Deutscher Bundestag **Drucksache 19/15662**

19. Wahlperiode 03.12.2019

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-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 wurde die Zielgenauigkeit des RSA erhöht und wurden 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 (das heißt 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- beziehungsweise Unterdeckungen, die in einem bundesweit einheitlichen Finanzierungssystem zu Ungleichgewichten zwischen regional begrenzten und bundesweit geöffneten Krankenkassen führen können. Darüber hinaus können sich Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung auf die Zuweisungen an die Krankenkassen auswirken und im Ergebnis zu Wettbewerbsverzerrungen führen.

Verwerfungen im Wettbewerb der Krankenkassen ergeben sich auch durch das bestehende, historisch entstandene Haftungssystem nach Auflösung, Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse.

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, 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 Fehlanreize, 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 Abschlägen und Rabatten für Arzneimittel im RSA
- Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung

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.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Entsprechend den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats in seinem Gutachten aus dem Jahr 2017 wird das bisherige Verbot der Diagnosevergütung neu formuliert, um Umgehungsstrategien zu eliminieren. Zusätzlich wurden mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz 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 der Praxisverwaltungssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), um krankenkassenindividuelle Module zur Beeinflussung des Kodierverhaltens zu verhindern.

Die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (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 Früherkennungsmaßnahmen ihrer Versicherten zu fördern.

Mit der Neugestaltung des Haftungssystems werden Verwerfungen im Wettbewerb beseitigt, die durch die historisch entstandenen Haftungsregelungen verursacht werden. Hierfür wird die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen derselben Kassenart abgeschafft und eine Kostentragung aller Krankenkassen auf Grundlage eines fairen Verteilungsschlüssels eingeführt. Flankierend wird die Präventionsorientierung des Haftungssystems deutlich gestärkt, indem die Handlungsmöglichkeiten und Instrumente des GKV-Spitzenverbandes zur Vermeidung von Haftungsfällen deutlich erweitert werden.

Durch die Schaffung eines neuen Gremiums beim GKV-Spitzenverband wird eine bessere organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes erreicht. Der neue Lenkungs- und Koordinierungsausschuss, der aus Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen gebildet wird, stellt einen kontinuierlichen Informationsfluss sicher und ermöglicht eine schnellere Meinungsbildung der Mitgliedskassen zu versorgungspolitischen Entscheidungen des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes, die künftig grundsätzlich der Zustimmung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses bedürfen. Ziel ist es, die Transparenz zwischen der operativen Ebene und dem GKV-Spitzenverband zu verbessern, die fachliche Expertise der Mitgliedskassen stärker in den Entscheidungsprozess des Vorstandes einzubringen und damit auch die Akzeptanz bei den Mitgliedskassen für das Handeln des GKV-Spitzenverbandes zu stärken.

Darüber hinaus sind Regelungen zur Stärkung einer angemessenen Repräsentanz von Frauen im Vorstand, im Lenkungs- und Koordinierungsausschuss sowie auch im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes vorgesehen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Durch die Konkretisierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die sogenannte Aufsichtsbehördentagung sollen die Transparenz im Aufsichtshandeln und die Kooperation der Aufsichtsbehörden untereinander gestärkt werden.

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

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.

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Im Jahr 2020 ergeben sich für alle Kostenträger (einschließlich den privaten Krankenversicherungen) einmalige Mehrausgaben in Höhe von 250 Millionen Euro, die sich wie folgt verteilen: Für die GKV entstehen Mehrausgaben in Höhe von circa 225 Millionen Euro, die durch eine Entnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kompensiert werden. Im Bereich der Beihilfe ergeben sich für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden einmalige Mehrausgaben in Höhe von rund 8 Millionen Euro. Davon entfallen auf den Bund knapp 2 Millionen Euro, auf die Länder zwischen 5 und 6 Millionen Euro und auf die Gemeinden knapp eine Million Euro.

Die Mehrausgaben des Bundes werden im Rahmen der bestehenden Ansätze in den jeweiligen Einzelplänen aufgefangen.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Keiner.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Für den Bund entsteht einmaliger Aufwand in Höhe von insgesamt rund 270 000 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 500 000 Euro, vor allem durch die dauerhafte Durchführung des Risikopools und die dauerhafte Umsetzung der Regionalkomponente, der Manipulationsbremse, der Vorsorgepauschale, für die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten sowie für die Begleitung der regelmäßigen Evaluation des RSA. Die Stärkung der Prüfung nach § 273 SGB V zur Sicherung der Datengrundlage für den RSA führt beim BVA zu Erfüllungsaufwand in Höhe von 360 000 Euro. Beim Prüfdienst des Bundes fällt für die Prüfung unter anderem des Risikopools sowie der zusätzlich erhobenen Datenmeldungen für die Regionalkomponente ein Prüfaufwand in Höhe von ebenfalls 360 000 Euro jährlich an.

Durch die im Rahmen des Erfahrungs- und Meinungsaustausches der Aufsichtsbehörden vorgesehenen Informationspflichten entsteht den Aufsichtsbehörden ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

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 die Errichtung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beim GKV-Spitzenverband entsteht dem GKV-Spitzenverband einmaliger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

F. Weitere Kosten

Den privaten Krankenversicherungen entstehen durch die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes einmalige Mehrausgaben im Jahr 2020 in Höhe von rund 17 Millionen Euro.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, 3. Dezember 2019

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Dr. Wolfgang Schäuble
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

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

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage 2 beigefügt.

Der Bundesrat hat in seiner 983. Sitzung am 29. November 2019 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 3 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der als Anlage 4 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Angela Merkel

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

§ 29 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 5 Absatz 19 des Gesetzes vom 21. Juni 2019 (BGBl. I S. 846) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
   b) Folgende Nummer 5 wird angefügt:
      „5. Streitigkeiten nach § 4a Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
2. In Absatz 3 Nummer 1 werden nach dem Wort „zwischen“ die Wörter „gesetzlichen Krankenkassen untereinander betreffend den Risikostrukturausgleich sowie zwischen“ eingefügt.

Artikel 2

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Satz 4 werden die Wörter „und 4 Absatz 4 Satz 1“ durch ein Komma und die Wörter „4 Absatz 4, § 4a Absatz 2 und 4 Nummer 5“ ersetzt.
2. In § 17 Satz 3 werden die Wörter „Achten Titels“ durch die Wörter „Dritten und Vierten Titels“ ersetzt.
3. In § 34 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „§§ 171f und 172“ durch die Angabe „§§ 162 und 163“ ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung 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 Artikel 46 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 35a Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „§ 147“ durch die Angabe „§ 149“ ersetzt.

2. § 90 Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:

   „(4) Die Aufsichtsbehörden treffen sich mindestens zweimal jährlich zu einem Erfahrungs- und Meinungsaustausch. Die Aufsichtsbehörden unterrichten sich dabei regelmäßig über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie über die von ihnen genehmigten leistungsbezogenen Satzungsregelungen der Krankenkassen. Soweit dieser Erfahrungs- und Meinungsaustausch Angelegenheiten der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau betrifft, nehmen auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft teil.

   (5) Beschlüsse der Aufsichtsbehördentagung nach Absatz 4 ergehen einstimmig. Zu einem Beschluss in Angelegenheiten, die ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung betreffen, ist eine Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen erforderlich. Jedes Land hat mindestens drei Stimmen, Länder mit mehr als zwei Millionen Einwohnern haben vier, Länder mit mehr als sechs Millionen Einwohnern fünf, Länder mit mehr als sieben Millionen Einwohnern sechs Stimmen. Das Bundesversicherungsamt hat zwanzig und das Bundesministerium für Gesundheit hat sechs Stimmen. Abweichend von Satz 2 kommt ein Beschluss nicht zustande, wenn mindestens drei Länder mit jeweils mehr als sieben Millionen Einwohnern gegen den Beschluss gestimmt haben. Weicht eine Aufsichtsbehörde in ihrer Aufsichtspraxis von einem Beschluss ab, unterrichtet sie die anderen Aufsichtsbehörden.“

3. § 90a Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

   „(2) Enthält die Satzung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung des Fünften Buches, wird der Zuständigkeitsbereich bestimmt durch die Region nach § 144 Absatz 3 des Fünften Buches, für die sie ihrer Satzung nach zuständig ist.“

Artikel 4

Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung

In § 12 Absatz 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung vom 15. Juli 1999 (BGBl. I S. 1627), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 27. November 2018 (BGBl. I S. 2023) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 171d Abs. 1“ durch die Angabe „§ 169 Absatz 1“ und die Angabe „§ 171e“ durch die Angabe „§ 170“ ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Artikel 5

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 Artikel 12 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) 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, das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungen zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Dieser Wettbewerb 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) Unlautere geschäftliche Handlungen der Krankenkassen sind unzulässig.

(3) Krankenkassen sind berechtigt, um Mitglieder und für ihre Leistungen zu werben. 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, die zu Werbezwecken beauftragt werden,
3. die Trennung der Werbung von der Erfüllung gesetzlicher Informationspflichten,
4. die Beauftragung und Vergütung von Mitarbeitern, Arbeitsgemeinschaften, Beteiligungsgesellschaften 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, Beteiligungsgesellschaften oder Dritte zu Zwecken des Wettbewerbs und insbesondere der Werbung, haben sie sicherzustellen, dass die Beauftragten die für entsprechende Maßnahmen der Krankenkassen geltenden Vorschriften einschließlich der Vorgaben der Absätze 1 bis 3 sowie der Rechtsverordnung nach Absatz 4 einhalten.

(6) In den Verwaltungsvorschriften nach § 78 Satz 1 des Vierten Buches 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. Die zur Geltendmachung des Anspruchs berechtigte Krankenkasse soll die Schuldnerin vor der Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens abmahnen und ihr Gelegenheit geben, den Streit durch Abgabe einer mit einer angemessenen Vertragsstrafe bewehrten Unterlassungsverpflichtung beizulegen. Soweit die Abmahnung berechtigt ist, kann die Abmahnende von der Abgemahnten Ersatz der erforderlichen Aufwendungen verlangen. Zur Sicherung der Ansprüche nach Satz 1 können einstweilige Anordnungen auch ohne die Darlegung und Glaubhaftmachung der in § 86b Absatz 2 Satz 1 und 2 des Sozialgerichtsgesetzes bezeichneten Voraussetzungen erlassen werden. Ist auf Grund von Satz 1 Klage auf Unterlassung erhoben worden, so kann das Gericht der obsiegenden Partei die Befugnis zusprechen, das Urteil auf Kosten der unterliegenden Partei öffentlich bekannt zu machen, wenn sie ein berechtigtes Interesse dartut. Art und Umfang der Bekanntmachung werden im Urteil bestimmt. Die Befugnis erlischt, wenn von ihr nicht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Rechtskraft Gebrauch gemacht worden ist. Der Ausspruch nach Satz 5 ist nicht vorläufig vollstreckbar.“

3. Der bisherige § 4a wird § 4b.

4. § 71 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.

   b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

   „Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung haben keine aufschiebende Wirkung.“

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

   „Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vereinbarungen, die vor dem … [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] zustande gekommen sind, sind bis spätestens zum … [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] anzupassen.“

6. In § 77 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „§ 144 Absatz 2 bis 4“ durch die Wörter „§ 155 Absatz 2, 5 und 6“ ersetzt.

7. § 83 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

   „Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, können nicht Gegenstand der Gesamtverträge sein; § 71 Absatz 6 gilt entsprechend. Vereinbarungen, die vor dem … [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] zustande gekommen sind, sind bis spätestens zum … [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] anzupassen.“

8. § 87a wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 5 Satz 11 wird wie folgt gefasst:

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

   b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

   „(5a) Der Bewertungsausschuss erstellt zum Zwecke der Erhöhung der Transparenz über die der Empfehlung nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 zugrunde liegenden Datengrundlagen einen Bericht über

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

die Veränderungen der Behandlungsdiagnosen und den Einfluss der jeweiligen Behandlungsdiagnose auf die Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung. Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit der Empfehlung und den der Empfehlung zugrunde liegenden weiteren Beratungsunterlagen vorzulegen. § 87 Absatz 6 Satz 10 gilt entsprechend.“

9. 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.

10. § 137g wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 1, 6, 11 und 12 wird die Angabe „Abs. 7“ jeweils durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.

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

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

    „Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vereinbarungen, die vor dem … [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] zustande gekommen sind oder nach Absatz 1 Satz 3 fortgelten, sind bis spätestens zum … [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] anzupassen.“

12. Der Erste Abschnitt des Sechsten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Erster Abschnitt

Errichtung, Vereinigung und Beendigung von Krankenkassen

Erster Titel

Arten der Krankenkassen

§ 143

Ortskrankenkassen

(1) Ortskrankenkassen bestehen für abgegrenzte Regionen.

(2) Die Landesregierung kann die Abgrenzung der Regionen durch Rechtsverordnung regeln. Die Landesregierung kann die Ermächtigung auf die nach Landesrecht zuständige Behörde übertragen.

(3) Die betroffenen Länder können durch Staatsvertrag vereinbaren, dass sich die Region über mehrere Länder erstreckt.

§ 144

Betriebskrankenkassen

(1) Betriebskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch den Arbeitgeber für einen oder mehrere Betriebe errichtet wurden.

(2) Eine Betriebskrankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass sie durch alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten gewählt werden kann. Die Satzungsregelung darf das Wahlrecht

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen und kann nicht widerrufen werden. Satz 1 gilt nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. September 2003 keine Regelung nach Satz 1 enthalten hat.

(3) Falls die Satzung eine Regelung nach Absatz 2 Satz 1 enthält, gilt diese für die Gebiete der Länder, in denen Betriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebskrankenkasse ergibt; soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinausgehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt.

§ 145

Innungskrankenkassen

(1) Innungskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch eine Handwerksinnung allein oder gemeinsam mit anderen Handwerksinnungen für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder, die in die Handwerksrolle eingetragen sind, errichtet wurden. § 144 Absatz 3 gilt entsprechend.

(2) Eine Satzungsregelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen und kann nicht widerrufen werden.

§ 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 konnten. Der Zuständigkeitsbereich von Ersatzkrankenkassen erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

Zweiter Titel

Besondere Vorschriften zur Errichtung, zur Ausdehnung und zur Auflösung von Betriebskrankenkassen sowie zum Ausscheiden von Betrieben aus Betriebskrankenkassen

§ 149

Errichtung von Betriebskrankenkassen

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

1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 5 000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und
2. die Leistungsfähigkeit der Betriebskrankenkasse auf Dauer gesichert ist.

(2) Bei Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 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 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 Betriebskrankenkasse 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 nicht widersprechen. 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 § 144 Absatz 2 Satz 1 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 Prozent ihrer Zuweisungen, die sie nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 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 2 500 Mitglieder haben wird.

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

§ 151

Ausdehnung auf weitere Betriebe

Die Zuständigkeit einer Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 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, ein Betrieb 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 gemeinsame Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, deren Satzung eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält.

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

§ 153

Auflösung

(1) Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des Arbeitgebers aufgelöst werden, wenn der Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt.

(2) Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird.

(3) Absatz 1 gilt nicht, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält.

(4) Für die gemeinsame Betriebskrankenkasse mehrerer Arbeitgeber ist der Antrag nach Absatz 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.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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 Kassenartzugehörigkeit aufrechterhalten bleiben soll.

(3) Die beteiligten Krankenkassen können Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, die notwendig sind, um ihre Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Vereinigung zu erhalten. In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln. § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Die Verträge sind von den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.

(4) Ist bei einer Vereinigung von Betriebskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse; § 144 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

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

(6) Mit dem nach Absatz 5 bestimmten 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 dieser Kassenart nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen vereinigen, wenn

1. durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen erhöht werden kann und
2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

(2) Die Landesregierung kann auf Antrag einer landesunmittelbaren Krankenkasse durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Krankenkassen dieser Kassenart des Landes nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen vereinigen, wenn

1. durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen er-höht werden kann und
2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Betriebskrankenkassen, deren Satzungen keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 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, zu dem die Vereinigung wirksam wird.

(3) 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, zu dem die Vereinigung wirksam wird.

(4) Mit dem nach Absatz 2 oder Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.

§ 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, die §§ 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 5 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 § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält oder
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen und die Voraussetzungen der Errichtung auch zum Zeitpunkt der Schließung nicht vorliegen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

(3) Eine Innungskrankenkasse wird auch dann von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn sie nicht hätte errichtet werden dürfen und die Voraussetzungen der Errichtung auch zum Zeitpunkt der Schließung nicht vorliegen.

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

§ 160

Insolvenz von Krankenkassen

(1) Die Insolvenzordnung gilt für 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, so hat der Vorstand der Krankenkasse dies der zuständigen Aufsichtsbehörde unverzüglich anzuzeigen. Der Anzeige sind aussagefähige Unterlagen beizufügen. 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 keinen Antrag nach Satz 1 stellen, sondern die Krankenkasse schließen. Stellt die Aufsichtsbehörde den Antrag nach Satz 1 nicht innerhalb von drei 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. Im Falle der Eröffnung des Insolvenzverfahrens erfolgt die Abwicklung der Geschäfte der Krankenkasse nach den Vorschriften der Insolvenzordnung.

(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 Altersteilzeitvereinbarungen sind die Verpflichtungen nach § 8a des Altersteilzeitgesetzes vollständig spätestens ab dem 1. Januar 2015 zu erfüllen.

§ 161

Aufhebung der Haftung nach § 12 Absatz 2 der Insolvenzordnung

Die Länder haften nicht nach § 12 Absatz 2 der Insolvenzordnung für die Ansprüche der Beschäftigten von Krankenkassen auf Leistungen der Altersversorgung und auf Insolvenzgeld.

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

§ 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. Bewertet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse als gefährdet, so hat die Krankenkasse dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen

1. unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die dieser zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich hält, oder
2. ihm die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann verlangen, dass die Krankenkassen die Unterlagen elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen. Kommt eine Krankenkasse den Verpflichtungen nach den Sätzen 4 und 5 nicht nach, ist die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse hierüber zu unterrichten.

(2) Hält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage dieser Unterlagen und Auskünfte die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse für bedroht, so hat er die Krankenkasse über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten. Zudem hat er umgehend die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse über die finanzielle Situation, die Ergebnisse und die Bewertungen der Überprüfung nach Satz 1 sowie über die vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterrichten. Das konkrete Verfahren zur Bewertung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Satzung zu veröffentlichen.

(3) 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 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen 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

Vorübergehende finanzielle Hilfen

(1) Die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat Bestimmungen über die Gewährung vorübergehender finanzieller Hilfen an Krankenkassen vorzusehen, die für notwendig erachtet werden, um

1. Vereinigungen von Krankenkassen zur Abwendung von Haftungsrisiken zu erleichtern oder zu ermöglichen sowie
2. die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse zu erhalten.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Dauer, 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 Ausnahme 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. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann zur Zwischenfinanzierung der finanziellen Hilfen ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 350 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufnehmen; § 167 Absatz 6 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

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

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

§ 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 § 144 Absatz 2 Satz 1 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 § 144 Absatz 2 Satz 1, hat der Arbeitgeber den Unterschiedsbetrag innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Satzungsbestimmung auszugleichen. Dies gilt auch bei Vereinigungsverfahren gemäß § 155, wenn Betriebskrankenkassen beteiligt sind, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält.

§ 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) Übersteigen die Verpflichtungen innerhalb eines Kalenderjahres einen Betrag von 350 Millionen Euro, sind zur Erfüllung der darüber hinausgehenden Beträge die Finanzreserven der Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1 heranzuziehen, soweit diese den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke übersteigen; § 260 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. Maßgebend für die Rechengrößen nach Satz 1 sind die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse, die von den Krankenkassen vor dem Zeitpunkt, an dem die Aufteilung durchgeführt wird, zuletzt vorgelegt wurden. Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Betrag wird wie folgt berechnet:

1. für jede Krankenkasse wird der Betrag an Finanzreserven ermittelt, der gemäß Satz 1 und 2 die Obergrenze überschreitet;
2. übersteigt die Summe der Überschreitungsbeträge aller Krankenkassen nach Nummer 1 die noch zu erfüllenden Verpflichtungen, werden die noch zu erfüllenden Verpflichtungen durch die Summe der Überschreitungsbeträge nach Nummer 1 geteilt;
3. der aus Nummer 2 resultierende Faktor 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 Überschreitungsbeträge nach Nummer 1 zugrunde zu legen.

Reicht die Summe der Überschreitungsbeträge nach Satz 3 Nummer 1 nicht aus, um die Verpflichtungen zu erfüllen, oder verfügt keine Krankenkasse über Finanzreserven oberhalb des 1,0fachen einer Monatsausgabe nach Satz 1 und 2, werden die Finanzreserven oberhalb von 0,75 Monatsausgaben in entsprechender Anwendung der Sätze 1 bis 3 herangezogen, um die verbleibenden Verpflichtungen zu erfüllen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

(3) Reicht der nach den Absätzen 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 aufgeteilt.

(4) Für Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 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 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.

(6) 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 Inanspruchnahme eines Darlehens des Gesundheitsfonds für Zwecke dieses Absatzes darf insgesamt den in Satz 1 genannten Betrag nicht übersteigen. § 271 Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 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 ihrer 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.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

§ 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 Insolvenzsicherung 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 aufgrund 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 zweiter 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 für 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, gilt § 167 Absatz 6 entsprechend.

§ 170

Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen, Verordnungsermächtigung

(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 aufsichtspflichtigen 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.“

13. § 173 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 2 bis 4 wird wie folgt gefasst:

„2. jede Ersatzkasse,

3. die Betriebskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht,

4. jede Betriebs- oder Innungskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts, deren Satzung eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 oder § 145 Absatz 2 enthält,“.

bb) Die Sätze 2 bis 5 werden aufgehoben.

b) In Absatz 3 werden die Wörter „oder jede Ersatzkasse“ gestrichen.

c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) War an einer Vereinigung nach § 155 eine Betriebskrankenkasse ohne Satzungsregelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 beteiligt und handelt es sich bei der aus der Vereinigung hervorgegangenen Krankenkasse um eine Innungskrankenkasse, ist die neue Krankenkasse auch für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, die ein Wahlrecht zu der Betriebskrankenkasse gehabt hätten, wenn deren Satzung vor der Vereinigung eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthalten hätte.“

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

14. § 217b wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „besteht der Vorstand aus mehreren Personen, muss ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören“ eingefügt.

    b) Die folgenden Absätze 4 bis 6 werden angefügt:

    „(4) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss gebildet. Die Amtsdauer entspricht derjenigen des Vorstandes. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss setzt sich zusammen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse. Kann eine Besetzung nach den Vorgaben des Satz 2 nicht erfolgen, bleibt der entsprechende Sitz frei. Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewählt. Der Stimmenanteil der Vertreter der Kassenart im Lenkungs- und Koordinierungsausschuss bemisst sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Mitgliedskassen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die neue Wahlperiode des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beginnt. Der Stimmenanteil der Kassenart wird auf die Anzahl der Sitze verteilt. Kann ein Sitz nicht besetzt werden, entfällt dessen Stimmenanteil.

    (5) Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen bedürfen der Zustimmung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten. In besonders zu begründenden Fällen kann der Vorstand von der Entscheidung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses abweichen oder, wenn keine Einigung innerhalb angemessener Frist zustande gekommen ist, ohne dessen Zustimmung entscheiden; in diesen Fällen teilt der Vorstand seine Gründe dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss schriftlich mit. Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung kann er im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung regeln. Vertreter des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses können an Sitzungen gesetzlicher Gremien, denen der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angehört, teilnehmen.

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

15. § 217c wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

    „Der Verwaltungsrat besteht aus höchstens 40 Mitgliedern.“

    b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

    aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

    „Jede Vorschlagsliste hat mindestens 40 Prozent weibliche und 40 Prozent männliche Bewerberinnen und Bewerber zu enthalten.“

    bb) In Satz 12 wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.

16. § 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 4 wird angefügt:

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

„(4) 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.“

17. § 217f wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden die folgenden 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 Absatz 2“ ersetzt.

18. § 260 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Absätze 2a und 4 sind ab dem 1. Januar 2020 anzuwenden, wenn bis zum 31. Dezember 2019 ein Entwurf für eine Reform des Risikostrukturausgleichs durch das Bundeskabinett beschlossen worden ist.“

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

20. § 266 wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Grundpauschale“ das Komma und werden 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 Risikomerkmalen getrennte Risikogruppen gemäß Absatz 2 ergeben.“

c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Die Zuordnung der Versicherten zu 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, Indikationengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigt. Regionale Merkmale sind solche, die die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Region beeinflussen können.“

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

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

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Folgender Satz wird vorangestellt:

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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

bb) Im neuen Satz 2 werden die Wörter „Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 2“ durch das Wort „Dabei“ ersetzt.

cc) Der neue Satz 3 wird aufgehoben.

f) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Die Bildung 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.“

g) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und 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 nach Absatz 2, und
2. die Höhe der risikoadjustierten Zu- und Abschläge.“

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

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 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 Versichertenzahlen der Krankenkassen je Risikogruppe nach Absatz 2 zugrunde.“

cc) In Satz 3 wird das Wort „Zuweisung“ durch das Wort „Zuweisungen“ ersetzt und werden die Wörter „zum 1. Oktober dieses Jahres“ durch die Wörter „für dieses Jahr“ ersetzt.

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

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „und ihre Bekanntgabe an die Versicherten“ gestrichen, wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt und wird 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 den Absätzen 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) In Nummer 2a wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „Deckung dieser Ausgaben“ die Wörter „sowie das Verfahren der Verarbeitung der nach § 270 Absatz 2 zu übermittelnden Daten“ eingefügt.

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

„2b. die Abgrenzung 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,“.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

eee) 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 werden die Wörter „Erhebung und Übermittlung“ durch das Wort „Verarbeitung“ ersetzt.

fff) In Nummer 4 werden die Wörter „einschließlich der Stelle, der die Berechnungen und die Durchführung des Zahlungsverkehrs übertragen werden können“ gestrichen.

ggg) 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 gebildet werden, 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.

j) Die folgenden Absätze 10 und 11 werden angefügt:

„(10) Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die Manipulationsresistenz 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 des Gutachtens näher bestimmen.

(11) Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nach Maßgabe der §§ 266 bis 270 in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung. Die Anpassung der Datenmeldung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung gemäß § 7 Absatz 1 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist ab dem Ausgleichsjahr 2021 bei den Zuweisungen nach Absatz 3 zu berücksichtigen.“

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

„§ 267

Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostruktur-ausgleichs

(1) Für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten

1. die Versichertentage

   a) mit den Risikomerkmalen nach § 266 Absatz 2 mit Ausnahme der Morbidität und der regionalen Merkmale,

   b) mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland,

   c) mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung, differenziert nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4,

2. den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnorts,

3. die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens,

4. die bei Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 in der Verschlüsselung nach § 301 Absatz 2 Satz 1,

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

5. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a einschließlich der Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4,
6. die Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Absatz 3 Satz 1 einschließlich der vereinbarten Sonderkennzeichen sowie jeweils die Anzahl der Verordnungen,
7. die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren

nach Maßgabe dieser Vorschrift an das Bundesversicherungsamt. 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 § 71 Absatz 6 Satz 9, § 73b Absatz 5 Satz 7 und 8, § 83 Satz 4 und 5, § 140a Absatz 2 Satz 7 und 8 und § 303 Absatz 4 ist unzulässig, soweit sie in diesem Buch nicht vorgeschrieben oder zugelassen ist.

(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 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 bei den Daten nach Absatz 1 Satz 1 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 ein Protokoll anzufertigen, das bei dem Beauftragten für Datenschutz aufzubewahren ist.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere zu den Fristen der Datenübermittlung und zum Verfahren der Verarbeitung der nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 zu übermittelnden Daten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere zum Verfahren nach Absatz 3 Satz 1.

(5) Die Kosten für die Datenübermittlung nach dieser Vorschrift werden von den betroffenen Krankenkassen getragen.

(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 § 7 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 gemäß § 266 werden die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle 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

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Betrags über den Risikopool ausgeglichen. Der Schwellenwert beträgt 100 000 Euro und ist in den Folgejahren anhand der jährlichen Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten anzupassen.

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

(3) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 7 Satz 3 und 6 sind die Leistungsausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 zu berücksichtigen.

(4) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse den Ausgleichsbetrag 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 gilt für den Risikopool entsprechend.

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

1. die jährliche Anpassung des Schwellenwertes,
2. die Berechnung und die Durchführung des Risikopoolverfahrens sowie
3. die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikopoolverfahrens erforderlichen Rechenwerte.“

22. § 269 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „die in § 267 Absatz 2 Satz 2 genannten Versichertengruppen“ durch die Wörter „Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden 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 2 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 „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.

23. § 270 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Buchstabe a wird Nummer 1 und die Angabe „Satz 1“ wird durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

bbb) Buchstabe b wird Nummer 2 und die Angabe „§ 266 Abs. 7“ wird durch die Wörter „§ 266 Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.

ccc) Buchstabe c wird Nummer 3.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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 gefasst:

„(2) Für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach den Absätzen 1 und 4 erheben die Krankenkassen für jedes Jahr

1. je Versicherten die Versichertentage mit Einschreibung in ein nach § 137g zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm und Angaben über die Teilnahme an den in Absatz 4 Satz 1 genannten Leistungen,
2. nicht versichertenbezogen die Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 und die Verwaltungsausgaben; § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 gilt entsprechend.

Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. August des Folgejahres in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt; § 267 Absatz 3 Satz 2 bis 4 und Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 Nummer 2 bis zum 30. Juni des Folgejahres in maschinenlesbarer Form über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt.“

c) In Absatz 3 Satz 1 und 2 wird die Angabe „§ 41“ jeweils durch die Angabe „§ 18“ und die Angabe „Buchstabe c“ jeweils durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.

d) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Zur Förderung der Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds jährlich eine Pauschale für jeden Versicherten, der an einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, 3, 4 und 15 vorgesehenen Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Absatz 1, 2 und den §§ 25a und 26, Individualprophylaxe nach § 22 Absatz 1, 3 und § 22a Absatz 1 oder Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 teilgenommen hat. Das 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.“

24. § 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.

25. § 271 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2020 225 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“

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

c) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 7“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 1“ ersetzt.

26. § 273 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

„§ 273

Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

(1) Das Bundesversicherungsamt prüft im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach Maßgabe der Absätze 2 bis 7 die Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 auf ihre Rechtmäßigkeit. § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 9 und § 274 bleiben unberührt.

(2) Das Bundesversicherungsamt prüft die Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 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. § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der ab dem … [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] geltenden Fassung bleibt dabei außer Betracht. Das Bundesversicherungsamt teilt eine Feststellung nach Satz 1 der betroffenen Krankenkasse mit. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkasse hat innerhalb von drei Monaten ab Eingang der Mitteilung nach Absatz 3 Satz 3 Tatsachen darzulegen, die die Auffälligkeit begründen. Erfolgt keine ausreichende Darlegung nach Satz 1, ist von einem Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2 auszugehen. Macht die Krankenkasse als Grund für die Auffälligkeit einen tatsächlichen Anstieg der Morbidität ihrer Versicherten geltend, muss sie einen aus den Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 ersichtlichen entsprechenden Anstieg der erbrachten Leistungen darlegen. 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 2.

(5) Das Bundesversicherungsamt kann auch dann eine Einzelfallprüfung durchführen, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse eine rechtswidrige Datenmeldung abgegeben hat. Die Krankenkasse hat dem Bundesversicherungsamt auf dessen Verlangen innerhalb von drei Monaten alle Angaben zu machen, derer es zur Überprüfung des Sachverhaltes bedarf. Legt die Krankenkasse den Sachverhalt nicht ausreichend dar, ist von einem begründeten Verdacht auszugehen. Eine Prüfung der Leistungserbringer, insbesondere im Hinblick auf Diagnosedaten, ist ausgeschlossen. Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend.

(6) Stellt das Bundesversicherungsamt als Ergebnis der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 fest, dass ein Rechtsverstoß der Krankenkasse vorliegt, ermittelt es einen Korrekturbetrag in Höhe des durch die rechtswidrige Datenmeldung erzielten Vorteils bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Absatz 1 Satz 1. § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der ab dem … [ein-setzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] geltenden Fassung bleibt dabei außer Betracht. Das Nähere über die Ermittlung des Korrekturbetrags bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1. Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung.

(7) Das Bundesversicherungsamt führt die Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 5 ab dem Berichtsjahr 2013 durch. Im Rahmen der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, dass die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag nicht innerhalb der Frist gemäß § 71 Absatz 4 Satz 2, § 71 Absatz 4 Satz 3 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung oder § 73b Absatz 9 Satz 2 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung beanstandet hat. Satz 1 gilt nicht für abgeschlossene Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 3 Satz 1 und 2 in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung; für die Ermittlung des Korrekturbetrags gilt Absatz 6.“

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

27. 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 Wörter „nach den §§ 266 und 267“ ersetzt.

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

„§ 293a

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

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

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

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

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

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

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

29. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1b wird folgender Satz angefügt:

„In Fällen der Verträge nach § 73b und § 140a sind als zusätzliche Angabe auch die Vertragsnummern nach § 293a Absatz 1 Satz 4 zu übermitteln; Satz 1 gilt entsprechend.“

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

aa) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

bb) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a, an denen eine Kassenärztliche Vereinigung beteiligt ist, die Angabe der jeweiligen Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „Regelungen“ die Wörter „und die Prüfmaßstäbe nach Satz 3“ eingefügt.

bb) In den Sätzen 5 und 6 werden nach dem Wort „Regelungen“ jeweils die Wörter „und die Prüfmaßstäbe“ eingefügt.

cc) In Satz 6 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „das Zertifizierungsverfahren hat zudem die Einhaltung der ärztlichen Pflicht zur Übermittlung der Vertragsnummer nach Absatz 1b Satz 8 in Verträgen nach § 73b und § 140a zu gewährleisten“ eingefügt.

30. § 302 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 4 wird die Angabe „§ 73 Abs. 8, § 84 und § 305a“ durch die Wörter „§ 73 Absatz 8 und § 84“ ersetzt.

b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Soweit die Daten nach Absatz 1 für die Aufgabenerfüllung nach § 305a erforderlich sind, haben die Rechenzentren den Kassenärztlichen Vereinigungen diese Daten auf Anforderung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. § 300 Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.“

31. In § 303 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „den §§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113,“ durch die Wörter „§ 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und § 113 sowie“ ersetzt und werden die Wörter „sowie zur Vorbereitung und Umsetzung der Beratung der Vertragsärzte nach § 305a“ gestrichen.

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

33. § 305a wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „und die Krankenkassen“ gestrichen.

b) Satz 7 wird aufgehoben.

34. § 318 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 37 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 13 Absatz 2“ ersetzt.

b) Die Sätze 2 und 3 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Satz 1 gilt nur, wenn das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor Durchführung des Jahresausgleichs nach § 18 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.“

35. § 323 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1“ durch die Wörter „bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung“ ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 5 werden die Wörter „§ 30 Absatz 2 Satz 6“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 2 Satz 3“ ersetzt.

36. Die folgenden §§ 327 und 328 werden angefügt:

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

„§ 327

Übergangsregelung zur Änderung der Größe des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Auf den am … [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] bestehenden Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ist § 217c Absatz 1 Satz 1 in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung anwendbar, bis ein neu gewählter Verwaltungsrat zusammentritt.

§ 328

Übergangsregelung für am … [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] bereits geschlossene Krankenkassen

Auf die am … [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] bereits geschlossenen Krankenkassen sind die §§ 155, 171d Absatz 2 in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung anwendbar.“

Artikel 6

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 1d und 1e des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift des Ersten Abschnitts wird wie folgt gefasst:

„Abschnitt 1

Gemeinsame Vorschriften“.

2. § 1 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 3 werden die Wörter „sowie der See-Krankenversicherung“ gestrichen.
   b) Die Absätze 4 und 5 werden aufgehoben.
3. 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 Versicherten zu 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,

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

3. das Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld 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 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) In den Risikogruppen nach Absatz 1 sind nicht enthalten:

1. Versicherte, deren Leistungsansprüche nach § 16 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen,

2. Mitglieder, für deren Beitragsbemessung § 240 Absatz 4b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Angehörigen sowie

3. Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 256a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen.

§ 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 Versicherungszeit nach Satz 1 endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen oder mit dem Ausscheiden des Mitglieds aus der Mitgliedschaft.“

4. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Im 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 werden die Wörter „und Leistungen nach § 22 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

cc) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

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

dd) In Nummer 10 wird nach der Angabe „§ 43“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt und werden die Wörter „eingeschriebene Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3“ durch die Wörter „nach § 15 Absatz 7 eingeschriebene Versicherte“ ersetzt.

ee) In Nummer 11 werden die Wörter „eingeschriebene Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3“ durch die Wörter „nach § 15 Absatz 7 eingeschriebene Versicherte“ ersetzt und wird nach dem Wort „berücksichtigen“ der Punkt und werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkasse bestimmen das Nähere in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird das Wort „Selbsthilfe“ durch das Wort „Gesundheitsförderung“ ersetzt, wird nach der Angabe „§ 37 Abs. 1 Satz 5“ ein Komma und werden die Wörter „Absatz 1a Satz 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 5“ eingefügt, werden die Wörter „für nicht für Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3 erbrachte“ durch die Wörter „für nicht für in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 15 Absatz 7 eingeschriebene Versicherte erbrachte“ ersetzt und wird nach der Angabe „§ 43“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt.

bb) In Nummer 5 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.

cc) Nummer 6 wird aufgehoben.

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 den Sätzen 1 und 2.“

5. Die §§ 5 und 6 werden 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.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

§ 6

Zahlungsverkehr und Verrechnung

(1) Hat das Bundesversicherungsamt aufgrund einer Vorschrift dieser Verordnung einen durch eine Krankenkasse zu leistenden Betrag festgesetzt, verrechnet es diesen mit den nach § 16 Absatz 5 an die Krankenkasse auszuzahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken. Das Bundesversicherungsamt bestimmt den Zeitpunkt der Verrechnung.

(2) Auf Antrag der Krankenkasse kann das Bundesversicherungsamt die Verrechnung nach Absatz 1 auf mehrere Ausgleichsmonate verteilen. Dabei muss der zu leistende Betrag spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Verrechnung vollständig verrechnet sein. Bei der Verteilung nach Satz 1 ist für jeden angefangenen Monat ein Zuschlag in Höhe von 0,5 Prozent des rückständigen Betrages zu zahlen.“

6. Die §§ 7 bis 15a werden aufgehoben.

7. Der Zweite bis Sechste Abschnitt werden wie folgt gefasst:

„Abschnitt 2

Datenmeldungen, Versichertenklassifikationsmodell und Gutachten

§ 7

Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

(1) Unter Berücksichtigung der Vorgabe nach § 266 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich aus § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die folgenden versichertenbezogenen Datenübermittlungen der Krankenkassen für jedes Kalenderjahr (Berichtsjahr):

1. die Versichertentage unter Angabe von Geburtsjahr und Geschlecht,
2. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente,
3. die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren,
4. die Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der vereinbarten Sonderkennzeichen sowie jeweils die Anzahl der Verordnungen,
5. die bei Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 in der Verschlüsselung nach § 301 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
6. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Arztgruppenschlüssel der nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu übermittelnden Arztnummer, die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach § 73b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 4, mit Ausnahme der Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 und 11,
8. die Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland,

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

9. die Anzahl der Versichertentage mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung, differenziert nach § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 53 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
10. die Anzahl der Versichertentage mit Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
11. der amtliche Gemeindeschlüssel des Wohnorts.

Für die zeitliche Zuordnung der Angaben nach Satz 1 Nummer 4 ist das Verordnungsdatum, für die Zuordnung der Angaben nach Satz 1 Nummer 5 der Tag der Entlassung maßgeblich. 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. Satz 3 gilt nicht für die Übermittlung nach § 303b Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bei der Verarbeitung der Daten nach Satz 3 stellen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt sicher, dass Dritte keine Kenntnis erlangen können und die Verarbeitung nur für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie für die Durchführung der Aufgaben nach § 217f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt. Für den Zweck der Datenverarbeitung nach § 217f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermitteln die Krankenkassen zusätzlich anonymisiert je Versicherten die Angaben nach Satz 1 Nummer 7 ohne Berücksichtigung der Beträge nach Satz 3 sowie nicht versichertenbezogen die Beträge nach Satz 3 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der sicherstellt, dass diese ohne Krankenkassenbezug verarbeitet werden.

(2) Für andere Zwecke als die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs dürfen die Daten nach Absatz 1 Satz 1 nur verarbeitet werden, soweit dies für die Durchführung des Risikopools nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Zwecke der Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Prüfung nach § 20 sowie zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 6 erforderlich ist. Die Herstellung des Versichertenbezugs durch die Krankenkassen ist zulässig, soweit dies für die Prüfungen nach § 20 sowie zur Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse nach Absatz 6 erforderlich ist. Für die Zwecke nach Satz 1 sind

1. die Datenmeldungen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die Korrekturmeldungen nach Absatz 4 Satz 2 einschließlich deren Dokumentation und
3. die den Meldungen nach den Nummern 1 und 2 zugrunde liegenden Daten

revisionssicher und nachprüfbar bis zum Ablauf des Kalenderjahres zu speichern oder aufzubewahren, das dem Abschluss der Prüfung des Berichtsjahres nach § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgt. Das Bundesversicherungsamt kann feststellen, dass die weitere Aufbewahrung für die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 oder im Einzelfall für die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach Satz 3 spätestens nach Ablauf des vierten Kalenderjahres zu löschen, das auf den Abschluss der Prüfung des Berichtsjahres nach § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgt.

(3) 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 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. Hierfür ist ein schlüsselabhängiges Verfahren mit jährlichem Schlüsselwechsel zu bestimmen, das sicherstellt, dass einem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit jeweils dasselbe Pseudonym zugeordnet wird und die Daten jedes Versicherten über die Berichtszeiträume hinweg verknüpfbar bleiben. Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung und den erforderlichen Umfang der Daten kann das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bestimmen.

(4) 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 Übermittlung werden korrigiert

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

1. die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 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, 2 und 8 bis 11 bis zum 15. April des zweiten und dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres.

Werden dem Bundesversicherungsamt Daten nicht termingerecht übermittelt oder weisen sie erhebliche Fehler auf, kann das Bundesversicherungsamt die Daten insgesamt oder teilweise zurückweisen; anstelle der zurückgewiesenen Daten kann es die Vorjahresdaten zugrunde legen, hat dabei dann aber die Versichertenentwicklung und die Morbiditätsentwicklung sowie einen angemessenen Sicherheitsabzug zu berücksichtigen. Das Bundesversicherungsamt unterrichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über Art und Umfang der von ihm zurückgewiesenen und stattdessen zugrunde gelegten Daten nach Satz 3.

(5) Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 1 pseudonymisiert und maschinenlesbar an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft die Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und leitet sie anschließend pseudonymisiert und maschinenlesbar 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 § 8 Absatz 4 Satz 1, zu speichern.

(6) Stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, dass zu einem Versichertenpseudonym, zu dem mehr als eine Krankenkasse Daten gemeldet hat, in der Summe mehr Versichertentage übermittelt wurden als das Ausgleichsjahr an Kalendertagen aufweist, oder dass unterschiedliche Angaben zu Geburtsjahr und Geschlecht übermittelt wurden, teilt er den betroffenen Krankenkassen das jeweilige Versichertenpseudonym, die Art des Fehlers sowie die jeweils andere betroffene Krankenkasse mit, um eine Klärung der Versichertenverhältnisse herbeizuführen. Das Nähere über das Verfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

§ 8

Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells

(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. Das nach Satz 1 an die gesetzliche Krankenversicherung angepasste Versichertenklassifikationsmodell ist prospektiv auszugestalten.

(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 Nummer 2 als Honorar eine feste Vergütung vereinbaren, die auch pauschalisiert sein kann.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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 2 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. Regionale Merkmale, die sich auf die Angebotsstruktur beziehen, können dabei nicht ausgewählt werden. Für die Datengrundlage der regionalen Merkmale verwendet es öffentlich zugängliche, aktuelle, amtliche Daten und die Daten nach § 7 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 9 sind in geeigneter Weise bekannt zu geben. Die Datenmeldungen nach § 7 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.

(5) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten, sind gesonderte Risikogruppen nach Alter und Geschlecht zu bilden und Risikozuschläge anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln. Bei Versicherten, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung nach § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder § 53 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt haben, werden die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch eine gesonderte Risikogruppe ersetzt; das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Absatz 4 Satz 1 sind entsprechend anzuwenden. Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das Bundesversicherungsamt innerhalb der nach Satz 2 zu bildenden Risikogruppe weitere Differenzierungen vornehmen. Sofern Versicherte sowohl der Risikogruppe nach Satz 1 als auch der Risikogruppe nach Satz 2 zuzuordnen sind, ist die Risikogruppe nach Satz 1 maßgeblich. Als Leistungsausgaben für die Risikogruppen nach Satz 1 werden die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung gebuchten Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen zu Grunde gelegt; danach sind, entsprechend den Bestimmungen des Kontenrahmens, die Bereiche pauschalierter oder nach dem tatsächlichen Aufwand berechneter Erstattungen an ausländische Versicherungsträger sowie Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt eine weitergehende oder abweichende Bestimmung der Bereiche, die Aufwendungen für Leistungen im Ausland betreffen, treffen.

§ 9

Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich

Die Krankenkassen übermitteln nach Maßgabe des Satzes 2 für den monatlichen Ausgleich nach § 16 Absatz 3 versichertenbezogen die Versicherungszeiten der Versicherten für die Zeiträume

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

1. Januar bis Juni und
2. Januar bis Dezember

(Berichtszeiträume). Die Krankenkassen legen die Versicherungszeiten nach Satz 1 für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 31. August des Berichtsjahres und für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nummer 2 bis zum 28. Februar des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesversicherungsamt über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maschinenlesbar vor. § 7 Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 10

Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

(1) Das Bundesversicherungsamt beauftragt Personen oder Personengruppen, die über besonderen Sachverstand in Bezug auf die Versichertenklassifikation nach § 8 Absatz 4 verfügen, mit der Erstellung von wissenschaftlichen Folgegutachten nach § 269 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) In den Gutachten nach Absatz 1 sollen insbesondere die in den Gutachten nach § 33 Absatz 2 in der am … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung entwickelten Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und zur Deckung der Aufwendungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), auf Basis von Daten aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen überprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden. Die Vorgaben des § 266 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind bei der Überprüfung und Weiterentwicklung der Modelle zu beachten.

(3) Im Folgegutachten nach § 269 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen insbesondere die im Gutachten nach § 33 Absatz 3 in der am … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung enthaltenen Modelle überprüft und weiterentwickelt werden, bei denen die Zuweisungen für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage standardisierter Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzter Krankengeldzahlbeträge ermittelt werden; bei der Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten sind Morbiditätskriterien einzubeziehen. Darüber hinaus ist zu überprüfen, ob und inwieweit die Einbeziehung von weiteren Angaben gemäß § 269 Absatz 3b Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in das Modell umsetzbar ist, ob dies zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Modells führt und ob ergänzend eine Regelung entsprechend § 18 Absatz 1 Satz 3 oder einer alternativen anteiligen Berücksichtigung der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkassen für das Krankengeld nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Zudem ist ein gesondertes Modell zu entwickeln, in dem für jede Krankenkasse die Zuweisungen für die Aufwendungen für das Krankengeld nach § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage der diesbezüglich tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkasse zu ermitteln sind.

(4) Im Folgegutachten nach § 269 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen Modelle zur landesspezifischen Differenzierung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf Grundlage der Erkenntnisse des Gutachtens nach § 33 Absatz 4 in der am … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung geprüft und weiterentwickelt werden. Darüber hinaus ist zu überprüfen, ob und in welcher Form eine ergänzende Regelung entsprechend der Regelung in § 18 Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Außerdem ist unter Beachtung von Absatz 2 Satz 2 zu prüfen, ob und wie alternativ ein Verfahren ausgestaltet werden kann, in dem die Zuweisungen für Auslandsversicherte für jede Krankenkasse auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkasse für diese Versicherten ermittelt werden.

(5) Die Gutachten nach den Absätzen 3 und 4 sind dem Bundesversicherungsamt jeweils bis zum 31. Dezember 2019 zu erstatten.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Abschnitt 3

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

§ 11

Zuweisungen für das Krankengeld

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

§ 12

Ermittlung der Höhe der Grundpauschale

(1) Die Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale bilden die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Ausgaben sind durch die voraussichtliche Summe der Versicherten aller Krankenkassen zu teilen.

(2) Das Bundesversicherungsamt stellt im Voraus die Grundpauschale für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte fest.

(3) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt für das Folgejahr ermittelten Grundpauschale sowie der Werte nach § 266 Absatz 6 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt jährlich bis zum 15. November.

§ 13

Zuweisungen für sonstige Aufgaben

(1) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungskosten. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt:

1. die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen sind zusammenzuzählen, die von Dritten erstatteten Aufwendungen für Verwaltungskosten bleiben außer Betracht;
2. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen;
3. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für alle Krankenkassen zu teilen und mit der Zuweisung nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkasse zu vervielfachen;
4. die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse ergibt sich aus der Summe der nach den Nummern 2 und 3 ermittelten Ergebnisse.

Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach Satz 1 im Jahresausgleich ist bei der Ermittlung nach Satz 2 Nummer 3 zur Summe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils die Summe der Zuweisungen nach § 268 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu addieren.

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung für jedes Ausgleichsjahr im Jahresausgleich auf der

Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt: Die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sind durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung zu vervielfachen. Die so ermittelte Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung ist von den Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 abzuziehen. 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.

(3) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt:

1. die Aufwendungen aller Krankenkassen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, sind zusammenzuzählen, wobei Satzungsleistungen auf Grund von § 2 Absatz 1 Satz 2 und 3 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung, Aufwendungen für Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die zusätzlichen satzungsgemäßen Leistungen aufgrund von § 11 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Betracht bleiben;
2. das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen;
3. das Ergebnis nach Nummer 2 ist mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen.

(4) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen nach § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen sowie der Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen erfolgt jährlich bis zum 15. November.

§ 14

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. Für die Festlegung nach Satz 1 berechnet das Bundesversicherungsamt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr die Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten.

(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 § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet für jede Krankenkasse den Ausgleichsbetrag nach § 268 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich nach § 18. § 18 Absatz 3 Satz 2

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

und 3 und Absatz 5 gilt entsprechend. Das Bundesversicherungsamt teilt den Krankenkassen den nach Satz 1 berechneten 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.

§ 15

Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme

(1) Die Krankenkassen erhalten jährlich aus dem Gesundheitsfonds eine Pauschale für die Teilnahme eines Versicherten an einer der in § 270 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen. Das Bundesversicherungsamt bestimmt die Höhe der Pauschalen jährlich nach Maßgabe der Absätze 2 und 3. Nimmt ein Versicherter in einem Ausgleichsjahr bei einer Krankenkasse mehrere Leistungen nach Satz 1 in Anspruch, erhält die Krankenkasse nur die Pauschale für die Leistung, die der jeweils höheren Stufe nach Absatz 2 zugeordnet ist.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 mit Ausnahme der Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden auf Grundlage der festgelegten Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte in drei Stufen eingeteilt, die zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Die Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet.

(3) Die Höhe der Pauschale für jede Stufe berücksichtigt nach Maßgabe der Sätze 2 und 3 die Durchschnittskosten der in der jeweiligen Stufe enthaltenen Leistungen. Die Pauschale soll Anreize zur Förderung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 setzen, aber nicht die Kosten decken. Sie beträgt höchstens 50 Prozent der Kosten der Leistung mit der geringsten Bewertung der jeweiligen Stufe und steht in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Leistung mit der höchsten Bewertung der jeweiligen Stufe.

(4) Das Bundesversicherungsamt gibt die Stufeneinteilung nach Absatz 2 und die Höhe der Pauschalen bis zum 30. April des jeweiligen Ausgleichsjahres bekannt.

(5) Zur Förderung der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen für jeden Versicherten, der in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben ist. Hebt das Bundesversicherungsamt nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Zulassung eines Programms auf, ist die Zuweisung nach Satz 1 zurückzuzahlen. Schreibt sich ein nach Satz 1 eingeschriebener Versicherter in ein weiteres strukturiertes Behandlungsprogramm ein, erhält die Krankenkasse nur eine Zuweisung nach Satz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt die Höhe der Zuweisung nach Satz 1 und das Nähere zu § 4 Absatz 1 Nummer 11.

(6) Aus § 270 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich die folgenden versichertenbezogenen Datenübermittlungen der Krankenkassen für jedes Berichtsjahr:

1. die Versichertentage mit Einschreibung in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm,
2. die Angabe über die Teilnahme an den in § 270 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Leistungen.

§ 7 Absatz 2 bis 5 gilt entsprechend.

(7) Für den Zweck der Zuweisungen nach Absatz 5 Satz 1 ist ein Versicherter in ein strukturiertes Behandlungsprogramm ab dem Zeitpunkt eingeschrieben, ab dem alle in § 24 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Im Fall der Fortsetzung der Teilnahme an einem Programm nach Maßgabe des § 24 Absatz 3 beginnt der neue zuweisungsrelevante Zeitraum der Einschreibung mit dem Tag der erneuten Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse. Für den Zweck der Zuweisungen nach Absatz 5 Satz 1 endet die Einschreibung eines Versicherten in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm

1. mit dem Tag, an dem die Zulassung des Programms insbesondere durch Aufhebung nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder durch Verzicht auf die Zulassung endet,
2. mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligungserklärung nach § 137f Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch den Versicherten oder
3. mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 24 Absatz 2 Nummer 2 endet.

(8) Soweit die Zuweisungen nach Absatz 5 Satz 1 Anteile zur Deckung berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben oder Verwaltungskosten enthalten, sind diese Anteile aus den standardisierten Leistungsausgaben und den standardisierten sonstigen Ausgaben bei der Ermittlung nach § 12 Absatz 1, § 13 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, § 17 Absatz 3 und § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 zu bereinigen.

§ 16

Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben nach § 266 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit. Die monatlichen Zuweisungen ergeben sich auf der Grundlage der Feststellung nach Satz 1, monatlich angepasst an die Veränderungen der Versichertenzahl. Die Summe der monatlichen Zuweisungen an alle Krankenkassen entspricht einem Zwölftel des Wertes nach § 17 Absatz 2.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet für das jeweilige Ausgleichsjahr für alle Krankenkassen jeweils

1. bis zum 15. April des Ausgleichsjahres,
2. bis zum 15. Oktober des Ausgleichsjahres sowie
3. bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres

die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 neu unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 9 und teilt diese den Krankenkassen mit; im Fall von Nummer 3 ermittelt das Bundesversicherungsamt außerdem auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Daten nach § 18 Absatz 1 Satz 1 und den zu erwartenden Betrag nach § 18 Absatz 2 vorläufig neu. Das Bundesversicherungsamt kann dabei auf Antrag einer Krankenkasse im Einzelfall die vorläufige Höhe ihrer Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen abweichend ermitteln, wenn die nach Absatz 2 ermittelten Zuweisungen erheblich und nachweislich von dem im Jahresausgleich nach § 18 zu erwartenden Ergebnis abweichen. Bei der abweichenden Ermittlung nach Satz 2 kann sich das Bundesversicherungsamt unter Berücksichtigung des § 7 Absatz 4 Satz 3 an Schätzungen orientieren und legt einen angemessenen Sicherheitsabzug zugrunde. Die bis zur Neuberechnung nach den Sätzen 1 und 2 festgesetzten Zuweisungen für das Ausgleichsjahr werden auf der Grundlage der Feststellungen nach den Sätzen 1 und 2 neu ermittelt. Das Nähere zum Verfahren nach den Absätzen 2 und 3 bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(4) Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die Höhe der bisher nach Absatz 2 festgesetzten Zuweisungen, leistet der Gesundheitsfonds den überschießenden Betrag an die Krankenkasse.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Das Bundesversicherungsamt teilt den Krankenkassen die nach Satz 1 oder Satz 2 zu leistenden Beträge und den Zeitpunkt der Zahlung oder Verrechnung mit.

(5) Das Bundesversicherungsamt zahlt die Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren in Teilbeträgen aus, die sich insbesondere an den monatlichen Hauptfälligkeitszeitpunkten der beim Gesundheitsfonds eingehenden Beträge orientieren. Die Zuweisungen für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des diesem Monat folgenden Monats ausgezahlt.

(6) Die dem Bundesversicherungsamt auf Grund der Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.

§ 17

Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse im Voraus für ein Ausgleichsjahr den Betrag, um den die monatlichen Zuweisungen für jede Krankenkasse zu verändern sind. Das Bundesversicherungsamt zieht dazu von dem Zuweisungsvolumen nach Absatz 2 die Ausgaben nach Absatz 3 ab und teilt das Ergebnis durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen und durch die Zahl 12. Das Ergebnis nach Satz 2 wird für jede Krankenkasse mit der Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vorvormonats gemeldet ist, vervielfacht.

(2) Das Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr ergibt sich aus der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte für das Ausgleichsjahr. Diese werden um die für den Aufbau der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Einnahmen, die Ausgaben nach § 8 Absatz 3 Satz 4 und nach § 16 Absatz 6, die Kosten nach § 28q Absatz 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sowie die nach § 137g Absatz 1 Satz 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme entstehenden Vorhaltekosten bereinigt.

(3) Die maßgeblichen Ausgaben ergeben sich aus der Höhe der voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Höhe der voraussichtlichen standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen.

(4) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt für das Folgejahr ermittelten Beträge erfolgt jährlich bis zum 15. November.

§ 18

Jahresausgleich

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr)

1. die risikoadjustierten Zu- und Abschläge und
2. die Werte nach § 13 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie
3. die Werte nach § 13 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2

neu. Die Summe der Risikozuschläge nach § 8 Absatz 5 Satz 1 ist auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 8 Absatz 5 Satz 5 und 6 zu begrenzen. Die Hälfte der Zuweisungen für die Versichertengruppen nach

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 ist für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln. Bei der Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 genannten Risikomerkmale im Jahresausgleich sind nach Maßgabe des § 19 die Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Versichertentage, die den Risikogruppen zugeordnet sind, auszuschließen. Bei der Ermittlung nach Satz 1 Nummer 1 sind die Leistungsausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.

(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 § 17 Absatz 2

1. die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die Höhe der standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und
3. die Höhe der Zuweisungen nach § 270 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Ausgleichsbeträge 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.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der nach den Absätzen 1 und 2 ermittelten Zahlen sowie der Grundpauschalen nach § 12 für jede Krankenkasse die Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch und § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich. Für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, ist eine gemeinsame Berechnung vorzunehmen. Für Krankenkassen, die in dem auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahr miteinander vereinigt worden sind, kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine gemeinsame Berechnung vornehmen.

(4) Das Bundesversicherungsamt gibt die nach den Absätzen 1 und 2 ermittelten Werte in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen die nach den Absätzen 2 und 3 ermittelten Beträge mit. Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, leistet der Gesundheitsfonds den überschießenden Betrag an die Krankenkasse. Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Das Bundesversicherungsamt teilt den Krankenkassen die nach Satz 2 oder Satz 3 zu leistenden Beträge und den Zeitpunkt der Zahlung oder Verrechnung mit.

(5) Der Jahresausgleich ist bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres durchzuführen und im nächsten Jahresausgleich auf Grundlage der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 zu korrigieren. 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. Das Nähere zum Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

§ 19

Ausschluss auffälliger Risikogruppen

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die nach § 18 Absatz 1 Satz 4 auszuschließenden Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch das Verfahren nach den Absätzen 2 bis 5. Es gibt die dem Ausschlussverfahren zugrunde liegenden Werte zum Jahresausgleich bekannt.

(2) Das Bundesversicherungsamt 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 § 18 Absatz 1 Satz 4.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

(3) Es ermittelt die Risikogruppenbesetzung, die sich auf Grundlage der Daten ergibt, die den Festlegungen nach § 8 Absatz 4 Satz 1 für das Ausgleichsjahr des Jahresausgleichs zugrunde lagen.

(4) Auf Grundlage der Risikogruppenbesetzung nach den Absätzen 2 und 3 ermittelt das Bundesversicherungsamt die 10 Prozent der Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Risikogruppenbesetzung, soweit sie das Eineinhalbfache der durchschnittlichen Steigerungsraten der Risikogruppenbesetzung überschreiten. Unberücksichtigt bleiben diejenigen Risikogruppen nach Satz 1, bei denen die absolute Risikogruppenbesetzung im Ausgleichsjahr den Schwellenwert von 0,05 Prozent der durchschnittlichen Versichertenzeiten aller Krankenkassen im Ausgleichsjahr nicht überschreitet.

(5) Das Bundesversicherungsamt schließt von den Risikogruppen nach Absatz 4 diejenigen mit dem größten Zuweisungsvolumen, das sich aus der Risikogruppenbesetzung und den Zu- und Abschlägen nach Absatz 2 ergibt, aus, bis 5 Prozent aller Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des jeweiligen Jahresausgleiches ausgeschlossen wurden. Erfüllen weniger als 5 Prozent der Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Kriterien nach Absatz 4 Satz 1, sind alle nach Absatz 4 ermittelten Risikogruppen auszuschließen.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt bis zum 31. August des auf das Ausgleichsjahr folgenden Kalenderjahres dem Bundesversicherungsamt mit Begründung die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 mit, bei denen ein möglicher überdurchschnittlicher Anstieg der Risikogruppenbesetzung medizinisch oder diagnostisch bedingt ist. Das Bundesversicherungsamt schließt diese Risikogruppen nicht gemäß § 18 Absatz 1 Satz 4 aus.

(7) Das Bundesversicherungsamt kann unter Berücksichtigung einer durch das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Überprüfung der Schwellenwerte nach Absatz 4 durch den wissenschaftlichen Beirat die Schwellenwerte abweichend festlegen.

§ 20

Prüfung der Datenmeldungen

(1) Die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen haben bei den Krankenkassen in ihrem Zuständigkeitsbereich mindestens alle drei Jahre folgende Daten, jeweils bezogen auf eines der drei zuletzt nach § 18 abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre, auf deren Richtigkeit zu prüfen:

1. die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 10 und 11 aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 und die Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1,
2. die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 bis 6 mit Ausnahme des Arztgruppenschlüssels aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 und 9 aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3.

Die Stellen nach Satz 1 haben jährlich die Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 für Versicherte nach § 14 Absatz 2 Satz 1 des jeweiligen Berichtsjahres auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Die Stellen nach Satz 1 legen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt die Prüfabstände nach Satz 1 fest.

(2) Für die Prüfungen nach Absatz 1 legt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Stellen nach Absatz 1 Satz 1 für den jeweiligen Prüfzyklus die Stichprobenmethodik und insbesondere das jeweilige Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs fest und bestimmt das Nähere über die Anforderungen an die Erhebung der Stichproben. Das Bundesversicherungsamt zieht die Stichproben für die jeweilige Prüfung und stellt den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 die Liste der gezogenen Stichproben in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Im Einvernehmen mit den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 legt das Bundesversicherungsamt fest, welche der ihm vorliegenden Daten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 es darüber hinaus für die Stichprobenprüfung den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 für die jeweilige Prüfung zur Verfügung stellt.

(3) Das Bundesversicherungsamt bestimmt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Stellen nach Absatz 1 Satz 1 das Nähere zu Art, Umfang und Aufbereitungsform der Daten

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

und Belege, die die Krankenkassen den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 zu übermitteln haben. Die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 teilen dem Bundesversicherungsamt, der Krankenkasse und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich das Ergebnis ihrer Prüfungen mit. Das Nähere zur Mitteilung der Prüfergebnisse bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Stellen nach Absatz 1 Satz 1.

(4) Für die Richtigkeit der Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 ist zu prüfen, ob die Vorgaben des § 15 Absatz 7 erfüllt sind. Dafür sind die Meldungen des jeweiligen Ausgleichsjahres zu prüfen; zu berücksichtigen sind dabei die den Meldungen zugrunde liegenden Unterlagen des Ausgleichsjahres, des diesem vorangegangenen und des diesem nachfolgenden Kalenderjahres.

(5) Das Bundesversicherungsamt rechnet die bei den Prüfungen nach Absatz 1 jeweils festgestellten fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle auf die der jeweiligen Stichprobe zugrunde liegende Grundgesamtheit hoch. Das Bundesversicherungsamt bestimmt das jeweils anzuwendende Hochrechnungsverfahren im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Hierbei kann es bei den Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 auch bestimmen, dass die Hochrechnung nur erfolgt, wenn die fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle eine bestimmte Quote überschreiten.

(6) Das Bundesversicherungsamt ermittelt auf Grund der jeweiligen Hochrechnung nach Absatz 4 den Korrekturbetrag und macht diesen durch Bescheid geltend. Die Einnahmen nach diesem Absatz fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet.

§ 21

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

(1) Das Bundesversicherungsamt prüft nach § 273 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Datenmeldungen nach § 7 Absatz 4 Satz 2 eines Berichtsjahres.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt den Korrekturbetrag nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, indem es

1. innerhalb von drei Monaten nach Einleitung des Verfahrens zur Ermittlung des Korrekturbetrages feststellt, welche Daten rechtswidrig übermittelt wurden,
2. nach Ablauf dieser Frist durch Vergleich der letzten Datenmeldung der Krankenkasse, für die bislang kein Korrekturbetrag auf Grundlage dieser Vorschrift oder des § 39a in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung ermittelt wurde, mit der rechtswidrigen Datenmeldung die betroffenen Risikomerkmale nach § 2 Absatz 1 feststellt,
3. auf Grundlage der Feststellung nach Nummer 1 oder Nummer 2 den Betrag ermittelt, um den die rechtswidrige Datenmeldung die Zuweisungen nach § 266 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhöht hat.

Für die Ermittlung nach Satz 1 kann das Bundesversicherungsamt von der betroffenen Krankenkasse Auskünfte und Nachweise verlangen. Bei der Ermittlung nach Satz 1 Nummer 2 berücksichtigt das Bundesversicherungsamt die durchschnittliche Entwicklung der prüfgegenständlichen Daten bei allen am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen. Zum Ergebnis nach Satz 1 wird ein Strafzuschlag in Höhe von 25 Prozent addiert. Das Bundesversicherungsamt macht den Korrekturbetrag durch Bescheid geltend.

(3) Die Einnahmen nach dieser Vorschrift fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet. Das Nähere zum Verfahren nach dieser Vorschrift bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

§ 22

Durchführung des Einkommensausgleichs

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Mittel, die die Krankenkassen aus dem Einkommensausgleich nach § 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die vorläufige Höhe der Mittel nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit; § 16 Absatz 2 gilt entsprechend. Die monatlichen Mittel für jede Krankenkasse für den jeweiligen Ausgleichsmonat ergeben sich, indem die voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen mit dem Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht wird. § 16 Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend. Die Mittel für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des auf den Monat der ersten Auszahlung folgenden Monats ausgezahlt.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der aktuellen Mitgliederzahlen aus den jeweils zum Ersten eines Monats erstellten Monatsstatistiken für die zurückliegenden Monate des Ausgleichsjahres zu den in § 16 Absatz 3 Satz 1 genannten Terminen die vorläufige Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 16 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 4 gilt entsprechend.

(4) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das Ausgleichsjahr zu dem in § 18 Absatz 5 Satz 1 genannten Termin die Höhe der Mittel für jede Krankenkasse neu. § 18 Absatz 4 gilt entsprechend.

Abschnitt 4

Aufbringung der Finanzmittel für den Innovationsfonds bei den Krankenkassen

§ 23

Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für die in § 92a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Jahre für jede Krankenkasse für das jeweilige Jahr den von dieser zu tragenden Anteil zur Finanzierung des Innovationsfonds, indem es jeweils den sich aus § 92a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen ergebenden Betrag durch die Summe der nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen teilt und danach das Ergebnis mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse vervielfacht.

(2) Das Bundesversicherungsamt hat für jede Krankenkasse das Ergebnis nach Absatz 1 von den Zuweisungen an die Krankenkasse nach § 266 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das jeweilige Jahr abzusetzen. Die §§ 16 und 18 gelten entsprechend.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Abschnitt 5

Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 24

Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Dauer der Teilnahme

(1) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann nur zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass der Versicherte

1. nur auf Grund einer schriftlichen Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Erstdokumentation nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeschrieben wird,
2. nach § 137f Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in die Teilnahme sowie die damit verbundene Verarbeitung seiner Daten einwilligt und
3. über die Programminhalte, insbesondere auch darüber, dass zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse zur Unterstützung der Betreuung des Versicherten im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet werden können, und dass in den Fällen des § 25 Absatz 2 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, die Aufgabenteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele, die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm und die Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung sowie über seine im Programm aufgeführten Mitwirkungspflichten zur Erreichung der Ziele und darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat, informiert wird und diese Information schriftlich oder elektronisch bestätigt.

(2) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann außerdem nur zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass

1. die Krankenkasse die aktive Teilnahme des Versicherten anhand der Dokumentation nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überprüft,
2. die Teilnahme des Versicherten am Programm endet, wenn
   a) er die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
   b) er innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder
   c) zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a genannten Frist übermittelt worden sind, und
3. die Krankenkasse die am Programm Beteiligten über Beginn und Ende der Teilnahme eines Versicherten am Programm informiert.

(3) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann auch zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass bei einer Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse, die sich über nicht mehr als

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

sechs Monate erstreckt, seine Teilnahme am Programm auf Grund einer Folgedokumentation fortgesetzt werden kann. Während der Unterbrechungszeit gilt Absatz 2 Nummer 2 entsprechend.

§ 25

Anforderungen an das Verfahren der Verarbeitung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten

(1) Voraussetzung für die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms ist, dass

1. im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassende und zu übermittelnde Erst- und Folgedokumentationen vorgesehen sind, die nur die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils aufgeführten Angaben umfassen und nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verarbeitet werden und
2. im Programm vorgesehen ist, dass Zugang zu den an die Krankenkassen nach dieser Vorschrift übermittelten Daten nur Personen haben, die Aufgaben im Rahmen der Betreuung Versicherter in strukturierten Behandlungsprogrammen wahrnehmen und hierfür besonders geschult worden sind.

(2) Soweit die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms mit einer Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart wird, kann das Programm zugelassen werden, wenn

1. in den Verträgen vereinbart worden ist, dass
   a) die an der Durchführung des Programms beteiligten Vertragsärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen die von ihnen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu erhebenden Daten den Krankenkassen und zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums maschinell verwertbar und versicherten- und leistungserbringerbezogen übermitteln,
   b) der Versicherte schriftlich über die nach Buchstabe a übermittelten Daten unterrichtet wird,
   c) die Arbeitsgemeinschaft nach Buchstabe a die ihr übermittelten Daten pseudonymisiert an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Mitglieder dieser Arbeitsgemeinschaft sind, sowie an eine von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete gemeinsame Einrichtung übermittelt, die diese Daten nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung und der Evaluation des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeiten dürfen,
   d) die Pseudonymisierung des Versichertenbezugs in einer für die Zwecke nach Absatz 1 geeigneten Form erfolgt, und
2. im Programm vorgesehen ist, dass diese Vereinbarungen der Durchführung des Programms zu Grunde gelegt werden.

Satz 1 gilt für sonstige Verträge mit Leistungserbringern zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden, entsprechend.

(3) Soweit in den Verträgen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 nicht vorgesehen ist, kann das Programm nur dann zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass die in den Anlagen nach Absatz 1 aufgeführten Daten von den Leistungserbringern zu erheben und der Krankenkasse maschinell verwertbar sowie versicherten- und leistungserbringerbezogen spätestens innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums zu übermitteln sind. Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Leistungsdaten nach dem Zweiten Abschnitt des Zehnten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit erforderlich, und die Daten nach Absatz 1 an die

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

mit der Evaluation beauftragten Sachverständigen gemäß § 137f Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelt werden. Personenbezogene Daten sind vor Übermittlung an die Sachverständigen durch die Krankenkassen zu pseudonymisieren.

§ 26

Berechnung der Kosten für die Bescheidung von Zulassungsanträgen

(1) Die Bescheidung eines Antrags auf Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms umfasst alle Tätigkeiten, die unmittelbar durch die Bearbeitung des Antrags veranlasst sind. Der Berechnung der Gebühren sind die Personalkostensätze des Bundes einschließlich der Sachkostenpauschale zu Grunde zu legen. Die Personalkostensätze sind je Arbeitsstunde anzusetzen. Wird ein Zulassungsantrag vor der Bescheiderteilung zurückgenommen, wird der Gebührenberechnung der bis dahin angefallene Bearbeitungsaufwand zu Grunde gelegt. Auslagen sind den Gebühren in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen.

(2) Vorhaltekosten sind die beim Bundesversicherungsamt anfallenden notwendigen Kosten, die durch Leistungen im Zusammenhang mit der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme veranlasst werden, die aber nicht unmittelbar durch die Bescheiderteilung entstehen. Zur Ermittlung der Vorhaltekosten ist die Summe der für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage des Absatzes 1 ermittelten Personal- und Sachkosten der mit der Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen befassten Mitarbeiter um die für das Ausgleichsjahr für die Bescheiderteilung berechneten Gebühren zu verringern.

Abschnitt 6

Übergangsregelung

§ 27

Übergangsregelung

(1) Nach Maßgabe des § 266 Absatz 11 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 insbesondere, dass

1. die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 bis 45 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht, ein weiteres Risikomerkmal gemäß § 2 Absatz 1 Satz 2 ist,
2. § 31 Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 4 in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung anzuwenden ist,
3. die §§ 14, 15 Absatz 1 bis 4 und Absatz 6 Satz 1 Nummer 2, § 18 Absatz 1 Satz 4 und § 19 nicht anzuwenden sind.

(2) Werden im Rahmen der Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 die Datenmeldungen für die Ausgleichsjahre bis einschließlich 2020 geprüft, sind

1. zusätzlich die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3,
2. nicht die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 und § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2

zu prüfen. Die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 2 ist für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nicht durchzuführen.“

8. Der Siebte bis Neunte Abschnitt werden aufgehoben.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Artikel 7

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Dem § 8 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 14a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, ist im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 ein Zuschlag in Höhe von 0,3 Prozent des Rechnungsbetrags zu berechnen und gesondert auf der Rechnung auszuweisen. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“

Artikel 8

Änderung der SGB V-Übertragungsverordnung

§ 1 der SGB V-Übertragungsverordnung vom 12. Februar 2010 (BGBl. I S. 88) wird wie folgt gefasst:

„§ 1

Die in § 170 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 162 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthaltenen Ermächtigungen werden auf das Bundesversicherungsamt übertragen.“

Artikel 9

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

In § 219 Absatz 2 Satz 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 Artikel 29 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) 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 10

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 Artikel 10c des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Artikel 11

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 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.

(2) Artikel 7 tritt am 31. Dezember 2019 in Kraft.

(3) Artikel 5 Nummer 18 tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Gleiche Wettbewerbsbedingungen sind eine zentrale Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb im Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Risikostrukturausgleich (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 Fehlanreize, die in einem Ausgleichssystem auftreten können, zu vermeiden. Aus diesem Grund ist der Wissenschaftliche Beirat vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Jahr 2016 beziehungsweise 2017 mit zwei Gutachten zur Evaluation der Wirkungen des RSA beziehungsweise 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- beziehungsweise -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 aus dem Jahr 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 Versicherte an einer von 50 bis 80 ausgewählten kostenintensiven chronischen Krankheiten oder Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf leiden. 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.

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 heran-gezogen 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.

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

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, Krankenhausbettenzahl) werden nicht in den Ausgleich einbezogen, um Fehlanreize 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 Risikomerkmal 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.

Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Abschlägen und Rabatten für Arzneimittel 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 Bundesversicherungsamt (BVA) Arzneimittelinformationen künftig zur Differenzierung von Schweregraden nutzen. Über Arzneimittel können bei identischer Diagnose Versicherte mit besonders teuren Arzneimittelkosten beziehungsweise 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-

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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 Früherkennungsmaßnahmen ihrer Versicherten zu fördern. Die Krankenkasse erhält für jeden Versicherten eine Pauschale, sobald eine in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehene ärztliche Leistung der Mutterschaftsvorsorge oder Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung, eine zahnärztliche Leistung der Früherkennungsuntersuchung oder Individualprophylaxe oder eine Schutzimpfung in Anspruch genommen und abgerechnet 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.

- Der Bewertungsausschuss hat im Rahmen der von ihm abzugebenden Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur auch einen Bericht zu erstellen, in dem die Veränderungen der Behandlungsdiagnosen und deren Einfluss auf die Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung dargestellt werden. Dieser Bericht ist dem BMG zusammen mit dem Empfehlungsbeschluss vorzulegen und zusätzlich im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekannt zu machen.

- 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (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.

Vereinfachung der Prüfungen nach § 20 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)

Bei den Prüfungen der Versichertenzeiten und Morbiditätsdaten nach dem bisherigen § 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. Hierbei sind insbesondere auch die Manipulationsresistenz des RSA und die Wirkungen des RSA auf den Wettbewerb der Krankenkassen zu untersuchen. Zusätzlich kann der Beirat auch anlassbezogen mit Einzelfragen durch BMG und BVA beauftragt werden.

Modernisierung des Organisationsrechts der Krankenkassen

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zudem wird das Organisationsrecht der Krankenkassen weiterentwickelt. Kodifizierte Wettbewerbsregeln, ein faires Haftungssystem und mehr Transparenz im Aufsichtshandeln sind wichtige Bausteine für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen.

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.

Der bisherige kassenartenbezogene Haftungsverbund wird abgeschafft und durch ein faires Haftungssystem ersetzt. Im Falle der Schließung, Auflösung oder Insolvenz von Krankenkassen macht zukünftig der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (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. Flankierend wird die Präventionsorientierung des Haftungssystems deutlich gestärkt, indem die Handlungsmöglichkeiten und Instrumente des GKV-Spitzenverbandes zur Vermeidung von Haftungsfällen deutlich erweitert werden.

Der gesetzliche Rahmen zur Zusammenarbeit und zum Erfahrungsaustausch der Aufsichtsbehörden wird konkretisiert und weiterentwickelt. Durch mehr Transparenz und Information der Aufsichtsbehörden untereinander soll ein Beitrag zur Harmonisierung des Aufsichtshandelns geleistet werden.

Weiterentwicklung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes

Beim GKV-Spitzenverband wird ein neues Gremium geschaffen, das sich aus Vorständen der Mitgliedskassen zusammensetzt. Dieser Lenkungs- und Koordinierungsausschuss soll eine organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und der Umsetzung der gesetzlichen Aufträge des GKV-Spitzenverbandes bilden. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss ist im Vorfeld von Entscheidungen im Vorstand des GKV-Spitzenverbandes zu Themen mit Versorgungsrelevanz für die Krankenkassen insbesondere zu Verträgen, Richtlinien und Rahmenvorgaben zu beteiligen und muss diesen grundsätzlich zustimmen. Zur Stärkung der Transparenz zwischen den Mitgliedskassen und dem GKV-Spitzenverband können die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses an Sitzungen von Gremien, denen der Vorstand angehört, sowie auch an nicht-öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilnehmen. Damit wird die fachliche Expertise der operativen Ebene bei versorgungsrelevanten Themen in den Entscheidungsprozess des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes eingebracht.

Darüber hinaus sind Regelungen zur Stärkung einer angemessenen Repräsentanz von Frauen in allen Gremien des GKV-Spitzenverbandes vorgesehen.

Rechnungszuschlag für Krankenhäuser

Zudem wird ein Rechnungszuschlag nach § 8 Absatz 11 des Krankenhausentgeltgesetzes für im Jahr 2020 im Krankenhaus aufgenommene Patientinnen oder Patienten eingeführt.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

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

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes. Danach kann der Bund Regelungen zur wirtschaftlichen

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Sicherung der Krankenhäuser erlassen. Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Folglich ist es erforderlich, Änderungen in diesem System zur Wahrung der Rechtseinheit einheitlich vorzunehmen (Artikel 72 Absatz 2 Grundgesetz). Die Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben, mit dem Ziel, einheitliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

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 zum Teil 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

Bund, Länder und Gemeinden

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.

Im Bereich der Beihilfe ergeben sich für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden im Jahr 2020 aus dem von Krankenhäusern nach § 8 Absatz 11 Krankenhausentgeltgesetz zu erhebenden Rechnungszuschlag einmalige Mehrausgaben in Höhe von rund 8 Millionen Euro für das Jahr 2020. Davon entfallen auf den Bund knapp 2 Millionen Euro, auf die Länder zwischen 5 und 6 Millionen Euro und auf die Gemeinden knapp eine Million Euro.

Die Mehrausgaben des Bundes werden im Rahmen der bestehenden Ansätze in den jeweiligen Einzelplänen aufgefangen.

Gesetzliche Krankenversicherung

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.

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

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

4. Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Verwaltung

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 sowie für die Einführung der Vertragstransparenzstelle ein einmalig erhöhter Verwaltungsaufwand im Umfang von drei befristeten Stellen (jeweils eineinhalb Stellen höherer bzw. gehobener Dienst). Legt man entsprechend dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung von Destatis ein Gehalt von 65,4 beziehungsweise 43,4 Euro pro Stunde, eine Wochenarbeitszeit von 41 Stunden und eine Jahresarbeitszeit von 200 Tagen zugrunde, entspricht dies einmalig rund 270 000 Euro.

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 kompensiert wird. Die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen führt zu geringfügigen Einsparungen. Für die Umsetzung der Regionalkomponente, des Risikopools, der Manipulationsbremse, der Vorsorgepauschale, für die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten sowie für die Begleitung der regelmäßigen Evaluation des RSA fällt dauerhaft personeller Mehrbedarf in Höhe von fünf Stellen an (4 höherer Dienst, 1 gehobener Dienst, rund 500 000 Euro pro Jahr). Die Stärkung der Prüfung nach § 273 SGB V zur Sicherung der Datengrundlage für den RSA führt zu einem Personalmehrbedarf für das BVA in Höhe von vier Stellen (zwei höherer Dienst, zwei gehobener Dienst, 360 000 Euro pro Jahr).

Im Bereich der Prüfung nach § 20 RSAV führen die neue Prüfung des Risikopools und die Erweiterung der Prüfgegenstände (Vorsorgepauschale und Regionalkennzeichen) zu einem Personalmehrbedarf von fünf Stellen im gehobenen Dienst (360 000 Euro pro Jahr) für den Prüfdienst des Bundes. Dabei ist die Einsparung von Prüfkapazitäten, die sich durch den von zwei auf drei Jahre verlängerten Prüfturnus jährlich ergibt, berücksichtigt.

Der Stellenmehrbedarf beim BVA sowie beim Prüfdienst des Bundes wird durch den Gesundheitsfonds refinanziert.

Weiterentwicklung des Organisationsrechts

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 die Errichtung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses entsteht dem GKV-Spitzenverband einmaliger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Durch die im Rahmen des Erfahrungs- und Meinungsaustausches der Aufsichtsbehörden vorgesehenen Informationspflichten entsteht den Aufsichtsbehörden ein geringer nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

5. Weitere Kosten

Den privaten Krankenversicherungen entstehen aus dem im Jahr 2020 von Krankenhäusern nach § 8 Absatz 11 Krankenhausentgeltgesetz zu erhebenden Rechnungszuschlag einmalige Mehrausgaben im Jahr 2020 in Höhe von rund 17 Millionen Euro.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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 Änderungen in § 29 werden Regelungen zur sachlichen und örtlichen Zuständigkeit für gerichtliche Streitigkeiten zwischen Krankenkassen auf der Grundlage des neuen § 4a Absatz 7 SGB V getroffen.

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Änderungsbefehl b).

Zu Buchstabe b

Die neu geregelten Unterlassungsansprüche der Krankenkassen untereinander wegen wettbewerbswidrigen Verhaltens nach § 4a Absatz 7 SGB V fallen – wie bisher die Ansprüche nach § 4 Absatz 3 Satz 2 SGB V – in die Rechtswegzuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit, da es sich um öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne des § 51 Absatz 1 Nummer 2 handelt. Durch die Einfügung des § 29 Absatz 2 Nummer 5 sollen diese Streitigkeiten abweichend von § 8 den Landessozialgerichten zugewiesen werden. So wird ein Gleichklang zu aufsichtsrechtlichen Streitigkeiten hergestellt. Angesichts der inhaltlichen Erweiterung der Unterlassungsansprüche, die sich nunmehr auf alle unzulässigen Maßnahmen beziehen, die geeignet sind, Wettbewerbsinteressen zu beeinträchtigen, kann davon ausgegangen werden, dass künftig vermehrt Krankenkassen untereinander Rechtsverstöße geltend machen, die bislang lediglich aufsichtsrechtlich verfolgt wurden.

Zu Nummer 2

Die besondere Zuständigkeitskonzentration nach § 29 Absatz 3 Nummer 1 im Bereich des RSA, die sich bisher nur auf Streitigkeiten zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden und dem Bundesversicherungsamt bezieht, wird erweitert auf entsprechende Streitigkeiten der Krankenkassen untereinander nach dem neuen § 4a Absatz 7 SGB V. Der Durchführung des RSA kommt aufgrund ihrer Finanzwirkung eine hohe Wettbewerbsrelevanz zu, so dass hier bei Rechtsverstößen mit der Geltendmachung von Beseitigungs- und Unterlassungsansprüchen konkurrierender Krankenkassen zu rechnen ist. Streitigkeiten zu diesem Thema sollten mit Blick auf die besondere Komplexität der Materie und das Bedürfnis nach Einheitlichkeit der Rechtsprechung weiterhin ausschließlich bei dem hierauf spezialisierten Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen ausgetragen werden.

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

Zu Nummer 1

Die landwirtschaftliche Krankenkasse steht nicht im Wettbewerb zu anderen Krankenkassen, da ihr Mitglieder kraft Gesetzes zugeordnet sind und kein Wahlrecht besteht. Sie hat daher keine Veranlassung, um Mitglieder zu

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

werben, sondern allenfalls für einzelne Produkte (zum Beispiel für die Teilnahme an Selektivverträgen). Dementsprechend sollen die allgemein für Krankenkassen geltenden Wettbewerbsregelungen des neuen § 4a SGB V auf die landwirtschaftliche Krankenkasse nur eingeschränkt Anwendung finden. Für sie gilt lediglich das allgemeine Verbot unlauterer geschäftlicher Handlungen (Absatz 2) sowie die Verordnung über Werbemaßnahmen, soweit sie die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge betrifft (Absatz 4 Nummer 5).

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des SGB V.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Neufassung des Dritten Titels des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des 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

Durch die Änderungen und Ergänzungen des § 90 wird der gesetzliche Rahmen zur Zusammenarbeit und zum Erfahrungsaustausch der Aufsichtsbehörden weiterentwickelt. Durch mehr Transparenz und Information der Aufsichtsbehörden untereinander soll ein Beitrag zur Harmonisierung des Aufsichtshandelns geleistet werden.

Die geltende Regelung in Absatz 4 zu regelmäßigen Treffen der Aufsichtsbehörden wird konkretisiert. In Satz 1 wird ausdrücklich die Häufigkeit der Treffen vorgegeben, die sich an die bereits gelebte Praxis der Aufsichtsbehördentagung anlehnt. Danach sollen die Aufsichtsbehörden mindestens zweimal jährlich zu einem Austausch zusammengekommen. Zudem wird als Inhalt der Treffen neben dem Erfahrungs- auch der Meinungsaustausch festgehalten, um deutlich zu machen, dass hier nicht lediglich über vergangene Erfahrungen berichtet, sondern auch prospektiv ein Austausch und eine Verständigung zur Beantwortung bestimmter Rechtsfragen zur aufsichtsrechtlichen Handhabung bestimmter Verhaltensweisen der Träger gesucht wird.

Satz 2 regelt eine regelmäßige Unterrichtungspflicht der Aufsichtsbehörden über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie über die von ihnen genehmigten leistungsbezogenen Satzungsregelungen der Krankenkassen. Unter aufsichtsrechtlichen Maßnahmen ist jedenfalls der Einsatz förmlicher Aufsichtsmittel wie der Beratung und Verpflichtung nach § 89 Absatz 1 Satz 1 und 2 oder der Anordnung nach § 71 Absatz 6 Satz 1 SGB V zu verstehen. Wegen der hohen Wettbewerbsrelevanz soll auch über die genehmigten leistungsbezogenen Satzungsregelungen von Krankenkassen berichtet werden. Dies betrifft sämtliche Versorgungsleistungen aufgrund von Satzungsregelungen, insbesondere solche nach § 11 Absatz 6 SGB V ebenso wie Wahltarife (§ 53 SGB V), Bonusprogramme (§ 65a SGB V), Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (§ 20i Absatz 2 SGB V) oder Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung (§ 27b Absatz 6 SGB V). So wird mehr Transparenz über das von den Aufsichtsbehörden genehmigte Leistungs- und Versorgungsangebot der Krankenkassen hergestellt.

Satz 3 entspricht inhaltlich dem bisherigen Satz 2.

Der neue Absatz 5 trifft Regelungen zum Zustandekommen gemeinsamer Beschlüsse der Aufsichtsbehörden. Nach der bisherigen Praxis der Aufsichtsbehörden gilt für gemeinsame Beschlüsse das Einstimmigkeitsprinzip. Dies führt dazu, dass bei Tagesordnungspunkten, zu denen z.B. unterschiedliche Rechtsauffassungen vertreten werden, aber dennoch eine weitgehende Übereinstimmung der Aufsichtsbehörden vorherrscht, kein inhaltlicher Beschluss gefasst werden kann, der die überwiegende Auffassung deutlich macht. In solchen Fällen wird im Ergebnis nur ein „Erfahrungs- und Meinungsaustausch“ festgehalten.

Satz 2 sieht daher vor, dass Beschlüsse, die ausschließlich den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung betreffen künftig mit einer Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen gefasst werden. Da auf die abgegebenen Stimmen abgestellt wird, finden nur Ja- und Nein-Stimmen Berücksichtigung; Enthaltungen zählen nicht. Für die Themen der übrigen Sozialversicherungsträger, für die es

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

keine unterschiedlichen Aufsichtskompetenzen gibt, sowie für Beschlüsse über trägerübergreifende Themen bleibt es bei dem Einstimmigkeitsprinzip.

Die Stimmenverteilung regeln die Sätze 3 und 4. Die Länder verfügen in Abhängigkeit von ihrer Einwohnerzahl über drei bis sechs Stimmen; die Regelung ist angelehnt an Artikel 51 Absatz 2 des Grundgesetzes. Das Bundesversicherungsamt erhält mit Blick auf das erhebliche Gewicht der von ihm beaufsichtigten bundesunmittelbaren Krankenkassen (69 Prozent der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung) zwanzig Stimmen. Das BMG als einzige aufsichtsführende Behörde unter den an der Aufsichtsbehördentagung teilnehmenden Bundesministerien erhält sechs Stimmen. Aufsichtsbehörden, die von einem Beschlussgegenstand nicht berührt sind, können sich der Stimme enthaltenen.

Durch die vorgegebene Stimmenverteilung ist sichergestellt, dass weder die Bundesseite Beschlüsse erwirken kann, die von einem überwiegenden Teil der Länder abgelehnt werden noch dass die Länder Beschlüsse herbeiführen können, die von der Bundesseite nicht mitgetragen werden. Länder mit mehr als sieben Millionen Einwohnern erhalten zudem eine Sperrminorität, wenn mindestens drei jeweils entsprechend einwohnerstarke Länder gegen den Beschluss gestimmt haben (Satz 5). Beschlüsse kommen damit mit der erforderlichen Mehrheit nur dann zustande, wenn sie vom Bund und einem nicht unbedeutenden Teil der Länder, also in einem breiten Konsens, getragen werden.

Satz 6 regelt darüber hinaus eine Unterrichtungspflicht, wenn eine Aufsichtsbehörde sich entscheidet, nicht entsprechend dem mehrheitlich beschlossenen Vorgehen zu handeln. Dies gibt den Aufsichtsbehörden die Möglichkeit die Gründe zu hinterfragen, um auch in solchen Fällen möglichst einheitliche Aufsichtsmaßstäbe zu entwickeln. Durch diesen Austausch wird zudem das gegenseitige Verständnis für das Verhalten der Aufsichtsbehörden gestärkt.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Anpassungen in den neuen §§ 144 und 145 SGB V und in § 173 Absatz 2 SGB V.

Zu Artikel 4 (Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Neufassung des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des SGB V.

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Soweit Änderungen des SGB V im Vergleich zu dem nach der Verordnung (EU) 2016/679 unmittelbar geltenden datenschutzrechtlichen Standard zusätzliche Bedingungen oder Einschränkungen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten oder von genetischen Daten vorsehen, sind diese von der Öffnungsklausel des Artikel 9 Absatz 4 der Verordnung (EU) 2016/679 gedeckt.

Der Begriff der Gesundheitsdaten ist nach Erwägungsgrund 35 weit zu verstehen. So gehören auch Informationen über die natürliche Person zu den Gesundheitsdaten, die im Zuge der Anmeldung für sowie der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L88 vom 4.4.2011, S. 45) für die natürliche Person erhoben werden, oder auch Nummern, Symbole oder Kennzeichen, die einer natürlichen Person zugeteilt wurden, um diese natürliche Person für gesundheitliche Zwecke eindeutig zu identifizieren. Die vom Leistungserbringer und vom Leistungsträger im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung verarbeiteten personenbezogenen Daten unterfallen damit insgesamt der Öffnungsklausel des Artikel 9 Absatz 4 der Verordnung (EU) 2016/679.

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.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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 des Zehnten Buches – SGB X, § 15 Absatz 3 des Ersten Buches – SGB I) und den Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflichten nach den §§ 13 bis 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 Verwaltungsbinnenrecht 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 des Vierten Buches – 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

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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

Absatz 2 stellt klar, dass unlautere geschäftliche Handlungen von Krankenkassen unzulässig sind. Der Begriff der Unlauterkeit verweist auf die Maßstäbe des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG). 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 UWG ausgegangen ist (siehe die Begründung zu § 4 Absatz 3 Satz 2 SGB V im Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Achten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, BT-Drs. 17/9852, S. 36 f.). Dennoch ist es sachgerecht, geschäftliche Handlungen der Krankenkassen im Sinne eines Mindeststandards an den dort aufgestellten Verhaltensregeln zu messen. Die besonderen öffentlich-rechtlichen Bindungen der Krankenkassen bleiben hiervon unberührt und können die Verbote des UWG überlagern oder verdrängen.

Der Rückgriff auf die Verhaltensmaßstäbe des UWG ist unionsrechtlich geboten, soweit dies 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 und zur Änderung der Richtlinie 84/450/EWG des Rates, der Richtlinien 97/7/EG, 98/27/EG und 2002/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates sowie der Verordnung (EG) Nr. 2006/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L 149 vom 11.6.2004, S. 22; L 253 vom 25. September 2009, S. 18) 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“ beziehungsweise „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- beziehungsweise Versichertenbezug gilt. Auch außerhalb des Anwendungsbereichs der Richtlinie dürfen Krankenkassen jedoch wie bisher nicht auf Geschäftspraktiken zurückgreifen, die im Privatrechtsverkehr als unlauter verboten sind. Deshalb ist grundsätzlich die Einhaltung sämtlicher Verhaltensmaßstäbe des UWG durch Krankenkassen angezeigt, unter Vorbehalt abweichender Sonderregeln aus dem Bereich des SGB.

Die Unlauterkeit einer geschäftlichen Handlung kann sich demnach sowohl aus den allgemeinen Verboten nach § 3 Absatz 1 und 2 UWG als auch aus den besonderen Verboten ohne Wertungsmöglichkeit im Anhang zu § 3 Absatz 3 UWG ergeben. Untersagt ist insbesondere die Herabsetzung oder Verunglimpfung anderer Krankenkassen, die Behauptung betriebsschädigender Tatsachen oder die gezielte Behinderung der Mitbewerber (§ 4 UWG). Weitere Verbote betreffen aggressive oder irreführende geschäftliche Handlungen (§§ 4a, 5, 5a UWG). Die Regeln des § 6 UWG setzen vergleichender Werbung Grenzen. Durch § 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).

Als „geschäftliche Handlung“ ist nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 UWG jedes Verhalten einer Person zugunsten des eigenen oder eines fremden Unternehmens vor, bei oder nach einem Geschäftsabschluss zu verstehen, das mit der Förderung des Absatzes oder des Bezugs von Waren oder Dienstleistungen oder mit dem Abschluss oder der Durchführung eines Vertrags über Waren oder Dienstleistungen objektiv zusammenhängt. Als „Geschäftsabschluss“ kann bei Krankenkassen 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

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

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 Verhaltensmaßstäben des UWG. 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 bis 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 BMG, 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 Verhaltensmaßstäbe 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 Drit-

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

ter 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 aktuell noch geltende § 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 von Leistungen, die den Vorgaben des SGB V widersprechen, 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 eine Verfahrenserleichterung wie die des § 12 Absatz 2 UWG zugutekommen lässt.

Aus diesen Gründen erweitert der neue § 4a Absatz 7 Satz 1 den bestehenden Unterlassungsanspruch auf sämtliche unzulässige 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 geltende 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 zwei Ortskrankenkassen oder zwei nicht geöffnete Betriebskrankenkassen), 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 Versor-

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

gungsqualität 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 Vorgaben des SGB V widersprechen, 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 beziehungsweise Liquidität zur Vermeidung von Beitragssteigerungen genutzt wird, während sich ein Wertverlust beziehungsweise 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.

Sofern sich der Beseitigungsanspruch auf von der Krankenkasse (mit) gesetzte Rechtsnormen wie etwa Satzungsbestimmungen oder Normativverträge bezieht, ist zu beachten, dass eine stattgebende Gerichtsentscheidung die Rechtswirksamkeit solcher Normen zunächst unberührt lässt. Zur Erfüllung des Anspruchs sind vielmehr die einschlägigen gesetzlichen Verfahrensregeln einzuhalten. So bedarf es zur Beseitigung unzulässiger wettbewerbswidriger Satzungsregelungen einer förmlichen Satzungsänderung, die vom Verwaltungsrat der Krankenkasse gemäß § 197 Absatz 1 Nummer 1 SGB V beschlossen und von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden muss. Die Beseitigung unzulässiger Vereinbarungen in Gesamt- oder Selektivverträgen ist durch Änderung oder Kündigung des entsprechenden Vertrages umzusetzen.

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 Sätze 2 bis 8 enthalten Verfahrensregeln zur Durchsetzung des neugefassten Unterlassungsanspruchs in Anlehnung an § 12 Absatz 1 bis 3 UWG. Dies entspricht der bisherigen Regelung des § 4 Absatz 3 Satz 2 zweiter Halbsatz. Anstelle der Anordnung der entsprechenden Geltung der UWG-Vorschriften werden die anwendbaren Regeln im Sinne einer besseren Lesbarkeit des Gesetzes nun ausdrücklich ausgeführt und an die sozialprozessualen Bestimmungen angepasst.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu Nummer 3

Zu § 4b

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

Zu Nummer 4

Zu § 71

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Mit dem neu angefügten Satz wird geregelt, dass Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung von Vergütungsvereinbarungen keine aufschiebende Wirkung haben. Eine aufsichtsrechtliche Beanstandung stellt ein Wirksamkeitshindernis für die jeweils beanstandete Vereinbarung dar und hindert somit deren Rechtswirkung (Suspensiveffekt). Dies folgt bereits aus dem Sinn und Zweck des präventiven Aufsichtsrechts gegenüber den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen gemäß § 57 Absatz 1 und 2, §§ 83 und 85. Würde man bei einer Klageerhebung gegen eine Beanstandung von einer aufschiebenden Wirkung hinsichtlich des Verwaltungsaktes ausgehen und eine „vorläufige Wirksamkeit“ der eigentlich suspendierten Vereinbarung annehmen, würde das Aufsichtsmittel der Beanstandung insgesamt seine Wirkung verlieren. Der Sinn und Zweck des Aufsichtsmittels „Beanstandung“, nämlich das Inkrafttreten einer als rechtswidrig beanstandeten Vereinbarung zu verhindern, würde entfallen.

Zu Nummer 5

Zu § 73b

Durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (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 Vereinbarungen, 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 Vereinbarungen, die insoweit innerhalb von 6 Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes anzupassen sind. Durch die Übergangsfrist wird dem Vertrauen der Parteien in die Wirksamkeit solcher Vergütungsvereinbarungen, die nach bisherigem Recht zulässig waren, Rechnung getragen. Bis zur Anpassung der Vereinbarungen bzw. höchstens bis zum Ablauf der 6-Monats-Frist dürfen diese weiter vollzogen werden.

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,

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

die diesen Krankheitsbegriff auch erfüllen, dabei unberücksichtigt lassen. Weiterhin zulässig sind jedoch spezifische Module von Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung, bei denen die Teilnahme der Versicherten von bestimmten Krankheiten oder Krankheitsausprägungen abhängig gemacht wird (sogenannte Einschlusskriterien). Dies bedeutet, dass es zulässig ist, bei der Definition der Einschlusskriterien an eine bestimmte ICD-10 Diagnose anzuknüpfen. Ausgeschlossen ist jedoch eine Vielzahl an Einzel-Modulen, die das Verbot der Diagnose-Listen umgehen soll.

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 und Absatz 1b Satz 1.

Zu Nummer 6

Zu § 77

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

Zu Nummer 7

Zu § 83

In Verbindung mit den Regelungen in §§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 140a Absatz 2 Satz 7 wird auch diese Regelung neu gefasst. 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 Vereinbarungen, die insoweit innerhalb von 6 Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes anzupassen sind. Durch die Übergangsfrist wird dem Vertrauen der Parteien in die Wirksamkeit solcher Vergütungsvereinbarungen, die nach bisherigem Recht zulässig waren, Rechnung getragen. Bis zur Anpassung der Vereinbarungen bzw. höchstens bis zum Ablauf der 6-Monats-Frist dürfen diese weiter vollzogen werden.

Zu Nummer 8

Zu § 87a

Zu Buchstabe a

Die bislang mit der im Terminservice- und Versorgungsgesetz vorgesehenen Einführung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung der Diagnosen und Prozeduren nach § 295 Absatz 4 vorgenommene Befristung der Verpflichtung zur Bereinigung von Kodiereffekten durch den Bewertungsausschuss auf Bundesebene wird aufgehoben. Die Bereinigung von Kodiereffekten soll zukünftig auch nach Ablauf des bisherigen Befristungszeitraums dauerhaft erfolgen. Eine solche Bereinigung von Kodiereffekten kommt zum Beispiel aufgrund der jährlichen Aktualisierung der verbindlichen Regelungen und aufgrund einer in Zukunft erfolgenden Umstellung auf ICD-11 in Betracht.

Zu Buchstabe b

Diese Regelung verfolgt das Ziel, mehr Transparenz über die Entwicklung der jährlichen Veränderungen der Behandlungsdiagnosen herzustellen und nachvollziehbar zu machen, auf welcher Datengrundlage die Empfehlung nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 erfolgt. Der Bewertungsausschuss wird daher verpflichtet, einen Bericht zu erstellen, in dem die Veränderungen der Behandlungsdiagnosen für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung dargestellt werden. Der Bericht soll alle Behandlungsdiagnosen umfassen, die in das geltende Klassifikationsmodell einfließen, und ihre Veränderungen in geeigneter Art und Weise darstellen (zum Beispiel indem Diagnosen gestaffelt nach Veränderungsraten abgebildet werden (zum Beispiel Behandlungsdiagnosen, die um maximal 5 Prozent, um maximal 10 Prozent usw. gestiegen sind)). In dem Bericht ist zudem der Einfluss der jeweiligen Behandlungsdiagnose auf die jeweilige diagnosebezogene Veränderungsrate zu beschreiben. Dieser Bericht ist dem BMG zusammen mit der Empfehlung und den übrigen Beratungsunterlagen, die der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 6 Satz 1, zweiter Halbsatz zu übermitteln hat, vorzulegen.

Damit auch die Fachöffentlichkeit über die Datengrundlage, die den Vereinbarungen über die Anpassung des Behandlungsbedarfs, insbesondere den Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten, zugrunde liegt, informiert ist, wird gesetzlich vorgegeben, dass der Bericht entsprechend der geltenden Regelung in § 87 Absatz 6

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Satz 10 zusammen mit der Beschlussfassung und den entscheidungserheblichen Gründen im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekannt zu machen ist.

Zu Nummer 9

Zu § 92a

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

Zu Nummer 10

Zu § 137g

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 11

Zu § 140a

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 Vereinbarungen, 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 Vereinbarungen sowie auf Vereinbarungen in sogenannten Altverträgen nach den früheren §§ 73a, 73c und 140a a.F., die nach § 140a Absatz 1 Satz 3 fortgelten. Die Vereinbarungen sind innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes anzupassen. Durch die Übergangsfrist wird dem Vertrauen der Parteien in die Wirksamkeit solcher Vergütungsvereinbarungen, die nach bisherigem Recht zulässig waren, Rechnung getragen. Bis zur Anpassung der Vereinbarungen bzw. höchstens bis zum Ablauf der 6-Monats-Frist dürfen diese weiter vollzogen werden.

Ebenso weiterhin möglich sind Verträge nach § 140a, in denen die Vertragspartner die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung durch die Benennung von bestimmten Krankheiten und Krankheitsausprägungen definieren (sogenannte Einschlusskriterien). In solchen Verträgen ist es zulässig, bei der Definition der Einschlusskriterien an eine bestimmte ICD-10 Diagnose anzuknüpfen. Dies betrifft insbesondere Verträge, die zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f geschlossen wurden, sowie Verträge, die Grundlage für durch den Innovationsfonds geförderten neuen Versorgungsformen nach § 92a Absatz 1 sind, die jeweils weiterhin in der bisherigen Form zulässig bleiben. Letztere werden insbesondere auf der Grundlage von § 140a durchgeführt. Zu den in diesen Verträgen definierten Einschlusskriterien für Versicherte, für die im Rahmen der neuen Versorgungsform vorgesehene ärztliche Leistungen erbracht

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

werden, gehört in der Regel eine bestimmte ICD-10 Diagnose. 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 und Absatz 1b Satz 1.

Zu Nummer 12

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 dargestellt. 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 dem bisherigen § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält. Solche Innungskrankenkassen bestehen nicht mehr, bestehende Satzungsregelungen können 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 weitgehend die derzeit geltende Rechtslage – 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 und ergänzt die Handlungsmöglichkeiten und Instrumente des GKV-Spitzenverbandes zur Vermeidung von Haftungsfällen vor dem Hintergrund der Aufhebung von § 265b.

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

§ 143 wird als Teil der Neufassung des Ersten Titels mit den §§ 143 bis 148 unverändert übernommen.

Zu § 144

Der neue § 144 definiert als Teil der Neustrukturierung des Organisationsrechts der Krankenkassen den Begriff der Betriebskrankenkassen. Zudem werden aus systematischen Gründen in Absatz 2 und 3 Regelungen zum Organisations- und Satzungsrecht vorgesehen, die sich bislang in § 173 Absatz 2 Satz 2 bis 5 finden.

Der neue Absatz 2 Satz 1 übernimmt die bislang in § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 geregelte Möglichkeit für Betriebskrankenkassen, sich durch Satzungsregelung für betriebsfremde Versicherte zu öffnen. Zugangsbeschränkungen oder –bedingungen sind nach dem neuen Satz 2, der dem bisherigen § 173 Absatz 2 Satz 2 dritter Teilsatz

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

entspricht, unzulässig. Die Satzungsregelung kann zudem, entsprechend der Vorgabe des bisherigen § 173 Absatz 2 Satz 3, nicht widerrufen werden. Der neue Satz 3 entspricht dem bisherigen § 173 Absatz 2 Satz 5 und verhindert die Öffnung von Betriebskrankenkassen privater Kranken- oder Lebensversicherungsunternehmen, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden. In Verbindung mit dem neuen § 155 Absatz 4 bleibt es dabei, dass die Entscheidung zur Öffnung durch eine Betriebskrankenkasse nicht rückgängig gemacht werden kann.

Die Vorgabe des neuen Absatzes 3 entspricht der Vorgabe des bisherigen § 173 Absatz 2 Satz 2 erster Teilsatz zum Zuständigkeitsbereich von geöffneten Betriebskrankenkassen.

Zu § 145

Der neue § 145 definiert den Begriff der Innungskrankenkassen. Durch den Verweis auf § 144 Absatz 3 wird die Vorgabe des bisherigen § 173 Absatz 2 Satz 2 erster Teilsatz zum Zuständigkeitsbereich auch für Innungskrankenkassen übernommen.

Da sich alle Innungskrankenkassen bereits für alle Versicherten geöffnet haben und die Neuerrichtung von Innungskrankenkassen nicht mehr vorgesehen ist, wird im neuen Absatz 2 auf die bisherige Rechtsgrundlage für die Öffnung durch Satzungsregelung in § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Bezug genommen. Zudem wird die Regelung des bisherigen § 173 Absatz 2 Satz 2 dritter Teilsatz und Satz 3 übernommen, wonach eine Satzungsregelung zur Öffnung einer Innungskrankenkasse das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen darf und nicht widerrufen werden kann.

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 im Wesentlichen dem bisherigen § 147. Durch die Anpassung in Absatz 2 Satz 3 und die Aufhebung von Absatz 3 wurden gegenstandslose Regelungen bereinigt. Zudem wurden sprachliche Anpassungen unter anderem in Absatz 1 Nummer 2 und Absatz 3 Satz 1 vorgenommen. Die gesonderte Nennung des Dienstbetriebes in Absatz 2 Satz 2 wurde gestrichen, da sie aufgrund der Vorgabe des neuen § 154 nicht erforderlich ist. Zudem wird entsprechend der Regelung in § 613a Absatz 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches anstelle der Zustimmung die Widerspruchsmöglichkeit der Arbeitnehmer gegen den Übergang des Arbeitsverhältnisses vorgesehen.

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 ist 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

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Hintergrund, dass die Beschäftigten bei Errichtung einer Betriebskrankenkasse durch ihren Arbeitgeber finanziell nicht betroffen sind, und insbesondere 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. Sie wird lediglich sprachlich angepasst, da nicht die Betriebskrankenkasse, sondern ihre Zuständigkeit ausgedehnt wird.

Zu § 152

Der neue § 152 entspricht dem bisherigen § 151 mit einer sprachlichen Anpassung in Absatz 1. Zudem wird in Absatz 2 Satz 2 sprachlich konkretisiert, dass es sich um die gemeinsame Betriebskrankenkasse mehrerer Arbeitgeber handelt.

Zu § 153

Der neue § 153 entspricht dem bisherigen § 152. Die Regelung wird ohne Rechtsänderung anhand ihrer Regelungsinhalte in vier Absätze aufgeteilt.

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.

Dabei werden im neuen § 155 der bisherige § 171a Absatz 1 Satz 4, der seit Abschaffung der Haftung des zuständigen Landesverbandes gegenstandslos ist, und der bisherige § 171a Absatz 2 nicht übernommen. § 171a Absatz 2 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 Absatz 1

Der neue Absatz 1 Satz 1 regelt die Möglichkeit einer freiwilligen Vereinigung der genannten Krankenkassen innerhalb einer Kassenart oder kassenartübergreifend.

Zu Absatz 2

Absatz 2 Satz 1 entspricht der Regelung des bisherigen § 144 Absatz 2. Der bisherige § 171a Absatz 1 Satz 3 findet sich in Satz 2.

Zu Absatz 3

Mit der Regelung in Absatz 3 wird es Krankenkassen ermöglicht, sich auch weiterhin finanzielle Hilfen im Rahmen eines Vereinigungsprozesses zu gewähren. In der Vergangenheit waren solche Hilfen im Rahmen von Vereinigungen der Hauptanwendungsfall von freiwilligen Hilfen des § 265b in der bis zum Tag der Verkündung geltenden Fassung innerhalb einer Kassenart. Diese Möglichkeit soll grundsätzlich erhalten bleiben. Im Rahmen eines Vereinigungsprozesses können grundsätzlich wirtschaftliche Anreize für gegenseitige Hilfen z.B. zur Vermeidung eines Insolvenzgrundes im Vorfeld einer bevorstehenden Vereinigung gegeben sein. Wirtschaftliche

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Anreize bestehen z.B. auch dann, wenn die finanzielle Situation eines Partners ohne finanzielle Hilfen zeitnah die Notwendigkeit der Erhöhung des Zusatzbeitrages erforderlich machen würde, was ggf. zu einer Abwanderung von Versicherten führen könnte. Den Vereinigungspartnern soll es daher ermöglicht werden, Verträge zu schließen, die bis zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Vereinigung finanzielle Hilfen vorsehen. Die Beschränkung auf finanzielle Hilfen innerhalb einer Kassenart entfällt; diese sind vielmehr auch bei kassenartenübergreifenden Vereinigungen möglich.

Zu Absatz 4

Die Sätze 1 und 2 übernehmen aus systematischen Gründen die Regelungen des bisherigen § 173 Absatz 2 Satz 4 und 5, soweit Vereinigungen von Krankenkassen betroffen sind. Satz 1 stellt weiterhin sicher, dass die Entscheidung zur Öffnung durch eine Betriebskrankenkasse nicht dadurch rückgängig gemacht werden kann, dass sich diese mit einer nicht für Betriebsfremde geöffneten Betriebskrankenkasse vereinigt. Mit Satz 2 wird weiterhin sichergestellt, dass die Öffnung für die Betriebskrankenkasse eines Kranken- oder Lebensversicherungsunternehmens auch nach einer Vereinigung mit einer anderen Betriebskrankenkasse ausgeschlossen bleibt. Dies gilt auch dann, wenn eine solche Betriebskrankenkasse mit einer bereits geöffneten Betriebskrankenkasse vereinigt wird.

Zu den Absätzen 5 und 6

Die Absätze 5 und 6 entsprechen dem bisherigen § 144 Absatz 3 und 4. Absatz 6 wird sprachlich angepasst, um den Bezug zu Absatz 5 zu verdeutlichen.

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.

Entsprechend der Regelung des bisherigen § 168a Absatz 2 Satz 1 steht die zwangsweise Vereinigung im Ermessen des BMG. Eine zwingende Vereinigung ohne Ermessensspielraum, wie sie der bisherige § 145 Absatz 2 vorsah, ist in diesem Kontext nicht erforderlich.

Die zwangsweise Vereinigung durch die Landesregierung ist bislang für Ortskrankenkassen in § 145 und für geöffnete Betriebskrankenkassen in § 150 Absatz 2 Satz 2 erster Halbsatz geregelt. Die Regelung im neuen Absatz 2 führt für diese Kassenarten zu keiner Rechtsänderung. Die Differenzierung des bisherigen § 145 Absatz 1 und Absatz 2 zwischen einer Vereinigung ohne und mit Ermessen wird ebenfalls nicht übernommen.

Die Rechtsverordnung des BMG oder der Landesregierung ersetzt die Vereinigungsbeschlüsse der beteiligten Verwaltungsräte und deren aufsichtsbehördliche Genehmigung. Die organisatorische Umsetzung erfolgt – wie bei der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen – gemäß dem neuen § 157 durch die Aufsichtsbehörde.

Für Betriebskrankenkassen, die sich nicht durch Satzungsregelung für alle Versicherten geöffnet haben, wird die zwangsweise Vereinigung aufgrund ihrer Betriebsbezogenheit nach Absatz 3 wie bisher ausgeschlossen.

Zu § 157

Der neue § 157 regelt das Verfahren der Vereinigung nach dem neuen § 156 und entspricht dem bisherigen § 146. Die Reihenfolge von Absatz 3 und Absatz 4 wird, da diese aufeinander aufbauen, mit einer sprachlichen Anpassung im neuen Absatz 4 ohne Rechtsänderung umgedreht.

Zu § 158

Der neue § 158 entspricht dem bisherigen § 172a.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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 betriebsbezogene Betriebskrankenkassen, 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 Öffnung für alle Versicherten mehr gibt und die Errichtung neuer Innungskrankenkassen nicht mehr vorgesehen ist, besteht kein Anwendungsbereich für den bisherigen § 163 Satz 1 Nummer 1.

In Absatz 2 Nummer 2 und Absatz 3 wird ergänzt, dass eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse nicht geschlossen wird, wenn die Errichtungsvoraussetzungen zwar nicht bei Errichtung, aber zum Zeitpunkt der hypothetischen Schließung vorliegen.

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 und 2 effizienter ausgestaltet. Ziel ist es, dass der GKV-Spitzenverband rechtzeitig potenzielle Haftungsfälle identifiziert und den Aufsichtsbehörden anzeigt. Für diese besteht 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

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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 gegebenenfalls eine Gewichtung der vorgegebenen Kriterien obliegt dem GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband hat die Krankenkassen regelmäßig über die Ergebnisse seine Bewertung zu informieren. Zur Verwaltungsvereinfachung und zur Beschleunigung der Verfahren kann der GKV-Spitzenverband zukünftig die notwendigen Unterlagen von den Krankenkassen auch elektronisch verlangen.

Absatz 2 regelt das weitere Verfahren, wenn das Ergebnis der Prüfung eine potentielle Gefährdung ergeben hat. In einem nächsten Schritt fordert der GKV-Spitzenverband dann 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 3 entspricht dem bisherigen § 172 Absatz 3.

Zu § 164

Durch die Abschaffung der primären Haftung der Kassenart sind die wirtschaftlichen Anreize für freiwillige Hilfen innerhalt einer Kassenart entfallen, so das auch die entsprechende Regelung in § 265b (alt) gestrichen wurde. Stattdessen wird mit der Ergänzung in Absatz 1 das System der Haftungsprävention beim GKV-Spitzenverband gestärkt. Der GKV-Spitzenverband kann künftig nicht nur im Rahmen von Vereinigungen von Krankenkassen zur Abwendung von Haftungsrisiken finanzielle Hilfen gewähren, sondern auch dann, wenn dies für die Erhaltung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse für einen begrenzten Zeitraum notwendig und sinnvoll ist. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Krankenkassen zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen kurzfristig und vorübergehend finanzielle Mittel benötigen.

Die konkreten Voraussetzungen für die finanziellen Hilfen werden, wie auch bei den Hilfen zur Ermöglichung von Fusionen zur Abwendung von Haftungsrisiken, in der Satzung des GKV-Spitzenverbandes geregelt. Ein Antrag auf die Hilfen kann nur von der zuständigen Aufsichtsbehörde gestellt werden (Absatz 2).

Durch die Ergänzung in Absatz 3 wird dem GKV-Spitzenverband die Möglichkeit eingeräumt zur Zwischenfinanzierung der benötigten Finanzmittel ein nicht zu verzinsendes Darlehen in Höhe von bis zu 350 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufzunehmen. Da es sich hier um finanzielle Hilfen zur Vermeidung von Haftungsfällen und zur Erhaltung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit handelt, wird der Gesamtumfang der finanziellen Hilfen und damit auch die notwendige Höhe des Darlehens auf einen geringeren Betrag als bei der Zwischenfinanzierung zur Erfüllung von Verpflichtungen nach § 166 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 3 i.V.m. § 167 Absatz 6 festgesetzt.

Mit dem Verweis auf § 167 Absatz 6 Satz 2 bis 6 werden die Regelungen zur organisatorischen Abwicklung der Rückzahlung von Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse auf die finanziellen Hilfen nach Absatz 1 für entsprechend anwendbar erklärt. Abweichend von § 167 Absatz 6 Satz 2 bis 6 wird die Finanzierungsgrenze für finanzielle Hilfen auf 350 Millionen Euro festgelegt. Die übrigen Regelungen dienen der Vereinfachung der Abwicklung und Rückzahlung eines Darlehens sowie der Vermeidung einer längerfristigen Belastung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit hohen

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

Darlehensbeträgen. Für den nicht vollständig auszuschließenden Fall, dass unterjährig die Liquiditätsreserve nicht ausreichen sollte, gilt § 271 Absatz 3 entsprechend.

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 Kranken-kasse haften. Anders als nach bisherigem Recht ist eine vorrangige Haftung der Kranken-kassen 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.

Der neue Satz 4 stellt klar, dass die Haftungsregelung nach Satz 3 auch bei Vereinigungsverfahren zwischen einer betriebsbezogenen Betriebskrankenkasse mit einer anderen Krankenkasse Anwendung findet. So wird sichergestellt, dass sich der Arbeitgeber einer Betriebskrankenkasse auch in diesen Fällen nicht der Haftung entziehen kann.

Zu § 167

§ 167 regelt die Verteilung der zu erfüllenden Verpflichtungen auf die Krankenkassen durch den GKV-Spitzenverband. 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. Maßgebend sind die Mitgliederzahlen der Krankenkassen des Monats, der dem Monat vorausgeht, in dem die Aufteilung durchgeführt 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 das Verfahren, wenn die vom GKV-Spitzenverband zu erfüllenden Verpflichtungen für Haftungsfälle innerhalb eines Jahres in der Summe einen Betrag von 350 Millionen Euro überschreiten. Bis zu einem Gesamtbetrag von 350 Millionen Euro innerhalb eines Kalenderjahres werden die Verpflichtungen nach den Maßgaben nach Absatz 1 verteilt.

Zur Erfüllung von Verpflichtungen, die in der Summe innerhalb eines Kalenderjahres einen Betrag von 350 Millionen Euro übersteigen, werden für die den Betrag von 350 Millionen Euro hinaus gehenden Beträge die Finanzreserven der Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1 herangezogen. Dadurch wird vermieden, dass Beitragszahler von einzelnen Krankenkassen über höhere Zusatzbeiträge belastet werden, solange andere Krankenkassen über hohe Finanzreserven verfügen. Der über eine ausschließlich mitgliederbezogene Umlage zu finanzierende Haftungsbetrag von maximal 350 Millionen Euro innerhalb eines Kalenderjahres entspräche bezogen auf das Jahr 2019 einer Größenordnung von rund 0,025 Beitragssatzpunkten. Er erscheint damit auch für Krankenkassen mit niedrigeren Finanzreserven grundsätzlich finanziell verkraftbar, ohne unmittelbar den Zusatzbeitrag anheben zu müssen. Gemäß Absatz 2 Satz 1 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

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

eine höhere Obergrenze zugestanden hat, werden die Reserven oberhalb dieser Obergrenze berücksichtigt. Maßgebend für die Bestimmung der Höhe der Reserven sowie der durchschnittlichen Monatsausgabe der Krankenkassen sind die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse, die von den Krankenkassen vor dem Zeitpunkt, an dem die Aufteilung durchgeführt wird, zuletzt vorgelegt wurden. Damit erfolgt der Einbezug der Finanzreserven auf Basis der aktuellsten Rechnungsergebnisse und berücksichtigt damit die gegenwärtige finanzielle Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse. Übersteigen die Reserven aller Krankenkassen 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 4 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. Damit verbleiben den betroffenen Krankenkassen weiterhin Finanzreserven in einer Höhe, die dem dreifachen der Mindestrücklage entspricht.

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 Haftungs-systems und deren gesetzliche Normierungen gegenstandslos geworden ist.

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

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 nachzuvollziehen.

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

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

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 13

Zu § 173

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die satzungsmäßige Begrenzbarkeit der Wählbarkeit von Ersatzkassen in Nummer 2 wird aufgehoben, da alle bestehenden Ersatzkassen bereits bundesweit geöffnet und Beschränkungen des Zuständigkeitsbereichs nicht zulässig 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. In Nummer 4 werden redaktionelle Folgeanpassungen aufgrund der Verschiebung der Vorgaben der Sätze 2 bis 5 in die neuen §§ 144, 145 und 155 vorgenommen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Vorgaben der Sätze 2 bis 5 finden sich aus systematischen Gründen zukünftig im Organisationsrecht der Krankenkassen (§ 144 Absatz 2 und 3, § 145 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2, § 155 Absatz 4) und sind hier aufzuheben.

Zu Buchstabe b

Aufgrund des bundesweiten Zuständigkeitsbereichs aller Ersatzkassen ist die Regelung in Absatz 3 für diese Kassenart entbehrlich und wird daher gestrichen.

Zu Buchstabe c

Die Regelung des Absatzes 7 wird aufgrund der Neustrukturierung des Organisationsrechts der Krankenkassen redaktionell angepasst. Zudem berücksichtigt die Neufassung, dass keine Innungskrankenkassen ohne Öffnung für alle Versicherten mehr existieren und für diese daher keine Regelung zu treffen ist.

Zu Nummer 14

Zu § 217b

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung soll eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern im Vorstand des GKV-Spitzenverbandes sichergestellt werden. Die operative Arbeit im Gesundheitswesen wird mit überwiegender Mehrheit von Frauen geleistet. 75,8 Prozent der im Gesundheitswesen arbeitenden Erwerbstätigen sind weiblich. Dagegen stellen die Frauen eine Minderheit in den Führungspositionen dar. Um die aktuell im Vorstand des GKV-Spitzenverbandes bestehende ausgewogene Repräsentanz von Frauen und Männern auch für die Zukunft zu sichern, wird

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

gesetzlich festgeschrieben, dass mindestens eine Frau und ein Mann dem Vorstand des GKV-Spitzenverbandes angehören müssen.

Zu Buchstabe b

Die neuen Absätze 4 bis 6 regeln die Zusammensetzung und Kompetenzen des beim GKV-Spitzenverband neu zu bildendenden Lenkungs- und Koordinierungsausschusses. Dieses neue Gremium soll eine organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und der Umsetzung der gesetzlichen Aufträge des GKV-Spitzenverbandes bilden. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss stellt einen kontinuierlichen Informationsfluss sicher und ermöglicht eine schnellere Meinungsbildung zu aktuellen Themen und Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes. Ziel ist es, die Transparenz zwischen den Mitgliedskassen und dem GKV-Spitzenverband zu verbessern und damit insbesondere auch die Akzeptanz bei den Krankenkassen für das Handeln des GKV-Spitzenverbandes zu stärken.

In Absatz 4 wird die Zusammensetzung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses geregelt. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss besteht aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Vertreter aus der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse. Der Stimmenanteil der Vertreter der Kassenart richtet sich nach dem Versichertenanteil der Kassenart zu Beginn einer Amtsperiode und wird auf die zwei Sitze verteilt. Kann eine paritätische Besetzung mit einem Mann und einer Frau in einer Kassenart nicht erfolgen, bleibt der jeweilige Sitz frei und der entsprechende Stimmenanteil entfällt.

In Absatz 5 werden die Zuständigkeiten des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses festgeschrieben. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann alleine keine verbindlichen Entscheidungen treffen. Er ist aber im Vorfeld von Entscheidungen im Vorstand des GKV-Spitzenverbandes zu den im Gesetz bezeichneten Themen zu beteiligen und muss diesen grundsätzlich zustimmen. Das Zustimmungserfordernis bezieht sich auf alle versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen, Richtlinien und Rahmenvorgaben sowie sonstige vergleichbare Entscheidungen mit Versorgungsbezug wie beispielsweise Festbetragsfestsetzungen oder Entscheidungen zum Hilfsmittelverzeichnis. Zu allen weiteren Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben.

Dadurch wird die fachliche Expertise der operativen Ebene insbesondere bei versorgungsrelevanten Themen in den Entscheidungsprozess des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes eingebracht. 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 gesetzlichen Krankenversicherung zugewiesen.

Um dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss die Möglichkeit zu eröffnen, die Themen, die seiner Zustimmung bedürfen, einzugrenzen, kann er im Einzelfall auf eine Zustimmung verzichten. In einer Geschäftsordnung kann er auch das Nähere zum Verfahren wie zum Beispiel Sitzungsrhythmus, Mehrheiten für Beschlussfassungen usw. festlegen.

Der Vorstand muss den Spitzenverband wirksam nach außen vertreten können. Ihm wird deshalb das Recht eingeräumt, in besonders zu begründenden Fällen von Entscheidungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses abzuweichen. Insbesondere wenn Haftungsrisiken bestehen oder wenn der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss nicht in angemessener Zeit eine Entscheidung trifft, obwohl eine besondere Eilbedürftigkeit besteht, kann der Vorstand auch ohne dessen Zustimmung rechtswirksam entscheiden. Der Vorstand muss seine Gründe dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss schriftlich mittteilen.

Als weiteres Element, um den Informationsfluss und die Akzeptanz für das Handeln des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes bei den Mitgliedskassen zu stärken, wird dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss ein Teilnahmerecht an Sitzungen gesetzlicher Gremien, denen der Vorstand angehört, eingeräumt.

In Absatz 6 werden die Kompetenzen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses in Bezug auf den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes geregelt. Um auch hier einen engeren Austausch gesetzlich zu verankern, die fachliche Expertise der Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses in die Arbeit des Verwaltungsrates einzubringen und damit zu professionalisieren, wird dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss das Recht eingeräumt vor Beschlüssen des Verwaltungsrates eine Stellungnahme abzugeben. Umgekehrt kann der

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Verwaltungsrat auch eine Stellungnahme des Lenkungs- und Koordinierungsausschuss anfordern, wenn er der Meinung ist, dass eine entsprechende Expertise oder eine zeitnahe Meinungsbildung durch die Krankenkassen benötigt wird. In diesem Fall ist der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss verpflichtet, die angeforderte Stellungnahme abzugeben.

Zu Nummer 15

Zu § 217c

Zu Buchstabe a

Der Verwaltungsrat wird auf höchstens 40 Mitglieder begrenzt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vorschlagslisten der Kassenarten nach Absatz 3 Satz 1 müssen künftig mindestens 40 Prozent Frauen und 40 Prozent Männer enthalten. Damit wird eine wichtige Grundlage gelegt, um im Ergebnis ein ausgewogeneres und repräsentativeres Verhältnis zwischen Frauen und Männern im Verwaltungsrat herzustellen. In den Verwaltungsräten der Krankenkassen liegt der Frauenanteil zwischen 10,1 Prozent (IKK) und 36,3 Prozent (Ersatzkassen). Auch der Frauenanteil im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands ist sehr niedrig. Mit 15,3 Prozent der ordentlichen Mitglieder und 25,8 Prozent der stellvertretenden Mitglieder sind Frauen derzeit stark unterrepräsentiert. Bei derzeit 46 Prozent berufstätiger Ärztinnen von insgesamt 169.866 Vertragsärztinnen und –ärzten sowie Psychotherapeutinnen sowie bei 72,2 Millionen Versicherten in der GKV und einem allgemeinen Frauenanteil in der Bevölkerung von knapp 50 Prozent besteht somit ein deutlicher Mangel von Frauen in den Vertretungsorganisationen. Um aber eine geschlechtersensible Sicht auf Erkrankungen, aber auch auf politische Prozesse und gemeinsame Entscheidungsfindungen sicherzustellen, ist ein ausgewogenes Verhältnis von Männern und Frauen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes erforderlich.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Änderungsbefehl aa).

Zu Nummer 16

Zu § 217d

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 Rechtsverstoßes 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.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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 17

Zu § 217f

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 BMG rechtzeitig über Probleme in der Umsetzung oder die Gründe für Verzögerungen ausreichend in Kenntnis gesetzt. Daher wird der GKV-Spitzenverband nun verpflichtet, das BMG 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 BMG 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 eine Folgeänderung zur Neufassung der §§ 267 und 268, die dem GKV-Spitzenverband die Nutzung der für den RSA zu übermittelnden Daten in anonymisierter Form und ohne Krankenkassenbezug wie bisher ermöglicht.

Zu Nummer 18

Zu § 260

Mit dieser Änderung wird geregelt, dass die Verpflichtung der Krankenkassen zum stufenweisen Abschmelzen der Finanzreserven nach Absatz 2a und 4 ab dem 1. Januar 2020 und damit für die Haushaltsplanung für 2020 durch die Krankenkassen unter der Voraussetzung anzuwenden ist, dass bis Jahresende 2019 eine Beschlussfassung durch das Bundeskabinett zur Reform des RSA erfolgt ist.

Zu Nummer 19

Zu den §§ 265a und 265b

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 20

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

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Verordnungsermächtigung im neuen Absatz 8.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

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 Versicherten zu Risikogruppen“ wird nun einheitlich für die bislang als Versichertengruppen und Morbiditätsgruppen bezeichneten Risikogruppen verwendet.

Zu Buchstabe c

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 Risikomerkmalen bis auf das Merkmal der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Zudem wird in § 8 Absatz 5 RSAV auf Grundlage der Befugnis des Verordnungsgebers 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 bis 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 bis 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

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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 aus dem Jahr 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 Mortalitätsfaktoren, 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 beziehungsweise 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 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 d

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.

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe e

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

Die Änderung ist eine Folgeänderung zum neuen Satz 1.

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 f

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 g

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

Zu Buchstabe h

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

Durch die Änderungen wird der Begriff der Zuweisung redaktionell angepasst. Zudem wird 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 i

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.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Durch die Anpassung in Nummer 2a wird die Ermächtigung um die Regelung des Näheren zur Datenverarbeitung nach dem neuen § 270 Absatz 2 ergänzt.

Zu Dreifachbuchstabe ddd

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 eee

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. beziehungsweise § 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 BMG hinsichtlich des Verfahrens auf alle Formen des Umgangs mit den für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten bezieht.

Zu Dreifachbuchstabe fff

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

Zu Dreifachbuchstabe ggg

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 j

Mit dem neuen Absatz 10 wird eine verpflichtende regelmäßige Evaluation der Wirkungen und der Manipulationsresistenz 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. Dabei werden insbesondere auch die Wirkungen des RSA auf den fairen Wettbewerb der Krankenkassen untersucht.

Im neuen Absatz 11 wird bestimmt, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nach den vor Inkrafttreten dieses Gesetzes maßgeblichen Vorgaben der §§ 266 bis 270 erfolgen.

Die neuen Vorgaben an die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gemäß den in diesem Gesetz enthaltenen Änderungen der §§ 266 und 270 und der Neufassung der §§ 267 und 268 sowie die der Umsetzung dienenden Regelungen der RSAV sind damit erstmals für das Ausgleichsjahr 2021 anzuwenden. Bei der Durchführung des RSA sind erstmals für das Ausgleichsjahr 2021 die Risikogruppen anhand der Risikomerkmale des neuen § 266 Absatz 2 zu bilden, die Vorgaben des neuen § 266 Absatz 4 und Absatz 5 ohne die Vorgabe des bisherigen § 268

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 einzuhalten und der Ausschluss auffälliger Risikogruppen nach § 18 Absatz 1 Satz 4 in Verbindung mit § 19 RSAV umzusetzen. Letzteres ist umfasst, da die Verordnungsermächtigung in diesem Gesetz mit dem neuen Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 eingeführt wird. Ebenso erfolgen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach dem neuen § 270 Absatz 4 ab dem Ausgleichsjahr 2021 und das Risikopoolverfahren nach dem neuen § 268 wird erstmals für das Ausgleichsjahr 2021 durchgeführt.

Die aufgrund des neuen § 270 Absatz 4 und des neuen § 270 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 erforderlichen Anpassungen der Datenmeldungen sind damit so umzusetzen, dass die Anwendung der neuen Vorgaben nach diesem Gesetz erstmals für das Ausgleichsjahr 2021 im regulären RSA-Verfahren erfolgen kann. Dies gilt nicht für die Datenmeldungen nach dem neuen § 267 Absatz 2 und Absatz 6 Satz 2, die für die Weiterentwicklung des RSA übermittelt werden. Die Verpflichtung zu diesen Meldungen gilt ab Inkrafttreten unter Berücksichtigung des für die Umsetzung erforderlichen zeitlichen Vorlaufs.

Zudem ist bestimmt, dass die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Abschlägen und Rabatten für Arzneimittel im RSA auf Grundlage der gemäß § 7 Absatz 1 Satz 3 RSAV angepassten Meldung der Leistungsausgaben der Krankenkassen erstmals für das Ausgleichsjahr 2021 erfolgt. Die Vorgabe ist gesondert zu benennen, da sie nicht auf einer rechtlichen Änderung der Vorgaben zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, sondern auf Grundlage der Befugnis des Verordnungsgebers nach dem derzeitigen § 268 Absatz 3 Satz 14 beziehungsweise dem neuen § 267 Absatz 4 Satz 1, das Verfahren der Datenmeldungen für den RSA zu konkretisieren, beruht.

Zu Nummer 21

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 Satz 1 regelt die versichertentaggenaue Übermittlung von Versichertenzeiten, die Übermittlung der Leistungsausgaben der Krankenkassen und des Regionalkennzeichens für jeden Versicherten sowie die versichertenbezogene Übermittlung von bestimmten Abrechnungsdaten zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA. Die für den RSA zu übermittelnden Abrechnungsdaten aus den §§ 294 bis 303 entsprechen weitestgehend den im bisherigen § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 bis 6 RSAV bezeichneten Daten. Der Umfang der Datenmeldung entspricht damit weitestgehend demjenigen nach dem bisherigen § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit dem bisherigen § 30 Absatz 1 Satz 1 RSAV sowie nach dem bisherigen § 268 Absatz 4.

Mit der neuen Nummer 1 wird die Übermittlung der Versichertenzeiten für den RSA bestimmt. Die genaue Aufschlüsselung von Nummer 1 Buchstabe a findet sich im neuen § 7 Absatz 1 Satz 1 RSAV. Die regionalen Merkmale und das Risikomerkmal Morbidität sind dabei ausgenommen, da für diese die Übermittlung nach Nummer 2 und den Nummern 4 bis 7 erfolgt.

Mit den in Nummer 4 genannten Diagnosen sind alle im Rahmen einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 aufgezeichneten und übermittelten Diagnosen erfasst, unabhängig davon, ob es sich um eine vollstationäre, stationsäquivalente, teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder um eine ambulante Behandlung im Krankenhaus handelt.

Mit den in Nummer 5 genannten Diagnosen sind sämtliche in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu Abrechnungszwecken aufgezeichneten und übermittelten Diagnosen unabhängig von Abrechnungswegen, Vertragsformen und Leistungserbringern umfasst. Ergänzend wird für den Fall der Abrechnung von Leistungen im Rahmen

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

von Verträgen nach § 73b und § 140a die Übermittlung der Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 geregelt. Über diese Vertragsnummer können zukünftig die dem BVA übermittelten Diagnosen den zugrunde liegenden individuellen Verträgen nach § 73b oder § 140a zugeordnet werden. Diese Information ist für die Prüfung nach § 273 zur Sicherung der RSA-Datengrundlagen erforderlich.

Mit dem neuen Satz 2 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 des § 71 Absatz 6 Satz 9, § 73b Absatz 5 Satz 7 und 8, § 83 Satz 4 und 5, § 140a Absatz 2 Satz 7 und 8 und § 303 Absatz 4 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.

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 Facharztkennung 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 und 9. Zudem wird bestimmt, dass bei den Daten nach Absatz 1 Satz 1 der Versichertenbezug hergestellt werden kann, wenn dies für die Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse oder für die Prüfung der Richtigkeit der Daten erforderlich ist. Die Herstellung des Versichertenbezugs zur Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der Daten nach dem bisherigen § 268 Absatz 3 Satz 8 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. Sie umfasst die Festlegung von Fristen für die Datenübermittlung

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

einschließlich Vorgaben zu Korrekturmeldungen sowie nähere Vorgaben zur Verarbeitung der nach dieser Vorschrift übermittelten Daten beim GKV-Spitzenverband und beim BVA, zum Beispiel zur Aufbewahrungsdauer, zur Pseudonymisierung, zur Herstellung des Versichertenbezugs, zur zeitlichen Zuordnung der Daten und zur inhaltlichen Konkretisierung.

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 Nummer 1 in entsprechender Anwendung.

Zu Absatz 6

Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Gutachten aus dem Jahr 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 beziehungsweise 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. Ausgeglichen werden über den Risikopool 80 Prozent der den Schwellenwert von 100 000 Euro übersteigenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben für einen Versicherten. Dabei ist der Schwellenwert anhand einer dynamisierten Größe anzupassen, die der jährlichen Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten entspricht. Die Festlegung von Schwellenwert

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

und Ausgleichsquote erfolgt so, dass einerseits Risikoselektionsanreize zulasten von Hochkostenfällen gesenkt werden und andererseits Wirtschaftlichkeitsanreize bei den Krankenkassen – auch nach Erreichen des Schwellenwertes – erhalten bleiben.

Zu Absatz 2

Im Risikopool sind die Leistungsausgaben ausgleichsfähig, 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

Finanziert wird der Risikopool, indem im RSA bei der Berechnung des Jahresausgleichs und der Korrektur des Jahresausgleichs bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben die über den Risikopool auszugleichenden Beträge je Versicherten abgezogen werden. So wird gleichzeitig verhindert, dass Aufwendungen über Risikopool und RSA doppelt berücksichtigt werden. Zudem werden die risikoadjustierten Zu- und Abschläge, die bisher von Hochkostenfällen mit überdurchschnittlichen Ausgaben verzerrt wurden, durch deren Herausrechnung genauer. Dies trägt dazu bei, Risikoselektionsanreize und Wettbewerbsverzerrungen zu reduzieren.

Zu Absatz 4

Das BVA ermittelt für jede Krankenkasse den Ausgleichsbetrag 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 5

Das BMG wird befugt, das Verfahren zum Risikopool in der RSAV näher zu bestimmen.

Zu Nummer 22

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

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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 23

Zu § 270

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Der bisherige Buchstabe a wird aus Gründen der Rechtsförmlichkeit zu Nummer 1. Zudem wird der Verweis auf den bisherigen § 266 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 redaktionell angepasst.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Aus Gründen der Rechtsförmlichkeit wird Buchstabe b zu Nummer 2 und als redaktionelle Folgeänderung zum neuen § 266 Absatz 8 sprachlich angepasst.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Der bisherige Buchstabe c wird aus Gründen der Rechtsförmlichkeit zu Nummer 3.

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe b

Der neue Satz 1 bestimmt die Übermittlung der erforderlichen versichertenbezogenen Daten für die Zuweisungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und dem neuen Absatz 4. Zudem wird die Vorgabe der bisherigen Sätze 1 und 2 zur nicht versichertenbezogenen Datenerhebung für die Zuweisungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 übernommen. In den neuen Sätzen 2 und 3 werden die erforderlichen Fristen, Vorgaben zur Pseudonymisierung und der Übermittlungsweg bestimmt.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen in Folge der Änderungen in Absatz 1 und der neuen Nummerierung des bisherigen § 41 RSAV.

Zu Buchstabe d

Die Präventionsorientierung des RSA wird gestärkt, indem eine Pauschale für die Krankenkassen bei Teilnahme ihrer Versicherten an einer Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahme eingeführt wird. Mit der Vorsorgepauschale

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

soll ein Anreiz für die Krankenkassen geschaffen werden, die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen durch ihre Versicherten zu fördern. Anknüpfungspunkt für eine Pauschalzahlung können nur vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, 3, 4 und 15 konkretisierte und als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähige Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchungen, zahnärztliche Individualprophylaxeleistungen sowie Schutzimpfungen sein.

Zu Nummer 24

Zu § 270a

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 25

Zu § 271

Zu Buchstabe a

Mit der Ergänzung in Absatz 2 werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2020 einmalig 225 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Diese Mittel dienen zur Finanzierung der Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die aus dem im Jahr 2020 von Krankenhäusern nach § 8 Absatz 11 Krankenhausentgeltgesetz zu erhebenden Rechnungszuschlag entstehen. Eine auf das Jahr 2020 begrenzte Finanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist sachgerecht, um eine temporäre Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenkassen auszugleichen. Eine einmalige Entnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist möglich, da der Gesundheitsfonds derzeit über Reserven verfügt, die deutlich über die Mindestreserve hinausgehen. Zum Stichtag 15. Januar 2019 betrug die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds rund 9,7 Milliarden Euro. Gemäß § 271 Absatz 2 Satz 3 muss der Bestand an liquiden Mitteln nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 25 Prozent einer Monatsausgabe betragen. Das entspricht derzeit rund 5 Milliarden Euro. Dieser Mindestbetrag der Liquiditätsreserve wird auch nach Bereitstellung dieser Mittel Ende 2020 noch deutlich überschritten. Die Funktion der Liquiditätsreserve als Instrument zur Absicherung gegen Einnahmeausfälle und zum Ausgleich unterjähriger Schwankungen in den Einnahmen des Gesundheitsfonds wird dadurch nicht beeinträchtigt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Risikopools in § 268. Der bisherige Verweis auf § 269 war gegenstandslos, da er sich auf die Zuweisungen für aufwändige Leistungsfälle gemäß § 269 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung bezog.

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 26

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,

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

die Plausibilität ihrer Datenmeldung nachzuweisen. Sie hat die tatsächlichen Gründe für eine Auffälligkeit nachvollziehbar darzulegen oder den Verdacht eines Rechtsverstoßes 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.

Zu Absatz 1

Gegenstand der Prüfung sind weiterhin die Datenmeldungen der Krankenkassen für die Durchführung des RSA.

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 Versichertenzahlen 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 für die betroffene Krankenkasse zu erheblich erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds geführt haben kann. Dies dient dem Zweck, die Einzelfallprüfungen nach Absatz 4 nicht bei möglichen Zuweisungssteigerungen unterhalb einer Geringfügigkeitsschwelle durchzuführen.

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.

Anknüpfungspunkt für die Feststellung, dass die Möglichkeit einer erheblichen Zuweisungserhöhung für die Krankenkasse besteht, ist ab dem Ausgleichsjahr 2021 der (hypothetische) Jahresausgleich ohne Anwendung der neuen Vorgabe nach § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV. Würde die Prüfung nach Absatz 3 den Ausschluss von HMG gemäß § 18 Absatz 1 Satz 4 in Verbindung mit § 19 RSAV in der Fassung nach diesem Gesetz berücksichtigen, würden Krankenkassen nicht nach § 273 sanktioniert werden, deren Maßnahmen im Zusammenspiel mit den Maßnahmen anderer Krankenkassen in für sie nicht planbarer Weise zum Ausschluss von HMG im Jahresausgleich geführt haben. Aus Satz 2 ergibt sich auch keine doppelte Sanktionierung desselben Sachverhalts. Das neue Instrument des § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV dient der Entschärfung von Auffälligkeiten in den Diagnosekodierungen für das Gesamtsystem des RSA. Vom Ausschluss von HMG sind alle am RSA teilnehmenden Krankenkassen betroffen, unabhängig davon, ob ihre Steigerungsraten bei den relevanten Diagnosekodierungen überdurchschnittlich waren. § 273 dahingegen bewirkt direkte finanzielle Konsequenzen allein und unmittelbar für die Krankenkasse, in deren Verantwortungsbereich Auffälligkeiten in den RSA-Datenmeldungen oder sonstige Verdachtsmomente liegen.

Die Mitteilung nach Satz 3 muss der Krankenkasse die Aufklärung des Sachverhalts ermöglichen, so dass Informationen zu den betroffenen Daten erforderlich sind. Die für die Aufklärung nicht benötigten Informationen, wie zum Beispiel die zugrunde liegenden Berechnungsschritte, müssen daher nicht erläutert werden.

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 tatsächlichen Gründe darzulegen, aus denen sich ergibt, dass die Auffälligkeit nicht auf einem rechtswidrigen Sachverhalt, insbesondere nicht auf einem Verstoß gegen § 267 Absatz 1 Satz 2, beruht. Die Ermittlung und der

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Nachweis des zugrundeliegenden Sachverhalts 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.

Die Festlegung einer Stellungnahmefrist von drei Monaten erfolgt im Interesse eines effizienten Prüfverfahrens. Es ist davon auszugehen, dass diese auch bei komplexeren Sachverhalten ausreichend ist. Es bleibt dem BVA aber im Rahmen seines Bewertungsermessens auch nach Eingang der Stellungnahme unbenommen, die Krankenkasse auf Klärungsbedarf hinzuweisen und Gelegenheit zur weiteren Darlegung zu geben. Zudem ist die Krankenkasse vor Erlass des Bescheides nach Absatz 6 Satz 1 anzuhören.

Das BVA bewertet die Darlegung der Krankenkasse im Hinblick darauf, ob diese in ausreichendem Maße nachvollziehbar und belegt ist. Das Bewertungsermessen des BVA wird dahingehend konkretisiert, dass ein relevanter tatsächlicher Anstieg der Morbidität der Versicherten der Krankenkasse nach Satz 3 nur anerkannt werden kann, 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 mittelbaren oder unmittelbaren Einwirken auf den Inhalt und die Aufzeichnung der Abrechnungsdaten nach den §§ 294 bis 303 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. Die Vorlage eines Versorgungsvertrages kann dann zum Beispiel die Darlegung eines Leistungsanstiegs nach Satz 3 plausibilisieren. Nicht berücksichtigt werden können allerdings Verträge, durch die in unzulässiger Weise auf das ärztliche Kodierverhalten Einfluss genommen wird. Legt die Krankenkasse für ihre Darlegung nach Satz 1 einen Versorgungsvertrag vor, ist das BVA als Durchführungsbehörde des RSA gemäß Satz 4 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. Diese spezielle Prüfbefugnis des BVA ergänzt sein Bewertungsermessen nach diesem Absatz. Auch bei Vorlage eines nach Bewertung des BVA rechtmäßigen Versorgungsvertrags ist zu entscheiden, ob die Auffälligkeit hinreichend nachvollziehbar begründet und dies entsprechend belegt wird.

Zu Absatz 5

Das BVA kann nach Satz 1 weiterhin neben der Einzelfallprüfung in Folge einer Auffälligkeit nach Absatz 2 aufgrund von konkreten Verdachtsmomenten im Einzelfall prüfen, 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 innerhalb einer Frist von drei Monaten 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 begründeten Verdacht 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 klargestellt, 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 Einzelfallprüfung nach Absatz 5 befugt, als RSA-Durchführungsbehörde die Rechtmäßigkeit von Versorgungsverträgen zu prüfen, sofern dies für die Sachverhaltsbewertung erforderlich ist.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Die Voraussetzung einer möglichen Zuweisungserhöhung nach Absatz 3 gilt im Rahmen der Prüfung nach Absatz 5 nicht. Liegen sowohl die Voraussetzungen nach den Absätzen 2 bis 4 als auch nach Absatz 5 für einen identischen Sachverhalt vor, steht es im Ermessen des BVA, ob es auf Grundlage von Absatz 4 oder Absatz 5 prüft.

Zu Absatz 6

Stellt das BVA nach Absatz 4 oder Absatz 5 einen Rechtsverstoß der Krankenkasse fest, wird ein Korrekturbetrag ermittelt, der dem durch die rechtswidrige Datenmeldung erzielten Vorteil entspricht. Dabei kann der finanzielle Vorteil exakt festgestellt werden oder – wenn dies nicht möglich ist – durch Schätzung ermittelt werden. Zudem bleibt die neue Vorgabe nach § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV auch bei der Ermittlung des Korrekturbetrags aus den zu Absatz 3 genannten Gründen außer Betracht. Die betroffenen Datenmeldungen der Krankenkassen werden nicht korrigiert.

Zu Absatz 7

Die Prüfungen nach dem neuen § 273 sind ab dem Berichtsjahr 2013 durchzuführen. Dies gilt zum einen für die Auffälligkeitsprüfung nach dem neuen Absatz 2 und die anschließenden Einzelfallprüfungen. Die Auffälligkeitsprüfung nach dem bisherigen § 273 Absatz 2 Satz 1 ist für diese Jahre noch nicht erfolgt beziehungsweise abgeschlossen, so dass die Anwendung der neuen Prüfsystematik sachgerecht ist. Zum anderen führt das Bundesversicherungsamt ab dem Jahr 2013 seine verdachtsbezogenen Einzelfallprüfungen auf Grundlage des neuen Absatzes 5 durch. Aus der bisherigen aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung der zu prüfenden Verträge der Krankenkassen folgt kein der Prüfung des BVA als RSA-Durchführungsbehörde entgegenstehendes Vertrauen auf die Nichtberücksichtigung etwaiger erst im Rahmen dieser Prüfung festgestellter Rechtsverstöße. Ein derartiger Vertrauensschutz wird durch die aufsichtsrechtliche Nichtbeanstandung nicht einmal im Verhältnis zur zuständigen Aufsichtsbehörde selbst begründet, ebenso wenig wie etwa durch eine erfolgte Satzungsgenehmigung nach § 195 Absatz 1 (vergleiche § 195 Absatz 2 sowie Bundessozialgericht, Urteile vom 16. Juli 1996, 1 RR 3/95 und vom 24. März 2002, B 7/1 A 4/00 R). Dies gilt erst recht im Verhältnis zum BVA in seiner besonderen Funktion als RSA-Durchführungsbehörde. Krankenkassen sind Verwaltungsträger, die ihre gesetzlichen Aufgaben im öffentlichen Interesse zu erfüllen haben, und hierbei als Teil der vollziehenden Gewalt an Gesetz und Recht gebunden sind.

Mit Satz 3 wird klargestellt, dass abgeschlossene Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 in der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung nicht neu zu erfolgen haben. Sofern die Ermittlung des Korrekturbetrags nach dem bisherigen § 273 Absatz 4 Satz 2 noch nicht erfolgt ist, ist der neue Absatz 6 hierfür die Grundlage.

Zu Nummer 27

Zu § 284

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

Zu Nummer 28

Zu § 293a

Zur Sicherung der Datengrundlagen für den RSA wird das BVA durch die Neuregelung beauftragt, eine Vertragstransparenzstelle einzurichten, die ein Verzeichnis für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b und Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a führt, regelmäßig aktualisiert und bekannt macht. So kann das BVA durch die zukünftig mögliche Kennzeichnung der aus einem Versorgungsvertrag stammenden Diagnosen mit der Vertragsnummer einen direkten Zusammenhang zwischen statistischen Auffälligkeiten der RSA-Datenmeldungen und konkreten Verträgen der Krankenkassen herstellen, und dadurch sowohl die Darlegung einer Krankenkasse plausibilisieren als auch die Folgen eines rechtswidrigen Vertrages genauer bestimmen. Zudem kann das BVA gezieltere Einzelfallprüfungen bei bestimmten, gegebenenfalls rechtswidrigen Vertragsgestaltungen vornehmen, ohne auf externe Hinweise angewiesen zu sein.

Zugleich dient das zu veröffentlichende Verzeichnis der Schaffung von Transparenz für Aufsichtsbehörden, Landesbehörden und Versicherte.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zwecks Aufbau und Aktualisierung des Verzeichnisses haben die Krankenkassen der Vertragstransparenzstelle zu jedem von ihnen auf Grundlage von § 73b oder § 140a geschlossenen Vertrag die Angaben nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 5 zu melden. Dies sind die entsprechende Vertragsform, die vertragsschließende Krankenkasse und im Fall des § 140a die Art der Leistungserbringer, der Tag des Vertragsbeginns und - soweit erfolgt - der Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen oder der Tag des Vertragsendes, der räumliche Geltungsbereich des Vertrags und – soweit vorhanden - die den Verträgen als Einschlusskriterien zugrundeliegenden Diagnosen. Die Verträge selbst sind der Vertragstransparenzstelle nicht zu übermitteln. Es werden keine personen- oder unternehmensbezogenen Daten der Leistungserbringer erhoben. Die Verträge sind durch die Vertragstransparenzstelle mit einer spezifischen Vertragsnummer zu kennzeichnen. Die Vertragsnummer wird nach Bekanntgabe auf Veranlassung der jeweiligen Vertragspartner in die Praxissoftware zum Zwecke der bürokratiearmen Übermittlung im Rahmen der Abrechnungsunterlagen aufgenommen.

Das Nähere zu den Einzelheiten des Verzeichnisses bestimmt die Vertragstransparenzstelle.

Zu Nummer 29

Zu § 295

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderung wird die enumerative Aufzählung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu Abrechnungszwecken zu übermittelnden Daten um eine neue Nummer 8 ergänzt. Darin werden Kassenärztliche Vereinigungen, die an Verträgen zur besonderen Versorgung (§ 140a) oder zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b) beteiligt sind, verpflichtet, bei der Abrechnung den Krankenkassen die durch die Ärztinnen und Ärzte übermittelten Vertragsnummern nach § 293a Absatz 1 Satz 4 zu übermitteln. Dies ist zum einen für die Durchführung des Verzeichnisses nach § 293a erforderlich. Zum anderen wird die Zuordnung der Abrechnungsdaten zu der jeweils zugrundeliegenden Vertragsform ermöglicht. Letzteres ist bei Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere an Verträgen zur besonderen Versorgung nach § 140a aufgrund von meldetechnischen Spezifika nicht immer gewährleistet, da die Daten teils im Rahmen der Regelversorgung gemeldet werden. Darüber hinaus ist die Zuordnung der Abrechnungsdaten zur zugrundliegenden Vertragsform auch für die Prüfung der Rechtmäßigkeit der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen auch in Abgrenzung zu den in Sonderrechtsbeziehungen erbrachten Leistungen erforderlich (vgl. Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Absatz 6 SGB V vom 7. März 2018).

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine sprachliche Klarstellung, dass Absatz 4 Satz 4 auch entsprechend für die Prüfmaßstäbe nach Satz 3 Anwendung findet.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine sprachliche Klarstellung, dass Absatz 4 Satz 5 und 6 auch entsprechend für die Prüfmaßstäbe nach Satz 3 Anwendung findet.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Hiermit wird die KBV beauftragt, in Ergänzung zu der in Absatz 1b Satz 8 vorgesehenen Erweiterung der ärztlichen Übermittlungspflichten um die von der Vertragstransparenzstelle nach § 293a dafür jeweils vergebene Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 auch die entsprechende softwaregestützte Umsetzung zu zertifizieren.

Zu Nummer 30

Zu § 302

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der in § 305a vorgesehenen Streichung der Beratungen der Krankenkassen über Fragen der Wirtschaftlichkeit der ärztlich erbrachten, verordneten und veranlassten Leistungen.

Zu Buchstabe b

Da die Beratungen der Vertragsärztinnen und -ärzte in erforderlichen Fällen künftig ausschließlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen, muss die zur Erfüllung der Beratungspflicht erforderliche Datengrundlage bereitgestellt werden. Für Beratungen der Vertragsärztinnen und -ärzte zur Wirtschaftlichkeit der von ihnen verordneten Arzneimittel steht den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Daten nach § 300 Absatz 2 bereits eine geeignete Datengrundlage zur Verfügung. Die Rechenzentren nach Satz 2 sind bereits nach geltendem Recht zur Datenübermittlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen befugt, soweit dies für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen erforderlich ist. Damit die Kassenärztlichen Vereinigungen Beratungen in erforderlichen Fällen auch zu weiteren verordneten Leistungen wie zum Beispiel Heil- oder Hilfsmittel durchführen können, ist es nunmehr erforderlich, die Rechenzentren nach Satz 2 zu verpflichten, die Abrechnungsdaten der sie in Anspruch nehmenden Leistungserbringer nach Absatz 1 für diesen Zweck auf Anforderung an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln.

Analog den Regelungen des § 300 Absatz 2 erfolgt die Datenübermittlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen gegen einen dem Arbeitsaufwand entsprechenden Aufwandsersatz. Weiterhin wird gesetzlich vorgegeben, dass vor einer Verarbeitung der Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen der Versichertenbezug der übermittelten Daten durch eine von der Kassenärztlichen Vereinigung räumlich, organisatorisch und personell getrennten Stelle zu pseudonymisieren ist.

Zu Nummer 31

Zu § 303

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

Zu Nummer 32

Zu § 304

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 33

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.

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

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.

Ohnehin sieht § 295 Absatz 4 vor, dass Praxissoftware auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zukünftig durch die KBV zu zertifizieren ist. Dieser Prozess der Zertifizierung startet in Folge der Festlegung nach § 295 Absatz 4 Satz 3 nach dem 30. Juni 2020. Dies stellt eine Kontrolle der softwaretechnischen Anwendung der Regelungen und der Prüfmaßstäbe zur Kodierung sicher und stärkt somit die Manipulationsresistenz.

Zu Nummer 34

Zu § 318

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des Zweiten bis sechsten Abschnitts der 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 § 13 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.

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

Zu Nummer 35

Zu § 323

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts der RSAV. Die Änderung berücksichtigt, dass der Wortlaut des neuen § 18 Absatz 2, dessen Regelungsinhalt dem bisherigen § 41 Absatz 2 entspricht, geändert wurde.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts der RSAV.

Zu Nummer 36

Zu § 327

Die Übergangsregelung in § 327 stellt klar, dass auf den bestehenden, bereits gewählten Verwaltungsrat die dort genannte bis zum Inkrafttreten des Gesetzes geltende Vorschrift zur Größe des Verwaltungsrates bis zur nächsten Wahl weiterhin Anwendung findet.

Zu § 328

Die Übergangsregelung stellt klar, dass insbesondere die neuen Haftungsregelungen für die bis zum Inkrafttreten des Gesetzes bereits geschlossenen und in Abwicklung befindlichen Krankenkassen nicht gelten. Die Abwicklungsverfahren dauern bereits seit mehreren Jahren an und bis zur vollständigen Abwicklung sind noch lange Zeiträume veranschlagt. Die bei Schließung geltende Rechtslage soll einheitlich für den gesamten Abwicklungsprozess gelten.

Zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Soweit Änderungen der RSAV im Vergleich zu dem nach der Verordnung (EU) 2016/679 unmittelbar geltenden datenschutzrechtlichen Standard zusätzliche Bedingungen oder Einschränkungen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten oder von genetischen Daten vorsehen, sind diese von der Öffnungsklausel des Artikel 9 Absatz 4 der Verordnung (EU) 2016/679 gedeckt. Zum Begriff der Gesundheitsdaten gilt das unter Artikel 5 Ausgeführte.

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts.

Zu Nummer 2

Zu § 1

Zu Buchstabe a

In Absatz 3 wird die Nennung der See-Krankenversicherung, die nicht mehr existiert, gestrichen.

Zu Buchstabe b

Die bisherigen Absätze 4 und 5 sind aufgrund der Neustrukturierung und Rechtsbereinigung der RSAV nicht mehr erforderlich und werden aufgehoben.

Zu Nummer 3

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

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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. Die regionalen Merkmale dienen dem Ausgleich von regionalen Unterschieden in den standardisierten Leistungsausgaben, die nach Durchführung des RSA-Verfahrens ohne Regionalkomponente verbleiben (regionale Über- und Unterdeckungen). Auf Grundlage der Befugnis des Verordnungsgebers 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 sind 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 4

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.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

In Nummer 1 wird der Verweis auf die Leistungen nach § 22 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (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 Änderung berücksichtigt, dass nur Leistungen nach § 43 Absatz 1 SGB V Ermessensleistungen darstellen, 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. Zudem wird in Folge der Neufassung der §§ 2 und 3 und des Zweiten bis Sechsten Abschnitts der Bezug auf Versicherte, die wirksam in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind, angepasst.

Zu Doppelbuchstabe ee

Der Bezug auf wirksam eingeschriebene Versicherte wird entsprechend der Änderung in Nummer 10 angepasst. Die Bestimmung des Näheren durch den GKV-Spitzenverband ist im neuen § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 geregelt.

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. Zudem wird der Bezug auf in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebene Versicherte redaktionell angepasst. Zusätzlich wird die Bezugnahme auf § 43 SGB V auf den Absatz 1 beschränkt, da Leistungen nach § 43 Absatz 2 SGB seit dem 18. Dezember 2008 Pflichtleistungen sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung der Nummer 6.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Vorgabe in Nummer 6 bezieht sich auf § 269 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung und ist daher gegenstandslos.

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 5

Zu § 5

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

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu § 6

Als Teil der Neustrukturierung des RSAV wird der neue § 6 eingeführt und bestimmt die Verrechnung der Forderungen des Gesundheitsfonds gegen die Krankenkassen aufgrund von Vorschriften der RSAV mit den monatlichen Zuweisungen. Hiermit wird die derzeitige Regelung des § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6, der einen Säumniszuschlag bei verspäteter Zahlung und bei Bedarf die anschließende Verrechnung der offenen Beträge vorsah, ersetzt. Die grundsätzliche Verrechnung von Forderungen des Gesundheitsfonds gegen die Krankenkassen mit Ansprüchen auf Geldleistung der Krankenkassen ist aufgrund der Zuweisungssystematik aus dem Gesundheitsfonds möglich und sachgerecht, da sie zu einem vereinfachten Verwaltungsverfahren führt. Den Krankenkassen bleibt gemäß Absatz 2 Satz 1 die Möglichkeit erhalten, entsprechend dem derzeitigen § 39 Absatz 3a Satz 6 einen Antrag auf Verteilung der Verrechnung auf mehrere Ausgleichsmonate zu stellen. Aufgrund des Verrechnungszuschlags nach Absatz 2 Satz 3 ist die im derzeitigen § 39 Absatz 3a Satz 6 vorgesehene Prüfung der Liquidität der Krankenkasse dabei nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 6

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 §§ 7 bis 15a werden daher zusätzlich zur Neufassung der §§ 5 und 6 und des Zweiten bis Sechsten Abschnitts aufgehoben. Soweit sich die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auf die standardisierten Aufwendungen für Krankengeld beziehen, sind die bisherigen §§ 5 bis 7 und 10 weiterhin maßgeblich und gemäß dem neuen § 11 anwendbar.

Zu Nummer 7

Im Zuge der Neustrukturierung und Rechtsbereinigung der RSAV werden der Zweite bis Sechste Abschnitt unter Übernahme der maßgeblichen Regelungsinhalte des bisherigen Sechsten bis Neunten Abschnitts und mit einem neuen Abschnitt „Übergangsregelung“ neu gefasst.

Der neue Zweite Abschnitt „Datenmeldungen, Versichertenklassifikationsmodell und Gutachten“ entspricht weitgehend dem bisherigen Siebten Abschnitt. Die Überschrift wird präzisiert, da die im neuen Zweiten Abschnitt enthaltenen Regelungen das Verfahren der Durchführung des RSA betreffen. Der neue Dritte Abschnitt „Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds“ entspricht weitgehend dem bisherigen Achten Abschnitt. Die Überschrift wird angepasst, da das derzeitige RSA-Verfahren etabliert und eine Bezugnahme auf das Altverfahren nicht mehr erforderlich ist. Der neue Vierte Abschnitt „Aufbringung der Finanzmittel für den Innovationsfonds bei den Krankenkassen“ entspricht dem bisherigen Neunten Abschnitt. Der neue Fünfte Abschnitt „Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ entspricht dem bisherigen Sechsten Abschnitt. Die ursprüngliche Struktur der RSAV, bei der sich die Regelungen zum Zulassungsverfahren bei strukturierten Behandlungsprogrammen am Ende befanden, wird damit wieder hergestellt. Sofern die zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme geschlossenen Verträge auf die bisherigen Paragraphen der RSAV verweisen, bedarf es keiner unverzüglichen Anpassung an die neuen Paragraphennummern und Vorlage der Verträge gegenüber dem BVA nach § 137g Absatz 2 SGB V, weil es sich nicht um eine inhaltliche Änderung der Zulassungsanforderungen handelt.

Der neue Sechste Abschnitt „Übergangsregelung“ stellt nach Maßgabe des neuen § 266 Absatz 11 SGB V die Anwendbarkeit ausgewählter bisheriger Regelungen für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 klar und trifft eine weitere Übergangsregelung.

Zu § 7

Der neue § 7 entspricht weitgehend dem bisherigen § 30.

Zu Absatz 1

Satz 1 entspricht weitgehend dem bisherigen § 30 Absatz 1 Satz 1, wird aber sprachlich angepasst um zu verdeutlichen, dass sich die Regelung der Datenmeldungen für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA im neuen § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 SGB V findet. Im neuen § 7 Absatz 1 Satz 1 werden diese Vorgaben teilweise näher aufgeschlüsselt beziehungsweise es wird klargestellt, dass die Meldung nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und § 267 Absatz 2 kombiniert erfolgt. Der Begriff des Berichtsjahres war im bisherigen § 3

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Absatz 1 Satz 1 definiert und wird in Folge der Neufassung des § 3, der diese Definition nicht mehr enthält, im neuen Satz 1 bestimmt.

Satz 1 Nummer 6 wird als Folgeänderung zum neuen § 267 Absatz 2 SGB V und mit redaktionellen Folgeänderungen angepasst.

Satz 1 Nummer 7 stellt wie bisher klar, dass für die Meldung nach dem neuen § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 die Vorgabe des neuen § 266 Absatz 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 4 gilt.

Die bisherige Nummer 10 ist aufgrund ihres Bezugs auf die Jahre 2008 und 2009 und aufgrund der bisherigen Nummer 11 gegenstandslos und wird daher nicht übernommen.

Der amtliche Gemeindeschlüssel wird in Nummer 11 nach Maßgabe des neuen § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V als Bestandteil der regulären Datenmeldungen nach Absatz 1 aufgeführt.

Die Vorgabe des bisherigen Satz 3 bezieht sich auf die Vorbereitung der konkreten Ausgestaltung des derzeitigen RSA-Verfahrens und ist daher gegenstandslos. 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 Rabattfaktors 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 Rabattfaktor 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 Arzneimittelrabattfaktors je Krankenkasse und verbessert so die Wettbewerbsbedingungen.

Mit dem neuen Satz 4 wird bestimmt, dass die Datenübermittlung für den Zweck der Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e SGB V keine Daten zur Höhe der Rabatte enthält.

Unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Vertraulichkeit der Rabatthöhe wird mit dem neuen Satz 5 sichergestellt, dass die Daten zur Höhe der Rabatte durch den GKV-Spitzenverband und das BVA ausschließlich für die Durchführung des RSA verarbeitet werden und durch den GKV-Spitzenverband zudem ausschließlich zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben nach § 217f Absatz 7 SGB V verarbeitet werden. Insbesondere dürfen Dritte keine Kenntnis der Daten zur Höhe der Rabatte erlangen. Nach § 217f Absatz 7 SGB V kann der GKV-Spitzenverband für Erstattungsbetragsvereinbarungen nach § 130b SGB V die Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 SGB V verarbeiten.

Der neue Satz 6 regelt, dass der GKV-Spitzenverband eine Meldung der Leistungsausgaben im Bereich der Arzneimittel ohne Berücksichtigung der Abschläge und Rabatte nach §§ 130, 130a und 130c SGB V anonymisiert je Versicherten sowie nicht versichertenbezogen eine aggregierte Meldung der Beträge nach Satz 3 erhält, um diese nach § 217f Absatz 7 SGB V zur Erfüllung seiner Aufgaben verarbeiten zu können.

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht weitgehend dem bisherigen § 30 Absatz 2. Dessen Satz 1 wurden nicht übernommen, da sich die Pseudonymisierungsvorgabe zu den für den RSA zu übermittelnden Daten bereits aus dem neuen § 267 Absatz 3 Satz 1 SGB V und dem neuen Absatz 5 Satz 1 und Satz 2 ergibt.

Im neuen Satz 1 werden die verschiedenen Zwecke, für die die Daten nach Absatz 1 Satz 1 verwendet werden dürfen, klarstellend aufgenommen. 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. beziehungsweise § 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 beziehungsweise 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 nach Absatz 1 Satz 1 zu übermittelnden Daten bezieht.

Die Vorgabe zur Aufbewahrung der Datengrundlage für den RSA, die sich im bisherigen § 30 Absatz 2 Satz 6 in Verbindung mit dem bisherigen § 3 Absatz 7 Satz 2 und 3 fand, wird angepasst. Dabei wurde berücksichtigt, dass personenbezogene Daten zu löschen sind, wenn sie nicht mehr für den Zweck der Verarbeitung erforderlich sind. Zur Sicherung der Integrität der Datengrundlage des RSA müssen die für die Durchführung des RSA gemeldeten Daten so lange zur Verfügung stehen, wie sie für die Prüfung nach § 20 und § 273 SGB V benötigt werden. Daher wird bestimmt, dass die Daten mit Ablauf des der Prüfung nach § 273 Absatz 2 Satz 1 SGB V folgenden Kalenderjahres zu löschen sind. Dies ist sachgerecht, da die Prüfung nach § 273 Absatz 2 Satz 1 nicht im Ermessen des BVA steht und für jedes Berichtsjahr zu erfolgen hat. Durch den Bezug auf das der Prüfung folgende Jahr erhält das BVA genügend Zeit, um die Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 3 und 4 SGB V vorzubereiten und gegebenenfalls die notwendige Verlängerung der Aufbewahrungsfrist im Einzelfall nach dem neuen Absatz 2 Satz 4 festzustellen. Sollte die Prüfung eines Berichtsjahres nach § 20 Absatz 1 Satz 1 der Prüfung nach § 273 Absatz 2 Satz 1 zeitlich folgen, erhält das BVA ebenfalls die Möglichkeit, die Aufbewahrungsfrist für die Daten nach Satz 3 zu verlängern.

Zu Absatz 3

Der Wortlaut des Absatzes 3 wird aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 1 Absatz 4 redaktionell angepasst. Auf Grundlage der Verordnungsermächtigung nach dem neuen § 267 Absatz 4 Satz 1 SGB V wird die Festlegung der zeitlichen Zuordnung des amtlichen Gemeindeschlüssels des Wohnorts an den GKV-Spitzenverband übertragen. Dies entspricht der Regelung des bisherigen § 268 Absatz 4 Satz 2 SGB V.

Die dem neuen § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V entsprechende Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes, das Nähere zur Übermittlung der Daten nach Absatz 1 Satz 1 zu bestimmen, wird nicht übernommen, da sie hier nicht wiederholt werden muss.

Zu Absatz 4

Absatz 4 Satz 1 wird mit redaktionellen Folgeänderungen zu den Anpassungen in Absatz 1 Satz 1 und zum neuen Absatz 5 neu gefasst.

Die RSA-Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 werden dem BVA in Form einer Erstmeldung und zu einem späteren Zeitpunkt in korrigierter Fassung als Korrekturmeldungen übermittelt. Mit der Neufassung des Satzes 2, die auch der Übersichtlichkeit dient, wird in Nummer 2 eine Korrekturmeldung auch für die im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben eingeführt. Da mit Einführung eines Risikopools Leistungsausgaben unmittelbar zahlungsbegründend werden, ist eine Korrektur der Datenmeldung erforderlich. Die korrigierte Meldung der Leistungsausgaben nach der neuen Nummer 2 ist dem BVA bis zum 15. April des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres zu übermitteln. Dies ist erforderlich, um eine Berücksichtigung in der Korrektur des Jahresausgleichs zu ermöglichen. Die Korrekturmeldung der Leistungsausgaben wird verwendet, um im Rahmen der Kor-

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

rektur des Jahresausgleichs zum einen den Risikopoolausgleichsbetrag zu korrigieren und zum anderen zur Neuberechnung der Risikozuschläge und der Zuweisungen für standardisierte Verwaltungskosten. Zeitlich erfolgt dies ein Jahr nach Durchführung des Jahresausgleiches.

Die gegenstandslose Vorgabe des bisherigen Satzes 3, die sich auf das Berichtsjahr 2005 bezieht, wird nicht übernommen. Der bisherige § 30 Absatz 4 Satz 6 findet sich in Absatz 5.

Zu Absatz 5

In Absatz 5 wird die Regelung des bisherigen § 3 Absatz 4 zur Plausibilisierung der Daten durch den GKV-Spitzenverband, die bislang über den Verweis in Absatz 4 Satz 1 anwendbar war, eingefügt. Die ebenfalls im bisherigen § 3 Absatz 4 geregelte Zurückweisungsbefugnis des BVA ist bereits im Absatz 4 enthalten. Neben einer sprachlichen Anpassung aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 1 Absatz 4 wird der bisherige § 30 Absatz 4 Satz 6 aufgrund des Sachzusammenhangs neu angefügt. Die Vorgabe einer Aufbewahrung für 32 Monate wird aber gestrichen. Die Daten sind zu löschen, wenn sie nicht mehr für die Erfüllung der Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes erforderlich sind. Dieser hat zum Beispiel nach dem neuen § 8 Absatz 4 Satz 1 oder nach dem neuen § 273 Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 Satz 4 SGB V eine Stellungnahme abzugeben.

Zu Absatz 6

Der neue Absatz 6 entspricht dem bisherigen § 30 Absatz 5.

Zu § 8

Der neue § 8 entspricht weitgehend dem bisherigen § 31. 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 hierzu 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 Ökonominnen 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 Absatz 4 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.

Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2018 ist festgestellt worden, dass sich die Zusammensetzung der relevanten Regionalvariablen im Zeitverlauf ändern kann und die Variablenselektion entsprechend

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

regelmäßig überprüft werden muss. Das BVA trifft nach den neuen Sätzen 1 und 4 bis 7 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 aus dem Jahr 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 die regionalen kassenbezogenen Über- und Unterdeckungen aufweisen, die nach Durchführung des RSA ohne Regionalkomponente verbleiben. Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2018 hat sich gezeigt, dass mit zehn Variablen, die die höchste statistische Signifikanz aufweisen, ein Großteil der potenziell möglichen statistischen Erklärungskraft erreicht wird. Beim Hinzuziehen weiterer Variablen würde sich diese nur unwesentlich weiter erhöhen. Soweit Angebotsvariablen zu den statistisch signifikantesten Variablen gehören, entfallen diese ersatzlos. Sie werden nicht berücksichtigt, weil es zu problematischen Anreizeffekten führen kann, sobald durch ein Überangebot beeinflusste Mehrausgaben durch die Regionalkomponente ausgeglichen würden. 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 aus dem Jahr 2018 werden diese Variablen direkt in den RSA aufgenommen.

Mit dem neuen Satz 8 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 Absatz 5

Absatz 5 Satz 2 wird in Folge der Neufassung des § 2 und der Aufhebung des bisherigen § 29 redaktionell angepasst. Eine inhaltliche Änderung wird hierdurch nicht bewirkt, da weiterhin Bezug auf die Risikogruppen, die nach der Morbidität der Versicherten zugeordnet werden, genommen wird.

Zu § 9

Der neue § 9 entspricht dem bisherigen § 32. Es werden redaktionelle Folgeänderungen in Folge der Umstrukturierung und Rechtsbereinigung der RSAV, insbesondere der Anpassungen des § 3 und der Aufhebung der bisherigen §§ 6 bis 28, vorgenommen.

Zu § 10

Der neue § 10 entspricht - mit redaktionellen Anpassungen in Folge der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts - dem bisherigen § 33a. Der bisherige § 33 wird lediglich als Bezugspunkt für die inhaltlichen Vorgaben bei der Erstellung der Folgegutachten nach § 269 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benötigt und daher nicht übernommen.

Zu § 11

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

Zu § 12

Der neue § 12 entspricht weitgehend dem bisherigen § 36. In Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 werden die Verweise entsprechend der Änderungen des § 266 SGB V angepasst. Die Bereinigungsvorgabe im bisherigen § 36 Absatz 1 Satz 1 entfällt in Folge des neuen § 15 Absatz 8.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Die gegenstandslosen Vorgaben zu den Jahren 2009 und 2011 im bisherigen § 36 Absatz 3 Satz 1 und 2 sowie Absatz 4 werden nicht übernommen.

Zu § 13

Der neue § 13 entspricht weitgehend dem bisherigen § 37. Es werden redaktionelle Anpassungen in Folge der Änderungen des § 266 SGB V und der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts vorgenommen und gegenstandslose Vorgaben zu den Jahren 2011 und 2012 gestrichen.

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 1 Satz 3 bestimmt, dass bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben im Jahresausgleich nach Morbidität abweichend von Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 zur Höhe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 SGB V die Höhe des Risikopoolausgleichsbetrags nach § 268 Absatz 4 SGB V zu addieren ist. Da mit Einführung des Risikopools im Jahresausgleich die Risikopoolausgleichsbeträge nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen sind, würde sich ansonsten das Volumen der standardisierten Leistungsausgaben und folglich auch das Volumen der daraus abgeleiteten Zuweisungen für Verwaltungsausgaben verringern. Dies wäre nicht sachgerecht, da die Risikopoolausgleichsbeträge eindeutig einen Morbiditätsbezug aufweisen und gleichzeitig die Krankenkassen für Hochkostenfälle einen erhöhten Verwaltungsaufwand haben.

Der bisherige § 37 Absatz 2 hat keine Anwendung gefunden und ist daher aufzuheben. Der neue Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt die Anpassung des § 318 SGB V, nach der die Feststellung des ausreichenden Nachweises künftig auf die Überprüfung der Rechnungslegung und des Jahresabschlusses zu begrenzen ist.

Der neue Absatz 2 Satz 3 trifft eine abweichende Regelung zur Ermittlung der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben nach Absatz 1 Satz 2 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 § 14

Es werden die näheren Vorgaben zur Durchführung des Risikopoolverfahrens 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. Die jährliche Anpassung des Schwellenwertes erfolgt anhand der Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten. Zu deren Berechnung ist die Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr abzuwarten. Auf dieser Datengrundlage berechnet das BVA die Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten und passt den Schwellenwert entsprechend an. Zeitlich ergibt sich daraus, dass die Festlegung des Schwellenwertes durch das BVA erst im auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahr möglich ist.

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 § 7 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.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu Absatz 3

Das BVA berechnet die Zuweisungen an die Krankenkassen über den Risikopool. Die Durchführung des Risikopoolverfahrens erfolgt im Rahmen der Berechnung des Jahresausgleichs. Hierbei ist zunächst die Ermittlung der Ausgleichsbeträge des Risikopools vorzunehmen, da diese bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben für den RSA nicht zu berücksichtigen sind.

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 § 18 Absatz 5 zu korrigieren.

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 § 15

Der neue § 15 trifft die Vorgaben für die Zuweisungen nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und bestimmt zudem in Umsetzung des neuen § 270 Absatz 4 SGB V das Verfahren der Zuweisung von Pauschalen für die Teilnahme der Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen.

Zu Absatz 1

Zur Förderung von Präventionsmaßnahmen erhält die Krankenkasse jährlich für jeden Versicherten eine Pauschale, wenn eine in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehene ärztliche Leistung der Mutterschaftsvorsorge oder Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung, eine zahnärztliche Leistung der Früherkennungsuntersuchung oder Individualprophylaxe oder eine Schutzimpfung in Anspruch genommen und vom Leistungserbringer zu Lasten der Krankenkasse erbracht und abgerechnet wurde. Maßnahmen, deren Inanspruchnahme die Zuweisung im Rahmen der Vorsorgepauschale auslösen, sind somit beispielsweise die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche gemäß § 26 SGB V, die Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene gemäß § 25 Absatz 1 SGB V und zur Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß §§ 25 Absatz 2 und 25a SGB V (zum Beispiel Darmkrebs-Screening) oder Zahnvorsorgeuntersuchungen. Die Krankenkassen erhalten auch dann eine Zuweisung im Rahmen der Vorsorge-Pauschale, wenn die genannten Leistungen außerhalb der gesamtvertraglichen Regelversorgung erbracht und zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Voraussetzung ist dann, dass der Leistungsinhalt der selektivvertraglichen Leistungen die benannten Leistungen der Regelversorgung umfasst. Nimmt ein Versicherter in einem Jahr mehrere nach § 270 Absatz 4 SGB V geförderte Leistungen in Anspruch, erhält die Krankenkasse nur einmalig die Pauschale der jeweils höheren Stufe.

Die Höhe der Pauschale für jede Stufe wird jährlich vom BVA festgelegt. Durch den jährlichen Rhythmus können Veränderungen in den zuweisungsrelevanten Präventionsmaßnahmen, wie beispielsweise die Aufnahme einer neuen Früherkennungsmaßnahme in die Regelversorgung oder die Anpassung der Bewertung einer bereits im EBM etablierten Vorsorgemaßnahme berücksichtigt werden.

Die Finanzierung der Zuweisungen nach Absatz 1 erfolgt über die Berücksichtigung bei der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen im Jahresausgleich gemäß § 18 Absatz 2. Daher ist keine Bereinigung der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen um die für die Pauschale aufgewendeten Mittel notwendig.

Zu Absatz 2

Die Pauschale ist dreistufig gestaltet, um eine Orientierung an den unterschiedlichen Kosten der Präventionsmaßnahmen zu ermöglichen. Die in § 270 Absatz 4 SGB V genannten Leistungen werden, sofern sie im EBM oder BEMA 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

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

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.

Zu Absatz 3

Die Pauschale dient nicht zur Ausgabendeckung für die Krankenkassen. Es handelt sich um einen zusätzlichen finanziellen Anreiz für die Krankenkassen, die Leistungsinanspruchnahme bei ihren Versicherten zu fördern. Als Grundlage für die Kalkulation der Pauschale für jede Stufe werden die Durchschnittskosten der in der jeweiligen Stufe enthaltenen Leistungen herangezogen. Die Durchschnittskosten dienen dabei lediglich als Bezugsgröße für die Berechnung. Die zentralen Ziele der Anreizsetzung ohne Kostendeckung werden mithilfe einer oberen und einer unteren Grenze für die Höhe der Pauschale für jede Stufe konkretisiert. Als obere Grenze für die Höhe der Pauschale in jeder Stufe gilt, dass die Pauschale maximal 50 Prozent der Kosten der Leistung mit den geringsten Kosten der jeweiligen Stufe betragen soll. Dadurch wird ausgeschlossen, dass im Rahmen einer Stufe die Pauschale die Kosten einer Leistung übersteigt. Als untere Grenze für die Höhe der Pauschale gilt, dass diese in einem angemessenen Verhältnis zur Leistung mit der höchsten Bewertung der jeweiligen Stufe stehen soll. Damit sind beispielsweise Pauschalen in Höhe eines sehr geringen Centbetrages ausgeschlossen.

Zu Absatz 4

Die Bekanntgabe der Gruppeneinteilung und der Höhe der Pauschale für das jeweilige Ausgleichsjahr erfolgt durch das BVA bis zum 30. April des jeweiligen Ausgleichsjahres.

Zu Absatz 5

Der neue Absatz 5 entspricht dem Regelungsinhalt des bisherigen § 38 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1. Der neue Satz 1 berücksichtigt, dass der bisherige § 2 Absatz 1 Satz 3 im Zuge der Rechtsbereinigung der RSAV nicht übernommen wurde. Der neue Satz 2 entspricht dem bisherigen § 38 Absatz 1 Satz 2. Der Regelungsgedanke des neuen Satz 3 fand sich bislang im bisherigen § 2 Absatz 1 Satz 4. Satz 3 bestimmt, dass die Krankenkasse bei der Einschreibung eines Versicherten in zwei strukturierte Behandlungsprogramme für den identischen Meldezeitraum nur eine Zuweisung erhält. Dies gilt entsprechend nicht, wenn Versicherte während eines Ausgleichsjahres in unterschiedlichen Zeiträumen in verschiedene Behandlungsprogramme eingeschrieben waren. Der neue Satz 4 übernimmt die Vorgabe des bisherigen § 38 Absatz 2 Satz 1 zur Bestimmung der Höhe der DMP-Programmkostenpauschale durch den GKV-Spitzenverband und die bislang in § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 enthaltene Vorgabe zur Bestimmung des Näheren zu den Aufwendungen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 Satz 1 benennt die aus dem neuen § 270 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V folgenden versichertenbezogenen Datenmeldungen. Durch Satz 2 wird auf die Verfahrensvorgaben zu den Datenmeldungen für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA verwiesen.

Zu Absatz 7

Durch Absatz 7 wird konkretisiert, unter welchen Voraussetzungen für den Zweck der Zuweisungen nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V von einer wirksamen Einschreibung von Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm auszugehen ist. Änderungen gegenüber dem geltenden Recht ergeben sich hierdurch nicht.

Zu Absatz 8

Soweit die vom GKV-Spitzenverband festzulegende Zuweisung für strukturierte Behandlungsprogramme Anteile zur Deckung berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben und Verwaltungskosten enthält, sind diese bei der Ermittlung der Zuweisungen nach dem neuen § 266 Absatz 3 SGB V und dem neuen § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 zu bereinigen. Im neuen Absatz 8 werden die Vorgaben zusammengefasst, die sich im bisherigen § 36 Absatz 1 Satz 1 zur Ermittlung der Grundpauschale, im bisherigen § 37 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zur Ermittlung der Zuweisungen für Verwaltungskosten, im bisherigen § 40 Absatz 1 Nummer 2 zur Ermittlung der

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

mitgliederbezogenen Veränderung der monatlichen Zuweisungen und im bisherigen § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 zur Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen im Jahresausgleich fanden. Dies führt zu keiner Rechtsänderung. Die zentrale Regelung im neuen Absatz 7 dient aber der Übersichtlichkeit.

Zu § 16

Der neue § 16 entspricht dem bisherigen § 39. Es werden redaktionelle Anpassungen in Folge der Umstrukturierung und Rechtsbereinigung der RSAV, insbesondere der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts, vorgenommen.

In Absatz 2 wird der gegenstandslose Verweis auf den bisherigen § 3 Absatz 6 Satz 4 und 5 gestrichen und die bisherige Vorgabe zum Jahr 2010 aufgehoben.

Der neue Absatz 4 übernimmt die Sätze 1 und 2 des bisherigen § 39 Absatz 3a. Der bisherige § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 5 wird in Folge der Einfügung des neuen § 6 nicht übernommen. Der neue Absatz 4 Satz 3 regelt die Bescheidung der Beträge, die die Krankenkassen zu erhalten haben oder dem Gesundheitsfonds schulden.

Zu § 17

Der Regelungsinhalt des neuen § 17 entspricht dem des bisherigen § 40. Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit, und um das Zuweisungsvolumen an die Krankenkassen in einem Ausgleichsjahr ausdrücklich zu benennen, werden die Inhalte der einzelnen Absätze ohne Änderung der rechtlichen Vorgaben umstrukturiert. Zudem werden gegenstandslose Vorgaben zu den Jahren 2010 und 2011 nicht übernommen.

Der neue Absatz 1 bestimmt weiterhin, dass die Differenz zwischen den voraussichtlichen, bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds und den voraussichtlichen, standardisierten Ausgaben der Krankenkassen im Voraus für ein Ausgleichsjahr ermittelt und durch Anpassung der monatlichen Zuweisungen mitgliederbezogen und damit wettbewerbsneutral auf die Krankenkassen verteilt wird.

Der neue Absatz 2 entspricht der Regelung des bisherigen § 40 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 als Teil des Berechnungsverfahrens. Zugleich wird klargestellt, dass das Zuweisungsvolumen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds in einem Ausgleichsjahr den voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds auf Grundlage der Prognose entspricht, die das BMG der Beitragssatzfestlegung gemäß § 242a SGB V für das betreffende Ausgleichsjahr zugrunde gelegt hat. Das Zuweisungsvolumen für die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 SGB V wird gemindert durch Ausgaben, die aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds zu tragen sind. Hier wird die Vergütung des Wissenschaftlichen Beirats für die Erstellung von Gutachten nach dem neuen § 266 Absatz 10 SGB V entsprechend dem neuen § 8 Absatz 3 Satz 4 ergänzt.

Der neue Absatz 3 entspricht der Regelung des bisherigen § 40 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 als Teil des Berechnungsverfahrens.

Der neue Absatz 4 entspricht dem bisherigen § 40 Absatz 2.

Zu § 18

§ 18 entspricht weitgehend dem bisherigen § 41. Aufgrund der Änderungen des § 266 SGB V und der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts werden redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird in Folge der Änderung des § 266 Absatz 1 SGB V angepasst. Der Begriff „risikoadjustierte Zu- und Abschläge“ umfasst die Berücksichtigung aller in § 2 Absatz 1 Satz 2 genannten Risikomerkmale. Die bisherige Nummer 2 wird aus redaktionellen Gründen aufgeteilt, damit der Verweis in Absatz 5 sich zutreffend auf die Zuweisungen nach den neuen §§ 266 Absatz 3 und 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bezieht.

Satz 3 wird in Folge der Neufassung des § 2 angepasst. 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 Mitglieder auf Krankengeld zugeordnet werden.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

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 Ausgleichsfaktoren 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.

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 die geringe Anzahl zugeordneter Versichertentage verzerrt würden beziehungsweise 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.

Mit dem neuen Satz 5 wird bestimmt, dass die über den Risikopool auszugleichenden Beträge nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im Jahresausgleich zu berücksichtigen sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht weitgehend dem bisherigen § 41 Absatz 2, wurde aber in Folge der Neufassung des neuen § 17 und für eine verbesserte Übersichtlichkeit neu gefasst. 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 nun auch die Höhe der Zuweisungen nach dem neuen § 270 Absatz 4 SGB V und die Höhe der Ausgleichsbeträge über den Risikopool nach dem neuen § 268 SGB V zu berücksichtigen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht dem bisherigen § 41 Absatz 3 mit redaktionellen Anpassungen.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird aufgrund des neuen § 6 der bisherige § 41 Absatz 4 Satz 4 nicht übernommen und stattdessen eine dem neuen § 16 Absatz 4 Satz 3 entsprechende Vorgabe angefügt. Der Wortlaut des Satzes 2 wird redaktionell angepasst, um ihn dem neuen § 16 Absatz 4 Satz 1 anzugleichen.

Zu Absatz 5

Durch die Anpassung in Absatz 5 Satz 1 in Verbindung mit dem neuen § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2, nach dem zukünftig auch eine Korrekturmeldung der Leistungsausgaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 erfolgt, wird bewirkt, dass die Korrektur des Jahresausgleichs zukünftig auch eine Neuberechnung der Risikozuschläge umfasst.

Die Anpassungen sind erforderlich, da die Leistungsausgaben im Risikopool unmittelbar zahlungsbegründend werden und sich eine mit deren Korrekturmeldung ergebende etwaige (Nicht-)Berücksichtigung von Leistungsausgaben im Risikopool auch unmittelbar auf die risikoadjustierten Zuschläge im RSA auswirken kann. Diese sind daher im Rahmen der Korrektur des Jahresausgleichs neu zu berechnen. Ebenfalls neu zu berechnen sind die Zuweisungen für standardisierte Verwaltungskosten. Das BVA gibt gemäß dem neuen Satz 2 die korrigierten Werte in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen mit, um welchen Betrag ihre Zuweisungen zu korrigieren sind.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu § 19

Das Verfahren, nach dem die gemäß dem neuen § 18 Absatz 1 Satz 4 auszuschließenden HMG bestimmt werden, ist im neuen § 19 geregelt.

Zu Absatz 1

Das BVA ermittelt die auszuschließenden HMG. Es gibt die Berechnungswerte des Ausschlussverfahrens in geeigneter Weise zum Jahresausgleich bekannt. Dazu gehören insbesondere die Schwellenwerte (Verhältnis der HMG-individuellen zur durchschnittlichen Risikogruppenbesetzung sowie zur absoluten Steigerung der Risikogruppenbesetzung), die Aufzählung der zehn Prozent der HMG, die das Kriterium 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.

Zu Absatz 2

Die Risikogruppenbesetzung auf Grundlage der für den Jahresausgleich maßgeblichen Daten ist der erste Bezugspunkt der Berechnung nach Absatz 4.

Zu Absatz 3

Die Risikogruppenbesetzung auf Grundlage der Daten, die den maßgeblichen Festlegungen nach dem neuen § 8 Absatz 4 Satz 1 zugrunde lagen, ist der zweite Bezugspunkt der Berechnung nach Absatz 4.

Zu Absatz 4

Für die Festlegung der auszuschließenden HMG 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 HMG 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, wird für das Verfahren eine Schwelle für die absolute Steigerung der Risikogruppenbesetzung festgeschrieben. Dieser Schwellenwert beträgt 0,05 Prozent der Versichertentage in der GKV zum Jahresausgleich. 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.

Zu Absatz 5

Im Anschluss an das Verfahren nach Absatz 4 ermittelt das BVA für die verbleibenden HMG das jeweilige Zuweisungsvolumen (Risikozuschläge multipliziert mit Versichertentagen im Jahresausgleich). Von den im ersten Schritt ermittelten HMG werden in jedem Jahresausgleich diejenigen von der Neuberechnung der Zuschläge nach § 18 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 HMG 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 § 8 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.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu Absatz 6

In dem Ausschlussverfahren sollen HMG, deren Wachstumsraten aus medizinischen Gründen (wie zum Beispiel 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 31. August des Kalenderjahres, in dem der Jahresausgleich durchgeführt wird, dem BVA mit entsprechenden Begründungen mitzuteilen. Das BVA berücksichtigt diese HMG nicht im Ausschlussverfahren.

Zu Absatz 7

Um das Ausschlussverfahren weiterzuentwickeln, kann das BMG den Wissenschaftlichen Beirat beauftragen, die Wirkung des Verfahrens zu untersuchen und Empfehlungen hinsichtlich der Schwellenwerte bezüglich des Verhältnisses der HMG-individuellen zur durchschnittlichen Risikogruppenbesetzung sowie zur absoluten Steigerung der Risikogruppenbesetzung zu geben. Das BVA kann unter Berücksichtigung der Beiratsempfehlungen die Schwellenwerte anpassen.

Zu § 20

§ 20 entspricht weitgehend dem bisherigen § 42. Es werden redaktionelle Anpassungen aufgrund der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts vorgenommen. Der bisherige § 42 Absatz 6 ist gegenstandslos.

Durch die Anpassung in Absatz 1 Satz 1 wird der Prüfzyklus von zwei auf drei Jahre verlängert und bei der Prüfung wird entsprechend auf die Daten aus einem der drei zuletzt nach § 18 abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre abgestellt. Dies dient der Aufwandsverringerung für das BVA, da die Prüfungen bislang eine sehr hohe Datenqualität ergeben haben. Wie bisher wird die jeweils endgültige maßgebliche Datenmeldung geprüft: So ist bei der Prüfung nach Satz 1 Nummer 1 auf die Korrekturmeldung im zweiten dem Berichtsjahr folgenden Jahr und bei der Prüfung nach Satz 1 Nummer 2 auf die Korrekturmeldung im dritten dem Berichtsjahr folgenden Jahr abzustellen. Nach dem neuen Absatz 1 Satz 3 legen die Prüfdienste im Einvernehmen mit dem BVA die zeitlichen Abstände der Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 fest, die mindestens alle drei Jahre zu erfolgen hat. Wie nach dem bisherigen § 42 Absatz 1 Satz 2 kann die zeitliche Prüfintensität damit bei Bedarf – zum Beispiel bei geringerer Datenqualität – wieder verstärkt werden.

Da keine gesonderte Risikogruppe für Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit gemindert ist, mehr zugeordnet wird, ist die Prüfung der Richtigkeit der entsprechenden Daten nicht mehr erforderlich. Die Meldung des amtlichen Gemeindeschlüssels nach dem neuen § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 wird durch die Anpassung in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in die Prüfungen der Versichertentage aufgenommen, da der Wohnort eines Versicherten bei der Zuordnung der neuen Risikogruppe nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 herangezogen wird. Der bisherige § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 wird als neuer § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 weiterhin geprüft.

Der in der Meldung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 enthaltene Arztgruppenschlüssel ist nicht zu überprüfen, da dieser nach dem neuen § 267 Absatz 2 SGB V für die Weiterentwicklung des RSA an das BVA übermittelt wird.

Mit Einführung des Risikopools werden versichertenbezogene Leistungsausgaben unmittelbar zahlungsbegründend. Sie sind daher bei den Versicherten, für die Ausgleichsbeträge aus dem Risikopool gezahlt werden, einer jährlichen Prüfung durch die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen zu unterziehen. Dies wird durch den neuen Absatz 1 Satz 2 bestimmt. Die Prüfung erfolgt jährlich für die zuletzt durchgeführte Korrektur des Risikopools. Hierbei ist insbesondere eine Prüfung der Belege der Leistungsausgaben und des dazugehörenden Bezugsjahres erforderlich.

Der neue Absatz 4 wird dabei sprachlich angepasst, da der bisherige § 3 Absatz 3 Satz 7 und 8 im Zuge der Rechtsbereinigung aufgehoben wurde.

Die Ausnahmeregelung in Absatz 5 Satz 3, wonach das BVA im Benehmen mit dem GKV-SV bestimmen kann, dass eine Hochrechnung der festgestellten fehlerhaften oder nicht plausiblen Fällen nur dann vorzunehmen ist, wenn eine bestimmte Quote überschritten wird, gilt nicht für die Prüfung der Risikopoolfälle. Hier ist vor dem

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Hintergrund, dass Leistungsausgaben im Risikopool unmittelbar zahlungsbegründend werden, immer eine Hochrechnung der festgestellten fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle auf die der jeweiligen Stichprobe zugrunde liegende Grundgesamtheit vorzunehmen.

Die Berücksichtigung der Zinserträge ist im neuen Absatz 6 Satz 2 nicht mehr vorgesehen. Damit entfällt die Notwendigkeit, die Einnahmen aus Korrekturbeträgen gesondert anzulegen.

Zu § 21

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 feststellt oder schätzt. Der Sanktionscharakter des Korrekturbetrags wird durch den Strafzuschlag aufrechterhalten.

Zu Absatz 1

Um das Verfahren effizienter zu gestalten, werden nur noch die Korrekturmeldungen nach § 7 Absatz 4 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 2

Der Korrekturbetrag wird entweder durch Feststellung der rechtswidrig gemeldeten Datenmenge oder durch ein Fortschreibungsverfahren auf Grundlage der letzten unbeanstandeten Datenmeldung einer Krankenkasse ermittelt. Die durchschnittliche Entwicklung bei allen am RSA teilnehmenden Krankenkassen wird bei dem Fortschreibungsverfahren berücksichtigt, um insbesondere die Gesamtentwicklung von Diagnosezahlen bei den Versicherten miteinbeziehen zu können. Der Sanktionszuschlag nach Satz 3 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 nach geltendem Recht die Vorstandsmitglieder der Krankenkasse persönlich zum Ersatz des durch den Sanktionszuschlag entstehenden Schadens verpflichtet.

Zu Absatz 3

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

Zu § 22

Der neue § 22 entspricht dem bisherigen § 43 mit redaktionellen Anpassungen an die Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts.

Zu § 23

Der neue § 23 entspricht dem bisherigen § 44 mit redaktionellen Anpassungen an die Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts.

Zu § 24

Der neue § 24 entspricht dem bisherigen § 28d.

In Absatz 1 Nummer 2 wird die bisherige Begriffstrias der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung an die neue Begriffsbestimmung durch Artikel 4 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2016/679 redaktionell angepasst. 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.

In Absatz 1 Nummer 3 erfolgt eine redaktionelle Anpassung an die Begriffsbestimmungen des Artikels 4 Nummer 2 und 3 der Verordnung (EU) 2016/679. Danach umfasst der Begriff des Verarbeitens die bisher in § 67 SGB

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

X-a.F. beziehungsweise § 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 beziehungsweise 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 beziehungsweise 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. Inhaltliche Änderungen ergeben sich hierdurch nicht.

Es bedarf keiner unverzüglichen Anpassung der zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme geschlossenen Verträge an die neue Terminologie und keiner unverzüglichen Vorlage gegenüber dem BVA nach § 137g Absatz 2 SGB V, weil es sich nicht um inhaltliche Änderungen der Zulassungsanforderungen handelt.

Zudem wird ergänzt, dass die Versicherten auch elektronisch bestätigen können, dass sie die in Absatz 1 Nummer 3 genannten Informationen erhalten haben.

Zu § 25

Der neue § 25 entspricht dem bisherigen § 28f. Die Anpassung der Überschrift ist eine Folgeänderung zur Anpassung der Terminologie im neuen § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 SGB V.

In Absatz 1 Nummer 1 erfolgt eine redaktionelle Anpassung an die Begriffsbestimmungen des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679. Danach umfasst der Begriff des Verarbeitens die bisher in § 67 SGB X-a.F. beziehungsweise § 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 beziehungsweise 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 beziehungsweise die Ärztin am Ort der Leistungserbringung in den Erst- und Folgedokumentationen erhoben wurden. Inhaltliche Änderungen ergeben sich hierdurch nicht.

In Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c erfolgt eine redaktionelle Anpassung an die Begriffsbestimmungen des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679. Danach umfasst der Begriff des Verarbeitens die bisher in § 67 SGB X-a.F. beziehungsweise § 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 beziehungsweise 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 Ärzte 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. Inhaltliche Änderungen ergeben sich hierdurch nicht.

Es bedarf keiner unverzüglichen Anpassung der zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme geschlossenen Verträge an die neue Terminologie und keiner unverzüglichen Vorlage gegenüber dem BVA nach § 137g Absatz 2 SGB V, weil es sich nicht um inhaltliche Änderungen der Zulassungsanforderungen handelt.

Zu § 26

Der neue § 26 entspricht dem bisherigen § 28h.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu § 27

Der neue § 27 Absatz 1 Nummer 1 und 2 stellt klar, dass gemäß der Vorgabe des neuen § 266 Absatz 11 Satz 1 SGB V für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 weiterhin eine gesonderte Risikogruppe für Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 SGB VI gemindert ist, gebildet wird und die Krankheitsauswahl nach dem bisherigen § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V erfolgt.

In Absatz 1 Nummer 3 wird klargestellt, dass die dort benannten Vorgaben gemäß der Vorgabe des neuen § 266 Absatz 11 Satz 1 SGB V für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nicht anzuwenden sind.

In Absatz 2 wird bestimmt, dass bei der Prüfung der Datenmeldungen für die Ausgleichsjahre bis einschließlich 2020 auch die Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente geprüft werden, da diese Teil der Datengrundlage für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für diese Jahre sind. Entsprechend wird bestimmt, dass die Meldung des amtlichen Gemeindeschlüssels für diese Jahre nicht zu prüfen ist, da diese erst ab Einführung einer Regionalkomponente im RSA zuweisungsrelevant wird. Auch die Meldung der Inanspruchnahme von Leistungen der Vorsorge- und Früherkennung durch die Versicherten nach dem neuen § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 ist für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nicht zu prüfen.

Für die aufgrund der Einführung des Risikopools erforderliche Prüfung der Leistungsausgaben nach § 20 Absatz 1 Satz 2 wird bestimmt, dass diese nicht für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 durchzuführen ist. Die Prüfung erfolgt somit erstmalig für das Ausgleichsjahr 2021.

Für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 erfolgt die Prüfung im Ergebnis entsprechend der Vorgaben des bisherigen § 42.

Zu Nummer 8

Der bisherige Siebte bis Neunte Abschnitt wird in Folge der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts aufgehoben.

Zu Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) wurden die Bedingungen für die Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals in Krankenhäusern verbessert. Der Anstieg des auf der Bundesebene maßgeblichen Tarifvertrags für die Pflege fließt vollständig in eine für den Krankenhausbereich insgesamt zu ermittelnde gewichtete Tarifrate ein. Auf der Grundlage dieser Tarifrate vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7, sofern die Tarifrate die maßgebliche Obergrenze überschreitet. Zudem werden neben linearen Tarifsteigerungen für die Pflege auch strukturelle Tarifzuwächse berücksichtigt. Ferner werden auf der Grundlage der Regelungen des PpSG die Kosten von zusätzlichen oder aufgestockten Stellen im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms im Jahr 2019 umfassend refinanziert. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die für die Jahre 2018 und 2019 verhandelten Landesbasisfallwerte nicht durch die geltende Obergrenze gekappt wurden, so dass die im jeweiligen Bundesland im Durchschnitt bestehenden Kostensteigerungen umfassend berücksichtigt werden konnten. Da insgesamt jedoch dennoch nicht ausgeschlossen werden kann, dass Tarifsteigerungen für Pflegepersonal für die Jahre 2018 und 2019 nicht in jedem Einzelfall aus den zusätzlichen Erlösen gedeckt werden können, wird mit der Regelung ein einjähriger Zuschlag für den nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals eingeführt. Die Regelung gewährleistet, dass die zusätzlichen Mittel in Höhe von rund 250 Millionen Euro den Krankenhäusern schnell und ohne relevanten zusätzlichen bürokratischen Aufwand zur Verfügung gestellt werden.

Nach Satz 1 ist für Patientinnen oder Patienten, die innerhalb des Zeitraums vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 in das Krankenhaus aufgenommen werden, ein Zuschlag auf den Rechnungsbetrag zu erheben. Die Zuschlagshöhe wird gesetzlich fixiert. Die Höhe des Zuschlags ist gesondert auf der Krankenhausrechnung auszuweisen.

Nach Satz 2 sind die Einnahmen aus dem Zuschlag bei der Ermittlung von Erlösausgleichen, insbesondere Mehr- oder Mindererlöse, nicht zu berücksichtigen und verändern daher deren Ermittlung nicht.

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

Zu Artikel 8 (Änderung der SGB V-Übertragungsverordnung)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, die notwendig ist, da sich die Nummerierungen der entsprechenden Vorschriften im SGB V durch Artikel 5 geändert haben.

Zu Artikel 9 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

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 10 (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 11 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten am Tag nach der Verkündung, soweit nicht in den Absätzen 2 und 3 etwas anderes bestimmt ist.

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

Zu Absatz 2

Die Regelung für einen Rechnungszuschlag nach § 4 Absatz 11 KHEntgG tritt bereits am 31. Dezember 2019 in Kraft. Damit kann der Rechnungszuschlag für Patientinnen oder Patienten, die im Jahr 2020 für eine voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen werden, vom Krankenhaus erhoben werden.

Zu Absatz 3

Die Anpassung des § 260 Absatz 5 tritt rückwirkend zum 1. Januar 2020 in Kraft. Damit wird sichergestellt, dass die Vorgaben zum Abbau der Finanzreserven bereits für das Jahr 2020 berücksichtigt werden können.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Anlage 2

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Absatz 1 NKRG

Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (NKR-Nr. 4785, BMG)

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	Keine Auswirkungen.
Wirtschaft	Keine Auswirkungen.
Verwaltung **Bund** (Bundesversicherungsamt - BVA) Jährlicher Erfüllungsaufwand: Einmaliger Erfüllungsaufwand:	 1,2 Mio. Euro 270.000 Euro
Weitere Kosten	Den privaten Krankenversicherungen entstehen durch die Gesetzesänderungen einmalig Weitere Kosten von 17 Mio. Euro.
Evaluierung **Ziel**	Das BVA hat die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, durch seinen Wissenschaftlichen Beirat in einem Gutachten überprüfen zu lassen. Ziel ist es, die Entwicklung des RSA zu beobachten und gegebenenfalls das Ausgleichsverfahren nachzubessern.

Kriterien/Indikatoren **Datengrundlage**	Das BVA wird den Zusammenhang zwischen den Leistungsausgaben eines Versicherten in den vorangegangenen drei Jahren und den Leistungsausgaben eines Versicherten im Ausgleichsjahr 2019 analysieren. Dafür haben die Krankenkassen bestimmte Daten jährlich an das BVA zu melden, insbesondere die Leistungsdaten aus Kranken-

	hausbehandlungen, dem Bereich der Arzneimittel und der ambulanten ärztlichen Versorgung.
Das Ressort hat den Erfüllungsaufwand und die Weiteren Kosten nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Folgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.	

II. Im Einzelnen

Der Risikostrukturausgleich (RSA) wurde eingeführt, um die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen auszugleichen und einen auf Risikoselektion ausgerichteten Wettbewerb zulasten der Versicherten zu vermeiden. Der RSA soll ein „lernendes System“ sein, um die Verstetigung möglicher Fehlanreize, die in einem Ausgleichssystem auftreten können, zu vermeiden. Mit dem Gesetzentwurf soll der RSA weiterentwickelt werden, um Fehlentwicklungen zu beseitigen. Dazu werden unter anderem folgende Änderungen in der RSA-Systematik umgesetzt:

- Einführung einer Regionalkomponente
- Einführung eines Krankheits-Vollmodells
- Einführung eines Risikopools
- Streichung der Erwerbsminderungsgruppen
- Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Abschlägen und Rabatten für Arzneimittel im RSA
- Stärkung von Präventionsanreizen durch den RSA
- Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA
- Einführung einer regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat
- Modernisierung des Organisationsrechts der Krankenkassen
- Rechnungszuschlag für Krankenhäuser

Beim GKV-Spitzenverband wird ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eingerichtet. Der Ausschuss wird sich aus Vorständen der Mitgliedskassen zusammensetzen und soll eine organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und der Umsetzung der gesetzlichen Aufträge des GKV-Spitzenverbandes bilden. Ferner werden Regelungen geschaffen, die eine angemessene Repräsentanz von Frauen in Entscheidungsgremien des GKV-Spitzenverbandes unterstützen sollen.

II.1. Erfüllungsaufwand

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Für **Bürgerinnen und Bürger** sowie für die **Wirtschaft** entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Verwaltung

Mit dem Regelungsvorhaben entsteht insbesondere Erfüllungsaufwand durch die Weiterentwicklung des RSA. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) schätzt die einmaligen Umstellungskosten der Krankenkassen für die erforderliche Softwareanpassung als gering ein. Dem Bundesversicherungsamt (BVA) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand für die konzeptionellen und die IT-Anpassungen. Für diese Arbeiten benötigt es drei befristete Stellen mit einem Personalaufwand von einmalig 270.000 Euro. Das BVA hat insbesondere eine Regionalkomponente, einen Risikopool und eine Manipulationsbremse in den RSA zu integrieren. Ferner muss der RSA mit einer regelmäßigen Evaluation begleitet werden. Dafür entsteht ein jährlicher Personalaufwand von fünf Stellen (vier Stellen höherer Dienst, eine Stelle gehobener Dienst). Das entspricht einem Erfüllungsaufwand von jährlich 500.000 Euro.

Zur Sicherung der Datengrundlage des RSA hat das BVA eine erweiterte Plausibilitätsprüfung der Krankenkassen-Daten durchzuführen. Um die Qualität und Integrität der Datengrundlage sicherzustellen, wird das Prüfkonzept angepasst. Die Krankenkassen haben künftig die Plausibilität ihrer Datenmeldung nachzuweisen. Das entspricht einer Beweislastumkehr. Kommt eine Krankenkasse dieser Obliegenheit nicht nach, wird ein Korrekturbetrag ermittelt. Die Stärkung dieser Prüfung führt zu einem Personalmehraufwand für das BVA von vier Stellen (zwei Stellen höherer Dienst, zwei Stellen gehobener Dienst). Das entspricht einem Erfüllungsaufwand von jährlich 360.000 Euro.

Mit dem Risikopool sollen finanzielle Belastungen für einzelne Krankenkassen reduziert werden, die sich aus Hochkostenfällen ergeben. Aus dem Risikopool können die Krankenkassen für jeden Leistungsfall 80 % der Leistungsausgaben, die über 100.000 Euro pro Jahr hinausgehen, erhalten. Die Prüfung in diesem Bereich und die Erweiterung der Prüfgegenstände führen zu einem Personalmehrbedarf von fünf Stellen im gehobenen Dienst. Das BMG hat dabei die Einsparung von Prüfkapazitäten berücksichtigt, die sich durch den von zwei auf drei Jahre verlängerten Prüfturnus jährlich ergibt. Für diese Aufgaben entsteht ein Erfüllungsaufwand beim BVA von weiteren 360.000 Euro.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Die Ausführungen des Ressorts zum Erfüllungsaufwand der Verwaltung sind nach Auffassung des NKR umfassend und nachvollziehbar. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, die Zweifel an den Schätzungen begründen.

II.2. Weitere Kosten

Nach einer Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes ist bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 ein Zuschlag in Höhe von 0,3 Prozent des Rechnungsbetrags zu berechnen und gesondert auf der Rechnung auszuweisen. Den privaten Krankenversicherungen entstehen durch diese Änderung einmalig Weitere Kosten im Jahr 2020 von 17 Mio. Euro.

Die Krankenhäuser benötigen diese zusätzlichen Einnahmen, weil mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz aus dem Jahr 2018 die Bedingungen für die Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals in Krankenhäusern verbessert wurden. Allerdings ist unklar, ob die Krankenhäuser die Tarifsteigerungen für Pflegepersonal für die Jahre 2018 und 2019 decken können. Um etwaige nicht refinanzierte Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals auszugleichen, wird der einjährige Zuschlag eingeführt.

II.3. Evaluierung

Mit der Gesetzesänderung wird in § 266 SGB V eine regelmäßige Evaluierung eingefügt. Danach sind die Wirkungen des RSA regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, durch den *Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt* in einem Gutachten zu überprüfen. Der Schwerpunkt soll insbesondere auf dem Wettbewerb der Krankenkassen und der Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs liegen. Auf der Grundlage regelmäßig zu aktualisierender wissenschaftlicher Erkenntnisse wird das BMG die weitere Entwicklung des RSA beobachten und gegebenenfalls das Ausgleichsverfahren nachbessern.

Zur Weiterentwicklung des RSA wird das BVA unter anderem den Zusammenhang zwischen den Leistungsausgaben eines Versicherten in den vorangegangenen drei Jahren und den Leistungsausgaben eines Versicherten im Ausgleichsjahr 2019 analysieren. Dafür haben die Krankenkassen bestimmte Daten jährlich an das BVA zu melden, insbesondere die Leistungsdaten aus

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Krankenhausbehandlungen, dem Bereich der Arzneimittel und der ambulanten ärztlichen Versorgung.

III. Ergebnis

Das Resort hat den Erfüllungsaufwand und die Weiteren Kosten nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Folgen in dem vorliegenden Regelungsentwurf.

Prof. Dr. Kuhlmann
Stellv. Vorsitzende und Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Anlage 3

Stellungnahme
des Bundesrates

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

Der Bundesrat hat in seiner 983. Sitzung am 29. November 2019 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 29 Absatz 2 Nummer 5 SGG) und Artikel 5 Nummer 2 (§ 4a Absatz 7 SGB V)

a) Artikel 1 Nummer 1 ist zu streichen.

b) In Artikel 5 Nummer 2 ist § 4a Absatz 7 zu streichen.

Begründung:

Die in § 4a Absätze 1 bis 6 SGB V normierten Regelungen zur Verbesserung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen werden grundsätzlich begrüßt. Sie sind geeignet den Wettbewerb zu definieren, zu regeln beziehungsweise zu gewährleisten.

Anders verhält es sich mit den Neuregelungen in § 4a Absatz 7 SGB V. Einer Erweiterung der bisher bestehenden Unterlassungsansprüche aus § 4 Absatz 3 SGB V in Verbindung mit § 12 UWG bedarf es nicht. Wesentliche, den Wettbewerb beeinflussende Verstöße, können bereits über die vorhandene Rechtssystematik angegriffen werden.

Auch die in der Gesetzesbegründung genannten zusätzlichen Fallkonstellationen können nicht tragen. So werden zum Beispiel Fälle von verbotener Beeinflussung von ärztlichen Diagnosen durch entsprechende andere Bestimmungen im Gesetzentwurf bereits aufgegriffen und geregelt (vgl. Artikel 5 Nummer 5 und Nummer 33 sowie Artikel 6 des Gesetzentwurfs), so dass es eines erweiterten Klagerechts nicht bedarf.

Zudem sind die normierten Anspruchsvoraussetzungen mit Verstößen gegen „sämtliche für Krankenkassen geltende Vorschriften“ deutlich überzogen. Die Neuregelung wird zu einer Klagemehrung führen, bei der schon die Grundfrage nach der Wettbewerbsrelevanz in vielen Fällen strittig sein wird. Die Neuregelung wird zu mehr Bürokratie und zu einer deutlichen Kostensteigerung bei den entsprechenden Haushaltsansätzen der Krankenkassen führen. Beides gilt es zu verhindern. Aus

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

diesem Grund wird eine Streichung der Neuregelungen in § 4a Absatz 7 SGB V vorgeschlagen.

2. Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 90 Absatz 4 und Absatz 5 SGB IV)

Artikel 3 Nummer 2 ist zu streichen.

Begründung:

Die derzeit geltende Regelung des § 90 Absatz 4 SGB IV hat sich bewährt, weil sich die gesetzlichen Vorgaben auf das Wesentliche beschränken und eine flexible Handhabung der Aufsichtsbehördentagung ermöglichen, dem vielfältigen Aufgabenspektrum jeweils gerecht zu werden.

Gemäß § 90 Absatz 4 Satz 1 SGB IV sollen die Aufsichtsbehörden mindestens zweimal jährlich zu einem Erfahrungs- und Meinungsaustausch zusammenkommen, der gemäß § 90 Absatz 4 Satz 2 SGB IV eine gegenseitige Unterrichtung zu bestimmten Rechtsfragen der aufsichtsrechtlichen Handhabung zum Inhalt haben soll. Es ist bereits gelebte Praxis, dass sich die Aufsichtsbehörden mindestens zweimal jährlich zu einem Austausch treffen, weshalb eine Konkretisierung nicht erforderlich ist.

Die vorgesehene Änderung zum Zustandekommen gemeinsamer Beschlüsse der Aufsichtsbehörden gemäß § 90 Absatz 5 Satz 2 SGB IV, die ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung betreffen, wird abgelehnt. Entgegen der postulierten Transparenz wurden die Aufsichtsbehörden der Länder nicht in die Überlegungen zu einer sachgerechten Anpassung des Abstimmungsverfahrens einbezogen. Ein diesbezüglicher vorheriger Austausch aller Aufsichtsbehörden wäre aber angesichts der angedachten neuen Stimmenverteilung angemessen und wünschenswert. Durch die vorgegebene Stimmenverteilung und die erforderliche Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen ist zwar sichergestellt, dass weder die Bundes- noch die Länderseite Beschlüsse erwirken kann, die von anderer Seite nicht mitgetragen werden. Im Ergebnis werden jedoch Verfahrensfragen statt Inhalte in den Vordergrund gestellt. Die Beschlussfassung wird dadurch langwieriger und die Konsensbildung erschwert statt befördert.

Zudem stellt sich die Frage der angemessenen Stimmenverteilung in Angelegenheiten, die ausschließlich die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen betreffen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in Abgrenzung zu den anderen Sozialversicherungsträgern ausschließlich Teil der gesetzlichen Krankenversicherung. Zuständige Aufsichtsbehörde über die Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen ist das BMG; die Länder führen die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Ein Stimmrecht des Bundesversicherungsamtes ist hier nicht sachgerecht, insbesondere nicht in dem für die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehenen Umfang von zwanzig Stimmen. Eine sachgerechte Regelung hierzu fehlt.

3. Zu Artikel 5 (§ 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren, die in § 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V vorgesehene Übergangsfrist für die Erstattungsfähigkeit von Verbandmitteln in der

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

gesetzlichen Krankenversicherung von zwölf Monaten auf 24 Monate zu verlängern.

Begründung:

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) vom 11. April 2017 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung bis zum 30. April 2018 in den Arzneimittel-Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zu regeln. Das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vom 9. August 2019 veränderte die Verbandmitteldefinition. Deshalb wurde die Übergangsfrist angepasst auf die Verkündung des GSAV. Die Fristvorgabe für den G-BA wurde auf den 31. August 2020 verlegt.

Zur Vermeidung von Versorgungslücken sieht § 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V in der Fassung des HHVG eine zwölfmonatige Übergangsregelung nach dem Wirksamwerden der entsprechenden Regelungen in den Arzneimittel-Richtlinien für solche Gegenstände vor, die bereits vor dem 11. April 2017 zu Lasten der Krankenkassen erbracht wurden.

Der Bundesrat begrüßt das Ziel, mehr Evidenzbasierung in der Versorgung mit Verbandmitteln zu erreichen. Er befürchtet aber, dass die vorgegebene zwölfmonatige Übergangsfrist nicht ausreichend bemessen ist. Es besteht weiterhin die Gefahr, dass eine Vielzahl an Produkten aus der Erstattungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung fällt, weil durch die Richtlinie des G-BA Nutzenbewertungen erforderlich werden, die bislang nicht notwendig waren. Speziell diejenigen Unternehmen, die sich aktiv bemühen, medizinische Evidenz zu generieren, benötigen notwendigerweise dazu auch angemessene Fristen. Vor diesem Hintergrund sieht der Bundesrat die Notwendigkeit, dass die Produkte der Verbandmittelhersteller innerhalb einer 24-monatigen Übergangsfrist erstattungsfähig bleiben, damit die Wirksamkeit einzelner Produkte durch Studien mit bestmöglicher Evidenz und weiteren Erkenntnissen belegt werden kann.

4. Zu Artikel 5 (§ 35a Absatz 3b SGB V)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu überprüfen, ob die mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vom 9. August 2019 in § 35a Absatz 3b SGB V getroffenen Regelungen zu Arzneimitteln, die zur Behandlung eines seltenen Leidens nach der Verordnung (EG) Nummer 141/2000 zugelassen sind (sogenannte Orphan Drugs), zu einer Beeinträchtigung der Versorgung der Versicherten mit Orphan Drugs führen.

Der Bundesrat bittet insbesondere zu überprüfen, ob das derzeitige Zeitintervall von höchstens 18 Monaten in § 35a Absatz 3b Satz 9 SGB V, in dem die gewonnen Daten und die Verpflichtung zur Datenerhebung vom Gemeinsamen Bundesausschuss überprüft werden sollen, auf 24 Monate verlängert werden sollte.

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Begründung:

Den sogenannten Orphan Drugs kommt für die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten, die an einem seltenen Leiden erkrankt sind, eine wichtige, oftmals sogar lebensentscheidende Rolle zu. Orphan Drugs stehen dabei in dem Spannungsfeld, dass sie an nur relativ wenig Erkrankten angewandt werden können und deshalb in Entwicklung und Produktion im Vergleich zu Standardmedikamenten teuer sind, aber sie sind zugleich für die Erkrankten essentiell, um seltene und oftmals zugleich schwere Leiden zu behandeln.

Der Bundesrat begrüßt, dass die Rolle der Orphan Drugs in den Regelungen des AMNOG-Verfahrens durch das GSAV gestärkt werden konnte. Vor dem Hintergrund der zu erwartenden geringen Umsätze ist die Entwicklung von Orphan Drugs weniger attraktiv. Um eine gute Versorgung der Betroffenen sicherzustellen, sollte die Entwicklung von Orphan Drugs daher attraktiver gestaltet werden. Die Orphan Drugs sind durch die Fiktion des Zusatznutzens in § 35a Absatz 1 Satz 11 erster Halbsatz SGB V im Rahmen der frühen Nutzenbewertung privilegiert. Eine sichere Arzneimittelversorgung und die Kostenminimierung in einem solidarischen Gesundheitswesen durch die Verwendung von Arzneimitteln mit einem (Zusatz-)Nutzen begründet es andererseits, dass Evidenz nicht nur bei Überschreiten der nunmehr modifizierten Umsatzschwelle des § 35a Absatz 1 Sätze 12 bis 14 SGB V, sondern auch durch anwendungsbegleitende Datenerhebungen und Auswertungen zum Zweck der Nutzenbewertung erzeugt werden muss.

Nach § 35a Absatz 1 Satz 3 Nummern 2 und 3 SGB V in Verbindung mit § 35a Absatz 1 Satz 11 zweiter Halbsatz SGB V in Verbindung mit § 35a Absatz 3b Satz SGB V müssen die pharmazeutischen Unternehmer auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses hin anwendungsbegleitende Datenerhebungen und Auswertungen zum Zweck der Nutzenbewertung vorlegen. Die gewonnen Daten und die Verpflichtung zur Datenerhebung sind nach § 35a Absatz 3b Satz 9 SGB V in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch alle 18 Monate, vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu überprüfen.

Die Versorgung von Patienten mit seltenen Leiden darf nicht durch zu hohe bürokratische Auflagen gefährdet werden. Vor diesem Hintergrund ist zu überprüfen, ob die durch das GSAV verschärften Anforderungen an Orphan Drugs zu einer Beeinträchtigung der Versorgung der Versicherten mit seltenen Leiden führen.

Zudem ist fraglich, ob die notwendige Evidenz bereits in einem Zeitraum von 18 Monaten überhaupt gewonnen werden kann. Auch in Umständen, die außerhalb des Verantwortungsbereichs des pharmazeutischen Unternehmers liegen, kann es begründet sein, dass so rasch keine ausreichende Evidenz gewonnen werden kann. Eine Verlängerung dieser Frist, etwa auf 24 Monate, ist daher zu prüfen.

5. Zu Artikel 5 Nummer 3a – neu – (§ 67 Absatz 3 – neu – SGB V) und Nummer 3b – neu – (§ 68c – neu – SGB V)

In Artikel 5 sind nach Nummer 3 folgende Nummern 3a und 3b einzufügen:

‚3a. Dem § 67 wird folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder unter Beteiligung von Dritten im Sinne des § 68a Absatz 3 Satz 2 Vereinbarungen schließen."

3b. Nach § 68b wird folgender § 68c eingefügt:

„§ 68c

Regionale Versorgungsinnovationen

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Regionen, in denen der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 eine ärztliche Unterversorgung, eine drohende ärztliche Unterversorgung oder einen besonderen Versorgungsbedarf festgestellt hat, Versorgungsinnovationen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, zugelassenen Leistungserbringern oder deren Verbänden sowie mit Anbietern von digitalen Gesundheitsanwendungen vereinbaren und umsetzen. § 63 Absatz 3a gilt entsprechend. Leistungserbringer können ihren Beitritt schriftlich oder elektronisch, auch abweichend von § 56 des Zehnten Buches und § 36a des Ersten Buches nicht qualifiziert elektronisch signiert, erklären. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über die Versorgungsinnovationen in geeigneter Form.“ ‘

Begründung:

Zu Nummer 3a:

Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, die Digitalisierung und elektronische Kommunikation der Leistungserbringer zu unterstützen, dürfen zu diesem Zweck aber keine Verträge schließen. Mit der Neuregelung wird diese erforderliche Vertragskompetenz auch rechtlich geschaffen.

Zu Nummer 3b:

Die Versorgungslage ist regional sehr unterschiedlich, sowohl mit Blick auf Problemstellungen als auch hinsichtlich der Lösungsoptionen. Nach bestehender Rechtslage ist es den Krankenkassen nicht möglich, in ausgewählten Regionen strukturelle Veränderungen (zum Beispiel neue Formen der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Therapeuten, Pflegediensten und Krankenhäusern) direkt zu fördern.

Beispiel:

Aufbau und Betrieb eines Regionalen Gesundheitszentrums oder einer integrierten Einrichtung zur Kurzzeitpflege, welche gemeinsam von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Pflegediensten betreut werden.

Die bisherigen Regelungen der §§ 63 und 64 SGB V sind nicht ausreichend, weil Anbieter digitaler Versorgungsinnovationen darin nicht vorkommen, diese Vorhaben zeitlich begrenzt sind und einer Evaluationspflicht unterliegen. Möglichkeiten bestehen lediglich über sektorale Strukturfondsmittel bei den niedergelassenen Ärzten oder den Krankenhäusern, welche in der Regel nicht zielgenau auf Einzelprojekte ausgerichtet werden und nicht "sektorenübergreifend" sind. Ein Umweg über

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Modellvorhaben/Selektivverträge setzt in der Regel eine Teilnahmevoraussetzung von Versicherten voraus.

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll eine Gesetzesnorm für „Regionale Versorgungsinnovationen“ geschaffen werden. Auf dieser Grundlage dürfen Krankenkassen mit Leistungserbringern auf freiwilliger Basis in einer bestimmten Region Verträge zur Gestaltung der regionalen Versorgung schließen.

Eine Einschreibung von Versicherten soll nur dann erforderlich sein, wenn eine zusätzliche Datenerhebung und -verarbeitung stattfinden soll.

Der hier umgesetzte Ansatz zu mehr Regionalität geht nicht zuletzt auch auf die entsprechende Beschlussfassung auf der 92. Gesundheitsministerkonferenz am 5./6. Juni 2019 in Leipzig (TOP 5.1 Digitalisierung im Gesundheitswesen – wichtige Grundlage für die nachhaltige und zukunftsfeste medizinische Versorgung in allen Regionen Deutschlands) zurück. In der Begründung wird ausgeführt, dass die bisherigen Regelungen notwendige regionale Experimentierräume zur Erprobung neuer Versorgungsformen nicht ohne Weiteres ermöglichen. Sie sind eher auf Vereinheitlichung ausgelegt. Um den Selbstverwaltungspartnern regional mehr Gestaltungsfreiheit und Regelungsbefugnis einzuräumen, sind durch den Gesetzgeber Experimentierklauseln zu schaffen.

Es gilt, mehr Regionalität zu wagen.

6. Zu Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe b (§ 71 Absatz 4 Satz 3 SGB V)

Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe b ist zu streichen,

Begründung:

Mit der von der Bundesregierung eingefügten Ergänzung des § 71 Absatz 4 SGB V soll eine Regelung geschaffen werden, dass Klagen der Vertragspartner gegen eine Beanstandung nach § 71 Absatz 4 SGB V keine aufschiebende Wirkung entfalten. Die Änderung wird damit begründet, dass der Sinn und Zweck des präventiven Aufsichtsmittels „Beanstandung“, also die Verhinderung des Inkrafttretens einer als rechtswidrig beanstandeten Vereinbarung, entfallen würde, hätte eine Klage eine aufschiebende Wirkung im Verhältnis zur Beanstandung.

Nach Ansicht des Bundesrates übersieht die Bundesregierung allerdings die deutlich schwerwiegendere Folge, dass im Falle der nicht aufschiebenden Wirkung einer Klage die von den Vertragspartnern geschlossene Vereinbarung – im Falle des Rechtswegs durch alle Instanzen – auf lange Zeit nicht wirksam werden könnte. Sofern die Vertragspartner nämlich gegen eine Beanstandung Klage erheben würden, müssten im Falle der Gesamtverträge alle Honorarbescheide in einem KV-Bezirk unter Widerrufsvorbehalt erlassen werden. Auch Vereinbarungen für die Folgejahre (Vorjahresanknüpfung gemäß § 87a SGB V), die regelmäßig auf Veränderungen zum Vorjahr aufbauen, könnten ebenfalls nicht rechtswirksam vereinbart werden.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Folgen hat nach Auffassung des Bundesrates eine solche Änderung faktisch die Wirkung, dass den Vertragspartnern die Klageerhebung und Wahrnehmung ihrer Rechtsmittel gegen eine Beanstandung und insbesondere deren gerichtliche Überprüfung unmöglich gemacht würde.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

7. Zu Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe c – neu – (§ 71 Absatz 5 Satz 2 – neu – SGB V)

In Artikel 5 ist der Nummer 4 nach Buchstabe b folgender Buchstabe c anzufügen:

‚c) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Vor einer Beanstandung der Verträge nach den §§ 73b und 140a haben die für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden mit einer Frist von vier Wochen das Benehmen mit den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder herzustellen, in denen die Verträge wirksam werden sollen.“ ‘

Begründung:

Es handelt sich um eine flankierende Regelung zu den Änderungen in § 90 SGB IV und zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Stärkung der Regionalität der Gesundheitsversorgung.

Sie dient der Intensivierung des fachlichen Austausches der Aufsichtsbehörden untereinander und der strukturierten Abstimmung bei Selektivverträgen, in denen die regionale Ausgestaltung der Versorgung betroffen ist. Da die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung regional sehr unterschiedlich sind, müssen die Versorgungsangebote den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten vor Ort Rechnung tragen. Den Ländern ist ein erweitertes Informations- und Mitwirkungsrecht einzuräumen. Dadurch wird sichergestellt, dass alle Aspekte der Versorgungsstruktur des Landes berücksichtigt werden. Das Letztentscheidungsrecht über das aufsichtsrechtliche Vorgehen verbleibt weiterhin bei der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde.

8. Zu Artikel 5 Nummer 5 (§ 73b Absatz 5 Satz 7 und Satz 8 SGB V),
Nummer 7 (§ 83 Satz 4 und Satz 5 SGB V) und
Nummer 11 (§ 140a Absatz 2 Satz 7 und Satz 8 SGB V)

Artikel 5 Nummern 5, 7 und 11 sind zu streichen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Begründung:

Dem Anliegen der Bundesregierung in Bezug auf die Vermeidung von Manipulationen bei der Erstellung und Kodierung von Diagnosen im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich zuzustimmen. Allerdings gehen die im Gesetzentwurf zu den §§ 73b und 140a SGB V beabsichtigten Änderungen dahin gehend zu weit, dass generell vertragliche Regelungen unzulässig seien, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen werden.

Sowohl in den Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) als auch in Verträgen zur besonderen Versorgung sind Vergütungsregelungen enthalten, die bestimmte Pauschalen oder Zuschläge von der Erfassung beziehungsweise Dokumentation von ICD-10-Diagnosen abhängig machen. Insofern sind ICD-10-Diagnosen mittelbar auch Bestandteil solcher Vereinbarungen. Soweit eine ärztliche Leistung mit einer bestimmten, tatsächlich vorliegenden Erkrankung im unmittelbaren Zusammenhang steht, ist es aus Sicht des Bundesrates systematisch richtig, den Vergütungsanspruch von der Dokumentation und damit von der Kodierung dieser Erkrankung abhängig zu machen. So gibt es auch in der Regelversorgung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab Abrechnungspositionen, die nur bei bestimmten ICD-10-Diagnosen abrechnungsfähig sind.

Es ist gerade eines der wesentlichen Ziele der HzV und der Verträge zur besonderen Versorgung, eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung anzubieten. In diesen Versorgungsformen dienen gerade die Diagnosen als vertraglicher Anker, um die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte dazu anzuhalten, Patientinnen und Patienten mit hoher Morbidität (zum Beispiel chronisch erkrankte und multimorbid erkrankte Versicherte in der HzV) eine über die Regelversorgung hinausgehende, besondere Versorgung zukommen zu lassen. Es ist daher sinnvoll, angemessen und letztlich auch im Sinne der Regelungen des SGB V wirtschaftlich auf einer definierten, diagnosebezogenen Krankheits- beziehungsweise Diagnoseauswahl aufzusetzen, um durch ärztliche Interventionen und Leistungserbringung bei diesen Krankheitsbildern die Versorgung der Versicherten besser zu steuern.

Käme es zu einem wie von der Bundesregierung vorgesehenen generellen Verbot von Diagnoselisten, würde nach Ansicht des Bundesrates die an der eindeutig definierten Krankheitslast ausgerichtete steuernde Wirkung der HzV und der Verträge zur besonderen Versorgung entfallen. Insofern scheint es für den Bundesrat fraglich zu sein, ob unter diesen Voraussetzungen vergleichbare Versorgungsinhalte überhaupt noch sinnvoll vereinbart werden können. Vielmehr wird, nicht zuletzt auch zum Nachteil der Patientinnen und Patienten, zu erwarten sein, dass mit einer solchen Regelung in den §§ 73b und 140a SGB V erhebliche Unruhe in das haus- und fachärztliche Versorgungsgeschehen gebracht wird und daraus folgend, auch eine abschreckende Wirkung auf den ärztlichen Nachwuchs ausstrahlt, sich mit einer vertragsärztlichen Tätigkeit niederzulassen.

Aus Sicht des Bundesrates sind die Regelungen, die im Jahr 2017 mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz eingefügt wurden, ausreichend, um Manipulationen in der selektivvertraglichen Versorgung zu verhindern. Das von der Bundesregierung mit den vorliegenden Regelungen verfolgte Ziel, unangemessene oder manipulierte Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auszuschließen, steht nicht im Verhältnis zu der anzunehmenden negativen Folge, dass die Versorgungsformen nach §§ 73b und 140a SGB verschwinden.

Die vorstehenden Ausführungen gelten analog für die von der Bundesregierung formulierte Änderung zu § 83 SGB V, dass in Gesamtverträgen kassenindividuelle oder kassenspezifische Vereinbarungen verboten sein sollen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen.

9. Zu Artikel 5 Nummer 9a – neu –
(§ 103 Absatz 2 Satz 4,
Satz 5,
Satz 5a – neu – und
Satz 8 – neu – SGB V)

In Artikel 5 ist nach Nummer 9 folgende Nummer 9a einzufügen:

‚9a. § 103 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 4 werden nach dem Wort „Fachrichtungen“ die Wörter „für eine im Antrag festzulegende Anzahl von Arztsitzen“ eingefügt.

b) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Für die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete soll der Landesausschuss im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde allgemeingültige Kriterien aufstellen, die den jeweiligen Entscheidungen zugrunde zu legen sind.“

c) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Sofern bis zum 31. März 2020 keine Kriterien nach Satz 5 bestimmt wurden, kann die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde diese übergangsweise aufstellen und bei den Entscheidungen nach Satz 4 zugrunde legen, solange kein Einvernehmen nach Satz 5 hergestellt ist; Satz 6 ist zu berücksichtigen.“

d) Folgender Satz ist anzufügen:

„Zulassungen auf Grundlage einer Entscheidung nach Satz 4 sind an den Ort der Niederlassung gebunden.“ ‘

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Mit der derzeitigen Regelung würden Teilgebiete eines Planungsbereichs bei einem entsprechenden Antrag für die betreffende Arztgruppe ohne zahlenmäßige Begrenzung geöffnet. Dies könnte zu einer ungewollten Zahl an Niederlassungen führen, die der zuständige Zulassungsausschuss rechtlich kaum verhindern kann.

Da es in der Regel um einen oder wenige zusätzliche Sitze geht, die für eine angemessene Versorgungssituation erforderlich aber auch ausreichend sind, muss es dem antragstellenden Land möglich sein, mit dem Antrag zugleich die Zahl der neu zu besetzenden Sitze festzulegen.

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b und Buchstabe c:

Die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführten Regelungen sollen die Bestimmungsrechte der Länder im Zusammenhang mit der Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten gestärkt werden (vgl. BT-Drucksache 19/8351, Seite 192). Auch rund ein halbes Jahr nach Inkrafttreten der Neureglung ist es in keinem Land zu einer einvernehmlichen Kriterienbestimmung gekommen. Ohne diese einvernehmliche Aufstellung der Kriterien laufen die neuen Länderrechte faktisch ins Leere. Ein Konfliktlösungsmechanismus besteht nicht, so dass die Umsetzung der neuen Länderrechte letztlich auf Dauer unterlaufen werden kann. Daher ist es notwendig, für den Fall der Nichteinigung eine Regelung zu treffen, um die Kriterien als zwingende Grundlage einer Antragstellung nach § 103 Absatz 2 Satz 4 SGB V festzulegen. Angesichts der vom Bundesgesetzgeber ausdrücklich geschaffenen Kompetenz der Länder zur Bestimmung von Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen soll daher nach einer angemessenen Frist seit Inkrafttreten der Regelung das Land zunächst alleine die notwendigen Kriterien festlegen können. Diese sollen übergangsweise nur so lange angewendet werden, bis eine einvernehmliche Lösung zustande gekommen ist.

Bei der Festlegung durch das Land sind ausdrücklich weiterhin die Vorgaben des heutigen § 103 Absatz 2 Satz 6 SGB V zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe d:

Mit der Regelung, die den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) des G-BA zum Sonderbedarf (§ 36 Absatz 2 BPL-RL) entspricht, soll ausdrücklich festgelegt werden, dass die zusätzlichen Sitze in gesperrten Planungsbereichen an den Ort der Niederlassung, das heißt das jeweilige Teilgebiet des Planungsbezirks, gebunden sind.

10. Zu Artikel 5 Nummer 9a – neu – (§ 125 Absatz 7 Satz 1a – neu – SGB V)

In Artikel 5 ist nach Nummer 9 folgende Nummer 9a einzufügen:

‚9a. In § 125 Absatz 7 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können auch weitere Verträge schließen, die ergänzend zu den Verträgen nach Absatz 1 zur Sicherstellung der Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und Bedarfe erforderlich sind." '

Begründung:

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz ist die Vertragskompetenz im Heilmittelbereich grundsätzlich auf die Bundesebene verlagert worden. Für ergänzende Verträge auf regionaler Ebene sind lediglich eng begrenzte Rechtsgrundlagen geschaffen worden, die nicht ausreichend sind, auf regionale Besonderheiten angemessen reagieren zu können. Mit der vorgeschlagenen Änderung soll eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, ergänzend zu den Bundesverträgen noch regionale Verträge zur Versorgung mit Heilmitteln vereinbaren beziehungsweise bestehende aufrechterhalten zu können. Dies betrifft zum Beispiel Verträge zur Versorgung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

11. Zu Artikel 5 Nummer 9a – neu – (§ 136a Absatz 2 Satz 3 und Satz 9 SGB V)

In Artikel 5 ist nach Nummer 9 folgende Nummer 9a einzufügen:

‚9a. § 136a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach Satz 2 sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen; der Bedeutung der Psychotherapie in der stationären Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter ist dabei angemessen Rechnung zu tragen.“

b) Satz 9 wird gestrichen.‘

Begründung:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist verpflichtet, für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu bestimmen.

Das Anliegen des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, durch entsprechende Mindestvorgaben sicherzustellen, dass die Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter abgebildet wird, ist anzuerkennen. Daher ist § 136a Absatz 2 Satz 3 SGB V durch einen Halbsatz zu ergänzen, wonach der G-BA bei der Festlegung von Mindestvorgaben zur Personalausstattung in Einrichtungen zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung der Bedeutung der Psychotherapie angemessen Rechnung zu tragen hat.

Eine Verpflichtung des G-BA, einen bettenbezogenen Personalmindestschlüssel für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten festzulegen, ist hingegen aus fachlichen Gründen nicht geeignet. Ein bettenbezogener Schlüssel, ausschließlich für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten, bildet die notwendige Differenzierung der Psychotherapiebedarfe unterschiedlicher Behandlungsbereiche innerhalb einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik nur ungenügend ab und gibt den Kliniken auch nicht die unter fachlichen und ökonomischen Gesichtspunkten unbedingt notwendige Flexibilität hinsichtlich vorhandener psychotherapeutischer Ressourcen. Um der jeweiligen konkreten Versorgungs- und Behandlungssituation Rechnung tragen zu können, ist ein abgestufter, subtilerer sowie strukturelle, funktionelle und fachliche Gegebenheiten der Kliniken berücksichtigender Maßstab notwendig.

Die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) des G-BA zielt für die Bemessung des Personalbedarfs daher aus gutem Grund nicht auf die Bettenzahl, sondern auf die am konkreten Versorgungsbedarf der Patienten ausgerichteten Minutenwerte ab. Auch diesen aktuellen Vorgaben der PPP-RL würde die Etablierung einer bettenbezogenen Mindestvorgabe allein für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten widersprechen und zu-

dem die Etablierung eines parallelen Personalbemessungssystems für die Psychotherapeuten erfordern.

Der im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes neu eingefügte Satz 9 in § 136a Absatz 2 SGB V ist daher zu streichen.

12. Zu Artikel 5 Nummer 12 (§ 163 Absatz 4 – neu – und Absatz 5 – neu – SGB V)

In Artikel 5 Nummer 12 sind dem § 163 folgende Absätze 4 und 5 anzufügen:

„(4) In dem Verfahren nach Absatz 1 und Absatz 2 ist der Landesverband, dem die jeweiligen Krankenkassen angehören, entsprechend zu beteiligen. Die Krankenkassen haben dem Landesverband, dem sie angehören, auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die dieser zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich hält, oder ihm die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten. Auf Verlangen haben die Krankenkassen die Unterlagen elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung zu stellen. Kommt eine Krankenkasse diesen Verpflichtungen nicht nach, ist die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse hierüber zu unterrichten.

(5) Vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung, Auflösung oder Schließung von Krankenkassen sind die Verbände der beteiligten Krankenkassen zu hören. Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Krankenkasse ihren Sitz in den Bezirk eines anderen Verbandes verlegt.“

Begründung:

Die im Gesetzentwurf enthaltenen Neuregelungen zur Haftung bei Schließung und Insolvenz von Krankenkassen sehen einen vollständigen Übergang der Haftung wie auch der Haftungsprävention von den Landesverbänden der Krankenkassen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen vor. Die bislang in den jeweiligen Kassenarten und deren Verbänden gebildeten Haftungsverbünde sollen aufgelöst werden.

Im Hinblick auf mögliche hohe Haftungsrisiken bei großen Krankenkassen birgt die aktuelle gesetzliche Regelung das Risiko, Krankenkassen einer Kassenart durch die finanziellen Verpflichtungen im Haftungsfall selbst in Existenzgefahr zu bringen. Insofern ist der Übergang der Haftung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und somit an alle Krankenkassen nachvollziehbar.

Allerdings werden in den Neuregelungen haftungspräventive Maßnahmen, wie Überprüfung der jährlichen und vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen ausschließlich dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen. Das bislang bewährte und im Sinne einer weiteren Sicherheit praktizierte Verfahren der Haftungsprävention (Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen) ist nicht mehr vorgesehen. Dabei wurde in eben jenem bewährten Verfahren in der Vergangenheit bereits erfolgreich Haftungsprävention durch die jeweiligen Landes- beziehungsweise Bundesverbände betrieben. Mit einem kompletten Entfall des

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

bisherigen Systems entfällt auch die Würdigung der im bisherigen Haftungssystem bereits erbrachten finanziellen Transaktionen innerhalb einzelner Kassenarten.

Zudem sind das kassenartenspezifische Wissen und die Expertise der Landesverbände der Krankenkassen für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse beziehungsweise bei der Beratung über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit ein wichtiges und ergänzendes Element. Hierdurch wurde auch im weiteren Sinne ein Vier-Augen-Prinzip sichergestellt, um Haftungsfälle zu vermeiden. Insbesondere auch unter wettbewerblichen Gesichtspunkten sollten die Landesverbände der Krankenkassen für ihre jeweiligen Kassenarten weiterhin Bestandteil der Haftungsprävention sein.

Darüber hinaus birgt eine ausschließliche Haftungsprävention durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Gefahr, dass Krankenkassen, die sich gegebenenfalls nur kurzfristig in finanziellen Schwierigkeiten befinden, einer Zwangsfusion ausgesetzt sind.

13. Zu Artikel 5 Nummer 12 (§ 164a – neu – SGB V)

In Artikel 5 Nummer 12 ist nach § 164 folgender § 164a einzufügen:

„§ 164a

Freiwillige finanzielle Hilfen

(1) Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, um

1. Vereinigungen von Krankenkassen zur Abwendung von Haftungsrisiken zu erleichtern oder zu ermöglichen sowie

2. die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse zu erhalten.

In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der im Zeitpunkt der Leistungsgewährung bestimmbaren Hilfeleistungen zu regeln. § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Die jeweiligen Landesverbände und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben den Krankenkassen nach Satz 1 auf Verlangen die Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Umfangs der Hilfeleistungen erforderlich sind.

(2) Die Verträge sind von den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.“

Begründung:

Der vorgeschlagene § 164a SGB V setzt die bereits existierende oder eine drohende Notsituation einer Krankenkasse voraus. Um Haftungsrisiken abzuwenden oder die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten, ist es sinnvoll, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, die bestehenden, aber schwer oder gar nicht abschätzbaren Finanzrisiken frühzeitig durch finanzielle Hilfen

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

abzusichern.

Es sollte den Krankenkassen daher möglich sein, bereits frühzeitig und präventiv Verträge über finanzielle Hilfeleistungen zu schließen und hierüber zum Beispiel auch Haftungsverbünde einzugehen.

In Verträgen nach § 164a Absatz 1 SGB V ist Näheres über den Umfang, die Finanzierung und die Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln.

14. Zu Artikel 5 Nummer 12 (§§ 166 ff. SGB V)

Der Bundesrat ist der Auffassung, dass sich die bisherigen Haftungsregelungen innerhalb der jeweiligen Krankenkassenarten bewährt haben. Insbesondere war durch die bisherigen Haftungsregelungen eine ausreichende und frühzeitige Haftungsprävention innerhalb der jeweiligen Krankenkassenart sichergestellt. Damit auch weiterhin eine ausreichende und gut funktionierende Haftungsprävention seitens der gesetzlichen Krankenkassen betrieben wird, fordert der Bundesrat, die bereits bestehenden Haftungsregelungen unverändert beizubehalten.

Begründung:

Aktuell bilden die jeweiligen Krankenkassen innerhalb ihrer Krankenkassenart entsprechende Haftungsverbünde. Dieses Sicherungssystem wirkt bereits präventiv und nicht erst im Fall einer drohenden Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse. Durch die Haftungsverbünde können drohende finanzielle Notlagen frühzeitig erkannt und bereits im Vorfeld wirksame Maßnahmen ergriffen werden.

Durch die bisherige vorrangige Haftung innerhalb der jeweiligen Krankenkassenart wurde eine entsprechende Sensibilität bei den Krankenkassen geschaffen.

Es ist zu befürchten, dass durch eine Verteilung der Haftungsrisiken auf die GKV-Gemeinschaft die bisherigen Präventionsmaßnahmen nicht mehr durchgeführt werden. Schließlich sieht der Gesetzentwurf keine Anreize mehr für eine solche Haftungsprävention vor.

Der vom Gesetzentwurf vorgesehene Einsatz des Vermögens der Krankenkassen aller Kassenarten bei der Aufbringung der Mittel im Haftungsfall setzt falsche Anreize, welche weder als solidarisch noch als Ausdruck eines fairen Kassenwettbewerbs gelten können. Krankenkassen beziehungsweise deren Beitragszahler, welche durch wirtschaftliches Handeln und zur Absicherung der finanziellen Stabilität Vermögen aufgebaut haben, werden im Haftungsfall gegenüber Kassen ohne finanzielle Vorsorge einseitig benachteiligt.

Der Bundesrat bittet daher, die aktuell bestehenden Haftungsregelungen unverändert beizubehalten.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

15. Zu Artikel 5 Nummer 14 Buchstabe b (§ 217b Absatz 4, Absatz 5 und Absatz 6 SGB V)

In Artikel 5 Nummer 14 ist der Buchstabe b zu streichen.

Begründung:

Die Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beim GKV-Spitzenverband widerspricht dem Prinzip der sozialen Selbstverwaltung. Zukünftig wäre die Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes erheblich eingeschränkt, da Beschlüsse nicht ohne Zustimmung des hauptamtlich gebildeten Lenkungs- und Koordinierungsausschusses gefasst werden könnten. Durch dieses Verfahren würde die Sozialpartnerschaft als Grundlage der GKV entwertet.

Der GKV-Spitzenverband wurde als autonome und wettbewerbsneutrale Instanz der GKV geschaffen. Zukünftig würde der Wettbewerb der Krankenkassen unmittelbar über den Lenkungs- und Koordinierungsausschuss auf den GKV-Spitzenverband übertragen. Dadurch besteht die Gefahr, dass sich der GKV-Spitzenverband bei seinen Entscheidungen überwiegend an betriebswirtschaftlichen Betrachtungen orientiert.

Zudem ist die Bildung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses nicht unproblematisch, da die jeweiligen Krankenkassenarten jeweils nur zwei Mandate beziehungsweise die Knappschaft Bahn-See und die landwirtschaftliche Krankenkasse lediglich ein Mandat besetzen dürfen. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Mitglieder lediglich die Interessen ihrer jeweiligen Krankenkasse vertreten. Die Interessen der GKV-Versichertengemeinschaft als Ganzes würden dadurch in den Hintergrund treten.

Die Verteilung des Stimmgewichtes nach der bundesweiten Versichertenanzahl würde dazu führen, dass bestimmte Krankenkassenarten immer eine Sperrminorität hätten. Dies erschwert die Beschlussfassung innerhalb des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses.

Zudem ist nicht erkennbar, dass die Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses Vorteile für die Versorgung der Versicherten bietet.

Die Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beim GKV-Spitzenverband wird aus den genannten Gründen abgelehnt.

16. Zu Artikel 5 Nummer 18 Buchstabe a – neu – (§ 260 Absatz 2 Satz 1 SGB V)

Artikel 5 Nummer 18 ist wie folgt zu fassen:

‚18. § 260 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Einfache“ durch das Wort „Eineinhalbfache“ ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) < … weiter wie Vorlage … >“ ‘

Begründung:

Durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz wurde die Soll-Obergrenze für das Finanzvermögen in eine feste Obergrenze („dürfen nicht“) geändert. Gleichzeitig erfolgte eine Absenkung dieser Obergrenze der nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 SGB V auf durchschnittlich monatlich das Einfache einer Monatsausgabe. Begründet wurde diese Änderung damit, dass einzelne Krankenkassen aufgrund der Soll-Regelung deutlich höhere Finanzreserven vorhielten, ohne diese zugunsten niedrigerer Zusatzbeiträge zu vermindern (vgl. BT-Drucksache 19/4454, Seite 28).

Inzwischen weisen die aktuellen Finanzprognosen für das Haushaltsjahr 2020 der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen höheren Finanzbedarf und einen Überschuss der Ausgaben auf. Insofern wird es wahrscheinlich, dass der bundesdurchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V, der bis zum 1. November 2019 bekannt gegeben wird, für das Jahr 2020 erstmals nach mehreren Jahren ansteigen könnte.

Insgesamt gehen die aktuellen Prognosen zur Konjunkturentwicklung einhellig von rückläufigen Wachstumsraten in den nächsten Jahren aus – bis hin zu Befürchtungen einer etwaigen Rezession. Diese gesamtwirtschaftliche Entwicklung wird entsprechende belastende Auswirkungen auf die Einnahmensituation der GKV haben.

Gleichzeitig werden zahlreiche Gesetze im Gesundheitsbereich, die in den letzten Monaten beschlossen wurden oder in Kraft getreten sind, in den kommenden Jahren zu weiteren deutlichen Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen führen. Zu erwähnen sind hier insbesondere das Krankenhausstrukturgesetz, das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz, das Terminservice- und Versorgungsgesetz, das E-Health-Gesetz und das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung.

Im Zuge des aktuell zu beratenden GKV-FKG sind zahlreiche Änderungen in der Systematik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (M-RSA) geplant. Wenngleich die genauen finanziellen Effekte für einzelne Krankenkassen hieraus bislang nicht hinreichend konkret abgesehen werden können, ist doch insgesamt zu erwarten, dass insbesondere den „Versorgerkassen“ mit hoher Morbidität in der Versichertenstruktur weniger Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds über den M-RSA zugewiesen werden. Auch diese Entwicklung könnte durch höhere Finanzreserven abgemildert werden.

Eine höhere Obergrenze für das Finanzvermögen kann die erwarteten finanziellen Belastungen der kommenden Jahre besser und länger abfedern, so dass auch dem gesetzlichen Auftrag zur Beitragssatzstabilität Rechnung getragen werden könnte.

17. Zu Artikel 5 Nummer 18 (§ 260 Absatz 5 SGB V)

In Artikel 5 Nummer 18 ist § 260 Absatz 5 wie folgt zu fassen:

„(5) Die Absätze 2a und 4 sind ab dem Haushaltsjahr anzuwenden, welches dem Jahr folgt,

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

in dem eine Reform des Risikostrukturausgleichs in Kraft getreten ist.“

Begründung:

Der § 260 Absatz 5 SGB V wurde durch das Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11. Dezember 2018 angefügt und ist ab 15. Dezember 2018 anzuwenden.

In der Gesetzesbegründung zum GKV-VEG heißt es hierzu, dass die Finanzreserven auch Ergebnis des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Ein wesentliches Gestaltungselement dieses Wettbewerbs sei der Risikostrukturausgleich (RSA). Die Koalitionspartner hatten vereinbart, den RSA unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterzuentwickeln. Die finanziellen Auswirkungen dieser Reform müssten für die Krankenkassen vor dem Einsetzen der Verpflichtung zum Abschmelzen der Finanzreserven abschätzbar sein. Daher wurde diese Verpflichtung erst ab dem 1. Januar 2020 angewendet und nur, wenn bis zum 31. Dezember 2019 eine RSA-Reform nach § 268 Absatz 5 SGB V erfolgt ist.

Mit der im Gesetzentwurf des GKV-FKG vorgesehenen Änderung soll geregelt werden, dass die Verpflichtung der Krankenkassen zum stufenweisen Abschmelzen der Finanzreserven nach § 260 Absatz 2a und 4 SGB V ab dem 1. Januar 2020 und damit für die Haushaltsplanung für 2020 durch die Krankenkassen unter der Voraussetzung anzuwenden ist, dass bis zum Jahresende 2019 eine Beschlussfassung durch das Bundeskabinett zur Reform des RSA erfolgt ist.

Dies hat zur Folge, dass die Finanzplanung der gesetzlichen Krankenkassen für das Haushaltsjahr 2020 nur mit einer großen Zahl an unbekannten Variablen möglich ist, da die RSA-Komponenten, insbesondere die Regionalkomponente, deren Merkmale das Bundesversicherungsamt erstmalig festlegen muss, noch nicht abschließend feststehen. Zwar sollen sich die regionalen Merkmale laut Begründung zum Gesetzentwurf an den Empfehlungen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2018 orientieren, davon kann aber erst mit Sicherheit ausgegangen werden, wenn das GKV-FKG in Kraft getreten ist.

Des Weiteren betrachtet der Bundesrat die derzeitige konjunkturelle Konsolidierung, die einen Einfluss auf die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hat, und die in der jüngsten Vergangenheit beschlossenen Ausgabensteigerungen mit großer Sorge. Eine Vermögensabschöpfung kann bei insbesondere kleinen bis mittleren Krankenkassen zu einer Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes und damit zu Erhöhung der Lohnnebenkosten führen.

18. Zu Artikel 5 Nummer 20 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ggg (§ 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V) und Artikel 6 Nummer 7 (§ 19 RSAV)

a) In Artikel 5 Nummer 20 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ggg ist § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 zu streichen.

b) In Artikel 6 Nummer 7 ist § 19 zu streichen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Begründung:

Die geplante Neufassung in § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V beinhaltet eine neue Befugnis des Verordnungsgebers, den Ausschluss von Morbiditätsgruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten im Verfahren des RSA zu regeln, mit dem Ziel, Manipulationen, die zu Zuweisungen führen, zu verhindern beziehungsweise deren Wirkung auszubremsen. Damit in Verbindung steht die geplante Neufassung von § 19 RSAV.

Der Bundesrat begrüßt ausdrücklich das Ziel des Gesetzentwurfs, Manipulationen, die zu Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führen, zu verhindern.

Die geplante Regelung schießt jedoch weit über das eigentliche Ziel hinaus, mittels Vergütungsanreizen ausgelöste Kodiermanipulationen und dadurch entsprechende Anstiege bestimmter kodierter Diagnosen bei den Finanzzuweisungen über den Morbi-RSA zu verhindern. Durch die im Jahr 2017 im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz getroffenen Regelungen zur Verhinderung von Kodiermanipulationen konnten bereits gute Ergebnisse erzielt werden. Die im Morbi-RSA erfasste Morbidität zeigt gemäß den zuletzt vorliegenden Jahresausgleichen bereits keinen Anstieg mehr, der als auffällig beschrieben werden müsste.

Auch vor dem Hintergrund der geplanten Einführung des Vollmodells bei der Krankheitsauswahl im Rahmen des GKV-FKG sowie im Hinblick auf die bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz in § 295 Absatz 4 SGB V vorgegebene Einführung allgemeiner Kodierrichtlinien (AKR) ist eine solche Regelung nicht mehr erforderlich, sondern erzeugt tendenziell unnötigen und vermeidbaren bürokratischen Aufwand.

Zudem bestünde die Gefahr, dass bei auffälliger Steigerungsrate einer Krankenkasse (und damit dem Ausschluss der Hierarchisierten Morbiditätsgruppe (HMG)) alle anderen Kassen für diese HMG ebenfalls keine Zuweisungen mehr erhielten (im Sinne einer „Kollektivstrafe“ bei möglicher Manipulation einer einzelnen Krankenkasse).

19. Zu Artikel 5 Nummer 21 (§ 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

In Artikel 5 Nummer 21 ist § 267 Absatz 1 Satz 2 wie folgt zu ändern:

a) Die Wörter „§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 8“ sind durch die Wörter „§ 73b Absatz 5 Satz 7“ zu ersetzen.

b) Der Punkt am Ende ist durch ein Semikolon zu ersetzen und folgende Wörter sind anzufügen:

“hierbei sind die für den Zeitpunkt des Vertragsschlusses geltenden Rechtsvorschriften anzuwenden.“

Begründung:

Ziel ist eine verlässliche Versorgungs- und Rechtssicherheit. Die jeweils betroffene Krankenkasse und die beteiligten Vertragspartner müssen sich darauf verlassen können, dass sie einer durch die

Aufsicht erteilten Genehmigung oder Nichtbeanstandung vertrauen können. Der Anreiz für diese Art der Verträge, die für die regionale Versorgung von großer Bedeutung sind, darf nicht durch potenzielle rückwirkende nachteilige Neuregelungen und Rechtsfolgen nach RSA-Prüfung konterkariert werden. Das nachgelagerte Prüfrecht des Bundesversicherungsamt (BVA) bezogen auf Versorgungsverträge aus RSA-Sicht bietet den Krankenkassen selbst bei Vorliegen der Genehmigung oder Nichtbeanstandung der Aufsicht keine hinreichende Rechtssicherheit. Wenn das BVA den Vertrag für rückwirkend unzulässig erklären und dessen Änderung oder Aufhebung verlangen kann, würden die Entscheidungen der Länderaufsichten ausgehebelt und damit obsolet. Dies widerspricht grundlegend den verfassungsrechtlich vorgegebenen Kompetenzen.

Sofern die Krankenkasse einen Vertrag nach § 73b SGB V wegen Fehlens einer Aufsichtsanordnung nach § 71 Absatz 6 SGB V nicht vorzeitig kündigen kann, darf die Weitergeltung des Vertrages im RSA nicht zu Lasten der Krankenkasse und der weiteren Vertragsparteien gelten.

20. Zu Artikel 5 Nummer 26 (§ 273 SGB V)

Artikel 5 Nummer 26 ist zu streichen.

Begründung:

Die neue Fassung des § 273 SGB V hat zum Ziel, die Prüfung zur Sicherung der Datengrundlage für den RSA zu vereinfachen und in Bezug auf die Kompetenzen des Bundesversicherungsamts (BVA) zu verstärken. 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.

Diese neue Regelung ist unnötig, da das BVA bereits heute weitgehende Prüfrechte im RSA-Bereich nach § 273 SGB V inne hat, diese aber nicht ausreichend zeitnah ausübt. Die Abstellung des Missbrauchs von sogenannten Betreuungsstrukturverträgen erfolgte daher ausschließlich durch die konzertierten Bemühungen der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder und nicht durch das BVA im Rahmen seiner Sonderzuständigkeiten nach § 273 SGB V.

Darüber hinaus stellt die geplante Neufassung des § 273 SGB V eine unzulässige und unsystematische Vermischung der Zuständigkeiten von Aufsichtsbehörde und Prüfdienst dar, die insbesondere auch Länderzuständigkeiten in der Rechtsaufsicht ignoriert.

Ferner besteht bei einer vorgesehenen Rückwirkung bis zum Jahr 2013 ein erhebliches Potenzial, durch rückwirkende Feststellungen Krankenkassen in finanzielle Schieflage zu bringen, selbst wenn diese sich rechtsaufsichtlich im Hinblick auf gegebenenfalls diskussionswürdige Vertragsinhalte haben beraten lassen.

Soweit hier die Manipulationssicherheit des Morbi-RSA in Bezug auf eine mögliche Beeinflussung durch Selektivverträge verbessert werden soll, wäre alternativ eine Wiederherstellung der Vorlagepflicht von Selektivverträgen entsprechend § 71 Absatz 4 SGB V in der Fassung des GKV-VStG zu erwägen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

21. Zu Artikel 5 Nummer 28 (§ 293a SGB V)

a) Der Bundesrat begrüßt die Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung. Dabei darf es jedoch nicht nur um die Sicherstellung der Datengrundlage des Morbi-RSA gehen, sondern auch darum, mögliche Manipulationen der Krankenkassen zeitnah zu erkennen.

b) Der Bundesrat fordert daher im weiteren Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge zu tragen, dass auch die Aufsichtsbehörden der Länder entsprechenden Zugang zu diesem Verzeichnis erhalten.

Begründung:

Bei der Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung geht es nicht nur um die Sicherstellung der Datengrundlage des Morbi-RSA, sondern auch darum, mögliche Manipulationen der Krankenkassen zeitnah zu erkennen. Insbesondere im Hinblick auf die langen Verfahrensdauern der Prüfungen nach § 273 SGB V durch das Bundesversicherungsamt ist es daher erforderlich, dass auch die Aufsichtsbehörden der Länder Zugriff auf das Vertragsregister erhalten, so dass diese über bestehende Selektivverträge zeitnah informiert sind und dort mögliche Anreize für Manipulationen beziehungsweise gegebenenfalls nicht rechtskonforme Verträge bereits frühzeitig erkennen und entsprechend beanstanden können.

22. Zu Artikel 6 Nummer 3 (§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV)

In Artikel 6 Nummer 3 ist in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 das Wort „insbesondere“ zu streichen.

Begründung:

In § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV werden die für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen erforderlichen Risikomerkmale festgelegt.

In Bezug auf die neu einzuführende Regionalkomponente im Morbi-RSA gibt § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV den Rahmen der möglichen regionalen Merkmale (Variablen) vor. Die genannten Bereiche (Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, Demografiestruktur, Sozialstruktur, Markt- und Wirtschaftsstruktur sowie Siedlungsstruktur) entsprechen exakt und vollständig den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vom 28. Juni 2018 (Tabelle 6.1 Variablenübersicht, Seite 129 f.). Für diese Variablenbereiche wurde in dem angegebenen Gutachten eine Anwendbarkeit bestätigt sowie eine mögliche Verteilungswirkung wissenschaftlich untersucht.

Insoweit bedarf es keiner weiteren generellen Öffnungsklausel. Die Rahmenvorgaben in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV sollten, auch aus Gründen der Transparenz sowie der Planungssicherheit für die Krankenkassen, abschließend sein. Aus diesem Grund bedarf es der Formulierung „insbesondere“ nicht.

23. Zu Artikel 6 Nummer 3 (§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV)

In Artikel 6 Nummer 3 sind in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 die Wörter „die Preisstruktur medizinischer Leistungen,“ zu streichen.

Begründung:

In § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV werden die für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen erforderlichen Risikomerkmale festgelegt.

In Bezug auf die neu einzuführende Regionalkomponente gibt § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV den Rahmen der möglichen regionalen Merkmale vor.

Der genannten Bereich „Preisstruktur der medizinischen Leistung“ ist im Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vom 28. Juni 2018 (Tabelle 6.1 Variablenübersicht, Seiten 129-130) vom Wissenschaftlichen Beirat nicht als möglicher Variablenbereich genannt. Insoweit sollte durch den Gesetzgeber, ohne wissenschaftliche Evidenz und ohne untersuchte Verteilungswirkung, kein neuer Variablenbereich eingeführt werden.

Es sollte bei den im Gutachten abschließend genannten Bereichen der Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, der Demografiestruktur, der Sozialstruktur, der Markt- und Wirtschaftsstruktur sowie der Siedlungsstruktur bleiben. Aus diesem Grund ist die Formulierung „Preisstruktur der medizinischen Leistung“ ersatzlos zu streichen.

Zudem ist der genannte Variablenbereich „Preisstruktur der medizinischen Leistung“ geeignet, das in § 8 Absatz 4 RSAV formulierte Variablenverbot für angebotsbezogene Indikatoren zu umgehen. Ein solches Regionalkriterium manifestiert das bestehende Preisgefälle zwischen Land und Stadt beziehungsweise Ost und West. Es verhindert das gesteckte Ziel der Bundesregierung von gleichwertigen Lebensverhältnissen in Ost und West und konterkariert jeden Anreiz für eine wirtschaftliche medizinische Versorgung.

24. Zu Artikel 6 Nummer 7 (§ 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 RSAV)

In Artikel 6 Nummer 7 sind in § 8 Absatz 4 Satz 1 der Nummer 3 nach der Angabe „Nummer 4“ folgende Wörter anzufügen:

„unter Beteiligung der für die Gesundheitsversorgung zuständigen obersten Landesbehörden“

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Begründung:

Der Bundesrat beobachtet mit Sorge, dass die konkrete Ausgestaltung der neu zu implementierenden Regionalkomponente letztlich allein dem Bundesversicherungsamt obliegt und vorerst gemäß den Empfehlungen im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2018 ausgestaltet wird.

Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2018 ist aber festgestellt worden, dass sich die Zusammensetzung der relevanten Regionalvariablen im Zeitverlauf ändern kann und die Variablenselektion entsprechend regelmäßig überprüft werden muss. Weiterhin hat der Wissenschaftliche Beirat festgestellt, dass mit zehn Variablen, die die höchste statistische Signifikanz aufweisen, ein Großteil der potenziell möglichen statistischen Erklärungskraft erreicht wird.

Danach sollen derzeit sogenannte Angebotsvariablen (beispielsweise Krankenhausbettendichte) explizit nicht mit einbezogen werden; die Regelung selbst schließt dies allerdings für die Zukunft nicht aus. Grundsätzlich sollen regionale Merkmale ausgewählt werden, die die regionale Ausgabenstreuung erklären können. Steuerungseffekte im Bereich der Versorgung, die einen Einfluss auf regionale Über- und Unterdeckungen haben können, sollen allerdings nicht berücksichtigt werden. Wenn regionale Über- oder Unterdeckungen also durch das Handeln von Krankenkassen oder durch die Gestaltung der Länder, Kreise und Kommunen beeinflusst werden, bleibt dies unberücksichtigt.

Durch den geplanten Ausschluss von Angebotsvariablen bei der Regionalkomponente ist zu befürchten, dass ineffiziente Strukturen weiterhin geduldet und beibehalten werden sollen. Die blinde Berücksichtigung und der Ausgleich regionaler Ausgabeunterschiede ohne genaue Analyse ihrer Ursachen festigt daher ineffiziente und veraltete Strukturen in den unterdeckten Regionen und missachtet das Wirtschaftlichkeitsgebot im Sozialrecht.

Aus diesen Gründen hält es der Bundesrat für zwingend notwendig, dass zukünftig die Merkmale der Regionalkomponente auch unter Einbindung der Länder, die die Verantwortung für die regionale Gesundheitsversorgung innehaben, festgelegt werden.

25. Zu Artikel 6 Nummer 7 (§ 8 Absatz 4 Satz 1 und Satz 9 RSAV)

In Artikel 6 Nummer 7 ist § 8 Absatz 4 wie folgt zu ändern:

a) In Satz 1 sind die Wörter „nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ zu ersetzen.

b) In Satz 9 sind die Wörter „nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ zu ersetzen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Begründung:

In § 8 Absatz 4 RSAV wird das Verfahren festgelegt, wer die im Morbi-RSA zu berücksichtigenden regionalen Merkmale auswählt, welches Beteiligungsverfahren anzuwenden ist und wie dieses Verfahren gegebenenfalls angepasst und verändert werden kann.

Dass die Auswahl der im Versichertenklassifikationsmodell zu berücksichtigenden regionalen Merkmale durch das Bundesversicherungsamt erfolgen soll, kann nachvollzogen werden. Eine Beteiligung der Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen aber nur im Wege eines Anhörungsverfahrens erscheint nicht sachgerecht.

Sowohl die Auswahl, die Anzahl als auch die Änderungen der im Versichertenklassifikationsmodell zu berücksichtigenden regionalen Merkmale haben enormen Einfluss auf die Zuweisungen und damit auf die Einnahmenseite der Krankenkassen. Die alleinige Entscheidungshoheit des Bundesversicherungsamtes und eine Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (nur) im Rahmen eines Anhörungsverfahrens erhöht nicht die Transparenz im Verfahren. Gegebenenfalls abweichende Darstellungen und Argumente der Krankenkassenseite würden zwar stets gehört, könnten aber immer unberücksichtigt bleiben.

Um die Ausgestaltung der Regionalkomponente unter dem Aspekt der Wettbewerbsstärkung zu jeder Zeit nachvollziehbar und transparent zu gestalten, sollte das bisher festgelegte Anhörungsverfahren durch ein Einvernehmensverfahren ersetzt werden.

26. Zu Artikel 6 Nummer 7 (§ 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV)

In Artikel 6 Nummer 7 ist in § 8 Absatz 4 Satz 9 das Wort „unterjährig“ durch die Wörter „regelmäßig zum 1. Januar eines Jahres“ zu ersetzen.

Begründung:

In § 8 Absatz 4 RSAV wird das Verfahren festgelegt, wer die im Morbi-RSA zu berücksichtigenden regionalen Merkmale auswählt, welches Beteiligungsverfahren anzuwenden ist und wie dieses Verfahren gegebenenfalls angepasst und verändert werden kann.

Nach § 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV soll zukünftig eine unterjährige Veränderung der Risikogruppen, des Berechnungsalgorithmus für die Zuordnung zu den Risikogruppen, der regionalen Merkmale, der Verfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren sowie der Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge durch das Bundesversicherungsamt möglich sein.

Wenn unterjährig derart in die Einnahmeseite der Krankenkassen eingegriffen werden kann, erschwert dies eine verlässliche und auf Mittelfristigkeit ausgerichtete Zusatzbeitragssatzplanung. Auch eine auf Kontinuität und Zuverlässigkeit ausgerichtete Liquiditätsplanung ist mit sich permanent kurzfristig ändernden Parametern für die Krankenkassen nicht kalkulierbar.

Um Liquiditätsengpässe und sich ständig ändernde Zusatzbeiträge zu verhindern, sollten wesentliche Änderung der Grundparameter des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches durch das Bundesversicherungsamt immer nur zum 1. Januar eines Jahres möglich sein.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

27. Artikel 7 Nummer 1 – neu – (§ 6a Absatz 2 Satz 9 – neu – KHEntgG)

Artikel 7 ist wie folgt zu fassen:

‚**Artikel 7**

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1421, 1422), das zuletzt durch Artikel 14a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 6a Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, insbesondere von Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, sind der Teil der Vergütungen, der über tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen des Krankenhauses für das Pflegepersonal mit direktem Beschäftigungsverhältnis hinausgeht, und die Zahlung von Vermittlungsentgelten nur für die Jahre 2020 und 2021 bis zu einer Höhe von 30 Prozent der über Tarifvertrag hinausgehenden Kosten im Pflegebudget zu berücksichtigen.“

2. Dem § 8 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) < … weiter wie Vorlage … >“ ‘

Begründung:

Aufgrund der Notwendigkeit, den Pflegedienst angesichts des Fachkräftemangels aufrecht zu erhalten, sind Krankenhäuser derzeit auf die Beschäftigung von Leiharbeitnehmerinnen und Leiharbeitnehmern angewiesen. Notwendig ist daher, für einen Übergangszeitraum von zwei Jahren noch einen höhenmäßig gedeckelten Anteil der für Leiharbeitnehmerinnen und Leiharbeitnehmern in der Pflege anfallenden Zusatzkosten im Pflegepersonalbudget zu berücksichtigen. Die Deckelung auf 30 Prozent der über Tarifvertrag hinausgehenden Kosten im Pflegebudget begründet sich aus den zusätzlich zu den Personalkosten anfallenden 19 Prozent Umsatzsteuer sowie erhöhten Personalkosten für Leiharbeitnehmerinnen und Leiharbeitnehmer von gut 10 Prozent.

28. Artikel 7 (§ 8 Absatz 11 Satz 1 KHEntgG)

In Artikel 7 ist in § 8 Absatz 11 Satz 1 die Angabe „0,3 Prozent“ durch die Angabe „0,9 Prozent“ zu ersetzen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Begründung:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde in § 10 Absatz 5 KHEntgG eine vollständige Refinanzierung von erhöhten Personalkosten eingeführt, die durch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern entstehen. Grundlage für die vollständige Tarifrefinanzierung soll der auf Bundesebene maßgebliche Tarifvertrag sein. Für das Pflegepersonal ist dies der bereits im Jahr 2018 in Kraft getretene Tarifvertrag für den Bund und die Kommunen (TVöD). Krankenhäusern im Geltungsbereich des Tarifvertrages der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TV-L) werden, obwohl der TV-L ausdrücklich Verbesserungen für die Pflegekräfte vorsieht, dadurch nicht sämtliche Tarifsteigerungen ausgeglichen, da der für sie geltende TV-L höhere Steigerungsraten als der TVöD enthält.

Darüber hinaus soll der vollständige Ausgleich der Pflegepersonalkosten rückwirkend für das Jahr 2018 gelten, sofern die Steigerungsraten der Pflegepersonalkosten den Veränderungswert überschreiten. Berücksichtigt werden dabei im Bereich des Pflegepersonals die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen der Vergütungstarifverträge sowie Einmalzahlungen. Laut PpSG werden diese tariflichen Mehrkosten mit den Steigerungen der Vergütungstarifverträge und Einmalzahlungen aller weiteren Berufsgruppen, die im Krankenhaus tätig sind, zusammengerechnet. Der daraus resultierende tarifliche Gesamtzuwachs übersteigt – trotz Tariferhöhungen im Pflegebereich – nicht den Veränderungswert, sodass eine volle Refinanzierung ausbleibt.

Zudem fallen für die Krankenhäuser ab dem Jahr 2020 per Saldo bisherige Mittel aus dem Pflegezuschlag in Höhe von 250 Millionen Euro weg, die Förderungsliste zum Erhalt von Krankenhäusern in Randregionen bereits gegengerechnet.

Ein einmaliger Rechnungszuschlag in Höhe von nur 0,3 Prozent reicht nicht aus, um die dargestellten Defizite auszugleichen, und ist daher auf 0,9 Prozent zu erhöhen. Mit dem nur im Jahr 2020 geltenden Zuschlag von 0,9 Prozent sollen zum einen die geschilderten nicht refinanzierten Tarifsteigerungen, zum anderen der Wegfall der bisher den Krankenhäusern für allgemeine Krankenhauszwecke (Pflegezuschlag) zur Verfügung stehenden Mittel pauschal kompensiert und im Ergebnis eine finanzielle Hilfe beim Übergang in das neue Finanzierungssystem zur Verfügung gestellt werden. Angesichts des einmaligen Charakters des Rechnungszuschlags, der beim Gesundheitsfonds vorhandenen Liquidität, den bisher immer noch nicht ausgeglichen einseitigen Belastungen der Krankenhäuser in der Vergangenheit – Stichwort Rechnungsabschlag – und weiterer Herausforderungen im Rahmen der Finanzierungsumstellung erscheint die vorgesehene einmalige Entlastung in Höhe von 0,9 Prozent auch als angemessen.

29. Zu Artikel 7a – neu – (§ 17b Absatz 1 Satz 6 KHG)

Nach Artikel 7 ist folgender Artikel 7a einzufügen:

‚**Artikel 7a**

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 17b Absatz 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; die Korrekturen der Bewertungsrelationen sind erstmals für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung vorzunehmen; die im Jahr 2020 ausgegliederten Bewertungsrelationen für Sachkosten sind im Fallpauschalenkatalog 2021 erhöhend zu berücksichtigen.“ ‘

Begründung:

Die vom Gesetz vorgegebene Korrektur der Sachkosten im DRG-System hatte bislang immer finanzierungsneutral zu erfolgen, das heißt der Reduzierung der Sachkosten musste eine entsprechende Aufwertung der Personalkosten gegenüberstehen. Dies ist im Jahr 2020 nicht gegeben, weil der Reduzierung der Sachkosten im DRG-System die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in das künftige Pflegebudget folgte. Dort kann die Sachkostenreduzierung aber nicht mehr kompensiert werden. Dadurch ginge von der gesetzlich verfügten Sachkostenkürzung in Höhe von 1,2 Milliarden Euro der auf die Pflegekosten entfallende Teil von rund 200 Millionen Euro ersatzlos verloren.

30. Zum Gesetzentwurf allgemein

Patientensicherheit ist ein hohes Gut. Jeder falsche Arzt/jede falsche Ärztin stellt eine Gefahr für die körperliche Unversehrtheit und das Leben von Patientinnen und Patienten dar. Folglich bedarf es einer Regelung, die der Gefährdung des Patientenwohls vorbeugend entgegentritt.

In diesem Zusammenhang wird die Bundesregierung gebeten, zu prüfen, welche Möglichkeiten bestehen, um der Fälschung von Approbationsurkunden entgegenzuwirken und eine bundeseinheitliche Regelung einzuführen. Es handelt sich hierbei um eine Thematik, für die der Bund in der Pflicht steht, da nur er zu einer gesamtheitlichen Lösung zum Wohle des Patienten beitragen kann.

Die Problematik ist sowohl unter dem Gesichtspunkt der Gewährleistung eines höheren Schutzniveaus (die Urkunde selbst betreffend) als auch einer möglichen Einführung eines

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

zentralen Registers bei der Bundesärztekammer oder eines verpflichtenden „elektronischen Arztausweises“ in den Blick zu nehmen.

Die Bundesregierung wird deshalb um Prüfung gebeten, ob nachfolgende und weitere Optionen einen Weg darstellen könnten, zu mehr Patientensicherheit im gesamten Bundesgebiet beizutragen:

a) In Betracht gezogen werden könnte die Pflicht, bei der Ausstellung von Approbationsurkunden, Prägesiegel anstelle von Stempelsiegeln zu verwenden.

b) Des Weiteren könnte es eine Option sein, potenzielle Arbeitgeber/innen zu genauerer Ansicht der vorgelegten Urkunden und in Zweifelsfällen zu Anfragen nicht nur bei der Landesärztekammer, sondern auch beim ausgewiesenen Aussteller (Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen) zu verpflichten.

c) Langfristig könnte in Betracht gezogen werden, eine Pflicht zur Verwendung von Bar- oder QR-Codes einzuführen.

d) Weiterhin könnte eine Verpflichtung der Approbationsbehörde angedacht werden, sich vor Ausstellung der Approbation darüber zu vergewissern, dass es sich bei dem vorgelegten Zeugnis über das bestandene Staatsexamen um eine echte/unverfälschte Urkunde handelt.

e) Zudem könnte auch ein zentrales Register bei der Bundesärztekammer verbunden mit der Pflicht der potenziellen Arbeitgeber/innen, in dieses Zentralregister Einsicht zu nehmen, eine Option sein.

f) Nicht zuletzt könnte auch die Einführung eines „elektronischen Arztausweises“ angedacht werden.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Anlage 4

Gegenäußerung der Bundesregierung

Zu Nummer 1 – Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 29 Absatz 2 Nummer 5 SGG) und Artikel 5 Nummer 2 (§ 4a Absatz 7 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Erweiterung der Unterlassungsansprüche der Krankenkassen untereinander ist ein wichtiger Baustein zur Stärkung des fairen Wettbewerbs. Krankenkassen müssen die Möglichkeit haben zu verhindern, dass sich Mitbewerber einen „Vorsprung durch Rechtsbruch“ verschaffen. Das Aufsichtsrecht genügt hierzu nicht, da die Befugnisse der Aufsichtsbehörden begrenzt sind und in unterschiedlicher Weise ausgeübt werden können. Auch bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den Aufsichtsbehörden muss es den Krankenkassen möglich sein, in wettbewerbsrelevanten Konstellationen eine gerichtliche Klärung der Rechtslage herbeizuführen, um Wettbewerbsverzerrungen zu unterbinden. Eine wesentliche Erhöhung des Klageaufkommens ist nicht zu erwarten. Die Krankenkassen sind schon mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsprinzip verpflichtet, vor Klageerhebung die Erfolgsaussichten sorgfältig zu prüfen. Es ist davon auszugehen, dass sich die Krankenkassen auf Rechtsverstöße mit besonderer Bedeutung für den Wettbewerb beschränken werden.

Zu Nummer 2 – Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 90 Absatz 4 und Absatz 5 SGB IV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Beispiele aus der Aufsichtspraxis zeigen, dass hinsichtlich der Abstimmung der Aufsichtsbehörden untereinander Verbesserungspotential besteht. Durch die Einführung von Mehrheitsbeschlüssen wird die Mehrheitsmeinung der Aufsichtsbehörden transparent gemacht. Eine Blockade von Beschlüssen durch einzelne Behörden mit der Folge, dass lediglich ein „Meinungsaustausch“ protokolliert werden kann, wird so vermieden. Die vorgesehene Stimmverteilung sorgt dafür, dass Beschlüsse von einem breiten Konsens getragen sein müssen. Sie trägt sowohl den berechtigten Interessen der Länder als auch der Zahl der bei den beaufsichtigten Körperschaften versicherten Personen Rechnung.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu Nummer 3 – Zu Artikel 5 (§ 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Eine Verlängerung der Übergangsfrist nach § 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V wird nicht für erforderlich gehalten. Die geltende Übergangsfrist von zwölf Monaten nach dem Wirksamwerden der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung ist angemessen und gewährleistet, dass keine Versorgungslücken entstehen.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die Diskussion um die Definition des Begriffs „Verbandmittel“ und insbesondere auch der gewählte Regelungsansatz bereits seit dem parlamentarischen Verfahren zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) bekannt sind. Betroffene Unternehmen konnten sich daher bereits seit diesen Zeitpunkt darauf einstellen, dass sie künftig möglicherweise eine hinreichende Evidenz für ihre Produkte genieren müssen, damit diese in der gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig bleiben.

Zu Nummer 4 – Zu Artikel 5 (§ 35a Absatz 3b SGB V)

Nach Auffassung der Bundesregierung führt eine anwendungsbegleitende Datenerhebung nach § 35a Absatz 3b SGB V nicht zu einer Beeinträchtigung der Versorgung der gesetzlich Versicherten mit Arzneimitteln zur Behandlung seltener Leiden (sogenannte Orphan Drugs). Durch die Ermächtigung des G-BA soll gewährleistet werden, dass diese Arzneimittel Patientinnen und Patienten weiterhin unmittelbar nach Markteintritt zur Verfügung stehen und zugleich eine bessere Datengrundlage zur Bewertung des Zusatznutzens geschaffen werden kann. Durch die verpflichtende Beteiligung der zuständigen Bundesoberbehörden ist zudem sichergestellt, dass der G-BA etwaige zulassungsbezogenen Anforderungen und Auflagen berücksichtigt, damit mögliche Synergien bei der jeweiligen anwendungsbegleitenden Datenerhebung genutzt werden können.

Der Zeitraum für die regelmäßige Überprüfung der gewonnenen Daten und der Pflicht des pharmazeutischen Unternehmers zur Durchführung der Datenerhebung gemäß § 35a Absatz 3b Satz 9 SGB V, der höchstens 18 Monate betragen darf, ist nach Ansicht der Bundesregierung angemessen. Der Zeitraum wurde bereits im parlamentarischen Verfahren zum Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) eingehend geprüft und von einem Jahr auf 18 Monate verlängert (BT-Drs. 19/10681, S. 40). Mit der Verlängerung sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, dass etwa der Aufbau neuer Register aufwendig ist

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

und häufig länger als ein Jahr dauert. Der Zeitraum von 18 Monaten bezieht sich dabei nicht auf die Gewinnung von Evidenz zum Zweck der Nutzenbewertung, sondern auf die Überprüfung der anwendungsbegleitenden Datenerhebung durch den G-BA. Für die Gewinnung von Evidenz bestimmt der G-BA nach § 35a Absatz 3b Satz 3 SGB V im Einzelfall die näheren Vorgaben an die Dauer, die Art und den Umfang der Datenerhebung und an die Auswertung, einschließlich der zu verwendenden Formate. § 7 Absatz 2a der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung stellt insoweit klar, dass der G-BA die aus einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung nach § 35a Absatz 3b SGB V erhobenen und ausgewerteten Daten bei der Nutzenbewertung heranzuziehen hat. Er kann diese Daten bei der Nutzenbewertung nicht etwa unter Verweis auf methodische Mängel zurückweisen, wenn sich der pharmazeutische Unternehmer an die von ihm nach § 35a Absatz 3b Satz 3 SGB V festgelegten Vorgaben gehalten hat. Der G-BA muss daher bereits im Rahmen seiner Ermessensentscheidung nach § 35a Absatz 3b SGB V berücksichtigen, auf welche Art und Weise die Ergebnisse einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung zur Quantifizierung eines Zusatznutzen im Rahmen der Nutzenbewertung herangezogen werden können.

Zu Nummer 5 – Zu Artikel 5 Nummer 3a – neu – (§ 67 Absatz 3 – neu – SGB V) und Nummer 3b – neu – (§ 68c – neu – SGB V)

Zu Artikel 5 Nummer 3a – neu – (§ 67 Absatz 3 – neu – SGB V):
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag zur Änderung des § 67 SGB V (Artikel 5 Nummer 3a – neu -) ab. § 67 SGB V dient der Ermöglichung eines raschen Übergangs von der papiergebundenen zur elektronischen Kommunikation der Leistungserbringer. Die Regelung soll dabei insbesondere den elektronischen Austausch von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Behandlungsberichten fördern. In der Reichweite ist der Handlungsauftrag dabei nicht auf bestimmte Leistungserbringergruppen begrenzt. Erfasst werden etwa auch Angehörige medizinischer Berufe, die nicht im Rahmen einer Kammer organisiert sind. Die Krankenkassen können nach ihrem Ermessen Vorhaben von Leistungserbringern oder Verbänden unterstützen, ohne dass ein bestimmter Umfang oder eine bestimmte Form vorgeschrieben ist. Die Norm enthält auch keine inhaltliche Begrenzung etwa auf bestimmte Anwendungen oder Dienste. Unter der bisherigen Regelung des § 67 Absatz 2 SGB V konnten im Rahmen verschiedener Modelle bereits erfolgreich Projekte initiiert werden. Da der vorgeschlagene Änderungsantrag weder Missstände noch die konkrete Anwendungsfälle erkennen lässt, wird der Antrag in der derzeitigen Form mangels Änderungsbedarfs abgelehnt.

Zu Artikel 5 Nummer 3b – neu – (§ 68c – neu – SGB V):

Vorabfassung - wird durch die entgültige Fassung ersetzt.

Die Bundesregierung steht innovativen Vorschlägen zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten regionalen Versorgung im Hinblick auf die Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse grundsätzlich positiv gegenüber. Den Vorschlag des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Regelungen zu regionalen Versorgungsinnovationen im SGB V hat die Bundesregierung jedoch bereits aufgegriffen. Besondere Versorgungsformen vereinbaren die Krankenkassen grundsätzlich nach § 140a SGB V mit den Leistungserbringern oder auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterstützung ihrer Mitglieder. Gegenstand dieser Verträge können insbesondere auch digitale Versorgungsangebote sein. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG (BR-Drs. 557/19), das am 7. November 2019 vom Bundestag beschlossen wurde, werden die Möglichkeiten insoweit noch einmal erweitert (vgl. den mit dem DVG neu angefügten § 140a Absatz 4a SGB V). Soweit die vorgeschlagene Regelung auf den Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen abzielt, besteht zudem die Möglichkeit, den Vorschlag in die im Koalitionsvertrag vorgesehene Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzubringen. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe soll bis zum Jahr 2020 Vorschläge für die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastrukturvorlegen und dabei auch Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglichen.

Zu Nummer 6 – Zu Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe b (§ 71 Absatz 4 Satz 3 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Erst der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung stellt einen effektiven Einsatz des besonderen Aufsichtsmittels der Beanstandung sicher. Rechtswidrige Verträge sollen nicht während des gerichtlichen Verfahrens weiter vollzogen werden. Nach § 86a Absatz 3 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) steht es im Ermessen der Aufsichtsbehörde, die sofortige Vollziehung der Beanstandung ganz oder teilweise auszusetzen. Zudem haben die betroffenen Krankenkassen die Möglichkeit, die gerichtliche Anordnung der aufschiebenden Wirkung zu beantragen (§ 86b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGG).

Zu Nummer 7 – Zu Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe c – neu – (§ 71 Absatz 5 Satz 2 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Mit der Schaffung der besonderen Aufsichtsbefugnisse nach § 71 Absatz 6 SGB V im Hinblick auf Selektivverträge nach den §§ 73b und 140a SGB V, insbesondere durch den Verzicht auf das Erfordernis einer vorherigen Beratung des Versicherungsträgers und den Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen, wollte der Ge-

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

setzgeber erreichen, dass in diesem wettbewerbsrelevanten Bereich erhebliche Rechtsverletzungen wirksam und kurzfristig behoben werden können (siehe die Begründung zum Regierungsentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211), BT-Drs. 18/4095, S. 83). Dem würde es zuwiderlaufen, jedes aufsichtsrechtliche Einschreiten einem starren Benehmenserfordernis zu unterwerfen, noch dazu mit einer Frist von vier Wochen. Der bezweckte kurzfristige Schutz der Versicherten vor den Auswirkungen rechtswidriger Vertragsbedingungen wäre so nicht gewährleistet. Sofern die Umstände des Einzelfalls es zulassen, ist es schon jetzt geübte Praxis, mitbetroffenen Landesbehörden vor dem Ergreifen förmlicher Aufsichtsmaßnahmen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Eine Anhörung oder ein Benehmen jedoch ausnahmslos zwingend vorzuschreiben, wäre nicht sachgerecht.

Zu Nummer 8 – Zu Artikel 5 Nummer 5 (§ 73b Absatz 5 Satz 7 und Satz 8 SGB V), Nummer 7 (§ 83 Satz 4 und Satz 5 SGB V) und Nummer 11 (§ 140a Absatz 2 Satz 7 und Satz 8 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag zur Streichung der Regelungen ab. Die im Gesetzentwurf beabsichtigten Änderungen sind notwendiger Bestandteil der Stärkung der Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs (RSA) und dienen der Vermeidung von Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung. Befürchtungen, mit dem Gesetzentwurf seien Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sowie zu anderen Versorgungsformen gefährdet, werden nicht geteilt. In der hausarztzentrierten Versorgung sind Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, weiterhin möglich, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen. Weiterhin zulässig sind auch spezifische Module, bei denen die Teilnahme der Versicherten von bestimmten Krankheiten oder Krankheitsausprägungen abhängig gemacht wird (Einschlusskriterien). Bei der Definition dieser Einschlusskriterien ist es zulässig, an eine bestimmte ICD-10 Diagnose anzuknüpfen. Ausgeschlossen ist jedoch eine Vielzahl an Einzel-Modulen, die der Wirkung einer Diagnose-Liste als Voraussetzung für Vergütungen gleichkämen. Auch bei den Verträgen nach
§ 140a SGB V sind Verträge, in denen die Vertragspartner die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung durch die Benennung von bestimmten Krankheiten und Krankheitsausprägungen definieren, weiterhin möglich. Die vorgenannten Ausführungen gelten auch für Verträge nach § 83 SGB V.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu Nummer 9 – Zu Artikel 5 Nummer 9a – neu – (§ 103 Absatz 2 Satz 4, Satz 5, Satz 5a – neu – und Satz 8 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 10 – Zu Artikel 5 Nummer 9a – neu – (§ 125 Absatz 7 Satz 1a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019 (BGBl. I, S. 646) wurde § 125 Absatz 1 SGB V insofern geändert, dass die Verträge zur Heilmittelversorgung künftig grundsätzlich zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene abzuschließen sind. Durch die Reduzierung der bisherigen Vielzahl von Verträgen soll mehr Transparenz über das Vertragsgeschehen geschaffen und der Aufwand der Krankenkassen und der Berufsverbände für die Vertragsverhandlungen reduziert werden. Die Realisierung dieser Ziele würde durch die vorgeschlagene Änderung gefährdet. Sofern einzelne Krankenkassen und Berufsverbände der Heilmittelerbringer beabsichtigen, auf Landesebene Verträge zur Weiterentwicklung der Qualität und Struktur der Heilmittelversorgung zu schließen, ist dies nach § 125 Absatz 8 SGB V auch nach geltender Rechtlage möglich, soweit die Verträge auf Bundesebene (§ 125 Absatz 1 SGB V) dem nicht entgegenstehen. In der Begründung des Vorschlags angesprochene mögliche Konflikte zwischen den zu vereinbarenden Bundesverträgen und bisher regional vereinbarten Verträgen zur Versorgung beispielsweise von Menschen mit Behinderungen sind bisher weder von den Krankenkassen noch von den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer noch von Behindertenorganisationen an die Bundesregierung herangetragen worden.

Zu Nummer 11 – Zu Artikel 5 Nummer 9a – neu – (§ 136a Absatz 2 Satz 3 und Satz 9 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Der Gesetzgeber hat die in § 136a Absatz 2 SGB V vorgesehene Verpflichtung des G-BA zur Anpassung der in der PPP-RL beschlossenen „Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal“ durch bettenbezogene Mindestvorgaben für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten ergänzt. Zweck dieser Regelung ist es, ein schnell umzusetzendes Verfahren zur Berücksichtigung dieser Berufsgruppe zu gewährleisten.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zu Nummer 12 – Zu Artikel 5 Nummer 12 (§ 163 Absatz 4 – neu – und Absatz 5 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Nach Wegfall der vorrangigen Haftung innerhalb der Kassenarten ist die Einbindung der Landesverbände im Rahmen der Haftungsprävention beim GKV-SV nicht mehr systemgerecht. Wenn die kassenartenbezogene Haftung entfällt, bestehen auch keine finanziellen Anreize mehr für eine besondere Haftungsprävention innerhalb einer Kassenart. Die Einbeziehung der Landesverbände ist auch nicht erforderlich, da dem GKV-SV alle für die Beurteilung der Finanzsituation der Krankenkassen erforderlichen Kennzahlen und Informationen vorliegen. Für Fälle von kurzzeitigen Liquiditätsengpässen werden die Möglichkeiten der Haftungsprävention beim GKV-SV um die Möglichkeit der Gewährung von vorübergehenden finanziellen Hilfen ergänzt, so dass in diesen Fällen nicht nur die Möglichkeit einer Zwangsfusion besteht.

Zu Nummer 13 – Zu Artikel 5 Nummer 12 (§ 164a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Im Rahmen des neuen Haftungssystems entfällt die Notwendigkeit von freiwilligen finanziellen Hilfen innerhalb einer Kassenart, da keine finanziellen Anreize für Hilfegewährungen mehr bestehen. Vielmehr entspricht es der neuen kassenartenunabhängigen Ausgestaltung der Haftung, dass nunmehr der GKV-SV einer Krankenkasse vorübergehende finanzielle Hilfen auf Antrag der zuständigen Aufsichtsbehörde u. a. zur Abwendung von Haftungsrisiken und zum Erhalt der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit gewähren kann. Als sinnvolle Ergänzung zum System der Haftungsprävention durch den GKV-SV wird demgegenüber die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit von finanziellen Hilfen im Rahmen einer Vereinigung von Krankenkassen angesehen. Hier bestehen durchaus auch finanzielle Anreize, im Vorfeld einer Vereinigung finanzielle Schwierigkeiten eines Fusionspartners zu überbrücken, um beispielsweise Beitragssatzerhöhungen bis zum Wirksamwerden einer Fusion zu vermeiden. Bei den in der Vergangenheit auf der Grundlage von § 265b SGB V gewährten freiwilligen finanziellen Hilfen innerhalb einer Kassenart handelte es sich in erster Linie um diese Fallkonstellation. Die neu geregelten finanziellen Hilfen im Rahmen von Vereinigungen sind zudem zukünftig kassenartenübergreifend möglich.

Zu Nummer 14 – Zu Artikel 5 Nummer 12 (§§ 166 ff. SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die bisherige Primärhaftung durch Krankenkassen einer Kassenart ist unter den bestehenden Wettbewerbsbedingungen nicht mehr systemgerecht,

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

da auch zwischen Krankenkassen einer Kassenart Wettbewerb stattfindet. Das neue Haftungssystem gewährleistet eine faire und wettbewerbsneutrale Verteilung der Haftungsbeträge auf alle Kassen nach Größe und Leistungsfähigkeit. Zur Stärkung der Haftungsprävention werden die Aufgaben und Befugnisse des GKV-SV in diesem Bereich erweitert. So prüft der GKV-SV kontinuierlich die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenkassen und erhält entsprechende Prüfbefugnisse gegenüber den Krankenkassen. Zudem kann er einer Krankenkasse vorübergehende finanzielle Hilfen auf Antrag der zuständigen Aufsichtsbehörde u. a. zur Abwendung von Haftungsrisiken und zum Erhalt der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit gewähren. Schließlich können sich Krankenkassen auch zukünftig im Rahmen von Vereinigungsprozessen finanzielle Hilfen gewähren (auch kassenartenübergreifend).

Zu Nummer 15 – Zu Artikel 5 Nummer 14 Buchstabe b (§ 217b Absatz 4, Absatz 5 und Absatz 6 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beim GKV-SV lässt das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung unberührt. Der Zustimmung des Ausschusses unterliegen künftig nur Entscheidungen des Vorstands, wohingegen die Befugnisse des Verwaltungsrats als Selbstverwaltungsgremium nicht beschränkt werden. Die Regelung knüpft an den bereits auf freiwilliger Basis eingerichteten Fachbeirat an und sorgt für die notwendige Rückkoppelung der Entscheidungen des GKV-SV an das operative Geschäft der Mitgliedskassen. Befürchtungen, dass das neue Gremium durch einzelne Kassenarten blockiert werden könnte, sind nicht nachvollziehbar. Nach der vorgesehenen Stimmenverteilung hat keine Kassenart die absolute Mehrheit inne. Die Regeln zur Beschlussfassung im Gremium werden im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung getroffen. Darüber hinaus kann der Vorstand in besonders zu begründenden Fällen von der Entscheidung des Ausschusses abweichen oder bei unangemessener Verzögerung ohne dessen Zustimmung entscheiden.

Zu Nummer 16 – Zu Artikel 5 Nummer 18 Buchstabe a – neu – (§ 260 Absatz 2 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die (nicht für laufende Ausgaben benötigten) Betriebsmittel und die Rücklagen der Krankenkassen dienen in einem umlagefinanzierten System nicht der Finanzierung zukünftiger Ausgabensteigerungen, sondern ausschließlich zur Deckung unterjähriger Ausgabeschwankungen. Bereits durch die Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 ist das unterjährige Einnahmerisiko auf den Gesundheitsfonds übergegangen. Die

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Krankenkassen tragen nur noch das Ausgaberisiko. Finanzreserven zur Absicherung des vollen Einnahme- und Ausgaberisikos in Höhe einer 1,5-fachen Monatsausgabe, was der 6-fachen Mindestreserve entspräche, sind somit nicht mehr erforderlich. Die bestehende Grenze in Form einer Monatsausgabe entspricht dem vierfachen der Mindestreserve und ist ausreichend, um unterjährige Ausgabeschwankungen auszugleichen.

Zu Nummer 17 – Zu Artikel 5 Nummer 18 (§ 260 Absatz 5 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Durch den Vorschlag würde der Abbau der Reserven frühestens zum Jahr 2021 beginnen. Ziel ist aber, dass der Reservenabbau bereits zum Haushaltsjahr 2020 erfolgen kann. Es ist davon auszugehen, dass die RSA-Reform nur wenige Monate später in Kraft tritt. Zudem wird mit dem bereits vom Bundestag am 7. November 2019 beschlossenen Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) auch geregelt, dass die Regelungen zum Abbau der Reserven ab dem 1. Januar 2020 anzuwenden sind. Für die Krankenkassen besteht somit für die Haushaltsplanung 2020 ausreichend Planungssicherheit, da die Kassen Mitte November 2019 ihren ersten Grundlagenbescheid für 2020 erhalten haben und die RSA-Reform ihre Finanzwirkung erst 2021 entfaltet. Zudem besteht für kleine Krankenkassen mit weniger als 50 000 Mitgliedern die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsicht eine abweichende Obergrenze zu beantragen.

Zu Nummer 18 – Zu Artikel 5 Nummer 20 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ggg (§ 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V) und Artikel 6 Nummer 7 (§ 19 RSAV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag zur Streichung der Manipulationsbremse ab. Die Manipulationsbremse ist eine wichtige Begleitmaßnahme zur Einführung des Krankheitsvollmodells und eine zentrale Regelung zur Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA. Die Manipulationsbremse soll als Teil des Zuweisungsverfahrens Auffälligkeiten in den Diagnosekodierungen so entschärfen, dass diese erst gar nicht zu einem finanziellen Vorteil für die entsprechenden Krankenkassen führen. Der Ausschluss erfolgt auf Ebene des RSA-Gesamtsystems, da ein Ausschluss auf Einzelkassenebene insbesondere Risikoselektionsanreize gegenüber erkrankten Versicherten setzen würde.

Zu Nummer 19 – Zu Artikel 5 Nummer 21 (§ 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Das Bundesversicherungsamt prüft im Rahmen der Prüfung zur Sicherung der Datengrundlagen des RSA im Einzelfall die Rechtmäßigkeit von Versorgungsverträgen. Diese Prüfung ist von der aufsichtsbehördlichen Rechtmäßigkeitskontrolle unabhängig und dient allein dem Zweck der Durchführung des RSA. Krankenkassen sind Verwaltungsträger, die ihre gesetzlichen Aufgaben im öffentlichen Interesse erfüllen und als Teil der vollziehenden Gewalt an Gesetz und Recht gebunden sind. Gründe dafür, dass sich die Möglichkeit des Bundesversicherungsamtes zur Feststellung der Rechtswidrigkeit von Verträgen für den Zweck der Integrität der RSA-Datengrundlage allein auf die Rechtslage bei Vertragsschluss beziehen sollte, sind nicht ersichtlich.

Zu Nummer 20 – Zu Artikel 5 Nummer 26 (§ 273 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Im bisherigen Verlauf der Prüfungen hat sich gezeigt, dass der Aufwand und die Dauer der Prüfungen in keinem angemessenen Verhältnis zum Ziel stehen, die Qualität und Integrität der Datengrundlagen des RSA sicherzustellen. Daher wird das Verfahren in wesentlichen Punkten weiterentwickelt. Ziel ist es, die Effektivität der Prüfungen als Grundlage für einen fairen Wettbewerb der Krankenkassen zu erhöhen. Dies erfolgt auch im Sinne der Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers.

Zu Nummer 21 – Zu Artikel 5 Nummer 28 (§ 293a SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt, da der Zugang der Aufsichtsbehörden der Länder zu dem Verzeichnis der Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung bereits mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sichergestellt ist. Die Bundesregierung sieht diesbezüglich keinen zusätzlichen Regelungsbedarf. Bereits der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass das Verzeichnis im Internet bekannt zu machen ist. Es schafft somit Transparenz für Aufsichtsbehörden und Versicherte.

Zu Nummer 22 – Zu Artikel 6 Nummer 3 (§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag zur abschließenden Festlegung der Bereiche, aus denen regionale Merkmale ausgewählt werden können, ab. Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA erhebt in seinem Gutachten keinen Anspruch darauf, sämtliche in Frage kommenden Variablen bzw. Variablengruppen untersucht zu haben. Stattdessen empfiehlt er,

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

regelmäßig zu überprüfen, welche Variablen statistisch aussagekräftig sind und die im RSA verwendeten Variablen auf dieser Grundlage regelmäßig anzupassen. Die Aufzählung im Verordnungstext ist daher beispielhaft und nicht abschließend.

Zu Nummer 23 – Zu Artikel 6 Nummer 3 (§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, die Wörter „Preisstruktur medizinischer Leistungen" aus der Aufzählung zu streichen.

Zu Nummer 24 – Zu Artikel 6 Nummer 7 (§ 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 RSAV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, die Festlegung der regionalen Merkmale unter Beteiligung der für die Gesundheitsversorgung zuständigen obersten Landesbehörden vorzunehmen. Die Festlegungen werden aufgrund eines gesetzgeberischen Auftrags an das Bundesversicherungsamt jährlich neu getroffen, um den wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt berücksichtigen zu können. Die Beteiligung des GKV-SV, die dazu dient, systematisch auf das bei den Krankenkassen liegende Wissen zurückzugreifen, wird als ausreichend erachtet.

Zu Nummer 25 – Zu Artikel 6 Nummer 7 (§ 8 Absatz 4 Satz 1 und Satz 9 RSAV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, die Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells und die unterjährige Anpassung der Festlegung durch das Bundesversicherungsamt nur im Einvernehmen mit dem GKV-SV zu ermöglichen. Das Bundesversicherungsamt hat den gesetzgeberischen Auftrag erhalten, die Regeln für einen funktionsfähigen RSA jährlich neu unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der Gesundheitswissenschaft und einer Anhörung des GKV-SV zu justieren. Die Berücksichtigung wissenschaftlichen Sachverstands hat der Gesetzgeber insbesondere durch den Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt institutionalisiert. Das Beteiligungsverfahren dient ebenfalls dazu, systematisch auf das bei den Krankenkassen liegende Wissen zurückzugreifen. Die Notwendigkeit eines Konsenses aller in den RSA einbezogenen gesetzlichen Krankenkassen würde hingegen gerade dem Ziel eines „lernenden Systems" unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritts nicht entsprechen. Zudem bestünde die Gefahr, dass wegen divergierender Interessen innerhalb des GKV-SV zu wesentlichen Punkten kein Einvernehmen hergestellt werden kann.

Zu Nummer 26 – Zu Artikel 6 Nummer 7 (§ 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV)

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, die unterjährige Anpassung der Festlegung durch das Bundesversicherungsamt regelmäßig zum 1. Januar eines Jahres vorzusehen. Das Bundesversicheramt legt für das Versichertenklassifikationsmodell die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr bis zum 30. September eines jeden Jahres fest. Die Möglichkeit des Bundesversicherungsamtes zur unterjährigen Anpassung dieser Festlegung entspricht geltendem Recht und bezieht sich dabei alleine auf Aktualisierungen im Bereich der Kodierung von Diagnosen und der Arzneimittelklassifikation (z. B. Ergänzung neuer ATC-Kodes und Einordnung in RSA-Verfahren). Ziel dieser Regelung ist es, dass auch bei unterjähriger Änderungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) oder der Arzneimittelklassifikation eine Anpassung der Festlegung durch das Bundesversicherungsamt ermöglicht wird, um die im Sinne der getroffenen Festlegungen korrekte Zuordnung von Versicherten zu den entsprechenden Morbiditätsgruppen sicherzustellen. Bei der unterjährigen Anpassung der Festlegung handelt es sich damit um rein technische Anpassungen. Relevante finanzielle Auswirkungen für die Krankenkassen sind hiermit nicht verbunden.

Zu Nummer 27 – Zu Artikel 7 Nummer 1 – neu – (§ 6a Absatz 2 Satz 9 – neu – KHEntgG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag, für Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus nur für die Jahre 2020 und 2021 Vergütungen und Vermittlungsentgelte bis zu einer Höhe von 30 Prozent der über den Tarifvertrag hinausgehenden Kosten im Pflegebudget zu berücksichtigen, wegen der damit verbundenen unerwünschten Anreizwirkungen ab.

Zu Nummer 28 – Zu Artikel 7 (§ 8 Absatz 11 Satz 1 KHEntgG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag, den Rechnungsaufschlag auf 0,9 Prozent anzuheben, ab. Vor dem Hintergrund der mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) eingeführten verbesserten Finanzierung von Tarifkostensteigerungen im Pflegebereich ist ein Rechnungsaufschlag in Höhe von 0,3 Prozent angemessen.

Zu Nummer 29 – Zu Artikel 7a – neu – (§ 17b Absatz 1 Satz 6 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, die im Rahmen der Sachkostenkorrektur für das Jahr 2020 ausgegliederten Bewertungsrelationen im Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2021 erhöhend zu berücksichtigen. Eine solche erhöhende Berücksichtigung ist nach § 17b Absatz 4 Satz

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht vorgesehen. Gemäß der Begründung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (BT-Drs. 19/4453, S. 57 f.) sollen durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System keine Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversorgung entstehen. Hiergegen würde eine Umsetzung des Vorschlags verstoßen.

Zu Nummer 30 – Zum Gesetzentwurf allgemein

Die Bundesregierung wird der Bitte um Prüfung nachkommen. Die Bundesregierung, für die die Patientensicherheit ein wichtiges Anliegen ist, weist darauf hin, dass die Frage, ob eine bundeseinheitliche Regelung denkbar ist, die Fälschungen von Approbationsurkunden für Ärztinnen und Ärzte über bereits bestehende Regelungen hinaus entgegenwirken kann, eingehender Beratungen von Bund und Ländern bedarf. Dies könnte insbesondere im Zusammenhang mit der geplanten Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte, die vom Bundesministerium für Gesundheit aktuell vorbereitet wird, erfolgen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.