeinflusste Daten dürfen nicht für den RSA verwendet werden. Auch für eine mittelbare Einflussnahme auf den Inhalt und die Aufzeichnung der Abrechnungsdaten, bei der Leistungserbringer oder Dritte auf Veranlassung der Krankenkassen handeln, sei es durch Beauftragung oder das Setzen von Anreizen durch bestimmte Vertragsgestaltungen, besteht keine Rechtsgrundlage. Die 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 konkretisieren das Gebot an die Krankenkassen, die Abrechnungsdaten nach den §§ 294 bis 303 nicht zu ändern

und keinen Einfluss auf Inhalt und Aufzeichnung von Leistungsdaten – insbesondere auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen - zu nehmen.

Die neuen Sätze 4 bis 5 entsprechen dem bisherigen § 268 Absatz 3 Satz 5 und 6.

Zu Absatz 2

Neben der Übermittlung von Daten für die Durchführung des RSA, die auch für seine Weiterentwicklung genutzt werden können, werden mit dem neuen Absatz 2 zwei weitere Datenmeldungen der Krankenkassen an das BVA geregelt. Die Daten werden nicht für die Durchführung des Ausgleichsverfahrens benötigt, sind aber für Zwecke der Auswertung und Analyse des RSA und seiner Datengrundlagen notwendig.

Auch nach Streichung des Risikomerkmals Erwerbsminderung werden die Daten zum Bezug einer Erwerbsminderungsrente durch die Versicherten benötigt, um insbesondere die mögliche Einbindung des Merkmals in die Regionalkomponente wissenschaftlich analysieren zu können.

Für die Weiterentwicklung des RSA ist zudem zu überprüfen, ob die unterschiedliche Berücksichtigung von Diagnosen je nachdem, ob sie aus der haus- oder der fachärztlichen Versorgung stammen, das Ausgleichsverfahren verbessern könnte. Hierfür ist es notwendig, dass die Krankenkassen als Teil der Datenmeldung für die Durchführung des RSA zusätzlich zu den Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 die jeweilige Hausarzt- oder Facharztkenntung übermitteln. Diese ist Bestandteil der Arztnummer (Ziffern 8 und 9), die von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten bereits nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 im Rahmen der Abrechnung aufzuzeichnen und zu übermitteln ist.

Da die Abrechnung der Vergütung ärztlicher Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen je Behandlungsfall erfolgt, ist für medizinische Versorgungszentren und versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen aus den Abrechnungsunterlagen nicht ersichtlich, ob eine Diagnose durch einen Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Auf die Einführung einer Abrechnung je Arztfall wird jedoch mit Blick auf den damit einhergehenden Mehraufwand für diese Leistungserbringer verzichtet. Die so geschaffene Datengrundlage reicht zur Überprüfung des Ansatzes aus.

Zu Absatz 3

Der neue Absatz 3 entspricht dem bisherigen § 268 Absatz 3 Satz 4, 7, 8 und 9. Die Herstellung des Versichertenbezugs zur Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der Daten ist im aktuellen Zuweisungsverfahren nicht vorgesehen, weil Korrekturmeldungen bei Datenveränderungen in dem in der RSAV benannten Umfang möglich sind.

Zu Absatz 4

Die Verordnungsermächtigung nach Absatz 4 Satz 1 entspricht dem bisherigen § 268 Absatz 3 Satz 14 und dem bisherigen § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 7. Die näheren technischen, zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben zur Datenübermittlung der Krankenkassen an das BVA über den GKV-Spitzenverband bestimmt dieser nach dem neuen Satz 2 im Einvernehmen mit dem BVA. Dies entspricht dem bisherigen Vorgehen. Dadurch können Veränderungen bei den technischen Gegebenheiten der Krankenkassen gezielter und zeitnäher berücksichtigt werden als durch Änderungen der RSAV.

Zu Absatz 5

Die Regelung zur Kostentragung entspricht dem bisherigen § 268 Absatz 3 Satz 14 zweiter Halbsatz in Verbindung mit dem bisherigen § 267 Absatz 9 in entsprechender Anwendung.

Zu Absatz 6

Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Gutachten von 2017 empfohlen zu prüfen, ob die Berücksichtigung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben der Vorjahre im RSA die Prognostizierung der Folgekosten verbessert und damit die Zielgenauigkeit der Zuweisungen insgesamt erhöht werden kann.

Für die Prüfung von entsprechenden Modellen anhand der Daten des Ausgleichsjahres 2019 wird die erforderliche (versichertenbezogen pseudonymisierte) Datengrundlage mit dem neuen Absatz 6 geschaffen und das BVA mit der Prüfung beauftragt.

Zu Absatz 7

Da die landwirtschaftliche Krankenkasse nicht am RSA teilnimmt, gilt der neue § 267 für sie nicht.

Zu § 268

Ergänzend zum RSA wird ein Risikopool eingeführt, mit dem schwerwiegende finanzielle Belastungen einzelner Krankenkassen durch Hochkostenfälle solidarisch finanziert werden. Während über den RSA standardisierte Leistungsausgaben ausgeglichen werden, erfolgt über den Risikopool ein Ausgleich von Ist-Kosten. Zudem werden für Risikopoolfälle auch die Akutkosten einer Erkrankung ausgeglichen, während die morbiditätsorientierten Zuschläge im RSA nur die krankheitsbedingten Folgekosten abbilden. Die Einführung des Risikopools ist sachgerecht, da auch in gut ausdifferenzierten Klassifikationsmodellen bei der Abbildung von kostenintensiven Einzelfällen der erreichbaren Zielgenauigkeit der Zuweisungen für diese Versicherten Grenzen gesetzt sind. Die sich hieraus ergebenden Anreize zur Risikoselektion gegen Versicherte mit für die Krankenkasse vorhersehbar hohen Leistungsausgaben werden durch die Einführung des Risikopools reduziert. Zugleich werden Wettbewerbsverzerrungen, die sich aus einer ungleichen Verteilung von Hochkostenfällen ergeben können, verringert.

Die Aufwendungen, die über den Risikopool ausgeglichen werden, fließen im RSA nicht mehr in die Berechnung der Zuweisungen ein. Somit werden Verzerrungen in den Zuweisungen verringert, die bisher durch die Leistungsausgaben von Hochkostenfällen entstehen. Durch Einführung des Risikopools wird daher im Ergebnis auch der RSA zielgenauer und Wettbewerbsverzerrungen werden reduziert.

Auch die zunehmende Bedeutung neuer kostenintensiver Therapien macht einen Risikopool erforderlich. Zum einen können diese erst mit zeitlicher Verzögerung im RSA berücksichtigt werden. Zum anderen fallen für Therapien, die zu einer Genesung bzw. langjährigen Verzögerung von Krankheiten führen, keine Folgekosten an, so dass die Krankenkassen für die betroffenen Versicherten trotz hoher Behandlungskosten keine Zuweisungen erhalten.

Zu Absatz 1

Der Risikopool zur solidarischen Finanzierung der Leistungsausgaben für aufwendige Leistungsfälle ist zukünftig für jedes Ausgleichsjahr durchzuführen. So wird dem für Entwicklung und Umsetzung des Risikopools notwendigen Zeitbedarf Rechnung getragen. Erstattet werden über den Risikopool 80 Prozent der den Schwellenwert von 100.000 Euro übersteigenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben für einen Versicherten. Dabei wird der Schwellenwert als dynamisierte Größe festgesetzt, die jährlich an die Entwicklung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch anzupassen ist. Die Festlegung von Schwellenwert und Erstattungsquote erfolgt so, dass einerseits Risikose-

lektionsanreize zulasten von Hochkostenfälle gesenkt werden und andererseits Wirtschaftlichkeitsanreize bei den Krankenkassen – auch nach Erreichen des Schwellenwertes – erhalten bleiben.

Zu Absatz 2

Im Risikopool ausgleichsfähig sind Leistungsausgaben, die im RSA bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen sind, abzüglich der Aufwendungen für Krankengeld nach den §§ 44 und 45. Letztere werden nicht berücksichtigt, da mit dem Gutachten nach § 269 Absatz 3a ein eigenes Standardisierungsverfahren für eine zielgenauere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld erarbeitet wird. Nicht berücksichtigungsfähig bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben und damit auch nicht ausgleichsfähig im Risikopool sind von Dritten erstattete Ausgaben, Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen, Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, sowie Verwaltungsausgaben.

Zu Absatz 3

Das BVA ermittelt für jede Krankenkasse den Erstattungsbetrag nach Absatz 1 Satz 2. Die hierfür notwendigen Daten stehen dem BVA bereits zur Verfügung, da sie für die Durchführung des RSA gemeldet werden.

Entsprechend der Regelungen zum RSA kann das BVA von den Krankenkassen für die einheitliche Zuordnung und Erfassung der für die Berechnung des Risikopools maßgeblichen Daten über die Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse hinaus weitere Auskünfte und Nachweise verlangen. Sofern nach Abschluss der Ermittlung der Risikopoolzuweisungen sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt werden, hat das BVA diese bei der nächsten Ermittlung der Höhe der Zuweisungen zu berücksichtigen. Zudem haben Klagen gegen die Höhe der Risikopoolzuweisungen keine aufschiebende Wirkung. Da die landwirtschaftliche Krankenkasse am RSA nicht teilnimmt, gelten für sie auch nicht die Regelungen zum Risikopool.

Zu Absatz 4

Das Bundesministerium für Gesundheit wird befugt, das Verfahren zum Risikopool in der RSAV näher zu bestimmen.

Zu Nummer 21

Zu § 269

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird berücksichtigt, dass sich die Regelung der Versichertengruppen (nach neuer Terminologie: Risikogruppen) im neuen § 266 Absatz 2 findet. § 269 Absatz 1 ist die Ermächtigung dafür, dass für Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zugeordnet werden, das Standardisierungsverfahren um ein Verfahren ergänzt werden kann, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld anteilig berücksichtigt. Bislang wurden diese Risikogruppen durch Verweis auf den bisherigen § 267 Absatz 2 Satz 2 bezeichnet. Eine Rechtsänderung ergibt sich nicht.

Zu Buchstabe b

Entsprechend der Anpassung in § 266 Absatz 1 und 2 wird der Begriff „Risikogruppen“ anstelle des Begriffs „Versichertengruppen“ verwendet, ohne dass dies zu einer Änderung des geltenden Rechts führt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Verweis auf Absatz 3 Satz 3 wird aufgrund des neuen Satzes 4 gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Verweis auf Absatz 3 Satz 3 wird gestrichen und stattdessen ein neuer Satz 4 angefügt, da sich die Vorgaben des bisherigen § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 nun im neuen § 266 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 finden.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung der §§ 267 und 268.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 267.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum neuen § 266 Absatz 8.

Zu Nummer 22

Zu § 270

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Der bisherige Buchstabe a wird aus Gründen der Rechtsförmlichkeit zu Nummer 1.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Die Aufhebung des Buchstaben b und damit der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme führt auf Krankenkassenebene zu einer verbesserten Zielgenauigkeit. Zudem wurde hierdurch eine spezifische Form der Versorgung gegenüber anderen Versorgungsformen privilegiert. Daher wird die Programmkostenpauschale für strukturierte Behandlungsprogramme abgeschafft.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Der bisherige Buchstabe c wird aus Gründen der Rechtsförmlichkeit und aufgrund der Aufhebung des bisherigen Buchstaben b zu Nummer 2.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Verweise werden aufgrund der Einfügung des neuen § 266 Absatz 5 redaktionell angepasst.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen § 266 Absatz 4 Satz 1.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Verweis auf den bisherigen § 267 Absatz 4 wird gestrichen, da dessen Regelungsinhalt als neuer Satz 3 eingeführt wird.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der neue Satz 3 führt zu keiner Rechtsänderung sondern entspricht dem bisherigen Verweis auf den bisherigen § 267 Absatz 4. Lediglich die Frist wurde an das aktuelle Verfahren angepasst.

Zu Buchstabe c

Die Präventionsorientierung des RSA wird gestärkt, indem eine Pauschale für die Krankenkassen bei Teilnahme ihrer Versicherten an einer Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung eingeführt wird. Mit der Vorsorgepauschale soll ein Anreiz für die Krankenkassen geschaffen werden, die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen durch ihre Versicherten zu fördern. Anknüpfungspunkt für eine Pauschalzahlung können nur Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen sowie zahnärztliche Individualprophylaxeleistungen, die nach § 87 Absatz 1 Satz 1 abrechnungsfähig sind, und Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 sein.

Zu Nummer 23

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung des § 266.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neustrukturierung des § 266.

Zu Nummer 24

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Risikopools in § 268.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neustrukturierung des § 266.

Zu Nummer 25

Zu § 273

Mit § 273 wurde die Befugnis des BVA eingeführt, als Durchführungsbehörde des RSA zur Sicherung der Datengrundlagen des RSA eine erweiterte Plausibilitätsprüfung an den durch die Krankenkassen für die Durchführung des RSA gemeldeten Daten vorzunehmen. Mit den hier gegenständlichen Änderungen wird das Prüfkonzept angepasst. Im bisherigen

Verlauf der Prüfungen hat sich gezeigt, dass der Aufwand und die Dauer der Auffälligkeitsprüfungen nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Ziel stehen, die Qualität und Integrität der Datengrundlage des RSA sicherzustellen. Dem BVA wird daher ein größerer Spielraum in der konkreten Ausgestaltung eingeräumt. Im Rahmen der Einzelfallprüfungen wird der betroffenen Krankenkasse die Obliegenheit auferlegt, die Plausibilität ihrer Datenmeldung nachzuweisen. Sie hat die tatsächlichen Gründe für eine Auffälligkeit nachvollziehbar darzulegen oder den Verdacht eines Rechtsverstößes durch vollständige Offenlegung des Sachverhaltes auszuräumen. Kommt eine Krankenkasse dieser Obliegenheit nicht nach, wird ein Korrekturbetrag ermittelt. Im Vergleich zur bisherigen Regelung entspricht dies einer Beweislastumkehr. Ziel der Änderungen ist die weitere Verbesserung der Qualität der Datengrundlage des RSA und damit eine größere Rechtssicherheit. Durch eine effizientere und effektivere Ausgestaltung der Prüfungen soll auch erreicht werden, dass diese perspektivisch bereits vor der Verwendung der Daten im Jahresausgleich erfolgen können.

Zu Absatz 1

Gegenstand der Prüfung sind weiterhin die Datenmeldungen der Krankenkassen für den RSA nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 30 Absatz 1 RSAV.

Zu Absatz 2

Die Vorgaben für die Prüfung der Datenmeldungen auf Auffälligkeiten werden angepasst. Das BVA nimmt eine Vergleichsanalyse der Datenmeldungen aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen mit dem Ziel vor, statistisch signifikante Steigerungen in den Daten einzelner Krankenkassen festzustellen. Das BVA muss aber die Bedeutung der Datenveränderung im Klassifikationsmodell des RSA nicht mehr als Teil der Datenanalyse darstellen können. Das statistische Berechnungsverfahren muss zwingend nur noch Veränderungen des Versichertenbestandes, insbesondere in demografischer Hinsicht, berücksichtigen. Zudem ist bei der Ausgestaltung sicherzustellen, dass Krankenkassen mit geringeren Versicherungszahlen nicht schneller auffällig werden als größere Krankenkassen. Das BVA ist weiterhin verpflichtet, die gemeldeten ambulanten Diagnosen auf Auffälligkeiten zu prüfen, während die Prüfung der übrigen Daten in seinem Ermessen steht.

Zu Absatz 3

Das BVA prüft in einem zusätzlichen Prüfschritt, ob eine Auffälligkeit nach Absatz 2 zu erheblich erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds geführt haben kann. Das BVA muss keine direkte Kausalität, sondern die Möglichkeit einer Erhöhung der Zuweisungen prüfen. Dies verhindert, dass das BVA in diesem Prüfschritt eine hypothetische Neuberechnung der Zuweisungen für alle Krankenkassen vornehmen muss, die aufgrund der Berechnungssystematik des RSA für eine konkrete Ermittlung des Vorteils einer Krankenkasse notwendig wäre. Durch das Merkmal der Erheblichkeit wird sichergestellt, dass das BVA keine Einzelfallprüfungen für mögliche Zuweisungssteigerungen unterhalb einer Geringfügigkeitsschwelle durchführen muss. Die konkrete Ausgestaltung der Prüfung nach diesem Absatz obliegt – aufgrund der größeren Sachnähe - dem BVA, das ein Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband herbeiführt.

Zu Absatz 4

Stellt das BVA eine Auffälligkeit und die Möglichkeit erheblich erhöhter Zuweisungen fest, hat die Krankenkasse die Gründe für diese Auffälligkeit darzulegen. Die Ermittlung und der Nachweis des zugrundeliegenden Sachverhaltes werden damit der Risikosphäre der Krankenkasse zugeordnet. Hierdurch soll die Mitwirkung der Krankenkassen an der umfassenden Aufklärung sichergestellt werden. Nach der bisherigen Ausgestaltung gingen Einzelfallprüfungen oftmals ins Leere, wenn sie zwar deutliche Hinweise auf Rechtsverstöße der

Krankenkassen ergaben, alle für die endgültige Feststellung erforderlichen Informationen aber in der Beweissphäre der Krankenkasse lagen und sich diese auf Nichtwissen berief.

Das BVA bewertet die Darlegung der Krankenkasse im Hinblick darauf, ob diese in ausreichendem Maße nachvollziehbar und belegt ist. Ein relevanter tatsächlicher Anstieg der Morbidität der Versicherten der Krankenkasse kann dabei nach Satz 2 nur anerkannt werden, wenn ein korrespondierender Anstieg der für diese Versicherten erbrachten Leistungen vorliegt. Dieser muss sich direkt aus den Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 ergeben. Ist dies nicht der Fall, ist von einem veränderten Kodierverhalten der Leistungserbringer aufgrund äußerer Einflüsse auszugehen.

Auch bei auffälligen Veränderungen zum Beispiel von Versichertenzahlen werden die Krankenkassen durch die Anpassung des Prüfverfahrens nicht übermäßig belastet. Zwar sind hier in weit größerem Umfang zufällige Entwicklungen denkbar, die nicht in der Risikosphäre der Krankenkassen liegen, wie zum Beispiel ein erhöhter Zugewinn an Versicherten. Entsprechende Entwicklungen und Ursachen können aber mit geringem Aufwand ermittelt und nachgewiesen werden.

Als tatsächlicher Grund für eine Auffälligkeit kommt grundsätzlich auch die besondere Versorgung von Versicherten im Rahmen eines Versorgungsvertrags in Frage. Das Angebot verbesserter Versorgungsleistungen kann dazu führen, dass diese von Versicherten mit bestimmten Krankheiten vermehrt in Anspruch genommen werden, so dass auch die Anzahl der im Zusammenhang mit der Leistungserbringung übermittelten Diagnosen steigt. Nicht berücksichtigt werden können allerdings Verträge, durch die in unzulässiger Weise auf das ärztliche Kodierverhalten Einfluss genommen wird. Legt die Krankenkasse einen Versorgungsvertrag vor, ist das BVA als Durchführungsbehörde des RSA befugt, die Rechtmäßigkeit des Vertrages hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben zur Datenverarbeitung für den RSA zu bewerten. Hierbei ist es an die Bewertung durch die zuständige Aufsichtsbehörde nicht gebunden. Vielmehr handelt es sich um eine von der aufsichtsbehördlichen Rechtmäßigkeitskontrolle unabhängige Prüfung für den Zweck der Durchführung des RSA.

Zu Absatz 5

Das BVA prüft nach Satz 1 weiterhin aufgrund von konkreten Verdachtsmomenten im Einzelfall, ob eine Krankenkasse gegen die rechtlichen Anforderungen an die Datenverarbeitung für den RSA verstoßen hat. Allerdings obliegt es nicht mehr dem BVA, den Sachverhalt umfassend zu ermitteln, sondern die Krankenkasse hat nach Satz 2 und 3 innerhalb einer vom BVA zu setzenden Frist von höchstens vier Wochen alle Angaben zu machen, die das BVA zur Bewertung des Sachverhalts benötigt. Legt die Krankenkasse den Sachverhalt nicht ausreichend dar, ist nach Satz 4 von einem Verstoß auszugehen. Dies dient ebenfalls der effizienteren und effektiveren Gestaltung des Prüfverfahrens. Die bisher in § 273 Absatz 3 geregelten Ermittlungsbefugnisse und Zwangsmittel des BVA gegenüber den Krankenkassen können daher entfallen. In Satz 5 wird wie nach der bisherigen Regelung klar gestellt, dass das BVA keine Prüfung der Leistungserbringer vornimmt und insbesondere nicht die Zulässigkeit und Richtigkeit der einzelnen gestellten Diagnosen bewertet. Wie sich aus dem Verweis in Satz 6 ergibt, ist das BVA auch im Rahmen der Einzelfallprüfungen befugt, als RSA-Durchführungsbehörde die Rechtmäßigkeit von Versorgungsverträgen zu prüfen, sofern dies für die Sachverhaltsbewertung erforderlich ist.

Zu Absatz 6

Legt eine nach Absatz 2 auffällige Krankenkasse mit nach Absatz 3 potentiell erhöhten Zuweisungen keine ausreichende Begründung nach Absatz 4 vor oder stellt das BVA einen Rechtsverstoß der Krankenkasse nach Absatz 5 fest, wird ein Korrekturbetrag ermittelt, um den die Zuweisungen zu kürzen sind. Die betroffenen Datenmeldungen der Krankenkassen werden nicht korrigiert.

Zu Absatz 7

Abschließend wird klargestellt, dass die von den Krankenkassen nach dieser Vorschrift übermittelten Daten ausschließlich für die Prüfungen nach dieser Vorschrift verwendet werden dürfen.

Zu Nummer 26

Zu § 284

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der §§ 266 bis 268.

Zu Nummer 27

Zu § 295

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 zugrundeliegenden Vertragsform zu gewährleisten.

Zu Nummer 28

Zu Buchstabe a

Die Bezeichnung der Rechtsgrundlage für die Datenmeldungen der Krankenkassen für den RSA wird redaktionell angepasst. Für den Zweck der Datentransparenz sind auch die Daten nach dem neuen § 267 Absatz 2 zu übermitteln.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund des neuen § 267 Absatz 4 Satz 1 in Verbindung mit dem neuen § 266 Absatz 8 Satz 1.

Zu Nummer 29

Das Verfahren der Datenverarbeitung für den RSA wird gemäß dem neuen § 267 Absatz 4 Satz 1 in der Rechtsverordnung nach dem neuen § 266 Absatz 8 Satz 1 näher bestimmt. Der Verweis wird daher entsprechend angepasst.

Zu Nummer 30

Zu § 305a

Zu Buchstabe a

§ 305a Satz 1 in der geltenden Fassung berechtigt und verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in erforderlichen Fällen auf der Grundlage von Leistungsübersichten über Fragen der Wirtschaftlichkeit zu

beraten. Die Beratungen sind unabhängig von den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach §§ 106 bis 106c durchzuführen.

Mit dem HHVG wurde in § 305a Satz 7 klargestellt, dass es im Rahmen der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben der Krankenkassen im Sinne von § 30 Absatz 1 des Vierten Buches gehört, die Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen zu beraten. Gleichwohl sind den Aufsichtsbehörden Fälle bekanntgeworden, in denen die Krankenkassen trotz des ausdrücklichen gesetzlichen Verbots versucht haben, unter Berufung auf § 305a Satz 1 über Berater Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Vergabe und Dokumentation bestimmter Diagnosen anzuhalten. 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 ist in der Praxis kaum möglich, da insbesondere die tatsächlichen Beratungsinhalte faktisch nicht kontrolliert werden können. Daher wird die Beratungsaufgabe nach Satz 1 mit der vorliegenden Änderung nunmehr ausschließlich den Kassenärztlichen Vereinigungen zugewiesen. Ihnen obliegt weiterhin im gesetzlichen Rahmen die Beratung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit. Dementsprechend entfällt die bisherige Befugnis der Krankenkassen. Beratungen durch die Krankenkassen oder durch von den Krankenkassen beauftragte Dritte sind zukünftig ausnahmslos unzulässig.

Eine Beratungsbefugnis der Krankenkassen ist überdies nicht mehr erforderlich, da nach § 106 Absatz 3 Satz 3 gezielte Wirtschaftlichkeitsberatungen in erforderlichen Fällen durch die Prüfungsstellen nach § 106c erfolgen können. Daneben hat der Gesetzgeber durch das Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (ABAG) den Krankenkassen und deren Verbänden in § 73 Absatz 8 in Bezug auf die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln die Aufgabe übertragen, auch vergleichend über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen zu informieren sowie nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse Hinweise zu Indikation und therapeutischen Nutzen zu geben.

Zu Buchstabe b

In der Folge bedarf es auch nicht mehr des bisherigen Satzes 7, mit dem die Aufgabe der Krankenkassen konkretisiert wurde, so dass dieser aufzuheben ist.

Zu Nummer 31

Zu § 318

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen § 37 Absatz 2 RSAV.

Zu Buchstabe b

Die Feststellung des ausreichenden Nachweises über den getrennten Ausweis der Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung im Haushalt der DRV KBS wird vereinfacht. Nach bisheriger Rechtslage war der getrennte Ausweis der Verwaltungskosten sowohl bei der Aufstellung des Haushaltsplans der DRV KBS als auch bei der Rechnungslegung und dem Jahresabschluss zu überprüfen. Die bisherigen Prüferfahrungen haben gezeigt, dass die DRV KBS ihre grundsätzliche Verpflichtung zum getrennten Ausweis der Verwaltungsausgaben vollumfänglich einhält. Es ist daher sachgerecht, die Feststellung des ausreichenden Nachweises künftig auf die Überprüfung der Rechnungslegung und des Jahresabschlusses zu begrenzen. Sollte das BVA feststellen, dass ein getrennter Verwaltungskostenausweis nicht erfolgt, ist nach Satz 1 weiterhin sichergestellt, dass der neue

§ 37 Absatz 2 RSAV zur Anwendung kommen kann. Die gesetzliche Änderung leistet einen Beitrag zum Bürokratieabbau, mit dem personeller Aufwand von 23 Personentagen sowohl beim BVA als auch bei der DRV KBS Knappschaft-Bahn-See eingespart werden kann.

Zu Buchstabe c

Der bisherige Satz 3 wird als Folgeänderung zum neuen Satz 2 aufgehoben.

Zu Nummer 32

Die Übergangsregelung in § [...] stellt klar, dass auf den bestehenden, bereits gewählten Verwaltungsrat die dort genannten bis zum Inkrafttreten des Gesetzes geltenden Vorschriften weiterhin Anwendung finden. Damit wird sichergestellt, dass insbesondere die bisherigen Regelungen zur Zusammensetzung und zur Abstimmung im Verwaltungsrat weiterhin gelten und der Verwaltungsrat bis zum Ende der Wahlperiode handlungsfähig ist. Die Amtsdauer der bisherigen Mitglieder des Verwaltungsrates endet, wenn der nach den neuen Vorschriften gewählte Verwaltungsrat zusammentritt (§ 217b Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit § 58 Absatz 2 Satz 1 SGB IV).

Zu Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1

Zu § 1

Zu Buchstabe a

Absatz 3 wird rechtsbereinigt.

Zu Buchstabe b

Der bisherige Absatz 4 ist aufgrund der Neustrukturierung und Rechtsbereinigung der RSAV nicht mehr erforderlich und wird aufgehoben.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Absatzes 4.

Zu Nummer 2

Zu § 2

Der neue § 2 regelt die Zuordnung der Risikogruppen als Konkretisierung des neuen § 266 Absatz 2 SGB V. Dafür wurden die bisherigen §§ 2 und 29 unter Streichung gegenstandsloser Vorgaben zusammengeführt. Unter anderem ist eine gesonderte Risikogruppe für das Risikomerkmal Erwerbsminderung entsprechend dem neuen § 266 Absatz 2 SGB V nicht mehr bestimmt. Zudem wird die Terminologie des bisherigen § 29 im neuen Absatz 1 entsprechend der Änderungen im neuen § 266 Absatz 1 und 2 SGB V angepasst, ohne dass dies zu einer Rechtsänderung führt.

Der neue Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 dient zur Umsetzung des neu eingeführten Ausgleichsfaktors regionale Merkmale. Auf Grundlage der Befugnis des Ordnungsgebers nach § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 2b SGB V, das Verfahren zur Auswahl der regionalen Merkmale festzulegen, wird der neue § 266 Absatz 2 Satz 3 SGB V konkretisiert. Die regionalen Merkmale können insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die Preisstruktur medizinischer Leistungen, die demografische Struktur, die Sozialstruktur,

die Markt- und Wirtschaftsstruktur sowie die Siedlungsstruktur am Wohnort der Versicherten umfassen. Die Aufzählung dieser Bereiche ist beispielhaft und nicht abschließend. Die regionalen Merkmale müssen zudem nicht alle Kriterien abbilden. Der neue Absatz 1 Satz 3 entspricht dem bisherigen § 31 Absatz 4 Satz 10 und wird aufgrund des Sachzusammenhangs im neuen § 2 geregelt.

Der neue Absatz 2 entspricht dem bisherigen Absatz 3 Satz 1 bis 3. Der bisherige Absatz 3 Satz 4 war aufgrund der Streichung des Risikomerkmals Erwerbsminderung nicht zu übernehmen.

Der neue Absatz 3 entspricht dem bisherigen § 31 Absatz 4 Satz 5 und wird aufgrund des Sachzusammenhangs im neuen § 2 geregelt.

Zu § 3

§ 3 wird um gegenstandslose Vorgaben bereinigt. Die bisherigen Absätze 1 bis 3, 5 und 6 sind aufgrund der versichertentaggenauen Übermittlung von Versicherungszeiten nach § 30 Absatz 1 Satz 1 und § 32 gegenstandslos, da das entsprechende Statusmerkmal für jeden gemeldeten Tag erfüllt sein muss und Beginn und Ende einer Versicherungszeit daher nicht zu definieren sind. Mit dem neuen Absatz 1 wird daher auf die maßgeblichen Vorschriften des SGB V verwiesen. Weitergehende Anforderungen gemäß dem neuen Satz 1 zweiter Halbsatz finden sich – entsprechend dem bisherigen Absatz 3 Satz 2 bis 4 – im neuen Absatz 2 für Familienversicherte.

Die Regelungen zur Versicherungszeit von in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen Versicherten nach dem bisherigen Absatz 3 Satz 7 und 8 waren bereits vor der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme gegenstandslos, seit für diese Versicherten keine gesonderte Risikogruppe mehr zugeordnet wird.

Die bislang über die Verweise in § 30 Absatz 2 Satz 6 und Absatz 4 Satz 1 maßgeblichen Vorgaben des bisherigen § 3 Absatz 4 und Absatz 7 Satz 2 und 3 werden direkt in den § 30 überführt.

Zu Nummer 3

Zu § 4

§ 4 Absatz 1 und 2 wird für eine verbesserte Übersichtlichkeit an Änderungen des Leistungsrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst.

Die Vorschrift operationalisiert die Vorgabe des neuen § 266 Absatz 4 Satz 2 SGB V für das BVA, ist aber nicht als abschließend zu verstehen, wie sich bereits aus der Verwendung des Wortes „insbesondere“ jeweils in Absatz 1 und 2 und aus dem Vorrang der maßgeblichen Regelungen des SGB V gegenüber der RSAV ergibt.

Absatz 1 benennt die für die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigungsfähigen Leistungsarten. Es kann sich nur um sich aus dem Gesetz ergebende Pflichtleistungen in der GKV handeln.

Absatz 2 benennt Satzungs- und Ermessensleistungen in der GKV.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung der §§ 6 und 7, die das Altverfahren vor Einführung des morbiditätsorientierten RSA betreffen.

Zu Doppelbuchstabe bb

In Nummer 1 wird der Verweis auf die Leistungen nach § 22 SGB IX, der aufgrund des Bundesteilhabegesetzes vom 23. Dezember 2016 zum 1. Januar 2018 außer Kraft getreten ist, gestrichen. Zudem erfolgt eine Anpassung aufgrund der Änderung des Titels des § 26 SGB V durch das Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015 zum 25. Juli 2015.

Zu Doppelbuchstabe cc

In Nummer 2 werden § 37 Absatz 1a, Absatz 2 Satz 7 und 8 und Absatz 2a sowie die §§ 39c, 43 Absatz 2 und 43b ergänzt, da es sich um bislang nicht aufgeführte gesetzliche Pflichtleistungen in der GKV handelt.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die bisherigen Nummern 10 und 11 werden aufgrund der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme aufgehoben.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung der Nummern 10 und 11.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

In Nummer 2 wird § 37 Absatz 1a Satz 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 5 SGB V ergänzt. Zusätzlich wird die Bezugnahme auf § 43 SGB V auf den Absatz 1 beschränkt, da Leistungen nach § 43 Absatz 2 SGB V durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15. Dezember 2008 zum 18. Dezember 2008 in Pflichtleistungen umgewandelt wurden.

Zu Doppelbuchstabe bb

In Nummer 6 wird die vor der erneuten Einführung eines Risikopools im neuen § 268 SGB V gegenstandslose Vorgabe angepasst.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es wird klargestellt, dass auch die Berücksichtigung von Erstattungen und Einnahmen pauschal erfolgt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um die Streichung einer gegenstandslosen Vorgabe.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um Anpassungen aufgrund der Neufassung des § 267 SGB V, der Aufhebung des § 1 Absatz 4 und der Änderung in Satz 1.

Zu Nummer 4

Der neue § 5 entspricht der Regelung des bisherigen § 15 in rechtsbereinigter Form.

Zu Nummer 5

Die bisherigen §§ 5 bis 28 regeln das Altverfahren vor der Einführung des morbiditätsorientierten RSA und sind seit der Einfügung des bisherigen Achten Abschnitts in die RSAV gegenstandslos. Die §§ 6 bis 28 werden daher zusätzlich zur Neufassung des § 5 aufgehoben. Soweit sich die Zuweisungen auf die standardisierten Aufwendungen für Krankengeld beziehen, sind die bisherigen §§ 5 bis 7 und 10 weiterhin maßgeblich und gemäß dem neuen § 35 anwendbar.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Zweiten bis Fünften Abschnitts.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der bisherigen Begriffstrias der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung an die neue Begriffsbestimmung durch Artikel 4 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2016/679. Diese neue Vorschrift bestimmt den Begriff Verarbeitung als Oberbegriff, der inhaltlich die bisher in § 3 BDSG legaldefinierten Begriffe Erhebung, Verarbeitung und Nutzung umfasst. Inhaltliche Änderungen ergeben sich hierdurch nicht.

Zu Buchstabe b

Das geltende Recht wird beibehalten und redaktionell an die Begriffsbestimmungen des Artikels 4 Nummer 2 und 3 der Verordnung (EU) 2016/679 angepasst. Danach umfasst der Begriff des Verarbeitens die bisher in § 67 SGB X-a.F. bzw. § 3 BDSG-a.F. legal definierten Begriffe Erheben, Verarbeiten und Nutzen und ist damit weiter als der bisherige Begriff des Verarbeitens nach dem SGB X bzw. BDSG. Das Begriffspaar „verarbeiten und nutzen“ sollte nach bisherigem Rechtsverständnis alle Formen des Datenumgangs mit Ausnahme der Erhebung erfassen. Die Verwendung des weiten Begriffs des Verarbeitens im Sinne des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 bedeutet dennoch keine inhaltliche Änderung, da sich aus der Formulierung ergibt, dass die Erhebung der Befunddaten beim Versicherten hier weiterhin durch den Arzt bzw. die Ärztin erfolgt, wonach „zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse zur Unterstützung der Betreuung der Versicherten im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms“ verarbeitet werden dürfen.

Zu Nummer 8

Zu Buchstabe a

Das geltende Recht wird beibehalten und redaktionell an die Begriffsbestimmungen des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 angepasst. Danach umfasst der Begriff des Verarbeitens die bisher in § 67 SGB X-a.F. bzw. § 3 BDSG-a.F. legal definierten Begriffe Erheben, Verarbeiten und Nutzen und ist damit weiter als der bisherige Begriff des Verarbeitens nach dem SGB X bzw. BDSG. Der Begriff „nutzen“ war nach § 3 Absatz 5 BDSG-a.F. definiert als jede Verwendung personenbezogener Daten, soweit es sich nicht um Verarbeitung handelt. Die Verwendung des weiten Begriffs des Verarbeitens im Sinne des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 bedeutet dennoch keine inhaltliche Änderung, da bereits nach geltendem Recht alle Formen des Datenumgangs mit Ausnahme der Erhebung erfasst sein sollten. Aus der Formulierung ergibt sich, dass sich die Verarbeitungsbefugnis weiterhin auf diejenigen Daten bezieht, die zuvor beim Versicherten durch den Arzt bzw. die Ärztin am Ort der Leistungserbringung in den Erst- und Folgedokumentationen erhoben wurden.

Zu Buchstabe b

Das geltende Recht wird beibehalten und redaktionell an die Begriffsbestimmungen des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 angepasst. Danach umfasst der Begriff des Verarbeitens die bisher in § 67 SGB X-a.F. bzw. § 3 BDSG-a.F. legal definierten Begriffe Erheben, Verarbeiten und Nutzen und ist damit weiter als der bisherige Begriff des Verarbeitens nach dem SGB X bzw. BDSG. Der Begriff „nutzen“ war nach § 3 Absatz 5 BDSG-a.F. definiert als jede Verwendung personenbezogener Daten, soweit es sich nicht um Verarbeitung handelt. Die Verwendung des weiten Begriffs des Verarbeitens im Sinne des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 bedeutet dennoch keine inhaltliche Änderung, da bereits nach geltendem Recht alle Formen des Datenumgangs mit Ausnahme der Erhebung erfasst sein sollten. Aus dem Regelungskontext ergibt sich, dass es sich um die Verarbeitung von nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a durch die Ärztinnen und Ärzten erhobenen Daten handelt, die von der Arbeitsgemeinschaft an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Mitglieder dieser Arbeitsgemeinschaft sind, sowie an eine von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete gemeinsame Einrichtung übermittelt werden.

Zu Nummer 9

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 6. Die Überschrift wird präzisiert, da die §§ 30 bis 32 das Verfahren der Durchführung des RSA betreffen.

Zu Nummer 10

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 2 unter Übernahme der maßgeblichen Regelungsinhalte des bisherigen § 29.

Zu Nummer 11

Zu § 30

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der bisherigen Begriffstrios der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung an die neue Begriffsbestimmung durch Artikel 4 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2016/679. Diese neue Vorschrift bestimmt den Begriff Verarbeitung als Oberbegriff, der inhaltlich die bisher in § 3 BDSG legaldefinierten Begriffe Erhebung, Verarbeitung und Nutzung umfasst. Zudem wird in der Überschrift klargestellt, dass § 30 das Datenverarbeitungsverfahren für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA regelt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Neufassung der §§ 267 und 268 SGB V und des § 3. Der bisherige § 268 Absatz 3 SGB V enthielt die Vorgaben für die Datenmeldungen für den RSA. Der Begriff des Berichtsjahres war im bisherigen § 3 Absatz 1 Satz 1 definiert. Die maßgeblichen Daten liegen den Krankenkassen vor, daher ist der Begriff der Übermittlung sachgerecht.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Nummer 6 wird als Folgeänderung zum neuen § 267 Absatz 2 SGB V und mit redaktionellen Folgeänderungen neu gefasst.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Die Streichung in Nummer 7 folgt aus der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme.

Zu Dreifachbuchstabe ddd

Nummer 10 ist aufgrund ihres Bezugs auf die Jahre 2008 und 2009 und aufgrund der bisherigen Nummer 11 gegenstandslos und wird daher aufgehoben.

Zu Dreifachbuchstabe eee

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Aufhebung der Nummer 10.

Zu Dreifachbuchstabe fff

Der amtliche Gemeindeschlüssel wird Bestandteil der regulären Datenmeldungen nach Absatz 1. Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen § 267 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Vorgabe des bisherigen Satzes 3 bezieht sich auf die Vorbereitung der konkreten Ausgestaltung des derzeitigen RSA-Verfahrens und ist daher gegenstandslos.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der neue Satz 3 gibt die versichertenindividuelle Berücksichtigung der Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V sowie der tatsächlichen Rabatte und Abschläge nach §§ 130, 130a und 130c SGB V für Arzneimittel bei der Meldung der Leistungsausgaben nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 vor. Die Krankenkassen haben ihre Leistungsausgaben nach Abzug der Rabatte und Abschläge zu melden, die tatsächlich je Versicherten bei der Arzneimittelversorgung erzielt wurden. Das bisherige Verfahren, bei dem die Krankenkassen Leistungsausgaben ohne Berücksichtigung der tatsächlich je Versicherten erzielten Rabatte melden und die daraus abgeleitete pauschale Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte mittels eines kassenindividuellen Rabatffaktors im RSA wird hierdurch ersetzt. Da sich aus der Versichertenstruktur der Krankenkassen unterschiedliche Rabattpotentiale ergeben, kommt es derzeit im Rahmen der pauschalen Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte zu systematischen Über- und Unterdeckungen auf Versichertenebene in Abhängigkeit davon, ob für ein verschriebenes Arzneimittel auf GKV-Ebene über- oder unterdurchschnittliche Rabatte erzielt wurden. Krankenkassen, die einen überdurchschnittlichen Anteil an Versicherten mit Verordnung von patentgeschützten Arzneimitteln aufweisen, erzielen tendenziell Unterdeckungen im Bereich Arzneimittel. Grund hierfür ist, dass für diese Arzneimittel häufig keine zusätzlichen Rabatte auf den Erstattungsbetrag vereinbart werden. Aufgrund der pauschalen Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte im RSA wird allerdings der höhere kassenindividuelle Rabatffaktor zur Bestimmung der Leistungsausgaben herangezogen. Es fließen folglich auf GKV-Ebene zu niedrige Leistungsausgaben in die Berechnung der Zuweisungen ein, wodurch Unterdeckungen resultieren.

Mit der Einführung der versichertenindividuellen Berücksichtigung von Abschlägen und Rabatten für Arzneimittel im RSA können Verzerrungen in den Zuweisungen vermieden werden. Systematische Über- und Unterdeckungen auf Versichertenebene aufgrund einer pauschalen Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im RSA werden vermieden. Gleichzeitig bleiben Wirtschaftlichkeitsanreize zum Abschluss von Rabattverträgen vollständig erhalten. Das Verfahren ist somit genauer als die bisherige pauschale Berücksichtigung eines durchschnittlichen Arzneimittelrabatffaktors je Krankenkasse und verbessert so die Wettbewerbsbedingungen.

Unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Vertraulichkeit der Rabatthöhe wird mit dem neuen Satz 4 sichergestellt, dass die Daten zur Höhe der Rabatte durch den GKV-Spitzenverband und das BVA ausschließlich für die Durchführung des RSA verarbeitet werden.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Anpassung in § 30 Absatz 1 Satz 1. Eine inhaltliche Änderung wird hierdurch nicht bewirkt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die weiteren Zwecke, für die die Daten nach Absatz 1 verwendet werden dürfen, werden klarstellend aufgenommen. Dies ergibt sich bereits aus dem neuen § 268 SGB V und den §§ 303a bis 303e SGB V. Zudem erfolgt eine redaktionelle Anpassung aufgrund des neuen Absatzes 5.

Darüber hinaus wird mit dem neuen Begriff des Verarbeitens das geltende Recht beibehalten und redaktionell an die Begriffsbestimmungen des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 angepasst. Danach umfasst der Begriff des Verarbeitens die bisher in § 67 SGB X-a.F. bzw. § 3 BDSG-a.F. legal definierten Begriffe Erheben, Verarbeiten und Nutzen und ist damit weiter als der bisherige Begriff des Verarbeitens nach dem SGB X bzw. BDSG. Der Begriff „nutzen“ war nach § 3 Absatz 5 BDSG-a.F. definiert als jede Verwendung personenbezogener Daten, soweit es sich nicht um Verarbeitung handelt. Die Verwendung des weiten Begriffs des Verarbeitens im Sinne des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 bedeutet dennoch keine inhaltliche Änderung, da bereits nach geltendem Recht alle Formen des Datenumgangs mit Ausnahme der Erhebung erfasst sein sollten. Aus der Formulierung ergibt sich, dass sich die Verarbeitungsbefugnis lediglich auf die Daten nach Absatz 1 bezieht.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anpassung des Satzes 2. Die Vorgabe, eine Niederschrift bei jeder Datenverarbeitung auch für den Risikopool oder für Zwecke der Datentransparenz anzufertigen, würde zu einem nicht sachgerechten Aufwand führen. Dies wird daher nicht ergänzt.

Zudem wird mit dem neuen Begriff des Verarbeitens das geltende Recht beibehalten und redaktionell an die Begriffsbestimmungen des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 angepasst. Danach umfasst der Begriff des Verarbeitens die bisher in § 67 SGB X-a.F. bzw. § 3 BDSG-a.F. legal definierten Begriffe Erheben, Verarbeiten und Nutzen und ist damit weiter als der bisherige Begriff des Verarbeitens nach dem SGB X bzw. BDSG. Die Verwendung des weiten Begriffs des Verarbeitens im Sinne des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 bedeutet keine inhaltliche Änderung, da bereits nach geltendem Recht alle Formen des Datenumgangs mit Ausnahme der Erhebung erfasst sein sollten. Aus der Formulierung ergibt sich, dass sich die Verarbeitungsbefugnis weiterhin lediglich auf die Daten nach Absatz 1 bezieht.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund des neuen Absatzes 5.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung der neuen Sätze 7 und 8. Der Verweis ist daher nicht mehr erforderlich. Zudem werden die Korrekturmeldungen durch den neuen Absatz 4 Satz 2 bezeichnet.

Zu Buchstabe g

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 5.

Zu Nummer 12

Zu § 31

Zu Buchstabe a

Die Absätze 1 bis 4 werden mit dem Ziel einer Rechtsbereinigung und in Folge der Neustrukturierung und Änderung insbesondere der §§ 2 und 29 neu gefasst.

Zu Absatz 1

Da die Begrenzung der Krankheitsauswahl nach dem bisherigen § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V nicht mehr Teil der Neufassung der §§ 266 und 267 SGB V ist, entfallen die Umsetzungsregelungen im bisherigen Absatz 1 Satz 2 bis 4.

Zu Absatz 2

Als Folgeänderung zum neuen Absatz 1 und zum neuen § 266 Absatz 10 SGB V werden die aktuellen Aufgaben des wissenschaftlichen Beirats neu benannt. Die Aufgabe der Überprüfung der Krankheitsauswahl entfällt und die regelmäßige Evaluation der Wirkungen des RSA kommt hinzu. Die Nummer 1 wird neu gefasst, da die erste Einführung des RSA-Klassifikationsmodells bereits erfolgt ist.

Zu Absatz 3

Im neuen Absatz 3 wird ergänzt, dass Fragen der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells auch ökonomische Aspekte haben und daher auch Ökonominen und Ökonomen in den Beirat berufen werden können.

Die Neuregelung zur Vergütungsmöglichkeit der Beiratsmitglieder ausschließlich für die Aufgabe nach dem neuen § 266 Absatz 10 SGB V gewährleistet, dass eine im Hinblick auf die Bedeutung und den Aufwand der regelmäßigen Evaluation sowie die Wirtschaftlichkeit angemessene, vertragliche Entschädigungsregelung durch das BVA getroffen werden kann.

Zu Absatz 4

Die Fassung des neuen Satz 1 entspricht grundsätzlich dem bisherigen Satz 1, berücksichtigt aber die Aufhebung der Krankheitsauswahl und die neue Terminologie nach dem neuen § 266 Absatz 1 und 2 SGB V und § 2.

Der neue Satz 2 entspricht inhaltlich dem Wortlaut „auf Grundlage der Empfehlung nach Absatz 2 Nr. 2 und 3“ des bisherigen Satz 1, stellt dabei aber klar, dass das BVA die Empfehlung des Beirats lediglich berücksichtigen muss.

Das BVA trifft nach den neuen Sätzen 1 und 4 bis 6 die erforderlichen Festlegungen zur Auswahl der regionalen Merkmale und zur Zuordnung der Risikogruppen anhand dieser Merkmale. Dazu gehört insbesondere die Ausgestaltung des statistischen Verfahrens zur Auswahl der einzubeziehenden regionalen Merkmale einschließlich der Festlegung der Anzahl der Variablen. Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 266 Absatz 2 SGB V.

Mit Blick auf die Komplexität des Verfahrens begrenzt das BVA entsprechend dem Vorgehen im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats von 2018 die Anzahl der einzubeziehenden regionalen Merkmale. Dazu werden aus den potenziellen Einflussfaktoren auf regionale Unter- und Überdeckungen in einem statistischen Verfahren die Variablen identifiziert, die eine hohe statistische und inhaltliche Erklärungskraft für regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen aufweisen. Das BVA kann für die Bereitstellung der Daten auf öffentliche Statistiken zu regionalen Variablen zurückgreifen. Dabei bezieht es die Aktualität der Datengrundlage in die Entscheidung über die Berücksichtigung einer Variable mit ein.

Die auszuwählenden Variablen sowie deren genaue Anzahl legt das BVA auf der Grundlage geeigneter statistischer Verfahren fest. Entsprechend der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats in seinem Gutachten von 2018 werden diese Variablen direkt in den RSA aufgenommen. Angebotsvariablen werden dabei nicht berücksichtigt, weil es zu problematischen Anreizeffekten führen kann, wenn Mehrausgaben durch Überangebot hierdurch ausgeglichen würden.

Mit dem neuen Satz 7 wird klargestellt, dass das Ermessen des BVA bei der Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells die gesonderte und differenzierte Berücksichtigung von nicht versichertenbezogen erfassten Leistungsausgaben der Krankenkassen im Berechnungsverfahren nach Satz 1 Nummer 5 umfasst.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 2 und zur Aufhebung des bisherigen § 29. Eine inhaltliche Änderung wird hierdurch nicht bewirkt, da weiterhin Bezug auf die Risikogruppen, die nach der Morbidität der Versicherten zugeordnet werden, genommen wird.

Zu Nummer 13

Zu § 32

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Anpassungen des § 3.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen § 30 Absatz 4 Satz 3.

Zu Nummer 14

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neunummerierung des bisherigen Abschnittes 7. Die Überschrift wird angepasst, da das derzeitige RSA-Verfahren etabliert und eine Bezugnahme auf das Altverfahren nicht mehr erforderlich ist.

Zu Nummer 15

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 5 und zur Aufhebung der §§ 6 bis 28. Soweit sich die Zuweisungen auf die standardisierten Aufwendungen für Krankengeld beziehen, sind die bisherigen §§ 5 bis 7 und 10 weiterhin maßgeblich.

Zu Nummer 16

Zu § 36

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Verweis auf den bisherigen § 266 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird entsprechend der Änderungen des § 266 SGB V angepasst. Die Bereinigungsvorgabe entfällt in Folge der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anpassung des Satzes 1.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Verweis auf den bisherigen § 266 Absatz 5 SGB V wird entsprechend der Änderungen des § 266 angepasst und die gegenstandslose Vorgabe zum Berichtsjahr 2011 gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die gegenstandslose Vorgabe zum Jahr 2011 wird gestrichen.

Zu Buchstabe c

Die gegenstandslose Vorgabe zum Jahr 2009 wird gestrichen.

Zu Nummer 17

Zu § 37

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vorgabe ist aufgrund der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme gegenstandslos und wird daher gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des bisherigen § 266 Absatz 2 Satz 1 als neuer § 266 Absatz 3 SGB V.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der bisherige Satz 3 bezieht sich nur auf die Ausgleichsjahre 2011 und 2012 und ist daher gegenstandslos.

Zu Buchstabe b

Der bisherige Absatz 2 hat keine Anwendung gefunden und ist daher aufzuheben.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anpassung des § 318 SGB V, nach der die Feststellung des ausreichenden Nachweises künftig auf die Überprüfung der Rechnungslegung und des Jahresabschlusses zu begrenzen ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zur Ermittlung der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sieht Absatz 1 Satz 2 eine Aufteilung zu 50 Prozent nach den Versicherungszeiten und zu 50 Prozent nach Morbidität beziehungsweise standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen vor. Der neue Absatz 2 trifft eine abweichende Regelung für die DRV KBS, die unter den Voraussetzungen des § 318 SGB V nicht zur Anwendung kommt. Mit der Änderung wird klargestellt, dass bei einer Anwendung des neuen Absatzes 2 das für die Verwaltungsausgaben der übrigen Krankenkassen vorgesehene Zuweisungsvolumen beziehungsweise die zu berücksichtigenden Versichertenzeiten um das für die DRV KBS ermittelte Zuweisungsvolumen beziehungsweise die Versichertenzeiten zu bereinigen ist.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Absatzes 2.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Absatzes 2 und zur Verschiebung des bisherigen § 266 Absatz 2 Satz 1. Zudem wird eine gegenstandslose Vorgabe bereinigt.

Zu Nummer 18

Zu § 37a

Es werden die näheren Vorgaben zur Durchführung des Risikopools auf Grundlage der Verordnungsermächtigung in § 268 Absatz 4 SGB V geregelt.

Zu Absatz 1

Der Schwellenwert des Risikopools ist vom BVA jährlich festzulegen und bekanntzugeben.

Zu Absatz 2

Für die Ermittlung der Versicherten, deren im Risikopool ausgleichsfähige Leistungsausgaben den Schwellenwert nach Absatz 1 übersteigen, sind die Daten zu nutzen, die dem BVA für die Durchführung des RSA nach § 30 Absatz 1 Satz 1 gemeldet werden. Nach § 268 Absatz 2 SGB V sind im Risikopool die Leistungsausgaben ausgleichsfähig, die im RSA bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen sind, mit Ausnahme der Aufwendungen für Krankengeld. Für die genaue Abgrenzung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben wird auf die Regelungen nach § 4 verwiesen. Da die Krankengeldausgaben nicht berücksichtigt werden, wird § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ausgenommen. Klarstellend wird zudem § 4 Absatz 2 Nummer 6, der die Nichtberücksichtigung der über den Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben betrifft, bei der Ermittlung nach dem neuen Absatz 2 Satz 2 nicht berücksichtigt. Dies ergibt sich bereits aus dem neuen § 268 Absatz 2 Satz 2 SGB V und würde anderenfalls einen Zirkelschluss bei der Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben ergeben.

Zu Absatz 3

Das BVA berechnet die Zuweisungen an die Krankenkassen über den Risikopool. Die Durchführung des Risikopools erfolgt im Rahmen der Berechnung des Jahresausgleichs. Es werden keine vorläufigen Zuweisungen im monatlichen Abschlagsverfahren gezahlt, da deren Berechnung mit erheblichen Ungenauigkeiten und gleichzeitig hohem Aufwand einhergehen würde. Die Risikopool-Zuweisungen an die Krankenkassen sind im Rahmen der Korrektur des Jahresausgleichs nach § 41 Absatz 5 zu korrigieren.

In den Berechnungen zum Jahresausgleich ist zunächst die Ermittlung der Erstattungsbeiträge des Risikopools vorzunehmen, da diese bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben für den RSA nicht zu berücksichtigen sind.

Aus Gründen der Transparenz gibt das BVA jährlich die Summe der insgesamt über den Risikopool zugewiesenen Mittel bekannt.

Zu Absatz 4

Das Nähere zum Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3 bestimmt das BVA nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes. Hierbei ist insbesondere auch festzulegen, zu welchem Zeitpunkt die Höhe des Schwellenwertes bekanntzugeben ist.

Zu Nummer 19

Zu § 38

Zu Absatz 1

Der bisherige § 38 wird aufgrund der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme durch den neuen § 38 ersetzt, der in Umsetzung des neuen § 270 Absatz 3 SGB V das Verfahren der Zuweisung von Pauschalen für die Teilnahme der Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bestimmt.

Zur Förderung von Präventionsmaßnahmen erhält die Krankenkasse jährlich für jeden Versicherten eine Pauschale, wenn eine im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen und damit dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Mutterchaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung oder eine im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen berechnungsfähige zahnärztliche Individualprophylaxe oder eine Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 SGB V in Anspruch genommen und vom Leistungserbringer abgerechnet wurde. Präventionsmaßnahmen, deren Inanspruchnahme die Zuweisung im Rahmen der Vorsorgepauschale auslösen, sind somit beispielsweise Früherkennung von Krankheiten bei Kindern im Rahmen der Kinder- und Jugenduntersuchungen, Früherkennung von Krebserkrankungen (zum Beispiel Darmkrebs-Screening) oder Zahnvorsorgeuntersuchungen.

Die Pauschale ist dreistufig gestaltet, um eine Orientierung an den unterschiedlichen Kosten der Präventionsmaßnahmen zu ermöglichen. Die in § 270 Absatz 3 SGB V genannten Leistungen werden, sofern sie im Einheitlichen Bewertungsmaßstab der Ärzte oder der Zahnärzte enthalten sind, auf der Grundlage der hierin enthaltenen Bewertung zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres in drei Stufen eingeteilt, die unterschiedlich hohe Pauschalen auslösen. Da die Vergütung der Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V auf Verhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Kostenträgern basiert und daher keine einheitlichen Kostenbewertungen vorliegen, werden diese pauschal der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet. Nimmt ein Versicherter in einem Ausgleichsjahr bei einer

Krankenkasse mehrere in Frage kommende Präventionsmaßnahmen wahr, erhält die Krankenkasse nur einmalig die Pauschale der jeweils höheren Stufe.

Die Höhe der Pauschale für jede Stufe wird jährlich vom BVA festgelegt. Die Kalkulation der Pauschale für jede Stufe soll sich an den Durchschnittskosten der in der jeweiligen Stufe enthaltenen Leistungen orientieren. Die Bekanntgabe der Pauschale für das jeweilige Ausgleichsjahr erfolgt mit der Veröffentlichung der Festlegungen gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 durch das BVA im dem Ausgleichsjahr folgenden Jahr.

Die Pauschale dient nicht zur Ausgabendeckung für die Krankenkassen, sondern es handelt sich um einen zusätzlichen finanziellen Anreiz für die Krankenkassen, die Leistungsanspruchnahme bei ihren Versicherten zu fördern. Die Finanzierung der Ausgaben erfolgt weiterhin durch die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen. Daher ist keine Bereinigung dieser Zuweisungen um die für die Pauschale aufgewendeten Mittel notwendig.

Zu Absatz 2

Das Meldeverfahren für die Teilnahme der Versicherten bestimmt der GKV-Spitzenverband.

Zu Nummer 20

Zu § 39

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 3. Der Inhalt des bisherigen § 3 Absatz 6 Satz 5 wird direkt übernommen und der bisherige Verweis gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der bisherige Satz 5 betrifft lediglich das Jahr 2010 und wird daher aufgehoben.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen § 30 Absatz 4 Satz 3.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 3 und des Absatzes 2 Satz 3.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Aufgrund der Aufhebung der bisherigen §§ 6 bis 28 ist die Vorgabe des bisherigen Satz 4 gegenstandslos und daher aufzuheben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des SGB V.

Zu Nummer 21

§ 39a wird aufgehoben. Das neue Verfahren der Ermittlung des Korrekturbetrags im Rahmen der Prüfung nach § 273 SGB V wird im neuen § 43 geregelt.

Zu Nummer 22

Zu § 40

Zu Buchstabe a

Der Verweis auf den bisherigen § 266 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird entsprechend der Änderungen des § 266 SGB V redaktionell angepasst und die Bereinigungsvorgabe entfällt in Folge der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme. Aufgrund der Anfügung des neuen § 270 Absatz 3 SGB V wird der Verweis auf die standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 SGB V präzisiert.

Zu Buchstabe b

Die gegenstandslose Vorgabe zur Bekanntmachung für das Jahr 2011 wird gestrichen.

Zu Buchstabe c

Die gegenstandslose Vorgabe zum Jahr 2010 wird aufgehoben.

Zu Nummer 23

Zu § 41

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 266 Absatz 1 SGB V. Der Begriff „risikoadjustierte Zu- und Abschläge“ umfasst die Berücksichtigung aller in § 2 Absatz 1 Satz 2 genannten Risikomerkmale.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 2 und zur Aufhebung des § 29. Der bisherige Wortlaut „Versichertengruppen nach § 29 Nummer 4“ bezeichnet genau wie der neue Wortlaut „Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3“ diejenigen Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Versicherten auf Krankengeld zugeordnet werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Auf Grundlage der Verordnungsermächtigung im neuen § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V wird mit dem neuen Satz 4 eine Vorgabe zum Ausschluss der Morbiditätsgruppen, mit den höchsten Steigerungsraten der zugeordneten Versichertentage aufgenommen. Mit dem Krankheitsvollmodell werden wesentlich mehr Krankheiten im RSA als Ausgleichsfak-

toren berücksichtigt als zuvor. Es muss daher verhindert werden, dass einzelne Krankenkassen Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung insbesondere in Bezug auf die neu hinzukommenden Krankheiten ergreifen, um sich Wettbewerbsvorteile zu verschaffen.

Ziel der Neuregelung ist es, Auffälligkeiten in den Diagnosekodierungen - insbesondere hohe Steigerungsraten der sogenannten hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG), die einen Zuschlag nach § 266 Absatz 1 SGB V auslösen - so zu entschärfen, dass diese erst gar nicht zu einem finanziellen Vorteil für die entsprechenden Krankenkassen führen. Für die Krankenkassen wird dadurch zudem unsicher, ob eine Kodierbeeinflussungsmaßnahme zu positiven finanziellen Wirkungen führt, was zusätzlich eine abschreckende Wirkung entfaltet.

Zu Buchstabe b

Das Verfahren des Ausschlusses auffälliger HMG wird im neuen Absatz 1a bestimmt.

Für Umsetzung ermittelt das BVA zunächst die zehn Prozent der HMG, die die höchsten Steigerungsraten der Risikogruppenbesetzung (in Form der zugeordneten Versichertentage) erzielen und zugleich das Eineinhalbfache der nach Versichertentagen gewichteten durchschnittlichen Steigerungsraten der Besetzung aller Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 überschreiten. Um zu vermeiden, dass Krankheiten mit wenigen Versichertentagen ausgeschlossen werden, bei denen aufgrund der geringen absoluten Anzahl zugeordneter Versichertentage rechnerisch leicht hohe Steigerungsraten vorliegen können, legt das BVA für das Verfahren eine Schwelle für die absolute Steigerung der Risikogruppenbesetzung fest. Dieser Schwellenwert sollte 0,05 Prozent der Versichertentage in der GKV zum Jahresausgleich nicht unterschreiten. Diese Untergrenze entspricht der Definition von seltenen Erkrankungen in der Europäischen Union. HMG, deren absolute Anzahl zugeordneter Versichertentage unterhalb dieser Schwelle liegt, werden nicht aus dem Jahresausgleich ausgeschlossen.

In einem weiteren Schritt ermittelt das BVA für die verbleibenden HMG das jeweilige Zuweisungsvolumen (Risikozuschläge multipliziert mit Versichertentagen im Jahresausgleich). Von den im ersten Schritt ermittelten Risikogruppen werden in jedem Jahresausgleich diejenigen von der Neuberechnung der Zuschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 im Jahresausgleich ausgeschlossen, die das höchste Zuweisungsvolumen haben, bis fünf Prozent der HMG nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ausgeschlossen sind. Falls weniger als fünf Prozent der HMG nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 über eine überdurchschnittliche Steigerungsrate hinsichtlich ihrer Risikogruppenbesetzung verfügen und deren absoluter Anstieg die vom BVA festzusetzende Schwelle überschreitet, sind alle identifizierten Risikogruppen auszuschließen.

Die Berechnung der Steigerungsraten wird für alle HMG für jeden Jahresausgleich neu durchgeführt. Grundlage der Berechnung der Steigerungsraten sind die Daten, die bei der Entwicklung der Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 für das entsprechende Ausgleichsjahr verwendet wurden. Somit werden die Morbiditätsdaten des Jahresausgleichs mit Morbiditätsdaten verglichen, die sich auf ein mindestens drei Jahre älteres Berichtsjahr beziehen. Dadurch kann auch die Wirkung von möglichen langfristig wirkenden Kodierbeeinflussungsmaßnahmen identifiziert werden.

Das BVA gibt die Berechnungswerte des Ausschlussverfahrens in geeigneter Weise zum Jahresausgleich bekannt. Dazu gehören insbesondere die Aufzählung der zehn Prozent der HMG, die das Eineinhalbfache der durchschnittlichen Steigerungsrate sowie den Schwellenwert des absoluten Anstiegs überschreiten, die jeweilige Risikogruppenbelegung im Jahresausgleich sowie im Vergleichsjahr, die entsprechenden Steigerungsraten, das Zuweisungsvolumen im Jahresausgleich und die Aufzählung der im Jahresausgleich ausgeschlossenen HMG.

Der Ausschluss der HMG erfolgt auf Ebene der GKV und nicht auf Ebene einzelner Krankenkassen. Bei einer Berechnung überdurchschnittlicher Steigerungsraten auf Ebene einzelner Krankenkassen besteht insbesondere bei kleinen Krankenkassen die Gefahr, dass die Ergebnisse durch geringe Anzahl zugeordneter Versichertentage verzerrt würden bzw. nicht berechnet werden könnten. Auch würde ein Ausschluss auf Einzelkassenebene Anreize zur Risikoselektion gegen erkrankte Versicherte, insbesondere gegenüber Krankenkassenwechslern, setzen, da Krankenkassen so einen Anreiz hätten, ihre individuellen Steigerungsraten möglichst niedrig zu halten. Daher ist die Ebene der GKV geeigneter, auch wenn dadurch auch die Krankenkassen, deren Steigerungsraten nicht überdurchschnittlich sind, keine Zuweisungen für diese HMG erhalten.

In dem Ausschlussverfahren sollen HMG, deren Wachstumsraten aus medizinischen Gründen (wie z. B. Epidemien) oder aus diagnostischen Gründen, wie der Einführung neuer Diagnostikmethoden, überdurchschnittlich angestiegen sind, nicht berücksichtigt werden. Der GKV-Spitzenverband hat dies festzustellen und die entsprechenden HMG bis zum 30. September des Jahres, in dem der Jahresausgleich durchgeführt wird, dem BVA mitzuteilen.

Zu Buchstabe c

Über die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen werden im Jahresausgleich die auf Grundlage der tatsächlichen Ausgaben der GKV berechneten Zuweisungen an das für das entsprechende Ausgleichsjahr zur Verfügung stehende Zuweisungsvolumen angepasst. Im Rahmen dieser Berechnungen sind neben der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 SGB V und der Höhe der Zuweisungen nach § 270 Absatz 1 und dem neuen Absatz 3 SGB V auch die Risikopoolerstattungen nach dem neuen § 268 SGB V zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe d

Der Verweis auf den bisherigen § 266 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird entsprechend der Änderung des § 266 SGB V redaktionell angepasst.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des Absatzes 2.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 39 Absatz 3a Satz 4.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 30 Absatz 4 Satz 2.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird geregelt, dass das Korrekturverfahren des Jahresausgleichs auch auf Grundlage der korrigierten Datenmeldung nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 in Verbindung mit § 30 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 zu erfolgen hat. Hiervon ist – anders als im bisherigen Verfahren – auch eine Neuberechnung der Risikozuschläge umfasst. Dies ist erforderlich, da die Leistungsausgaben im Risikopool unmittelbar zahlungsbegründend werden und sich eine mit

Zu Buchstabe c

Der bisherige Absatz 4 bezog sich auf den bisherigen § 38 Absatz 2. Aufgrund der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme ist er aufzuheben.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen Absatz 1 Satz 2 und zur Aufhebung des bisherigen Absatz 4.

Zu Buchstabe e

Absatz 6 ist gegenstandslos und wird daher aufgehoben.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Absatzes 4.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 39 Absatz 3a Satz 4.

Zu Nummer 25

Zu § 43

Das Verfahren der Berechnung des Korrekturbetrages wird an das geänderte Prüfkonzept des § 273 SGB V angepasst. Das BVA ermittelt den Korrekturbetrag, indem es die zu meldende Datenmenge bei hinweggedachtem Rechtsverstoß oder bei hinweggedachter statistisch auffälliger Datenmenge schätzt. Die betroffene Krankenkasse erhält zudem die Möglichkeit, den genauen Schadenumfang glaubhaft zu machen. Der Sanktionscharakter des Korrekturbetrags wird durch den Strafzuschlag aufrechterhalten.

Zu Absatz 1 und 2

Um das Verfahren effizienter zu gestalten, werden nur noch die Korrekturmeldungen nach § 30 Absatz 1 Satz 2 überprüft. Diese liegen dem Jahresausgleich zugrunde, so dass bei rechtswidrigen Datenmeldungen oder nicht nachvollziehbaren Auffälligkeiten ein bleibender finanzieller Vorteil der Krankenkassen entsteht. Die getrennte Ermittlung des Korrekturbetrages für Erst- und Korrekturmeldung nach dem bisherigen § 39a Absatz 1 Satz 2 ist daher nicht mehr erforderlich.

Zu Absatz 3 und 4

Der Korrekturbetrag wird durch ein Fortschreibungsverfahren auf Grundlage der letzten rechtmäßigen oder nicht auffälligen Datenmeldung einer Krankenkasse ermittelt. Die durchschnittliche Entwicklung bei allen am RSA teilnehmenden Krankenkassen wird berücksichtigt, um insbesondere die Gesamtentwicklung von Diagnosezahlen bei den Versicherten miteinbeziehen zu können. Der Sanktionszuschlag berücksichtigt, dass der betroffenen Krankenkasse ohne das Prüfverfahren ein endgültiger finanzieller Vorteil entstanden wäre. Sofern sich die Korrektur auf ein rechtswidriges Verhalten der Krankenkasse zurückführen lässt, das von deren Vorstand veranlasst, gebilligt oder pflichtwidrig nicht unterbunden wurde, sind die Vorstandsmitglieder der Krankenkasse persönlich zum Ersatz des durch den Sanktionszuschlag entstehenden Schadens verpflichtet.

Zu Absatz 5

Das BVA wird ermächtigt, die genauen Einzelheiten des Berechnungsverfahrens im Be-
nehmen mit dem GKV-Spitzenverband festzulegen.

Zu Nummer 26

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen § 43.

Zu Nummer 27

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neunummerierung des vorange-
henden Abschnitts.

Zu Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um die Streichung einer gegenstandslosen Vorgabe. Die Durchführung des
Zahlungsverkehrs für den RSA erfolgt gemäß des neuen § 266 Absatz 6 Satz 1 SGB V
durch das BVA.

Zu Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Verschiebung der Regelung
zur Errichtung von Betriebskrankenkassen in den neuen § 149 SGB V.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund des Neuerlasses des Ersten
Abschnitts des Sechsten Kapitels des SGB V.

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten am Tag nach der Verkündung.

Durch die gesetzlichen Neuregelungen zur Haftung bei Auflösung, Schließung und Insol-
venz von Krankenkassen wird die Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haf-
tungsbeträge durch den GKV-Spitzenverband bei Insolvenz oder Schließung einer Kran-
kenkasse abgelöst, so dass sie mit Inkrafttreten des Gesetzes außer Kraft gesetzt wird.