Stellungnahme des Einzelsachverständigen Uwe Klemens, alternierender Verwaltungsrats-vorsitzender des GKV-Spitzenverbandes

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(1)
gel. ESV zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
3.12.2019

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

München, 02.12.2019

Vorbemerkung

Die Fraktionen von CDU, CSU und SPD haben in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, dass die soziale Selbstverwaltung gestärkt werden soll. Die programmatische Ankündigung ist aus Sicht der sozialen Selbstverwaltung sehr begrüßenswert. In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist die Selbstverwaltung ein zentraler Grundpfeiler. Angesichts der weiterhin bestehenden Herausforderungen für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und bezahlbaren Versorgung muss es darum gehen, die Gestaltungs- und Umsetzungskompetenz der Selbstverwaltung zu verbessern.

Aktuell ist allerdings festzustellen, dass die soziale Selbstverwaltung gleich durch verschiedene Gesetze massiv geschwächt wird bzw. geschwächt werden soll. In diesen Trend reihen sich auch die Vorschläge im Rahmen des Entwurfes eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) ein. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass beim GKV-Spitzenverband ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) eingerichtet werden soll. Zielsetzung dieses Vorschlages ist es ausweislich der Gesetzesbegründung, eine organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und der Umsetzung der gesetzlichen Aufträge des GKV-Spitzenverbandes sicherzustellen.

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf die Reduzierung der Mitglieder des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes von 52 Mitgliedern auf höchstens 40 Mitglieder vor. Die gesetzliche Vorgabe ist nicht zielführend.

LKA mit weitreichenden Entscheidungskompetenzen

Über eine gesetzlich normierte Beteiligung der Mitgliedskassen hinaus sehen die Regelungen des Gesetzentwurfs vor, dass das neue Gremium weiterreichende Kompetenzen erhalten soll. Künftig sollen versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen der Zustimmung des LKA bedürfen.

Nach geltendem Recht hat aber schon der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes den Vorstand zu überwachen und alle Entscheidungen zu treffen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind (§217b Absatz 1 Satz 3 i. V. m. § 197 Absatz 1 Nummern 1a und 1b SGB V). Dies bedeutet, dass der Verwaltungsrat mit seinen Entscheidungen Vorgaben für das operative Handeln des Vorstands setzt. Mit den geplanten Regelungen zum LKA würde der Verwaltungsrat als sozialpolitisches Korrektiv in eine Aufgabenkonkurrenz mit den Kassenvorständen gebracht.

Damit widerspricht die Schaffung eines LKA beim GKV-Spitzenverband dem Prinzip der sozialen Selbstverwaltung. Zukünftig wäre der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes erheblich eingeschränkt, da Beschlüsse nicht ohne Zustimmung des hauptamtlich gebildeten LKA gefasst werden könnten. Durch dieses Verfahren würde die Sozialpartnerschaft als Grundlage der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nicht nur entwertet, sondern auch ad absurdum geführt.

Soziale Selbstverwaltung garantiert Systemperspektive

Würden mit dem Gesetz hauptamtliche Vorstandsmitglieder von Krankenkassen in der Governancestruktur des GKV-Spitzenverbandes verankert, würde die Wettbewerbsperspektive der Krankenkassen die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes prägen. Vorstandsmitglieder der Krankenkassen müssen Entscheidungen aufgrund ihres gesetzlichen Auftrages und ihres Vorstandsdienstvertrages auch am wettbewerblichen Erfolg der Krankenkasse ausrichten. Sie hätten damit auch im LKA beim GKV-Spitzenverband diese wettbewerblichen Interessen zu verfolgen.

Individuell auf einzelne Krankenkassen bezogene Wettbewerbsperspektiven lassen die notwendige Systemperspektive für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes – auch im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung – in den Hintergrund treten. Die Hervorhebung der Wettbewerbsperspektive provoziert, dass bei Entscheidungen, die für die Gesamtheit des GKV-Systems von wesentlicher Bedeutung sind, Verzögerungen und Blockaden wahrscheinlicher werden.

Der Verwaltungsrat muss daher auch in Zukunft z. B. bei Entscheidungen von grundsätzlicher versorgungspolitischer Tragweite zweifelsfrei die Entscheidungskompetenz haben. Die jetzt vorgesehene Schaffung eines LKA wird vor diesem Hintergrund nicht die gewünschten Vorteile für die Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Versicherten bringen.

Kompetenzeinschränkungen für die soziale Selbstverwaltung ausschließen

Die Sozialpartner (DGB und BDA), der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, die Verwaltungsräte der Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes und damit die gesamte soziale Selbstverwaltung lehnen die mit dem LKA einhergehenden Kompetenzeinschränkungen ab. Die Regelungen würden die Entscheidungsrechte des Verwaltungsrates im GKV-Spitzenverband beschneiden und gleichzeitig die operative Handlungsfähigkeit des Vorstandes einschränken. Praktische Folge dieser Kompetenzeinschränkung ist, dass der Vorstand etwaige Vertragsverhandlungen erst nach erteilter Zustimmung des LKA wirksam abschließen könnte.

In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber dem GKV-Spitzenverband wiederholt komplexe Aufträge mit knappen Fristen übertragen. Mit dem Zustimmungserfordernis entstünde das Risiko,

dass diese Aufgaben innerhalb der vorgegebenen Fristen erfüllt werden können. Gerade bei Vertragsverhandlungen erweist es sich nicht als sachgerecht, Kompromisse unter einen generellen Gremienvorbehalt zu stellen und keine verbindlichen Zusagen treffen zu können.

Heutige Mitwirkung der Krankenkassen an Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes

Aus Sicht der sozialen Selbstverwaltung ist die grundlegende Zielsetzung zur stärkeren Einbeziehung der operativen Erfahrungen der Krankenkassenvorstände in die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes allerdings nachvollziehbar. Die Beteiligung der Mitgliedskassen stellt ein zentrales Element für die fachlich-strategische Ausrichtung und Meinungsbildung dar. Daher sind im GKV-Spitzenverband bereits heute Gremien und Verfahren etabliert, die eine kontinuierliche Rückkoppelung zu den Krankenkassen sicherstellen.

Die Vorstände der Mitgliedskassen und der Verbände der Kranken und Pflegekassen auf Bundesebene sind in den Fachbeirat des GKV-Spitzenverbandes berufen. Hier bringen sie regelhaft ihre Perspektiven und Erfahrungen aus dem operativen Geschäft der Krankenkassen in die Positionen bzw. in die Entscheidungsfindung ein. Bei der gesundheits- und pflegepolitischen Positionierung des Verwaltungsrates ist der Fachbeirat im Vorfeld eingebunden.

Auch auf der Arbeitsebene (Referentenrunden und Facharbeitsgruppen) des GKV-Spitzenverbandes werden die Mitgliedskassen unmittelbar und umfassend zur Entscheidung und Positionierung von Themen der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung beteiligt. Derzeit sind beim GKV-Spitzenverband rd. 100 Arbeitsgruppen mit Praktikern aus Krankenkassen und deren Verbänden etabliert.

Darüber hinaus sind die Mitgliedskassen unmittelbar in – teilweise vertrauliche – Verhandlungen mit Leistungserbringern eingebunden. Dies gewährleistet, dass die Perspektiven und Interessen der Krankenkassen auch in dynamischen Verhandlungssituationen einfließen können.

Insofern findet bereits heute auf verschiedenen Ebenen ein hohes Maß an Rückkoppelung mit den Krankenkassen und deren Vorständen statt. Die Intention des Gesetzgebers bei der Schaffung des GKV-Spitzenverbandes war es, für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst sachgerechte und zügige Entscheidungen im Interesse des Gesamtsystems zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband hat diesen Anspruch bisher erkennbar überzeugend erfüllt.

Handlungsfähigkeit des GKV-Spitzenverbandes auch künftig sicherstellen

Bei einer stärkeren Einbindung der Vorstände der Mitgliedskassen in das operative Geschäft des GKV-Spitzenverbandes muss zwingend gewährleistet sein, dass die Kompetenzen des Verwaltungsrates nicht tangiert werden sowie die operative Handlungsfähigkeit des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes erhalten bleibt.

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat einen Alternativvorschlag vorgelegt, der diese Zielsetzung erfüllt. Insbesondere sollte der LKA die Aufgabe zur Beratung des Vorstandes erhalten. Die Empfehlungen des Gremiums sollen entsprechend berücksichtigt werden. Konsequent wäre vor diesem Hintergrund eine Umbenennung des LKA zum „Beratungs- und Koordinierungsausschuss (BKA)".

Reduzierung der Mitgliederzahl des Verwaltungsrates nicht zielführend

Mit der Reduzierung der Mitgliederzahl des Verwaltungsrates auf höchstens 40 Personen ist eine adäquate Abbildung der Interessen der Mitgliedskassen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes nicht mehr gewährleistet. Die bestmögliche Anpassung mit Sitz- und Stimmverteilung an die Versichertenproporze ist laut den heute schon im Gesetz vorgegebenen Kriterien mit 52 Sitzen zu gewährleisten. Es wäre völlig unverständlich, wenn der Gesetzgeber durch einen solch willkürlich erscheinenden Eingriff die Sicherstellung der Akzeptanz der Beschlüsse des Verwaltungsrates unter seinen 106 Mitgliedskassen gefährdet würde.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(2)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
6.12.2019

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, den 05. Dezember 2019

1. Zu den Zielen des Kabinettsentwurfs und den Maßnahmen seiner Umsetzung

Das Gesetzesvorhaben setzt die im Koalitionsvertrag angekündigte Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs um. Aufbauend auf den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats werden verschiedene Elemente eingeführt, die die finanziellen Ungleichgewichte zwischen den Krankenkassen verringern sollen. Neben Anpassungen in der Ausgleichsformel kommt auch eine sogenannte „Manipulationsbremse“.

Das große Vorhaben, die bundesweite Öffnung aller Krankenkassen, wird nun doch nicht verwirklicht. Dadurch bleiben die Landesaufsichten neben dem Bundesversicherungsamt im Bereich der GKV bestehen.

Der Haftungsverbund der Kassenarten wird aufgelöst. In Zukunft sollen alle Krankenkassen bei einer Insolvenz für die Schulden haften.

Insgesamt entwickelt das Gesetz die Krankenkassen weiter in die Richtung von wettbewerblichen Unternehmen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK spricht sich klar gegen eine Unternehmenslogik in den Krankenkassen aus. Dieser Irrweg muss gestoppt werden. Patienten sind keine mündigen Kunden. Krankenkassen sind Teil der Sozialversicherung und keine profitorientierten Unternehmen. In einem Wettbewerb verlieren immer die Alten und Kranken. Selbst wenn die Pauschalen aus dem Gesundheitsfonds ausreichen, ist es attraktiv Menschen mit Behinderung mit billigen Hilfsmitteln zu versorgen und die Differenz einzubehalten. Patienten mit komplexem Hilfsmittelbedarf können nicht die Krankenkasse wechseln, weil sie in der Übergangsphase nicht versorgt sind. Gleichzeitig erleben wir aber auch, dass Krankenkassen, die finanziell gut aufgestellt sind, ein restriktives Krankengeldmanagement betreiben. Auch über 20 Jahre nach der Einführung gibt es keine Studien, die belegen, dass Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu einer besseren Versorgung der Patienten führt.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK zu ausgewählten Punkten Stellung.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1. Keine bundesweite Öffnung

Anders als im Referentenentwurf vorgesehen, werden die AOKen und verbliebene regional geöffnete Betriebskrankenkassen doch nicht bundesweit geöffnet. Die Länderaufsicht bleibt daher neben der Aufsicht des Bundesversicherungsamts (BVA) bestehen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Eine bundesweite Öffnung der AOKen hätte die Versorgung der Patienten nicht verbessert. Ein Wechsel in die AOK Sachsen-Anhalt wäre für einen Bayern nur aufgrund des Zusatzbeitrags attraktiv. Die besonderen regionalen Versorgungsverträge könnte er sowieso nicht nutzen. Das verdeutlicht wieder, dass der Wettbewerb nur für junge, gesunde Menschen nützlich ist.

Wir bedauern jedoch, dass es entgegen dem Referentenentwurf nicht zu einer einheitlichen Rechtsaufsicht durch das BVA kommt. Wir haben in unserer Rechtsvertretung die Erfahrung gemacht, dass dort Verstöße gegen das SGB V konsequenter verfolgt werden als auf Landesebene. Nichtsdestotrotz sehen wir auch beim BVA die Gefahr der politischen Einflussnahme, gewisse Verstöße nicht zu verfolgen. Die Krankenkassen sind Körperschaften öffentlichen Rechts, sie handeln jedoch nicht allzeit rechtmäßig. Je härter der Wettbewerb und das betriebswirtschaftliche Verhalten der Krankenkassen, desto dringender wird eine starke und unabhängige Rechtsaufsicht.

2.2. Wettbewerbsrecht (§ 4a SGB V)

Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten ein Klagerecht untereinander, um gegen das wettbewerbswidrige Verhalten von Wettbewerbern auch bei Untätigkeit der Aufsichtsbehörden vorgehen zu können. Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander wird nach den Regelungen des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb ausgestaltet. Streitigkeiten der Krankenkassen untereinander sollen folgerichtig nicht mehr von den Sozialgerichten verhandelt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Verlagerung in das Zivilrecht ist der falsche Weg, um gegen diese Fehlentwicklungen vorzugehen. Die Krankenkassen dürfen sich nicht weiter zu profitorientieren Unternehmen entwickeln. Die Ressourcen, die für teure Anwälte eingesetzt werden, stehen nicht für die Versorgung von Patienten zur Verfügung. Besser wäre es, in einem ersten Schritt die Rechtsaufsicht soweit zu stärken, dass sie ihren Aufgaben nachkommen kann.

2.3. Haftung aller Krankenkassen (§ 166 ff. SGB V neu)

Bisher haften bei einer Insolvenz zunächst die Krankenkassen einer Kassenart. Dieser Haftungsverbund soll nun aufgelöst werden. Alle gesetzlichen Krankenkassen haften in Zukunft füreinander.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Innerhalb der Solidarität in der GKV ist diese Regelung sachgerecht. Wir sehen bei der bisherigen Haftungssystematik eine besondere Aufmerksamkeit der Kassen bezüglich drohenden finanziellen Schieflagen. In Haftungsverbänden mit vielen Mitgliedern bestehen jedoch

Schwierigkeiten bei der Aufteilung der Verantwortung. Es ist daher besonders wichtig, dass der GKV-Spitzenverband seiner Überwachungsfunktion bezüglich aller Kassen in Zukunft gerecht wird. Wir hoffen, dass dann alle Kassen in diesem großen Verband gut aufgehoben sind und ihnen im Notfall rechtzeitig geholfen wird.

Patienten dürfen bei einer Insolvenz nicht im Regen stehen gelassen werden. Auch der Zugang zu einer neuen Krankenkasse nach Insolvenz muss erleichtert werden. Bei der Insolvenz der City BKK haben wir erlebt, dass Krankenkassen die Aufnahme von älteren Versicherten oder Menschen mit komplexem Hilfsmittelbedarf zu verhindern versuchten.

2.4. Weiterentwicklung der Strukturen des GKV-Spitzenverbands (§ 217b ff. SGB V)

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands wird neu organisiert. Die bisherigen ehrenamtlichen Versichertenvertreter werden auf GKV-Ebene abgeschafft und durch Hauptamtliche ersetzt. Im Verwaltungsrat und im Vorstand wird eine Mindestquote sowohl für Frauen als auch für Männer festgelegt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Charakter einer Sozialversicherung wird durch die paritätische Steuerung gewährleistet. Die Belange der Versicherten sollen dabei durch die Versichertenvertreter durchgesetzt werden. Diesen Charakter haben die großen Krankenkassen jedoch schon lange nicht mehr. Nach der neuen Logik sollen die Versicherten ihre Interessen durch „Abstimmung mit den Füßen“ durchsetzen. Dies mag auf junge, gesunde Menschen zutreffen.

Chronisch Kranke und Menschen mit Behinderungen können aber nicht einfach die Krankenkasse wechseln. Hilfsmittel, die leihweise überlassen wurden, müssen bei einem Wechsel zurückgegeben werden. Durch die Neubeantragung bei einer anderen Krankenkasse kommt es zu Versorgungslücken, die die Betroffenen nicht auffangen können. Sie sind im täglichen Leben auf ihre Hilfsmittel angewiesen und können nicht warten.

Sie sind darauf angewiesen, dass sich Versichertenvertreter im Widerspruchsausschuss ihres Anliegens annehmen. Die Abschaffung der Versichertenvertreter im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes darf nicht zum Präzedenzfall für die Verwaltungsräte der Krankenkassen werden.

2.5. Risikostrukturausgleich (RSA)

Der Gesundheitsfonds gleicht die unterschiedlichen Beitragseinnahmen der verschiedenen Krankenkassen, die aus unterschiedlichen Gehältern resultieren, sowie die unterschiedlichen Ausgaben, die aus unterschiedlich gesunden Mitgliedschaften resultieren, aus. Dieser Risikostrukturausgleich, der vom Bundesversicherungsamt durchgeführt wird, ist das zentrale Element der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Um Anreize für eine günstige und effiziente Versorgung zu setzen, bekommen die Kassen nicht ihre Ausgaben erstat-

tet, sondern eine Pauschale pro Versichertem zugewiesen, die sich je nach Alter, Geschlecht und Erkrankungen unterscheidet.

Allerdings werden die Ausgaben der Krankenkassen unterschiedlich gut durch den RSA ausgeglichen. Während einige Kassen mehr zugewiesen bekommen als sie ausgeben, machen andere Minus. Das spiegelt sich in unterschiedlichen Zusatzbeiträgen und Rücklagen wieder. Für die unterschiedlichen Deckungsraten wurden einerseits unterschiedliche Kostenstrukturen in verschiedenen Regionen – Städter sind teurer – und andererseits Manipulationen verantwortlich gemacht.

Basierend auf dem Gutachten des wissenschaftlichen Beirats zur Evaluation des RSA sollen die Ausgleichsformel verbessert und Manipulationen erschwert werden. In Zukunft soll der Wissenschaftliche Beirat die Wirkung des RSA alle vier Jahre evaluieren, um möglichen Weiterentwicklungsbedarf zu ermitteln.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen grundsätzlich die Solidarität und den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen. Die regelmäßige Nachsteuerung auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse ist sachgerecht. Seit der Einführung des RSA sind die Beitragssatzunterschiede für Arbeiter und Angestellte nahezu verschwunden. Konsequent wäre nun die Einbeziehung auch der privaten Krankenkassen. Die Solidarität zwischen den Krankenkassen entspricht dem Prinzip der Sozialversicherung, so wie sie beispielsweise auch in der Rentenversicherung besteht. Die Notwendigkeit der Manipulationsbremse zeigt allerdings, dass sich Solidarität und Wettbewerbslogik nicht vertragen.

2.5.1. Regionalkomponente (§ 266 Abs. 2 i.V.m RSA-Verordnung)

Der RSA wird um eine Regionalkomponente erweitert. Dadurch sollen die Kostenunterschiede zwischen Krankenkassen, die nur in günstigen Regionen tätig sind (zum Beispiel Sachsen), und Krankenkassen, die einen hohen Anteil von Großstädtern versorgen, ausgeglichen werden. Dadurch soll auch verhindert werden, dass günstige regionale Krankenkassen eine marktbeherrschende Position erlangen.

Angebotsorientierte Faktoren (wie Arztdichte, Krankenhausbettenzahl) werden nicht in den Ausgleich einbezogen, um Fehlanreize im Hinblick auf Über- und Unterversorgung zu vermeiden.

Die Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung spezifiziert die Regionalmerkmale: 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.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Das Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs kam zu dem Schluss, dass eine Regionalkomponente zwar ordnungspolitisch geboten erscheint, die Zuweisungsgenauigkeit des RSA aber nur geringfügig erhöht. Während Unterschiede in der Angebotsstruktur nicht ausgeglichen werden sollten, um bestehende Ungleichheiten nicht zu verfestigen, ist der Ausgleich der Preisstruktur der medizinischen Leistungen eine sachgerechte Lösung.

Der wissenschaftliche Beirat hatte festgestellt, dass die Unterschiede nicht auf Ebene der Bundesländer bestehen, wie in der politischen Debatte behauptet wird, sondern auf Ebene der Landkreise. Im Gesetzesentwurf wird daher „regional" als Gemeindeebene definiert. Die Regionalkomponente darf nicht dazu führen, dass der Einkommensausgleich zwischen reichen und ärmeren Bundesländern abgeschwächt wird.

2.5.2. Vollmodell aller Krankheiten (§ 266 ff. SGB V)

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 sollen. Das RSA-Verfahren wird vereinfacht, da das aufwendige jährliche Verfahren der Krankheitsauswahl entfallen kann.

Der Beirat hatte sich für das Vollmodell ausgesprochen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen die Einführung des Vollmodells der Krankheiten. Dabei sollte auch die verstärkende Wirkung von Multimorbidität einbezogen werden. Die Ausgaben für einen depressiven Diabetiker sind höher als die addierten Kosten für die Versorgung von Diabetes und Depression. In einer älter werdenden Gesellschaft wird Multimorbidität immer häufiger. Es darf keine Anreize zur Risikoselektion gegen diese Patienten geben.

2.5.3. Risikopool für Hochkostenfälle (§ 268 SGB V)

Es 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, soll ein Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten erhalten bleiben. Hochkostenfälle werden insbesondere aufgrund neuer hochpreisiger (Arzneimittel-)Therapien, die zu einer Genesung oder langjährigen Verzögerung der Krankheit führen, an Bedeutung gewinnen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Einführung eines Hochrisikopools ist sachgerecht. Einzelne Versicherte mit sehr teuren Krankheiten oder Kombinationen von Krankheiten können kleinere Krankenkassen in den Ruin treiben. Die Krankenkassen haben daher einen sehr starken Anreiz zur Risikoselektion dieser Patienten.

Auch bei der Kostengrenze für den Hochrisikopool sollte den wissenschaftlichen Empfehlungen gefolgt werden. Der VdK plädiert daher diese bereits bei 25.000 Euro anzusetzen.

2.5.4. Streichung der Erwerbsminderungsgruppen (§ 267 SGB V a. F.)

Das Kriterium der Erwerbsminderungsrente wird im RSA nicht mehr als Risikomerkmal verwendet. Der Gesetzentwurf begründet dies damit, dass einige Personengruppen wie Rentner, Nichterwerbstätige und Selbstständige dieses Kriterium per se nicht erhalten können, selbst wenn ein identischer Schweregrad der Erkrankung vorliegt wie bei Erwerbsminderung.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK fordert auch weiterhin die Beibehaltung des Merkmals Erwerbsminderungsrente im RSA. Dies hatte auch der Beirat empfohlen. Erwerbsminderungsrentner sind eine besonders vulnerable Gruppe. Die Krankenkassen versuchen immer noch kranke Menschen am Ende des Krankengeldbezugs aus der Versicherung zu drängen. Diese Menschen sind aber nicht wieder gesund und erwerbstätig, sondern landen in der Erwerbsunfähigkeitsrente. Das Merkmal Erwerbsunfähigkeitsrente gleicht die ökonomischen Selektionsanreize wenigstens zum Teil aus.

2.5.5. Beibehaltung der DMP-Programmkostenpauschale

Anders als zunächst vorgesehen, soll die DMP-Programmkostenpauschale beibehalten werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Streichung der DMP-Programmkostenpauschale wäre eine sachgerechte Weiterentwicklung gewesen. Die DMPs sollten sich einerseits durch die gute Kodierung der Erkrankungen und andererseits durch die bessere Versorgung, die Folgeschäden verhindert, selbst tragen.

2.5.6. Vorsorge-Pauschale (§ 270 Abs. 3 SGB V)

Im Rahmen der Diskussion um die Finanzierung der Prävention argumentieren Gesundheitsökonomen immer wieder, die Krankenkassen hätten keine Anreize in Prävention zu investieren, da sie sich nicht sicher sein könnten, die Einsparungen daraus zu ernten. Der

Versicherte könnte bis zum verhinderten Eintritt der Erkrankung bereits in eine andere Krankenkasse gewechselt sein.

Daher wird nun eine Vorsorgepauschale eingeführt. Die Krankenkassen erhalten für jede durchgeführte Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung und jede Impfung ihrer Versicherten Geld.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Ausgleich der Kosten der Vorsorgeuntersuchungen ist in einem wettbewerblichen System sachgerecht, da die Krankenkassen nicht fest davon ausgehen können, von der Kostenvermeidung einer Früherkennung zu profitieren. In der Realität ist dies allerdings vernachlässigbar, da kaum Versicherte im Laufe ihres Lebens die Krankenkasse wechseln.

Allerdings löst diese Vorsorge-Pauschale nicht das Grundproblem der Prävention. Vorsorgeuntersuchungen sind keine primäre Prävention. Krankenkassen argumentieren immer wieder, sie würden nicht in Prävention investieren, weil sie nicht sicher sein können von den Folgen zu profitieren.

Nach Auffassung des VdK ist die Primärprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die im Kassenwettbewerb falsch verortet ist. Die Kassen nutzen Yogakurse und Co. zur Mitgliederwerbung, nicht zur Gesundheitsförderung. Gerade Ältere und sozial Schwache werden von diesen Angeboten nicht erreicht.

2.5.7. Rechnungsaufschlag für Tarifsteigerungen im Pflegebereich (§ 8 Abs. 11 KHEntgG)

Im Jahr 2020 können Krankenhäuser bei Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung aufgenommen werden, einen Rechnungsaufschlag von 0,3 Prozent verlangen.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 wurden die Bedingungen für die Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals in Krankenhäusern verbessert. Die zusätzlichen Mittel sollen dazu dienen, nicht refinanzierte Tarifsteigerungen im Pflegebereich abzudecken. Hierzu werden dem Gesundheitsfonds 225 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Einführung eines Rechnungsaufschlags für das Jahr 2020 ist zu pauschal und stellt nicht sicher, dass das Geld auch wirklich bei den Pflegenden ankommt. Zudem ist sie kein Ersatz für fehlende Investionskosten der Länder. Auch der Vorschlag des Bundesrats, den Aufschlag zu erhöhen, wird dieses Problem nicht lösen.

2.5.8. Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge (§ 293a SGB V)

Zur Sicherung der Datengrundlage 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 soll das BVA durch die zukünftige 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 können.

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

Grundsätzlich begrüßen wir die Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge. Das BVA hat derzeit über die Vertragsinformationen keinen Überblick, sodass eine echte Rechtsaufsicht nicht möglich ist. Die geplanten Vorgaben schaffen jedoch leider nicht mehr Transparenz für die Versicherten. Die zu erhebenden Daten über die Verträge betreffen nicht die Informationen, die für die Versicherten relevant wären.

2.5.9. Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA

Der Risikostrukturausgleich basiert auf den Erkrankungen, die Ärzte kodiert haben. Die Krankenkassen haben folgerichtig versucht den Ärzten Anreize zu setzen, um mehr und schwere Erkrankungen zu kodieren. Dies soll in Zukunft verhindert werden.

Dazu erhält das Bundesversicherungsamt erweiterte Prüfbefugnisse. Krankheiten, die ungewöhnlich stark ansteigen, werden komplett aus dem RSA ausgenommen. Die Krankenkassen dürfen Ärzte nicht mehr zum wirtschaftlichen Verordnen beraten, da dies in der Vergangenheit zur Kodierberatung missbraucht wurde.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Krankenkassen folgen nur den Anreizen, die ihnen in einem wettbewerblichen System gesetzt werden. Sie verhalten sich wie profitorientierte Unternehmen. Die Ressourcen, die in Kodierberatung und Manipulationskontrolle fließen stehen dadurch nicht für die Versorgung von Patienten zur Verfügung. Gleichzeitig sehen wir jedoch auch die positiven Effekte, die beispielsweise die hausarztzentrierte Versorgung auf die Versorgung der Patienten hat.

Grundsätzlich fordern wir eine Rückkehr zu den Prinzipien der Sozialversicherung. Wettbewerbsorientierte Unternehmen haben nie den Anreiz in eine möglichst gute Versorgung der Patienten zu investieren, sondern in möglichst hohe Gewinne.

stellungnahme

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(3)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
9.12.2019

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Gesetzesentwurf „Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer Kassenwettbewerb-Gesetz - GKV-FKG)"

und

dem Antrag „"Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln" der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen – Bundestagsdrucksache 19/9596

05.12.2019

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Robert Spiller
Referatsleiter Gesundheitspolitik
Europäische Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik

robert.spiller@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-311
Telefax: +49 30 - 24060-226

Henriette-Herz-Platz 2
D - 10178 Berlin
www.dgb.de

Soziale Selbstverwaltung schützen, Solidargemeinschaft GKV statt Wettbewerb stärken, Finanzierungsausgleich reformieren

1. Einordnung

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und seine Mitgliedsgewerkschaften vertreten die Interessen der abhängig Beschäftigten und ihrer Angehörigen in Deutschland. Er nimmt in der vorliegenden Positionierung Stellung zu einem Gesetzesentwurf der Bundesregierung, der auf eine Ausweitung des Wettbewerbsprinzips im GKV-System in Verbindung mit Änderungen am Organisationsprinzip der sozialen Selbstverwaltung des GKV Spitzenverbandes (GKV SV) sowie einer grundlegenden Reformierung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (morbiRSA) zielt. Diese Vorhaben betreffen wesentliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung der Beschäftigten sowie der Ausgestaltung des Sozialstaatsprinzips und sind deshalb in ihrer Tragweite und Bedeutung nicht zu unterschätzen. Mit dem Gesetzesentwurf soll ein hauptamtlich zu besetzender Lenkungs- und Koordinierungsausschuss im GKV SV neu eingerichtet werden, der „auf eine bessere organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und der Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-SV zielt." Mit dieser Struktur wird, anders als durch den Referentenentwurf vorgesehen, zwar nicht mehr die faktische Abschaffung des ehrenamtlichen Verwaltungsrates des GKV SV vorangetrieben.

Sie stellt als vorgeschaltete Entscheidungs- und Beratungsinstanz mit weitreichenden, zum Teil autonomen Zuständigkeiten in versorgungs- und leistungspolitischen Fragestellungen jedoch die Kompetenz und die gesetzlich festgelegten Befugnisse

Verantwortlich: Markus Hofmann, Abteilungsleiter Sozialpolitik, DGB- Bundesvorstand

der sozialen Selbstverwaltung innerhalb des GKV SV massiv in Frage. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften lehnen diesen Ansatz strikt ab.

Darüber hinaus dient der vorliegende Gesetzesentwurf einer Ausweitung und Konkretisierung von den Wettbewerb innerhalb der GKV betreffenden Bestimmungen. Auch ohne die noch im Referentenentwurf vorgesehene bundesweite Öffnung der meisten gesetzlichen Krankenkassen ist dies das erkennbare Ziel zahlreicher Ansätze wie etwa der Ausweitung der Klagerechte und Unterlassungsansprüche der Krankenkassen untereinander oder die Orientierung der wettbewerbsbezogenen Verhaltensregeln an den Maßstäben des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb. Durch die Beseitigung der gegenwärtigen Haftungskaskade zugunsten eines GKV- weiten Haftungssystems werden künftig alle Kassenarten in die insolvenzbezogenen Auswirkungen eines verschärften Wettbewerbs einbezogen.

An wesentlichen wettbewerbsbezogenen Fragestellungen wirkt das BMG zudem künftig stärker mit, etwa mittels der Ermächtigung zur Setzung von wettbewerbsbezogenen Rechtsverordnungen über die Zulässigkeit und den Umfang von Werbemaßnahmen. Die staatliche Aufsicht durch Bund und Länder wird künftig durch einen verpflichtenden, mehrmals pro Jahr stattfinden Meinungs- und Erfahrungsaustausch koordiniert.

Als zentralen Bestandteil setzt der Gesetzesentwurf die lange erwartete Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (mRSA) um. Dazu gehören zum Beispiel sowohl die Einführung eines Vollmodells als auch einer regionalen Komponente. Nach der Veröffentlichung des Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Juni 2018[1] wird damit ein Reformansatz vorgelegt, der empfohlene Reformschritte aufgreift und eine potentiell zielgenauere Anwendung des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen in Aussicht stellt. An der kontrovers diskutierten Streichung des Erwerbsminderungskriteriums hält der Gesetzesentwurf fest, von der Streichung der Disease-Management-Programmpauschale wird nun jedoch Abstand genommen. Begleitende Maßnahmen wie eine regelmäßige Evaluation des Weiterentwicklungsbedarfs des mRSA und eine Stärkung der Manipulationsresistenz im Zusammenhang mit Kodierung bestimmter Diagnosen sollen die Reform des mRSA auch in der Zukunft wirksam halten.

Der DGB begrüßt die Mehrzahl der vorgelegten Ansätze zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Eine zeitnahe Umsetzung der Reform in Verbindung mit einer Evaluation der zu verbessernden Zielgenauigkeit des morbi RSA sind angesichts des ausgeweiteten Wettbewerbs und der zahlreichen, die Kompetenz der sozialen

[1] Verfügbar unter https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html

Selbstverwaltungen verletzenden Eingriffe in die Rechte der Krankenkassen zur Rücklagenbildung unerlässlich.

2. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

2.1 Reform des Morbi RSA

Künftig wird es eine umfassende Berücksichtigung des gesamten Krankheitsspektrums (sogenanntes Vollmodell) anstelle der bisherigen Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten auf 50-80 innerhalb des mRSA geben. Damit soll eine Vereinfachung des bisherigen Ausgleichsverfahrens erreicht werden, da bei einer vollumfänglichen Berücksichtigung die jährliche Krankheitsauswahl entfällt. Das Verhältnis zwischen jüngeren und älteren Versicherten soll durch die Einführung von Altersinteraktionstermen künftig dahingehend geändert werden, dass der Einfluss altersbezogener Faktoren auf Krankheitsverläufe und auf die damit zusammenhängenden Behandlungskosten berücksichtigt wird. Dies ist bisher beispielsweise der Fall bei jüngeren Versicherten mit hohem Morbiditätsrisiko und zu niedrigen Zuweisungen.

Die Erweiterung des RSA um eine regionale Komponente zur Berücksichtigung statistisch relevanter Variablen wie etwa der Anteil der ambulant Pflegebedürftigen, die zur Erklärung regionaler Deckungsbeitragsunterschiede dienen, soll künftig etwaigen Marktkonzentrationsprozessen vorbeugen und zum Abbau von Wettbewerbsverzerrungen beitragen. Angebotsbezogene, regionale Variablen wie etwa die Arztdichte oder stationäre Kapazitäten in Krankenhäusern soll nicht Teil des Finanzierungsausgleichs sein. Durch Einführung eines den RSA ergänzenden Risikopools sollen hohe finanzielle Belastungen für einzelne Kassen durch Hochkostenfälle in Fällen besonders hochpreisiger Arzneimittel abgemildert werden. Dazu werden den Kassen für jeden versicherten 80 Prozent der Leistungsausgaben ab einer Grenze von 100.000 Euro pro Jahr erstattet. Zugleich wird eine systematische Prüfung der dem Pool zugrunde gelegten Leistungsdaten eingeführt.

Um möglichen Manipulationen bei der Kodierung von Diagnosen *(upcoding)* künftig einen Riegel vorzuschieben, will das BMG bei der Berechnung der Risikozuschläge im Jahresausgleich sogenannte hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG), die GKV-weit eine bestimmte Diagnosesteigerungsrate übersteigen, ausschließen. Alle Krankenkassen sollen in der Folge keine Zuweisungen für diese HMGs mehr erhalten. Zudem soll auch die eventuelle Einführung von HMGs speziell für Hausärzte geprüft werden, um im Falle von identischen Diagnosen durch Haus- und Fachärzte den allgemein niedrigeren Ausgaben bei der hausärztlichen Versorgung entsprechen zu können. Hierdurch will das BMG die Möglichkeit der Verbreitung von Verträgen zur

Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung einschränken und die Manipulationsanfälligkeit des RSA senken.

Zur stärkeren Berücksichtigung von krankenkassenseitigen Präventionsbemühungen sollen diese künftig für jeden Versicherten eine Vorsorgepauschale erhalten, sobald eine durch den G-BA konkretisierte, als Leistung abrechnungsfähige Maßnahme aus den Bereichen Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen oder Schutzimpfungen durch die Versicherten in Anspruch genommen wird. Entfallen soll künftig die Berücksichtigung des Kriteriums Erwerbsminderung als Risikomerkmal. Bisher berücksichtigungsfähige Arzneimittelrabatte dürfen künftig nicht mehr je Krankenkasse angerechnet werden, da diese in Zukunft individualisiert auf die Versicherten berechnet werden sollen.

In der Frage der Reform des Morbi RSA scheinen somit insgesamt sinnvolle Ansätze aufgegriffen worden zu sein. So ist insbesondere die Erweiterung der möglichen Krankheitsberücksichtigungen über die bisher höchstens 80 zu berücksichtigenden Krankheitsformen hinaus zu begrüßen. Die Einführung eines Risikopools zur Entlastung der Krankenkassen von Hochkostenfällen bei besonders hochpreisigen Behandlungsformen dient ebenfalls der Entzerrung vorhandener übermäßiger finanzieller Belastungen. Ob mit der Einführung einer Regionalkomponente mehr Gerechtigkeit in der Kostendeckung und Zielgenauigkeit erreicht werden kann, ist aufgrund kontroverser Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig im Voraus zu beurteilen.

Der Entfall des Erwerbsminderungskriteriums im RSA ist differenziert zu bewerten. Der wissenschaftliche Beirat hatte davor gewarnt, dass bei einer ersatzlosen Streichung des Erwerbsminderungsmerkmals schwerwiegende Risikoselektionsanreize gegen Erwerbsminderungsrentner entstehen würden. In der Folge würde diese Gruppe im Schnitt ihrer Krankenkasse eine durchschnittliche vorhersagbare Unterdeckung von mehr als 1.100 Euro zufügen, die für jüngere und chronisch kranke Versicherte noch höher ausfallen könnte. Zugleich wies der Beirat jedoch darauf hin, dass heutige Abgrenzungen der Altersgruppen der Erwerbsminderungsgruppen (EMGs) nicht zufriedenstellend definiert sind, da sie zu einer Unterdeckung bei jungen Erwerbsminderungsrentnern führen. Zudem ist im jetzigen System eine Überdeckung bei Erwerbsminderungsrentnern ohne chronische Krankheiten evident. Aus diesem Grund hat sich der wissenschaftliche Beirat dafür ausgesprochen, Erwerbsminderung im Klassifikationssystem zukünftig als Kriterium zur Schweregraddifferenzierung innerhalb des Morbiditätsspektrums einzusetzen. Andererseits haben einige Krankenkassen darauf hingewiesen, dass eine Streichung des Erwerbsminderungskriteriums begründbar ist und zu einer verbesserten Zielgenauigkeit führen kann, da der Zuschlag durch das Kriterium der Erwerbsminderungsrente noch aus dem alten Risikostrukturausgleich stamme, der keine direkten Morbiditätsparameter aufwies. Das

EMG-Kriterium fungierte dort somit als Hilfsvariable zur Abbildung dieser Morbidität, was aber mit der direkten Berücksichtigung der Morbidität überflüssig wurde.

Für den DGB ausschlaggebend ist in diesem Verhältnis, dass eine Risikoselektion zwischen schlechten und guten Risiken und eine damit einhergehende, implizierte Gefahr der verschlechterten Versorgung von bestehenden EMG in jedem Fall unterbunden werden muss. Dort, wo bereits bestehende Unterdeckungen für diese Versichertengruppe durch die Streichung dieses Kriteriums bzw. der gesonderten Zuweisung in Zukunft potentiell verstärkt zu werden drohen, ist deshalb besonders genau zu evaluieren, ob die Einführung der Komponenten Vollmodell, Risikopool und Altersinteraktionsterm dieser Gefahr wirksam entgegenwirken. Sollte dies nicht der Fall sein, hat der Gesetzgeber umgehend geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um einer Tendenz zur negativen Risikoselektion zulasten dieser Versichertengruppe einen Riegel vorzuschieben, beispielsweise über das vom wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagene Vorgehen. Der DGB fordert angesichts dessen die Verankerung eines verbindlichen Verfahrens zur Evaluation sowie vorgeschriebene Zeiträume, innerhalb derer der Gesetzgeber bei durch die Evaluation nachgewiesenen Wirkungsdefiziten eine Korrektur der betreffenden Komponenten des morbi RSA durchführt. Abseits von die Zielgenauigkeit des morbi-RSA betreffenden Überlegungen ist in dieser Frage die persönliche Gesundheitsperspektive der Erwerbsgeminderten das eigentlich ausschlaggebende Kriterium, das unter keinen Umständen durch eine verschlechterte Versorgungssituation aufgrund kassenseitiger Finanzierungsungleichgewichte betroffen werden darf.

2.2. Geplante Maßnahmen zur Sicherstellung der Manipulationsresistenz des Morbi RSA

Anders als im Referentenentwurf vorgesehen, soll das Bundesversicherungsamt nun nicht mehr als RSA-Durchführungsbehörde das alleinige Prüfrecht auf mögliche RSA-relevante Verstöße erhalten. Stattdessen ist nun durch § 73b Abs. 5 Satz 7 vorgesehen, dass künftig Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzungen für Vergütungen vorsehen, als unzulässig erklärt werden. Damit sollen Umgehungstatbestände eliminiert werden, die in der Vergangenheit den Verdacht von sogenannten up-coding- Absprachen für eine systematische Vergütung bestimmter Diagnosehäufigkeiten betrafen. Mit der nun vorgesehen Regelung sei die bisher offene Frage geklärt, ob Vergütungen für Diagnosen oder ärztliche Leistungen gezahlt würden – beides sei mit der Konstruktion eines Verbots vergütungsvoraussetzender Diagnosen beantwortet.

Aus Sicht des DGB ist eine treuhänderische Verwaltung der Versichertenbeiträge durch die Krankenkassen maßgeblich. Dies betrifft selbstverständlich auch den

Grundsatz einer alleine aufgrund evidenzbasierter, medizinisch- wissenschaftlicher Kriterien zu stellenden Diagnose als auch der sich aus dieser Diagnose ergebenden sachgerechten Vergütung. Deshalb sind Maßnahmen, die geeignet sind, falsch gesetzte Diagnose- und Vergütungsanreize und damit in Verbindung stehende Möglichkeiten zur systematischen Ausnutzung solcher Anreizstrukturen zu beseitigen, zu begrüßen. Der DGB weist allerdings darauf hin, dass derartige Verdachtsfälle immer auch eine daran beteiligte, leistungserbringende Seite beinhalten. Insofern liegt es ebenfalls in der Verantwortung der diese Seite vertretenden kassenärztlichen Vereinigungen, gegenüber ihren Mitgliedern und Organen sicherzustellen, dass geeignete Maßnahmen zur Verhinderung von Upcoding- Fällen ergriffen werden. Vor diesem Hintergrund ist der Grundsatz der Beratung von Vertragsärzten durch kassenärztliche Vereinigungen und das Verbot von Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen potentiell zielführend- sofern sichergestellt ist, dass es in diesem Beratungsrahmen nicht zu einer bloßen Übertragung von zu vermeidenden Wirtschaftlichkeitsberatungen auf andere Verbandsebenen kommt.

2.3 Einbezug der Gesamtkosten von Rehabilitationsmaßnahmen in den RSA

Bisher geltende Rechtslage nach § 266 Abs. 4 Satz 2 SGB V ist, dass nur die Kosten einer medizinischen Anschluss-Rehabilitationsleistungen als ausgleichsfähige Kosten in den Morbi- RSA einbezogen werden. Dies hat in der Praxis zu restriktiven kassenseitigen Entscheidungen über andere Formen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geführt. Durch den Gesetzesentwurf ist nun vorgesehen, dass dieser Satz 2 gestrichen wird. Dies ist aus Sicht des DGB zu begrüßen, um künftig keine Selektionsgründe für die Gewährung oder den Ausschluss bestimmter Formen medizinischer Rehabilitationsleistungen mehr bestehen zu lassen.

3. Änderungen im Bereich des Organisationsrechts des GKV SV

Zwar hat der Gesetzesentwurf gegenüber dem Referentenentwurf nicht mehr das Ziel, den Verwaltungsrat des GKV SV künftig durch Vorstandsmitglieder der Krankenkassen zu besetzen. Dennoch wird durch die nun vorliegende Lösung sowohl das Prinzip des ehrenamtlichen Engagements als auch seine Konkretisierung durch die soziale Selbstverwaltung systematisch entwertet. Da die soziale Selbstverwaltung als sozialstaatliche Funktionsprinzipien die Interesseneinspeisung, Partizipationsorientierung und demokratische Fundierung sicherstellt, sind weder ihre „Professionalisierung“ durch hauptamtliche Substitute noch eine durch diesen Gesetzesentwurf nun angestrebte Parallelisierung durch hauptamtliche Ausschüsse für den DGB vertretbar.

Vorgesehen ist im Einzelnen, dass die Anzahl der ehrenamtlichen Mitglieder im Verwaltungsrat des GKV- SV von gegenwärtig 52 auf höchstens 40 beschränkt wird. Damit wird zunächst eine numerische Obergrenze festgelegt, für die der Gesetzesentwurf eine überzeugende Begründung schuldig bleibt. Die erklärten Ziele einer beabsichtigten Verbesserung des Informationsflusses oder der besseren organisatorischen Verbindung zwischen Krankenkassen und GKV SV wären auch in der bisherigen Größenordnung des ehrenamtlichen Verwaltungsrates zu verfolgen. Eine Verkleinerung dieser Ebene kann demnach nur als Ausdruck des Verständnisses verstanden, das Mitbestimmung und soziale Selbstverwaltung als überflüssiger Ballast gelten, von dessen Reduzierung die Handlungsfähigkeit des GKV SV profitieren würde.

Flankiert wird diese Maßnahme von der Einrichtung des erwähnten Lenkungs- und Koordinierungsausschusses, der aus je zwei (m/w) hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern der Kassen gebildet wird. Er soll als neue zentrale Struktur im GKV-SV fungieren: versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben benötigen künftig die Zustimmung dieses Gremiums. Bisher ist jedoch der Verwaltungsrat alleine durch Gesetz und Satzung dazu berechtigt, alle Grundsatzfragen der Versorgung, des Vertragswesens, der Technik etc. zu entscheiden. Mit der neuen Konstruktion wird das operative hauptamtliche Geschäft von der zu Grundsatzentscheidungen befugten und legitimierten Verwaltungsratsebene nun nicht nur entfernt, sondern auch klargestellt, dass ein Votum des Verwaltungsrates, das bindende Wirkung auf den Vorstand entfalten müsste, demnach im Zweifelsfall in Konflikt zum Lenkungs- und Koordinierungsausschuss stehen kann. In dieser Konstellation davon auszugehen, dass der Ausschuss eine Verwaltungsratsentscheidung blockiert oder zwingend abändert, hinterfragt den Stellenwert der sozialen Selbstverwaltung massiv. Selbst, wenn eine solche Situation jedoch nicht eintritt, ist der autonome Handlungsspielraum des Ausschusses gewaltig, da „der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss im Einzelfall auf die Zustimmung (des Vorstandes) verzichten kann." Darüber hinaus kann der Ausschuss zu Entscheidungen des Vorstandes auch eigene Stellungnahmen abgeben. Damit ist eine regelhaften Unterbrechung der bisher bestehenden Verbindung von kontrollierendem und grundsätzlich entscheidenden Verwaltungsrat und operativ handelndem Vorstand künftig möglich.

Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss ist zudem berechtigt, an nichtöffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilnehmen. Er kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates fallen, vor dessen Beschlussfassung eigene Stellungnahmen abgeben und auf Anforderung des Verwaltungsrates mit der Mehrheit seiner Stimmen ebenfalls Stellungnahmen abgeben. Damit wird insbesondere durch die Möglichkeit zur Positionierung des Ausschusses vor der Beschlussfassung durch den Verwaltungsrat eine zur Einflussnahme fähige Ebene eingerichtet. Das bewährte Prinzip der Interesseneinspeisung der Versicherten und Arbeitgeber als zweiseitig

Beitragserbringende durch die für sie in den Verwaltungsrat gewählten Mitglieder wird an dieser Stelle durchbrochen, um der Bewertung von Sachverhalten durch hauptamtliche Ausschussmitglieder Spielraum einzuräumen.

Beide wesentliche Aufträge des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses verletzen die Grundlagen der sozialen Selbstverwaltung als selbstverantwortliche, demokratische Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger an der Verwaltung des sozialen Rechtsstaats und Sozialstaatsmodells. Sie stehen nicht in Übereinstimmung mit §§ 29 ff. SGB IV, da sie die Verantwortungslogik zwischen Verwaltungsrat und Bürgern untergraben. Für den DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften ist die Einrichtung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses in eine Reihe mit den seit Jahren stattfindenden Angriffen auf das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung von Seiten des BMG insgesamt einzuordnen und wird deshalb strikt abgelehnt. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften erachten den Erhalt und die im Koalitionsvertrag verabredete Stärkung der Selbstverwaltungsorgane mitsamt der ihnen übertragenen Funktionen und Kompetenzen als entscheidend für ein effizientes und gerechtes Wirken des Sozialstaats. Da der DGB die Interessen der Beschäftigten auch in ihrer Rolle als Krankenversicherte sowie als Patientinnen und Patienten vertritt, setzt er sich entschieden dafür ein, deren Mitwirkung am Sozialstaatsprinzip nicht anzutasten. Schließlich ist eine leistungsfähige Selbstverwaltung untrennbar mit der Umsetzung des Sozialpartnerprinzips verbunden. Der Gesetzgeber wird daher dringend aufgefordert, die geplante Schaffung einer nicht durch Sozialwahlen legitimierten und nicht der Entscheidungsfähigkeit des GKV SV im Sinne der Versicherten dienenden Zwischenebene nicht weiter zu verfolgen.

Die im Rahmen des Gesetzesvorhabens avisierte Einführung einer ausgewogenen Geschlechterrepräsentanz ist zu begrüßen. Es soll gelten, dass bei der Wahl jede Vorschlagsliste mindestens 40 Prozent weibliche und mindestens 40 Prozent männliche Bewerberinnen enthalten muss. Für die Umsetzung dieses Zieles müssen allerdings nicht nur rechtliche Untergrenzen definiert werden, sondern auch nötige Rahmenbedingungen geschaffen werden, die als Voraussetzung gleicher Partizipationschancen zu verstehen sind.

Zusammenfasend kann die Tatsache, dass der Gesetzesentwurf gegenüber dem Referentenentwurf nun nicht mehr auf eine hauptamtlichen Besetzung des Verwaltungsrates des GKV-SV zielt, nicht darüber hinwegtäuschen, dass hier ein weiterer Angriff auf ein elementares Prinzip des Sozialstaates vorgesehen ist. Nichts anderes stellt die geplante Einrichtung eines hauptamtlichen Lenkungs- und Koordinierungsausschusses innerhalb des GKV-SV dar. Mit diesem Schritt werden bestehende Kom-

petenzen der sozialen Selbstverwaltung beschnitten, unnötige zusätzliche Verfahrenswege geschaffen und zugleich die Zusammensetzung des ehrenamtlichen Verwaltungsrats begrenzt. Dieses Vorhaben ist für den DGB inakzeptabel.

4. Änderungen im Wettbewerb und Aufsichtshandeln

4.1. Wettbewerbsgrundsätze

Die vorgesehene Konkretisierung bestimmter Aspekte des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen zielt aus gewerkschaftlicher Sicht sowohl auf die Erleichterung von Konkurrenz- und Verdrängungsprozessen im GKV-System als auch auf die Stärkung der Einflussmöglichkeiten seitens des BMG. Die Solidargemeinschaft GKV wird durch einen verschärften Wettbewerb um Versicherte und „gute" Risiken somit weiter unter Druck gesetzt. Der DGB kritisiert diese Tendenz im grundsätzlich.

Die in § 4a Abs. 7 SGB IV vorgesehene Neuformulierung der Klagerechte der Krankenkassen untereinander soll dazu führen, dass diese bei wettbewerbswidrigem Verhalten von Wettbewerbern auch bei Untätigkeit einer Aufsichtsbehörde aktiv werden. Dazu heißt unter anderem, dass vor Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens zwischen zwei Krankenkassen eine Gelegenheit zur Abmahnung und Beilegung der Streitsache durch Abgabe einer mit einer angemessenen Vertragsstrafe bewehrten Unterlassungsverpflichtung eingeräumt werden soll. (…) Ist Klage auf Unterlassung erhoben worden, 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.

Aus Sicht des DGB sollte die Aufsichtspflicht der Länder und des Bundes ausschlaggebend für die Prüfung auf Einhaltung von Richtlinien und Bestimmungen hinsichtlich des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Ein proaktiver Ansatz von Krankenkassen, die im Wettbewerb mit anderen Krankenkassen eine mögliche Verletzung ihrer eigenen Interessen als Startmoment für ein Klageverfahren wahrnehmen, lässt die Frage aufkommen, wozu eine Aufsichtspflicht überhaupt verankert wurde. Entweder sorgt der Gesetzgeber dafür, dass ein zeitnahes und koordiniertes Prüfen der zuständigen Aufsichtsbehörde erfolgt, um den kassenseitigen Wettbewerb kontinuierlich auf Einhaltung regelkonformer Standards zu untersuchen. Hierfür legt er passenderweise im selben Gesetzesentwurf bereits einen Vorschlag zur Koordinierung der Aufsichtstätigkeiten vor. Oder er vereinfacht die technischen Bestimmungen zur Meldung möglicher Regelverletzungen seitens der Kassen mit dem Ziel einer schnelleren Responsivität der Aufsichtsbehörden. Der hier vorgeschlagene Ansatz, in Wild-West-Manier auch ohne Einschreiten der zuständigen Behörde wechselseitige Unterlassungsverfügungen und Klageandrohungen auf den Weg bringen zu wollen, führt

den Gedanken einer Wettbewerbsaufsicht ad absurdum. Dies allein schon deshalb, weil die subjektiv wahrgenommene Beeinträchtigung von Interessen im Wettbewerb ein grundsätzliches, wenn auch unerwünschtes Merkmal der Mehrzahl aller Wettbewerbssituationen darstellen dürfte. Daher sollte es weiterhin den Aufsichtsbehörden vorbehalten bleiben, vermeintliche von echten Interessensbeeinträchtigungen zu unterscheiden und gegen letztere wirksam Vorzugehen.

4.2 UWG als Regelungsrahmen für Wettbewerb

Mit dem Bezug zum Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) wird ein Mindeststandard im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander für verbindlich erklärt. Maßnahmen der Risikoselektion sollen demnach untersagt werden. Positiv zu bewerten ist, dass, anders als noch im Referentenentwurf vom 25.03.2019 vorgesehen, keine Änderung des § 51 Abs. 3 SGG, sondern stattdessen nun eine Änderung des § 29 Abs. 2 Ziff. 1 lit. b) SGG vorgesehen ist. Der DGB begrüßt, dass die neu geregelten Unterlassungsansprüche der Krankenkassen untereinander wegen wettbewerbswidrigen Verhaltens nach § 4a Abs. 7 SGB V ebenso so wie bisher die Ansprüche nach § 4 Abs. 3 S. 2 SGB V aufgrund des hohen Grads an Spezialisierung im Zusammenhang mit dem komplexen Rechtssystem sowie die hohe Sachkunde in die Rechtswegzuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit fallen.

4.3 Neuregelung von Haftungsfragen

Den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen betrifft zudem die weitreichende Neugestaltung der Haftungsfrage im Insolvenzfall einer Krankenkasse nach § 167 SGB V. Bei Auflösung, Schließung oder Insolvenz einer gesetzlichen Krankenkasse soll künftig der GKV SV etwaige Fehlbeträge bei allen Krankenkassen geltend machen. Bisher ist geregelt, dass im kassenartbezogenen Haftungsverbund, der sogenannte Haftungskaskade, zuerst die Kassen einer Art für Haftungsfragen untereinander aufkommen. Für die Aufbringung der Mittel werden neben Mitgliederzahlen der Krankenkasse auch die zur Verfügung stehenden Finanzreserven gewichtet:

Der aufzuteilende Betrag wird durch die Summe der Mitglieder aller Krankenkassen geteilt; dieses Ergebnis wird mit der Zahl der Mitglieder jeder einzelnen Kasse vervielfacht. (…) 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 Abs. 2 S.1 heranzuziehen. (…) Der auf die einzelne Krankenkasse entfallende Betrag wird wie folgt berechnet: für jede Krankenkasse wird der Betrag an Finanzreserven ermittelt, der die Ober-

grenze überschreitet; übersteigt die Summe der Überschreitungsbeträge aller Krankenkassen die noch zu erfüllenden Verpflichtungen, werden diese durch die Summe der Überschreitungsbeträge geteilt. Der hieraus resultierende Faktor wird für jede Krankenkasse mit dem Betrag an Finanzreserven multipliziert. Übersteigen die noch zu erfüllenden Verpflichtungen weiterhin die Summe der ermittelten Beträge, sind für jede Krankenkasse weiterhin die Überschreitungsbeträge zugrunde zu legen.

Aus Sicht des DGB ist zunächst die Begründung für diese Konstruktion nicht überzeugend: der Gesetzesentwurf geht wörtlich davon aus, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auch zwischen den Kassen ein und derselben Kassenart stattfindet. Aus diesem Grund sei auch ein Haftungsverbund nicht mehr zeitgemäß und nicht zu rechtfertigen. Dies ignoriert allerdings die Tatsache, dass AOK, Knappschaft, Landwirtschaftliche Krankenversicherung und geschlossene Betriebskrankenkassen nicht im Wettbewerb miteinander stehen. Weiterhin folgt die bisher gültige Haftungskaskade dem Prinzip, die finanzielle Last durch Insolvenz für die Solidargemeinschaft GKV organisatorisch zu begrenzen und dadurch insgesamt klein zu halten. Die Haftungssummenzuordnung durch den GKV SV verteilt die Kosten hingegen proportional auf alle Kassen. Das bedeutet, dass 1.) im Haftungsfall Kassen mit einer großen Mitgliederzahl, aber tendenziell geringen Rücklagen dennoch für die Haftung in erheblichem Umfang mit aufkommen müssen. Im Fall mehrerer Insolvenzverfahren oder Schließungen steigt dadurch die Gefahr, dass die betreffende Kasse in eine eigene finanzielle Schieflage gerät. Zwar soll diese Bedrohung durch die Kopplung an die Rücklagehöhe vermieden werden – bei einer großen, „nur" nahezu insolventen Kasse wäre dies jedoch nicht gänzlich gesichert, da auf deren Minimalrücklagen immer noch zugegriffen werden könnte. 2.) Wird durch diese Konstruktion erreicht, dass nicht im Wettbewerb untereinander stehende Kassenarten an Haftungsrisiken für jene Kassen, die bereits im vollständigen Wettbewerb zueinander stehen, beteiligt werden. 3.) Aufgrund der an die Reform des morbi-RSA gebundenen, erzwungenen Abschmelzung der Rücklagen der Krankenkassen, die mit der MDK-Reform noch einmal verschärft wurden – hier wurde die Anhebung des individuellen Zusatzbeitrages bei Überschreiten der Rücklagensumme von mehr als einer Monatsausgabe untersagt- ist die Kapazität der Krankenkassen zur Bildung von Finanzreserven, mit denen für Haftungssummen aus Insolvenzen aufgekommen werden kann, bereits stark eingeschränkt. Nach aktuellen Berechnungen des iGES- Instituts[2] wird es – unter den Vorzeichen einer gleichbleibenden Konjunktur und nicht weiter anwachsender Leistungsausgaben- spätestens ab 2023 jedoch zu einem weitgehenden Aufbrauchen

[2] https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2019/gkv-finanzen/index_ger.html

der GKV- Reserven kommen, gefolgt von mehr Ausgaben als Einnahmen innerhalb der GKV ab 2026.

Aus Sicht des DGB verbietet sich angesichts dieser Rahmenbedingungen eine Reform der kasseninternen Haftungsverpflichtung. Der Gesetzgeber muss dem fiskalpolitischen Chaos, das er dem GKV- System durch erschwerte Rücklagenbildung und erzwungenes Reservenabschmelzen unnötig aufgebürdet hat, Rechnung tragen, indem er das bestehende System der Haftungskaskade nicht antastet. In der gegenwärtigen Regelung liegen systemische Vorteile zur Handhabung von Haftungsgefahren verankert, die durch die vorgeschlagene Reform jedoch beseitigt würden. Hierzu gehört die Existenz von Frühwarnsystemen innerhalb der kasseninternen Haftungsverbünde sowie das Greifen weitreichender Hilfsmaßnahmen zur Vermeidung von Haftungsfällen, beispielsweise durch Aufsicht und Beratung durch finanziell stärkere Kassen oder die letzte Möglichkeit zur Fusion innerhalb einer Kassenart. Dieser Ordnungsfaktor würde durch einen Wegfall der kassenartbezogenen Primärhaftung beseitigt. Der DGB lehnt den Vorschlag des Gesetzesentwurfs zur Abschaffung der Haftungskaskade deshalb entschieden ab.

4.4 Handeln der Aufsichtsbehörden

Mittels der beabsichtigten Änderungen des § 90 Abs. 4 und 5 SGB IV wird das Handeln der Aufsichtsbehörden neu geregelt. Künftig treffen sich diese mindestens zweimal jährlich zum Erfahrungs- und Meinungsaustausch, bei dem unter anderem aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen sowie genehmigte leistungsbezogene Satzungsregelungen der Krankenkassen ausgetauscht werden. Damit wird auch deutlich, dass dieser Austausch nicht nur zur Nachbetrachtung, sondern auch zum Setzen von Themen und zur Bewertung offener kassenbezogener Fragen, insbesondere hinsichtlich Versorgungsleistungen aufgrund von Satzungsregelungen dienen soll.

Geändert werden soll in diesem Zusammenhang auch die Grundlage für das Zustandekommen gemeinsamer Beschlüsse von Aufsichtsbehörden. Statt wie bisher das Einstimmigkeitsprinzip als Grundlage für Beschlüsse zu verwenden und im abweichenden Falle bloß einen Erfahrungsaustausch zu konstatieren, dürfen nun bei Angelegenheiten, die ausschließlich die GKV oder die soziale Pflegeversicherung betreffen, auch bereits auf Basis einer Dreiviertelmehrheit Beschlüsse gefasst werden. Der zugrunde gelegte Stimmenschlüssel sieht einen Stimmenproporz nach Einwohnerzahl der Bundesländer vor, bei dem jedes Bundesland mindestens drei Stimmen bis hin zu sechs Stimmen für die bevölkerungsreichsten Bundesländer vorsieht. Dem Bundesversicherungsamt werden zwanzig Stimmen, dem BMG sechs Stimmen zugesprochen.

Hierzu sei einerseits festgestellt, dass eine derart umfassende Neugestaltung der Koordinierung der Aufsichtstätigkeiten in Verbindung mit der Möglichkeit, auch bei bloßen Mehrheitsmeinungen Aufsichtsbeschlüsse zu fassen, voraussichtlich enger und zeitnaher abgestimmte Aufsichtsentscheidungen erlaubt. Damit entfällt jedoch die Begründung für die oben erwähnte Einführung eines kassenseitigen Klagerechts untereinander bei Untätigkeit von Aufsichtsbehörden. Andererseits führt das überproportional große Stimmgewicht von Bundesversicherungsamt (BVA) und BMG quasi zu einer Verunmöglichung nicht zustande kommender Beschlüsse seitens der Aufsichtsbehörden der Länder. Der DGB bewertet diese passive Garantie für Beschlüsse durchaus kritisch, da eine gemeinsame Beschlussfassung der Aufsichtsbehörden zu Bewertungsfragen von Kassenverhalten und Satzungsleistungen damit im Wesentlichen durch das BVA und das BMG steuerbar ist. Auch ohne die Zentralisierung der Aufsichtsfunktion beim BVA, die noch im Referentenentwurf vorgesehen war, wird so der politische und ministerielle Einfluss auf Kassenentscheidungen erheblich ausgebaut. Der Ansatz einer verbesserten Koordinierung und eines regelmäßigen Austausches zwischen den Aufsichtsbehörden wird durch den DGB hingegen begrüßt.

5. Verschlechterung der Rechte der Beschäftigten

Der Gesetzesentwurf ignoriert durch die beabsichtigte Änderung des § 168 SGB V völlig die Notwendigkeit, Beschäftigten im GKV-Kassensystem umfassende Schutzfunktionen im Falle der Schließung oder Fusion der sie beschäftigenden Kasse zu gewähren. Gerade für Beschäftigte in einem öffentlich rechtlichen Beschäftigungsverhältnis ist eine solche Verschlechterung nicht hinnehmbar. Dies hatte bereits das Bundesarbeitsgericht im Zusammenhang mit der Schließung der City BKK festgestellt.[3] Demnach sind sowohl aktive Vermittlungen als auch verbindliche Umsetzungen von Vermittlungen für die betroffenen Beschäftigten in diesem Zusammenhang unverzichtbar; für unkündbare Beschäftigte haben echte Unterbringungsangebote statt bloßer Vermittlungsbemühungen zu erfolgen, während bei Kündbaren zumindest die übliche Kündigungsfrist greifen muss. Aus gewerkschaftlicher Sicht ist es, aufbauend auf dieser Klarstellung, unabdingbar, dass eine verbindliche Vermittlung aller Beschäftigten das Ziel eines jeden zugehörigen Reformansatzes sein muss.

Hingegen wird durch den Gesetzesentwurf keinerlei Bezug zu dieser BAG-Rechtsprechung hergestellt. Mit der vorgesehenen Neuregelung würden Beschäftigte folglich die gewerkschaftlich erstrittene Klarstellung bezüglich der ihnen zustehenden Schutz-

[3] Vgl.: BAG- Urteil zu AZR 474/12 vom 21.11.2013

normen verlieren, was völlig inakzeptabel ist. Zudem würden auch für kündbare Beschäftigte der AOK und der IKK die für sie bisher geltenden Vermittlungsschutzregelungen gestrichen.

Der DGB lehnt diese massive Verschlechterung des Beschäftigtenschutzes und der Rechte der Beschäftigten strikt ab. Jegliche beabsichtigte Änderung bestehender Gesetzestexte hierzu muss sowohl der erwähnten Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes als auch dem Grundsatz der Gleichbehandlung und damit der Klarstellung eines umfassenden Schutz- und Vermittlungsanspruchs aller Beschäftigten der Kassen im GKV-System Rechnung tragen.

6. Antrag „"Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln"

Der Antrag zielt unter 1.) auf die Etablierung eines unabhängigen und qualitätsgesicherten Monitorings von Versorgungsleistungen und Versorgungsqualität der Krankenkassen, wodurch den Versicherten über einen Portalzugang eine selbstständige Informationsmöglichkeit ermöglicht wird.

Der DGB erkennt im Ansatz, die Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen und Qualität für Versicherte nachvollziehbar und zugänglich zu gestalten, zwar eine nachvollziehbare Motivation. Die Gewährleistung größter Versorgungsqualität und die Sicherstellung des Zugangs zu dieser seitens der Versicherten stellen begründete Kernanforderungen an die Solidargemeinschaft GKV dar. Allerdings sind wettbewerbszentrierte Vergleichsportale nicht geeignet, die Solidargemeinschaft GKV auf dem Weg zur Gewährleistung dieser Anforderungen zu unterstützen. Die Kernaussage der meisten, den Bürgerinnen und Bürgern bisher zugänglichen Vergleichsportale reduziert sich häufig auf die Verknappung von Fakten und Leistungen zu einem reinen Preiswettbewerb, bei dem oft genug die niedrigsten Kosten das Hauptselektionskriterium darstellen. Ein Preiswettbewerb um Mitgliedschaften und Versicherte ist jedoch ausdrücklich nicht das eigentlich Ziel des Ursprungsgedankens, den Wettbewerb ausschließlich um bestmögliche Versorgungsqualität zuführen. Der DGB befürwortet unter diesem Gesichtspunkt die Idee, den Versicherten einen besseren und vergleichbaren Zugang zu Informationen über Ergebnisse aus geprüften Indikatoren zur Versorgungsqualität seitens der Krankenkassen zugänglich zu machen. Davon zu unterscheiden ist jedoch das Vorhaben, auch Informationen zu Versorgungsleistungen bereitzustellen. Leistungsvergleiche prägen bereits gegenwärtig den Wettbewerb um Versicherte massiv, und ein Portal, mit dem den Versicherten eine Gegenüberstellung von Kassenleistungen eröffnet, hat zwar keinen Einfluss auf die Qualität der erbrachten Versorgungsleistungen, aber eine voraussichtlich erhebliche Wirkung

auf die künftige Entwicklung des der Solidargemeinschaft GKV als Ganzes nicht zuträglichen Preiswettbewerbs. Diesem Ansatz kann der DGB deshalb nicht zustimmen.

Unter 2.) sieht der Antrag vor, den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen damit zu beauftragen, ein Gutachten über Anreize und Instrumente, mit denen das besondere Engagement von Krankenkassen für Patientengruppen mit besonderem Handlungsbedarf belohnt wird oder Krankenkassen zum Abschluss von sektorübergreifenden Versorgungsverträgen bewegt werden, vorzulegen. Dabei wird davon ausgegangen, dass gute Versorgungsleistungen bestimmter Kassen im Kontext des Beitragssatzwettbewerbs bestraft werden, weshalb dieser Wettbewerbsnachteil bei guter Versorgung zu beseitigen sei. Auch hier erkennt der DGB eine gute Grundintention, hält die Zielformulierung allerdings für falsch. Das vorgeschlagene Gutachten über ein Instrumentarium, mit dem Krankenkassen belohnt beziehungsweise dazu bewegt werden, sich für eine qualitativ hochwertige Versorgung ihrer Versicherten einzusetzen, entspringt selbst einer reinen Wettbewerbslogik. Zuschläge an Kassen für Patienten, die bestimmte Zentren oder Netzwerke zur Behandlung aufsuchen oder die sektorübergreifende Versorgungsverträge abschließen, stellen nur eine andere Form der Erleichterung der Wettbewerbsbedingungen für bestimmte Kassen zulasten anderer Kassen dar. Der DGB sieht in diesem Ansatz keine zielführende Verbesserung der für den Antragsinhalt ausschlaggebenden Idee, die Versorgung und Versorgungsqualität der Versicherten zu verbessern. Stattdessen müssen durch den Gesetzgeber grundlegende Korrekturen erfolgen, die die im Antragstext richtig erkannten Gefahren des Preiswettbewerbs benennen und adressieren. Nur unter der Voraussetzung einer Stärkung der Solidargemeinschaft GKV gegen wettbewerbsorientierte Mechanismen, bei der Versorgungsqualität von allen Kassen gleichsam eingefordert und vorausgesetzt wird, lässt sich das beschriebene Problem sachgerecht angehen. Der DGB schlägt deshalb vor, die Zielrichtung und Forschungsfrage eines entsprechenden Gutachtens nicht an der Entwicklung von Instrumenten zur Belohnung von Kassen für bestimmte Versorgungsleistungen, sondern an rechtlichen Möglichkeiten zur Beseitigung wettbewerbsbedingter, kassenübergreifender Hindernisse für eine gleich verteilte und flächendeckend hohe Versorgungsqualität zu orientieren.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(4.1)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
9.12.2019

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.12.2019

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln“ vom 18.04.2019 (Bundestagsdrucksache 19/9565)

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

Inhaltsverzeichnis

I. Antragsgegenstand 3

II. Stellungnahme zum Antrag 4

Bedeutung und Weiterentwicklung des Wettbewerbs in der GKV 4
Monitoring der Versorgungsleistungen der Krankenkassen 6
Gutachtenauftrag an den Sachverständigenrat Gesundheit 7

I. Antragsgegenstand

Die Antragsteller konstatieren, dass der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen im Wesentlichen über die Höhe des Zusatzbeitragssatzes sowie über kassenspezifische Satzungsleistungen und Bonusprogramme geführt werde. Gute Versorgungsqualität zahle sich hingegen für die Krankenkassen nicht aus. Da der Wettbewerb aber primär das Ziel verfolgen solle, die Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten zu verbessern, sei es geboten, Instrumente und Anreizsysteme zu entwickeln, die die Krankenkassen für gute Versorgungsqualität belohnten.

Zugleich müsse eine größere Qualitätstransparenz geschaffen werden, damit die Versicherten die Krankenkassen besser hinsichtlich ihrer Versorgungs- und Servicequalität vergleichen können.

Vor diesem Hintergrund fordert die Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der

1. ein unabhängiges und qualitätsgesichertes Monitoring mit geeigneten Kriterien für die Bewertung der Versorgungsleistungen und -qualität von Krankenkassen etabliert, welches entsprechend informierte Entscheidungen der GKV-Mitglieder zur Krankenkassenwahl ermöglicht,

2. den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beauftragt, ein Gutachten zu erstellen über Anreize und Instrumente, mit denen etwa ein besonderes Engagement von Krankenkassen für bestimmte Patientengruppen belohnt oder Krankenkassen zum Abschluss von Sektor übergreifenden Versorgungsverträgen bewegt werden können.

II. Stellungnahme zum Antrag

Bedeutung und Weiterentwicklung des Wettbewerbs in der GKV

Zu der von der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN thematisierten Bedeutung und Weiterentwicklung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt der GKV-Spitzenverband wie folgt Stellung:

(1) Mit dem seit 1996 umfassend eröffneten Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder werden miteinander korrespondierende Ziele verfolgt, erstens eine zweckmäßige, wirtschaftliche, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für alle Versicherten anzustreben, zweitens Anreize für Kundenorientierung und allokative Effizienz der Krankenkassen zu setzen. Der Wettbewerb ist für die gesetzlichen Krankenkassen und den GKV-Spitzenverband kein Wert an sich, sondern ein zentrales Instrument zur Erreichung der genannten Ziele der Versorgungsverbesserung.

(2) Einhergegangen mit diesem Wettbewerb ist ein Konzentrationsprozess auf der Krankenkassenseite. Während Anfang der 1990er Jahre noch weit über eintausend Krankenkassen existierten, sank diese Zahl mit Eröffnung des Mitgliederwettbewerbs in erheblichem Umfang. So konkurrierten zum Beginn des neuen Jahrtausends am 1.1.2000 noch 420 Krankenkassen um die Gunst der gesetzlich Versicherten, zehn Jahre später am 1.1.2010 waren es nur noch 169 Krankenkassen. Heute zählt der GKV-Spitzenverband noch 109 Mitgliedskassen.

(3) Damit eine wettbewerbliche Steuerung funktioniert, bedarf es wichtiger Voraussetzungen, wie dem Vorhandensein von Alternativ- und Substitutionsmöglichkeiten. Mit dem Angebot von 109 Krankenkassen verfügen die Versicherten im Rahmen der gewährten Kassenwahlfreiheit über eine große Anzahl an Wahl- und Wechselmöglichkeiten. Die durch Leistungs-, Service- und Beitragsunterschiede induzierten Wanderungsbewegungen zwischen den Krankenkassen unterstreichen, dass die Versicherten sich ihrer Wechseloptionen nicht nur bewusst sind, sondern diese auch ausüben.

(4) Die wettbewerblichen Handlungsspielräume der Krankenkassen bestehen zum einen beim Leistungs- und Serviceangebot. Mit erheblichem Engagement konkurrieren die gesetzlichen Krankenkassen um ihre Versicherten – mit freiwilligen Satzungsleistungen, mit Angeboten im Bereich der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung, mit Bonusprogrammen für gesundheitsbewusstes Verhalten, vielfältigen Beratungsangeboten für

sozialrechtliche wie medizinische Fragen, mit ausgedehnten Öffnungszeiten ihrer Geschäftsstellennetze, Telefon-Hotlines und online-Geschäftsstellen, mit einer Vielzahl unterschiedlicher Wahltarife sowie mit Zusatzversicherungen, deren Angebot im Rahmen von Kooperationen mit privaten Versicherern möglich ist. Die Handlungsmöglichkeiten auf dieser Wettbewerbsebene werden erkennbar vielfältig zum Nutzen der Versicherten angeboten. Des Weiteren legt die Selbstverwaltung der Krankenkasse den jeweiligen kassenspezifischen Zusatzbeitragssatz fest. Damit wird die Krankenkasse auf der Preisseite im Wettbewerb positioniert.

(5) Ein Wettbewerb insbesondere um den Parameter Versorgungsqualität findet dagegen bisher kaum statt. Die Möglichkeiten der einzelnen Krankenkasse, an den Präferenzen ihrer Versicherten orientierte Versorgungsangebote durch Einzelverträge mit Leistungserbringern zu entwickeln und im Wettbewerb anzubieten, sind sehr begrenzt. Die hierfür gesetzlich notwendigen Regelungen wurden nur in überschaubaren Schritten durch eine Reihe von Reformgesetzen implementiert. So ist den Krankenkassen z. B. in einem engen gesetzlichen Rahmen die Teilnahme an Modellversuchen sowie an Managed-Care-Modellen möglich. In diesem Bereich dominiert der Kollektivvertrag. Auf dieser Wettbewerbsebene fehlt es daher wesentlich an Wahloptionen für die Versicherten und an Möglichkeiten für die Krankenkassen, qualitativ hochwertige Versorgungsangebote zusammenzustellen, um diese im Wettbewerb als profilbildende Wettbewerbsparameter einzusetzen. Sowohl die Monopolkommission (2008/09) als auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sondergutachten 2012) haben sich in ihren Haupt- bzw. Sondergutachten mit Nachdruck für die Hebung dieses Effizienzpotentials ausgesprochen.

(6) Einzelverträge über Preise und Rabatte bei Arzneimitteln, die eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung zum Ziel haben, sind etabliert und haben sich bewährt.

(7) Die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb im Gesundheitswesen sollten zukünftig verstärkt auf den Vertragswettbewerb ausgerichtet werden. Ein probates Instrument hierfür ist die Ausweitung der selektivvertraglichen Möglichkeiten, mit denen sich die Kassen über alternative, an den Präferenzen ihrer Versicherten orientierte Versorgungsangebote in einem Wettbewerb um die beste Qualität und Versorgung positionieren können. Voraussetzung hierfür sind mehr Vertragsfreiheiten für Krankenkassen und Leistungsanbieter, ein systemadäquater wettbewerbsrechtlicher Rahmen sowie eine höhere Transparenz zur Verbesserung der Nutzerkompetenz der Versicherten.

(8) Vor diesem Hintergrund begrüßt der GKV-Spitzenverband ausdrücklich die mit dem Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) vorgesehenen erweiterten Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zur Förderung digitaler Innovationen in Kooperation mit Herstellern von Medizinprodukten, Unternehmen aus dem Bereich der Informationstechnologie, Forschungseinrichtungen oder Leistungserbringern (§ 68a SGB V n. F.) sowie zur Entwicklung von individualisierten, am tatsächlichen Bedarf der Versicherten ausgerichteten Beratungsangeboten (§ 68b SGB V n. F.)

(9) Die heutige Ausgestaltung des Preiswettbewerbs beruht in erheblicher Weise auf gesetzlichen Vorgaben. So hat eine Krankenkasse im Falle der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes ihre Mitglieder zeitnah auf die Möglichkeit der Sonderkündigung hinzuweisen – eine Transparenzvorgabe, gegen die keine Bedenken bestehen. Kritisch zu bewerten sind allerdings die im Gesetz verankerten korrespondierenden Hinweispflichten. In der ersten Stufe haben alle Krankenkassen nicht nur auf das Bestehen des Sonderkündigungsrechts, sondern zugleich auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes sowie auf die vom GKV-Spitzenverband veröffentlichte Übersicht der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen hinzuweisen. In der zweiten Stufe haben zudem diejenigen Krankenkassen, die einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erheben, ihre Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse wechseln zu können. Im Ergebnis wird damit dem Preiswettbewerb im Vergleich zum Vertragswettbewerb ein zu hohes Gewicht beigemessen.

(10) Dieselbe Wirkung wird mit den jüngsten Vorgaben des Gesetzgebers zum kurzfristigen Abbau der Finanzreserven der Krankenkassen erzielt. Die mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz geschaffene Verpflichtung zum Vermögensabbau in § 260 Absatz 2a und 4 SGB V setzt auf ein kurzfristiges Entsparen der Kassenhaushalte und befeuert den auf den Preis ausgerichteten Mitgliederwettbewerb.

Monitoring der Versorgungsleistungen der Krankenkassen

Mit Blick auf die unter 1.) vorgetragene Forderung der Antragsteller, zeitnah ein unabhängiges und qualitätsgesichertes Monitoring der Versorgungsleistungen und -qualität der Krankenkassen zu etablieren, wird festgestellt, dass der GKV-Spitzenverband die Ausgangsthese der Antragsteller, die Krankenkassen blieben im Gegensatz zu den Leistungserbringern von Qualitätsvergleichen Dritter unberührt, nicht teilen kann. Die Angebote der Krankenkassen werden regelmäßig von einer Vielzahl von Akteuren umfänglichen Vergleichen unterzogen, analysiert und bewertet.

Zu diesen zählen u. a. Verbraucherzentralen, Vergleichsportale im Internet, regelmäßige Veröffentlichungen von Printmedien (Focus Money, Stern, Tageszeitungen), die Stiftung Warentest, Ökotest u.v.m. Dass aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen die Vergleiche in erster Linie auf die Vergleichsparameter Zusatzbeitragssatz, Serviceleistungen (Erreichbarkeit, Kundenfreundlichkeit etc.) und Satzungsleistungen (inkl. Bonusprogramme nach § 65a SGB V) ausgerichtet sind, ist weder den Krankenkassen noch den vergleichenden Dienstleistern anzulasten. Dies liegt letztlich in den – oben dargelegten – gering ausgeprägten Gestaltungsmöglichkeiten für selektivvertragliche Versorgungslösungen begründet. Wo nur wenige rechtliche Möglichkeiten für kassenspezifische Versorgungsangebote bestehen, können entsprechend auch nur wenige Angebote evaluiert werden.

Gutachtenauftrag an den Sachverständigenrat Gesundheit

Gegen den unter 2.) vorgeschlagenen Gutachtenauftrag an den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bestehen keine grundsätzlichen Bedenken; es wird allerdings für dringlicher erachtet, den Fokus eines solchen Gutachtens auf die Fragestellung zu richten, welche vertragsrechtlichen Möglichkeiten die Krankenkassen in die Lage versetzen können, die Rolle des Gestalters von Versorgungsleistungen auch tatsächlich wahrzunehmen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

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

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.12.2019

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

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

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 6

1. Organisationsstruktur des GKV-Spitzenverbandes 6
1.1 Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses 6
1.2 Personelle Verkleinerung des Verwaltungsrates 10
2. Organisationsrecht der Krankenkassen 11
3. Wettbewerb der Krankenkassen untereinander 13
4. Weiterentwicklung des Morbi-RSA 14

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf 15

Artikel 1 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes) 15

§ 29 Absatz 2 – Zuständigkeit der Landessozialgerichte 15
§ 29 Absatz 3 – Zuständigkeit der Landessozialgerichte 16
Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte - KVLG 1989) 17

§ 1 Satz 4 – Aufgaben der Krankenversicherung der Landwirte 17
§ 17 Satz 3 – Träger der Krankenversicherung 18
§ 34 Absatz 1 – Verbandsaufgaben der landwirtschaftlichen Krankenversicherung 19
Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) 20

§ 35a – Vorstand bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen 20
§ 90 – Aufsichtsbehörden 21
§ 90a – Zuständigkeitsbereich 23
Artikel 4 (Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung) 24

§ 12 Absatz 1a – Rückstellungen 24
Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 25

§ 4 – Krankenkassen 25
§ 4a – Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung 26
§ 4b – Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren 28
§ 71 Absatz 1 – Beitragssatzstabilität 29
§ 71 Absatz 4 – Beitragssatzstabilität 30
§ 73b Absatz 5 Satz 7 – Hausarztzentrierte Versorgung 32
§ 77 – Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen 34
§ 83 Satz 4 – Gesamtverträge 35
§ 87a Absatz 5 – Regelungen zur Bereinigung von Kodiereffekten 36
§ 87a Absatz 5a – Jährlicher Transparenzbericht des Bewertungsausschusses 38
§ 92a – Innovationsfonds 40
§ 137g – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme 41
§ 140a Absatz 2 Satz 7 – Besondere Versorgung 42

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

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

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

I. Vorbemerkung

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

1. Organisationsstruktur des GKV-Spitzenverbandes

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

1.1 Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses

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

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

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

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

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

Wirkung der vorgesehenen Neuregelung im Verhältnis zum Verwaltungsrat

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

Wirkung der vorgesehenen Neuregelung im Verhältnis zum Vorstand

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

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

Handlungsfähigkeit gefährdet

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

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

Wettbewerbsperspektive im LKA

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

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

Rechtsnormen nicht klar und widerspruchsfrei

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

Ergebnis

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

Alternativvorschlag

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

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

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

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

1.2 Personelle Verkleinerung des Verwaltungsrates

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

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

2. Organisationsrecht der Krankenkassen

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

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

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

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

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

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

3. Wettbewerb der Krankenkassen untereinander

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

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

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

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

4. Weiterentwicklung des Morbi-RSA

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

Als wesentliche Reformmaßnahmen sieht der Gesetzentwurf nunmehr vor:

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

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

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Nr. 1

§ 29 Absatz 2 – Zuständigkeit der Landessozialgerichte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 1 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Nr. 2

§ 29 Absatz 3 – Zuständigkeit der Landessozialgerichte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

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

Nr. 1

§ 1 Satz 4 – Aufgaben der Krankenversicherung der Landwirte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

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

Nr. 2

§ 17 Satz 3 – Träger der Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

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

Nr. 3

§ 34 Absatz 1 – Verbandsaufgaben der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 90 – Aufsichtsbehörden

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 90a – Zuständigkeitsbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung)

§ 12 Absatz 1a – Rückstellungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 4 – Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 4 werden die folgenden redaktionellen Anpassungen vorgenommen:

a) Absatz 3 Satz 2 (Unterlassungsanspruch aufgrund unzulässiger Werbung) wird aufgehoben, weil diese Anspruchsgrundlage künftig in § 4a SGB V n. F. verortet wird.

b) Absatz 4 Satz 2 – 6 (Regelungen zu den Verwaltungsausgaben der Krankenkassen in den Jahren 2011 und 2012) wird wegen Zeitablaufs zur Rechtsbereinigung ersatzlos aufgehoben.

c) Absatz 5 (Buchung der Verwaltungsausgaben für Mitgliederwerbung) wird aufgehoben, weil diese Regelung (inhaltlich unverändert) in § 4a Absatz 6 SGB V n. F. normiert wird.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 4a – Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 4b – Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe a)

§ 71 Absatz 1 – Beitragssatzstabilität

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 71 Absatz 4 – Beitragssatzstabilität

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe b) wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 73b Absatz 5 Satz 7 – Hausarztzentrierte Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. 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. **Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an die Kapitel oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen.**“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 77 – Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 83 Satz 4 – Gesamtverträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe a)

§ 87a Absatz 5 – Regelungen zur Bereinigung von Kodiereffekten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe b)

§ 87a Absatz 5a – Jährlicher Transparenzbericht des Bewertungsausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 92a – Innovationsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 137g – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 140a Absatz 2 Satz 7 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 11 wird wie folgt gefasst:

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

„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vereinbarungen, die vor dem

… [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] zustande gekommen sind oder nach Absatz 1 Satz 3 fortgelten, sind bis spätestens zum … [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] anzupassen. **Verträge, in denen die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung durch die Benennung von bestimmten Krankheiten und Krankheitsausprägungen als Einschlusskriterium definiert werden, sind weiterhin möglich.**“

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

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

§ 143 – Ortskrankenkassen

§ 144 – Betriebskrankenkassen

§ 145 – Innungskrankenkassen

§ 146 – Landwirtschaftliche Krankenkasse

§ 147 – Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

§ 148 – Ersatzkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Die mit der Neustrukturierung der Vorschriften verbesserte Übersichtlichkeit wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

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

§ 149 – Errichtung von Betriebskrankenkassen

§ 150 – Verfahren bei Errichtung

§ 151 – Ausdehnung auf weitere Betriebe

§ 152 – Ausscheiden von Betrieben

§ 153 – Auflösung

§ 154 – Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Im Vergleich zum Status quo verändert sich im Wesentlichen Folgendes:

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 155 – Freiwillige Vereinigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 156 – Vereinigung auf Antrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

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

§ 157 – Verfahren bei Vereinigung auf Antrag
§ 158 – Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigung von Krankenkassen
§ 159 – Schließung
§ 160 – Insolvenz von Krankenkassen
§ 161 – Aufhebung der Haftung nach § 12 Absatz 2 InsO
§ 162 – Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die verbesserte Übersichtlichkeit wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 163 – Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 164 – Vorübergehende finanzielle Hilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

In Absatz 1 wird folgender Satz 4 eingefügt:

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

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 165 – Abwicklung der Geschäfte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 166 – Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung und Schließung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Die primäre Haftung des Arbeitgebers bei Betriebskrankenkassen, die sich nicht für alle Versicherten geöffnet haben, ist entsprechend dem bisherigen § 155 Absatz 4 Satz 1 und 2 geregelt. Da die bestehenden sechs Innungskrankenkassen in ihren Satzungen jeweils eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 („Öffnung“) vorsehen und diese nach geltendem Recht auch nicht widerrufen werden kann, entfällt für diese Kassenart in § 166 (neu) eine gesonderte Regelung für nicht geöffnete Krankenkassen. Absatz 2 Satz 4 stellt klar, dass die Haftungsregelung nach Satz 3 auch bei Vereinigungsverfahren zwischen einer betriebsbezogenen Betriebskrankenkasse mit einer anderen Krankenkasse Anwendung findet. So wird sichergestellt, dass sich der Arbeitgeber einer Betriebskrankenkasse auch in diesen Fällen nicht der Haftung entziehen kann.

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 167 – Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

1. der aufzuteilende Betrag wird durch die Summe der Mitglieder aller Krankenkassen **der betroffenen Kassenart** geteilt;

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

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

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

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

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

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

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 168 – Personal

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 169 – Haftung im Insolvenzfall

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 170 – Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 170 entspricht dem bisherigen § 171e.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine reine Neunummerierung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 173 – Allgemeine Wahlrechte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

zu § 173 keiner

Folgeänderungen:

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

13a. § 174 wird wie folgt geändert:

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

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

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 Buchstabe a)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 Buchstabe b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

Wirkung der vorgesehenen Neuregelung im Verhältnis zum Verwaltungsrat

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

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

Wirkung der vorgesehenen Neuregelung im Verhältnis zum Vorstand

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

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

Handlungsfähigkeit gefährdet

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

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

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

Wettbewerbsperspektive im LKA

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

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

Rechtsnormen nicht klar und widerspruchsfrei

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

Ergebnis

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

Die vorgesehene Neuregelung ist daher in dieser Form abzulehnen.

Alternativvorschlag

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 14 Buchstabe b) wird gestrichen.

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

b) Die folgenden Absätze 4 bis 6 werden angefügt:

„(4) [1]**Der Verwaltungsrat bildet zur Beratung des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss**. [2]Die Amtsdauer entspricht derjenigen des Vorstandes. [3]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. [4]Kann eine Besetzung nach den Vorgaben des **Satz 3** nicht erfolgen, bleibt der entsprechende Sitz frei. **[5]Dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss können zusätzlich je eine weitere Vertreterin oder ein weiterer Vertreter auf hauptamtlicher Vorstandsebene aus den Kassenarten der Orts-, Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen angehören.** [6]Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewählt. [7]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. [8]Der Stimmenanteil der Kassenart wird auf die Anzahl der Sitze verteilt. Kann ein Sitz nicht besetzt werden, entfällt dessen Stimmenanteil.

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

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 Buchstabe a)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 15 Buchstabe a) wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 Buchstabe b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 15 wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 Buchstabe a)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 17 Buchstabe a) wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 Buchstabe b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 260 Absatz 5 – Betriebsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 18 wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 19 wird wie folgt gefasst:

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 266 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

a) Die redaktionelle Anpassung berücksichtigt die im neuen Absatz 8 definierte Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

b) Doppelbuchstaben aa) und bb):
Zur Vereinheitlichung der Terminologie werden die Zu- und Abschläge nicht mehr nach alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen differenziert aufgeführt. Zukünftig werden diese drei Bereiche unter dem Begriff der risikoadjustierten Zuschläge gefasst. Gleichermaßen wird die in der Wissenschaft gebräuchliche Terminologie der „Zuordnung zu Risikogruppen“ nach Risikomerkmalen eingeführt.

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

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

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

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

f) Der neu eingeführte Absatz 5 definiert die Kriterien, die bei der Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs zu beachten sind.

g) Als Folgeänderung zu Absatz 1 sowie den neuen Absätzen 2 und 3 wird Absatz 5 neu gefasst.

h) Doppelbuchstabe aa):
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.
Doppelbuchstabe bb):
Satz 2 des neuen Absatzes 7 wird neugefasst, indem die neue einheitliche Terminologie der Absätze 1 und 2 Verwendung findet und die bisherige Regelung, die eine Verwendung der stichtagsbezogenen Versichertenzeiten vorsah, auf das aktuell verwendete Verfahren angepasst wird.
Doppelbuchstabe cc):
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

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

j) Mit dem neuen Absatz 10 wird der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt verpflichtet, die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in regelmäßigen Abständen, mindestens alle 4 Jahre, zu überprüfen. Hierbei kann das Bundesministerium für Gesundheit den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen.
Der neue Absatz 11 regelt, dass für die Zuweisungen der Ausgleichsjahre 2019 und 2020 die Vorgaben der §§ 266 bis 270 in der Fassung bis zur Verkündigung des GKV-FKG, ab dem Ausgleichsjahr 2021 dagegen die §§ 266 bis 270 i. d. F. des GKV-FKG für die RSA-Zuweisungen gelten. Zudem wird insbesondere geregelt, dass die Änderung zur Meldung

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

B) Stellungnahme

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

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

Zu a) Die redaktionelle Anpassung ist nachvollziehbar.

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

Zu c) Aufgrund der hohen wettbewerblichen Bedeutung positioniert sich der GKV-Spitzenverband nicht zu der beschriebenen Reformmaßnahme bezüglich einer Weiterentwicklung des Morbi-RSA.

Zu d) Doppelbuchstabe aa):
Die Folgeänderung der Terminologie ist sachgerecht.

Doppelbuchstabe bb):
Die Folgeänderung der Rechtsbereinigung ist sachgerecht.

Zu e) Doppelbuchstabe aa):
Die Folgeänderung ist sachgerecht.
Doppelbuchstabe bb):

Die Folgeänderung ist sachgerecht.
Doppelbuchstabe cc):
Die Rechtsbereinigung ist nachvollziehbar.

Zu f) Die definierten Kriterien zur Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs sind sachgerecht.

Zu g) Die Folgeänderung ist sachgerecht.

Zu h) Doppelbuchstabe aa):
Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.
Doppelbuchstabe bb):
Die Vereinheitlichung der Terminologie sowie die Anpassung des Verfahrens sind nachvollziehbar.

Zu i) Doppelbuchstabe aa):
Die Änderungen sind sachgerecht.

Doppelbuchstabe bb):
Die Folgeänderung der Rechtsbereinigung ist sachgerecht.

Zu j) Die nunmehr gesetzlich vorgegebene regelmäßige Evaluation der Wirkungen des Risikostrukturausgleichs wird ausdrücklich begrüßt. Die Klarstellung, ab welchem Ausgleichsjahr die zuweisungsbezogenen Änderungen des GKV-FKG im RSA-Verfahren zu berücksichtigen sind, ist erforderlich und als solche begrüßenswert.

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 267 – Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

Gleichermaßen entsprechen die Regelungen des Absatzes 4 der geltenden Rechtslage, nach der das BMG per Rechtsverordnung das Nähere zu Fristen und Datenverarbeitung bestimmt sowie der GKV-Spitzenverband in einer Bestimmung das Nähere zur Datenübermittlung der Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband sollte weiterhin ermächtigt bleiben, im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere zum Inhalt und Verfahren der Datenmeldung insbesondere zum Absatz 1 Satz 1 sowie nach Absatz 2 und Absatz 3 Satz 1 zu bestimmen. Für alle aufgeführten Bereiche sind Abstimmungsbedarfe erforderlich. Die Ermächtigung hierzu sollte weiterhin gelten und daher die Formulierung präzisiert werden.

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

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nr. 21 wird § 267 Absatz 4 wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere zu den Fristen der Datenübermittlung nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 zu übermittelnden Daten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere zum Inhalt, der zeitlichen Zuordnung, zum Umfang, sowie zum Verfahren der Datenmeldung nach Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 sowie Absatz 3 Satz 1."

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 268 – Risikopool

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 269 – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

a) Es handelt sich um eine Vereinheitlichung der Terminologie.

b) Es handelt sich um eine Vereinheitlichung der Terminologie.

c) Es handelt sich um eine Folgeänderung.

d) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

e) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

B) Stellungnahme

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

a) Die Vereinheitlichung der Terminologie ist sachgerecht.

b) Die Vereinheitlichung der Terminologie ist sachgerecht.

c) Die Folgeänderung ist sachgerecht.

d) Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.

e) Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 270 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

b) Es handelt sich um redaktionelle Änderungen und Folgeänderungen.

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

B) Stellungnahme

a) Die redaktionellen Anpassungen in Absatz 1 sind sachgerecht.

b) Es handelt sich um notwendige Regelungen zur Durchführung der Datenmeldeverfahren. Weiterhin wird der Meldetermin an das aktuelle Verfahren angepasst. Die Änderungen sind sachgerecht.

c) Die redaktionelle Änderung ist sachgerecht.

d) Mit der Einführung einer Pauschale für Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen wird der Anreiz für präventive Maßnahmen gefördert.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 270a – Einkommensausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

a) Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neustrukturierung.

b) Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neustrukturierung.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Neuregelungen sind sachgerecht.

a) Die Folgeänderungen zur Neustrukturierung sind sachgerecht.

b) Die Folgeänderung zur Neustrukturierung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 271 – Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Durch die Ergänzung in Absatz 2 werden dem Gesundheitsfonds im Jahr 2020 225 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.

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

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

B) Stellungnahme

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

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

b) Die Folgeänderung ist sachgerecht.

c) Die Folgeänderung zur Neustrukturierung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 273 – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

Als ergänzende Regelung sollte den Krankenkassen ermöglicht werden, Versorgungsverträge auch ex ante vom Bundesversicherungsamt auf die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V überprüfen zu lassen. Dies dient der Erhöhung der Rechtssicherheit und der zusätzlichen Beschleunigung der Verfahren nach § 273 SGB V. Vor dem Hintergrund, dass Versorgungsverträge weitreichende Relevanz für das Versorgungsgeschehen und damit auch für die Datenmeldungen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 SGB V entfalten können, ist das Vorliegen eines Prüfergebnisses des Bundesversicherungsamtes innerhalb einer angemessenen Frist ein berechtigtes Anliegen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nummer 26 wird der neu gefasste § 273 Absatz 1 um nachfolgende Sätze ergänzt:

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

Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 284 – Sozialdaten bei den Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 28 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

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

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

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

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstabe a)

§ 295 Absatz 1b – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

§ 295 Absatz 4 Satz 4 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Änderung hat lediglich klarstellenden Charakter.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Änderung hat lediglich klarstellenden Charakter.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc)

§ 295 Absatz 4 Satz 6 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 302 – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 30 wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31

§ 303 – Ergänzende Regelungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 31 wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32

§ 304 – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33

§ 305a – Beratung der Vertragsärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34 Buchstaben a) und b)

§ 318 – Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Es wird eine redaktionelle Änderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 37 Absatz 3 RSAV vorgenommen, dessen korrespondierende Regelungen nunmehr in § 13 Absatz 2 RSAV getroffen werden.

b) Es soll eine Regelung zur Verwaltungsvereinfachung erfolgen: Die Prüfung des getrennten Ausweises der Verwaltungskosten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird zukünftig auf den Jahresabschluss beschränkt. Die weiteren Regelungen gelten fort.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

§ 71 Absatz 2 SGB IV wird folgender Satz angefügt:

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

§ 318 SGB V wird gestrichen.

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35

§ 323 – Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36

§ 328 – Übergangsregelung für bereits geschlossene Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1

Überschrift des Ersten Abschnitts

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 2

§ 1 - Begriffsbestimmungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.

b) Mit der Streichung der Absätze 4 und 5 wird eine Rechtsbereinigung durchgeführt.

B) Stellungnahme

a) Die Änderung ist sachgerecht.

b) Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3

§ 2 – Risikogruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3

§ 3 – Versicherungszeiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 4

§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Doppelbuchstaben aa), bb) und cc):
Die Anpassungen in Absatz 1 betreffen zunächst Aktualisierungen aufgrund von Änderungen des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies betrifft insbesondere den Bereich der Krankenbehandlung durch die Berücksichtigung bislang nicht aufgeführter Pflichtleistungen.
Doppelbuchstabe dd):
Durch die Neufassung des Absatz 1 Satz 1 Nr.10 erfolgt eine Anpassung der Vorgaben zur Berücksichtigung der ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 43 Absatz 1 SGB V als Ermessensleistungen im RSA an geltende rechtliche Vorgaben. Ferner erfolgen Anpassungen aufgrund der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnittes der RSAV.
Doppelbuchstabe ee):
Aufgrund der Neuregelungen des GKV-FKG resultiert aus dd) eine Folgeänderung.

b) Doppelbuchstaben aa), bb) und cc):
Die Anpassungen in Absatz 2 betreffen zunächst Aktualisierungen aufgrund Änderungen des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiter erfolgt eine Folgeänderung aufgrund der Neuregelungen des GKV-FKG. Bei der Streichung der Nummer 6 handelt es sich um eine Rechtsbereinigung.

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

B) Stellungnahme

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

a) Die Anpassungen sind sachgerecht.

b) Die Anpassung und redaktionelle Folgeänderung sind sachgerecht.

c) Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 5

§ 5 – Bekanntmachungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 5

§ 6 – Zahlungsverkehr

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 6

§§ 7 bis 15a – Aufhebung der Vorschriften

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 7 – Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

Mit der Ergänzung des neuen Satzes 3 in Absatz 1 werden die Krankenkassen verpflichtet, bei der Ermittlung der Ausgaben für Arzneimittel je Versicherten die Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V sowie die tatsächlichen Rabatte der §§ 130, 130a und 130c SGB V zu berücksichtigen. Der neue Satz 4 bestimmt, dass bei den nach § 303b Absatz 1 Satz 1 SGB V für Zwecke der Datentransparenz weiterzuleitenden Daten keine Berücksichtigung der Rabatte nach Satz 3 erfolgt. In Satz 5 wird der Verwendungszweck der übermittelten Erstattungsbeträge und Rabatte für Arzneimittel definiert und eine Kenntnisnahme Dritter über diese ausgeschlossen.

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

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

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

§ 7 Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 8 – Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Absätzen 1 bis 4 werden neben Rechtsbereinigungen auch Folgeänderungen vorgenommen, die sich aus den beabsichtigten Neuregelungen gemäß GKV-FKG ergeben.
In Absatz 1 erfolgt diesbezüglich neben einer Aktualisierung des Verweises auf das Versichertenklassifikationsmodell, das nunmehr statt in § 29 im neu gefassten § 2 definiert wird, eine Bereinigung um Regelungen zur Krankheitsauswahl, die zukünftig entfällt.

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

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

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

Die Anpassung des Verweises in Absatz 5 ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 9 – Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen.

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 11 – Zuweisungen für das Krankengeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 12 – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 36 wird durch den § 12 ersetzt.

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

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

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

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen und Rechtsbereinigungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 13 – Zuweisungen für sonstige Ausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

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

§ 13 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 14 – Risikopool

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

./.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

Die Regelungen des neugefassten § 15 sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 16 – Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 17 – Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 18 – Jahresausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 19 – Ausschluss auffälliger Risikogruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 20 – Prüfung der Datenmeldung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Anpassungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 26 – Berechnung der Kosten für die Bescheidung von Zulassungsanträgen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 28h wird zu § 26.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 27 – Übergangsregelung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes – KHEntgG)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 wird gestrichen.

Hilfsweise:

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

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

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

Artikel 8 (Änderung der SGB V-Übertragungsverordnung)

§ 1 SGB V-ÜbV

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist erforderlich und zutreffend.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 219 – Finanzverbund in der allgemeinen Rentenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Streichung dient der Rechtsbereinigung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 und 2

§ 46 – Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 11 Absätze 2 und 3 werden gestrichen.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 103 – Zulassungsbeschränkungen

A) Vorgeschlagene Neuregelung

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

Der Änderungsvorschlag des Bundesrates sieht folgende vier Punkte vor:

a) Anstatt der generellen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen können die zuständigen Landesbehörden eine begrenzte Anzahl von zusätzlichen Arztsitzen festlegen.

b) Für die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete soll der Landesausschuss im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde Kriterien aufstellen, die den jeweiligen Entscheidungen zugrunde zu legen sind. Die derzeit gültige Regelung sieht lediglich eine Benehmensherstellung mit den zuständigen Landesbehörden vor.

c) Einführung einer Frist (31. März 2020) bis zu der die Kriterien aufzustellen sind. Können bis dahin keine Kriterien bestimmt werden, kann die zuständige Landesbehörde diese übergangsweise aufstellen.

d) Die Zulassungen sollen an den Ort der Niederlassung gebunden werden.

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

d) Die Klarstellung, dass die Zulassungen an den Ort der Niederlassung gebunden werden, ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

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

§ 103 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 116 Absatz 6 Satz 11 – Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

A) Vorgeschlagene Neuregelung

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

B) Änderungsvorschlag

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

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

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 Absatz 4 – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A) Vorgeschlagene Neuregelung

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

B) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 303b – Datenübermittlung

A) Vorgeschlagene Neuregelung

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

B) Änderungsvorschlag

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

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

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

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(4.3)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
16.12.2019

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.12.2019

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Ausschussdrucksache 19(14)122.1)

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

Inhaltsverzeichnis

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen von CDU/CSU und SPD 3
Änderungsantrag 1 - Zugelassene ATMP ins AMNOG-Verfahren 3
§ 35a - Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen 3
Änderungsantrag 2 - Belegter Zusatznutzen für Reserveantibiotika 6
§ 35a Absatz 1c (neu) - Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen ... 6
Änderungsantrag 3 - Geltung des Erstattungsbetrages ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes 9
§ 130b - Vereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel 9
Änderungsantrag 4 - Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln 11
§ 10 - Kennzeichnung 11
§ 11 - Packungsbeilage 12
§ 52b - Bereitstellung von Arzneimitteln 13
§ 129 Absatz 4c (neu) - Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung 16
Änderungsantrag 5 - Gesetzlicher Abschlag für Schutzimpfungen als Satzungsleistung 17
§ 130a - Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer 17
Änderungsantrag 6 - Pflegepersonaluntergrenzen 18
§ 137i Absatz 4 - Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern 18
Änderungsantrag 7 - Weiterführung der Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen 20
§ 64b - Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen 20

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen von CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 1 – Zugelassene ATMP ins AMNOG-Verfahren

zu Artikel 5 Nummer 3a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 35a – Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

A) Beabsichtigte Änderung

Für zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien soll unabhängig von Art und Umfang des mit der Anwendung dieser Arzneimittel untrennbar verbundenen ärztlichen Behandlungsanteils die Verpflichtung des pharmazeutischen Unternehmers zur Vorlage von Nachweisen für die Zusatznutzenbewertung bestehen. Ihre Anwendung unterliegt nicht den Vorgaben zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Regelung, womit zukünftig alle zugelassenen Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) dem AMNOG-Verfahren unterliegen. Unabhängig von Art und Umfang des mit der Anwendung des ATMPs verbundenen ärztlichen Leistungsanteils wird eine Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 1 durchgeführt und nachfolgend ein Erstattungsbetrag nach § 130b Absatz 1 verhandelt. Es ist sachlogisch, dass zugelassene ATMP somit nicht zugleich dem Regelungsbereich zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertrags-(zahn-)ärztlichen Versorgung (§ 135) und im Krankenhaus (§ 137c) unterliegen. Der GKV-Spitzenverband schlägt zur Klarstellung des Gemeinten eine Änderung des zweiten Teilsatzes vor.

Die zeitgleiche Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs zur gegebenenfalls erforderlichen Vergütung des ärztlichen Leistungsanteils ist angemessen und erforderlich, unter anderem damit mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Absatz 3 Satz 1 die für die GKV anfallenden Kosten des verbundenen ärztlichen Leistungsanteils ausgewiesen und in den Erstattungsbetragsverhandlungen berücksichtigt werden können.

Ergänzender Änderungsbedarf zu frühzeitigen Beschlüssen des G-BA über anwendungsbegleitende Datenerhebungen

Mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ermächtigt, von pharmazeutischen Unternehmern anwendungsbegleitende Datenerhebungen und Auswertungen bei Arzneimitteln zur Behandlung seltener Leiden, mit bedingter Zulassung oder mit Zulassung unter außergewöhnlichen Umständen zum Zweck der Nutzenbewertung zu fordern. Zweck der Regelung ist es, eine bessere Datenbasis zur Bewertung des Zusatznutzens zu erhalten. Für den Aufbau der technischen Infrastruktur für eine solche Datenerhebung ist nach diesseitigem Kenntnisstand mit einem Zeitraum von ca. 6 bis 18 Monaten zu rechnen. Dürfte der Gemeinsame Bundesausschuss allerdings (wie aktuell vorgesehen) erst nach erteilter Zulassung über die Datenerhebung beschließen, müsste mit einer weiteren zeitlichen Verzögerung von etwa 12 Monaten und zugleich mit bedeutenden Informationsverlusten gerechnet werden.

Im Falle von neuartigen Therapien, insbesondere Gentherapien, ist gerade damit zu rechnen, dass ein relevanter Teil der Patienten bereits kurz nach (oder wie aktuell am Beispiel des Arzneimittels Zolgensma® zu sehen, bereits vor) erstmaliger Zulassung behandelt werden. Diese Patienten würden aktuell in der Datenerhebung keine Berücksichtigung finden. Daher ist es notwendig, dass der G-BA bereits zum Zeitpunkt einer absehbaren Zulassung über anwendungsbegleitende Datenerhebungen beschließen kann. Dies ermöglichte den Aufbau der notwendigen Infrastruktur für die Datenerhebung bereits vor dem Inverkehrbringen und schaffte gleichzeitig Planungssicherheit für die beteiligten Leistungserbringer und Unternehmen.

Darüber hinaus sind aufgrund der Änderungen der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 redaktionelle Anpassungen in § 35a Absatz 3b Nummer 1 erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag 1 wird wie folgt gefasst (Änderungen hervorgehoben):

Nach Artikel 5 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. Vor § 35a Absatz 1b Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

> „Für zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes besteht unabhängig von Art und Umfang des mit der Anwendung dieser Arzneimittel untrennbar verbundenen ärztlichen Behandlungsanteils die Verpflichtung zur Vorlage von Nachweisen nach Absatz 1 Satz 3; ~~ihre Anwendung unterliegt nicht den Vorgaben zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach §§ 135 und 137c~~ §§ 135 und § 137c finden keine Anwendung.“

§ 35a Absatz 3b Nummer 1 wird wie folgt geändert:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss kann bei den folgenden Arzneimitteln vom pharmazeutischen Unternehmer innerhalb einer angemessenen Frist die Vorlage anwendungsbegleitender Datenerhebungen und Auswertungen zum Zweck der Nutzenbewertung fordern:

1) bei Arzneimitteln, deren Inverkehrbringen nach dem Verfahren des Artikels 14-a ~~Absatz 7~~ oder Artikel 14 Absatz 8 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur (ABl. L 136 vom 30.4.2004, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) ~~Nr. 1027/2012 (ABl. L 316 vom 14.11.2012, S. 38)~~ 2019/5 (ABl. L 4 vom 7.12.2019, S. 24) geändert worden ist, genehmigt wurde oder eine solche Genehmigung beantragt wurde, sowie bei Arzneimitteln, die zur Behandlung eines seltenen Leidens nach der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 zugelassen sind oder eine solche Zulassung beantragt wurde.“'

Änderungsantrag 2 - Belegter Zusatznutzen für Reserveantibiotika

Zu Artikel 5 Nummer 3b (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

§ 35a Absatz 1c (neu) - Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird beabsichtigt, pharmazeutische Unternehmer bei Reserveantibiotika von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise zum medizinischen Nutzen und Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie beim Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag freizustellen. Die Dossierpflicht wird im Umfang stark reduziert. Für ein Reserveantibiotikum gilt der Zusatznutzen als belegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den expliziten Auftrag im Beschluss Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung des Reserveantibiotikums unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Resistenzsituation festzulegen. Das Robert Koch-Institut soll im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika bestimmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung des Reserveantibiotikums unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Resistenzsituation und unter Einholung der Stellungnahme des Robert Koch-Instituts im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit Beschluss festlegen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Intention, die Versorgung mit Reserveantibiotika zu sichern und zu stärken. Aus Sicht der Versichertengemeinschaft und der Patientinnen und Patienten muss dringend gewährleistet sein, dass im Falle einer Resistenzsituation bei Antibiotika eine ausreichende Zahl von Behandlungsalternativen gegeben ist. Die Feststellung eines grundsätzlichen Zusatznutzens zusammen mit der Freistellung von der Verpflichtung zur Vorlage von vollständigen Nachweisen nach § 35a Absatz 1 Satz 3 erscheint allerdings nicht zielgerichtet, um stärkere Anreize für die Entwicklung von Reserveantibiotika zu bieten.

Der Regelungsvorschlag, sieht keinerlei inhaltlich-medizinische Bewertung vor. Die Gesetzesänderung weicht von der Intention der frühen Nutzenbewertung ab und hätte zur Folge, dass im hier vorliegenden Anwendungsgebiet mit schwerer Symptomlast bei potentiell hoher Mortalität weder eine Bewertung des (Zusatz-)Nutzens noch der potentiell gravierenden Nebenwirkungen der Behandlung multi- oder panresistenter Keime erfolgen würde.

Um die Zielsetzung einer Entwicklung von neuen Reserveantibiotika zu erreichen, sollte eine Regulierung an der Erstattungsbetragsvereinbarung ansetzen und nicht an dem Verfahren der frühen Nutzenbewertung. Die besondere Situation von Reserveantibiotika sollte in den Regelungen des § 130b abgebildet werden.

Die Beauftragung des Robert Koch-Instituts im Einvernehmen mit dem BfArM zur Bestimmung der Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika wird befürwortet. In Ergänzung zur vorgesehenen Regelung sollte das Robert Koch-Institut die Teilhabe der Öffentlichkeit an dem Verfahren zur Bestimmung der Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika ermöglichen, indem die Dokumente zur Einvernehmensherstellung sowie die endgültige Fassung des Kriterienkataloges im Internet veröffentlicht werden. Weiterhin sollte verankert werden, dass das Robert Koch-Institut die Kriterien ggf. aktualisiert und über solche Änderungen ebenfalls öffentlich informiert.

Der GKV-Spitzenverband sieht aus Gründen der Interessensneutralität kritisch, dass gemäß Gesetzesbegründung bei der Bestimmung der Kriterien neben der Klassifikation der WHO und Resistenzdaten des RKI die Daten der Zentralstelle für die Auswertung der Resistenzdaten bei systemisch wirkenden Antibiotika (Z.A.R.S) berücksichtigt werden soll. Die Finanzierung von Z.A.R.S erfolgt über den Wissenschafts- und Wirtschaftsdienst des Berufsverbandes der Arzneimittelhersteller e.V. durch pharmazeutische Unternehmen, die Antibiotika herstellen oder vertreiben.

Der GKV-Spitzenverband vertritt die Auffassung, dass der G-BA die Einstufung als Reserveantibiotikum regelmäßig zu überprüfen hat. Sachlich ausschlaggebend ist neben dem Entfallen des Reservestatus entsprechend der Kriterien des Robert Koch-Instituts, die Verordnungsrealität in Deutschland, insbesondere der Einsatz bei einer Anzahl an Patienten, bei der nicht mehr von einem Einsatz als Reserveantibiotikum auszugehen ist. Entfällt die Einstufung als Reserveantibiotikum, so sollte die Möglichkeit geregelt werden, dass der Erstattungsbetrag neu verhandelt wird.

Darüber hinaus sollte die Entwicklung von neuen Antibiotika durch gezielte Forschungsförderung aus staatlichen Finanzmitteln, beispielsweise auch im universitären Bereich, unterstützt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 35a Absatz 1c wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet auf Antrag durch den pharmazeutischen Unternehmer über die Einstufung eines neuen Arzneimittels als Reserveantibiotikum ~~hat den~~

~~pharmazeutischen Unternehmer von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 auf Antrag freizustellen, wenn es sich um ein Reserveantibiotikum handelt~~. Ein Antrag nach Satz 1 ist durch den pharmazeutischen Unternehmer entsprechend zu begründen und nur vor der erstmaligen Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 zulässig. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über den Antrag nach Satz 1 mit Beschluss nach Absatz 3. Der Beschlussinhalt über die Einstufung als Reserveantibiotikum kann befristet werden. Das Robert Koch-Institut bestimmt innerhalb von drei Monaten nach dem [Tag des Inkrafttretens des Gesetzes] öffentlich im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika; dabei ist der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Das Robert Koch-Institut veröffentlicht die Kriterien im Internet und informiert öffentlich über Änderungen der Kriterien. Der G-BA hat die Einstufung als Reserveantibiotikum regelmäßig unter Berücksichtigung der Verordnungspraxis zu überprüfen. Sollte das Antibiotikum die Kriterien als Reserveantibiotikum nicht mehr erfüllen oder in der Versorgung nicht als Reserveantibiotikum eingesetzt werden, stellt der Gemeinsame Bundesausschuss mit Beschluss das Entfallen der Einstufung als Reserveantibiotikum fest. ~~Für ein Reserveantibiotikum gilt der Zusatznutzen als belegt.~~ Bei dem Beschluss nach Absatz 3 hat der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung des Reserveantibiotikums unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Resistenzsituation festzulegen. Dazu holt er eine Stellungnahme beim Robert Koch-Institut ein, die im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu erstellen ist. Im Rahmen der Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung kann der Gemeinsame Bundesausschuss die Anwendung des Arzneimittels auf die Behandlung der Zielpopulation mit entsprechender Multiresistenzsituation einschränken. Das Nähere zur Ausgestaltung des Antragsverfahrens regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung."

Nach § 130b Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Eine Einstufung als Reserveantibiotikum nach § 35a Absatz 1c ist bei der Vereinbarung nach Absatz 1 zu berücksichtigen. Entfällt die Einstufung als Reserveantibiotikum mit Beschluss nach § 35a Abs. 1c Satz 7, ist der Erstattungsbetrag neu zu verhandeln."

Änderungsantrag 3 – Geltung des Erstattungsbetrages ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes

zu Artikel 5 Nummer 9c (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 130b – Vereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A) Beabsichtigte Änderung

Die vorgeschlagene Regelung ordnet die Fortgeltung des Erstattungsbetrages für alle Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff auch nach Wegfall des Unterlagenschutzes bis zur Festsetzung eines Festbetrages an.

B) Stellungnahme

Derzeit ist umstritten, ob der Wegfall des Unterlagenschutzes die Gültigkeit des Erstattungsbetrages beendet. Es wird die Auffassung vertreten, dass mit Wegfall des Unterlagenschutzes der Nutzenbewertungsbeschluss nach § 35a aufzuheben ist und in der Folge die Rechtsgrundlage für den Erstattungsbetrag entfällt. Häufig können Arzneimittel allerdings auch nach Wegfall des Unterlagenschutzes nicht sofort in die Festbetragsregelung einbezogen werden. Dies hätte zur Folge, dass die ungeregelte Preisfreiheit des Unternehmers wiederauflebt. Zur Sicherstellung der finanziellen Stabilität der GKV sind Festbeträge und Erstattungsbeträge jedoch als zwei sich ergänzende Verfahren zu verstehen, die zusammen im gesamten Arzneimittelmarkt ein lückenloses Regulativ für Qualität und Wirtschaftlichkeit schaffen.

Der GKV-Spitzenverband befürwortet daher die mit der vorgeschlagenen Regelung verbundene Klarstellung, dass auch nach Ende des Unterlagenschutzes die finanzielle Stabilität der GKV entweder durch den Erstattungsbetrag oder den Festbetrag gewährleistet wird und keine erneute unregulierte Preisfreiheitsphase vorgesehen ist. Der konkrete Wortlaut des Regelungsvorschlages begegnet jedoch Bedenken und ist zu ergänzen.

Der Regelungsvorschlag sieht lediglich die Fortgeltung des Erstattungsbetrages vor und nicht der gesamten Vereinbarung nach § 130b Absatz 1. Dies kann dazu führen, dass der Erstattungsbetrag i. S. d. Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers als ein Teil einer häufig komplexen Gesamteinigung (z. B. inklusive Ablösung des Herstellerabschlags, Praxisbesonderheit, konditionaler Preisanpassung bei Preisänderung in der zweckmäßigen Vergleichstherapie oder im europäischen Länderkorb, Preis-Mengen-Vereinbarung) für eine oder beide Parteien unangemessen wird. Des Weiteren sollten die Verhandlungspartner auch nach Wegfall des Unterlagenschutzes die Möglichkeit haben, die fortgeltende Vereinbarung oder

den Schiedsspruch an veränderte Umstände anzupassen, z. B. bei neuen Anwendungsgebieten und neuen Nutzenbewertungsbeschlüssen. Somit sollte die gesetzliche Regelung klarstellen, dass nicht nur der Erstattungsbetrag, sondern die Vereinbarung nach § 130b Absatz 1 oder die durch Schiedsspruch festgesetzten Inhalte fortgelten.

C) Änderungsvorschlag

Änderungsantrag 2 wird wie folgt gefasst:

In § 130b Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Die Vereinbarung nach Absatz 1 oder der Schiedsspruch nach Absatz 4 gilt ungeachtet des Fortbestandes des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels für alle Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff fort, soweit und solange nicht eine neue Vereinbarung geschlossen oder nicht neue Vertragsinhalte durch Schiedsspruch festgesetzt wurden oder für das Arzneimittel kein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 festgesetzt worden ist.“

Änderungsantrag 4 – Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

zu Artikel 0 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)
Nr. 1

§ 10 – Kennzeichnung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, in einem neuen Absatz 1a eine Regelung einzuführen, die es dem Zulassungsinhaber im Einzelfall für einen beschränkten Zeitraum ermöglicht, im Falle eines (ggf. auch drohenden) Versorgungsengpasses eines Arzneimittels, das direkt durch die behandelnden (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte am Menschen angewendet wird, auch mit einer Kennzeichnung in einer anderen als der deutschen Sprache in den Verkehr zu bringen. Notwendig hierfür ist eine Erlaubnis der Bundesoberbehörde, die diese auf Antrag erteilen soll.

B) Stellungnahme

Versorgungsengpässe von Arzneimitteln beruhen in der Regel auf unternehmerischen Entscheidungen. Eine mögliche Ursache hierfür liegt darin, dass ein international agierender pharmazeutischer Unternehmer die Nachfrage in verschiedenen europäischen Ländern falsch eingeschätzt hat und für den deutschen Markt zu wenige Packungen produziert, für andere Länder allerdings zu viele. Die vorgesehene Neuregelung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbands geeignet, Engpässe, die aus diesen Gründen entstehen, zu beseitigen und befürwortet die vorgesehene Neuregelung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Änderungsantrag 4 – Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

zu Artikel 0 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)
Nr. 2
§ 11 – Packungsbeilage

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, in einem neuen Absatz 1c eine Regelung einzuführen, die es dem Zulassungsinhaber im Einzelfall für einen beschränkten Zeitraum ermöglicht, im Falle eines (ggf. auch drohenden) Versorgungsengpasses eines Arzneimittels, das direkt durch die behandelnden (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte am Menschen angewendet wird, dieses auch mit einer Packungsbeilage in einer anderen als der deutschen Sprache in den Verkehr zu bringen. Notwendig hierfür ist eine Erlaubnis der Bundesoberbehörde, die diese auf Antrag erteilen soll.

B) Stellungnahme

Versorgungsengpässe von Arzneimitteln beruhen in der Regel auf unternehmerischen Entscheidungen. Eine mögliche Ursache hierfür liegt darin, dass ein international agierender pharmazeutischer Unternehmer die Nachfrage in verschiedenen europäischen Ländern falsch eingeschätzt hat und für den deutschen Markt zu wenige Packungen produziert. Die vorgesehene Neuregelung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbands geeignet, Engpässe, die aus diesen Gründen entstehen, zu beseitigen und befürwortet die vorgesehene Neuregelung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Änderungsantrag 4 – Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

zu Artikel 0 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)
Nr. 3

§ 52b – Bereitstellung von Arzneimitteln

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, drei Ergänzungen einzufügen, die zu einer besseren Versorgung bei drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpässen führen sollen:

In einem neuen Absatz 3b soll das bisher als sogenannter „Jour Fixe“ beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingerichtete Gremium aus Vertretern der Verbände der pharmazeutischen Unternehmer, des Großhandels, der Ärzte- und Apothekerschaft sowie Vertreterinnen und Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), der beiden Bundesoberbehörden und der Landesbehörden künftig als Beirat auf eine dauerhafte gesetzliche Grundlage gestellt werden. Künftig sollen dem Gremium auch Vertreterinnen und Vertreter der Trägerinstitutionen des Gemeinsamen Bundesausschuss, also der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie des GKV-Spitzenverbandes, angehören. Der Beirat soll sich eine Geschäftsordnung geben, die der Zustimmungspflicht des BMG unterliegt.

Nach Anhörung des Beirats soll auf Basis eines neuen Absatz 3c die jeweils zuständige Bundesoberbehörde eine aktuelle Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe auf Ihrer Internetseite veröffentlichen.

Ergänzt werden soll zudem ein neuer Absatz 3d. Dieser soll den zuständigen Bundesoberbehörden nach Anhörung des in Absatz 3b neu geschaffenen Beirats die Möglichkeit geben, bei einem drohenden oder bestehenden Versorgungsengpass geeignete Maßnahmen zu treffen, die eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung von Arzneimitteln sicherstellen.

In einem neuen Absatz 3e soll die jeweils zuständige Bundesoberbehörde im Zusammenhang mit einem drohenden oder bestehenden Versorgungsengpass ermächtigt werden, von pharmazeutischen Unternehmern und vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlungen Daten über verfügbare Bestände und Absatzmengen von Arzneimitteln einzufordern.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet Maßnahmen, die zum Ziel haben, die Auswirkungen von Versorgungsengpässen auf Patientinnen und Patienten abzumildern.

Damit die Bundesbehörden, wie in den Neuregelungen vorgesehen, auch zielführende Maßnahmen ergreifen können, bedarf es einer belastbaren Datengrundlage zur Verfügbarkeit von Arzneimitteln. Es ist unzureichend, diese Informationen lediglich im Bedarfsfall für einzelne Arzneimittel und lediglich auf der Ebene von pharmazeutischen Unternehmen und dem Großhandel abzufragen, denn naturgemäß befindet sich ein nennenswerter Anteil der Arzneimittel in den Apotheken. Insofern wäre es wünschenswert, neben der Produktion auch die Lagerbestände bei pharmazeutischen Unternehmen, dem Großhandel sowie den Apotheken zu erfassen, um eine Art Frühwarnsystem für drohende Lieferengpässe zu etablieren.

Die derzeit freiwillige Meldemöglichkeit von Lieferengpässen beim BfArM sollte in einem ersten Schritt zu einer umfassenden Übersicht von Nicht-Verfügbarkeiten ausgebaut werden. Dieses Ziel kann nur mit einer Meldepflicht für alle an der Arzneimittelversorgung beteiligten Akteure erreicht werden. So sollten auch Apotheken und vollversorgende Großhändler alle Engpässe bei der Beschaffung von Arzneimitteln an das BfArM im Rahmen einer Onlinemaske melden. Der Aufwand für die Abgabe einer solchen Meldung wäre gering und könnte bei fehlgeschlagenen Bestellversuchen per elektronischer Datenverarbeitung größtenteils automatisiert erzeugt werden. Das Nähere über den Ablauf dieser Meldungen könnte das BMG im Rahmen einer Rechtsverordnung regeln. Dem geringen Aufwand bei dem Meldeprozess stünde ein sehr großer Nutzen gegenüber. Eine solche Übersicht würde es bereits im Vorfeld ermöglichen, sich anbahnende, ggf. auch regionale Engpässe, erkennen zu können und kurzfristig tatsächlich zielführende Maßnahmen zu ergreifen.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag 3 zu Artikel 0 Nummer 3 wird wie folgt geändert (Änderungen hervorgehoben):

1. Der Titel von § 52b wird wie folgt gefasst:

   „Bereitstellung von Arzneimitteln, Verordnungsermächtigung“

2. § 52b Absatz 3e wird wie folgt gefasst:

   „Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt eine Datenbank über Lieferengpässe von Arzneimitteln und informiert auf dieser Basis die Bundesoberbehörden sowie die Verkehrskreise über drohende und auftretende Nicht-Verfügbarkeit von Arzneimitteln. Pharmazeutische Unternehmer sind verpflichtet bei drohenden oder bestehenden Engpässen eine entsprechende elektronische Meldung für diese Datenbank abzugeben. Sofern ein vollversorgender Großhändler oder ein Apotheker ein

Arzneimittel aufgrund eines Lieferengpasses nicht beziehen kann, haben sie dies elektronisch an das Bundesinstitut für Arzneimittel zu übermitteln. Das Nähere zur Meldung und Auswertung der Daten sowie zur Veröffentlichung der Informationen aus der Datenbank regelt das Bundesministerium für Gesundheit in einer Rechtsverordnung. Pharmazeutische Unternehmer und vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen haben Daten im Zusammenhang mit den verfügbaren Beständen und der Absatzmenge des Arzneimittels mitzuteilen, sofern die Bundesoberbehörde dies im Einzelfall insbesondere im Zusammenhang mit einem drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpass fordert."

Änderungsantrag 4 – Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

zu Artikel 5 Nummer 9a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 129 Absatz 4c (neu) – Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In einem neuen Absatz 4c soll gesetzlich klargestellt werden, dass in den Abgaberegeln des Rahmenvertrags eine Regelung für den Fall einer Nicht-Verfügbarkeit eines nach § 130a Absatz 8 rabattierten Arzneimittels zu ergänzen ist. Nach Ablauf von 24 Stunden soll ein anderes Arzneimittel abgegeben werden können, welches den Preis des namentlich verordneten Arzneimittels nicht übersteigt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet grundsätzlich gesetzliche Regelungen, die die Versorgung der Versicherten auch bei Nicht-Verfügbarkeit von Arzneimitteln sicherstellen sollen.

Die Vertragspartner des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2, der Deutsche Apothekerverband e.V. und der GKV-Spitzenverband, haben bereits in der derzeit geltenden Fassung des Rahmenvertrages eine Regelung vorgesehen, die bei Nicht-Verfügbarkeit eines rabattierten Arzneimittels, die von den Apotheken entsprechend dokumentiert wird, gewährleistet, dass die Patientinnen und Patienten innerhalb angemessener Zeit mit einem geeigneten Arzneimittel versorgt werden. Auch künftig werden die Vertragspartner gemeinsam, sachgerechte Lösungen erarbeiten, die der Sicherstellung der Versorgung dienen. Die im Rahmenvertrag bestehenden Regelungen stellen die Versorgung der Patientinnen mit den benötigten Arzneimitteln sicher. Entsprechend erscheint eine neue gesetzliche Regelung entbehrlich. Die bestehende Regelung im Rahmenvertrag ist zudem flexibler als die vorgesehene Regelung, da sie nicht einen starren Zeitraum von 24 Stunden vorsieht, sondern die Angemessenheit im Einzelfall zu berücksichtigen ist.

C) Änderungsvorschlag

Vor dem Hintergrund der bestehenden Regelungen im Rahmenvertrag wäre Änderungsantrag 4 zu Artikel 5 Nummer 9a zu streichen.

Änderungsantrag 5 – Gesetzlicher Abschlag für Schutzimpfungen als Satzungsleistung

zu Artikel 5 Nummer 9b (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 130a – Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der sogenannte Impfstoffabschlag nach § 130a Absatz 2 ist bisher nur auf Pflichtimpfungen im Sinne der Schutzimpfungsrichtlinie anwendbar. Durch eine Neuregelung soll dieser Abschlag nun auch auf Impfungen ausgeweitet werden, die Satzungsleistungen der Krankenkassen sind oder vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 20i Absatz 3 per Rechtsverordnung festgelegt werden.

B) Stellungnahme

Die bisherige Unterscheidung in der Anwendbarkeit des Impfstoffabschlags auf Basis verschiedener rechtlicher Grundlagen für die Impfungen ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht nachvollziehbar. Es erschließt sich nicht, aus welchen Gründen beispielsweise Satzungsleistungen zu höheren Kosten führen sollen als Pflichtleistungen. Diese Unterscheidung ging bisher mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand einher. Gerade auch vor dem Hintergrund des Ziels, die Durchimpfungsraten zu steigern, aber auch vor dem Hintergrund der Komplexitätsreduktion ist die vorgesehene Neuregelung zu befürworten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Änderungsantrag 6 – Pflegepersonaluntergrenzen

zu Artikel 5 Nummer 10a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 137i Absatz 4 – Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des § 137i Absatz 4 Satz 8 SGB V sehen vor, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Zusammenstellung der Quartalsmeldungen über die Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 Pflegepersonaluntergrenzen- Verordnung (PpUGV) nicht eingehalten worden sind, einmal im Quartal auch an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie auf Aufforderung an das BMG übermittelt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Neuregelung ausdrücklich, da sie sicherstellt, dass die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG über die Landesverbände eine vollständige Zusammenstellung der Quartalsmeldungen über die Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 PpUGV nicht eingehalten worden sind, erhalten. Dies ist notwendig, da die Krankenhäuser ihren Mitteilungspflichten nach § 137i Absatz 4 Sätze 6 und 7 gegenüber den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG bisher nur unzureichend nachgekommen sind.

Gleichermaßen sollte auch die vom Wirtschaftsprüfer testierte Jahresmeldung gemäß § 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung vom InEK an die Landesverbände der Krankenkassen und an die Ersatzkassen übermittelt werden, da davon auszugehen ist, dass die Krankenhäuser ihren Mitteilungspflichten gemäß § 5 Absatz 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung ebenfalls unzureichend nachkommen werden. Die testierte Jahresmeldung ist jedoch nach § 2 PpUG-Sanktions-Vereinbarung eine zwingende Voraussetzung zur Vereinbarung von Sanktionen für die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG.

C) Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag 6 zu Artikel 5 Nummer 10a wird § 137i Absatz 4 Satz 8 wie folgt ergänzt:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, den jeweils zuständigen Landesbehörden, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie auf Anforderung dem Bundesministerium für Gesundheit einmal je Quartal eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 6 sowie den jährlichen Nachweis nach den Sätzen 1 und 3."

Änderungsantrag 7 – Weiterführung der Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

zu Artikel 5 Nummer 3b

§ 64b – Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 64b regelt die Durchführung von Modellvorhaben auf Landesebene. Gemäß § 64b Absatz 2 sind diese Modellprojekte bisher im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen. Mit der Neuregelung erweitert der Gesetzgeber den möglichen Befristungszeitraum auf 15 Jahre.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung soll der Sicherstellung laufender Modellvorhaben bis zu einem Zeitpunkt dienen, zu dem der Evaluationsbericht nach § 65 SGB V vorliegt, um dann über mögliche Übernahmen in die Regelversorgung entscheiden zu können. Angesichts der bereits im Zwischenbericht aufgezeigten Ambulantisierungspotenziale erscheint dies sachgerecht (vgl. Drucksache 19/12850, Kapitel 5).

Um kein Präjudiz für eine starre Laufzeit von 15 Jahren zu schaffen, wird eine offenere Formulierung für § 64b Absatz 2 vorgeschlagen.

C) Änderungsvorschlag

Änderungsantrag 7 wird wie folgt gefasst:

Nach Artikel 5 Nummer 3a wird folgende Nummer 3b eingefügt:

3b. § 64b Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind auf längstens 15 Jahre zu befristen; bei kürzeren Laufzeiten können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.“

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(5)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
10.12.2019

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz - GKV-FKG) (BT-Drs. 19/15662)

Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

zu Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD
(Ausschussdrucksache 19(14)122.1)

Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 18. Dezember 2019

Berlin, 10.12.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz
10623 Berlin

Inhalt

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfs und der Änderungsanträge 4
2. Stellungnahme im Einzelnen 6
Aufsichtsbehörden 6
Zu Artikel 3, Nummern 2 und 3, § § 90 und 90 a, SGB IV 6
Weitere Maßnahmen für einen verbesserten Manipulationsschutz für Ärztinnen und Ärzte, Regelungen zur Beseitigung von missbräuchlichen Kodieranreizen 7
Zu Artikel 5, Nummern 5, 7, 11, § 73 b, § 83 Satz 4 und § 140 a Abs. 2 SGB V 7
Neuordnung der Insolvenzregelungen für gesetzliche Krankenkassen 7
Zu Artikel 5, Nummer 12, §§ 160 ff. SGB V 7
Einführung regionaler Merkmale 8
Zu Artikel 5, Nummer 20, § 266 Abs. 2 neu und Abs. 8 neu SGB V 8
Vollmodell 9
Zu Artikel 5, Nummer 20, § 266 Abs. 2 neu SGB V 9
Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) mit hohen Steigerungsraten 10
Zu Artikel 5, Nummer 20, § 266 Abs. 8 Satz 1 Nr. 6 neu SGB V 10
Zu Artikel 6, Nummer 7, § 18 Absatz 1 Satz 4 und § 19 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung 10
Einführung eines Risikopools für Hochkostenfälle 10
Zu Artikel 5, Nummer 21, § 268 SGB V 10
A) Beabsichtigte Neuregelung 10
Korrektur Sachkosten (Stellungnahme des Bundesrats) 11
Zu Artikel 7a neu, § 17 b Abs. 1 Satz 6 KHG 11
3. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen 11
ÄA 2 - Reserveantibiotika 11
Zu Artikel 5, Nummer 3b, § 35a SGB V 11
ÄA 4 – Nr. 1, Lieferengpässe bei Arzneimitteln 13
Zu Artikel 0, Nummer 1.1 und 1.2, § 10 Absatz 1a neu und § 11 Absatz 1c neu AMG 13
Zu Artikel 0, Nummer 1.3, § 52b Absätze 3b bis 3e neu AMG 14
ÄA 4 - Nr. 2, Lieferengpässe bei rabattierten Arzneimitteln 15
Zu Artikel 5, Nummer 9a, § 129 Absatz 4c neu SGB V 15
ÄA 7 - Weiterführung Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen 16
Zu Artikel 5, Nr. 3b, § 64b Abs. 2 SGBV 16
4. Ergänzender Änderungsbedarf 16

Gesetzliche Meldeverpflichtung von Lieferengpässen 16
§ 52b AMG, Vorschlag eines neuen Absatz 3b 16
Erhöhung der Lagerbestände 17
§ 52b AMG, Vorschlag für eine Änderung in Abs. 2 17

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfs und der Änderungsanträge

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden zentrale Reformen des Risikostrukturausgleichs sowie des Wettbewerbs- und Organisationsrechts der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes verfolgt. Dies entspricht der im Koalitionsvertrag vom 12. März 2018 getroffenen Vereinbarung der Regierungskoalition.

Auf Basis der Empfehlungen des Expertenbeirats des Bundesversicherungsamtes soll der Risikostrukturausgleich in Richtung eines fairen Wettbewerbs weiterentwickelt werden. Zudem soll in Zukunft über die vorgeschlagenen Regelungen ein deutlich besserer Schutz vor Manipulation und ungerechtfertigter Einflussnahme auf Ärztinnen und Ärzte sichergestellt werden können. Die Bundesärztekammer teilt diese generelle Zielsetzung.

Im Kontext eines solidarisch finanzierten Gesundheitswesens ergibt sich zunehmend der dringende Bedarf einer deutlich stärkeren Ausrichtung wettbewerblicher Rahmenbedingungen in Richtung eines gemeinwohlorientierten Wettbewerbs. Die vorgelegten gesetzlichen Regelungen stellen einen Schritt in die richtige Richtung zur Erreichung dieses übergreifenden Ziels dar.

Ein verbesserter Interessens- und Finanzausgleich im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen wird sich letztlich sowohl auf die Patientenversorgung als auch die ambulant und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte positiv auswirken.

Dazu kann aus Sicht der Bundesärztekammer auch die nach langer intensiver fachlicher Abwägung geplante Einführung einer Regionalkomponente beitragen. Nicht zuletzt die im Sommer 2019 vorgelegten Ergebnisse der Kommission zur Sicherung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse haben nochmals verdeutlicht, dass dem Ausgleich der Verhältnisse zwischen Ballungsgebieten und Flächenregionen in allen Gesellschaftsbereichen deutlich mehr Aufmerksamkeit zukommen muss.

Insofern sollte bei der Ausgestaltung einer neuen Regionalkomponente von Anfang an sichergestellt werden, dass diese nicht zu einer Benachteiligung der ländlichen Räume führt. Hierbei ist aus Sicht der Ärzteschaft ein besonderes Engagement geboten, da eine weitere Verzögerung der Strukturanpassungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs eine von allen Seiten ungewollte Gefährdung der Versorgungstrukturen nach sich ziehen könnte.

Um in Zukunft bundesweit und nicht nur in Ballungsgebieten auch im Gesundheitswesen dem gemeinsamen Anspruch gleichwertiger Lebensverhältnisse gerecht werden zu können, wird aus Sicht der Ärzteschaft neben einer sektorenübergreifenden Ausrichtung regionaler Versorgungsstrukturen auch eine verbesserte Steuerung der teilweise ungezielten Inanspruchnahme des Versorgungsangebots erforderlich. Patientenindividuelle Bedarfe und die Berücksichtigung der regional verfügbaren Strukturen erfordern unter maßgeblicher Beteiligung der Ärzteschaft Steuerungsoptionen, wie sie in einer Fülle von modernen Versorgungsverträgen in den letzten Jahren bereits vereinbart wurden.

Deutlicher Diskussions- und Korrekturbedarf wird daher bei dem geplanten Umgang mit Versorgungsformen gemäß §§ 73b und 140 a SGB V gesehen. Die vorgesehenen Änderungen würden jahrelang erarbeitete und gelebte innovative Versorgungsansätze in den Regionen gefährden. In diesem Zusammenhang wird auch die geplante Änderung in § 83 SGB V, mit der in Gesamtverträgen kassenindividuelle oder kassenspezifische Vereinbarungen verboten sein sollen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, kritisch bewertet und abgelehnt. Die intendierte Entkopplung von Diagnosen in Versorgungsverträgen würde sich kontraproduktiv auswirken. Zudem wird angesichts der weiteren im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen (Vollmodell, Harmonisierung des

aufsichtsrechtlichen Vorgehens etc.) ein umfassender und ausreichender Schutz gegen die kritisierten Manipulationsmaßnahmen gesehen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer hat sich der überwiegende Teil der Strukturverträge der letzten Jahren als ein pragmatisches Add-On zum Kollektivvertrag erwiesen, das mit der von allen Beteiligten angestrebten Innovationsfähigkeit einhergeht und teilweise maßgebliche Änderungen in der Regelversorgung nach sich zieht. Sofern sich diese an medizinischen Leitlinien, dem Versorgungsbedarf vor Ort und einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausrichten, sollte eine Beibehaltung und Fortführung sichergestellt werden. Zudem könnte auch das mit den aktuellen Digitalisierungsinitiativen verbundene Innovationspotential über Strukturverträge zum Teil deutlich schneller erschlossen werden und letztlich dem Gesamtsystem zu Gute kommen.

Die im Vergleich zum Referentenentwurf moderatere Umgestaltung der Aufsichtsstrukturen des GKV-Spitzenverbands wird als Signal eines wieder steigenden Vertrauens des Gesetzgebers in die Funktionsfähigkeit und Unverzichtbarkeit der Selbstverwaltungsstrukturen im Gesundheitswesen gewertet. Die Bundesärztekammer unterstreicht an dieser Stelle ihre Bereitschaft, sich gemeinsam in modernisierten und professionalisierten Selbstverwaltungsstrukturen den Herausforderungen der Zukunft zu stellen und somit gemeinsam besser der Intention der Koalitionsregierung einer Stärkung der Sozialpartnerschaft und der Selbstverwaltung Rechnung tragen zu können.

Bezüglich der geplanten Umstellung des Insolvenzverfahren für gesetzliche Krankenkassen wird das Ziel einer Verbesserung der generellen Wettbewerbsneutralität sowie der Resilienz der GKV im Falle eines Ausfalls einer Mitgliedskasse umfassend geteilt. Auch die geplante Berücksichtigung der unterschiedlichen Finanzreserven der einzelnen Krankenkasse im Fall der Ausgleichsnotwendigkeit ist als Schritt in diese Richtung zu werten.

Die Bundesärztekammer begrüßt die Initiative des Bundesrates, Fälschungen von Approbationsurkunden durch geeignete Maßnahmen (z. B. Aufbringen eines DocId-Code wie von der Approbationsbehörde in Thüringen) zu unterbinden. Darüber hinaus hält die Bundesärztekammer es für sinnvoll, eine verlässliche Möglichkeit zu schaffen, um die Identität eines Arztes und seiner zusätzlichen Attribute (Arzteigenschaft, aktuelle Gültigkeit der Approbation, Facharztbezeichnung etc.) über ein digitales Verfahren zu überprüfen. Dies könnte über ein Identity and Access Management-System bei den Ärztekammern sichergestellt werden. Analog zum Bundesrat regt die Bundesärztekammer daher an, eine entsprechende gesetzliche Grundlage dafür zu schaffen.

Zu den Änderungsanträgen:

Grundsätzlich zu unterstützen ist, dass konkrete gesetzliche Regelungen das weiterhin für Ärzte, Apotheker und Patienten bestehende Problem der „Lieferengpässe“ beheben sollen. Insbesondere zu befürworten ist die Stärkung der Befugnis der Bundesoberbehörden, bei drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpässen geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Ferner wird die Verpflichtung pharmazeutischer Unternehmer und vollversorgender Arzneimittelgroßhandlungen befürwortet, Daten auf Anforderung der Bundesoberbehörden im Zusammenhang mit den verfügbaren Beständen und der Absatzmenge mitzuteilen, ebenso wie zu drohenden Lieferengpässen. Auch die erleichterte Austauschbarkeit von Arzneimitteln durch die Apotheke ist grundsätzlich positiv zu bewerten, um die bedarfsgerechte Versorgung der gesetzlich Versicherten zu ermöglichen.

Allerdings betonen Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)[1], dass die vorgeschlagenen Maßnahmen nicht ausreichend sind und deshalb nach wie vor eine gesetzliche Meldeverpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer gegenüber den Bundesoberbehörden bei drohenden Lieferengpässen zu fordern ist. Auch als nicht versorgungsrelevant eingestufte Arzneimittel (insbesondere solche mit hohem Verordnungsvolumen) können für die Versorgung der Bevölkerung von Bedeutung sein. Da Lieferengpässe derartiger Arzneimittel erhebliche Auswirkungen haben können (Beispiel: Lieferengpass von Venlafaxin seit Sommer 2019), sollten diese Arzneimittel im Kontext von Lieferengpässen ähnlich wie versorgungsrelevante Arzneimittel behandelt werden (z. B. Meldung von drohenden Engpässen an die zuständigen Bundesoberbehörden und Eintragung in die entsprechenden Listen bei BfArM und PEI). Die AkdÄ und die Bundesärztekammer empfehlen, die Ausgestaltung der Rabattverträge gemäß § 130c SGB V dahingehend zu prüfen, ob diese einen relevanten Einfluss auf Liefer- und Versorgungsengpässe haben.

Die vorgeschlagene Änderung, Reserveantibiotika per se einen Zusatznutzen zu attestieren, lehnen die Bundesärztekammer und die AkdÄ als nicht sachgerecht und nicht zielführend ab. Zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten von Infektionen mit multiresistenten Keimen sollten geeignete Anreize geschaffen werden, damit Hersteller zur Entwicklung neuer Antibiotika motiviert werden.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Aufsichtsbehörden

Zu Artikel 3, Nummern 2 und 3, § § 90 und 90 a, SGB IV

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die auch mit diesem Teilschritt insgesamt angestrebte deutliche Reduktion ökonomisch motivierter Einflussnahmen auf die ärztliche Tätigkeit greift eine wesentliche Forderung der Ärzteschaft auf. Die intendierte Verbesserung der Abstimmung des aufsichtsrechtlichen Handelns gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen über eine deutliche Intensivierung der Kooperation der in Bund und Land agierenden Aufsichtsbehörden ist sachgerecht und überfällig. Es bleibt zu hoffen, dass über eine hochfunktionale Aufsicht mögliche weitere Manipulationsversuche von Krankenkassen unterbunden werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Keine Änderungen.

[1] vgl. die gemeinsamen Stellungnahmen der Bundesärztekammer und der AkdÄ zum Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vom 14.12.2018 und vom 04.04.2019 sowie zum Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung (AMVSG) vom 12.08.2016 und vom 07.12.2016

Weitere Maßnahmen für einen verbesserten Manipulationsschutz für Ärztinnen und Ärzte, Regelungen zur Beseitigung von missbräuchlichen Kodieranreizen

Zu Artikel 5, Nummern 5, 7, 11, § 73 b, § 83 Satz 4 und § 140 a Abs. 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Geplant ist die Einführung einer Unzulässigkeit von Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Deutlichen Korrekturbedarf sieht die Bundesärztekammer bei dem geplanten Umgang mit Versorgungsformen gemäß §§ 73b und 140 a SGB V. Dieser Schritt würde jahrelang erarbeitete und gelebte innovative Versorgungsansätze gefährden. Auch die geplante Änderung in § 83 SGB V, mit der in Gesamtverträgen kassenindividuelle oder kassenspezifische Vereinbarungen verboten sein sollen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, wird abgelehnt. Die intendierte Entkopplung von Diagnosen in Versorgungsverträgen würde sich kontraproduktiv auswirken. Wie beim Einheitlichen Bewertungsmaßstab gibt es Abrechnungspositionen in den Strukturverträgen, die nur bei bestimmten ICD-10 Diagnosen abrechnungsfähig sind. Diese Diagnosen dienen letztlich auch als Basis für eine verbesserte Leitung und Steuerung gerade chronisch kranker Patienten. In den umfänglichen, mit dem Gesetzentwurf verbundenen weiteren manipulationsbeschränkenden Maßnahmen (Vollmodell, Harmonisierung des aufsichtsrechtlichen Vorgehens etc.) wird ein umfassender und ausreichender Schutz gegen die seitens der Ärzteschaft kritisierten Manipulationsversuche gesehen.

Strukturverträge haben sich in den letzten Jahren als ein pragmatisches Add-On zum Kollektivvertrag erwiesen, das mit einer von allen Beteiligten angestrebten Innovationsfähigkeit einhergeht und teilweise maßgebliche Änderungen in der Regelversorgung nach sich zieht. Sofern sich diese an medizinischen Leitlinien, dem Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten vor Ort und einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausrichten, sollte eine Beibehaltung und Fortführung sichergestellt werden. Das mit den aktuellen Digitalisierungsinitiativen verbundene Innovationspotential könnte ebenfalls über Strukturverträge erschlossen werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der geplanten Regelungen.

Neuordnung der Insolvenzregelungen für gesetzliche Krankenkassen

Zu Artikel 5, Nummer 12, §§ 160 ff. SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Kaskadenregelung bei Insolvenzen von Krankenkassen soll ersetzt werden.

Dem GKV-Spitzenverband sollen neue Kompetenzen zugeordnet werden.

B) Stellungnahme Bundesärztekammer

Mit dem vorgesehenen Entfall der der bisher üblichen Primärhaftung der eigenen Kassenart („Kaskadenhaftung“) sollen zukünftig alle 109 Krankenkassen in Abhängigkeit von ihrer Stärke und Größe sowie unabhängig von ihrer Mitgliedschaft in einer der sechs Kassenarten an der Haftung beteiligt werden. Das mit diesem Schritt verbundene Ziel einer Verbesserung

der generellen Wettbewerbsneutralität sowie der Resilienz der gesetzlichen Krankenkassen im Falle eines Ausfalls einer Mitgliedskasse wird umfassend geteilt. Auch die im Fall der Ausgleichsnotwendigkeit geplante Berücksichtigung der unterschiedlichen Finanzreserven der einzelnen Krankenkassen ist als Schritt in diese Richtung zu werten. Unabhängig von dem Procedere der Insolvenzsicherung steht für die Ärzteschaft eine robuste und faktisch tragfähige Lösung im Vordergrund. Anreize für eine Ausweitung von Präventionsmaßnahmen der einzelnen gesetzlichen Krankenkasse im Sinne einer Haftungsprävention sind dabei wesentlich. Eine reine Verteilung auf die GKV-Gemeinschaft könnte ohne diese kontraproduktiv wirken.

In diesem Zusammenhang sollte bei der ebenfalls geplanten Neuregelung zu einem konsekutiven Abschmelzen der Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen (§ 260 Abs. 2a und 4 SGB V) sichergestellt werden, dass die gegebenenfalls kompensatorisch erforderlichen Finanzreserven nicht über ein angemessenes Maß hinaus abgesenkt und so vermeidbare Insolvenzen die Handlungsfähigkeit und Verlässlichkeit des Gesundheitswesens unnötig belasten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Aufnahme von Regelungen, die die Maßnahmen zur Haftungsprävention gesetzlicher Krankenkassen verstärken.

Einführung regionaler Merkmale

Zu Artikel 5, Nummer 20, § 266 Abs. 2 neu und Abs. 8 neu SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Geplant ist die Einführung regionaler Merkmale. Die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen erfolgt bisher anhand der Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität, regionalen Merkmalen und danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld haben. Die Morbidität der Versicherten wird auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigt. Mit der Einführung der regionalen Merkmale sollen unterschiedliche Ausgabenstrukturen der Region berücksichtigt und beeinflusst werden können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die geplante Einführung einer Regionalkomponente kann zu einem sachgerechten Ausgleich der mit dem Risikostrukturausgleich verbundenen Finanzströme beitragen. Allerdings muss bei der weiteren Ausgestaltung sichergestellt werden, dass diese Regionalkomponente nicht zu einer Benachteiligung der ländlichen Räume führt. Vor dem Hintergrund der bundesweit intensiven Bemühungen, eine angemessene und möglichst wohnortnahe medizinische Versorgung auch in Zukunft sicherstellen zu können, sollte daher im Rahmen der geplanten Evaluation die Wirkung der Regionalvarianten regelmäßig überprüft und bei Bedarf zeitnah angepasst werden. Hierbei ist aus Sicht der Ärzteschaft ein besonderes Engagement geboten, da eine weitere Verzögerung der RSA-Strukturanpassungen eine von allen Seiten ungewollte Gefährdung der Versorgungstrukturen nach sich ziehen könnte.

Der im Vergleich zum Referentenentwurf vorgenommene Verzicht auf eine Verpflichtung zur bundesweiten Öffnung derzeit regional begrenzter Krankenkassen ist nachvollziehbar, da dies ggf. mit einem Preiswettbewerb und unnötiger Belastung regionaler Versorgungstrukturen verbunden gewesen wäre. Um auch in Zukunft bundesweit dem gemeinsamen Anspruch der Sicherung gleichwertiger Versorgungs- und Lebensverhältnisse

gerecht werden zu können, wird aus Sicht der Ärzteschaft neben einer sektorenübergreifenden Ausrichtung regionaler Versorgungsstrukturen auch eine verbesserte Steuerung der teilweise ungezielten Inanspruchnahme des Versorgungsangebots erforderlich. Patientenindividuelle Bedarfe und die Berücksichtigung der regional verfügbaren Strukturen erfordern unter maßgeblicher Beteiligung der Ärzteschaft Steuerungsoptionen, wie sie in einer Fülle von modernen Versorgungsverträgen in den letzten Jahren vereinbart wurden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Rahmenvorgaben gemäß § 2 Abs. 1 Satz. 2 Nr. 4 RSAV sollten abschließend sein. Zum aktuellen Zeitpunkt sollte kein Einbezug der Angebotsvariablen erfolgen.

Die neuen Regionalmerkmale sollten in der vorgesehenen regelmäßigen Evaluation ausreichend berücksichtigt werden. Abhängig von den Ergebnissen sollte eine zeitnahe Adaptierung der Systematik und der Kriterien im Sinne eines lernenden Systems erfolgen.

Vollmodell

Zu Artikel 5, Nummer 20, § 266 Abs. 2 neu SGB V

A) Beabsichtigte Änderung

Eine Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums im RSA (Vollmodell) wird eingeführt. Damit soll die Risikostruktur der Versicherten besser als mit dem derzeitigen Verfahren abgebildet werden können (genauere Zuweisungen auf Ebene der Versicherten und der Krankenkassen). Ebenso sollen dadurch Anreize zur Risikoselektion und Wettbewerbsverzerrungen verringert werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf ist eine Loslösung von der bisherigen Fokussierung auf einen begrenzten Rahmen (80 Diagnosegruppen) hin zu einem Vollmodell verbunden. Dieser Schritt kann mit einer angemessen und letztlich gerechteren Verteilungssystematik des Risikostrukturausgleich verbunden sein. Die möglichen versorgungspolitischen, ökonomischen und bürokratischen Auswirkungen sollten ebenfalls Teil einer engmaschigen Evaluation sein, zu deren Ergebnis auch die Ärzteschaft Zugang haben muss. Da eine Vollerhebung mit einem Mehraufwand an Dokumentation durch Ärztinnen und Ärzte verbunden ist, wird diese Umstellung nur dann auf eine Akzeptanz stoßen, wenn dieser Mehraufwand, insbesondere in Zeiten vermindert verfügbarer Arztstunden, nachvollziehbar finanziell kompensiert und unter Einbindung pragmatischer digitaler Lösungsansätze auf ein Minimum reduziert wird. Ein bürokratiebedingter Verlust an Arztzeit würde die Patientenversorgung unnötig zusätzlich belasten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Ergänzung des Gesetzesentwurfes um eine angemessene Vergütungsregelung.

Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) mit hohen Steigerungsraten

Zu Artikel 5, Nummer 20, § 266 Abs. 8 Satz 1 Nr. 6 neu SGB V

Zu Artikel 6, Nummer 7, § 18 Absatz 1 Satz 4 und § 19 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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 Bundesversicherungsamt festzusetzende Schwelle überschreitet, sind alle identifizierten Steigerungen zu streichen. 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.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

So sehr das Ziel eines verbesserten Schutzes gegen Manipulationsversuche durch Krankenkassen mitgetragen wird, sollte der Umgang mit hohen Steigerungsraten sachgerecht und nicht rein formalistisch erfolgen. Kurzfristig auftretende, medizinisch nachvollziehbaren Steigerungsraten / Morbiditätsentwicklungen müssen zeitnah ausreichend Berücksichtigung finden können.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der vorliegenden Regelung zum Umgang mit überdurchschnittlichen Steigerungsraten.

Einführung eines Risikopools für Hochkostenfälle

Zu Artikel 5, Nummer 21, § 268 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzend wird ein neuer Risikopool zum Risikostrukturausgleich eingeführt mit dem Ziel, finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle teilweise ausgleichen zu können. Übersteigt die Summe der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben eines Versicherten bei einer Krankenkasse innerhalb eines Ausgleichsjahres den Schwellenwert in Höhe von 100.000 Euro, werden 80 Prozent refinanziert. Der Schwellenwert soll in den Folgejahren anhand der jährlichen Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten angepasst werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf gemäß § 268 SGB V geplante Einführung eines Risikopools greift langjährige Forderungen der Ärzteschaft auf. Der intendierte Ausgleich finanzieller Belastungen für aufwendige Leistungsfälle ist dringend geboten. Allerdings muss sich zeigen, ob der geplante Ersatz der Summe der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben eines Versicherten über eine 80 Prozent-Regelung ausreichend ist.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Berücksichtigung der Neuregelung in der Evaluation. Ergebnisabhängige, zeitnahe Gegenkorrekturen der 80 Prozent-Regelung.

Korrektur Sachkosten (Stellungnahme des Bundesrats)

Zu Artikel 7a neu, § 17 b Abs. 1 Satz 6 KHG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesrat schlägt in seiner Stellungnahme vor, auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren, um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung ergreifen zu können.

B) Stellungnahme Bundesärztekammer

Die mit der geplanten Änderung des § 17 b Abs. 1 Satz 6 KHG intendierte Korrektur der mit der erstmaligen Ausgliederung der Pflege-Personalkosten aus dem Fallpauschalensystem entstandene Verwerfung der Sachkosten wird unterstützt. Allerdings macht die Bundesärztekammer an dieser Stelle nachdrücklich deutlich, dass die mit dem derzeitig in Anwendung befindlichen G-DRG-Fallpauschalensystem verbundenen Fehlanreize dringend die Debatte zu einer Systemreform unter Einbindung der Ärzteschaft erfordern.

Der individuelle medizinische Versorgungsbedarf der Patienten, menschliche Zuwendung, Kommunikation, Personal und dessen Arbeitsbedingungen, Maßnahmen zur Steigerung der Studien- und Ausbildungskapazitäten, Personalentwicklungsmaßnahmen und eine nicht von Renditeinteressen geleitete Zielsetzung müssen in den Fokus dieser Systemdebatte rücken. Eine neue Finanzierungssystematik muss sich ebenso wie die vorliegende Reform des Verfahrens des Risikostrukturausgleichs und davon abhängiger Finanzströme an dem von der Ärzteschaft eingeforderten Primat eines gemeinwohlorientierten Wettbewerbs ausrichten.

3. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

ÄA 2 - Reserveantibiotika

Zu Artikel 5, Nummer 3b, § 35a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den pharmazeutischen Unternehmer bei der frühen Nutzenbewertung von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 auf Antrag freizustellen hat, wenn es sich um ein Reserveantibiotikum handelt. Ein Antrag nach Satz 1 ist durch den pharmazeutischen Unternehmer entsprechend zu begründen. Das Robert Koch-Institut soll im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika bestimmen und dabei soll der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse berücksichtigt werden. Für ein Reserveantibiotikum soll der Zusatznutzen als belegt gelten und der G-BA soll im Rahmen der Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung des Reserveantibiotikums die Auswirkungen auf die Resistenzsituation berücksichtigen.

B) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Die Bundesärztekammer und die AkdÄ lehnen die geplante Änderung ab.

Die Bundesärztekammer und die AkdÄ stimmen zu, dass aufgrund der zunehmenden Entwicklung von multiresistenten Bakterien gegen verfügbare Antibiotika vermehrt wirksame Arzneimittel zur Behandlung schwerer Infektionen fehlen. Auch wenn die Resistenzbildung dieses Therapiegebiet wesentlich von anderen Therapiegebieten unterscheidet, ist dies kein sachgerechter Grund, bei neuen Reserveantibiotika auf die reguläre Nutzenbewertung nach § 35a SGB V zu verzichten und *per se* den Zusatznutzen als belegt zu postulieren.

Das Ziel der Änderung soll sein, Anreize durch z. B. geringeren Aufwand als bei einer vollständigen Nutzenbewertung zu schaffen, um pharmazeutische Unternehmer zu motivieren, verstärkt Reserveantibiotika zu entwickeln. Dass dies nicht zielführend ist, zeigt die Tatsache, dass auch vor Einführung der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V im Jahr 2011 kaum neue Antibiotika – und insbesondere keine neuen Antibiotika gegen multiresistente Keime – entwickelt bzw. zugelassen wurden.

Im Zeitraum 2001–2010 wurden nach Angaben des Branchenverbands vfa acht neue Antibiotika in Deutschland eingeführt[2]. Im Zeitraum 2011–2020 sollten es insgesamt 18 neue Antibiotika werden, 12 davon sind bereits eingeführt worden[1]. Die meisten neu zugelassenen Antibiotika in den letzten 20 Jahren haben allerdings lediglich veränderte Molekülstrukturen bereits zugelassener Wirkstoffe und gehören zu bekannten Antibiotika-Klassen. Nur Antibiotika aus neuen Wirkstoffklassen sind geeignet, das Problem bei der Behandlung der vielfachen kreuz- und mehrfach resistenten Bakterien zu lösen.

Im Zeitraum Januar 2011 bis Oktober 2019 wurden vier Antibiotika nach § 35a SGB V bewertet. Die Nutzenbewertung von Fidaxomicin (Clostridium difficile Infektion) verdeutlicht, dass ein Verzicht auf die reguläre frühe Nutzenbewertung nach § 35a SGB V die Qualität der Arzneimittelversorgung beeinträchtigen wird: Der Zusatznutzen war nur in einer Subgruppe belegt.

Bedaquilin gegen multiresistente Tuberkulose wurde als Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens (Orphan Drug) zugelassen; somit galt der Zusatznutzen als belegt. Daten lagen jedoch nur aus einer placebokontrollierten Phase-IIb-Zulassungsstudie vor. Bei Bezlotoxumab, das zusätzlich zu einem Antibiotikum gegen den Darmkeim Clostridium difficile angewendet werden kann, ergab die Nutzenbewertung lediglich einen geringen Zusatznutzen, obwohl zwei große multizentrische doppelblind durchgeführte randomisierte, placebokontrollierte Studien mit mehr als 2600 Patienten durchgeführt wurden.

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung war bis 2017 vorgesehen, dass neue Arzneimittel von dem Verfahren der Nutzenbewertung freizustellen sind, wenn zu erwarten ist, dass der gesetzlichen Krankenversicherung nur geringfügige Ausgaben für das Arzneimittel entstehen werden. Als Schwellenwert hierfür war in der Verfahrensordnung des G-BA ein dauerhaft zu erwartender Umsatz (Apothekenverkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer) von weniger als einer Million Euro in zwölf Kalendermonaten vorgesehen. Aus diesem Grund wurden einige neue Antibiotika wie z. B. Delamanid und die Erstbewertung von Bedaquilin nicht nach § 35a SGB V bewertet. Diese Regelung wurde mit dem GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AM-VSG) geändert und ist am 05.07.2018 in Kraft getreten. Jetzt eine Ausnahme für Reserveantibiotika zu schaffen, würde die hohe Qualität

[2] https://www.vfa.de/de/arzneimittel-forschung/woran-wir-forschen/neue-antibiotika-den-vorsprung-wahren.html

und Aussagekraft der Daten, die prinzipiell mit der Nutzenbewertung erzielt werden, für neue Antibiotika erheblich vermindern.

Um einen zielgenauen Antibiotikaeinsatz zu unterstützen, muss vor allem sichergestellt werden, dass im ambulanten Bereich Fluorchinolone und Cephalosporine der 3. und 4. Generation als Reserveantibiotika, wie auch von der WHO vorgeschlagen, gelten und seltener bzw. nur bei fehlenden Alternativen eingesetzt werden. Als Reserveantibiotika im stationären Bereich gelten andere Wirkstoffe bzw. Darreichungsformen.

Des Weiteren zeigt die Resistenzsituation in Deutschland eine große regionale und sektorale Heterogenität, so dass eine Berücksichtigung bei bundeseinheitlichen Beschlüssen als nicht zweckmäßig und sachgerecht anzusehen ist.

Der Verzicht auf eine reguläre Nutzenbewertung der Reserveantibiotika ist nicht erforderlich und sogar kontraproduktiv. Wenn bei Reserveantibiotika automatisch der Zusatznutzen als belegt angesehen würde, dann könnte dies vom pharmazeutischen Unternehmer als ein Vorteil im Vergleich zu anderen Arzneimitteln propagiert werden. Diese Maßnahme birgt die Gefahr der vermehrten Verordnung von Reserveantibiotika ohne gesicherte Indikation. Die vom G-BA festzulegenden Anforderungen an die qualitätsgesicherte Anwendung werden eine solche Wahrnehmung und das daraus resultierende Verordnungsverhalten im ambulanten Bereich nicht vollständig verhindern können. Die Beschlüsse nach § 35a SGB V haben zudem für den stationären Bereich eine nur nachrangige Bedeutung.

Die Erkenntnisse zu Wirksamkeit und Sicherheit zahlreicher zugelassener Arzneimittel sind auch Jahre nach der Zulassung noch lückenhaft. Die frühe Nutzenbewertung nach § 35a SGB V hat in Deutschland dazu beigetragen, diese „Wissenslücken“ – wenn auch nicht komplett – zu schließen, doch zumindest deutlich zu verringern. Antibiotika mit unzureichenden Belegen für ihre Wirksamkeit und Sicherheit im Vergleich zu bereits verfügbaren Therapieoptionen würden die Patientensicherheit gefährden und zudem das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem in Deutschland zusätzlich belasten.

Der Zusatznutzen von Arzneimitteln ist durch die Zulassung häufig nicht belegt und sollte deshalb bei allen Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen bzw. neuen Anwendungsgebieten im Rahmen einer regulären frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V bewertet werden. Nur so ist auch der Stellenwert eines Reserveantibiotikums zu evaluieren und sein rationaler Einsatz zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Die Änderung des § 35a durch Einfügen von einem neuen Absatz 1c ist ersatzlos zu streichen.

ÄA 4 – Nr. 1, Lieferengpässe bei Arzneimitteln

Zu Artikel 0, Nummer 1.1 und 1.2, § 10 Absatz 1a neu und § 11 Absatz 1c neu AMG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 10 Absatz 1 AMG bzw. nach § 11 Absatz 1b AMG sollen neue Absätze 1a bzw. 1c eingefügt werden, in welchen bei drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpässen befristet die Kennzeichnung und Etikettierung sowie die Bereitstellung der Packungsbeilage von Arzneimitteln in nicht deutscher Sprache gestattet wird, die durch Ärzte oder Zahnärzte direkt am Menschen angewendet werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Der geplanten Änderung wird zugestimmt. Es wird aber die Notwendigkeit betont, dass die Regelung auf Arzneimittel zu beschränken ist, die von Ärzten oder Zahnärzten direkt am Patienten angewendet werden, da diese als Angehörige der Heilberufe auf die (deutschsprachigen) Fachinformationen zugreifen können.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Kein Änderungsvorschlag.

Zu Artikel 0, Nummer 1.3, § 52b Absätze 3b bis 3e neu AMG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 52b Absatz 3a sollen neue Absätze 3b bis 3e eingefügt werden. In diesen sollen

1. (Absatz 3b) ein Jour Fixe in Form eines Beirats zu versorgungsrelevanten Lieferengpässen bei Arzneimitteln bei den Bundesoberbehörden gesetzlich verankert werden;
2. (Absatz 3c) festgelegt werden, dass die zuständige Bundesoberbehörde nach Anhörung des Beirates eine aktuelle Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe auf ihrer Internetseite veröffentlicht;
3. (Absatz 3d) eine Ermächtigungsgrundlage geschaffen werden, damit die Bundesoberbehörden bei drohendem bzw. bestehendem versorgungsrelevantem Lieferengpass geeignete Maßnahmen anordnen können;
4. (Absatz 3e) pharmazeutische Unternehmer und vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen verpflichtet werden, auf Anforderung der Bundesoberbehörde Daten zu verfügbaren Beständen, zur Produktion und zur Absatzmenge sowie zu drohenden Lieferengpässen eines Arzneimittels mitzuteilen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

1. (Absatz 3b) Der geplanten Änderung wird zugestimmt, da diese die Position dieses Gremiums stärkt.
2. (Absatz 3c) Der geplanten Änderung wird zugestimmt.
3. (Absatz 3d) Der Änderung wird unter Berücksichtigung der nachfolgenden Ergänzung zugestimmt: Es ist zu spezifizieren, welche Maßnahmen konkret gemeint sind. Im Änderungsantrag wird als Beispiel neben einer Kontingentierung die Anordnung der Lagerhaltung genannt. Jedoch wird eine Erhöhung der Lagerbestände im Falle eines konkret drohenden oder bestehenden Lieferengpasses kaum möglich sein. Sinnvoll wäre, bereits zu Zeiten normaler Lieferfähigkeit die Bestände zu erhöhen. Eine Kontingentierung kann unter Umständen sinnvoll sein, da so eine gleichmäßigere Verteilung nicht ausreichend verfügbarer Arzneimittel ermöglicht wird. Ärzte und Apotheker hätten ein gewisses Kontingent zur Verfügung und somit etwas mehr Spielraum hinsichtlich der Behandlung von Patienten bzw. der Abgabe von Arzneimitteln an konkrete Personen. Allerdings kann dieses Instrument fehlende Arzneimittel nicht ersetzen.
4. (Absatz 3e) Der Änderung wird zugestimmt. Die Bundesärztekammer und die AkdÄ möchten aber darauf hinweisen, dass die (verpflichtende) Meldung drohender Lieferengpässe nicht erst auf Nachfrage der Bundesoberbehörden erfolgen sollte,

sondern dass eine solche Meldeverpflichtung grundsätzlich bei einem drohenden Lieferengpass zu fordern ist. Ferner möchten wir betonen, dass die Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe zwar eine wichtige Grundlage für die Anforderung von Daten zu Beständen, Produktion, Absatzmenge und drohenden Lieferengpässen von Arzneimitteln durch die Bundesoberbehörden ist. Die Verpflichtung der Mitteilung von Daten sollte jedoch auch nicht versorgungsrelevante Arzneimittel umfassen, damit im Falle von drohenden oder bestehenden Lieferengpässen nicht versorgungsrelevanter Arzneimittel, insbesondere solchen mit hohem Verordnungsvolumen (Beispiel: Venlafaxin), rasch ein Überblick gewonnen und geeignete Maßnahmen eingeleitet werden können.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

1. (§ 52b Absatz 3b) und 2. (Absatz 3c): Kein Änderungsvorschlag.

3. (§ 52b Absatz 3d) und 4. (Absatz 3e): Siehe Erläuterungen im weiter unten stehenden Abschnitt „Ergänzender Änderungsbedarf".

ÄA 4 - Nr. 2, Lieferengpässe bei rabattierten Arzneimitteln

Zu Artikel 5, Nummer 9a, § 129 Absatz 4c neu SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 129 Absatz 4b soll ein neuer Absatz 4c eingefügt werden, in welchem zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der gesetzlich Versicherten mit rabattierten Arzneimitteln ein erweiterter Austausch durch die Apotheken festgelegt wird.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Der Änderung wird zugestimmt, da der erweiterte Austausch zur Sicherstellung der Versorgung beitragen kann. Im Falle eines bereits bekannten Lieferengpasses sollte jedoch keine Frist eingehalten werden müssen, sondern dem Patienten sofort ein vergleichbares, verfügbares Arzneimittel ausgehändigt bzw. bestellt werden können. Nicht in jedem Fall wird jedoch ein Arzneimittel verfügbar bzw. lieferbar sein, das nicht teurer als das ursprünglich verordnete ist. Daher sollten Apotheker zwar wirtschaftliche Aspekte berücksichtigen und das preisgünstigste lieferbare Arzneimittel wählen. Dieses sollte aber auch teurer sein können als das verordnete Arzneimittel. Im Extremfall könnte sogar das Originalpräparat ausgehändigt werden. Es wäre zu klären, wer die aufgrund der Festbeträge entstehenden Mehrkosten hierfür übernimmt (z. B. der Rabattvertragspartner, der seiner Lieferverpflichtung nicht nachkommt?).

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

„(4c) Eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit rabattierten Arzneimitteln ist sicherzustellen. Im Falle eines Lieferengpasses ist die Apotheke zur Abgabe eines lieferbaren Arzneimittels berechtigt. Dabei sollen wirtschaftliche Aspekte berücksichtigt und das preisgünstigste lieferbare Arzneimittel gewählt werden."

~~„(4c) Eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit rabattierten Arzneimitteln ist sicherzustellen. Nach Ablauf von vierundzwanzig Stunden ist die Apotheke zur Abgabe eines lieferbaren Arzneimittels höchstens bis zum Preis des verordneten Arzneimittels nach~~

~~Maßgabe des § 129 Absatz 1 Satz 2 berechtigt. Das Nähere zur Abgabe und Abrechnung von rabattierten Arzneimitteln ist im Rahmenvertrag nach Absatz 2 festzulegen.“~~

ÄA 7 - Weiterführung Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

Zu Artikel 5, Nr. 3b, § 64b Abs. 2 SGBV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht eine Verlängerung der Befristung der Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V von acht auf fünfzehn Jahre vor, um so nach Vorliegen des begleitenden Evaluationsberichts im Jahr 2025 einen Übergang erfolgreicher Modelle in die Regelversorgung ermöglichen zu können.

B) Stellungnahme Bundesärztekammer

Die Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen stellen eine ergänzende Option dar, neben den Weiterentwicklungen in der Regelversorgung neue Versorgungsformen erproben und begleitend auswerten zu können. Der auf Basis der Ergebnisse der Evaluation geplante Übergang in die Regelversorgung und somit auch die dazu erforderliche Verlängerung der Befristung der Projekte ist sachgerecht. Allerdings erscheint im Vergleich mit dem Procedere des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschusses und angesichts des wachsenden Versorgungsbedarfs der Patientengruppe die Zeitachse mit über fünfzehn Jahren für die Entwicklung neuer Versorgungsformen mit dem Ziel einer möglichen Übernahme in die Regelversorgung zu lang.

4. Ergänzender Änderungsbedarf

Gesetzliche Meldeverpflichtung von Lieferengpässen

§ 52b AMG, Vorschlag eines neuen Absatz 3b

A) Begründung

Da die freiwillige Meldung von Lieferengpässen unzuverlässig erfolgt und die entsprechenden Listen somit nicht als ausreichend verlässliche Informationsquellen für Angehörige der Heilberufe, Behörden und Patienten herangezogen werden können, sind eine gesetzliche Meldepflicht von Lieferengpässen sowie entsprechende Sanktionsmöglichkeiten zu fordern.

B) Ergänzungsvorschlag

Nach § 52b Absatz 3a AMG soll folgender Absatz 3b eingefügt werden:

„Pharmazeutische Unternehmer müssen im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit ihnen bekannt gewordene Lieferengpässe bei Arzneimitteln, auf die Versicherte nach § 31 SGB V Anspruch haben, umgehend der zuständigen Bundesoberbehörde melden.“

Erhöhung der Lagerbestände

§ 52b AMG, Vorschlag für eine Änderung in Abs. 2

A) Begründung

Da eine Erhöhung der Lagerbestände im Falle eines konkret drohenden oder bestehenden Lieferengpasses kaum möglich sein wird, wäre es sinnvoll, dass vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen bereits zu Zeiten normaler Lieferfähigkeit die Bestände erhöhen (im Sinne einer Ausweitung der Verpflichtung zur Bereitstellung von Arzneimitteln nach § 52b Absatz 2 AMG). Wir möchten darauf hinweisen, dass bereits jetzt pharmazeutische Unternehmer gemäß § 52b Absatz 2 Satz 1 verpflichtet sind, „eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung vollversorgender Arzneimittelgroßhandlungen [zu] gewährleisten". Da dies in der Vergangenheit offensichtlich nicht immer funktioniert hat, ist zu fordern, dass auch pharmazeutische Unternehmer ihre Lagerbestände erhöhen. Ferner sollte die Vorratshaltung in Krankenhausapotheken erweitert werden (im Sinne einer Ausweitung des § 30 ApBetrO).

B) Ergänzungsvorschlag

§ 52b Absatz 2 AMG soll folgendermaßen geändert werden:

„(2) Pharmazeutische Unternehmer müssen im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung vollversorgender Arzneimittelgroßhandlungen gewährleisten. Vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen sind Großhandlungen, die ein vollständiges, herstellerneutral gestaltetes Sortiment an apothekenpflichtigen Arzneimitteln unterhalten, das nach Breite und Tiefe so beschaffen ist, dass damit der Bedarf von Patienten von den mit der Großhandlung in Geschäftsbeziehung stehenden Apotheken werktäglich innerhalb angemessener Zeit gedeckt werden kann; die vorzuhaltenden Arzneimittel müssen dabei mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für ~~zwei~~ acht Wochen entsprechen. Satz 1 gilt nicht für Arzneimittel, die dem Vertriebsweg des § 47 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 10 oder des § 47a oder des § 47b unterliegen oder die aus anderen rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht über den Großhandel ausgeliefert werden können.

§ 30 ApBetrO sollte folgendermaßen geändert werden:

„Die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Patienten des Krankenhauses notwendigen Arzneimittel und apothekenpflichtigen Medizinprodukte müssen in ausreichender Menge vorrätig gehalten werden, die mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für ~~zwei~~ vier Wochen entsprechen. Diese Arzneimittel und apothekenpflichtigen Medizinprodukte sind aufzulisten."

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(6.1)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
10.12.2019

AOK Die Gesundheitskasse. | BUNDESVERBAND

Stellungnahme des

AOK-Bundesverbandes

zur Anhörung des Gesundheitsausschusses

am 18.12.2019

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

Bundestag-Drucksache 19/15662

Stand 04.12.2019

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299

Inhaltsverzeichnis:

I. Zusammenfassung ..... - 7 -

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs ..... - 12 -

Artikel 1 Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes ..... - 12 -

Art. 1 Nr. 1 und 2 § 29 Abs. 2 und 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) – Zuständigkeit der Gerichte (Zuständigkeit in wettbewerblichen Auseinandersetzungen)..... - 12 -

Artikel 3 Änderungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ..... - 14 -

Art. 3 Nr. 2 § 90 Abs. 4 und 5 SGB IV – Aufsichtsbehörden (Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden)..... - 14 -

Artikel 5 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch..... - 16 -

Art. 5 Nr. 2 § 4a Abs. 2 und 7 SGB V – Reichweite und Durchsetzung einer lauteren Wettbewerbsordnung..... - 16 -

Art. 5 Nr. 2 § 4a Abs. 1, 3, 5 und 6 SGB V – Rechtsgrundlage für einen Wettbewerb der Krankenkassen, Verhaltensmaßstäbe und Verordnungsermächtigung ..... - 18 -

Art. 5 Nr. 3 § 4b SGB V – Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren..... - 22 -

Art. 5 Nr. 4 § 71 SGB V Beitragssatzstabilität..... - 23 -

Art. 5 Nr. 5 § 73b SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung..... - 25 -

Art. 5 Nr. 6 § 77 SGB V Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen..... - 28 -

Art. 5 Nr. 7 § 83 SGB V Gesamtverträge – Verbot von Vergütungen für Diagnosen .... - 29 -

Art. 5 Nr. 8 § 87a SGB V Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten ..... - 30 -

Art. 5 Nr. 9 § 92a SGB V – Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss..... - 34 -

Art. 5 Nr. 10 § 137g SGB V – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme..... - 35 -

Art. 5 Nr. 11 § 140a SGB V – Besondere Versorgung..... - 36 -

Art. 5 Nr. 12 §§ 143-148 SGB V – Arten der Krankenkassen..... - 41 -

Art. 5 Nr. 12 §§ 149-154 SGB V – Besondere Vorschriften zur Errichtung, Ausdehnung, Ausscheiden von Betrieben und Auflösung bei Betriebskrankenkassen ..... - 42 -

Art. 5 Nr. 12 § 155 SGB V - Freiwillige Vereinigung ..... - 43 -

Art. 5 Nr. 12 § 156 SGB V - Vereinigung auf Antrag..... - 45 -

Art. 5 Nr. 12 § 157 SGB V - Verfahren bei Vereinigung auf Antrag..... - 46 -

Art. 5 Nr. 12 § 158 SGB V - Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von Krankenkassen ..... - 47 -
Art. 5 Nr. 12 § 159 SGB V - Schließung ..... - 48 -
Art. 5 Nr. 12 § 160 SGB V - Insolvenz von Krankenkassen ..... - 49 -
Art. 5 Nr. 12 § 161 SGB V - Aufhebung der Haftung nach §12 Absatz 2 der Insolvenzordnung ..... - 50 -
Art. 5 Nr. 12 § 162 SGB V - Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden ..... - 51 -
Art. 5 Nr. 12 § 163 SGB V - Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen ..... - 52 -
Art. 5 Nr. 12 § 164 SGB V – Vorübergehende finanzielle Hilfen ..... - 53 -
Art. 5 Nr. 12 § 165 SGB V - Abwicklung der Geschäfte ..... - 55 -
Art. 5 Nr. 12 § 166 SGB V - Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung ..... - 56 -
Art. 5 Nr. 12 § 167 SGB V - Verteilung der Haftungssumme ..... - 58 -
Art. 5 Nr. 12 § 168 SGB V - Personal ..... - 60 -
Art. 5 Nr. 12 § 169 SGB V - Haftung im Insolvenzfall ..... - 61 -
Art. 5 Nr. 12 § 170 SGB V - Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen, Verordnungsermächtigung ..... - 62 -
Art. 5 Nr. 13 § 173 SGB V - Allgemeine Wahlrechte ..... - 63 -
Art. 5 Nr. 14 § 217b SGB V - Organe beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen . - 64 -
Art. 5 Nr. 15 § 217c Abs. 1 SGB V - Verwaltungsrat beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen ..... - 67 -
Art. 5 Nr. 16 § 217d SGB V – Haushaltswesen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen ..... - 68 -
Art. 5 Nr. 18 § 260 Abs. 5 SGB V – Betriebsmittel ..... - 69 -
Art. 5 Nr. 19 §§ 265a und 265b SGB V - Finanzielle Hilfen ..... - 71 -
Art. 5 Nr. 20 § 266 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung ..... - 72 -
Art. 5 Nr. 21 § 267 SGB V – Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ..... - 78 -
Art. 5 Nr. 21 § 268 SGB V – Risikopool ..... - 81 -
Art. 5 Nr. 22 § 269 SGB V – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte ..... - 83 -
Art. 5 Nr. 23 § 270 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben ..... - 84 -
Art. 5 Nr. 24 § 270a SGB V – Einkommensausgleich ..... - 86 -
Art. 5 Nr. 25 § 271 SGB V – Gesundheitsfonds ..... - 87 -
Art. 5 Nr. 26 § 273 SGB V – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich ..... - 88 -

Art. 5 Nr. 27 § 284 SGB V – Sozialdaten bei den Krankenkassen ..... - 94 -
Art. 5 Nr. 28 § 293a SGB V – Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung ..... - 95 -
Art. 5 Nr. 29 § 295 SGB V – Abrechnung ärztlicher Leistungen ..... - 98 -
Art. 5 Nr. 30 § 302 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer ..... - 100 -
Art. 5 Nr. 31 § 303 SGB V – Ergänzende Regelungen ..... - 101 -
Art. 5 Nr. 32 § 304 SGB V – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse ..... - 102 -
Art. 5 Nr. 33 § 305a SGB V – Beratung der Vertragsärzte ..... - 103 -
Art. 5 Nr. 34 § 318 SGB V – Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung ..... - 105 -
Art. 5 Nr. 35 § 323 SGB V – Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung ..... - 106 -
Art. 5 Nr. 36 § 328 SGB V – Übergangsregelung für bereits geschlossene Krankenkassen ..... - 107 -
Artikel 6 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ..... - 108 -
Art. 6 Nr. 1 – Abschnitt 1 - Gemeinsame Vorschriften ..... - 108 -
Art. 6 Nr. 2 § 1 RSAV – Begriffsbestimmungen ..... - 109 -
Art. 6 Nr. 3 § 2 RSAV – Risikogruppen ..... - 110 -
Art. 6 Nr. 3 § 3 RSAV – Versicherungszeiten ..... - 111 -
Art. 6 Nr. 4 § 4 RSAV – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben ..... - 112 -
Art. 6 Nr. 5 § 5 RSAV – Bekanntmachungen ..... - 113 -
Art. 6 Nr. 5 § 6 RSAV – Zahlungsverkehr und Verrechnung ..... - 114 -
Art. 6 Nr. 6 §§ 7 bis 15a RSAV – Rechtsbereinigung ..... - 115 -
Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 2 ..... - 116 -
Art. 6 Nr. 7 § 7 RSAV – Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ..... - 117 -
Art. 6 Nr. 7 § 8 RSAV – Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells ..... - 120 -
Art. 6 Nr. 7 § 9 RSAV – Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich ..... - 124 -
Art. 6 Nr. 7 § 10 RSAV – Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte ..... - 125 -
Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 3 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ..... - 126 -
Art. 6 Nr. 7 § 11 RSAV – Zuweisungen für das Krankengeld ..... - 127 -
Art. 6 Nr. 7 § 12 RSAV – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale ..... - 128 -
Art. 6 Nr. 7 § 13 RSAV – Zuweisungen für sonstige Ausgaben ..... - 129 -
Art. 6 Nr. 7 § 14 RSAV – Risikopool ..... - 130 -

Art. 6 Nr. 7 § 15 RSAV – Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme ... - 131 -
Art. 6 Nr. 7 § 16 RSAV – Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung ... - 134 -
Art. 6 Nr. 7 § 17 RSAV – Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen ... - 135 -
Art. 6 Nr. 7 § 18 RSAV – Jahresausgleich ... - 136 -
Art. 6 Nr. 7 § 19 RSAV – Ausschluss auffälliger Risikogruppen ... - 138 -
Art. 6 Nr. 7 § 20 RSAV – Prüfung der Datenmeldungen ... - 139 -
Art. 6 Nr. 7 § 21 RSAV – Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ... - 141 -
Art. 6 Nr. 7 § 22 RSAV – Durchführung des Einkommensausgleichs ... - 143 -
Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 4 ... - 144 -
Art. 6 Nr. 7 § 23 RSAV – Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds ... - 145 -
Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 5 ... - 146 -
Art. 6 Nr. 7 § 24 RSAV – Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Dauer der Teilnahme ... - 147 -
Art. 6 Nr. 7 § 25 RSAV – Anforderungen an das Verfahren der Verarbeitung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten ... - 148 -
Art. 6 Nr. 7 § 26 RSAV – Berechnung der Kosten für die Bescheidung von Zulassungsanträgen ... - 149 -
Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 6 ... - 150 -
Art. 6 Nr. 7 § 27 RSAV – Übergangsregelung ... - 151 -
Artikel 7 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes ... - 152 -
§ 8 Abs. 11 (neu) KHEntgG ... - 152 -
Artikel 9 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch ... - 154 -
Art. 9 § 219 SGB VI – Finanzverbund in der allgemeinen Rentenversicherung ... - 154 -
III. Ergänzender Änderungsbedarf ... - 155 -
Ergänzung eines Sonderkündigungsrechts im § 73b Abs. 5a SGB V ... - 155 -

I. Zusammenfassung

Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) will der Gesetzgeber die solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weiterentwickeln. Der Wettbewerb in der GKV soll, so ist es im Gesetzentwurf vorgesehen,

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

Die Festlegung von **Wettbewerbszielen** im Sozialgesetzbuch, die ausschließlich auf die Interessen und Belange der Versicherten und Patienten zugeschnitten sind, wird von der AOK-Gemeinschaft uneingeschränkt begrüßt. In erster Linie muss der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander ein Wettbewerb um gute Versorgungsangebote sein und einen Mehrwert für Patienten, Versicherte und Beitragszahler schaffen. Wettbewerb in der GKV ist ein Instrument zur Schaffung von effektiven, qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgungsangeboten und -strukturen. Der einseitige Fokus auf Preis und Satzungsleistungen der Krankenkassen, den auch der Gesetzgeber immer wieder, zuletzt im GKV-VEG, verstärkt hat, muss aufgehoben werden. Die Fähigkeit, aktiv die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten zu gestalten, muss zur zentralen Kompetenz einer Krankenkasse werden, um erfolgreich im Wettbewerb bestehen zu können.

An diesen Zielen müssen sich die weiteren Maßnahmen des Gesetzentwurfes zum GKV-FKG messen lassen. Leider ist hier festzustellen, dass der Gesetzentwurf nur an sehr wenigen Stellen dem Anspruch gerecht wird, den der Gesetzgeber mit einem „Faire Kassenwettbewerb Gesetz“ suggeriert. In der vorliegenden Entwurfsfassung **schwächt** das Gesetz sogar den bereits heute bestehenden **versorgungsorientierten Wettbewerb der Krankenkassen**, weil:

1. durch diverse Maßnahmen die Zielgenauigkeit und damit die Funktionsfähigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) massiv eingeschränkt wird,
2. Aufsichten erster und zweiter Klasse geschaffen und damit die auf regionale Versorgungsbedarfe und -angebote ausgerichteten Aktivitäten der Akteure in den Ländern, Regionen und Kommunen zugunsten einer zentralen, versorgungsfernen Bundesaufsicht abwertet werden und
3. gemeinsame Initiativen der Vertragspartner vor Ort zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Betreuung von multimorbiden und chronisch erkrankten Versicherten deutlich erschwert werden.

Das GKV-**FKG** bleibt daher weiterhin ein Gesetz, das zu einem **falschen Kassenwettbewerb** führt.

1. Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Der Morbi-RSA bildet das Fundament für Solidarität innerhalb einer Wettbewerbsordnung. Die AOK-Gemeinschaft unterstützt jede Maßnahme, die den Morbi-RSA im Sinne seiner Funktion weiterentwickelt und seine Zielgenauigkeit erhöht. Der Morbi-RSA ist kein beliebiger Umverteilungsschlüssel je nach Kassenlage, sondern verfolgt klare gesellschaftspolitische Zielstellungen,

- bei freier Kassenwahl die Risikoselektion einzelner Versicherter und Versichertengruppen durch Krankenkassen zu verhindern und
- gleichzeitig unter Wahrung der Versorgungsneutralität wirksame Anreize für Krankenkassen zu setzen, damit diese wirtschaftlich handeln und die Qualität der Gesundheitsversorgung erhöhen.

1.1. Morbi-RSA-Reformpaket setzt zum Großteil falsche Anreize

Positiv für die Funktionsfähigkeit des Morbi-RSA im Rahmen dieser Zielstellung ist die geplante Einführung des **Krankheitsvollmodels**. Die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf Versichertenebene wird durch diese Maßnahme verbessert und verringert damit Risikoselektionsanreize.

Andere Maßnahmen des Gesetzentwurfes stehen den Zielen des Morbi-RSA allerdings diametral entgegen:

- Die Streichung von **Erwerbsminderungsrentnern** aus dem Zuweisungssystem setzt bei den Krankenkassen für diese besonders schutzbedürftige Versichertengruppe massive Anreize zur Risikoselektion.
- Die Einführung eines **Risikopools** für kostenintensive Krankheiten senkt wiederum die Anreize bei Krankenkassen, für eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung zu sorgen. Die Finanzierung schwerer und sehr selten auftretender Erkrankungen ist nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht weitestgehend gleichmäßig über die Krankenkassen verteilt und sollte daher weiterhin dem originären Versicherungsprinzip von Krankenkassen unterliegen. Zudem zieht die Administration eines Hochkostenausgleichs einen sehr hohen Verwaltungs- und Prüfaufwand nach sich.
- Die geplante **Regionalkomponente** verschiebt im erheblichen Umfang finanzielle Mittel aus strukturschwachen, oft ländlichen Regionen in städtische Gebiete. Es fehlt bislang jeder praktische oder wissenschaftliche Nachweis, dass auf Versichertenebene Risikoselektion nach regionalen Gesichtspunkten erfolgt. Mit dem geplanten Regionalfaktor ist allerdings zu befürchten, dass neue Selektionsanreize für Krankenkassen zu Lasten der Versicherten in ländlichen oder strukturschwachen Regionen geschaffen werden. Der RSA soll zudem keine individuellen Ausgaben, sondern möglichst zielgenau auf Ebene der einzelnen Versicherten und Versichertengruppen Unterschiede in den Risikostrukturen und die daraus resultierenden Ausgabenrisiken einer Krankenkasse ausgleichen. Der Zuschlag für Großstädte und Metropolen wird jedoch, weil dieser wie ein partieller IST-Ausgabenausgleich wirkt, die Motivation bei Krankenkassen für eine wirtschaftliche sowie effiziente Versorgungsgestaltung reduzieren.

1.2. Die Stärkung der Manipulationsresistenz des Morbi-RSA ist ein Etikettenschwindel

Das politische Ziel, den Morbi-RSA gegen manipulative Aktivitäten von Krankenkassen zu schützen, wird von der AOK-Gemeinschaft uneingeschränkt unterstützt. Mit der Einführung von verbindlichen Kodierrichtlinien durch das TSVG und weiteren gesetzlichen Maßnahmen, die finanzielle Zuwendungen von Krankenkassen an Ärzte ausschließlich für die Dokumentation von Diagnosen untersagen, hat der Gesetzgeber wichtige Schritte unternommen. Die AOK-Gemeinschaft unterstützt auch ausdrücklich darüberhinausgehende Maßnahmen, wenn diese ein real existierendes Problem sachlich richtig aufgreifen und die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA stärken. Hierbei dürfen aber keine versorgungspolitischen Kollateralschäden entstehen.

Die im Gesetzentwurf geplanten Maßnahmen führen nicht zu der beabsichtigten Erhöhung der Manipulationssicherheit. Hinter dem Etikett „Manipulationsresistenz“ verbirgt sich stattdessen eine massive Schwächung des Morbi-RSA und derjenigen Krankenkassen, die sich gemeinsam mit den Vertragspartnern um bedarfsgerechte Versorgungsangebote für ihre Versicherten bemühen:

- Die mit der **Manipulationsbremse** vorgesehene pauschale Streichung von Zuweisungen für Morbiditätsgruppen, die eine festgesetzte Steigerungsrate überschreiten, stellt eine Morbiditätszunahme unabhängig von den Ursachen unter einen manipulativen Generalverdacht. Die Maßnahme reduziert in ihrer Wirkung massiv den Morbiditätsbezug des RSA und läuft somit dem Ansatz des Vollmodells zuwider, verschlechtert die Zielgenauigkeit des Morbi-RSAs und bevorzugt Krankenkassen mit jungen und gesunden Versicherten. Die Manipulationsbremse wirkt wie eine kollektive Strafmaßnahme, die auch Krankenkassen betrifft, die sich regelkonform verhalten haben. Durch die zusätzlichen Unsicherheiten, inwieweit Investitionen in innovative Versorgungskonzepte überhaupt refinanziert werden, wird die Manipulationsbremse auch negative Folgen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten haben. Die Maßnahme stellt somit eine echte „Versorgungsbremse“ dar.
- Das **geplante Verbot von Diagnosen in Versorgungsverträgen** gefährdet die etablierte ambulante haus- und fachärztliche Versorgung, da eine solche fachlich nicht nachvollziehbare Pauschalregelung insbesondere solche Versorgungsverträge ausbremst, die speziell auf bestimmte Patientengruppen zugeschnitten sind. Eine medizinisch sinnvolle Versorgungssteuerung auf Grundlage der medizinischen Fachsprache und eine aufwandsgerechte Vergütung für Ärztinnen und Ärzte sowie ihre therapeutischen Teams werden damit unmöglich gemacht.
- Die **Manipulationsresistenz** soll durch **Maßnahmen zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich** flankiert werden. Diese Maßnahmen werden jedoch nur halbherzig angegangen. Der entscheidende Schritt zu mehr Transparenz über die Aktivitäten aller Krankenkassen wird nicht vollzogen. Dafür muss eine Erweiterung der Auffälligkeitsprüfung um eine zusätzliche regionale Dimension **(Prüfung auf Ebene von KV Bezirken)** erfolgen. Denn während bei Krankenkassen mit regionalem Tätigkeitsschwerpunkt regional spezifische Steigerungen in der Diagnosehäufigkeit, beispielsweise auf Grund von Verträgen, zur Auffälligkeit führen, werden identische Konstellationen bei bundesweit agierenden Krankenkassen durch andere Regionen ausgeglichen.

Ohne die Verbesserung der Verfahren blieben solche Konstellationen bei bundesweit agierenden Krankenkassen weiterhin unentdeckt.

2. Maßnahmen zum Aufsichtsrecht schaffen eine Zwei-Klassen-Aufsicht

Mit dem GKV-FKG wird aus Sicht der AOK-Gemeinschaft durch verschiedene Einzelmaßnahmen die faktische Zentralisierung der Rechtsaufsicht weiterhin angestrebt. Es werden Aufsichten erster und zweiter Klasse geschaffen, frei nach dem Motto: „Die beste und strengste Aufsicht findet in Bonn statt."

Das GKV-FKG sieht in der derzeitigen Kabinettsfassung folgende Regelungen vor:

- Bereits aufsichtsbehördlich **genehmigte Verträge** sollen einer **erneuten Prüfung durch das BVA** unterzogen werden können. Es besteht damit die Gefahr, dass das Handeln der regionalen Aufsichtsbehörden nachträglich diskreditiert wird.
- Bei der „**neuen Zusammenarbeit" der Aufsichtsbehörden** in Bund und Ländern nach § 90 SGB IV ist ein **stimmenmäßiges Übergewicht** geplant, sodass eine Sperrminorität des Bundes besteht.
- Das **BVA** kann künftig gegenüber aufsichtsbehördlicher Position der Länder einseitig intervenieren und bspw. gemeinsam und einheitlich abzuschließende **Vergütungsvereinbarungen auf Landesebene blockieren**.
- Insbesondere auch in bislang klassischen Aufsichtsthemen sollen die Krankenkassen untereinander Klagerechte vor Landessozialgerichten erhalten. Dies wird zu Parallelverfahren führen und konterkariert die politische Zielsetzung einheitlicher Aufsichtspraxis.

Mit diesem Maßnahmenpaket wird die regionale Interessenwahrnehmung in der zukünftigen Zusammenarbeit von Bundes- und Länderaufsichten geschwächt und die Aufsichtskompetenz massiv zu Gunsten des Bundes, insbesondere des BVA, verschoben.

3. Reform der Haftungsregelungen – weniger Eigenverantwortung, weniger Schutz

Mit dem FKG soll die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen derselben Kassenart und die damit verbundenen **Möglichkeiten einer frühzeitigen Risiko- und Haftungsprävention abgeschafft werden**. Im Haftungsfall soll eine Kostentragung aller Krankenkassen auf Grundlage eines „fairen Verteilungsschlüssels" eingeführt werden und angebliche, aber inhaltlich nicht näher erläuterte Verwerfungen in den bisherigen Regelungen beseitigt werden.

Übersehen wird hier allerdings, dass sich die bisher bestehende Haftungskaskade seit mehr als einem Jahrzehnt bewährt hat. Sie hat auch in schwierigen Zeiten dafür gesorgt, dass das System der gesetzlichen Krankenversicherung stabil bleibt. Der vorliegende Gesetzentwurf minimiert Anreize für eine frühzeitige Vermeidung eines Haftungsfalles drastisch, da sämtliche Haftungsrisiken unterschiedslos auf alle Krankenkassen vergemeinschaftet werden. Die bisherige kassenartenbezogene Haftungsprävention hat die GKV-Gemeinschaft effektiv vor weitreichenderen Haftungsrisiken geschützt. Mit den vorgesehenen Regelungen wird das Auftreten von Haftungsfällen, samt zugehöriger Finanzhilfen, zu einem signifikant zunehmenden **Risiko für die Haushalte aller GKV-Kassen**. Die AOK-Gemeinschaft fordert daher, die bestehende Primärhaftung der Kassenarten vollständig zu erhalten. Sollte jedoch der Gesetzgeber an der Intention einer

Auflösung der Primärhaftung festhalten, dann muss zumindest die Möglichkeit erhalten bleiben, freiwillige Finanzhilfen innerhalb der Kassenart zu vereinbaren, um drohenden finanziellen Notlagen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe frühzeitig entgegenzuwirken und eigenverantwortliches Handeln innerhalb der Kassenarten zu ermöglichen.

4. Strukturen des GKV-Spitzenverbandes – Inakzeptable Schwächung der Selbstverwaltung

Der Entwurf sieht als einen weiteren wesentlichen Punkt die strukturelle Veränderung des GKV-Spitzenverbandes vor. Zukünftig soll der Verwaltungsrat aus 40 Mitgliedern (bisher 52) bestehen. Diese **Reduzierung der Verwaltungsratsmitglieder wird abgelehnt**, da die bisherige Mitgliederanzahl für eine repräsentative Stimmgewichtung erforderlich ist.

Neu vorgesehen ist die ergänzende Bildung eines **Lenkungs- und Koordinierungsausschusses (LKA)**. Da dieser LKA mit den gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu einer erheblichen Kompetenzeinschränkung der bestehenden Organe Verwaltungsrat und Vorstand führen wird, ist diese Regelung **abzulehnen**. Auch die vorgesehene **Änderung im Haushaltsrecht** - Genehmigung statt Beanstandung durch die Aufsicht - wird als nicht akzeptable Schwächung der sozialen Selbstverwaltung **zurückgewiesen**. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die soziale Selbstverwaltung Garantin für solidarischen Wettbewerb um die beste Versorgung zwischen den wettbewerblich agierenden Krankenkassen ist. Aufgrund der Tragweite der vorgesehenen Änderungen an den Strukturen des GKV-Spitzenverbandes wird in diesem Kontext auf dessen Stellungnahme verwiesen.

5. Mitgliederwettbewerb – „Lösungen“ für ein nicht vorhandenes Problem

Mit den geplanten **Neuregelungen zum Mitgliederwettbewerb**, insbesondere zur Werbung, wird vermeintlich eine gesetzliche „Lösung“ für eine Problematik geschaffen, die real im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen nicht besteht. Der Gesetzentwurf suggeriert einen nahezu regulierungsfreien Raum für Wettbewerb mit bislang nicht effektiven Instrumenten zur Rechtsdurchsetzung. Beim gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt handelt es sich indessen um einen bereits heute sehr regulierten und darüber hinaus nicht auffälligen Wettbewerbsmarkt. Dies ist vor allem daran erkennbar, dass es keinen auffälligen Umfang von wettbewerbsrechtlichen Verfahren gibt. Bereits heute gibt es mit den geltenden Rahmenvorgaben einschließlich der zugehörigen Rechtsprechung sowie den bestehenden „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden“ eine stabile und handlungsleitende Regulierung. **Der Gesetzentwurf bietet also Lösungen für „Probleme“, die es nicht gibt.** Die neuen Regulierungen sind eher geeignet - vor allem im Zusammenhang mit den deutlich erweiterten Klagemöglichkeiten der Krankenkassen untereinander - neue Rechtsprobleme und -unsicherheiten zu schaffen. Die entsprechenden Regelungen sind daher abzulehnen.

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

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes

Art. 1 Nr. 1 und 2 § 29 Abs. 2 und 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) – Zuständigkeit der Gerichte (Zuständigkeit in wettbewerblichen Auseinandersetzungen)

A Beabsichtigte Neuregelung

Für wettbewerbliche Auseinandersetzungen (Unterlassungs- und Beseitigungsansprüche) der Krankenkassen untereinander wird die Zuständigkeit der Landessozialgerichte begründet. Betreffen die Unterlassungs- und Beseitigungsansprüche die RSA-Durchführung, wird die zentrale Zuständigkeit des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vorgesehen.

B Stellungnahme

Zu Art. 1 Nr. 1:

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Kabinettsvorlage auch für die neu eingeführten Unterlassungs- und Beseitigungsansprüche von Krankenkassen untereinander (§ 4a SGB V-FKG) den Sozialrechtsweg vorsieht. Warum allerdings statt der originär zuständigen Sozialgerichte nunmehr die Landessozialgerichte zuständig sein sollen, ist für sich genommen zunächst nicht nachvollziehbar. Aus der Erfahrung heraus steht bei dieser Art von Klagen die Ermittlung des Tatbestands im Vordergrund. Hierfür besitzen die Sozialgerichte die größte Erfahrung. Zwar sind aufsichtsrechtliche Streitigkeiten den Landessozialgerichten zugewiesen, bei diesen Verfahren stehen aber Rechtsfragen meist im Vordergrund. Der in der Gesetzesbegründung aufgeführte Grund, dass durch die Zuweisung zu den Landessozialgerichten ein Gleichklang zu aufsichtsrechtlichen Streitigkeiten wird, überzeugt nicht und wird auch weder in der Begründung näher belegt noch durch die bisherigen Praxiserfahrungen nicht bestätigt.

Insbesondere im Kontext der Entwurfsregelung zu § 4a und deren Begründung zu Abs. 7 wirkt die Rechtswegzuweisung zu den Landessozialgerichten kritisch. Die dort angelegte große Reichweite eines wettbewerbsrechtlichen Unterlassungsanspruchs mit originär sozialrechtlichem Ausgangspunkt hat zur Folge, dass zukünftig die Landessozialgerichte als Eingangsinstanz über zahlreiche Sachverhalte (ausdrücklich genannt werden z. B. Satzungsrecht, mRSA-Verfahren und haushalts- bzw. vermögensrechtliche Vorschriften) entscheiden, die bislang primär der aufsichtsbehördlichen Regulierungskompetenz zugewiesen waren. Angesichts der dabei differierenden örtlichen Zuständigkeiten sind Parallelverfahren und ggf. abweichende Rechtsprechungen zu erwarten, so dass eine abschließende Klärung und Vereinheitlichung von Rechtsmaßstäben erst durch eine Herbeiführung höchstrichterlicher Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht zu erreichen sind. Effektiver wäre es, diese Klärungen und Vereinheitlichung der Zusammenarbeit den zuständigen Aufsichtsbehörden zu überlassen (auf den Änderungsvorschlag zu § 90 SGB IV wird verwiesen).

Zu Art. 1 Nr. 2:

Zwar ist eine Zuständigkeitskonzentration im Bereich der Durchführung des mRSA richtig, jedoch

sind individuelle Klagerechte von Krankenkassen untereinander in diesem Bereich nicht sinnvoll. Der eigentliche Anlass für die Zuweisung zum Landessozialgericht NRW findet sich – so auch die entsprechende Begründung (vgl. S. 72) – im Kontext der Regelungen zu § 4a Abs. 7, so dass auf die entsprechende Stellungnahme verwiesen wird.

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen werden gestrichen.

Artikel 3 Änderungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Art. 3 Nr. 2 § 90 Abs. 4 und 5 SGB IV – Aufsichtsbehörden (Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden)

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderungen und Ergänzungen des § 90 soll der bislang vorhandene gesetzliche Rahmen zur Zusammenarbeit und zum Erfahrungsaustausch der Aufsichtsbehörden ausgebaut werden. Durch mehr Transparenz und Information der Aufsichtsbehörden untereinander, und zwar in Form von Erfahrungs- und Meinungsaustausch sowie wechselseitiger Unterrichtung, soll ein regulatorischer Beitrag zur noch stärkeren Vereinheitlichung des Aufsichtshandelns geleistet werden. Der neue Absatz 5 trifft Regelungen zum Zustandekommen gemeinsamer Beschlüsse der Aufsichtsbehörden. Die Regelung ist angelehnt an Artikel 51 Abs. 2 GG und soll sicherstellen, dass weder der Bund (BMG/BVA) einseitig 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. Für den Fall eines von Beschlussfassungen abweichenden Aufsichtshandelns wird eine Unterrichtungspflicht gegenüber den anderen Aufsichten vorgesehen.

B Stellungnahme

Der Ansatz, ein einheitliches Aufsichtshandeln nicht durch Zentralisierung von Alleinzuständigkeiten des BVA herbeizuführen, sondern stattdessen auf eine verdichtete Abstimmung der Aufsichtsbehörden in Form kooperativer Zusammenarbeit zu setzen, wird ausdrücklich begrüßt. Auch in anderen Branchen finden sich in vergleichbarer Weise unterschiedliche Aufsichtszuständigkeiten sowie strukturelle Maßnahmen der wechselseitigen Unterrichtung, Zusammenarbeit und Vereinheitlichung zwischen Aufsichtsbehörden. Eine effiziente funktionale Zusammenarbeit und Abstimmung der Aufsichtsbehörden im Bereich der GKV setzt einen stetigen Erfahrungs- und Meinungsaustausch sowie die Pflicht zu wechselseitiger Unterrichtung über aufsichtsrelevante Vorgänge voraus. Zu diesen zählt insbesondere auch die Abweichung einer Aufsicht von einvernehmlich getroffenen Beschlüssen. Nur auf dieser Grundlage können einvernehmlich Aufsichtsmaßstäbe entwickelt werden, die – unter Beibehaltung der Prinzipien der maßvollen Rechtsaufsicht sowie der Opportunität aufsichtlichen Handelns – eine einheitliche, verlässliche und verbindliche Aufsichtsausübung ermöglichen. In diesem Rahmen sind auch Verständigungen zu entwickeln, die Doppelprüfungen und Zuständigkeitsüberschneidungen ausschließen. Als Zielstellung ist sachgerechterweise vorgesehen, dass die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder im Rahmen von regelmäßigen (halbjährlichen) Präsenzsitzungen das für die Aufsichtspraxis notwendige Einvernehmen herzustellen haben, um die Einheitlichkeit des Aufsichtshandelns zu gewährleisten.

Kritisch ist jedoch, dass mit § 90 Abs. 5 Satz 2 bis 5 SGB IV ein Beschlussverfahren eingeführt werden soll, das eine gewichtete Abstimmung in Anlehnung an die Abstimmungsregeln des Bundesrates (§ 51 Abs. 2 GG) vorsieht. Damit wird eine vermeintliche Gleichgewichtung von Bundes- und Länderinteressen suggeriert, die unter Berücksichtigung tatsächlicher Gegebenheiten zu

Gunsten des Bundes ausfällt. Die Regelung lässt nämlich unbeachtet, dass einige Länder im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. sozialen Pflegeversicherung über keine Aufsichtszuständigkeit mehr verfügen und insoweit im Rahmen der Abstimmungen keine originären Interessen vertreten. Es wird somit seitens dieser Landesaufsichten mit Enthaltungen zu rechnen sein, die – so ausdrücklich die Gesetzbegründung – bei der Ermittlung der Stimmenmehrheit unberücksichtigt bleiben, so dass der Bund in einer Vielzahl von Fällen die notwendige Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen erreichen und das Abstimmungsergebnis dominieren wird. Im Übrigen sieht die Stimmenverteilung im Entwurf zu § 90 Abs. 5 SGB IV eine Stimmgewichtung auf Seiten von zwei Aufsichtsbehörden des Bundes (BVA mit zwanzig Stimmanteilen, BMG mit sechs Stimmanteilen) vor, die dem Bund in Anbetracht der notwendigen Dreiviertelmehrheit in jedem Fall eine Sperrminorität einräumt und eine Beschlussfassung allein auf Grundlage der – einvernehmlich ausgeübten – Stimmrechtsanteile von sechszehn Aufsichtsbehörden der Länder verhindert. Insoweit installiert die Regelung ein aufsichtsrechtliches Willensbildungsinstrument mit einem klaren Übergewicht des Bundes. Da der Gegenstand von Beschlussfassung der Aufsichten in aller Regel die Beantwortung von Rechtsfragen umfasst, ist eine gewichtete Abstimmung ohnehin nicht angezeigt.

C Änderungsvorschlag

In § 90 Abs. 5 werden die Sätze 2 bis 5 gestrichen.

Artikel 5 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 5 Nr. 2 § 4a Abs. 2 und 7 SGB V – Reichweite und Durchsetzung einer lauteren Wettbewerbsordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 4a soll eine zentrale Norm zur Regulierung des GKV-(Mitglieder-)Wettbewerbs geschaffen werden, die u. a. einen eigenen und sehr weit gefassten sozialgesetzlichen Lauterkeitsmaßstab formuliert, zu dessen Durchsetzung – auch in bislang klassischen Aufsichtsfeldern – die Krankenkassen untereinander durch entsprechende Klagerechte befähigt werden.

B Stellungnahme

Wegen der Abs. 1, 3, 5 und 6 wird auf die nachfolgende Stellungnahme (Rechtsgrundlage für einen Wettbewerb der Krankenkassen, Verhaltensmaßstäbe und Verordnungsermächtigung) verwiesen.

Abs. 2 und 7 (Sozialgesetzlicher Unlauterkeitsmaßstab/Durchsetzung durch Klagerechte der Krankenkassen untereinander):

Der Verzicht auf den Verweis auf die Regelungen des UWG wird begrüßt. Es handelt sich um einen sozialrechtlichen Wettbewerb zwischen öffentlich-rechtlichen Körperschaften, für den die Regelungen nur sehr eingeschränkt passen. Allerdings bleibt die von vielen Seiten anlässlich des Ref-E geäußerte Kritik daran, dass der vorgesehene Unterlassungs- und Beseitigungsanspruch zu weit gefasst ist, bestehen. Denn der Zusammenhang der Entwurfsregelung zu § 4a (insbesondere die Gesetzesbegründung zu Abs. 7) und die nun vorgesehene zentrale Zuständigkeit des Landessozialgerichts NRW (vgl. Änderung des § 29 SGG) ist höchst kritisch, da sie die Absicht des Gesetzgebers erkennen lässt, sozialrechtlich streitige Finanzierungsfragen der GKV - parallel zur aufsichtsrechtlichen Aufsichts- und Regulierungskompetenz des BVA - der individuellen gerichtlichen Selbstdurchsetzung durch die Krankenkassen überlassen zu wollen. Die in der Begründung zu Abs. 7 angelegte große Reichweite eines wettbewerbsrechtlichen Unterlassungsanspruchs mit originär sozialrechtlichem Ausgangspunkt hat zur Folge, dass zukünftig ausschließlich sozialrechtlich geprägte Finanzierungsfragen der GKV zur mRSA-Durchführung außerhalb der inhaltlichen und zeitlichen Prüfroutinen (Auffälligkeits- und Verdachtsprüfungen) des BVA durch kassenindividuelle Rechtsstreite geklärt werden. Dazu wird in der Begründung die folgende Erwartung geäußert (vgl. S. 80): „*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.*“ Im Bereich der gesetzlichen Finanzierungsregelung ist diese Aufgabe jedoch sachgerecht zentral beim BVA zu verorten. Die vermeintliche Existenz von Fällen, „*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*“ (vgl. S. 80 der Begründung), rechtfertigt die nun vorgesehene Parallelisierung nicht, sondern schafft noch ein höheres Maß rechtlicher Unsicherheit im Bereich der GKV-Finanzierung und zeigt den dringenden Bedarf, aufsichtsbehördliches Handeln und Zusammenwirken deutlich

stärker zu reglementieren und den formalen Rahmen für eine strukturierte Vereinheitlichung zu schaffen (vgl. Stellungnahme zu § 90 Abs. 4 SGB IV). Während in anderen Branchen (z. B. Banken und Versicherungen) die jeweiligen Aufsichten eine zentrale und exklusive Funktion bei der Durchsetzung rechtskonformen Verhaltens in systemrelevanten Bereichen (insbesondere Finanzierungsfragen) übernehmen, wird diese zentrale Funktionszuordnung im Bereich der GKV aufgegeben. Nunmehr sollen auch die Krankenkassen untereinander – parallel zu den Aufsichtsbefugnissen und ohne jegliche aufsichtsbehördliche Einbeziehung – Klagen wegen Rechtsverstößen, insbesondere im Bereich der Finanzierungsfragen, der mRSA-Durchführung und des Satzungsrechts, erheben dürfen. Das ist nicht sachgerecht und schwächt die Position der Aufsichtsbehörden. Richtigerweise ist das sozialgesetzliche Unlauterkeitsrecht für wettbewerbliches Handeln der Krankenkassen, einschließlich der gerichtlichen Möglichkeiten zur Selbstdurchsetzung, auf unmittelbare Maßnahmen des Mitgliederwettbewerbs zu beschränken und die Einhaltung sonstigen Rechts (z. B. Satzungsrecht, mRSA-Durchführung und Anlage von Rücklagen) einer Durchsetzung der zuständigen Aufsichtsbehörden zu überlassen.

Zum Wegfall des Verweises auf die UWG-Regelungen ist darauf hinzuweisen, dass die Regelungen der Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken (2005/29/EG) nach Art. 4 zur Vollharmonisierung verpflichtet. Mitgliedsstaaten dürfen im Regelungsbereich der Richtlinie daher auch keine restriktiveren oder strengeren Regelungen erlassen. Die Entscheidung des EuGH vom 03.10.2013 – C 59/12 - BKK Mobil Oil, dass die Richtlinie auf das Verhalten von gesetzlichen Krankenkassen anzuwenden ist, ist auch insoweit bei der Etablierung eines sozialgesetzlichen Unlauterkeitsrechts zu beachten.

C Änderungsvorschlag

§ 4a Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

Unlautere geschäftliche Handlungen der Krankenkassen sind unzulässig. Geschäftliche Handlungen im Sinne des Satz 1 sind solche Maßnahmen und Verhaltensweisen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Mitgliederwettbewerb vorgenommen werden. Sie sind unlauter, soweit sie gegen die Rechtsverordnung nach Absatz 4 verstoßen oder der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar oder mittelbar fördern.

Art. 5 Nr. 2 § 4a Abs. 1, 3, 5 und 6 SGB V – Rechtsgrundlage für einen Wettbewerb der Krankenkassen, Verhaltensmaßstäbe und Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 4a soll eine zentrale Norm zur Regulierung des GKV-(Mitglieder-)Wettbewerbs geschaffen werden, die u. a. erstmals eine explizite Definition des Wettbewerbszwecks in der GKV beinhaltet sowie nähere Verhaltensmaßstäbe der Krankenkassen im Mitgliederwettbewerb beschreibt. Zudem sollen weitere Verhaltensmaßstäbe für den GKV-Mitgliederwettbewerb durch eine Rechtsverordnung des BMG bzw. BVA festgelegt werden können.

B Stellungnahme

Wegen der Abs. 2 und 7 wird auf die vorangegangene Stellungnahme (Reichweite und Durchsetzung einer lauteren Wettbewerbsordnung) verwiesen.

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

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

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

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass Krankenkassen nach Abs. 3 zur Werbung um Mitglieder und für ihre Leistungen berechtigt sind und dies nun erstmals ausdrücklich als gesetzlich zugelassene Aufgabe festgeschrieben wird. Als sachgerecht ist ebenfalls zu begrüßen, dass zumindest ein Bezug zu den Leistungen der jeweiligen Krankenkasse vorhanden sein muss. Bei der Einschränkung, dass die sachbezogene Information im Vordergrund stehen muss, stellt sich jedoch die Frage, ob es sich dann überhaupt noch um Werbung handelt oder nicht ausschließlich um Aufklärung und Information. Werbung ist per se eine subjektive Herausstellung der eigenen Vorteile und erhebt schon per Definition keinen Anspruch auf objektive, neutrale, umfassende und vollständige Information. In der Praxis dürfte daher eine rechtssichere Abgrenzung zwischen (zukünftig) unzulässiger Imagewerbung und zulässiger „sachbezogener“ Werbung im Einzelfall schwierig bzw. unmöglich sein. Nicht zuletzt deshalb wurde eine dem Entwurf des Absatzes 3 entsprechende Regelung im Jahr 2006 aus den sog. Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden gestrichen, nachdem sie sich in der Praxis als nicht umsetzbar erwies. Richtigerweise ist dem gesetzlichen Versorgungsauftrag der GKV im Bereich der Werbung dadurch Rechnung zu tragen, dass die Werbung sich inhaltlich/thematisch nicht außerhalb des eigentlichen Aufgabenkreises bewegt und daher einen Gesundheitsbezug aufweisen muss. Diese Vorgabe entspricht – anders als die Vorgabe einer schwerpunktmäßigen Sachinformation im Vordergrund – der Rechtsprechung und ist auch sachlich die angemessene Eingrenzung von Werbeaktivitäten der GKV.

Mit den geplanten Neuregelungen in Abs. 4 wird eine gesetzliche “Lösung“ für eine Problematik geschaffen, die so im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen nicht besteht. Die Gesetzes-

begründung suggeriert einen bislang regulierungsfreien Raum für Werbung der GKV. Beim gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt handelt es sich bei praxisnaher Betrachtung indessen um einen bereits hinreichend regulierten und darüber hinaus nicht auffälligen Wettbewerbsmarkt. Dies ist daran erkennbar, dass es in der Praxis unter den Marktteilnehmern keinen sich von anderen Branchen nach oben hin abweichenden Umfang von wettbewerbsrechtlichen Verfahren gibt.

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

So hat die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs (Wettbewerbszentrale) in einer Pressemitteilung vom 26.06.2019 zum Thema „Entwicklung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen“ in der Rubrik „Krankenkassen“ ausgeführt:

> *„(…) Im Jahr 2018 hat die Selbstkontrollinstitution Anfragen und Beschwerden in insgesamt 47 Fällen zu Krankenkassenwerbung erhalten. In 20 Fällen hat sie Beanstandungen ausgesprochen, die meisten wegen Irreführung über den zu zahlenden Beitrag oder den Leistungsumfang oder wegen unzulässiger Beeinflussung von Versicherten. Für das Jahr 2019 sind bislang neun Beanstandungen zu verzeichnen. In den allermeisten Fällen konnten Wettbewerbsverletzungen außergerichtlich ausgeräumt werden.“*

Angesichts dieser Bestandsaufnahme kann man nicht ernsthaft einen Reformbedarf ableiten. Im Gegenteil: Die Funktionsfähigkeit und Stabilität der bestehenden Wettbewerbsregulierung wird dadurch eher bestätigt. Der Gesetzesentwurf bietet also Lösungen für „Probleme“, die es nicht gibt.

Zum Vergleich: In der Rubrik „Apotheken“ führt die Wettbewerbszentrale in derselben Pressemitteilung aus:

> *„Im Apothekenbereich verzeichnet die Wettbewerbszentrale ein Fallaufkommen von mehr als 100 Fällen im Jahr 2018 und im ersten Halbjahr 2019 bislang knapp 50 Fälle.“*

Die im Entwurf vorgesehenen Regelungen bieten demgegenüber keine Verbesserungen. Sie sind eher geeignet, insbesondere im Zusammenhang mit den deutlich erweiterten Klagemöglichkei-

ten der Krankenkassen untereinander in bislang klassischen Aufsichtsbereichen, neue Rechtsprobleme und -unsicherheiten aufzuwerfen. Die entsprechenden Regelungen sind daher abzulehnen.

Die Regelung in den „Wettbewerbsgrundsätzen“ zur Deckelung der Ausgaben einer Krankenkasse im Bereich der Werbemaßnahmen gewährleistet bereits jetzt, dass nicht unnötig Beitragsgelder für Werbemaßnahmen ausgegeben werden. Im Vergleich mit den Gesamtausgaben einer Krankenkasse handelt es sich dabei um einen eher geringen Betrag. Für die effektive und effiziente Kommunikation der Krankenkassen spielt der Einsatz digitaler Medien eine zunehmend wichtige Rolle. Viele Bevölkerungskreise sind mit physischen Medien nicht für Gesundheitsinformationen und gesundheitliche Aufklärung zu erreichen, sondern über diversifizierte digitale Kanäle. Insofern ist dem im digitalen Zeitalter geänderten Kommunikationsbedürfnis und -verhalten der Bevölkerung dadurch Rechnung zu tragen, dass zunehmend auch Maßnahmen der gesundheitlichen Information und Aufklärung in Kommunikationsmedien erfolgen, die bislang vorwiegend für Werbung genutzt wurden. Die Gesetzgebung sollte daher darauf hinwirken, dass Inhalte mit eindeutigem Schwerpunkt von Aufklärung und Information zukünftig verstärkt mittels digitaler Kanäle (wie z.B. Google, Facebook und Co.) möglichst weitreichend und zielgruppengerecht zugänglich gemacht werden. Dies entspricht der gesetzgeberischen Intention, auch in anderen Zusammenhängen (vgl. Neuregelung des § 67 SGB V) die digitale Kommunikation zwischen Krankenkassen und Versicherten auszubauen.

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

Abs. 5 (Einschaltung Dritter):

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

Abs. 6 (Buchungsvorschriften):

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

C Änderungsvorschlag

Der Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„Krankenkassen sind zur Werbung um Mitglieder und für ihre Leistungen berechtigt. Werbemaßnahmen der Krankenkassen müssen einen hinreichenden Bezug zu deren Aufgaben, insbesondere zur gesundheitlichen Versorgung, aufweisen. Werbung, gesundheitliche Information und

Aufklärung haben in einer Form zu erfolgen, die mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist und dem zunehmenden Bedürfnis nach einer Nutzung elektronischer Kommunikationswege Rechnung trägt."

Die Abs. 4 und 5 werden gestrichen.

Art. 5 Nr. 3 § 4b SGB V – Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 4 § 71 SGB V Beitragssatzstabilität

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

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

Zu Buchstabe b)

Geregelt wird, dass Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung von Gesamtverträgen keine aufschiebende Wirkung haben.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

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

Zu Buchstabe b)

Der Wegfall der aufschiebenden Wirkung für Klagen gegen Beanstandungen der Verträge nach §§ 57, 83, 85 SGB V ist weder notwendig noch sinnvoll. Gerade im Hinblick auf die gemäß § 87a Abs. 1 SGB V gemeinsam und einheitlich abzuschließenden Vergütungsvereinbarungen führt der Wegfall der aufschiebenden Wirkung zu erheblichen Rechtsunsicherheiten, da die Vertragspartner auf Kassenseite – und die Vertragsparteien insgesamt – zumeist unterschiedlichen Aufsichtsbehörden unterliegen. Das BSG verweist in seiner Rechtsprechung (Urteil vom 17. August 2011 – B 6 KA 32/10 R – Rdnr. 26) zutreffend darauf, dass die Aufsichtsteilung über die Vergütungsverträge „wenig sachgerecht“ ist. Während bisher durch Erhebung einer Klage gegen die Beanstandung die Vergütungsvereinbarung für alle Vertragsparteien vollziehbar blieb, wäre nach der Rechtsänderung der Vertrag zumindest für die Krankenkassen, gegenüber welchen beanstandet worden ist, nicht mehr vollziehbar. Ob eine Beanstandung die Unwirksamkeit der Vereinbarung oder lediglich die Nichtvollziehbarkeit zur Folge hat, ist in der Fachliteratur umstritten. In jedem Fall würde eine Beanstandung auch Auswirkung auf die anderen Kassen bzw. Landesverbände haben. Gerade dann, wenn die beanstandende Aufsicht nur wenige der vertragsschließenden Krankenkassen beaufsichtigt, kann dies zu erheblichen Verwerfungen führen. Ihr würde damit die Befugnis zukommen, die andere Aufsicht zu überstimmen und möglicherweise eine nach deren Bewertung rechtlich unproblematische Vergütungsvereinbarung zu verhindern. Alle Vertragspartner müssten in diesem Fall die gerichtliche Entscheidung in möglicherweise mehreren Instanzen abwarten.

Im Übrigen kann die beanstandende Aufsichtsbehörde bereits nach geltendem Recht die sofortige Vollziehbarkeit der Beanstandung anordnen, wenn nach ihrer Ansicht das öffentliche Interesse hieran überwiegt. Allerdings spricht viel dafür, dass in einem solchen Fall alle beteiligten Aufsichten die Vereinbarung beanstanden würden.

Die Rechtslage wird durch die Neuregelung jedenfalls für Verträge, die unterschiedlichen Aufsichten vorgelegt werden müssen, unübersichtlich und kann zur Folge haben, dass ein gemeinsam und einheitlicher Gesamtvertrag von den Vertragspartnern mit unterschiedlichen Vertragsumsetzungsständen gelebt wird. Aus diesen Gründen wird die Regelung abgelehnt.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu Artikel 3 Nr. 2 (§ 90 SGB IV) verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

Keiner.

Zu Buchstabe b)

Die Neuregelung ist zu streichen.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde im April 2017 die Vorschrift eingeführt, dass Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sein können. Mit der vorliegenden Änderung soll diese Regelung noch enger gefasst und damit weiter verschärft werden: Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sollen generell unzulässig sein. Laut Gesetzesbegründung soll es bei der Beurteilung der Rechtmäßigkeit entsprechender Vereinbarungen nicht mehr darauf ankommen, ob eine Vergütung „für Diagnosen“ oder „für ärztliche Leistungen“ vorgesehen ist. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sollen weiterhin möglich sein, sofern sie lediglich an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder an einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen. Ebenfalls zulässig sein sollen laut Gesetzesbegründung Versorgungsmodule, bei denen die Teilnahme der Versicherten von bestimmten Krankheiten oder Krankheitsausprägungen abhängig gemacht wird (sogenannte Einschlusskriterien).

Die Regelung soll explizit auch für Bestandsverträge gelten. Im Gegensatz zum Referentenentwurf wird den Vertragsparteien nun eine Anpassungsfrist von sechs Monaten eingeräumt.

B Stellungnahme

Die Zielsetzung der Regelung wird unterstützt. Die gesetzestechnische Umsetzung ist jedoch nicht zielgenau und gefährdet insbesondere die im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung speziell auf bestimmte Patientengruppen zugeschnittenen Versorgungsleistungen. Die in der Gesetzesbegründung formulierten „Ausnahmen“ findet sich im Gesetzestext nicht wieder.

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

Mit der geplanten Verschärfung wird mit der eigentlich guten Absicht, die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA zu stärken, über das Ziel hinausgeschossen. Mit der vorgesehenen Regelung, dass bestimmte Diagnosen nicht als Voraussetzung für Vergütungen vereinbart werden dürfen, verkennt der Gesetzgeber wichtige Funktionen von Diagnosen in Versorgungsverträgen. Die in Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung festgelegten ärztlichen Leistungen und Behandlungsstrategien orientieren sich an medizinischen Leitlinien. Sie sind abhängig vom Schweregrad und Ausprägung der jeweiligen Erkrankung. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen und der damit verbundene Ressourcenaufwand können sich dabei erheblich unterscheiden. Wenn für ärztliche Leistungen keine Differenzierung nach Diagnosen vereinbart werden darf, können die unterschiedlichen und spezifischen Behandlungsaufwände nicht mehr in Form von aufwandsgerechten Vergütungshöhen vertraglich abgebildet werden. Dies stellt die medizinisch sinnvolle, aufwandsgerechte Ausdifferenzierung von Leistungen und deren Vergütung für Teilnehmer mit bestimmten Erkrankungen oder Kombinationen von Erkrankungen (Multimorbidität) in Frage.

Diese Einschätzung wird auch von maßgeblichen Ärzteverbänden geteilt (vgl. Resolution der Allianz deutscher Ärzteverbände: https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Sonstiges/Resolution_GKV-FKG.pdf).

Diese Problematik wird von den Autoren des Gesetzesentwurfs auch durchaus gesehen. Es wird deshalb versucht, die im Gesetzestext absolut formulierte Unzulässigkeit durch die Benennung von Ausnahmen in der Gesetzesbegründung wieder zu relativieren:

- So sollen Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, weiterhin möglich sein, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einem allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen.
- Ebenfalls weiterhin zulässig sollen spezifische Module sein, bei denen die Teilnahme der Versicherten von bestimmten Krankheiten oder Krankheitsausprägungen abhängig gemacht wird (sogenannte Einschlusskriterien). Es soll zulässig sein, bei der Definition der Einschlusskriterien an eine bestimmte ICD-10 Diagnose anzuknüpfen.

Mit der Anpassung der Gesetzesbegründung im Rahmen des Kabinettsentwurfs wird vermutlich versucht, die vielfach geäußerte Kritik an der ursprünglich bereits für das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) geplanten Regelung zu entkräften. Dieses Ziel wird jedoch verfehlt, denn die in der Gesetzesbegründung beschriebenen Ausnahmen kommen im Gesetzeswortlaut gar nicht zum Ausdruck. Um hier den gesetzgeberischen Willen rechtssicher zur Geltung zu bringen, ist eine explizite Aufnahme in den Gesetzestext erforderlich. Dies gilt umso mehr, wenn das ebenfalls mit dem Gesetz verfolgte Ziel, ein einheitliches Aufsichtshandeln sicherzustellen, erreicht werden soll.

Auch inhaltlich überzeugen die Ausnahmen nicht: Eine Differenzierung auf Ebene der Kapitel- oder Obergruppen nach ICD-10 ist nicht ausreichend, da sich unterschiedliche Patientengruppen mit unterschiedlichen medizinischen Behandlungskonzepten dahinter verbergen können. Folgende Beispiele verdeutlichen das:

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

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

Auch die mit der Gesetzesbegründung beabsichtigte Zulässigkeit der Verwendung von Diagnosen bei der Spezifikation von Versorgungsmodulen im Sinne von Einschlusskriterien ist zwar anerkennenswert, läuft aber ins Leere, weil im Gesetzestext das Verbot der Vereinbarung von Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen (also auch für die Vergütung von Modulen) unverändert erhalten bleibt.

C Änderungsvorschlag

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

5. § 73b Absatz 5 Satz 7 SGB V wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Vereinbarungen, die eine Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen ~~als Voraussetzung für Vergütung~~ 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. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sind zulässig.“

Art. 5 Nr. 6 § 77 SGB V Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 7 § 83 SGB V Gesamtverträge – Verbot von Vergütungen für Diagnosen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuerung verschärft die bereits seit 2017 bestehende Regelung des Verbots von kassenindividuellen oder kassenartenspezifischen Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen. Aufgenommen wurde zusätzlich, dass Vereinbarungen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes zu Stande gekommen sind (d.h. „Altverträge“), nach einer 6-monatigen Anpassungsfrist der Neuregelung unterliegen.

B Stellungnahme

Hinsichtlich des Verbots kassen(arten)individueller Vereinbarungen von bestimmten Diagnosen als Voraussetzung für (zusätzliche) Vergütungen steht die Regelung in Verbindung mit den Regelungen in §§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 140a Absatz 2 Satz 7. Insofern wird auf die inhaltlichen Ausführungen in Nr. 5 und Nr. 11 verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, die Formulierung der Neuerung zu präzisieren und eine Formulierung aus der Gesetzesbegründung zu § 73b zu der gleichen Thematik in den Gesetzestext zu übernehmen.

§ 83 Satz 4 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen, die eine Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen 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; Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sind zulässig.“

Art. 5 Nr. 8 § 87a SGB V Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

Die mit dem TSVG eingeführte Vorgabe zur Bereinigung der diagnosebezogenen Veränderungsraten der Jahre 2024 bis 2026 um Kodiereffekte, die sich aufgrund der Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien im Jahr 2022 feststellen lassen, wird entfristet.

Zu Buchstabe b)

Der Bewertungsausschuss wird verpflichtet, jährlich einen Bericht mit Darstellung der (Prävalenz-)Veränderungen der einzelnen vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen je KV-Bezirk zu erstellen. Der Bericht soll beschlussbegleitend, wenn nicht Beschlussbestandteil sein und auch veröffentlicht werden. In dem Bericht sind die Prävalenzveränderungen auf Einzeldiagnosenebene aufbereitet darzustellen und deren jeweiliger Einfluss auf die betreffenden diagnosebezogenen Veränderungsraten anzugeben.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

Die nunmehr dauerhaft vom Bewertungsausschuss vorzunehmende Bereinigung der diagnosebezogenen Veränderungsraten um Kodiereffekte wird ausdrücklich begrüßt. Damit wird langfristig dem entgegengewirkt, dass bei der Ermittlung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur – Veränderungen, welche ab 2028 allein als diagnosebezogene (und nicht länger auch als demografische) Raten abzubilden sind, die die ausschließliche Grundlage für die Vereinbarungen zur Veränderung der Mengenkomponente der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bilden werden – neben tatsächlichen Morbiditätsstrukturveränderungen auch Veränderungen der Abbildung der vorliegenden Morbidität durch die (Art und Weise der) Diagnosekodierung vergütet werden. Zu solchen Kodiereffekten kann es allein schon aufgrund der vorgegebenen jährlichen Aktualisierungen der verbindlichen Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Übermittlung von Diagnosen und Behandlungsprozeduren gemäß § 295 Absatz 4 (den ambulanten Kodierrichtlinien) über den Zeitraum deren Einführung hinaus kommen. Darüber hinaus können auch Anpassungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, z.B. durch Präzisierung von Vorgaben für die Behandlung konkreter Erkrankungsbilder, definiert über das Vorliegen bestimmter Diagnosen, oder auch die zukünftige Einführung der ICD-Version 11 zu einer Veränderung der kodierten, aber nicht der tatsächlichen Morbiditätsstruktur führen.

Unabhängig von der Einführung der Kodierrichtlinien im Jahr 2022 waren und sind Veränderungen in der Kodierpraxis schon immer zu beobachten, insbesondere in einem Abrechnungssystem, in welchem die Höhe der Vergütung beim Leistungserbringer i.d.R. nur indirekt an die Dokumentation von Diagnosen gebunden und die „Vergabe“ von Diagnosen weder in einem Mindestmaß geregelt noch direkt überprüfbar ist. Kodierveränderungen können sich dann z.T. in

starken bzw. als außergewöhnlich bewerteten Veränderungen der Prävalenz bestimmter Diagnosen in einem kurzen Zeitraum zeigen oder/und zu großen Abweichungen der diagnosebezogenen Morbiditätsstrukturveränderung von der aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwartenden Morbiditätsstrukturveränderung bzw. der mit der Veränderung der diagnosebezogenen Morbiditätsstruktur erwarteten Veränderung des Leistungsbedarfs von der tatsächlich beobachtbaren Veränderung bei der Menge an abgerechneten Leistungen führen. Solche Kodierveränderungen sollten bereits jetzt bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten sachgemäß und adäquat berücksichtigt und kompensiert werden, um die tatsächlichen Veränderungen der Morbiditätsstruktur besser abbilden zu können.

Zu Buchstabe b)

Mit der Regelung wird laut Begründung das Ziel verfolgt, mehr Transparenz über die Entwicklung der jährlichen Veränderungen der Behandlungsdiagnosen herzustellen und nachvollziehbar zu machen, auf welcher Datengrundlage die jeweiligen Empfehlungen des Bewertungsausschusses zu den diagnosebezogenen Veränderungsraten des Behandlungsbedarfs erfolgen.

Gegen Transparenzherstellung ist nichts einzuwenden. Allerdings stellt sich die Frage, welche „Fachöffentlichkeit“ tatsächlich mit 17 Tabellenwerken zu jeweils über 16.000 Prävalenzveränderungen auf Einzeldiagnosenebene (das Klassifikationssystem zur Ermittlung der Veränderungsraten ist seit Jahr und Tag ein vollumfängliches) jährlich informiert werden soll. In erster Linie und hintergründig werden damit einerseits die Gesamtvertragspartner auf regionaler Ebene gemeint sein; andererseits könnten auch die Aufsichten für die Honorarvereinbarungen von diesem Begriff umfasst sein. So haben die Gesamtvertragspartner die konkrete Höhe der Steigerungsrate zur Berücksichtigung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur als gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss den regionalen Vertragspartnern als Empfehlung mitgeteilten – demografischen und diagnosebezogenen – Raten auszuhandeln. Dabei können – wie sich u.a. aus der Gesetzesbegründung zum GKV-VStG ergibt – Aspekte einer qualitätsgesicherten Kodierung von Diagnosen; rein statistische Effekte (z.B. von Up- oder Right-Coding), denen keine zusätzliche Morbiditätsveränderung gegenübersteht; oder auch als außergewöhnlich erachtete Prävalenzveränderungen angemessen berücksichtigt werden. Allerdings bedarf die Feststellung von „auffällig“ oder „außergewöhnlich“ auch immer einer Definition von (Differenzierungs-)Grenzen bzw. Kriterien, eine allgemeingültige Definition hierzu gibt es nicht. Ohne bundesweit einheitliche Festlegungen dazu, was wie als auffällige oder außergewöhnliche Prävalenzveränderungen gewertet werden kann oder soll, könnte es im schlimmsten oder besten Fall auch 17 verschiedene Abgrenzungen dazu geben, welche sich auch alle mehr oder weniger fachlich begründen lassen. Darüber hinaus lassen sich einmal festgestellte „außergewöhnliche“ Prävalenzveränderungen einzelner Diagnosen auch nicht ohne Weiteres auf Basis des Zahlenmaterials, das in den hier normierten Berichten der regionalen Ebene vorgelegt werden soll, (empirisch-analytisch) angemessen bei der gewichteten Zusammenfassung der demografischen und diagnosebezogenen Raten berücksichtigen: Inwieweit sich die Ab- (bzw. Auf-)Gewichtung einer Einzeldiagnose bis zur regional definierten (Differenzierungs-)Grenze für „außergewöhnlich“/„auffällig“ auf die Höhe der diagnosebezogenen Veränderungsrate und daraus auf deren

Gewichtung auswirkt, ist aus den Berichten nicht ablesbar; dies müsste jeweils neu vom Institut des Bewertungsausschusses ermittelt werden, um adäquat zu sein.

Sollten auch die Aufsichten vom Begriff „Fachöffentlichkeit“ (mit Betonung auf Fach-) implizit umfasst sein, sei auf deren bereits jetzt zu beobachtende Gratwanderung zwischen Rechts- und Fachaufsicht bei der aufsichtsrechtlichen Prüfung der vorgenommenen Gewichtungen der vom Bewertungsausschuss als Empfehlung mitgeteilten Veränderungsraten hingewiesen. Auch aufgrund des oben dargelegten fachlichen Entscheidungsspielraums der regionalen Ebene hinsichtlich der Definition von „außergewöhnlich“/„auffällig“ lassen sich aus dem Zahlenmaterial der Berichte die Gewichtungsentscheidungen der regionalen Ebene „nicht einfach“ ablesen bzw. extrahieren; die Gratwanderung bei der aufsichtsrechtlichen Prüfung bleibt weiter bestehen.

Eine bundesweit einheitliche Definition zu „außergewöhnlichen“/„auffälligen“ Prävalenzveränderungen wie auch ein einheitliches Vorgehen hinsichtlich deren Ab- (bzw. Auf-)Gewichtung durch den Bewertungsausschuss erscheint hier weitaus sachgerechter; (empirisch-analytisch) angemessene Ab- (bzw. Auf-)Gewichtungen könnten dann auch vom Institut des Bewertungsausschusses bei der Berechnung der jeweiligen diagnosebezogenen Veränderungsraten vorgenommen werden. Dies würde zur Stabilität und Transparenz der Berechnungen nach Absatz 5 Satz 3 zu den KV-spezifischen diagnosebezogenen Raten zur Berücksichtigung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur beitragen. Dies bedeutet, dass dem (Erweiterten) Bewertungsausschuss (anstelle der regionalen Ebene) die Kompetenz rechtlich zugesprochen wird, Aspekte einer qualitätsgesicherten Kodierung von Diagnosen (wie auch rein statistische Effekte, z.B. von Up- oder Right-Coding bzw. „außergewöhnliche“/„auffällige“ Prävalenzveränderungen, denen keine zusätzliche Morbiditätsveränderung gegenübersteht) über eine Anpassung der diagnosebezogenen Veränderungsraten durch von ihm festgelegte Regelungen angemessen und sachgerecht zu berücksichtigen.

C Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

Absatz 5 Satz 11 wird wie folgt gefasst:

„Ab dem Jahr 2020 mit Wirkung für das Jahr 2021 sind in den Berechnungen der Veränderungsraten nach Satz 3, welche insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen basieren, Kodiereffekte zu bereinigen; diese können insbesondere auch durch die Einführung und jährliche Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 entstehen.“

(siehe auch Kommentierung zu Art. 5 Nr. 8 Buchstabe b)

Zu Buchstabe b)

Absatz 5 Satz 11 wird wie folgt gefasst:

„Ab dem Jahr 2020 mit Wirkung für das Jahr 2021 sind in den Berechnungen der Veränderungsraten nach Satz 3, welche insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen basieren, Kodiereffekte zu bereinigen; diese können insbesondere auch durch die Einführung und jährliche Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 entstehen.“

(siehe auch Kommentierung zu Art. 5 Nr. 8 Buchstabe a)

Art. 5 Nr. 9 § 92a SGB V – Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 10 § 137g SGB V – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung redaktioneller Art.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 11 § 140a SGB V – Besondere Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde im April 2017 die Vorschrift eingeführt, dass Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge zur besonderen Versorgung sein können. Mit der vorliegenden Änderung soll diese Regelung noch enger gefasst und damit weiter verschärft werden: Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sollen generell unzulässig sein. Laut Gesetzesbegründung soll es bei der Beurteilung der Rechtmäßigkeit entsprechender Vereinbarungen nicht mehr darauf ankommen, ob eine Vergütung „für Diagnosen“ oder „für ärztliche Leistungen“ vorgesehen ist. Zulässig sein sollen aber Verträge, bei denen die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten durch die Benennung von bestimmten Krankheiten oder Krankheitsausprägungen – auch bestimmte ICD-10-Diagnosen- definiert sind (sogenannte Einschlusskriterien).

Die Regelung soll explizit auch für Bestandsverträge einschließlich der fortgeltenden „Altverträge“ nach den früheren §§ 73a, 73c, und 140a a.F. gelten. Im Gegensatz zum Referentenentwurf wird den Vertragsparteien nun eine Anpassungsfrist von sechs Monaten eingeräumt.

B Stellungnahme

Die Zielsetzung der Regelung wird unterstützt. Die gesetzestechnische Umsetzung ist jedoch nicht zielgenau und gefährdet insbesondere die im Rahmen von Verträgen speziell auf bestimmte Patientengruppen zugeschnittenen Versorgungsformen. Die in der Gesetzesbegründung formulierte „Ausnahme“ findet sich im Gesetzestext nicht wieder.

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

Mit der geplanten Verschärfung wird mit der eigentlich guten Absicht, die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA zu stärken, über das Ziel hinausgeschossen. Mit der vorgesehenen Regelung, dass bestimmte Diagnosen nicht als Voraussetzung für Vergütungen vereinbart werden dürfen, verkennt der Gesetzgeber wichtige Funktionen von Diagnosen in Versorgungsverträgen. Die in Verträgen zur Besonderen Versorgung festgelegten ärztlichen Leistungen und Behandlungsstrategien orientieren sich an medizinischen Leitlinien. Sie sind abhängig vom Schweregrad und Ausprägung der jeweiligen Erkrankung. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen und der damit verbundene Ressourcenaufwand können sich dabei erheblich unterscheiden. Wenn für ärztliche Leistungen keine Differenzierung nach Diagnosen mehr vereinbart werden darf, können die unterschiedlichen und spezifischen Behandlungsaufwände nicht in Form von aufwandsgerechten Vergütungshöhen vertraglich abgebildet werden. Dies stellt die medizinisch sinnvolle, aufwandsgerechte Ausdifferenzierung von Leistungen und deren Vergütung für Patienten mit bestimmten Erkrankungen oder Kombinationen von Erkrankungen (Multimorbidität) in Frage. Die Neuregelung gefährdet gewünschte und erfolgreiche einzelvertragliche Versorgungsmodelle, die durch klare medizinische Indikationsstellung auf bestimmte Patientengruppen zugeschnitten sind und damit auch einen klaren, nachvollziehbaren und medizinisch sinnvollen Bezug zur

Leistung ermöglichen (entsprechende Beispiele siehe weiter unten). Diese Einschätzung wird auch von maßgeblichen Ärzteverbänden geteilt (vgl. Resolution der Allianz deutscher Ärzteverbände: https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Sonstiges/Resolution_GKV-FKG.pdf).

Diese Problematik wird von den Autoren des Gesetzesentwurfs auch durchaus gesehen. Es wird deshalb versucht, die im Gesetzestext absolut formulierte Unzulässigkeit durch Ausführungen in der Gesetzesbegründung zu relativieren. So seien weiterhin Verträge möglich, in denen die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten durch die Benennung von bestimmten Krankheiten oder Krankheitsausprägungen definiert sind (sog. Einschlusskriterien). Es sei in solchen Verträgen zulässig, bei der Definition der Einschlusskriterien an eine bestimmte ICD-10 Diagnose anzuknüpfen. Mit der Anpassung der Gesetzesbegründung im Rahmen des Kabinettsentwurfs wird vermutlich versucht, die vielfach geäußerte Kritik an der ursprünglich bereits für das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) geplanten Regelung zu entkräften. Dieses Ziel wird jedoch verfehlt, denn die in der Gesetzesbegründung beschriebene Ausnahme kommt im Gesetzeswortlaut nicht zum Ausdruck. Um hier den gesetzgeberischen Willen rechtssicher zur Geltung zu bringen, ist eine explizite Aufnahme in den Gesetzestext erforderlich. Dies gilt umso mehr, wenn das ebenfalls mit dem Gesetz verfolgte Ziel, ein einheitliches Aufsichtshandeln sicherzustellen, erreicht werden soll.

Das beabsichtigte Ziel der geänderten Gesetzesbegründung, nämlich die Verwendung von Diagnosen bei der Definition medizinischer Teilnahmevoraussetzung im Sinne von Einschlusskriterien für zulässig zu erklären, ist zwar grundsätzlich positiv zu bewerten, läuft aber ins Leere, weil im Gesetzestext das Verbot der Vereinbarung von Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen unverändert erhalten bleibt. Auch greift die beabsichtigte Zulässigkeit von Einschlusskriterien als *Teilnahmevoraussetzungen* der Versicherten an besondere Versorgungsformen zu kurz. Bestimmte Krankheitsbilder müssen bei der Erklärung der Teilnahme noch gar nicht vorliegen. Beispielhaft seien hier Facharztverträge genannt, in die sich auch gesunde Versicherte einschreiben können, bei denen sich die Notwendigkeit diagnoseabhängiger Behandlungsmodule ggf. erst im Laufe der Teilnahme ergeben könnte.

Beispiele für patientenorientierte Angebote mit notwendigem Indikationsbezug:

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

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

- Gruppe 1: Ulcus cruris arteriosum: I70.23, I70.24; Ausschluss: wenn auch Gruppe 2
- Gruppe 2: Ulcus cruris venosum/varicosum: I83.0, I83.2, I87.01; I87.21; Ausschluss: wenn auch Gruppe 1
- Gruppe 3: Ulcus cruris mixtum oder nicht näher bezeichnet: Wenn Gruppe 1 und Gruppe 2 erfüllt oder L97 und nicht Gruppe 1 oder Gruppe 2
- Gruppe 4: Diabetisches Fuß-Syndrom: E10.74, E10.75, E11.74, E11.75, E12.74, E12.75, E13.74, E13.75, E14.74, E14.75 oder E10-E14 mit I70.23, I70.24 oder E10-E14 mit L97
- Gruppe 5: Dekubitus: L89.0, L89.1, L89.2, L89.3, L89.4, L89.9
- Gruppe 6: nicht näher bezeichnete Wunden: L98.4
- Gruppe 7: Tumorwunde (inkl. Ulcus cruris neoplasticum): C43.5-9, C44.5-9, C51-C58, C60-C63, C79.2, C79.8, C79.9, C80.0, C80.9, D48 in Verbindung mit L98.4.
- oder Wundheilungsstörungen (T89.00, T89.02, T89.03) in Verbindung mit /nach einer Operation [Gruppe 8] (T81.4, T81.7, T81.8, T81.9, O86.0)
- und/oder Infektion [Gruppe 9] (B95-B98, A36.3, T79.3)
- oder Verletzung [Gruppe 10] (T01.1, T01.2, T01.3, T01.6, T01.8, T01.9, T09.1, T11.1, T 13.1, S21.0-8, S31.0-8, S41.0-8, S 51.0-8, S81.0-8, S71.0-8)

- Durch Verträge zur besonderen Versorgung von **Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkrebs** kann das Überleben dieser Patienten maßgeblich verbessert werden. Eine Verbesserung des Überlebens von 1-2 Jahren ist bei Patienten mit Treibermutationen im Tumor möglich, wenn diese richtig molekularpathologisch diagnostiziert und wenn auf dem Boden der molekularen Diagnostik und der aktuellen Studienlage die richtige Therapieentscheidung getroffen wird. Dies soll mittels vertraglicher Vereinbarungen mit einem Netzwerk aus behandelnden Ärzten und Kliniken mit onkologischen Spitzenzentren erreicht werden. Die vertraglichen Vereinbarungen müssen zwingend auf Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkrebs eingeschränkt werden können, da die verbundenen Leistungen, die hierfür gesondert vergütetet werden, nur für Patienten medizinisch sinnvoll sind, bei denen histologisch ein nichtkleinzelliger Lungenkrebs diagnostiziert wurde.
- Auch besondere Versorgungsverträge zur Behandlung von **Patienten mit diabetischem Fußsyndrom** mit dem dann vorhandenen Risiko einer Amputation führen bei einem Verzicht der Definition über ICDs E10 zu einer unzureichenden Präzisierung der Patientengruppen. Eine zielgerichtete Patientensteuerung und eine qualitativ hochwertige und effektive Gesundheitsversorgung werden somit erschwert.
- Mit der Einführung des DMP Herzinsuffizienz soll eine **telemedizinische Betreuung** sowie eine leitliniengerechte ambulante Betreuung durch Haus- und Facharzt erzielt wer-

den. Die häufigste Komplikation im Krankheitsverlauf einer **chronischen Herzinsuffizienz** ist die kardiale Dekompensation mit Wassereinlagerungen in der Lunge und/oder in den Extremitäten. Sie führt zu schwerer Atemnot. Die Rationale einer telemedizinischen Mitbetreuung liegt in der Früherkennung einer beginnenden kardialen Dekompensation durch tägliche Übersendung von Vitaldaten (insbes. Gewicht) durch den Patienten. Zur Auswahl entsprechender Patienten ist die Erfassung der gesicherten Diagnose chronische Herzinsuffizienz höherer Stadien z.B. I50.13 oder I50.14 unverzichtbar, ansonsten würden die Patienten nicht zielgerichtet für das Telemedizinverfahren ausgewählt und damit versorgt werden können.

- Verträge zur Versorgung bestimmter **Patienten mit psychischen Erkrankungen** (Ziel: home treatment) zielen auf eine besondere Form der Betreuung, die nur bei bestimmten Erkrankungen Wirksamkeit entfaltet. Die Einschlusskriterien für die Teilnahme werden bspw. an teilstationäre oder stationäre Diagnosen nach ICD-10 geknüpft.
- Versorgungsangebote zur Identifizierung von **Kindern und Jugendlichen mit einem Verdacht auf eine Essstörung** (Fokus Magersucht, Bulimie, Binge Eating), medizinisch definiert über ICD F50 als zielgerichtetes Programm für Kinder und Jugendliche mit dieser Erkrankung.
- Versorgungsangebote zur Vermeidung chronischer **allergischer Rhinitis bei Kindern und Jugendlichen** (ICDs J30.1, J30.2, J30.3 oder J30.4).
- Programm zur Identifikation von Schwangeren mit Risikofaktoren für Frühgeburten, Risiken sind definierte Erkrankungen (z. B. Gestationsdiabetes, Vaginose), die über entsprechende ICDs O24, N76.0 medizinisch definiert werden. Hier erfolgte bereits nachweisliche eine Senkung der Frühgeburtenrate um mehr als 30 %.
- **Zweitmeinungsprogramme** zur Vermeidung **unnötiger Bandscheiben-/Wirbelsäulenoperationen**. Risikopatienten bzw. vorliegende (Grund-)Erkrankungen werden über die ICDs F45.4, F45.40, F45.41, M40*, M41.1, M41.2, M41.3, M41.4, M41.5, M41.8, M41.9, M42.0, M42.1, M42.9, M43.0, M43.1, M43.2, M43.3, M43.4, M43.5, M43.6, M43.8, M43.9, M45*, M46*, M47.0, M47.1, M47.2, M47.8, M47.9, M48*, M49*, M50*, M51*, M53*, M54*, M79.9, M99*, R52.1, R52.2 R52.9. medizinisch definiert. Auch mit diesem Angebot ist nachweislich eine Reduktion von nach Erstindikation geplanten Operationen bei den Programmteilnehmern von etwa 80 % belegt.
- Interdisziplinäre, **multimodale Therapieprogramme für Menschen mit chronischen Kopfschmerzen**. Die betroffenen Patienten/-gruppen werden medizinisch über die ICDs G43. - G44. - G50.0 - G50.1. sowie bei überwiegendem Kopfschmerzcharakter über F45.40, F45.41 definiert. Aktuell bildet ein derartiger Vertrag zusätzlich die Basis für ein gefördertes Innovationsfondsvorhaben (Smartphonegestützte Migränetherapie) gemeinsam mit Charité und Universitätsmedizin Rostock und dem Universitätsklinikum Halle.
- Programme zur Früherkennung und Sekundärprävention der **chronischen Niereninsuffizienz**, in denen die medizinisch definierte Teilnahmevoraussetzung für Versicherten

mit hohen medizinischen Risiko = Diabetes (ICDs E11.-, E12.-, E14.-) und Bluthochdruck (ICD I10.- bis I13.- und I15.-) gebildet wird.

- Verträge zur konservativen Behandlung der **Adipositas bei Erwachsenen**. Die Patientengruppen werden in diesen Verträgen medizinisch definiert über die ICD E66.- und für Teilnehmer mit BMI unter 28 zusätzlich definiert über das Vorliegen von Nebenerkrankungen (Diabetes mellitus E11.-, E12.-, E14.-; arterielle Hypertonie I10.-, Arthrose der großen Gelenke M16.-, M17.-, M19.- Obstruktive Schlafapnoe G47.3).

C Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, die Formulierung im ersten Satz zu präzisieren und eine Formulierung aus der Gesetzesbegründung zu § 73b zu der gleichen Thematik in den Gesetzestext zu übernehmen.

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

„Vereinbarungen, die eine Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen ~~als Voraussetzung für Vergütung~~ 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. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sind zulässig.“

Art. 5 Nr. 12 §§ 143-148 SGB V – Arten der Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die bisherigen Regelungen zu den jeweiligen Kassenarten (§§ 143 bis 171) werden nunmehr in §§ 143-154 neu strukturiert bzw. aktualisiert und entsprechen größtenteils den bisherigen Vorschriften.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 §§ 149-154 SGB V – Besondere Vorschriften zur Errichtung, Ausdehnung, Ausscheiden von Betrieben und Auflösung bei Betriebskrankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der zweite Titel mit den §§ 149-154 regelt betriebsbezogene Errichtungen und Auflösungen von neuen Krankenkassen, die weiterhin möglich sein sollen. Als Voraussetzung wird die Mindestanzahl von versicherungspflichtig Beschäftigten in den betroffenen Betrieben von 1.000 auf 5.000 erhöht; Voraussetzung für eine Genehmigung durch die Aufsicht ist eine Mindestanzahl von 2.500 Mitgliedern zum Zeitpunkt der Errichtung. Es dürfen sowohl Betriebskrankenkassen, die eine Reglung nach § 173 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 (alt) bzw. § 144 Abs. 2 S. 1 (neu) enthalten als auch Betriebskrankenkassen ohne diese Regelung errichtet werden. Letztere können auf Antrag des Arbeitgebers durch die Aufsicht geschlossen werden.

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 155 SGB V - Freiwillige Vereinigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 155 führt die bisherigen Regelungen zur freiwilligen Vereinigung für Ortskrankenkassen (§ 144), Betriebskrankenkassen (§ 150), Innungskrankenkassen (§ 160 Abs. 1) und Ersatzkassen (§ 168a) sowie zu kassenartenübergreifenden Vereinigungen (§ 171a Abs. 1 Satz 1) ohne wesentliche Rechtsänderung zusammen. Die Sonderregelungen aus § 171a Abs. 1 Satz 4 und Abs. 2 werden nicht übernommen, da sie durch die Übertragung der Primärhaftung auf den GKV-Spitzenverband (in den neuen §§ 166 und 169) gegenstandslos werden.

Bei einer freiwilligen Rettungsvereinigung (z. B. zur Vermeidung eines Insolvenzgrundes) können sich die beteiligten Krankenkassen übergangsweise finanzielle Hilfen gewähren, um ihre Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Vereinigung zu erhalten. Dies gilt auch bei kassenartenübergreifenden Vereinigungen. Damit soll z.B. die Zahlungsfähigkeit gesichert oder eine Erhöhung des Zusatzbeitrags vermieden werden. Verträge über Hilfeleistungen zwischen Vereinigungspartnern müssen von der zuständigen Aufsicht genehmigt werden (Absatz 3).

Nach dem neuen Absatz 4 ist geregelt, dass die neue vereinigte Kasse ebenfalls geöffnet ist, wenn sich eine geschlossene, betriebsbezogene BKK mit einer geöffneten BKK vereinigt. Dadurch kann eine Öffnung nicht durch Vereinigung mit einer geschlossenen BKK wieder rückgängig gemacht werden.

B Stellungnahme

Zu Absatz 3:

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Abschaffung der kassenartenbezogenen Primärhaftung ab (s. Stellungnahme zu § 166). Bei der im § 155 Abs. 3 vorgesehenen Möglichkeit zu freiwilligen finanziellen Hilfen zwischen Vereinigungspartnern bis zur Wirksamkeit der Rettungsvereinigung handelt es sich um eine Teilüberführung des § 265b SGB V. Damit ist eine strukturell unzureichende und zeitlich limitierte Möglichkeit gegeben, finanzielle Hilfen durch den GKV-Spitzenverband nach § 164 Abs. 1 Nr. 2 zu vermeiden. In der praktischen Anwendung bleiben jedoch Fragen offen. Dies betrifft bspw. die Folgen, wenn der hilfeempfangende Vereinigungspartner trotz der Hilfen vor dem Zeitpunkt der Wirksamkeit der Vereinigung insolvent bzw. geschlossen wird oder der hilfegewährende Partner aufgrund ungeplanter Umstände selbst in seiner Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit gefährdet ist. Die Möglichkeit, freiwillige finanzielle Hilfen im Rahmen von Rettungsvereinigungen zu ermöglichen, ist ein grundsätzlich sinnvoller Ansatz. Insgesamt sind die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Vermeidung von Haftungsfällen jedoch unzureichend. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft muss es weiterhin Anreize und Möglichkeiten geben, auch innerhalb von Kassenarten freiwillige Finanzhilfen zu leisten, um dadurch Schließungen und Insolvenzen zu vermeiden. Die bislang in § 265b SGB V vorgesehene Möglichkeit zu freiwilligen Finanzhilfen sollte daher beibehalten werden. [**vergl. Änderungsvorschlag zu § 164**].

Zu Absatz 4:

Die Neuregelung betrifft Betriebskrankenkassen und entspricht dem Willen des Gesetzgebers, dass eine vollzogene Öffnung von Krankenkassen nicht wieder rückgängig gemacht werden kann – auch nicht durch eine Vereinigung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 156 SGB V - Vereinigung auf Antrag

A Beabsichtigte Neuregelung

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

Zusätzlich besteht durch die Neuregelung die Möglichkeit zur Vereinigung von landesunmittelbaren Krankenkassen durch die Landesregierung auf Antrag einer landesunmittelbaren Krankenkasse.

B Stellungnahme

Die Neustrukturierung der Regelungen zu Vereinigung auf Antrag schafft mehr Übersichtlichkeit und wird daher begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 157 SGB V - Verfahren bei Vereinigung auf Antrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 157 entspricht bis auf redaktionelle Anpassungen dem bisherigen § 146.

B Stellungnahme

Der neue § 157 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 158 SGB V - Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 158 entspricht dem bisherigen § 172a.

B Stellungnahme

Der neue § 158 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 159 SGB V - Schließung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 159 fasst die bestehenden Regelungen zu Schließungen von Krankenkassen, die bislang für die verschiedenen Kassenarten separat aufgeführt werden, zusammen.

Zusätzlich sieht die Neufassung vor, dass Betriebs- und Innungskrankenkassen, die nicht hätten errichtet werden dürfen, nicht geschlossen werden, wenn die Voraussetzungen der Errichtung zum Zeitpunkt der hypothetischen Schließung erfüllt sind.

B Stellungnahme

Die verbesserte Übersichtlichkeit der Regelungen wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 160 SGB V - Insolvenz von Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 160 entspricht dem bisherigen § 171b.

B Stellungnahme

Der neue § 160 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 161 SGB V - Aufhebung der Haftung nach §12 Absatz 2 der Insolvenzordnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 161 entspricht dem bisherigen § 171c.

B Stellungnahme

Der neue § 161 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 162 SGB V - Insolvenzfähigkeit von Krankenkassenverbänden

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 162 entspricht dem bisherigen § 171f.

B Stellungnahme

Der neue § 162 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 163 SGB V - Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung des § 163 werden die bisherigen Regelungen nach § 172 zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen weiterentwickelt.

Die Neuregelung des § 163 sieht vor, dass die Verpflichtung nach § 172 Absatz 1, die Verbände der beteiligten Krankenkassen vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung, Auflösung oder Schließung anzuhören, vor dem Hintergrund des Wegfalls der vorrangigen Haftung der Kassenart entfällt. Dem GKV-Spitzenverband werden erweiterte Mitwirkungsrechte im Rahmen der Haftungsprävention gewährt. Das Recht über die bisherigen Regelungen hinaus erweiterte Kennzahlen für die Beurteilung der Finanzentwicklung von Krankenkassen anzufordern, wird im § 163 konkretisiert. Wenn der GKV-Spitzenverband die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse als gefährdet einstuft, kann er nach § 163 verlangen, dass die betroffene Krankenkasse die aus seiner Sicht erforderlichen Unterlagen auch elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellt.

Der GKV-Spitzenverband hat das konkrete Verfahren zur Bewertung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen in seiner Satzung zu veröffentlichen.

B Stellungnahme

Die Regelungen in § 163 verankern das bereits bestehende Kennzahlensystem des GKV-Spitzenverbands mit den dazugehörigen Datengrundlagen im Gesetz. Bisher haben die Kassenarten als Haftungsverbünde mit eigenen Sicherungssystemen gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband dafür Sorge getragen, dass Schließungen und Insolvenzen von Krankenkassen vermieden und die Versicherten vor den entstehenden negativen Folgewirkungen geschützt werden. Diese doppelte Absicherung wird durch den Wegfall der Primärhaftung der Kassenart nun aufgegeben, die Kassenarten werden aus ihrer Solidarverantwortung entlassen. Der Gesetzgeber sieht dadurch die Notwendigkeit, der Haftungsprävention des GKV-SV mehr Gewicht zu geben. Begrüßt wird die Regelung, dass der GKV-Spitzenverband, das konkrete Verfahren zur Bewertung der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse in seiner Satzung veröffentlichen muss.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Abschaffung der kassenartenbezogenen Haftungsverbünde grundsätzlich ab, da dadurch die finanzielle Stabilität der GKV geschwächt wird und die finanziellen Risiken aus Haftungsfällen für die einzelne Krankenkasse steigen [*siehe Stellungnahme zu § 166*].

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 164 SGB V – Vorübergehende finanzielle Hilfen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung des § 164 Abs. 1 Nr. 2 ermöglicht Finanzhilfen durch den GKV-Spitzenverband zusätzlich auch zum Erhalt der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit - auch ohne Vereinigung. Die Hilfen müssen mit Auflagen versehen, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen. Näheres über die Voraussetzungen der Hilfen ist in der Satzung des GKV-SV zu regeln. Den Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe stellt (wie bei der bisherigen Vereinigungshilfe) die Aufsichtsbehörde der betreffenden Krankenkasse und der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes entscheidet über dessen Gewährung. Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes werden unter Berücksichtigung ihrer Leistungsfähigkeit verpflichtend per Bescheid zur Umlage herangezogen.

Zur Zwischenfinanzierung der finanziellen Hilfen kann der GKV-Spitzenverband ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von bis zu 350 Mio. Euro aufnehmen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ersetzt zusammen mit den Regelungen im neuen § 155 Abs. 3 zu Teilen die bisherigen freiwilligen finanziellen Hilfen innerhalb der Kassenarten nach § 265b.

Mit der Auflösung der bestehenden Haftungsverbünde wird die Notwendigkeit von finanziellen Hilfen nach § 164 Abs. 1 Nr. 2 wahrscheinlicher, da die bewährten, präventiven Sicherungssysteme der Kassenarten nicht mehr greifen können. Dadurch, dass Haftungsrisiken nun unterschiedslos auf alle Krankenkassen umgelegt werden, werden die Krankenkassen aus ihrer solidarischen Verantwortung für die finanzielle Stabilität der GKV entlassen: Mit den Neuregelungen des FKG entfallen Anreize und gegenseitige Kontrolle zur Vermeidung von Haftungsfällen, wodurch das Risiko für finanzielle Hilfen und Kassenschließungen beträchtlich ansteigt. Vor diesem Hintergrund sind die verpflichtenden finanziellen Hilfen durch den GKV-SV ein weiteres gravierendes Risiko für die Haushalte der Krankenkassen, das sich weder planen noch durch eigene Managementleistungen beeinflussen lässt. Krankenkassen dürfen nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 8. Oktober 2019 keine Verpflichtungen für eventuelle Finanzhilfen oder Haftungsumlagen in ihrer Finanzplanung berücksichtigen, sind aber von finanzwirksamen Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes im Falle von vorübergehenden finanziellen Hilfen betroffen, ohne frühzeitig in die Entscheidung eingebunden zu sein.

Die Möglichkeit des GKV-Spitzenverbandes, ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve aufzunehmen, schmälert das Liquiditätsrisiko für die finanzierenden Krankenkassen nur marginal und verhilft darüber hinaus nur zu einem kurzen zeitlichen Aufschub. Das Darlehen ist nach § 164 Abs. 3 mit einer Obergrenze von 350 Mio. Euro der Höhe nach limitiert und spätestens im Februar des Folgejahres zurückzuzahlen. Dabei dürfte die Obergrenze von 350 Mio. Euro nicht ausreichen, die kurzfristig erforderliche Liquidität einer größeren Krankenkasse für den notwendigen Zeitraum der Zwischenfinanzierung sicherzustellen. Für eine Krankenkasse mit angenommenen 4 Millionen Versicherten stellt diese Obergrenze gerade mal Liquidität für ca. zwei Wochen sicher. Dies zeigt auch die Erforderlichkeit eines präventiven Haftungsmanagements in der bestehenden Form.

C Änderungsvorschlag

Die Überschrift des § 164 ist zu ändern von „Vorübergehende finanzielle Hilfen“ in „Finanzielle Hilfen“.

Nach § 164 Abs. 3 wird ein neuer Absatz 4 eingefügt:

„Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von freiwilligen Hilfeleistungen schließen, um deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten, insbesondere um durch die Unterstützung von freiwilligen Vereinigungen Schließungen oder Insolvenzen zu verhindern. In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln. § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Abs. 4 wird zum neuen Abs. 5.

Art. 5 Nr. 12 § 165 SGB V - Abwicklung der Geschäfte

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 165 entspricht dem bisherigen § 155 Abs. 1 und 3.

B Stellungnahme

Der neue § 165 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 12 § 166 SGB V - Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des § 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.

Mit der Neuregelung des § 166 wird die vorrangige Haftung der Krankenkassen derselben Kassenart gestrichen. Künftig soll die Gemeinschaft aller Krankenkassen direkt für die Verpflichtungen einer aufgelösten, geschlossenen oder insolventen Krankenkasse einstehen. Die Landwirtschaftliche Krankenkasse bleibt dabei unverändert von der Haftungsverpflichtung ausgenommen.

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

B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Abschaffung der Primärhaftung durch die jeweils betroffene Kassenart ab. Die bisherigen Regelungen haben sich bewährt und die GKV vor Haftungsrisiken geschützt. Das bisher bestehende doppelte Haftungs-Netz (Kassenart und GKV-Spitzenverband) und die seit jeher bestehende gesetzliche Möglichkeit freiwilliger finanzieller Hilfen haben dafür gesorgt, dass das System der gesetzlichen Krankenversicherung auch in schwierigen Zeiten sehr stabil war und ist.

Die bisher bestehende Haftungskaskade setzt klare ökonomischen Anreize für die Krankenkassen, die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer in finanzielle Schwierigkeiten geratenen Krankenkasse derselben Kassenart zu erhalten. Da die Krankenkassen innerhalb der jeweiligen Kassenart durch die Schließung und Insolvenz einer „Schwesterkasse“ und die dadurch über Jahrzehnte anfallenden Verpflichtungen in besonderem Maße betroffen sind, haben sie ein besonderes Interesse, finanzielle und nicht-finanzielle Hilfe zu leisten oder durch eine Rettungsvereinigung eine wirtschaftliche tragfähige Lösung zu finden. So haben die AOKs in der Vergangenheit umfangreiche Finanzhilfen aufgebracht und insgesamt ca. 3,3 Mrd. Euro in die Verbesserung ihrer Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit investiert. Dies belastete die Beitragssätze, deren Spanne seinerzeit deutlich breiter war als heute. Die parallel erreichten Fortschritte im Versorgungs- und Prozessmanagement tragen nicht nur zur Wirtschaftlichkeit der AOKs heute, sondern zur heutigen Finanzstabilität der GKV insgesamt bei.

Entsprechend ihrer vorrangingen Verantwortung im Haftungssystem haben die Kassenarten eigene Systeme zur Haftungsprävention entwickelt, die es ermöglichen, frühzeitig Haftungsrisiken zu erkennen und rechtzeitig Maßnahmen zu ergreifen, damit Finanzhilfen erst gar nicht notwen-

dig werden. Dies schafft auf der Basis subsidiärer Haftungsverbünde ein Mindestmaß an gegenseitiger Kontrolle, wodurch letztlich auch die Haftungsrisiken anderer Krankenkassen außerhalb der Kassenart verringert werden.

Mit dem Wegfall der Primärhaftung der Kassenarten werden nicht nur die bestehenden Haftungspräventionssysteme der Kassenarten in Frage gestellt, sondern der ökonomische Anreiz zur Vermeidung von Haftungsfällen insgesamt deutlich abgeschwächt. Da von einer Schließung oder Insolvenz nun alle Krankenkassen sofort gleichermaßen betroffen sind, gibt es für eine einzelne Krankenkasse keine Gründe, sich für den Erhalt oder die Vereinigung eines Wettbewerbers einzusetzen. Dabei sollte beachtet werden, dass Schließungen und Insolvenzen von Krankenkassen auch für die Versicherten erhebliche Auswirkungen (u.a. Wahl einer neuen Krankenkasse und damit verbundene Unsicherheiten) haben können, wie die Beispiele der City BKK und der BKK für Heilberufe in der Vergangenheit gezeigt haben.

Die AOK-Gemeinschaft setzt bereits seit vielen Jahren auf Präventionsanreize im Sinne von „Eigenanstrengungen vor Fremdhilfe“. Aus diesem Grund ist der Regelungsgehalt der §§ 265a und 265b zu erhalten.

Die Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse (KKInsoV) wird nach Artikel 11 Nr. 1 außer Kraft gesetzt und in das SGB V überführt. Da die AOK-Gemeinschaft jedoch den Erhalt der Primärhaftung der Kassenarten fordert, bedarf es infolgedessen einer gesetzlichen Ersatzregelung, die angibt, wann eine Überforderung der jeweils haftenden Kassenart gegeben ist. An der in § 3 Abs. 1 KKInsoV festgelegten Schwelle ist nach Ansicht der AOK festzuhalten.

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen werden abgelehnt.

Art. 5 Nr. 12 § 167 SGB V - Verteilung der Haftungssumme

A Beabsichtigte Neuregelung

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

Im ersten Schritt werden pro Kalenderjahr vom GKV-Spitzenverband zur Erfüllung der Verpflichtungen aus allen Haftungsfällen insgesamt 350 Mio. Euro nach Anzahl der Mitglieder auf die einzelnen Krankenkassen umgelegt. Ab einem Haftungsbetrag von 350 Mio. Euro sollen vorrangig die Finanzreserven oberhalb des 1,0-fachen einer Monatsausgabe zur Finanzierung der Verbindlichkeiten einer geschlossenen oder aufgelösten Krankenkasse herangezogen werden. Reichen diese Finanzreserven nicht aus, um die Verbindlichkeiten zu decken, werden weitere Finanzreserven oberhalb des 0,75-fachen einer Monatsausgabe zur Deckung der Verbindlichkeiten herangezogen. Verbleiben nach Heranziehung der Finanzreserven noch ungedeckte Verbindlichkeiten, wird der verbleibende Betrag wieder nach der Anzahl der Mitglieder auf alle Krankenkassen verteilt.

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

Die Regelung in Absatz 6, wonach der GKV-Spitzenverband zur Zwischenfinanzierung von Haftungsverpflichtungen ein Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von bis zu 750 Mio. Euro aufnehmen kann, entspricht dem bisherigen § 171d Abs. 6 SGB V.

B Stellungnahme

Die finanzielle Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse wird im Wesentlichen anhand der Höhe vorhandener Finanzreserven gemessen. Die in § 167 beschriebene Regelung zur Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen legt eine vierstufige Kaskade fest, wonach zunächst die Haftungssumme bis zu einem bestimmten Betrag wettbewerbsneutral nach Mitgliedern umgelegt wird und je nach Höhe des noch fehlenden Betrags die Finanzreserven nach § 260 Abs. 2 der Krankenkassen herangezogen wird. Erst wenn keine Krankenkasse mehr Vermögen über 75 % einer Monatsausgabe ausweist, werden fehlende Umlagebeträge wieder über die Anzahl der Mitglieder berechnet.

Das Vermögen nach § 260 Abs. 2, das eine Monatsausgabe überschreitet, zur Umlage von Haftungsbeträge heranzuziehen, ist nicht sachgerecht und widersprüchlich: Zum einen sind Krankenkassen mit „überschüssigem Vermögen“ nach § 260 Abs. 2a gezwungen, genau diesen Überschreitungsbetrag spätestens bis zum Jahr 2022 durch Absenken der Zusatzbeiträge abzubauen bzw. ihn gem. § 260 Abs. 4 in den Gesundheitsfonds abzuführen. Zum anderen führt auch das Zusatzbeitragserhöhungsverbot nach § 242 Abs. 1 dazu, dass die betreffenden Krankenkassen ihr Vermögen zur Finanzierung eines nicht ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatzes heranzie-

hen müssen. Dies wird eine relevante Zahl an Krankenkassen betreffen, dadurch, dass die Leistungsausgaben der Krankenkassen durch neue ausgabenträchtige Gesetze (TSVG, MDK-Reform usw.) in den kommenden Jahren drastisch ansteigen werden. Hier möchte der Gesetzgeber offenbar Mittel zur Haftungsumlage heranziehen, die im Haftungsfall entweder längst ausgegeben oder fest zur Entlastung der Beitragszahler verplant sind.

Der Zugriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen oberhalb von 75 % einer Monatsausgabe ist abzulehnen. Hier wird ein weiteres Mal massiv in die Finanzautonomie der Krankenkassen und in die Kompetenzen ihrer Selbstverwaltungen eingegriffen, deren zentrale Aufgabe es ist, mittelfristig solide und mit Blick auf die Versorgungsbedarfe der Versicherten ausgewogene Haushalts- und Beitragssatzentscheidungen zu treffen. Darüber hinaus setzt der vorgesehene Einsatz des Vermögens der Krankenkassen bei der Aufbringung der Mittel im Haftungsfall falsche Anreize, welche dem Prinzip eines fairen Kassenwettbewerbs widersprechen: Krankenkassen bzw. deren Beitragszahler, welche durch wirtschaftliches Handeln und zur Absicherung der finanziellen Stabilität Vermögen aufgebaut haben, werden im Haftungsfall einseitig benachteiligt, indem sie um ihren wettbewerblich erarbeiteten Erfolg gebracht werden.

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen werden abgelehnt.

Art. 5 Nr. 12 § 168 SGB V - Personal

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 168 entspricht dem bisherigen § 164 Abs. 2 bis 4, auf den in kassenartenspezifischen Regelungen verwiesen wurde. Die Neufassung sieht im Gegensatz zur bisherigen Rechtslage keine Beschränkung bei der Verteilung des Personals einer geschlossenen Krankenkasse auf die betroffene Kassenart mehr vor. Stattdessen wird das Personal nach dem neuen § 168 auf Krankenkassen nach dem Anteil der Mitglieder verteilt.

Auch für Orts- und Innungskrankenkassen gilt nun, dass dem Personal der geschlossenen Krankenkasse eine zumutbare Stellung zur Weiterbeschäftigung nur dann anzubieten ist, wenn das Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann.

B Stellungnahme

Die vereinheitlichte, für alle Kassenarten geltende Verpflichtung, nur den nicht ordentlich kündbaren dienstordnungsmäßigen Angestellten eine zumutbare Stelle anzubieten, erscheint sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

§ 168 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die dienstordnungsmäßigen Angestellten sind verpflichtet, eine von einer anderen Krankenkasse der von der Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart 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 der von der Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart oder einer anderen Krankenkasse der von der Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart eine Stellung anzubieten, die ihnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und ihrer bisherigen Dienststellung zuzumuten ist. Jede Krankenkasse der von der Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart ist verpflichtet, entsprechend ihrem Anteil an der Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen der von der Auflösung oder Schließung betroffenen Kassenart 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.“

Art. 5 Nr. 12 § 169 SGB V - Haftung im Insolvenzfall

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 169 übernimmt die wesentlichen Regelungen aus dem bisherigen § 171d. Dabei wird die Abschaffung der Primärhaftung der Kassenart auch im Fall einer Insolvenz nachvollzogen.

Die bisherige Einbeziehung der Altersteilzeitverpflichtungen in die Haftung wird in der Neufassung nicht übernommen, da diese nicht mehr für Insolvenzfälle nach dem 1. Januar 2015 galt und bis zu diesem Zeitpunkt kein Insolvenzfall eingetreten ist.

B Stellungnahme

Die Abschaffung der Primärhaftung der Kassenarten wird abgelehnt [*siehe Stellungnahme zu § 166*]. Daher sind die Regelungen zur bestehenden Haftungskaskade auch im Fall der Insolvenz weiterhin vorzusehen.

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen werden abgelehnt.

Art. 5 Nr. 12 § 170 SGB V - Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 170 entspricht dem bisherigen § 171e.

B Stellungnahme

Der neue § 170 führt zu keiner Rechtsänderung und wird hier nicht bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 13 § 173 SGB V - Allgemeine Wahlrechte

A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden gesetzliche Regelungen zu den Wahlrechten der Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten von Ersatz- und Innungskrankenkassen nachgezogen, die in der Vergangenheit bereits aufgrund der bundesweiten Öffnung an Bedeutung verloren hatten.

B Stellungnahme

Die Anpassungen sind nachvollziehbar und folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 14 § 217b SGB V - Organe beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht in § 217b Abs. 4 – 6 SGB V die Bildung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses (LKA) vor, dessen Amtsdauer derjenigen des Vorstandes entspricht. Ihm sollen je ein weibliches und ein männliches hauptamtliches Vorstandsmitglied der Orts-, Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie je ein Geschäftsführungsmitglied der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören. Diese werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewählt. Die Stimmen der Mitglieder des LKA werden nach den Versichertenzahlen der Kassenarten gewichtet.

Nach Abs. 5 bedürfen versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen künftig grundsätzlich der Zustimmung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses. Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung kann der Ausschuss im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung regeln. Im Übrigen können Vertreter des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses an Sitzungen gesetzlicher Gremien, denen der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angehört, teilnehmen.

Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. Sofern der Verwaltungsrat ihn dazu auffordert, muss er eine Stellungnahme abgeben. Im Übrigen sind Mitglieder des Ausschusses berechtigt, an nicht-öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilnehmen.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung wird abgelehnt.

a. Die Schnittstellenfunktion, die das neue Gremium wahrnehmen soll, wird bereits heute durch den Fachbeirat erfüllt. Ihm gehören je zwei Vertreter der Kassenarten, also insgesamt zwölf Personen an, wobei es sich dabei um sieben Führungskräfte (Vorstände/Geschäftsführer) von Krankenkassen und um fünf Führungskräfte der Kassenartenverbände handelt.

Dadurch sind die in der Gesetzesbegründung genannten Motive für die Schaffung des neuen Gremiums bereits heute erfüllt:

- organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und der Umsetzung der gesetzlichen Aufträge des GKV-Spitzenverbandes
- kontinuierlicher Informationsfluss
- schnelle Meinungsbildung zu aktuellen Themen und Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes

- Verbesserung der Transparenz zwischen den Mitgliedskassen und dem GKV-Spitzenverband
- Stärkung der Akzeptanz bei den Krankenkassen für das Handeln des GKV-Spitzenverbandes
- Einbringung der fachlichen Expertise der operativen Ebene in den Entscheidungsprozess des Vorstandes

Während bisher insbesondere die Vertreter der Kassenartenverbände dafür Sorge tragen, dass die Anliegen und Interessen aller Krankenkassen bei den Beratungen berücksichtigt und diesen gespiegelt werden, ist nicht nachvollziehbar, weshalb die genannten Ziele besser oder auch nur genauso gut erreicht werden sollen, wenn das neue Gremium ausschließlich aus Vertretern von zehn Einzelkassen gebildet wird.

Im Übrigen verkennt die Neuregelung, dass der GKV-Spitzenverband auch auf Fachebene in über 100 Arbeitsgruppen in engem Austausch mit Vertretern seiner Mitglieder und deren Verbänden steht. Deren fachliche Expertise ist somit in ausreichendem Maße in die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes integriert. Auch in dieser Hinsicht brächte die vorgesehene Neuregelung daher keinen Mehrwert für die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes.

b. Zudem führt die vorgesehene Neuregelung zu Abgrenzungsschwierigkeiten der dem Vorstand und dem Verwaltungsrat obliegenden Zuständigkeiten und Kompetenzen. Nach dem in der Neuregelung vorgesehenen Kompetenzgefüge bedürfen „Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen“ der Zustimmung des LKA, § 217b Abs. 5 S.1 SGB V. Da Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes, wenn sie autonomes Recht im Sinne der §§ 197 SGB V, 33 SGB IV darstellen, von dessen Verwaltungsrat verabschiedet werden, hinge ihr Erlass künftig von der Zustimmung des LKA ab. Ganz abgesehen davon, dass dadurch die Kompetenzen des durch Sozialwahlen demokratisch legitimierten Verwaltungsrates eingegriffen würde, obläge die Entscheidungskompetenz über die Schaffung autonomen Rechts bei Vertretern von zehn Einzelkassen, die gerade hierzu nicht legitimiert sind.

Nach § 197 Abs. 1 Nr. 2 SGB V hat der Verwaltungsrat den Vorstand zu überwachen. Wenn dieser nun – wie in der Neuregelung vorgesehen – in seinem Handeln in nennenswertem Umfang von der Zustimmung des LKA abhängig ist, zeichnen sich Konflikte und Probleme in der Kompetenzabgrenzung zwischen Verwaltungsrat und LKA ab, da der LKA zum einen für die Entscheidungen des Vorstandes handlungsleitend sein soll und er zum anderen nicht vom Verwaltungsrat überwacht wird. Damit kann der LKA faktisch Entscheidungen des Verwaltungsrates von grundsätzlicher Bedeutung im Verhältnis zum Vorstand blockieren.

Gemäß § 217b Abs. 2 S. 4 SGB V verwaltet der Vorstand den Spitzenverband und vertritt ihn gerichtlich und außergerichtlich. Diese gesetzliche Aufgabenzuweisung wird durch die vorgesehene Neuregelung in erheblichem Umfang eingeschränkt, da der Vorstand nur in besonders zu begründenden Fällen von den Entscheidungen des LKA abweichen darf und somit seine Handlungs- und Entscheidungskompetenzen massiv geschmälert werden. Zumal die Themenbreite im neu vorgesehenen Absatz 5 so ausgestaltet ist, dass nahezu alle Aufgabenbereiche des GKV-

Spitzenverbandes unter sie subsumiert werden können. So haben zum Beispiel Finanzierungsfragen zumindest mittelbar auch immer Versorgungsbezug, so dass der LKA in fast alle Entscheidungen des Vorstandes einzubinden wäre. Damit wäre es dem Vorstand nicht mehr möglich, den Spitzenverband in hinreichendem Maße eigenverantwortlich zu verwalten und zu vertreten.

c. Schließlich werden durch die vorgesehene Neuregelung auch die Entscheidungsstrukturen im GKV-Spitzenverband unnötig erschwert. Ganz abgesehen davon, dass die zwingend für den LKA vorgesehene Aufgabenzuweisung ein intensives und zeitaufwändiges Abstimmungsprocedere verursacht, werden künftig stärker Interessen einzelner Krankenkassen in den Vordergrund rücken, deren Vorstände in den LKA berufen sind. Damit besteht stärker als bisher die Gefahr, dass die dem GKV-Spitzenverband zugeordneten Themen, die naturgemäß ausschließlich wettbewerbsneutral sind, stärker einer wettbewerblichen Diskussion unterliegen werden, und dadurch Gegenstand unnötiger Diskussionen und Kompromisse sein werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Sofern an der Intention einer „stärkere Einbindung des operativen Geschäfts in die Prozesse des GKV-Spitzenverbandes“ festgehalten werden soll, sollte in jedem Fall die Funktionalität der Neuregelungen im Vordergrund stehen. In diesem Kontext wird auf den Kompromissvorschlag des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Art. 5 Nr. 15 § 217c Abs. 1 SGB V - Verwaltungsrat beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes soll künftig aus bis zu 40 Personen bestehen, statt der bisherigen 52 Personen.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

Die bisherige Mitgliederanzahl ist für eine repräsentative Stimmengewichtung weiterhin erforderlich. Denn diese muss zum einen eine Parität der Stimmen zwischen Versichertenvertretern und Arbeitgebervertretern herstellen und zum anderen zu einer größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart führen, § 217c Abs. 2 S. 3 f. SGB V. Dies gelingt nicht annähernd so gut wie bisher, wenn dem Verwaltungsrat nur noch 40 Personen angehören, ohne dass die Repräsentanz der einzelnen Kassenarten darunter leidet.

Schließlich ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gem. § 79 Abs. 2 S. 4 SGB V aus bis zu 60 Mitgliedern bestehen dürfen, während die Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrates beim Spitzenverband Bund um mehr als 20 % auf 40 Personen begrenzt wird.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Art. 5 Nr. 16 § 217d SGB V – Haushaltswesen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der für den Haushaltsplan des Spitzenverbandes Bund bisher geltende Verweis auf § 70 Abs. 1 und 5 SGB IV wird durch den neuen Abs. 4 ersetzt. Demnach ist der vom Vorstand aufgestellte und vom Verwaltungsrat festgestellte Haushaltsplan künftig zum 1. Oktober der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorzulegen, während er bisher der Aufsichtsbehörde nur auf Verlangen vorzulegen war. Die Genehmigung kann in Gänze oder für einzelne Ansätze versagt werden; neben Gesetz und sonstigem für den Spitzenverband Bund geltendem Recht sind hierbei die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes heranzuziehen.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Sie stellt einen eklatanten Eingriff in die Selbstverwaltungsautonomie des Spitzenverbandes Bund und insbesondere die Kernkompetenzen seines Verwaltungsrates dar.

Es gibt keinen Grund, für den Haushaltsplan des Spitzenverbandes Bund strengere Regeln vorzusehen, als sie für die übrigen Sozialversicherungsträger und die Kassenärztlichen (Bundes-) Vereinigungen gelten.

Durch das Genehmigungserfordernis und die vorgezogene Vorlagepflicht werden Planung und Vollzug des Haushaltes unnötig erschwert und verzögert. Dass insbesondere keine Frist zur Genehmigung vorgesehen ist, kann zu schwerwiegenden Vollzugsdefiziten führen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Art. 5 Nr. 18 § 260 Abs. 5 SGB V – Betriebsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 260 Abs. 5 SGB V wird neu gefasst.

Die derzeit enthaltene Bedingung, dass die Betriebsmittel nur dann auf eine Monatsausgabe zurückgeführt werden müssen, wenn der Risikostrukturausgleich bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortentwickelt wird, wird geändert auf die Bedingung, dass bis zum 31. Dezember 2019 eine Reform des Risikostrukturausgleichs durch das Bundeskabinett beschlossen worden ist. Weiterhin ist vorgesehen, dass die vorgesehene Rückführung der Betriebsmittel (Absätze 2a und 4) ab dem 01. Januar 2020 rückwirkend anzuwenden ist. Mit der vorgesehenen Regelung soll klargestellt werden, dass der Vermögensabbau nach § 260 Abs. 2a und 4 ab der Haushaltsplanung 2020 anzuwenden ist, wenn durch das Bundeskabinett bis 31.12.2019 eine Reform des RSA beschlossen worden ist

B Stellungnahme

Aus Sicht der Beitragszahler besteht ein Interesse an stabilen Beitragssätzen bei gleichbleibend hohem Versorgungsniveau. Der Zwangsabbau des Vermögens verhindert diese Stabilität jedoch, indem er starke Sprünge des Zusatzbeitrages begünstigt und so auf eine kurzfristige Entlastung der Beitragszahler deutliche Beitragsanstiege folgen können.

Die erzwungene Vermögensabschmelzung führt zu Kalkulationsunsicherheit und behindert eine vorausschauende Finanzplanung. Zudem wird das Recht der Selbstverwaltung in Bezug auf die Haushaltsautonomie eingeschränkt.

Das gegenwärtige Junktim im § 260 Abs. 5 SGB V, welches ein den Vermögensabbau nach den Absätzen 2a und 4 an eine gesetzlich geregelte Fortentwicklung des RSA bis zum 31.12.2019 knüpft, soll sicherstellen, dass die finanziellen Auswirkungen der RSA-Reform für die Krankenkassen vor dem Einsetzen der Verpflichtung zum Abschmelzen der Finanzreserven abschätzbar und planbar sind. Diese inhaltliche Verknüpfung ist also aus gutem Grund im Interesse der Stabilität und Planungssicherheit der GKV-Haushaltsplanung getroffen worden.

Der jetzige Entwurf dokumentiert, dass die im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) vereinbarte Bedingung für einen Vermögensabbau nicht eingehalten wurde. Eine gesetzliche Fortentwicklung des RSA bis zum 31.12.2019 wird nicht erfolgen, so dass die Haushaltsplanungen für das Jahr 2020 zwangsläufig zunächst auf Grundlage des geltenden Rechts erfolgen müssen.

Kurz vor Ende der Beratungen zum MDK-Reformgesetz im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages wurde – parallel zum GKV-FKG – durch Änderungsantrag Nr. 17 das bisherige politische Junktim zwischen gesetzlichen angeordnetem Vermögensabbau (nach GKV-VEG) und Morbi-RSA-Reform (nach GKV-FKG) komplett gestrichen. In der Begründung des Änderungsantrags erfolgt hierzu lediglich folgende Feststellung: „*Die RSA-Reform befindet sich derzeit noch im Gesetzgebungsprozess und wird erst im Frühjahr 2020 in Kraft treten. Um für die Krankenkassen frühzeitig Planungssicherheit hinsichtlich ihrer Haushaltsplanungen und der Festlegung ihrer Zusatzbeiträge für das Jahr 2020 herzustellen, wird § 260 Absatz 5 mit diesem Gesetzentwurf für eine MDK-Reform gestrichen*.“

Damit haben die Krankenkassen ab dem kommenden Haushaltsjahr 2020 der Verpflichtung nachzukommen, Betriebsmittel und Rücklagen abzuschmelzen, obwohl die RSA-Reform noch nicht abschließend beraten wurde und somit derzeit noch vollkommen unklar ist, welche Auswirkungen sie wann auf die einzelnen Krankenkassen entwickeln wird. Zudem wird eine Berücksichtigung in den laufenden Haushaltsplanungen in zeitlicher Hinsicht schwierig, da die Haushaltsberatungen in den meisten Häusern bereits in den letzten Zügen liegen.

In jüngerer Zeit sind bereits verschiedene Gesetze verabschiedet worden, die die Krankenkassen mit rückwirkenden bzw. finanziell nicht verlässlich planbaren Regelungen belasten. Diese Gesetze sind geeignet, die Finanz- und Haushaltsplanung der Krankenkassen – und somit auch die verlässliche Versorgung der Versicherten – zu beeinträchtigen. Unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten ist diese zunehmende Form der Gesetzgebung nicht nur äußerst fragwürdig, sondern auch im erhöhten Maße begründungsbedürftig. Für das Finanz- und Haushaltsrecht existieren besonders hohe Anforderungen an die sachliche Rechtfertigung derartiger Regelungstatbestände. Richtigerweise darf das Haushaltsrecht der GKV nur so fortentwickelt werden, dass insbesondere abrupte und sprunghafte Änderungen vermieden werden. Denn die finanzielle Stabilität des GKV genießt ein überragend wichtiges Gemeinwohlinteresse (BVerfG, NZS 2005, 479/480 m.w.N.). Dementsprechend muss die Änderung der haushaltsrechtlichen Grundlagen auf Kalkulations- und Planungssicherheit abzielen und auf Beständigkeit ausgerichtet sein. Dies ist mit Blick auf die geplante Streichung der Verknüpfung zwischen Vermögensabbau und Morbi-RSA-Reform sicherlich nicht der Fall. Die Gesetzbegründung verhält sich dabei nicht hinreichend zur Frage der sachlichen Rechtfertigung und Dringlichkeit des geplanten Eingriffs einerseits sowie den Auswirkungen und der Zumutbarkeit andererseits. Die Gesetzbegründung beschränkt sich stattdessen auf die schlichte Paraphrasierung der geplanten Regelung.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung zum Vermögensabbau wird abgelehnt.

Art. 5 Nr. 19 §§ 265a und 265b SGB V - Finanzielle Hilfen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die §§ 265a und 265b werden gestrichen. Finanzielle Hilfen werden stattdessen in den neuen §§ 155 Abs. 3 und 164 Abs. 1 vorgesehen.

B Stellungnahme

Die Abschaffung der Primärhaftung der Kassenarten wird abgelehnt. Daher muss auch der Regelungsgehalt des § 265b erhalten bleiben. Für die Begründung wird auf die Stellungnahmen zu den §§ 155, 164 und 166 verwiesen. Sollte der § 265b gestrichen werden, muss mindestens die Möglichkeit bestehen, freiwillige Finanzhilfen innerhalb der Kassenart zu leisten.

C Änderungsvorschlag

Der bisherige § 265b bleibt erhalten.
Sollte der § 265b gestrichen werden, wird ein neuer Absatz 4 in § 164 eingefügt [*siehe Änderungsvorschlag zu § 164 Abs. 4*].

Art. 5 Nr. 20 § 266 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

B Stellungnahme

Zu a): Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Änderung.

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

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

Zu c):

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

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

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

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

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

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

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

Zu e) cc): Die Änderung ist sachgerecht.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zu i) aa) eee): Die beabsichtigten Streichungen sind eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu i) aa) fff): Die Änderung ist sachgerecht.

Zu h) aa) ggg):

Zu Nr. 6: Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz werden ausdrücklich begrüßt. Wenn einzelne Krankenkassen Kodierbeeinflussung insbesondere in Bezug auf die neu hinzukommenden Krankheiten ergreifen, um sich Wettbewerbsvorteile zu verschaffen, muss dies durch geeignete Instrumente unterbunden werden. Der hier angelegte Mechanismus der sog. Manipulationsbremse ist dazu allerdings aus vielen Gründen absolut ungeeignet. Inwieweit ein Mechanismus, welcher HMGs für alle am Morbi-RSA beteiligten Krankenkassen aus der Zuweisung entfernt, in der Lage ist, den unterstellten vorhandenen Vorsatz für manipulativen Aktivitäten einer einzelnen Krankenkasse zu bremsen, ist mehr als fraglich und vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung der Verfahren nach § 273 SGB V an dieser Stelle auch überflüssig.

Zudem muss das gewählte Instrument auch geeignet sein, Kodierbeeinflussung von anderen Effekten zu unterscheiden, z. B. von solchen aus medizinischen oder diagnostischen Gründen. Bei einem entsprechenden Anstieg in den Leistungsziffern nach §§ 294 bis 303 ist ebenfalls nicht von Kodierbeeinflussung auszugehen. Insbesondere sind aber auch Effekte aus der Einführung oder Änderungen von Kodierrichtlinien im ambulanten wie stationären Bereich zu berücksichtigen. Mit der Implementierung ambulanter Kodierrichtlinien und eines Zertifizierungsverfahrens für Praxissoftware aus dem TSVG wird in den ersten Jahren der Einführung ein deutlicher Anstieg in der Qualität der Kodierung resultieren. Dieser wird sich statistisch in deutlich unterschiedlichen und ggf. auch drastischen Veränderungen in den Häufigkeiten einzelner Diagnosen manifestieren. Diese - wie auch alle anderen - externen von der Krankenkasse nicht beeinflussten Effekte werden in dem grob vereinfachten und mechanistischem Verfahren als Kodierbeeinflussung von Krankenkassen fehlinterpretiert.

Das mechanistische Verfahren nimmt zudem keinerlei Prüfung vor, inwieweit die Veränderungen in den HMG-Besetzungen überhaupt eine kritische Größenordnung überschreiten. Durch die simple Koppelung der Identifikation potenzieller HMGs für die Manipulationsbremse an das 1,5-fache der mittleren Veränderungsrate aller HMGs wirkt die Regelung zukünftig in gleichem Umfang völlig unabhängig davon, ob die mittlere Veränderungsrate 10 % oder 0,1 % beträgt. Im letzteren Fall führte schon eine Veränderung in der HMG-Besetzung von 0,15 % potenziell zum Ausschluss aus der Zuweisung mit der Begründung einer vorliegenden Manipulation, obwohl dieser weit unterhalb eines Wertes läge, wie er allein aus demographischen Effekten erklärbar wäre.

Das hier angelegte Verfahren würde 5 % der Morbiditätsgruppen mit hohen Zuwächsen komplett aus dem Zuweisungsverfahren entfernen, sodass in der Konsequenz keine sachgerechten Zuweisungen für die vorhandenen Morbiditätsrisiken fließen. Zudem wählt es dabei noch die Zuweisungsstärksten aus. Somit droht, dass durch die o. g. 5 % der Morbiditätsgruppen ein Vielfaches an morbiditätsbezogenen Zuweisungen ausgeschlossen wird. Besonders betroffen wären dann solche (Versorger-)Kassen, die eine hohe Prävalenz in den entsprechenden Morbiditätsgruppen aufweisen, auch wenn die Zuwächse in den Morbiditätsgruppen in diesen Kassen ggf. unauffällig oder gar unterproportional sind. Das Verfahren führt in der Konsequenz auch zu erheblichen Unsicherheiten im Rahmen der Haushaltsplanung von rechtskonform handelnden Krankenkassen.

Die durch das Verfahren ausgeschlossenen Zuweisungsmittel werden zudem zu einem sehr relevanten Anteil über Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) und nicht über Morbiditätsgruppen (HMG) neu verteilt. Die Überdeckung insbesondere junger und gesunder Versicherter würde weiter ansteigen. Somit profitierten vor allem Krankenkassen mit einem hohen Anteil eben solcher Versicherten, mit den entsprechenden negativen Anreizen zur Risikoselektion. Die Zielgenauigkeit der Zuweisungen würde deutlich reduziert, und damit die eigentlichen Zielsetzungen aus der Weiterentwicklung des Morbi-RSA, wie sie mit der Einführung des Vollmodells verbunden sind, konterkariert. Mit dem Rückbau der Morbiditätsorientierung würden auch der Wettbewerb der Krankenkassen um die besten Versorgungsangebote beschädigt und entsprechend negative Wirkungen auf das Versorgungsgeschehen resultieren.

Nicht zuletzt führt die Einführung der sog. Manipulationsbremse zu einer unsachgemäßen Virtualisierung der Korrekturbetragsermittlung nach § 273 Abs. 6. SGB V. Hier wird auf die Stellungnahme zur besagten Regelung verwiesen.

Im Ergebnis stellt die sog. Manipulationsbremse einen Etikettenschwindel dar, weil sie Manipulation weder bremst noch bremsen kann, sondern stattdessen die Zuweisungsgenauigkeit deutlich reduziert, Zuweisungen zugunsten von Kassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität umverteilt und Anreize zur Risikoselektion verstärkt. Die Regelung wird daher abgelehnt.

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

Zu Nr. 8: Die Änderung ist sachgerecht.

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

Zu j):

Zu Abs. 10: Die regelmäßige Evaluation der Wirkungen des RSA entspricht einer langjährigen Forderung der AOK-Gemeinschaft und wird begrüßt. Die vorgesehene Fokussierung des Forschungsauftrags „insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die Manipulationsresistenz“ greift allerdings zu kurz. Gleichermaßen relevante Aspekte wie Risikoselektion, Bewahrung von Wirtschaftlichkeitsanreizen, Versorgung- und Versorgungsneutralität bleiben in der Aufzählung unberücksichtigt, sodass die Gefahr besteht, dass diese Aspekte nicht mehr angemessenen Eingang in die Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats finden. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es zudem erforderlich, die Wirkungen und Folgen der mit dem GKV-FKG vorgenommenen, umfassenden Veränderungen in der RSA-Systematik zeitnah empirisch zu untersuchen. Daher wird vorgeschlagen, bereits für das erste Jahr des Wirksamwerdens der GKV-FKG-Neuregelungen (Jahresausgleich 2021) eine Evaluation durchzuführen.

Zu Abs. 11: Die Klarstellung, dass für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach Maßgabe der §§ 266 bis 270 mit Stand vor Inkrafttreten des GKV-FKG erfolgen, ist sachgerecht und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Zu c) Abs. 2 ist wie folgt zu ändern:

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

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

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

Zu i) aa) ddd): Nr. 2b ist zu ändern in:

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

Zu i) aa) ggg): Nr. 6 ist zu ändern in:

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

Zu j):

Abs. 2 ist wie folgt zu fassen:

„(10) Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen, Anreize zur Risikoselektion, Wirtschaftlichkeitsanreize, Versorgung- und Versorgungsneutralität sowie der Manipulationsresistenz sind regelmäßig, mindestens alle vier Jahre

und beginnend mit dem Jahresausgleich 2021, 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."

Art. 5 Nr. 21 § 267 SGB V – Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B Stellungnahme

Zu Absatz 1 Satz 1: Es handelt sich um eine sachgerechte Umsetzung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift.

Zu Absatz 1 Nr. 1 a): Die Einführung regionalstatistischer Merkmale lehnt die AOK-Gemeinschaft ab - siehe unsere Stellungnahme zu § 266 Abs. 2 Satz 1.

Zu Absatz 1 Nr. 4: Berücksichtigt werden soll neben den vollstationären, stationsäquivalenten, teilstationären und ambulanten Behandlungen im Krankenhaus auch die vor- und nachstationären Behandlungen. In der Aufzählung ist die stationäre Ansschlussrehabilitation (sog. Frührehaphase A und B) aufzunehmen.

Zu Absatz 1 Nr. 5: Die Aufnahme der Vertragsnummer nach § 293a ist sachgerecht und wird begrüßt. Auf die Stellungnahme zu § 293a SGB V wird verwiesen.

Zu Absatz 1 Satz 2: Die eingeführte Regelung, dass eine unmittelbare oder mittelbare Einwirkung auf den Inhalt der Leistungsdaten unzulässig ist, sofern diese nicht explizit vorgeschrieben oder zugelassen ist, wird von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich begrüßt. Die Regelung in Satz 2 stellt die Grundlage für die Maßnahmen zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273 SGB V dar. Der Abschluss von Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erfolgt vor dem Hintergrund des gültigen Rechtsrahmens zum jeweiligen Zeitpunkt. Ebenso haben die Aufsichtsbehörden die von den Krankenkassen vorgelegten Verträge unter Beachtung der seinerzeit maßgeblichen Rechtslage geprüft. Der Verweis auf Verstöße gegen die Regelungen insbesondere in den §§ 71, 73b, 83, 140a und 303 im Absatz 1 Satz 2 muss sich deshalb immer auf die jeweils im Berichtsjahr gültige Fassung beziehen. Bei

der Prüfung der Zulässigkeit von Versorgungsverträgen sowie von Arztberatungen im Rahmen von § 273 SGB V durch das BVA für zurückliegende Berichtsjahre muss das BVA bei seiner Prüfung das seinerzeit jeweils maßgebliche Recht zugrunde legen. Es ist sicherzustellen, dass die Maßstäbe von Vertrags- und RSA-Prüfungen nicht auseinanderfallen. Eine besondere Brisanz erlangt dies im Verhältnis zu den Mitgliedern des Vorstandes der Krankenkasse: Die Begründung zu § 21 Abs. 2 RSAV verweist darauf, dass Vorstandsmitglieder der Krankenkasse persönlich zum Ersatz eines entstehenden Schadens verpflichtet sind.

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

Zu Absatz 2: Die Regelung, Versichertentage der Versicherten mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente für die Weiterentwicklung und Evaluation des RSA weiterhin zu nutzen, wird begrüßt. Hier sei allerdings auch auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 20 § 266 SGB V verwiesen.

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

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

Zu Absatz 4: Es handelt sich um eine sachgerechte Umsetzung im Rahmen der Neuordnung der Vorschrift. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollte weiterhin ermächtigt werden, im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere zum Inhalt und Verfahren der Datenmeldung insbesondere zum Absatz 1 Satz 1 sowie nach Absatz 2 und Absatz 3 Satz 1 zu bestimmen. Für alle aufgeführten Bereiche sind Abstimmungsbedarfe erforderlich. Die Ermächtigung hierzu sollte weiterhin gelten und daher die Formulierung präzisiert werden.

Zu Absatz 5: Es handelt sich um eine sachgerechte Umsetzung.

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

C Änderungsvorschlag

Zu Absatz 1 Nr. 1 a: Die Wörter „und der regionalen Merkmale“ werden gestrichen.

Zu Absatz 1 Nr. 4: Nach den Wörtern „§ 301 Absatz 1 Nummer 7“ sind die Wörter „sowie nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 bis 7“ aufzunehmen.

Absatz 1 S. 2 wird wie folgt gefasst:

„Eine unmittelbare oder mittelbare Einwirkung der Krankenkassen auf den Inhalt der Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 und die Art und Weise der Aufzeichnung insbesondere unter Verstoß gegen die §§ 71 Absatz 6 Satz 9, 73b Absatz 5 Satz 7 und 8, 83 Satz 4 und 5, 140a Absatz 2 Satz 7 und 8 und 303 Absatz 4 ist unzulässig, soweit sie in § 73b Absatz 5a Satz 1 oder anderen Vorschriften in diesem Buch nicht vorgeschrieben oder zugelassen ist; hierbei sind die für den jeweiligen Zeitraum geltenden Rechtsvorschriften anzuwenden.“

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere zu den Fristen der Datenübermittlung nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 zu übermittelnden Daten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere zum Inhalt, der zeitlichen Zuordnung, zum Umfang, sowie zum Verfahren der Datenmeldung nach Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 sowie Absatz 3 Satz 1.“

Art. 5 Nr. 21 § 268 SGB V – Risikopool

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Regelung führt ab dem Jahr 2021 einen Risikopool neben dem RSA ein. Er gilt für Versicherte, deren ausgleichsfähigen Leistungsausgaben bei einer Krankenkasse einen Schwellenwert überschreiten. Dieser Schwellenwert ist für das Jahr 2021 auf 100.000 Euro festgelegt und soll in den Folgejahren dynamisch an die jährliche Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten angepasst werden. Über den Risikopool werden ausgleichsfähige Leistungsausgaben oberhalb des Schwellenwerts zu 80 Prozent in Form eines IST-Kosten-Ausgleichs zugewiesen. Das Bundesversicherungsamt kann zum Zwecke der Prüfung der für den Risikopool notwendigen Daten neben Geschäfts- und Rechnungsergebnissen weitere Auskünfte und Nachweise von den Krankenkassen anfordern. Das BMG regelt das Nähere zum Verfahren in der RSAV.

B Stellungnahme

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

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

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

Nur im prospektiven Konzept des Morbi-RSA werden durch einen standardisierten Ausgleich von Folgekosten die notwendigen Anreize gesetzt, Risikoselektion zu vermeiden und die Versi-

chertenversorgung vorausschauend kosteneffektiv zu gestalten. Sollte der Gesetzgeber dennoch an einem Ausgleich für Hochkostenversicherte festhalten, so wäre dieser auf Unterdeckungsbeträge nach Umsetzung des Morbi-RSA zu beziehen und nicht auf einen fixen Schwellenwert neben selbigen.

C Änderungsvorschlag

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

Art. 5 Nr. 22 § 269 SGB V – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

Redaktionelle Folgeanpassungen sind in Abs. 3 erforderlich.

C Änderungsvorschlag

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

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

Art. 5 Nr. 23 § 270 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Regelungen wird für Krankenkassen eine versichertenbezogene Pauschale für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie Schutzimpfungen eingeführt. Die Vorsorgepauschale soll Anreize für die Krankenkassen zur Förderung von Präventionsleistungen setzen. Pauschalzahlungen sollen die Krankenkassen nur für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien konkretisierten und als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchungen, zahnärztliche Individualprophylaxeleistungen sowie Schutzimpfungen erhalten.

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

B Stellungnahme

Zu a) aa) aaa): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der §§ 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu a) aa) bbb): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der §§ 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu a) aa) ccc): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der §§ 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu a) bb): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung der §§ 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu b): Es handelt sich um sachgerechte redaktionelle Folgeänderung infolge der Neufassung des § 266 Abs. 4 SGB V. Die Fristen und Vorgaben zur Pseudonymisierung und Datenübermittlung sind sachgerecht.

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

Zu d): Leistungen aus Selektivverträgen müssen in die Pauschalen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen Eingang finden. Gemäß § 73b Abs. 5 Satz 3 SGB V, § 73c Abs. 4 Satz 2 SGB V und § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V können Selektivverträge aber auch Abweichendes von den im 3. Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie Leistungen nach den §§ 20i, 25, 26 sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen und der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Dies trifft insbesondere auf Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen zu. Abweichungen können dabei für den Leistungsinhalt, den Leistungsanspruch wie auch für die Vergütungshöhe vereinbart werden. Insbesondere in geschiedsten HzV-Verträgen werden die Inhalte häufig vertragsersetzend durch eine Schiedsperson festgelegt. In solchen Fällen sind die Inhalte von den betroffenen Krankenkassen nur bedingt beeinflussbar und weichen in der Praxis häufig von den definierten Leistungsinhalten der entsprechenden Richtlinien ab.

Nach § 73b Abs. 1 haben die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten. Die Vertragspflicht nach § 73b Abs. 1, die Öffnungsklauseln nach § 73b Abs. 5 Satz 3 SGB V und § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V sowie das Gebot der Vertragsneutralität sind zu berücksichtigen, um das gesetzgeberische Ziel zur Stärkung der Präventionsorientierung des RSA erreichen zu können. Ein Ausschluss selektivvertraglicher Vorsorge- und Früherkennungsleistungen würde dieser Zielsetzung entgegenstehen und die Förderungen der Inanspruchnahme solcher Präventionsmaßnahmen unzulässiger Weise begrenzen. Anreize für die Krankenkasse zur Präventionsorientierung würden entgegen der Intention dieser Regelung geschwächt. Hier sei auch auf die Stellungnahme zum Artikel 6 Nr. 7 § 15 Absatz 2 RSAV verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Zu d): Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Den Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach Satz 1 gleichgestellt sind Leistungen nach den §§ 20i, 25 und 26 gemäß §§ 73b Abs. 5 Satz 3 und 140a Abs. 2 Satz 2, soweit sie diesen entsprechen, vergleichbar sind oder darüber hinaus gehen.“

Art. 5 Nr. 24 § 270a SGB V – Einkommensausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Zu a): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung des § 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu b): Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung des § 266 SGB V sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 25 § 271 SGB V – Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 271 SGB V beinhaltet Regelungen zum Gesundheitsfonds. Die vorgenommenen Änderungen sind Folge der Neuordnung des § 266 SGB V sowie der Einführung des Risikopools mit § 268 SGB V. Zusätzlich wird die Erhöhung der Einnahmen des Gesundheitsfonds durch die Entnahme von 225 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve für das Jahr 2020 geregelt, mit der Mehrausgaben in Folge der Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes finanziert werden sollen.

B Stellungnahme

Zu a): Die Änderung wird abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nr. 1 § 8 KHEntgG wird verwiesen.

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

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

C Änderungsvorschlag

Zu a): Die Anfügung der Regelung an Absatz entfällt.

Zu b): wird wie folgt gefasst: In Absatz 5 wird die Angabe „§ 269“ gestrichen.

Art. 5 Nr. 26 § 273 SGB V – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

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

Die Beweislast bei der Aufklärung von Rechtsverstößen wird umgekehrt. Gelingt es der Krankenkasse innerhalb der gesetzten Frist nicht, die Plausibilität der Datenmeldung nachzuweisen und den Verdacht eines Rechtsverstoßes auszuräumen, wird von einer Kodierbeeinflussung der Leistungserbringer durch die Krankenkasse ausgegangen. Ein tatsächlicher Morbiditätsanstieg kann vom Bundesversicherungsamt dann als plausibel anerkannt werden, wenn er mit einem entsprechenden Anstieg in den Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 SGB V einhergeht. Verbesserte Versorgungsleistungen von Versicherten im Rahmen von Versorgungsverträgen werden ebenfalls als erklärende Faktoren genannt. Das Bundesversicherungsamt kann im Rahmen der Prüfung die Rechtmäßigkeit vorgelegter Versorgungsverträge bewerten und ist dabei nicht an die Bewertung durch die zuständige Aufsichtsbehörde gebunden.

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

Zudem sollen die Regelungen zu einer Beschleunigung der Verfahren beitragen. Krankenkassen werden verpflichtet, innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Feststellungsbescheids die Gründe für die Auffälligkeit darzulegen. Bei nicht ausreichender Darlegung der Krankenkasse erfolgt die Ermittlung eines Korrekturbetrags, um den die Zuweisungen zu kürzen sind. Dabei ist auf einen Zustand vor Durchführung der sog. „Manipulationsbremse“ (§ 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV) aufzusetzen, d. h. alle Morbiditätsgruppen einschließlich derjenigen, die unter die § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV fallen und daher im Jahresausgleich aus dem Zuweisungsverfahren ausgeschlossen wurden, sind bei der Berechnung der Korrekturbeträge mit zu berücksichtigen.

Absatz 7 legt fest, dass die neuen Prüfverfahren für die statistische Auffälligkeitsprüfung sowie für die Verdachtsprüfungen für die noch nicht abgeschlossenen Verfahren der Berichtsjahre ab 2013 gelten. Weiterhin wird klargestellt, dass aus einer bisherigen aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung von Verträgen kein Vertrauensschutz auf etwaige, erst im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung festgestellter Rechtsverstöße abgeleitet werden kann. Darüber hinaus wird mit Satz 3 eine Anwendung der neuen Prüfregelungen auf - bis zum Inkrafttreten des Gesetzes bereits abgeschlossene Einzelfallprüfungen - ausgeschlossen.

B Stellungnahme

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

Zu Absatz 1:

Die Regelung zum Prüfauftrag des Bundesversicherungsamts ist sachgerecht und wird begrüßt. Als ergänzende Regelung muss es Krankenkassen aber auch ermöglicht werden, Versorgungsverträge auch ex ante vom Bundesversicherungsamt auf die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Abs. 1 S. 2 SGB V überprüfen zu lassen. Dies dient der Erhöhung der Rechtssicherheit und der zusätzlichen Beschleunigung der Verfahren nach § 273 SGB V. Vor dem Hintergrund, dass Versorgungsverträge weitreichende Relevanz für das Versorgungsgeschehen und damit auch für die Datenmeldungen nach § 267 Abs. 1 S. 1 SGB V entfalten können, ist das Vorliegen eines Prüfergebnisses des Bundesversicherungsamts innerhalb einer angemessenen Frist unabdingbar. Die Fristbindung entspricht dem allgemeinen Gebot des zügigen Verwaltungshandelns und dient lediglich der – angesichts der Relevanz für die Krankenkassen notwendigen – Klarstellung.

Zu Absatz 2:

Die Neuregelung in Absatz 2 wird begrüßt. Für eine weitere Stärkung dieses Prüfinstruments ist es allerdings zwingend erforderlich, die Auffälligkeitsprüfung um eine zusätzliche regionale Dimension zu erweitern, da in der aktuellen Umsetzungsform eine Ungleichbehandlung von Krankenkassen mit regionalen Schwerpunkten resultiert. Denn berücksichtigt man die unterschiedlichen regionalen Schwerpunkte der Krankenkassen bezüglich ihrer Versicherten, dann ist festzustellen, dass im vorgeschlagenen Verfahren statistisch signifikante Steigerungen in den Morbi-RSA-Datengrundlagen nicht für alle Krankenkassen gleichermaßen zielgenau identifiziert werden können. Denn während bei Krankenkassen mit regionalem Tätigkeitsschwerpunkt regional spezifische Steigerungen in der Diagnosehäufigkeit zur Auffälligkeit führen, nivellieren sich diese Einflüsse bei Krankenkassen mit weiter gefasstem Tätigkeitsgebiet zunehmend auf den GKV-Durchschnitt. Die Zielsetzung des § 273 SGB V ist es, Auffälligkeiten in den gemeldeten Diagnosedaten auf die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Abs. 1 S. 2 SGB V zu überprüfen und Verstöße, wie z. B. Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung, zu ahnden. Für ein einzelnes Berichtsjahr wären solche Maßnahmen einer Krankenkasse aber nicht nur bundesweit gleichförmig zu erwarten, sondern insbesondere auch regional fokussiert, zum Beispiel auf das Gebiet einer einzelnen KV. Ohne eine zusätzliche regionale Dimension in der statistischen Auffälligkeitsprüfung blieben solche Maßnahmen bei bundesweit agierenden Krankenkassen ggf. unentdeckt. Die ab dem Berichtsjahr 2016 erfolgte Erweiterung der Versichertenstammdaten in den Datenmeldungen um den Gemeindeschlüssel zum Wohnort des Versicherten hatte dies bereits zur Intention und kann hierfür genutzt werden. Auch für die Berichtsjahre 2013 bis 2015 ist eine regionsbezogene Prüfung vorzusehen. Konkrete Vorschläge, wie dies umgesetzt werden kann, hat die AOK-Gemeinschaft bereits in den Anhörungsverfahren zur Umsetzung der Auffälligkeitsprüfung nach § 273 Abs. 2 Satz 5 SGB V eingebracht.

Zu Absatz 3:

Die entfallene Verpflichtung zur Überprüfung auf eine direkte Kausalität zwischen den statistischen Auffälligkeiten und einem erheblichen Anstieg der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds beschleunigt die Verfahren nach § 273 SGB V. Vor dem Hintergrund der Zielsetzung ist dies sachgerecht. Eine Geringfügigkeitsschwelle ist ebenfalls sachgerecht. Grundsätzlich nachvollziehbar ist auch, dass HMGs, die unter die sog. Manipulationsbremse fallen, bei der Prüfung des BVA, ob die statistischen Auffälligkeiten zu erheblichen Zuweisungssteigerungen geführt haben können, ausgenommen sind. Dies stellte sicher, dass auch für Krankenkassen mit statistisch auffälligen Diagnoseveränderungen eine Prüfung der zugrundeliegenden Ursachen und ggf. eine Sanktionierung erfolgen könnte, bei denen die entsprechenden Diagnosen in HMGs weisen, die unter die Verfahren nach § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV fielen. Die Einführung der Manipulationsbremse selbst wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt. Hier sei auf die Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 20 § 266 SGB V verwiesen. Der Verweis auf § 18 Abs. 1 Satz 4 RSAV ist daher entbehrlich.

Zu Absatz 4:

Die Intention in Abs. 4 Satz 1, die Verfahren nach § 273 SGB V deutlich zu beschleunigen, wird begrüßt. Mit den neuen Regelungen kann das Bundesversicherungsamt bei unzureichender oder unvollständiger Darlegung der Gründe für die Auffälligkeit umgehend einen Korrekturbetrag ermitteln. Allerdings führt die formulierte Umkehr der Beweislast zu einer Begründung von Obliegenheiten, die nicht zu erfüllen sind. Zwar nennt das Gesetz Anforderungen an zwei denkbare Begründungen durch die Krankenkassen. Abschließend den Beweis zu erbringen, etwas nicht getan zu haben, ist nach allgemeinen Beweisgrundsätzen allerdings unmöglich. Die Unmöglichkeit dieses Beweises führt zwangsläufig dazu, dass Krankenkassen für vermeintliche Rechtsverstöße zur Rechenschaft gezogen werden können, die sie tatsächlich nicht begangen haben.

Die Regelung in Absatz 4 Satz 3, zulässige Nachweise für einen Anstieg der Morbidität im Verfahren nach § 273 SGB V näher zu definieren, wird von der Grundidee her begrüßt. Die Verknüpfung, dass Steigerungen in der Morbidität sich auch in den Leistungsdaten aus den Verfahren nach §§ 294 bis 303 SGB V widerspiegeln, ist als ein möglicher Ansatz geeignet, eine Morbiditätssteigerung zu erklären. Es sei allerdings darauf verwiesen, dass nicht zu allen zulässigen Schlüsseln der Diagnoseklassifikation des ICD-10 GM eine korrespondierende Leistungsziffer definiert ist bzw. die Bestimmungen zur Abrechnung die Meldung der Leistungsziffer ggf. untersagen. Daher sollte das Bundesversicherungsamt aufgrund der Regelung nicht zu einer Sanktion der Krankenkasse verpflichtet werden, wenn es selbst oder nach Darlegung der Krankenkasse eine solche Konstellation erkennt.

Daneben treten in der Praxis zahlreiche Konstellationen steigender Diagnosekodierung auf, die also nicht morbiditätsbedingt sind und nicht durch die Krankenkasse beeinflusst wurden. Mit Einführung der Kodierrichtlinien sind Formen der geänderten Kodierung der Leistungserbringer vermehrt zu erwarten, die sich dann regional und in Abhängigkeit von der Morbiditätsstruktur der Krankenkasse im Zeitverlauf sehr wahrscheinlich unterschiedlich auswirken werden. Dies unterstreicht nochmal deutlich die Notwendigkeit einer regionalen Perspektive in den Verfahren

nach § 273 wie bereits zu Absatz 2 dargelegt. Nicht zuletzt dürfen fehlerhafte Datenmeldungen der Leistungserbringer selbst nicht zur Sanktion der Krankenkasse führen, wie z.B. fehlerhafte Praxissoftware in Bezug auf die dort hinterlegten ICD-Klassifikation o.ä. Bei der Prüfung des Anstieges der Morbidität im Rahmen von § 273 SGB V für zurückliegende Berichtsjahre muss das Bundesversicherungsamt bei seiner Prüfung das seinerzeit jeweils maßgebliche Recht zugrunde legen. Es ist somit sicherzustellen, dass für vergangene Zeiträume das jeweils gültige Recht angewandt wird und keine rückwirkende Anwendung neuer Rechtsnormen erfolgt.

Die Prüfung vorgelegter Versorgungsverträge auf die Einhaltung der Vorgaben des § 267 Abs. 1 S. 3 SGB V (neu) im Rahmen der Verfahren nach § 273 SGB V durch das Bundesversicherungsamt ist notwendig für eine umfassende Würdigung der dargelegten Gründe. Die in der Begründung zu Abs. 4 S. 3 genannte erneute Prüfung auch von bereits aufsichtsbehördlich genehmigten Verträgen ist allerdings dahingehend problematisch, dass die Krankenkassen auf das Ergebnis der bereits erfolgten Rechtmäßigkeitskontrolle vertrauen können müssen. Dies gilt für bundes- wie landesunmittelbare Krankenkassen gleichermaßen. Denn die in § 87ff. SGB IV normierte Rechtsaufsicht ist insofern allumfassend, als dass die zuständige Aufsichtsbehörde bei der Aufsichtsführung über die Krankenkasse alle Rechtsvorschriften einschließlich der Vorschriften zum RSA berücksichtigen muss. Die Prüfung der Verträge durch das Bundesversicherungsamt muss zudem vor dem Hintergrund des zum Berichtsjahr geltenden Rechts erfolgen.

Zu Absatz 5:

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

Gemäß Begründung zu Absatz 5 liegt es im Ermessen des Bundesversicherungsamtes, zu entscheiden, ob es für einen identischen Sachverhalt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach den Absätzen 2 bis 4 und Absatz 5 auf der Grundlage von Absatz 4 oder Absatz 5 prüft. Dies verbessert die Effizienz des Prüfverfahrens nach § 273 SGB V und wird daher begrüßt.

Zu Absatz 6:

Die Regelungen zur Ermittlung eines Korrekturbetrags bei nicht ausreichender Darlegung der Krankenkasse nach Absatz 4 und Absatz 5 sowie bei Feststellung eines Rechtsverstoßes der Krankenkasse sind grundsätzlich sachgerecht. Problematisch ist allerdings, dass die Berücksichtigung von Morbiditätsgruppen, die im Jahresausgleich aufgrund der mit § 18 Abs. 1 Satz 4 RSAV eingeführten Manipulationsbremse aus der Zuweisungsberechnung ausgeschlossen wurden, zu erheblichen Unschärfen in der Korrekturbetragsberechnung führen. Insoweit die Sanktionierung HMGs betrifft, die unter die Manipulationsbremse fallen, erfolgt eine Korrektur von Zuweisungen, die nicht geflossen sind. Aber auch für alle übrigen HMGs ergeben sich fehlerhafte Korrekturbeträge, weil die Verwendung der Zuweisung vor Anwendung der Manipulationsbremse die tatsächlich im Jahresausgleich (mit Manipulationsbremse) geflossenen Zuweisungsbeträge systematisch fehlschätzt. Die Korrektur- und Sanktionsbetragsermittlung basiert also durchweg auf virtuellen Zuweisungen, was weder sachgerecht noch zielführend ist. Die Einführung der sog. Manipulationsbremse lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Hier sei auf die Stellungnahme zu Artikel

5 Nr. 20 § 266 SGB V verwiesen. Aus diesem Grund ist der Ausschluss des § 18 Abs. 1 Satz 4 RSAV bei der Ermittlung des Korrekturbetrages entbehrlich.

Zu Absatz 7:

Die Anwendung der neuen, effizienteren Prüfverfahren für die statistische Auffälligkeitsprüfung sowie für die Verdachtsprüfungen für die noch nicht abgeschlossenen Verfahren der Berichtsjahre ab 2013 wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings ist bei der Prüfung für zurückliegende Berichtsjahre das jeweils maßgebliche Recht zugrunde zu legen, damit keine rückwirkende Anwendung neuer Rechtssituationen erfolgt. Abgelehnt wird die in Satz 2 formulierte erneute Prüfung und Bewertung auch von bereits den Aufsichtsbehörden bereits vorgelegten und von diesen nicht innerhalb der gesetzlichen Fristen beanstandeten Verträgen. Eine Krankenkasse muss sich darauf verlassen können, dass sie einer durch die Aufsicht ausgesprochenen Genehmigung vertrauen kann und dass die Aufsichtsbehörde einen – ggf. auch ohne gesetzliche Verpflichtung vorgelegten Vertrag – beanstandet hätte, wenn er – aus welchem rechtlichen Grund auch immer - nicht zulässig ist. Die Prüfung der Verträge durch das Bundesversicherungsamt muss zudem vor dem Hintergrund des zum Berichtsjahr geltenden Rechts erfolgen. Die in Satz 3 normierte Nichtanwendung der neuen Prüfregelungen auf bis zum Inkrafttreten des Gesetzes bereits abgeschlossene Einzelfallprüfungen ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird um nachstehende Sätze ergänzt:

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

Absatz 2 S. 1 wird wie folgt geändert:

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

Zu Absatz 3: Die Einführung der sog. Manipulationsbremse wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt. Absatz 3 ist daher wie folgt zu fassen:

„(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. Das Bundesversicherungsamt teilt eine Feststellung nach Satz 1 der betroffenen Krankenkasse mit. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend."

Absatz 4 S. 2 wird wie folgt geändert:

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

Absatz 4 S. 3 wird wie folgt ergänzt:

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

Absatz 5 S. 1 wird wie folgt ergänzt:

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

Zu Absatz 6: Die Einführung der sog. Manipulationsbremse wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt. Absatz 6 ist daher wie folgt zu fassen:

„(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. 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."

Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Das Bundesversicherungsamt führt die Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 5 ab dem Berichtsjahr 2013 durch. 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."

Art. 5 Nr. 27 § 284 SGB V – Sozialdaten bei den Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 28 § 293a SGB V – Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll beim Bundesversicherungsamt (BVA) eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) und besondere Versorgung (§ 140a SGB V) geschaffen werden. Jedem Vertrag soll künftig vom BVA eine Vertragsnummer zugeordnet werden.

Die Vertragstransparenzstelle soll zum einen dem Zweck der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und zum anderen der Information der Öffentlichkeit dienen.

Im Gesetzestext sind erste Angaben benannt, die das Verzeichnis enthalten soll. Das Nähere zu Art, Aufbau und Verfahren hat dann das BVA innerhalb von drei Kalendermonaten nach Inkrafttreten des Gesetzes zu bestimmen.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, die erforderlichen Daten bis spätestens vier Kalendermonate nach Inkrafttreten des Gesetzes an die Transparenzstelle zu übermitteln.

Die erstmalige Veröffentlichung soll innerhalb von fünf Kalendermonaten nach Inkrafttreten des Gesetzes erfolgen.

Außerdem werden die Vertragspartner bei Versorgungsverträgen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen wurden, verpflichtet, innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Vertragsnummer die Voraussetzungen für die softwaretechnische Umsetzung der Übermittlung der Vertragsnummer im Rahmen der Übermittlung der Abrechnungsdaten an die Krankenkassen zu schaffen.

B Stellungnahme

Die Einrichtung einer Transparenzstelle für den Zweck Qualitätssicherung der Datengrundlagen für den RSA wird begrüßt. Als Informationsbasis für die Versicherten ist das Verzeichnis allerdings ungeeignet. Die Information der Versicherten über Versorgungsangebote sollte den Krankenkassen überlassen bleiben. Die Fristen für die IT-Umsetzung des neuen Meldesystems sind unrealistisch kurz.

Für die AOK ist ein qualifiziertes Vertragsregister und die Vertragskennzeichnung der Diagnosen in den RSA-Meldungen ein zentrales Element zur wirksamen Qualitätssicherung der Datengrundlagen für den RSA. Daher wird die mit dem Kabinettsentwurf erstmals vorliegende Regelung zur Einrichtung einer Vertragstransparenzstelle in der Sache ausdrücklich begrüßt. Das aufzubauende Verzeichnis bietet einen Zuwachs an Transparenz für Aufsichtsbehörden und weitere für die Gesundheitsversorgung zuständige Landesbehörden.

Ein für die Sicherung der Datengrundlagen im RSA ausgelegtes Instrument gleichzeitig auch für die Information von Versicherten nutzen zu wollen, wird hingegen abgelehnt. Versicherte haben einen gänzlich anderen Informationsbedarf, sowohl in Inhalt wie auch in Form. Für die Versicherteninformation wären umfangreiche Informationen erforderlich, wenn sie ihnen einen

Mehrwert bieten sollen. Durch die Konzentration der Transparenzstelle auf die Funktion im Kontext des RSA können die Datenlieferungen spezifisch und schlank ausfallen. Es ist nicht erforderlich, das Aufgabengebiet des BVA um die Kommunikation mit Versicherten zu erweitern. Die Aufgabe, die Versicherten über konkrete Versorgungsangebote zu informieren, sollte weiterhin bei den Krankenkassen und ggf. ihren Vertragspartnern bleiben.

Kritisch wird vor allem die Zeitschiene für die initiale Umsetzung des Meldeverfahrens beurteilt. So soll zwischen der erstmaligen Spezifikation der Meldung der Vertragsangaben und der erstmaligen Lieferung durch die Krankenkassen gerade mal ein Monat liegen. Diese Frist ist für die Programmierung und Implementierung entsprechender IT-Schnittstellen, Datenabzugs- und Datenbereitstellungssoftware illusorisch. In diesem Zeitfenster sind allenfalls manuelle Datenlieferungen als Zwischenlösung denkbar, die allerdings sowohl bei den Krankenkassen aber vor allem auch beim BVA einen hohen Aufwand erfordern. Die Etablierung eines neuen Datenaustauschsystems benötigt mehr Zeit.

Auch die Verpflichtung der Vertragspartner bei Versorgungsverträgen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen wurden, innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Vertragsnummer die Voraussetzungen für die softwaretechnische Umsetzung der Übermittlung der Vertragsnummer zu schaffen, ist für die *initiale* Umsetzung unrealistisch. Updates für die Praxissoftware von Ärzten erfolgen in der Regel im Quartalsrhythmus. Zudem benötigen die Softwarehersteller entsprechenden Vorlauf zur Programmierung und Qualitätssicherung. Auch bedarf es einer Anpassung der entsprechenden Technischen Anlage zum Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V des GKV-Spitzenverbands. Für den dann laufenden Routinebetrieb ist die Regelung im Absatz 3 Satz 3 entbehrlich, da sich die Verpflichtung zur Meldung der Vertragsnummer dann ohnehin unmittelbar aus dem neuen § 295 Abs. 1b Satz 8 neu SGB V ergibt.

C Änderungsvorschlag

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

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

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

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

6. die Vertragsnummer nach Satz 4

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

(2) Die Vertragstransparenzstelle bestimmt bis zum … [einsetzen: letzter Tag des dritten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] 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.~~“

Art. 5 Nr. 29 § 295 SGB V – Abrechnung ärztlicher Leistungen

Zu Buchstaben a) und b)

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit Art. 5 Nr. 28 (§ 293a neu SGB V) wird eine zentrale Transparenzstelle für Verträge zur hausarztzentrierten (§ 73b SGB V) sowie besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) geschaffen (Vertragsregister). In diesem Kontext wird jedem Vertrag zur Identifikation eine Vertragsnummer zugeordnet.

Im Rahmen der Abrechnung ärztlicher Leistungen für Verträge nach § 73b und § 140a SGB V sind die Leistungserbringer künftig verpflichtet, auch die von der neuen Transparenzstelle vergebene Vertragsnummer an die Krankenkassen zu übermitteln. Dies gilt sowohl für Verträge mit als auch ohne Beteiligung einer Kassenärztlichen Vereinigung.

B Stellungnahme

Die Pflicht zur Übermittlung der Vertragsnummer wird begrüßt. Sie schafft die Voraussetzung dafür, dass das mit der Vertragstransparenzstelle und der Vertragsnummer intendierte Ziel, nämlich die Datengrundlagen für den RSA zu sichern, erreicht werden kann. Durch die Datenübermittlung wird eine Zuordnung der Abrechnungs- und Diagnosedaten zu einem bestimmten Versorgungsvertrag möglich. Die dadurch entstehende Transparenz ist ein hilfreiches Element zur wirksamen Qualitätssicherung der Datengrundlagen für den RSA.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Buchstabe c) Doppelbuchstaben aa) und bb)

A Beabsichtigte Neuregelung

Sprachliche Klarstellung, dass die ambulanten Kodierrichtlinien des Absatzes 4 Satz 3 neben Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel auch Prüfmaßstäbe umfassen, welche ebenfalls Regelungsgegenstand der nachfolgenden Sätze 4, 5 und 6 sind.

B Stellungnahme

Die Klarstellung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc)

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass das Zertifizierungsverfahren der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich der Umsetzung der Kodierrichtlinien für Software, die außerhalb der vertrags-

ärztlichen Versorgung zur Anwendung kommt, auch die pflichtgemäße Übermittlung der Vertragsnummer für Verträge zur hausarztzentrierten (§ 73b SGB V) sowie besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) umfasst.

B Stellungnahme

Der explizite Einbezug in den Zertifizierungsverfahren wird begrüßt. Damit wird sichergestellt, dass dieser Funktionsbereich nach einheitlichen Standards in die unterschiedlichen Softwareprodukte implementiert wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 30 § 302 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A Beabsichtigte Neuregelung

In Zusammenhang mit der Änderung des § 305a, der eine Beratung der Ärzte über die Wirtschaftlichkeit der von ihnen veranlassten Leistungen ausschließlich durch die jeweilige kassenärztliche Vereinigung vorsieht, sollen den kassenärztlichen Vereinigungen die zur Aufgabenerfüllung notwendigen Abrechnungsdaten zur Verfügung gestellt werden.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 305a (Art. 5 Nr. 33), auf die dortigen Ausführungen wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderung der aktuellen Rechtlage, Streichung der vorgesehenen Regelung.

Art. 5 Nr. 31 § 303 SGB V – Ergänzende Regelungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben redaktionellen Änderungen wird für die Beauftragung der Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der dafür erforderlichen Daten der Zweck „zur Vorbereitung und Umsetzung der Beratung der Vertragsärzte nach § 305a“ gestrichen.

B Stellungnahme

Die Streichung wird abgelehnt. Hier wird auf die Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 33 § 305a SGB V verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Die Streichung von „sowie zur Vorbereitung und Umsetzung der Beratung der Vertragsärzte nach § 305a“ ist zurückzunehmen.

Art. 5 Nr. 32 § 304 SGB V – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Folgeänderungen aufgrund der Neuordnung des § 266 sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 33 § 305a SGB V – Beratung der Vertragsärzte

A Beabsichtigte Neuregelung

Im § 305a SGB V soll durch die Streichung der Wörter „und Krankenkasse“ deren Möglichkeiten abgeschafft werden, Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über Fragen der Wirtschaftlichkeit in Bezug auf erbrachte, verordnete oder veranlasste Leistungen zu beraten. Zugleich wird vorgeschlagen, die im Zuge des HHVG eingeführte Klarstellung in Bezug auf die Aufgaben der Krankenkassen zu streichen.

B Stellungnahme

Niedergelassene Ärzte sind zentrale Akteure der Versorgung von Patienten. Sie verantworten nicht nur ihre eigenen Leistungen, sondern gestalten die bedarfsgerechte Versorgung durch erbrachte, verordnete oder veranlasste Leistungen. Daher ist ein Dialog zwischen Arzt und Krankenkasse notwendig und unverzichtbar, denn die Beratung dient der Qualität und der Patientensicherheit. Sie wird von den Vertragsärzten geschätzt und ist für den Arzt freiwillig. Diese Anerkennung und Bedeutung der aktuellen Beratungsleistung im bisherigen System wurde jüngst in einer durch die AOK Niedersachsen veranlassten und durch das Marktforschungsinstitut „produkt + markt“ im Dezember 2018 durchgeführten Arztbefragung zum Thema „Zufriedenheit mit der Arztberatung“ deutlich: 85% der teilnehmenden Ärzte befanden die Arztberatung für gut oder sehr gut (Ø 1,8 auf einer Skala von 1 bis 5).

Versorgungsorientierte Krankenkassen beraten durch qualifizierte Mitarbeiter Ärzte unter anderem bei der sinnvollen Verordnung von Leistungen auch im Rahmen der Pharmakotherapieberatung, informieren über Änderungen von Richtlinien oder über besondere Versorgungsangebote der Krankenkassen, wie z. B. den Disease-Management-Programmen. Die Beratungen durch Krankenkassen umfassen ein breites Spektrum von wichtigen Fragen der alltäglichen Patientenversorgung und helfen zum Nutzen der Patienten, Komplikationen im Praxisalltag vorzubeugen. Reibungslose Abläufe zwischen Arzt und Krankenkasse sind z. B. nur dann gewährleistet, wenn Vertragsärzte darüber informiert sind, welche Einzelheiten bei der Veranlassung von Leistungen zu berücksichtigen sind. Diese Aspekte sind im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsberatungen durch die Prüfungsstellen nicht abgedeckt, weil diese erst ansetzen, wenn sich ein Prüfanlass ergibt, i. d. R. also wenn Auffälligkeiten oder Fehler bestehen. Somit wird mit der vorgesehenen Regelung auch der Grundsatz von „Beratung vor Regress“ konterkariert. Auch sind die in der Begründung angeführten Beratungen hierzu keine Alternative, denn sie erfolgen eher punktuell zu klar umrissenen einzelnen Verordnungsthemen und gehen nicht auf das individuelle Verordnungsverhalten des Vertragsarztes ein. Ihnen fehlt zudem der Vergleich zur jeweiligen Fachgruppe und der sektorenübergreifende Kontext.

Alles in allem ist die Streichung der Beratung der Vertragsärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit in Bezug auf erbrachte, verordnete oder veranlasste Leistungen durch Krankenkassen auch angesichts der mit dem GKV-FKG parallelen Einführung einer Reihe von Maßnahmen (Manipulationsbremse, Stärkung der Prüfung der Datengrundlagen des Risikostrukturausgleichs, Einrichtung einer Transparenzstelle für HzV-Verträge und über eine besondere Versorgung) zuletzt auch aus gesamtwirtschaftlicher Sicht nicht zielführend. Die Beratung hilft der AOK ebenso wie

dem Arzt oder der Ärztin, sein/ihr Handeln zu optimieren und ist kein Wettbewerbsinstrument, sondern ein ganzheitlicher Ansatz. Beratungen von Ärzten, die einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung der Patienten dienen, kommen Versicherten aller Krankenkassen zugute, da Ärzte in ihrem Handeln nicht zwischen den Versicherten unterschiedlicher Krankenkassen differenzieren. Zudem würde eine Umsetzung der vorgesehenen Regelung das Ungleichgewicht zwischen Leistungsanbietern, wie zum Beispiel Arzneimittelherstellern, Medizinprodukteherstellern, Pflegediensten auf der einen Seite und Krankenkassen auf der anderen Seite, vergrößern.

Das bisherige Verbot zur Beratung über Vergabe und Dokumentation von Diagnosen ist gesetzlich verankert und ausreichend. Die Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinie führt zu einer einheitlichen Kodierpraxis, die wettbewerbliche Disparitäten durch die Diagnosevergabe verhindert. Die vorgesehene Regelung ist unter diesen Rahmenbedingungen unverhältnismäßig und beschränkt die Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherungen für einen wirtschaftlichen Einsatz der Mittel zu sensibilisieren in unnötiger Weise.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Art. 5 Nr. 34 § 318 SGB V – Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 318 beinhaltet Regelungen zu den Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung.

B Stellungnahme

Zu a) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund Neuordnung der RSAV.

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 35 § 323 SGB V – Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neufassung der RSAV.

B Stellungnahme

Zu a) Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts der RSAV.

Zu b) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung der RSAV.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5 Nr. 36 § 328 SGB V – Übergangsregelung für bereits geschlossene Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die am Tag des Inkrafttretens des Gesetzes bereits geschlossenen Krankenkassen gelten die alten, bisher zur Abwicklung angewandten Haftungsregelungen weiter. Dadurch gilt die bei der Schließung geltende Rechtslage für den gesamten Abwicklungsprozess.

B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Sie stellt klar, dass für geschlossene Krankenkassen in Abwicklung wie die City BKK oder die BKK für Heilberufe weiterhin die Rechtslage vor Inkrafttreten des FKG anzuwenden ist. Eine Änderung der Haftungsregelungen während des Abwicklungsprozesses hätte viele Fragen in Bezug auf die Umsetzung aufgeworfen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Art. 6 Nr. 1 – Abschnitt 1 - Gemeinsame Vorschriften

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neufassung der RSAV.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung der RSAV.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 2 § 1 RSAV – Begriffsbestimmungen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

Zu b): Die Streichung des Absatzes 4 und 5 sind im Sinne der Rechtsbereinigung sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 3 § 2 RSAV – Risikogruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Zu Absatz 1:

Die Streichung der Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner als separates Risikomerkmal wird abgelehnt. Sie führt zu einer Reduzierung der Zielgenauigkeit in Form einer deutlichen Unterdeckung von Erwerbsminderungsrentnern. Ebenso wird die Einführung regionalstatistischer Merkmale abgelehnt. Wir verweisen auf die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 20 § 266 SGB V Buchstabe b. Zu Nummer 4) Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Erweiterung des Morbi-RSA um regionalstatistische Merkmale ab. Wir verweisen auf unsere Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 20 § 266 SGB V Buchstabe b.

Zu Absatz 2:

Die Zuordnung der Risikogruppen entspricht den bisherigen gesetzlichen Vorgaben aus den §§ 2 und 29 unter Streichung gegenstandloser Vorgaben.

Zu Absatz 3:

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

Zu Absatz 4:

Die Regelungen entsprechen den bisherigen gesetzlichen Vorgaben aus den § 2 Absatz 4.

Zu Absatz 5:

Die Regelungen sind inhaltlich unverändert.

C Änderungsvorschlag

Zu Absatz 1 Nummer 4:

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

Art. 6 Nr. 3 § 3 RSAV – Versicherungszeiten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die wesentlichen Neuregelungen im neuen Absatz 2 ergeben sich aus einer Änderung im Rahmen der gesetzlichen Neuordnung und im Sinne der Rechtsbereinigung.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1:

Die Streichung der Berücksichtigung der Versicherungszeiten bei Erwerbsminderungsrentnern wird abgelehnt. Wir verweisen auf die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 20 § 266 SGB V Buchstabe b.

Zu Absatz 2:

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

C Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer Absatz 3 eingefügt:

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

Art. 6 Nr. 4 § 4 RSAV – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Anpassung an die Änderungen des Leistungsrechts im Sinne der Rechtsbereinigung. Die Vorschrift operationalisiert die Vorgabe des neuen § 266 Absatz 4 Satz 2 SGB V. In Absatz 1 werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsarten für die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben ausgewiesen.

B Stellungnahme

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

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

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

Zu a) dd): Hier wird auf die Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 23 § 270 Absatz 2 SGB V (DMP Programmpauschale) verwiesen. Es handelt sich ansonsten um eine sachgerechte Folgeänderung durch die Neuordnung.

Zu a) ee): Hier wird auf die Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 23 § 270 Absatz 2 SGB V (DMP Programmpauschale) verwiesen. Es handelt sich ansonsten um eine sachgerechte Folgeänderung durch die Neuordnung.

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

Zu b) bb): Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu b) cc): Die Änderungen sind sachgerecht.

Zu c) aa): Die Änderungen sind sachgerecht.

Zu c) bb): Die Änderungen sind sachgerecht.

Zu c) cc): Die Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 5 § 5 RSAV – Bekanntmachungen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht im Sinne der Rechtsbereinigung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 5 § 6 RSAV – Zahlungsverkehr und Verrechnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Neustrukturierung der RSAV wird der neue § 6 eingeführt. Darin sind die Regelungen aus dem bisherigen § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 durch eine Verrechnung von Forderungen des Gesundheitsfonds gegen die Ansprüche der Krankenkassen ersetzt. Auf Antrag der Krankenkasse kann das BVA die Verrechnung auf mehrere (max. 6) Monate verteilen. In solchen Fällen wird ein Zuschlag von 0,5 % je angefangenen Monat auf den rückständigen Betrag erhoben.

B Stellungnahme

Die formulierten Neuregelungen sind im Sinne einer Verfahrensvereinfachung sachgerecht. Der Zuschlag von 0,5 % pro Monat auf den rückständigen Betrag entspricht umgerechnet einem Zinssatz i. H. von 6 % pro Jahr. In Anbetracht der gegenwärtigen Zinssituation erscheint dieses für einen vereinbarten Zahlungsaufschub ein relativ hoher Wert. Anstelle des festgeschriebenen Zuschlags sollte ein variabler Zinssatz festgesetzt werden, der die jeweils aktuelle Zinslage berücksichtigt. Zu diesem Zweck empfiehlt es sich, den Zuschlag als Aufschlag auf den Basiszins nach § 247 BGB zu definieren. Dieser Zinssatz wird halbjährlich angepasst und von der Deutschen Bundesbank veröffentlicht.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird um folgenden Satz ergänzt: „Der Zeitpunkt wird mindestens 14 Kalendertage vor Beginn der Verrechnung durch das Bundesversicherungsamt mitgeteilt.“

Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt formuliert:

„Bei der Verteilung nach Satz 1 ist für jeden angefangenen Monat eine Verzinsung in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszins nach § 247 BGB auf den zu Monatsbeginn noch zu verrechnenden Betrag zu zahlen.“

Art. 6 Nr. 6 §§ 7 bis 15a RSAV – Rechtsbereinigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die veralteten Regelungen aus den §§ 7 bis 15a werden im Rahmen der Rechtsbereinigung gestrichen.

B Stellungnahme

Die Streichung gegenstandsloser Regelungen ist im Rahmen der Rechtsbereinigung sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 2

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 7 RSAV – Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 7 entspricht weitestgehend dem bisherigen § 30 RSAV. Darin werden die Vorgaben des § 267 SGB V zur Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs konkretisiert.

Für die Leistungsausgaben erfolgt zukünftig eine Korrekturmeldung bis zum 15. April des zweiten Folgejahres. Die Datenerhebung wird im Absatz 1 Nummer 6 um den Arztgruppenschlüssel aus der zu übermittelnden Arztnummer neu eingeführt. Der amtliche Gemeindeschlüssel wird Bestandteil der regulären Datenmeldungen nach Absatz 1. Für die Arzneimittelausgaben wird festgelegt, dass diese nun versichertenbezogen inkl. Rabatte, Erstattungen und Abschläge an das Bundesversicherungsamt zu melden sind.

Mit der Ergänzung des neuen Satzes 3 in Absatz 1 werden die Krankenkassen verpflichtet, bei der Ermittlung der Ausgaben für Arzneimittel je Versicherten die Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V sowie die tatsächlichen Rabatte der §§ 130, 130a und 130c SGB V zu berücksichtigen. In Satz 4 wird der Verwendungszweck der übermittelten Erstattungsbeträge und Rabatte für Arzneimittel definiert und eine Kenntnisnahme Dritter über diese ausgeschlossen. Hierbei wird klargestellt, zu welchen weiteren Zwecken die Daten nach Absatz 1 verwendet werden dürfen. Dies sind für § 303 Absatz 1 Satz 1 SGB V nicht zu übermitteln.

Für die Durchführung der Aufgaben des Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach §217f Absatz 7 SGB V übermitteln die Krankenkassen zusätzlich anonymisiert je Versicherten die Netto-Beträge nach Satz 1 Nummer 7 sowie nicht versichertenbezogen die Beträge nach Satz 3.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1 Nummer 6:

Die Änderung im 2. Halbsatz regelt die zusätzliche Übermittlung des Arztgruppenschlüssels aus der Arztnummer bei ambulanten Diagnosen. Die Unterscheidung zwischen Diagnosen aus haus- und fachärztlicher Versorgung im Risikostrukturausgleich verstößt gegen die Versorgungsneutralität und konterkariert Anreize für Verträge zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die zusätzliche Übermittlung des Arztgruppenschlüssels aus der Arztnummer wird abgelehnt. Hierzu sei auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21 § 267 SGB V Absatz 2 verwiesen.

Die Übermittlung der Vertragsnummer nach §295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist sachgerecht.

Zu Absatz 1 Nummer 11:

Die Aufnahme des amtlichen Gemeindeschlüssels in die reguläre Datenmeldung ist sachgerecht. Ergänzend hierzu sei auch auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 26 § 273 SGB V Absatz 2 verwiesen: Die statistische Auffälligkeitsprüfung muss zwingend um eine regionale Dimension ergänzt werden.

Zu Absatz 1 Satz 3ff:

Die Ergänzung regelt, dass Arzneimittelausgaben versichertenbezogen inkl. Rabatte, Erstattungen und Abschläge an das Bundesversicherungsamt zu melden sind. Die Berücksichtigung solcher Rabatte auf Versichertenebene ist grundsätzlich geeignet, die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zu erhöhen. Allerdings werden lediglich die gesetzlichen Rabatte pharmazeutischer Unternehmer und die gesetzlichen Rabatte von Apotheken per DTA nach § 300 SGB V positionsbezogen und daher auch versichertenbezogen an die Krankenkassen übertragen und entsprechend aufbereitet.

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

Zu Absatz 1 Satz 6:

Die neue Datenlieferung an den GKV-Spitzenverband für die Zwecke nach §217f ist dahingehend kritisch zu bewerten, dass im weiteren Verfahren nicht sichergestellt ist, dass Teilnehmer an den entsprechenden Vertragsverhandlungen über die dann verfügbaren Informationen Rückschlüsse auf einzelvertragliche Rabatthöhen ziehen können. Mit der Gefährdung des Vertragsgeheimnisses wäre auch eine sinkende Bereitschaft der pharmazeutischen Unternehmen verbunden, entsprechende Verträge abzuschließen. Zudem gelten die Restriktionen bei der Zuordnung auf Versicherte, wie sie auch bei der Berücksichtigung von Arzneimittel-Vertragsrabatten in den Datenmeldungen zur Durchführungen des Morbi-RSA bestehen. Die Regelung wird daher abgelehnt.

Zu Absatz 2 Nummer 2:

Die Korrekturmeldung der Leistungsausgaben nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 sollen zum 15. April des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres durch eine neue Meldung korrigiert werden. Diese Korrekturmeldung ist lediglich mit der Einführung eines Risikopools erforderlich, den die AOK-Gemeinschaft ablehnt. Auf die Stellungnahme zu Art. 5. Nummer 21 § 268 SGB V (Risikopool) wird verwiesen.

Zu Absatz 2 Satz 1 und Satz 2:

Die Wiederherstellung des Versichertenbezugs ist für die Prüfung nach § 273 SGB V im Einzelfall auch zur Klärung und dem Nachweis auffälliger Sachverhalte erforderlich. Eine entsprechende Regelung ist deswegen aufzunehmen.

Zu Absatz 2 Satz 3 und Satz 4:

Die Koppelung der Aufbewahrungsfristen an die Prüfung nach §273 Absatz 2 Satz 1 SGB V ist sachgerecht.

Zu Absatz 4 Satz 3: Die beschriebene Unterrichtung des GKV-Spitzenverbandes über die Art und Umfang der zurückgewiesenen Daten wird begrüßt. Nur so kann die betroffene Krankenkasse über Art und Umfang der Fehler Kenntnis erhalten.

C Änderungsvorschlag

Zu Absatz 1 Nummer 6: Die Wörter „, der Arztgruppenschlüssel der nach §295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu übermittelnden Arztnummer“ werden gestrichen.

Zu Absatz 1 Satz 5: die Wörter „anonymisiert je Versicherten die Angaben nach Satz 1 Nummer 7 ohne Berücksichtigung der Beträge nach Satz 3 sowie“ werden gestrichen.

Zu Absatz 1 Satz 6: Satz 6 wird gestrichen.

Zu Absatz 2: Es werden die Wörter „die Durchführung des Risikopools nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“ gestrichen sowie nach dem Wort „§ 20“ die Wörter „ , für das Verfahren nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, “ eingefügt.

Im Satz 3 werde nach dem Wort „§ 20“ die Wörter „ , nach § 273 SGB V “ eingefügt.

Art. 6 Nr. 7 § 8 RSAV – Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 8 entspricht weitestgehend dem bisherigen § 31 RSAV und regelt die Grundsätze des Verfahrens zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA Zuweisungsverfahrens. Die Anpassungen sind überwiegend Folgeänderungen aufgrund der Änderungen in den §§ 266 und 267 SGB V sowie der Änderungen im § 2 RSAV und der Aufhebung des § 29 RSAV.

Angepasst wurde zudem die Terminologie. Es werden nun einheitlich die Begriffe „Risikogruppe“, „Risikomerkmal“ und „risikoadjustiert“ für alle Ausgleichsfaktoren des Risikostrukturausgleichs verwendet.

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

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

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

B Stellungnahme

Zu Absatz 1:

Die Streichung der Umsetzungsregelungen zur Krankheitsauswahl ist eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der zu begrüßenden Aufhebung der Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 - 80 Krankheiten im Rahmen der Neuordnung des § 266 SGB V. Die Vorgabe, das Versichertenklassifikationsmodell weiterhin prospektiv auszugestalten, stellt sicher, dass durch einen standardisierten Ausgleich von Folgekosten weiterhin die notwendigen Anreize für eine kosteneffektive Gestaltung der Versichertenversorgung gesetzt werden.

Zu Absatz 2:

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

von Nr. 1 stellt eine sachgerechte Rechtsbereinigung dar. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es erforderlich, die Wirkungen und Folgen der mit dem GKV-FKG vorgenommenen umfassenden Veränderungen in der RSA-Systematik zeitnah empirisch zu untersuchen. Daher wird vorgeschlagen, bereits für das erste Jahr des Wirksamwerdens der GKV-FKG-Neuregelungen (Jahresausgleich 2021) eine Evaluation durchzuführen.

Zu Absatz 3:

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

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

Zu Absatz 4:

Bei der Anpassung im Satz 1 handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neuordnung des § 266 Abs. 2 SGB V. Während die AOK-Gemeinschaft die Aufhebung der Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 - 80 Krankheiten begrüßt, wird die Streichung von separaten Risikogruppen für Erwerbsminderungsrentner und die zukünftige Berücksichtigung von Regionalmerkmalen im Versichertenklassifikationsmodell abgelehnt. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 20 § 266 SGB V Buchstabe c).

Die Änderung des Wortlauts von Satz 2 stellt klar, dass das BVA die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats lediglich berücksichtigen muss und ist sachgerecht.

Die neuen Sätze 4 - 6 regeln das Verfahren zur Auswahl der regionalen Variablen. Diese Folgeänderung des § 266 SGB V im Zuge der Einführung regionalstatischer Merkmale im Morbi-RSA wird abgelehnt. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 20 § 266 SGB V Buchstabe c).

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

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

Auch für den Jahresausgleich 2015 liegen gesicherte Ergebnisse des GKV-SV vor, die die AOK-Analysen bestätigen, dass die fehlerhafte Sonderregelung der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu systematischen Über- und Unterdeckungen und damit vermeidbaren Risikoselektionsanreizen führt. Im Rahmen der Analyse der altersspezifischen Deckungsgrade stellte der GKV-SV fest, dass trotz der Korrektur des Berechnungsfehlers weiterhin Überdeckungen bei jüngeren Versicherten und Unterdeckungen bei älteren Versicherten bestehen. Die Über- und besonders die Unterdeckungen im hohen Alter wurden zwar deutlich reduziert, aber dass gemäß GKV-SV bei Versicherten unter 35 Jahren weiterhin eine Überdeckung von mehr als einem Prozent besteht, ist ausschließlich darauf zurückzuführen, dass eine Sonderregelung für die Pro-Kopf-Verteilung der Zuweisungen für die sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben besteht.

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

Die Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben steht daher im Widerspruch zu den im § 266 Abs. 1 SGB V formulierten Zielsetzungen des Morbi-RSA: Zum einen sieht § 266 Abs. 1 SGB V vor, dass für die Gesundheitsfondszuweisungen ein Risikostrukturausgleich durchgeführt wird, der die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten zwischen den Krankenkassen ausgleicht. Dieses Ziel wird im bestehenden Verfahren weniger gut erreicht. Darüber hinaus führt die Abgrenzung zu Fehldeckungen bzw. Risikoselektionsanreizen nach Altersgruppen und verstößt somit gegen die in § 266 Abs. 5 S. 1 SGB V formulierten Zielsetzung des Morbi-RSA. Vor diesem Hintergrund besteht kein Bedarf, dass das BVA im Rahmen der Festlegungen nach § 8 Abs. 4 RSAV eine Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen bzw. nicht-versichertenbezogenen Leistungsausgaben vornimmt.

Zu Absatz 5:

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 2 RSAV und der Aufhebung des § 29 RSAV

C Änderungsvorschlag

Absatz 2 Nr. 2 ist wie folgt zu ändern:

„regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, beginnend mit dem Jahresausgleich 2021, die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in einem Gutachten überprüft."

Absatz 4 ist wie folgt zu ändern:

§ 8 Abs. 4 Nr. 3 ist zu streichen.

In Absatz 4 ist nach Satz 3 folgender Satz zu ergänzen:

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

In Absatz 4 sind die Sätze 4 - 7 zu streichen.

Art. 6 Nr. 7 § 9 RSAV – Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 8 entspricht weitgehend dem bisherigen § 32.

B Stellungnahme

Es handelte sich um eine sachgerechte Folgeänderung in Folge der Umstrukturierung und Rechtsbereinigung der RSAV.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 10 RSAV – Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 10 entspricht dem bisherigen §33a. Es werden redaktionelle Anpassung in Folge der Umstrukturierung der RSAV vorgenommen.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 3 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts der RSAV.

B Stellungnahme

Die Änderung ist redaktionell.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 11 RSAV – Zuweisungen für das Krankengeld

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 11 RSAV regelt die Zuweisungen für das Krankengeld. Er stellt klar, dass die Zuweisungen für das Krankengeld nach den §§ 5 bis 7 und 10 RSAV alter Fassung weiter gelten. Der bisherige § 29 RSAV, der die Abgrenzung der Krankengeldgruppen ab 2009 regelt, wird nicht mit aufgeführt.

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Die Wörter „§§ 5 bis 7 und 10“ werden durch „Rechtsvorschriften“ ersetzt.

Art. 6 Nr. 7 § 12 RSAV – Ermittlung der Höhe der Grundpauschale

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 36 RSAV wird zu § 12 RSAV. Der neue § 12 RSAV regelt die Ermittlung der Grundpauschale. Es werden redaktionelle Folgeänderungen durch die Anpassung des § 266 SGB V vorgenommen. Die bisher in Absatz 3 normierte Pflicht der Krankenkassen, ihren Versicherten bis zum 31.12. über die vom BVA für das Folgejahr ermittelte Grundpauschale bekanntzugeben, entfällt. Des Weiteren erfolgen Rechtsbereinigungen.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1: Der Entfall der Bereinigungsvorgabe ist eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund des neuen § 15 Absatz 8 RSAV.

Zu Absatz 3: Es handelt sich um eine Folgeänderung durch Anpassung des § 266 SGB V und eine Rechtsbereinigung. Der Entfall der Informationspflicht der Krankenkassen hinsichtlich der vom Bundesversicherungsamt für das Folgejahr ermittelten Grundpauschale stellt eine sachgerechte Verwaltungsvereinfachung dar und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 13 RSAV – Zuweisungen für sonstige Ausgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 37 RSAV wird zu § 13 RSAV. Die Änderung des § 13 RSAV ist eine Folgeänderung der Anpassung der §§ 266 und 318 SGB V. Die Änderung bewirkt eine Bereinigung der Verwaltungskosten um die Verwaltungskosten für strukturierte Behandlungsprogramme.

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

Die Streichung des Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 stellt eine Rechtsbereinigung dar. Hierdurch entfällt eine gegenstandslos gewordene Vorgabe zur Berechnung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben. Die Ergänzung in Absatz 1 stellt klar, dass bei der Berechnung der Höhe der Zuweisungen für Verwaltungskosten im Jahresausgleich auch die Ausgleichsbeträge der Krankenkassen aus dem Risikopool nach § 268 Abs. 4 SGB V zu berücksichtigen sind.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1: Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen aufgrund der Anpassung des § 266 SGB V und Rechtsbereinigungen. Die Klarstellung, dass bei der Berechnung der Höhe der Zuweisungen für Verwaltungskosten im Jahresausgleich auch die Ausgleichsbeträge der Krankenkassen aus dem Risikopool nach § 268 Abs. 4 SGB V zu berücksichtigen sind, ist eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der Einführung des Risikopools (§ 268 SGB V). Die Einführung des Risikopools wird von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21 § 268 SGB V wird verwiesen.

Zu Absatz 2: Mit der Streichung des alten Absatz 2 wird eine Rechtsbereinigung vorgenommen. Die Änderung ist sachgerecht. Weiterhin werden sachgerechte Folgeänderungen aufgrund der Anpassung des § 318 SGB V vorgenommen.

Zu Absatz 3: Die redaktionellen Änderungen sind sachgerecht.

Zu Absatz 4: Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund b) und aufgrund der Anpassung des § 266 SGB V sowie eine Rechtsbereinigung. Die Änderungen sind sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Die Einführung eines Risikopools lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Die entsprechenden Regelungen im Absatz 1 sind zu streichen.

Art. 6 Nr. 7 § 14 RSAV – Risikopool

A Beabsichtigte Neuregelung

Der im Referentenentwurf neu eingeführte § 37a RSAV wird zu § 14 RSAV. Die Regelung bestimmt die näheren Vorgaben zur Durchführung des Risikopools auf Grundlage der Verordnungsermächtigung in § 268 Abs. 5 SGB V.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1: Die Einführung eines Risikopools lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21 § 268 SGB V wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Die mit § 14 RSAV vorgesehene Regelung ist zu streichen.

Art. 6 Nr. 7 § 15 RSAV – Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme

A Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 15 werden die Vorgaben für die Zuweisungen nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (strukturierte Behandlungsprogramme) getroffen sowie das Verfahren der Zuweisung von Pauschalen für die Teilnahme der Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bestimmt (vgl. § 270 Absatz 4 SGB V). Die Pauschale soll einen zusätzlichen Anreiz zur Förderung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen setzen, jedoch nicht deren Kosten decken.

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

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

Im Absatz 5 werden mehrere bislang unterschiedlich verortete Regelungen (§§ 2 und 38 RSV) über die Voraussetzungen von Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme zusammengefasst sowie eine Bereinigung obsoleter Regelungen vorgenommen.

Die im bisherigen § 2 Absatz 1 Satz 3 vorgesehene Beschränkung auf sechs zugelassene Behandlungsprogramme wird durch Wegfall der ausdrücklichen Benennung der Indikationen aufgehoben. Ebenso entfällt die im bisherigen Satz 3 enthaltene Bildung von auf diese Indikationen bezogene Versichertengruppen.

Die Regelungen des bisherigen § 38 RSAV zur Sanktionierung der Behandlungsprogramme wird durch Zuweisungen und deren Rückzahlung bei Entzug der Zulassung übernommen.

Beibehalten werden auch die im bisherigen § 2 Absatz 1 Satz 4 RSAV enthaltenen Regelungen, nach denen eine Krankenkasse bei Einschreibung eines Versicherten in zwei strukturierte Behandlungsprogramme für den identischen Meldezeitraum weiterhin nur eine Zuweisung erhält. Entfallen ist dabei die Notwendigkeit gemäß dem bisherigen Satz 4 und 5, dass die Krankenkasse mit Wirkung zu Beginn des nächsten Geschäftsjahres bestimmt, für welches Behandlungsprogramm/welche Versichertengruppe sie eine Zuweisung bevorzugt.

Im Absatz 7 werden die bisherigen Regelungen zur Erhebung der Versichertenzeiten von Versicherten in strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 3 Absatz 3 S. 7 - 8 RSAV inhaltlich übernommen und mit den sonstigen Regelungen zu den Zuweisungen unter § 15 verortet. Dabei werden inhaltlich die bisherigen Regelungen zum Beginn, zur Unterbrechung und zum Ende der Einschreibung übernommen und die verwendeten Formulierungen und Rechtsbezüge an die neue RSAV angepasst.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1 bis 4:

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

Die Vorgabe, dass das Bundesversicherungsamt die Stufeneinteilungen für die Höhe der Pauschalen jährlich neu ermittelt, ist sachgerecht. Hierdurch wird sichergestellt, dass Veränderungen im Umfang (z.B. durch neue Programme) oder Höhe (EBM-Anpassungen) der zuweisungsrelevanten Maßnahmen einfließen. Die gesetzlichen Regelleistungen werden auf der Basis von Richtlinien durch den G-BA definiert und über den EBM wird von den Vertragspartnern auf Bundesebene die Vergütung hierfür festgelegt. In Selektivverträgen werden die Vergütungshöhen der einzelnen Leistungen vertragsindividuell vereinbart bzw. geschiedst, dabei sind Abweichungen eher die Regel und müssen entsprechend berücksichtigt werden. Gemäß § 73b Abs. 5 Satz 3 SGB V, § 73c Abs. 4 Satz 2 SGB V und § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V können Selektivverträge zudem auch Abweichendes von den im 3. Kapitel benannten Leistungen beinhalten. Hier ist auf unsere Stellungnahme zu Art. 5 Nr. 23 § 270 SGB V Buchstabe d verweisen.

Zu Absatz 5 und 6:

Ansonsten ist die vorgesehene Neuregelung sachgerecht. Die Zusammenfassung der Voraussetzungen von Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme unter dem neuen § 15 Abs. 5 RSAV vollziehen die Weiterentwicklung der RSAV nach. Die Änderungen berücksichtigen die Erweiterung der Zahl der Indikationen für strukturierte Behandlungsprogramme in der DMP-A-RL sowie die einheitlichen Zuweisungen für nur eine Indikation. Der Wegfall der Versichertengruppenbestimmung ist eine sinnvolle Folge der Reform der RSAV in 2008, da es seitdem hierfür keinen Bedarf mehr gibt.

Zu Absatz 7:

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht. Die begrifflichen Änderungen und angepassten Rechtsbezüge sind notwendige Folgeänderungen, die sich z.B. aus § 15 Abs. 5 RSAV ergeben.

C Änderungsvorschlag

Zu Absatz 1 Satz 1:

Wird als Folgeänderung zu § 270 SGB V nach den Wörtern „Teilnahme eines Versicherten an einer der in § 270 Absatz 4 Satz 1“ werden die Wörter „und Satz 2“ eingefügt.

Zu Absatz 2:

Nach den Wörtern „auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte“ werden die Wörter “ und bei Leistungen im Rahmen der §§ 73b Abs. 5 Satz 3 und 140a Abs. 2 Satz 2 die Vergütungswerte der Einzelleistungen“ eingefügt.

Art. 6 Nr. 7 § 16 RSAV – Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 16 RSAV regelt die Durchführung des monatlichen Abschlagsverfahrens und entspricht weitgehend dem bisherigen § 39 RSAV. Es werden im Wesentlichen Rechtsbereinigungen durchgeführt. Die Regelungen zur Zahlung bzw. Verrechnung von an den Gesundheitsfonds zu leistenden Beträgen werden in den neuen § 6 RSAV verschoben.

B Stellungnahme

Zu Absatz 2: Die vorgenommenen Rechtsbereinigungen sind sachgerecht.

Zu Absatz 3: Die redaktionellen Änderungen sowie Folgeänderungen durch Neuordnung der RSAV sind sachgerecht.

Zu Absatz 4: Die direkte Verrechnung von Beträgen, die an den Gesundheitsfonds zu zahlen sind, stellt für das Bundesversicherungsamt eine Verfahrensvereinfachung dar und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Es ist jedoch zu beachten, dass die Krankenkassen für die Liquiditätsplanung die entsprechenden Korrekturbeträge eine gewisse Zeit vor Durchführung der Verrechnung kennen sollten. Die derzeitige Zahlungsfrist von zwei Wochen sollte daher in der Form Bestand haben, dass die Verrechnung frühestens zwei Wochen nach Mitteilung des zu leistenden Betrags erfolgt (vgl. hierzu auch Änderungsvorschlag zu Art. 6 Nr. 5 § 6 RSAV Absatz 1).

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 17 RSAV – Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 17 RSAV übernimmt inhaltlich die Regelungen zur mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen aus dem bisherigen § 40 RSAV. Folgeänderungen aus den Änderungen der §§ 266 und 270 SGB V werden entsprechend eingearbeitet.

B Stellungnahme

Die vorgenommenen Änderungen des vormaligen § 40 RSAV sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 18 RSAV – Jahresausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 18 RSAV übernimmt im Wesentlichen die im bisherigen § 41 RSAV geregelten Sachverhalte. Neben Folgeänderungen aufgrund von Änderungen im § 266 SGB V implementiert der Gesetzgeber hier eine Regelung zur Streichung von HMG-Zuschlägen, deren Besetzung im Vergleich zu einem vorherigen Zeitpunkt deutlich steigt. Nach Auffassung des Gesetzgebers sollen hiermit Anreize zu illegaler Ausweitung von Diagnosekodierungen unterbunden werden.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1:

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die Intention des Verordnungsgebers, Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz zu implementieren. Die Maßnahmen müssen aber hinreichend geeignet sein. Die hier vorgesehene Regelung, bei der Ermittlung der Risikozuschläge im Jahresausgleich die Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten auszuschließen, wird aber abgelehnt. Hier wird auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 20 § 266 SGB V verwiesen.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung eines Risikopools ab (siehe Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21b § 268 SGB V).

Die vorgenommenen Folgeänderungen durch Neuordnung der RSAV sind sachgerecht.

Zu Absatz 2:

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung eines Risikopools ab (siehe unsere Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21b § 268 SGB V).

Die implementierte Finanzierung der neuen Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen ist sachgerecht.

Die vorgenommenen Folgeänderungen durch Neuordnung der RSAV sowie des § 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu Absatz 3:

Die vorgenommenen Folgeänderungen durch Neuordnung der RSAV sowie des § 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu Absatz 4:

Die direkte Verrechnung von Beträgen, die an den Gesundheitsfonds zu zahlen sind, stellt für das Bundesversicherungsamt eine Verfahrensvereinfachung dar und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Es ist jedoch zu beachten, dass die Krankenkassen für die Liquiditätsplanung die entsprechenden Korrekturbeträge eine gewisse Zeit vor Durchführung der Verrechnung kennen sollten. Die derzeitige Zahlungsfrist von zwei Wochen sollte daher in der Form Bestand haben, dass die Verrechnung frühestens zwei Wochen nach Mitteilung des zu leistenden Betrags erfolgt (vgl. hierzu auch Änderungsvorschlag zu § 6 Absatz 1).

Die vorgenommenen Folgeänderungen durch Neuordnung der RSAV sowie des § 266 SGB V sind sachgerecht.

Zu Absatz 5:

Mit dieser Regelung wird eine Neuberechnung der Zuschläge mit dem Korrekturverfahren eingeführt. Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung eines Risikopools ab (siehe unsere Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21 § 268 SGB V). Eine solche Neuberechnung der Zuschläge auf Grundlage der für die Einführung eines Risikopools ist daher überflüssig.

Die vorgenommene Folgeänderung durch Neuordnung der RSAV ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 sind die Sätze 4 und 5 zu streichen.

In Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 werden die Wörter „und der Ausgleichsbeträge über den Risikopool nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

Absatz 5 Satz 2 ist zu streichen.

Art. 6 Nr. 7 § 19 RSAV – Ausschluss auffälliger Risikogruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 19 regelt das Verfahren zum Ausschluss von Risikogruppen mit einem deutlichen Anstieg der Besetzung innerhalb von drei Jahren (sog. Manipulationsbremse).

B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft lehnt das Verfahren zum Ausschluss der Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten ab (Manipulationsbremse). Hier sei auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 20 § 266 SGB V verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Die mit § 19 RSAV vorgesehene Regelung ist zu streichen.

Art. 6 Nr. 7 § 20 RSAV – Prüfung der Datenmeldungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der § 20 entspricht weitgehend dem bisherigen § 42 RSAV. Der Prüfzyklus für die Prüfung der Versicherungszeiten und Morbiditätsdaten wird mit der Wiedereinführung des Risikopools von zwei auf drei Jahre verlängert. Das Vorgehen wird auch mit der sehr guten Datenqualität begründet. Die Aufwände für das Bundesversicherungsamt sollen durch die Verlängerung zugunsten der Prüfung des Risikopools verringert werden.

Das Kennzeichen zum amtlichen Gemeindeschlüssel wird in die Versichertenzeitenprüfung aufgenommen, da dies als Merkmal zukünftig berücksichtigt werden soll. Die im § 15 Absatz 6 gemeldeten Daten beziehen sich auf die Meldung der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und der Teilnahme an DMP-Programmen. Diese werden ebenfalls im Bereich der Versichertenzeitenprüfung integriert. Da keine gesonderte Risikogruppe mehr für die EMR-Versicherten zugeordnet wird, ist die Prüfung (ab 2021) nicht mehr vorgesehen.

Im Satz 2 ist die jährliche Prüfung des Risikopools nach § 14 Absatz 2 beschrieben. Die versichertenbezogenen Leistungsausgaben sind zahlungsbegründend und daher im Rahmen der Risikopool-Prüfung jährlich zu prüfen. Die Ausnahmeregelung, wonach das BVA im Benehmen mit dem GKV-SV bestimmen kann, dass eine Hochrechnung nur dann vorzunehmen ist, wenn eine bestimmte Quote überschritten wird, gilt nicht für die Prüfung des Risikopools. Hier erfolgt immer eine Hochrechnung der fehlerhaften/unplausiblen Fälle auf die der jeweiligen Stichprobe zugrundeliegende Grundgesamtheit.

Für die Prüfung der Ausgleichsjahre bis einschließlich der Prüfung des Jahres 2020 ist eine entsprechende Übergangsregelung im § 27 Absatz 2 festgelegt.

B Stellungnahme

Die redaktionelle Überarbeitung aufgrund der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts ist sachgerecht. Die Integration des Amtlichen Gemeindeschlüssels und der Vorsorgepauschale in die Versichertenzeitenprüfung ist sachgerecht.

Die Streichung der Berücksichtigung der Versicherungszeiten bei Erwerbsminderungsrentnern wird abgelehnt. Wir verweisen auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 20 § 266 SGB V. Daher ist die Prüfung des Merkmals auch über das Jahr 2020 hinaus beizubehalten.

Redaktionelle Anpassung: In Absatz 6 wird auf Absatz 4 verwiesen. Gemeint ist aber gemäß der Neufassung der Vorschrift der Absatz 5.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung eines Risikopools ab. Hier wird auf die Stellungnahme zu Artikel 5 Nr. 21 § 268 SGB V verwiesen. Sollte die Einführung eines Risikopools allerdings erfolgen, sollte das BVA nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Nähere zur Festlegung der zu übermittelnden Daten und Belege für den Risikopool bestimmen. Dies sollte daher im Absatz 3 entsprechend mit Verweis auf Absatz 1 Satz 2 mit aufgenommen werden.

C Änderungsvorschlag

Redaktionelle Anpassung: In Absatz 6 werden die Wörter „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 5“ ersetzt.

Die Einführung eines Risikopools lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Die entsprechenden Regelungen in den Absätzen 1 und 3 sind zu streichen.

Sollte mit dem GKV-FKG allerdings der Risikopool eingeführt werden, wird folgende Änderung vorgeschlagen:

Zu Absatz 3 Satz 1: nach den Wörtern „die die Krankenkassen den Stellen nach Absatz 1 Satz 1“ die Wörter „ und Satz 2“ eingefügt.

Art. 6 Nr. 7 § 21 RSAV – Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 21 RSAV regelt das Verfahren zur Ermittlung des Korrekturbetrages, welches bislang im entfallenden § 39a RSAV geregelt war und enthält Folgeänderungen aufgrund der Neugestaltung des Prüfkonzeptes in § 273 SGB V.

Das neue Verfahren stellt eine Vereinfachung der Korrekturbetragsberechnung im Falle einer statistischen Auffälligkeit nach § 273 Abs. 2 SGB V bzw. im Falle einer Verdachtsprüfung nach § 273 Abs. 5 S. 1 SGB V dar. Die Regelung sieht vor, dass die statistische Auffälligkeitsprüfung nach § 273 Abs. 2 S. 1 SGB V nur noch für die Korrekturmeldungen nach § 7 Abs. 4 S. 2 RSAV eines Berichtsjahres durchgeführt wird.

Die Regelungen zur Korrekturbetragsermittlung sehen eine Verpflichtung des BVAs vor, binnen einer Frist von drei Monaten festzustellen, welche Datenmenge rechtswidrig gemeldet wurde. Gelingt dies nicht, wird für die betroffenen Risikomerkmale der Korrekturbetrag auf Basis eines ein Fortschreibungsverfahrens auf Basis der letzten Datenmeldung einer Krankenkasse für die keine Korrekturbetragsberechnung nach dieser Vorschrift erfolgt ist, ermittelt. Dies geschieht unter Berücksichtigung der GKV-weiten Gesamtentwicklung der Datengrundlage. Der Korrekturbetrag berechnet sich aus dem ohne Prüfverfahren für die Krankenkasse ggf. entstandenen, endgültigen finanziellen Vorteil zuzüglich eines Strafzuschlages in Höhe von 25 %.

Die Korrekturbeträge macht das BVA per Bescheid geltend. Hinsichtlich der Fälligkeitstermine und Zahlungsfristen für die Zahlung der Korrekturbeträge gelten die Vorschriften § 6 RSAV. Die Ausschüttung der Korrekturbeträge erfolgt mit dem nächsten Jahresausgleich.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1:

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

Zu Absatz 2:

Das in Absatz 2 beschriebene Verfahren zur Ermittlung der Korrekturbeträge infolge einer Einzelfallprüfung nach § 273 Abs. 6 Satz 1 SGB V ist grundsätzlich sachgerecht. Dass das Fortschreibungsverfahren für Korrekturbetragsberechnungen erst dann zur Anwendung gelangt, wenn es dem Bundesversicherungsamt binnen der Frist von drei Monaten nicht gelingt festzustellen, welche Datenmenge rechtswidrig gemeldet wurde, ermöglicht eine zielgenaue Sanktionierung der betroffenen Krankenkasse.

Auch die Berücksichtigung GKV-weiter Entwicklungen in den Datengrundlagen im Rahmen des Fortschreibungsverfahren für Korrekturbetragsberechnungen ist grundsätzlich sachgerecht.

Zu Absatz 3:

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 22 RSAV – Durchführung des Einkommensausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 22 RSAV entspricht weitgehend dem bisherigen § 43 RSAV. In Folge der Neuordnung der RSAV wurden Folgeänderungen umgesetzt.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 4

A Beabsichtigte Neuregelung

In Folge der Rechtsbereinigungen in der RSAV werden diverse Abschnitte aufgehoben und die Abschnitte im Anschluss neu nummeriert.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 23 RSAV – Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 23 RSAV entspricht weitgehend dem bisherigen § 44 RSAV. In Folge der Neuordnung der RSAV wurden Folgeänderungen umgesetzt.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 5

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neufassung der RSAV.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung der RSAV.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 24 RSAV – Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Dauer der Teilnahme

A Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 24 RSAV erfolgt neben begrifflichen Anpassungen an die DSGVO eine Ergänzung, dass die Versicherten auch elektronisch bestätigen können, dass sie die Informationen über die Programminhalte des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms erhalten haben. Ansonsten entspricht § 24 dem bisherigen § 28d RSAV, der damit entfällt. Der Rechtsbezug zum bisherigen § 28f RSAV wird an die neue RSAV, § 25 angepasst.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht und daher zu begrüßen.

Die Änderung beinhaltet eine Anpassung an die Begriffsbestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die seit dem 25.05.2018 in allen EU-Mitgliedsstaaten maßgeblich ist. Es handelt sich somit um eine Folgeänderung.

Die ergänzte Möglichkeit der elektronischen Bestätigung des Erhalts von Informationen über die Programminhalte des jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramms folgt den Änderungen durch das TSVG sowie das Datenschutz-Anpassungsgesetz bzgl. der Wahlmöglichkeit zwischen schriftlicher und elektronischer Erklärung bzw. Bestätigung. Diese Wahlmöglichkeit vereinfacht das Einschreibungsverfahren in das Programm und ist daher zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 25 RSAV – Anforderungen an das Verfahren der Verarbeitung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten

A Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 25 RSAV erfolgen begriffliche Anpassungen an die DSGVO, in dem die Formulierung „Daten … nutzen“ durch „Daten … verarbeiten“ ersetzt wird. Inhaltlich ergibt sich dadurch keine Änderung. Ansonsten entspricht § 25 dem bisherigen § 28f RSAV, der damit entfällt. Der Rechtsbezug zum bisherigen § 28d RSAV wird an die neue RSAV, § 24 angepasst.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht und daher zu begrüßen.

Die Änderung beinhaltet eine Anpassung an die Begriffsbestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die seit dem 25.05.2018 in allen EU-Mitgliedsstaaten maßgeblich ist. Es handelt sich somit um eine Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 26 RSAV – Berechnung der Kosten für die Bescheidung von Zulassungsanträgen

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 26 (neu) entspricht inhaltlich dem bisherigen § 28h RSAV, der damit entfällt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist inhaltlich unverändert und entspricht damit geltendem Recht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 Abschnitt 6

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge der Neufassung der RSAV.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung der RSAV.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6 Nr. 7 § 27 RSAV – Übergangsregelung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 27 RSAV stellt klar, dass die Neuregelungen des GKV-FKG zur Streichung der Erwerbsminderungsrente, der Einführung einer Regionalkomponente, der Berücksichtigung von Leistungen der Vorsorge- und Früherkennung, der Einführung des Risikopools, der Einführung des Vollmodells sowie der Manipulationsbremse erst mit dem Ausgleichsjahr 2021 wirksam werden. Folgerichtig können die Neuregelungen erst ab dem Ausgleichsjahr 2021 im Rahmen der Prüfung nach § 20 RSAV geprüft werden.

B Stellungnahme

Die im § 27 RSAV beschriebenen Übergangsregelungen sind zu begrüßen und schaffen Rechtssicherheit. Für die detaillierte Spezifikation, Detailabstimmung, Umsetzung und der konkreten Durchführung der Neuregelungen wird mit dieser Vorgabe dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Bundesversicherungsamt, den Krankenkassen und deren Softwaredienstleistern die erforderliche Vorlaufzeit zur Umsetzung und Durchführung eingeräumt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 8 Abs. 11 (neu) KHEntgG

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Rechnungszuschlag nach § 8 Absatz 11 des Krankenhausentgeltgesetzes für im Jahr 2020 im Krankenhaus aufgenommene voll- und teilstationären Patientinnen oder Patienten i. H. v. 0,3 Prozent des Rechnungsbeitrags eingeführt. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist nicht sachgerecht und daher abzulehnen.

Es werden zum wiederholten Male per Gießkanne Finanzmittel in dreistelliger Millionenhöhe an alle Krankenhäuser ausgeschüttet, ohne dass es dafür eine fachliche Begründung gibt. Ein Offenbarungseid ist dabei die Begründung des Gesetzgebers. Hier werden die zahlreichen mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) auf den Weg gebrachten Regelungen aufgezählt, die für die Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals in Krankenhäusern auf den Weg initiiert wurden. Dazu zählen:

- Ab 2018 100 Prozent Ausgleich des Unterschieds zwischen Tariferhöhungsrate und Veränderungswert.
- Neben linearen Tarifsteigerungen für die Pflege sind künftig auch strukturelle Tarifzuwächse zu berücksichtigen.
- Ferner werden auf der Grundlage der Regelungen des PpSG die Kosten von zusätzlichen oder aufgestockten Stellen im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms im Jahr 2019 zu 100 Prozent berücksichtigt.

Zu Recht weist der Gesetzgeber in seiner Begründung darauf hin, dass 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. Die Pflegekosten der Jahre 2018 und 2019 sind daher insgesamt nachweislich auskömmlich finanziert.

Eine Regelung auf den Weg zu bringen, die laut Gesetzgeber ausschließen soll, „dass Tarifsteigerungen für Pflegepersonal für die Jahre 2018 und 2019 nicht in jedem Einzelfall aus den zusätzlichen Erlösen gedeckt werden können […] ist daher geradezu grotesk. Ohne Mehrwert für die Versicherten wird eine Doppelfinanzierung i. H. v. 250 Mio. Euro an die Krankenhäuser ausgeschüttet, die bestehende Strukturprobleme zementiert und einen qualitätsorientierten Umbau der Krankenhauslandschaft erschwert. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus:

1. Der Orientierungswert für die Krankenhäuser (der die Kostensteigerungen der Krankenhäuser abbildet) lag seit seiner Einführung immer weit unterhalb der Grundlohnrate. Durch die sog. „Meistbegünstigungsklausel“ haben die Krankenhäuser daher über die Landesbasisfallwerte zusätzliche Finanzierungen in Milliardenhöhe erhalten. Allein im Jahr 2018 haben die Krankenhäuser bei einem Veränderungswert von 2,97 %, einem

Orientierungswert von 2,11 % und einer vereinbarten tatsächlichen Steigerung von durchschnittlich 2,56 % (ohne anteilige Tarifberichtigungsrate 2016) ca. 320 Mio. Euro zusätzlich über die Landesbasisfallwerte erhalten. Für 2019 betrug die zusätzliche Finanzierung ca. 430 Mio. Euro. Vor diesem Hintergrund ist die von der DKG aufgeführte Unterfinanzierung deutlich zurück zu weisen.

2. Die Verhandlungen über die Tarifrate 2018 sind bislang nicht zum Abschluss gebracht worden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben Ende 2018 festgestellt, dass eine Erhöhungsrate für das Jahr 2018 aufgrund noch offener Tarifpositionen im TVöD in 2018 nicht abschließend verhandelt werden kann. Das Gleiche gilt für das Jahr 2019, auch hier liegt noch kein Verhandlungsergebnis über die Tarifrate 2019 vor.

Die Regelung ist ferner abzulehnen, da sie der gesetzlichen Zielstellung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds widerspricht. § 271 Abs. 2 Satz 1 SGBV regelt die Verwendung der Liquiditätsreserve. Sie dient dem Ausgleich von unterjährigen Schwankungen in den Einnahmen oder Einnahmeausfälle des Gesundheitsfonds.

Finanzwirkung:

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

C Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 9 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Art. 9 § 219 SGB VI – Finanzverbund in der allgemeinen Rentenversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Ergänzung eines Sonderkündigungsrechts im § 73b Abs. 5a SGB V

Aufgrund der mit dem TSVG eingeführten Regelung des § 73b Absatz 5a SGB V besteht ein von der Krankenkasse gekündigter HzV-Vertrag vorläufig bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages fort. Dies gilt nicht bei einer außerordentlichen Kündigung nach § 71 Absatz 6 Satz 3 SGB V (außerordentliche Kündigung aufgrund einer Anordnung der Aufsicht).

Nun sieht Artikel 5 Nr. 5 zu § 73b Absatz 5 Satz 7 SGB V eine Übergangsfrist für die Anpassung eines „Alt-Vertrages“ vor. Sollte es den Vertragspartnern in der Übergangsfrist jedoch nicht gelingen, eine einvernehmliche Lösung zur Anpassung des Vertrags zu finden, würde die Übergangsfrist ergebnislos verstreichen. Somit bestünde die Gefahr, dass eine Krankenkasse den HzV-Vertrag aus eigener Kraft nicht beenden kann, da ihr die Weitergeltungsregelung des § 73b Absatz 5a SGB V entgegengehalten werden könnte. Daher muss in § 73b Absatz 5a SGB V nicht nur für die § 71 Absatz 6-Kündigung eine Ausnahme vom Weitergeltungsgrundsatz geregelt werden, sondern auch für andere Fälle, in denen wegen eines Verstoßes gegen bestehendes Recht eine Kündigung von HzV-Verträgen erforderlich ist. Hierzu ist die bisherige Ausnahmeregelung in § 73b Absatz 5a Satz 2 SGB V um eine Kündigung nach § 59 SGB X, die insbesondere bei unmöglicher oder unzumutbarer Anpassung greift, zu erweitern.

Alternativ sollte klargestellt werden, dass der vorübergehende Fortbestand eines HzV-Vertrags nach § 73b Abs. 5a SGB V im Falle des Fehlens einer Aufsichtsanordnung nach § 71 Abs. 6 SGB V als „in diesem Buch zugelassen“ im Sinne von § 267 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt.

Änderungsvorschlag

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

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(6.2)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
10.12.2019

BUNDESVERBAND

Stellungnahme des

AOK-Bundesverbandes

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln“

(Bundestagsdrucksache 19/9565)

Stand 03.12.2019

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299

Stellungnahme zum Antrag

Transparenz über das Leistungsgeschehen der Kassen

Aktuell findet der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nach Auffassung der Antragsteller überwiegend über die Höhe des Zusatzbeitrages und etwaige Satzungsleistungen oder Bonusangebote statt. Die GRÜNEN fordern nun, dass auch die Versorgungsleistungen und -qualität eine entscheidende Rolle im Wettbewerb zwischen den Kassen spielen sollte. Damit die Versicherten die Versorgungsleistung der Krankenkassen einsehen und vergleichen können, soll ein unabhängiges und qualitätsgesichertes Monitoring etabliert werden. Dafür sollen entsprechende Bewertungskriterien erarbeitet werden. Die Übersicht der Versorgungsleistung und Qualität aller Kassen soll über ein eigen geschaffenes Portal, verwaltet durch eine dafür zu gründende Stiftung, für die Versicherten zugänglich gemacht werden.

Bewertung:

Insgesamt wird das Anliegen begrüßt, Transparenz über das Leistungsgeschehen der Kassen herzustellen. Das Ziel, die Bedeutung der Versorgungsqualität im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im Sinne der Versicherten weiter auszubauen, setzt ein wichtiges politisches Signal. Während in der jüngeren Vergangenheit der Preiswettbewerb der Krankenkassen sowie Satzungsleistungen im Vordergrund standen, ist es der AOK seit jeher ein zentrales Anliegen, die Versorgungsqualität in den Mittelpunkt des Wettbewerbs zu stellen. Hierzu leistet der Antrag einen wichtigen Beitrag.

Die AOK findet Transparenz im Leistungsgeschehen wichtig und unterstützt daher eine entsprechende Transparenzoffensive. Die Einschätzung, dass Krankenkassen mit der Gestaltung der Versorgung sowie durch Maßnahmen zur Unterstützung von Gesundheitsförderung einen wichtigen Beitrag leisten zur Erhaltung der Gesundheit der Versicherten, wird geteilt. Die AOK nutzt seit jeher ihre Möglichkeiten, um für ihre Versicherten den Wettbewerb um die beste Gesundheitsversorgung stetig voranzutreiben. Mit der Initiative „Stadt.Land.Gesund." unterstreicht die Gesundheitskasse dieses Engagement aktuell für Versicherte und Patienten in ländlichen Regionen. Und auch im Bereich der Angebote zur Prävention macht sich die AOK stark. Hier zeigt die AOK-Gemeinschaft ein überdurchschnittliches Engagement in Unternehmen und den unterschiedlichen Lebenswelten.

Vor diesem Hintergrund wird der Ansatz begrüßt, insbesondere die Versorgungsqualität von Krankenkassen systematisch zu messen und zu bewerten und dabei Indikatoren zu benennen, die die Sicht der Versicherten und deren Bedürfnisse in Bezug auf ein qualitätsorientiertes Leistungs- und Serviceangebot bestmöglich widerspiegeln. Dies können aus Sicht der AOK aber nicht allein die Bewilligungs-/Ablehnungsquoten der Krankenkassen sein. Ob eine Kasse mehr oder weniger bewilligt, spiegelt nicht deren Qualität im Service und Leistungsverhalten gegenüber den Versicherten wider. Entscheidend ist, dass dem Versicherten in seinem Anliegen geholfen

wird. Daher setzt die AOK mit unterschiedlichsten Formaten und zu unterschiedlichsten Anlässen auf die Unterstützung und Beratung und damit auf eine direkte Kommunikation mit ihren Versicherten.

Um die Wahlentscheidung der Bürger nicht nur über den Preis, sondern auch über die Qualität der Leistungen und des Service zu unterstützen, muss es aus Sicht der AOK objektiv vergleichbare Leistungs- und Servicekriterien geben. Entscheidend ist, wie der Versicherte das Leistungsgeschehen und den Service seiner Krankenkasse wahrnimmt. Dazu gehören:

- Erreichbarkeit, Service, Nähe, digitaler Zugang (z.B. Geschäftsstellennetz mit Servicezeiten, digitale Kommunikationskanäle etc.)
- Persönliche Beratungsangebote, wie z.B. qualifizierte Kunden- und Pflegeberatung, Unterstützung der Versicherten bei vermuteten Behandlungsfehlern
- Selektivverträge und Vereinbarungen zu kassenindividuellen Versorgungsprojekten, mit denen eine qualitätsorientierte flächendeckende Versorgung, u.a. auch für spezielle Patientengruppen wie z.B. für Menschen mit chronischen Erkrankungen, vorangetrieben wird
- Unterstützungsangebote für die Qualitätsarbeit von Gesundheitspartner, wie dies seitens der AOK mit QiSA, QuATRo und QSR erfolgt

Grundsätzlich ist bei der Etablierung eines derartigen Monitorings zu beachten, dass Krankenkassen nicht selbst die Versorger sind, sondern diejenigen, welche die Versorgungsqualität für die Versicherten anstreben zu verbessern, indem sie passgenaue Versorgungslösungen im Einklang mit der Versorgungslandschaft vor Ort entwickeln. Ihre Handlungsspielräume dafür müssen dazu aber weiter gestärkt werden.

Zur Intensivierung des Kassenwettbewerbs im Zuge der vorgeschlagenen Transparenzoffensive ist es wichtig, dass Versicherte barrierefrei an die für sie notwendigen Informationen kommen und sie die Chance bekommen, Krankenkassen an vereinbarten Standards zu vergleichen, die für ihre Entscheidung relevant sind. Informationen müssen nicht über weitere zusätzliche teure bürokratische Strukturen, wie die erwähnte „Patientenstiftung“ aufbereitet werden. Zum einen werden die Krankenkassen selbst diese Informationen bereitstellen und zum anderen gibt es bereits Plattformen auf denen ein Überblick über Preis und Leistungstransparenz aller Krankenkassen hergestellt werden kann.

Gutachtenauftrag zur Förderung des Wettbewerbs um mehr Versorgungsqualität an den Sachverständigenrat Gesundheit

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) soll gesetzlich mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt werden. Gegenstand des Gutachtens soll laut Antrag sein, welche Anreizsysteme und Instrumente für Krankenkassen geschaffen werden können, um im Wettbewerb qualitativ hochwertige Versorgung Versorgungsangebote, zum Beispiel zur sektorenübergreifenden Versorgung oder für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf, zu belohnen bzw. zu befördern.

Bewertung:

Der Ansatz, den SVR Gesundheit mit Fragen zur Förderung des Wettbewerbs um mehr Versorgungsqualität zu beauftragen ist zu begrüßen. Hier könnte insbesondere auch an Vorarbeiten und Ergebnisse des Gutachtens aus dem Jahr 2012 „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ angeknüpft und neu Entwicklungen und Veränderungen von Rahmenbedingungen einbezogen werden. Aktuell sind in diesem Zusammenhang die Zentralisierungstendenzen in der Versorgungsgestaltung durch die Bundesgesetzgebung zu nennen, wodurch Entscheidungsspielräume der Krankenkassen und ihrer Vertragspartner bei der Entwicklung passgenauer Lösungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität in den Regionen oder für besondere vulnerable Patientengruppen erheblich eingeschränkt werden.

Im Rahmen der konkreten Beauftragung wäre darauf zu achten, nicht alleine auf finanzielle Anreiz- oder Belohnungssysteme zu fokussieren, sondern den Sachverständigenrat insbesondere auch untersuchen zu lassen, welche Hürden und Hindernisse in der Praxis bei der Umsetzung entsprechender Versorgungmodelle bestehen. Denn das Setzen von finanziellen Anreizen kann den Abbau von ggf. vorliegende rechtliche, strukturelle oder bürokratische Hemmnisse bei der Implementierung von Versorgungsmodellen nicht ersetzen, sondern nur flankieren. Der Gegenstand des Gutachtens sollte deshalb entsprechend breit angelegt sein.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(6.3)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

AOK Die Gesundheitskasse. | BUNDESVERBAND

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 18.12.2019

Zu den Änderungsanträgen 1 - 7 zum Entwurfs eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Ausschuss-Drucksache 19 (14) 122.1 vom 28.11.2019

Stand 12.12.2019

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299

Inhaltsverzeichnis:

I. Zusammenfassung ..... - 3 -

II. Stellungnahme zu einzelnen Änderungsanträgen ..... - 4 -

Änderungsantrag 1 ATMP ins AMNOG Verfahren..... - 4 -

Art. 5 Nr. 3a § 35a SGB V..... - 4 -

Änderungsantrag 2 Belegter Zusatznutzen für Reserveantibiotika ..... - 5 -

Art. 5 Nr. 3b § 35a SGB V ..... - 5 -

Änderungsantrag 3 Wegfall des Unterlagenschutzes im Rahmen des AMNOG-Verfahrens..... - 7 -

Art. 5 Nr. 9c § 130b SGB V..... - 7 -

Änderungsantrag 4 Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln ..... - 8 -

Art. 0 (Änderung des Arzneimittelgesetzes) und Art. 5 Nr. 9a § 129 Absatz 4c SGB V... - 8 -

Änderungsantrag 5 Gesetzlicher Abschlag für Schutzimpfungen als Satzungsleistung ..... - 11 -

Art. 5 Nr. 9b § 130a Absatz 2 SGB V..... - 11 -

Änderungsantrag 6 Pflegepersonaluntergrenzen ..... - 12 -

Art. 5 Nr. 10a § 137i Absatz 4 SGB V..... - 12 -

Änderungsantrag 7 Weiterentwicklung der Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen..... - 13 -

Art. 5 Nr. 3b § 64b Absatz 2 SGB V..... - 13 -

I. Zusammenfassung

Mit vielen der fachfremden Änderungsanträge zum Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) werden bereits getroffene Regelungen nachgesteuert, bei denen die Praxis Weiterentwicklungsbedarf zeigte. So ist die Ermöglichung einer Laufzeitverlängerung bei den Modellvorhaben für psychisch kranke Menschen sinnvoll, weil sich die Dauer für die Evaluation als zu kurz erwiesen hat. Die Verbesserungen der Meldepflichten nach § 137i SGB V zu Schichten, in denen die Krankenhäuser die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten haben, stellt ebenfalls für die Beteiligten eine Verfahrenserleichterung dar. Auch die Neuregelung des gesetzlichen Abschlags für Schutzimpfungen erleichtert die praktische Umsetzung. Und die Klarstellung, dass ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V auch nach Ablauf des Unterlagenschutzes als Erstattungsobergrenze fortbesteht schließt eine potenzielle Regelungslücke und schafft Rechtssicherheit. Dass zukünftig alle Arzneimittel für neuartige Therapien eine Nutzenbewertung nach § 35a SGB V durchlaufen müssen, ist ebenfalls folgerichtig, da hierdurch ein einheitliches Bewertungsverfahren und eine einheitliche Evidenzgenerierung sichergestellt werden.

Die Absicht, die Entwicklung von Reserveantibiotika zu fördern, ist zu begrüßen. Die vorgesehene Schwächung der Nutzenbewertung hätte jedoch zur Folge, dass weder eine Bewertung der Wirksamkeit noch der potentiell gravierenden Nebenwirkungen bei der Behandlung multi- und panresistenter Keime erfolgen würde. Deshalb sollte nicht an der frühen Nutzenbewertung, sondern an den Erstattungsbetragsverhandlungen angeknüpft werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den besten Einblick in die Versorgungssituation und kann sowohl die Kriterien zur Einstufung als Reserveantibiotikum als auch die Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung unter besonderer Berücksichtigung der Resistenzsituation festlegen.

Der Änderungsantrag zur Bekämpfung von Lieferengpässen setzt gleich an mehreren Stellen an. Dies ist angesichts der vielfältigen Ursachen von Lieferschwierigkeiten angemessen. Als kurzfristige Maßnahme sinnvoll ist die vorgesehene Regelung, dass bei Versorgungsengpässen befristet auch Arzneimittel mit einer Kennzeichnung oder Packungsbeilage in einer anderen als der deutschen Sprache in den Verkehr gebracht werden dürfen. Schritte zur Schaffung von mehr Transparenz und zur Etablierung geeigneter Notfallmaßnahmen sind ebenfalls zu begrüßen. Die vorgesehenen Regelungen gehen jedoch nicht weit genug. Oberste Priorität sollte ein Frühwarnsystem haben, das eine vollständige Transparenz von Lieferengpässen über alle Distributionsstufen beinhaltet. Hierfür bedarf es einer belastbaren Datengrundlage, die neben der Produktion auch die Lagerbestände bei pharmazeutischen Unternehmen, dem Großhandel sowie den Apotheken erfasst. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte für eine Beratung zu versorgungsrelevanten Wirkstoffen wie auch zum Umgang mit möglichen Verfügbarkeitsengpässen eine zentrale Rolle spielen. Eine Neuregelung der Abgaberegeln in der Apotheke ist nicht notwendig, da die aktuell geltende Fassung des Rahmenvertrages bereits eine Regelung vorsieht, welche die Versorgung bei Nicht-Verfügbarkeit eines Rabattarzneimittels sicherstellt.

II. Stellungnahme zu einzelnen Änderungsanträgen

Änderungsantrag 1 ATMP ins AMNOG Verfahren

Art. 5 Nr. 3a § 35a SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass alle zugelassenen Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) eine Nutzenbewertung nach § 35a SGB V durchlaufen müssen, unabhängig von Art und Umfang der mit diesem ATMP verbundenen ärztlichen Leistung. Damit wird gewährleistet, dass für jedes dieser Arzneimittel ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V verhandelt wird.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht. Durch die Zulassung der EMA als ATMP hat diese bereits den Arzneimittelcharakter festgelegt. Ein einheitliches Bewertungsverfahren ist daher nur folgerichtig und führt zu einer einheitlichen Evidenzgenerierung für diese Arzneimittelklasse. Von hervorgehobener Bedeutung bleibt in diesem Zusammenhang jedoch die aktuelle Praxis, dass ärztliche Leistungen, die mit der Anwendung des ATMP verbunden sind, in die Jahrestherapiekostenbetrachtung mit einbezogen werden. Andernfalls drohen eine Verzerrung der tatsächlich entstehenden Kosten und ein Transparenzverlust.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 2 Belegter Zusatznutzen für Reserveantibiotika

Art. 5 Nr. 3b § 35a SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass der pharmazeutische Unternehmer bei Nutzenbewertungsverfahren nach § 35a SGB V für Reserveantibiotika keine Unterlagen über den medizinischen Nutzen und den medizinischen Zusatznutzen vorlegen muss. Ein Zusatznutzen gilt für diese Arzneimittel als belegt.

Das Robert Koch-Institut legt, im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, die Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika fest.

B Stellungnahme

Das Ziel der angedachten gesetzlichen Regelung, die Entwicklung neuer Antibiotika zu fördern, ist berechtigt, jedoch erscheint der vorgeschlagene Weg, mit dem eine Schwächung der frühen Nutzenbewertung für eine weitere Teilgruppe des Arzneimittelmarktes verbunden ist, nicht zielführend.

Laut WHO- Angaben sterben allein in der europäischen Union jedes Jahr schätzungsweise 25.000 Menschen an schweren Infektionen mit resistenten Bakterien, die in einer Gesundheitseinrichtung erworben wurden[1]. Es besteht dringender Handlungsbedarf, um die Erforschung und Markteinführung von neuen Wirkstoffen und Wirkstoffklassen zu fördern.

Viele Pharmakonzerne haben Ihre Antibiotika- Forschung mittlerweile gestoppt. So zog sich beispielsweise Novartis 2018 aus der Entwicklung zurück[2], zwei Jahre nachdem das Unternehmen, dazu aufgerufen hat „gemeinsam mit den jeweiligen Regierungen eine globale Front gegen die Entstehung medikamentenresistenter Infektionen zu bilden“[3]. Als Grund für den Rückzug werden von Seiten der Pharmaindustrie oftmals die geringen Ertragsmöglichkeiten und der hohe Forschungsaufwand angeführt.

Bei der geplanten Änderung sollen künftig die Zulassungsbehörden Kriterien festlegen, mit denen Reserveantibiotika identifiziert werden können, auf deren Basis der Gemeinsame Bundesausschuss neue Antibiotika bewerten soll. Dabei ist fraglich, ob die Zulassungsbehörden hinreichend Einblick in das Versorgungsgeschehen haben, um entsprechende Merkmale zu identifizieren. Hier erscheint es sinnvoller, sowohl den Kriterienkatalog als auch die Einstufung direkt beim Gemeinsamen Bundesausschuss anzusiedeln, bei dem sowohl über die Mitglieder als auch

---

[1]http://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/antibiotic-resistance, Abgerufen am 03.12.2019
[2]https://www.tagesschau.de/wirtschaft/novartis-antibiotika-forschung-101.html
[3]https://www.novartis.ch/de/stories/entdeckung/novartis-im-kampf-gegen-superbugs, Abgerufen am 03.12.2019

über die laufende Beteiligung der Fachkreise eine hinreichende Vernetzung zum Versorgungsgeschehen sichergestellt ist. Dabei wäre auch zu regeln, dass ein einmal verliehener Status als Reserveantibiotikum auch wieder aufgehoben werden kann.

Da die Entwicklung von neuen Antibiotika v.a. ein ökonomisches Problem darstellt, sollte eine Regulierung an der Erstattungsbetragsvereinbarung ansetzen und nicht an der frühen Nutzenbewertung. Die besondere Situation für Reserveantibiotika sollte daher in den Regelungen des § 130b abgebildet werden.

Darüber hinaus sollte vielmehr die Entwicklung von neuen Antibiotika durch gezielte Forschungsförderung, beispielsweise auch im universitären Bereich, unterstützt werden.

C Änderungsvorschlag

Nach § 35a Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„(1c) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Verfahrensordnung die Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika fest; dabei ist der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Der pharmazeutische Unternehmer kann beim Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der Bewertung nach § 35a die Einstufung als Reserveantibiotikum beantragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über den Antrag nach Satz 2; er kann diese Einstufung befristen oder wieder aufheben. Bei dem Beschluss nach Absatz 3 hat der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung des Reserveantibiotikums unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Resistenzsituation festzulegen. Dazu holt er eine Stellungnahme beim Robert Koch Institut ein, die im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu erstellen ist. Das Nähere zur Ausgestaltung des Antragsverfahrens regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“‘

Nach § 130b Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Für ein Arzneimittel, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechend § 35a Absatz 1c als Reserveantibiotikum eingestuft wurde, ist dieser Sonderstatus angemessen bei der Vereinbarung nach Absatz 1 zu berücksichtigen.“

Änderungsantrag 3 Wegfall des Unterlagenschutzes im Rahmen des AMNOG-Verfahrens

Art. 5 Nr. 9c § 130b SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei der geplanten Neuregelung handelt sich um eine Klarstellung, dass ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V ungeachtet des Fortbestandes des Unterlagenschutzes als Erstattungsobergrenze fort gilt, soweit und solange für einen AMNOG-Wirkstoff noch kein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 SGB V festgesetzt wurde.

B Stellungnahme

Mit der Regelung soll eine potenzielle Regelungslücke geschlossen werden, die durch Ablauf des Unterlagenschutzes eines AMNOG- Bewerteten Arzneimittels entsteht. Damit wird nochmal bestätigt, dass auch in diesem Fall der Erstattungsbetrag als Höchstbetrag fortgesetzt gilt.

Die Neuregelung und die damit verbundene Rechtssicherheit ist gerade vor dem Hintergrund des baldigen Ablaufs des Unterlagenschutzes für Arzneimittel, die vor dem Jahr 2012 zugelassen wurden, zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 4 Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

Art. 0 (Änderung des Arzneimittelgesetzes) und Art. 5 Nr. 9a § 129 Absatz 4c SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Neuregelungen sollen künftig Lieferengpässe bei Arzneimitteln besser bekämpft werden können.

1. zu 1. und 2. Es wird geregelt, dass im Falle eines Lieferengpasses auf Antrag des Zulassungsinhabers, die zuständige Bundesoberbehörde gestatten kann, dass ein Arzneimittel befristet, mit einer Kennzeichnung oder einer Packungsbeilage in einer anderen Sprache in Verkehr gebracht wird, jedoch nur unter der Voraussetzung der direkten Anwendung am Patienten durch einen Arzt oder Zahnarzt

   zu 3. Zur Beobachtung der Versorgungslage mit Arzneimitteln wird durch die Neuregelung ein Beirat beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gebildet. Die teilnehmenden Verbände und Organisationen werden durch das Bundesministerium bestimmt. Die zuständige Bundesoberbehörde soll nach Anhörung des Beirates eine Liste mit versorgungsrelevanten und versorgungskritischen Wirkstoffen auf Ihrer Webseite zur Verfügung stellen.

   Außerdem wird eine Ermächtigungsgrundlage geschaffen, damit die zuständige Bundesoberbehörde nach Anhörung des Beirats vorsorglich zur Vermeidung, sowie im Falle eines versorgungsrelevanten Lieferengpasses zur Abmilderung oder Abwendung geeignete Maßnahmen anordnen können.

   Vollversorgende Großhändler und pharmazeutischen Unternehmer werden verpflichtet, den Bundesoberbehörden auf Anforderung Informationen zu verfügbaren Beständen und Absatzmengen von Arzneimitteln zu übermitteln.

2. Es wird geregelt, dass nach Ablauf von vierundzwanzig Stunden nach Vorlage der ärztlichen Verordnung die Apotheke zur Abgabe eines lieferbaren Arzneimittels berechtigt ist, welches nicht teurer als das verordneten Arzneimittels nach Maßgabe des § 129 Absatz 1 Satz 2 ist.

B Stellungnahme

1. zu 1. und 2.

   Die Regelung zur Erleichterung des Inverkehrbringens von Arzneimitteln zur direkten (zahn-)ärztlichen Anwendung im deutschen Markt ist als Kurzfristmaßnahme sachgerecht und sehr zu begrüßen. Vor dem Hintergrund der Arzneimitteltherapiesicherheit ist darauf zu achten, dass die Neuregelung auf Arzneimittel beschränkt bleibt, die durch einen Arzt oder Zahnarzt beim Patienten direkt angewendet wird.

zu 3.

Die Regelung wird in dieser Form abgelehnt. Es ist grundsätzlich zweifelhaft, ob der Beirat eine geeignete Maßnahme zum Umgang mit Problemen durch Lieferengpässe ist. Vielmehr wäre der Gemeinsame Bundesausschuss das passende Gremium für eine Beratung sowohl zu versorgungsrelevanten Wirkstoffen wie auch zum Umgang mit möglichen Verfügbarkeitsengpässen und Empfehlungen für geeignete Maßnahmen, ggf. auch zu Alternativtherapien. Die Beteiligung der entsprechenden Fachkreise könnte vom Gemeinsamen Bundesausschuss in bewährter Weise durch Anhörungsverfahren sichergestellt werden.

Für eine korrekte Einschätzung der tatsächlichen Versorgungssituation bei einem befürchteten Lieferengpass bedarf es einer stehenden und belastbaren Datengrundlage. Denn ist es unzureichend, diese lediglich im Bedarfsfall für einzelne Arzneimittel und lediglich auf der Ebene von pharmazeutischen Unternehmen und dem Großhandel abzufragen – naturgemäß befindet sich eine erhebliche Menge an Waren in den Apotheken. Insofern wäre es zielführend, hier ein Frühwarnsystem zu etablieren, was neben der Produktion auch die Lagerbestände bei pharmazeutischen Unternehmen, dem Großhandel sowie den Apotheken erfasst und diese Daten an die Bundesoberbehörde meldet. Diese Daten könnten im Bedarfsfall zur Einschätzung dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Beratung zur Verfügung gestellt werden. Nur mit einer solchen umfassenden und kurzfristig bereitstehenden Datengrundlage lässt sich zuverlässig die tatsächliche Situation zu Lieferengpässen von Arzneimitteln bewerten.

2. Die Vertragspartner des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2, der Deutsche Apothekerverband e.V. und der GKV-Spitzenverband, haben bereits in der derzeit geltenden Fassung des Rahmenvertrages eine Regelung vorgesehen, die bei Nicht-Verfügbarkeit eines Arzneimittels sicherstellt, dass die Patientinnen und Patienten mit einem austauschbaren Arzneimittel versorgt werden. Dies gilt auch bei einer vorliegenden Nicht-Verfügbarkeit eines Rabattarzneimittels. Entsprechend bedarf es keiner weiteren Konkretisierung. Die vorgeschlagene Regelung führt möglicherweise dazu, dass die Einsparungen aus Rabattverträgen minimiert werden. Dabei verhindert die Regelung weder Lieferengpässe noch stärkt sie die Versorgungssicherheit von Patientinnen und Patienten. Auch künftig werden die Vertragspartner gemeinsam sachgerechte Lösungen erarbeiten, die der Sicherstellung der Versorgung dienen.

C Änderungsvorschlag

1. zu 1. und 2.
Keiner.

zu 3.
Nach § 52b Absatz 3a werden die folgenden Absätze 3b bis 3e eingefügt:

„(3b) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erhält von pharmazeutischen Unternehmern, Arzneimittelgroßhandlungen sowie Apotheken Daten zu verfügbaren Beständen sowie vom pharmazeutischen Unternehmen zur Produktion, zu drohenden Lieferengpässen eines Arzneimittels sowie deren Dauer und Umfang. Sie informiert den Gemeinsamen Bundesausschuss bei einem drohenden oder eingetretenen Lieferengpass unverzüglich.

(3c) Der Gemeinsame Bundesausschuss berät auf Basis der Informationen und Daten der Bundesoberbehörde nach Anhörung der Fachkreise Empfehlungen über geeignete Maßnahmen zur Abwendung oder Abmilderung eines versorgungsrelevanten Lieferengpasses und übermittelt diese an die Bundesoberbehörde. § 92 Absatz 3a gilt entsprechend. Dabei sind insbesondere Hinweise für mögliche Vorgehensweisen sowie Versorgungsalternativen zu übermitteln.

(3d) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt eine aktuelle Liste versorgungsrelevanter Wirkstoffe und gibt diese ihrer Internetseite bekannt. Der Beschluss ist Teil der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6.

(3e) Die zuständige Bundesoberbehörde kann unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Falle eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses Maßnahmen ergreifen. Die zuständige Bundesoberbehörde kann insbesondere anordnen, dass pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen geeignete Maßnahmen zur Gewährleistung der angemessenen und kontinuierlichen Bereitstellung von Arzneimitteln nach Absatz 1 ergreifen; dies schließt Maßnahmen zur Lagerhaltung und Kontingentierung von Arzneimitteln ein. Bestehende Verträge nach § 130a Absatz 8 sind bei der Festlegung der geeigneten Maßnahmen zu berücksichtigen.“

2. Streichung der vorgesehenen Regelung.

Änderungsantrag 5 Gesetzlicher Abschlag für Schutzimpfungen als Satzungsleistung

Art. 5 Nr. 9b § 130a Absatz 2 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung sollen die Krankenkassen auf Impfstoffe für Schutzimpfungen als Satzungsleistung nach § 20i SGB V einen Abschlag auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers erhalten.

B Stellungnahme

Die Änderung ist zu begrüßen, denn sie erleichtert die praktische Umsetzung der Impfstoffbeschaffung für die Ärzte und dürfte damit letztendlich auch die Durchimpfungsrate erhöhen.

Mit der Änderung wird eine einheitliche Abschlagsgewährung für Pflicht- und Satzungsleistungen umgesetzt. Im Ergebnis können damit die vor Ort bislang notwendigen künstlichen Trennungen beider Leistungssegmente aufgehoben werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

[1] http://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/antibiotic-resistance, Abgerufen am 03.12.2019
[2]https://www.tagesschau.de/wirtschaft/novartis-antibiotika-forschung-101.html
[3] https://www.novartis.ch/de/stories/entdeckung/novartis-im-kampf-gegen-superbugs, Abgerufen am 03.12.2019

Änderungsantrag 6 Pflegepersonaluntergrenzen

Art. 5 Nr. 10a § 137i Absatz 4 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenhäuser kommen ihren Meldepflichten nach § 137i Absatz 4 Satz 6 und 7 zu Schichten, in denen sie die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten haben, gegenüber den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) nur unzureichend nach. Die Zusammenstellung dieser Angaben, die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene und den zuständigen Landesbehörden zu übermitteln hat, ist daher fortan auch an die Landesverbände der Krankenkassen und an die Ersatzkassen zu übermitteln. Hierdurch soll den Vertragsparteien auf Ortsebene, die im Einzelfall Sanktionen für die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren haben, für die Fälle ein Zugriff auf die Meldungen ermöglicht werden, in denen Krankenhäuser ihrer Meldepflicht gemäß § 137i Absatz 4 Satz 6 und 7 nur gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, nicht aber gegenüber den Vertragsparteien nach § 11 des KHEntG nachkommen. Zudem soll das Bundesministerium für Gesundheit in die Lage versetzt werden, die Zusammenstellung der Quartalsmeldungen beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus anzufordern.

B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt, da sie eine Verwaltungsvereinfachung darstellt. Die Krankenhäuser kommen ihren Lieferverpflichtungen gegenüber dem InEK in der Regel nach. Dieses Verhalten kann bisher gegenüber den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG nicht beobachtet werden. Die Daten sind jedoch als Grundlage der Berechnungen möglicher Sanktionen bei Verstößen der Krankenhäuser nach den Regelungen des § 137i SGB V durch die Krankenkassen notwendig. Zukünftig wird somit ein vollständiger und plausibilisierter Datensatz vom InEK an die Krankenkassen übermittelt. Nichtlieferungen sind damit ebenfalls eindeutig identifizierbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 7 Weiterentwicklung der Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

Art. 5 Nr. 3b § 64b Absatz 2 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Bisher sind die Modellvorhaben nach § 64b in der Regel auf längstens acht Jahre zu befristen. Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen (§ 64b Absatz 2). Die gemäß § 65 in Verbindung mit § 64b gesetzlich vorgeschriebene wissenschaftliche Evaluation, mit der die Krankenkassen gemeinsam bundesweit die bisherigen Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b evaluieren, ist im Jahr 2014 mit einer Laufzeit von elf Jahren ausgeschrieben worden. Der Gemeinsame Bericht zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom 28. Juni 2019 gibt derzeit die ersten Zwischenergebnisse wieder. Der Abschluss der Evaluation ist frühestens im Jahr 2025 zu erwarten. Mit der Änderung wird die Befristung der Modellvorhaben verlängert, um nach Vorliegen des Berichts über die Auswertung der Evaluationsergebnisse nach § 65 über eine mögliche Überführung in die Regelversorgung sachgerecht entscheiden zu können.

B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Die bisherige Laufzeit der Modelle hat sich vor dem Hintergrund der Dauer der Evaluation als zu kurz erwiesen. Zwar konnten auch nach bisheriger Rechtslage die Modelle verlängert werden, diese musste jedoch bei den zuständigen Aufsichtsbehörden unter Vorlage des Evaluationsberichts beantragt werden. Die Abschlussberichte liegen aber aufgrund der Laufzeit der Evaluation noch nicht vor. Einige Modellprojekte kommen aktuell an das Ende ihrer Vertragslaufzeit, so dass nunmehr eine Entscheidung über deren Verlängerung getroffen werden muss. Eine einfache Verlängerung der Laufzeit der Modellprojekte durch die Vertragsparteien ohne den Einbezug der Aufsichtsbehörden stellt dabei eine Verfahrensvereinfachung und -beschleunigung dar.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(7)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
10.12.2019

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Bundesverband der Krankenhausträger in der Bundesrepublik Deutschland

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz - GKV-FKG)

anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18. Dezember 2019

Stand: 10. Dezember 2019

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil 3

Besonderer Teil 5

Artikel 7 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes 5

Zu Artikel 7 (§ 8 KHEntgG)
Zuschlag auf den Rechnungsbetrag 5

Zu den Empfehlungen der Ausschüsse anlässlich der 983. Sitzung des Bundesrates am 29. November 2019 (BR-Drucksache 517/1/19) 7

Nr. 13: Zu Artikel 5 Nummer 9a – neu – (§ 136a Absatz 2 Satz 3 und Satz 9 SGB V)
Streichung von bettenbezogenen Mindestvorgaben für Psychotherapeuten in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung 7

Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (Ausschuss-Drucksache 19(14)122.1) 9

Änderungsantrag Nr. 1: Zu Artikel 5 Nr. 3a (§ 35a SGB V)
Nutzenbewertung zugelassener ATMP im AMNOG-Verfahren 9

Änderungsantrag Nr. 2: Zu Artikel 5 Nr. 3b (§ 35a Absatz 1c SGB V)
Belegter Zusatznutzen für Reserveantibiotika 10

Änderungsantrag Nr. 3: Zu Artikel 5 Nr. 9c (§ 130b Absatz 7 SGB V)
Geltung von Erstattungsbeträgen nach Wegfall des Unterlagenschutzes 12

Änderungsantrag Nr. 4: Zu Artikel 0 (Änderung des AMG) und Artikel 5 Nr. 9a (§ 129 Abs. 4c SGB V)
Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln 12

Änderungsantrag Nr. 6: Zu Artikel 5 Nr. 10a (§ 137i Absatz 4 SGB V)
Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern 17

Änderungsantrag Nr. 7: Zu Artikel 5 Artikel 5 Nr. 3b - Neu - (§ 64b SGB V)
Weiterführung der Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen 17

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf 19

I. Streichung der Strafzahlung für Krankenhäuser im Jahr 2020 (§ 275c Absatz 3 Satz 1 SGB V) 19

II. Klarstellung zum zeitlichen Anwendungsbereich des § 17c Absatz 2b KHG 20

Allgemeiner Teil

Mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) sollen bestehende Verwerfungen im Wettbewerb der Krankenkassen beseitigt und die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes weiterentwickelt werden. Beispielsweise sollen die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeschlagenen Wege konsequent fortgesetzt werden und die wettbewerblichen Rahmenbedingungen im Risikostrukturausgleich (RSA) sowie im Organisationsrecht modernisiert und an die Erfordernisse einer solidarischen und fairen Wettbewerbsordnung angepasst werden.

Für die Krankenhäuser ist der neu eingeführte **Rechnungszuschlag** für im Jahr 2020 im Krankenhaus aufgenommene Patientinnen oder Patienten von herausgehobener Bedeutung. Der Zuschlag soll bislang nicht refinanzierte Tarifsteigerungen des Pflegepersonals der Jahre 2018 und 2019 pauschal ausgleichen und die mit Pflegepersonal-Stärkungsgesetz beabsichtigte Förderung der Attraktivität der Pflege unterstützen. Die versprochene vollständige Vergütung der Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal wird allerdings auch mit dieser Maßnahme nur teilweise umgesetzt. Die notwendigen finanziellen Mittel werden nicht vollumfänglich bereitgestellt und der Bereich der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) wird vollständig außer Acht gelassen. Vor diesem Hintergrund schließen sich die Krankenhäuser der Forderung des Bundesrates an, den Rechnungszuschlag von 0,3 auf 0,9 % zu erhöhen (s. dazu BR-Drs. 517/19, Nr. 28). Um den vollständigen Tarifausgleich auch für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu gewährleisten, muss zudem eine entsprechende Erhöhung des Gesamtbetrages nach § 3 Abs. 3 BPflV erfolgen (zusätzliche Erhöhung um 1,3 %).

Darüber hinaus unterstützen die Krankenhäuser ausdrücklich auch die Forderung der Bundesländer, dass zumindest in den Jahren 2020 und 2021 die über die tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen hinausgehenden **Kosten der Leiharbeit in der Pflege** bis zu einer Höhe von 30 % im Pflegebudget berücksichtigt werden können (s. dazu BR-Drs. 517/19, Nr. 27). Gleiches gilt für die Forderung der Länder, die im Rahmen der **Sachkostenkorrektur** im DRG-System 2020 ausgegliederten Bewertungsrelationen im Fallpauschalenkatalog 2021 erhöhend zu berücksichtigen und die Sachkostenkorrektur für das Jahr 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung vorzunehmen (s. dazu BR-Drs. 517/19, Nr. 29). Auch an dieser Stelle schließen sich die Krankenhäuser der Stellungnahme des Bundesrates an.

Auch die Forderung der Länder, von einem bettenbezogenen Schlüssel für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten in der Richtlinie des G-BA zur **Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL)** abzusehen (s. dazu BR-Drs. 517/19, Nr. 11), halten die betroffenen Kliniken für absolut berechtigt.

Dringenden, kurzfristig umzusetzenden gesetzlichen Korrekturbedarf sehen die Krankenhäuser bei den mit dem **MDK-Reformgesetz beschlossenen Strafzahlungen** im Falle von Rechnungsanpassungen. Die Krankenhäuser sind über diese Regelung entsetzt und empört. Sie werden für die Kompliziertheit des Abrechnungssystems und für sozial verantwortliches Handeln zugunsten der Patienten in völlig inakzeptabler und ungerechtfertigter Weise bestraft.

Die von den Koalitionsfraktionen über Änderungsanträge eingebrachten Maßnahmen zur Beseitigung der zunehmenden **Arzneimittellieferengpässe** und zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die **Entwicklung neuer Antibiotika** werden von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt. Nähere Erläuterungen zu diesen und weiteren Themenfeldern sind den Ausführungen zu den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen und dem Abschnitt „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“ der vorliegenden Stellungnahme zu entnehmen.

Besonderer Teil

Artikel 7

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 7 (§ 8 KHEntgG)
Zuschlag auf den Rechnungsbetrag

Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Neuregelung sieht 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 % des Rechnungsbetrags vor. Hintergrund ist gemäß der Begründung zum Gesetzentwurf ein nachträglicher pauschaler und abschließender Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen der Jahre 2018 und 2019 im Bereich des Pflegepersonals.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen, dass mit der Regelung zusätzliche Mittel für die Refinanzierung von Pflegetarifsteigerungen bereitgestellt werden. Damit wird die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz beabsichtigte Förderung der Pflege über die Vergütungssystematik unterstützt. Den Krankenhäusern versprochen wurde die hundertprozentige Ausfinanzierung der Tarifkostensteigerungen für das Pflegepersonal. Allerdings wird mit den vorgesehenen Mitteln in Höhe von 250 Mio. Euro nur ein Teil der mit 600 Mio. Euro zu beziffernden, fehlenden Finanzierung von Tariflohnverbesserungen für die Pflege ausgeglichen. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Beträge, die aufgrund der Gesetzessystematik nicht im Rahmen der Tarifratenverhandlung gemäß § 10 Absatz 5 KHEntgG berücksichtigt werden können. In der Tarifratenverhandlung sind die tariflichen Mehrkosten für die Pflege mit den tariflichen Mehrkosten für die übrigen Mitarbeitergruppen einschließlich der Ärzte (MB-Vertrag) in der jeweiligen Periode zusammenzurechnen und nur die Gesamtzuwachsrate wird mit der Grundlohnrate abgeglichen. Dies führt dazu, dass trotz einer Steigerung der tarifbedingten Kosten für die Pflege im Jahr 2018 um ca. 4,5 % und einer Veränderungsrate von 2,97 % die Krankenhäuser keinen Ausgleich für die Pflegekostensteigerungen erhalten können. Da aufgrund der gesetzlichen Festlegung weiterhin nur der maßgebliche Tarifvertrag ausgeglichen wird, werden die Mehrkosten aus dem Tarifabschluss im Länderbereich (TdL-Vertrag) erst gar nicht berücksichtigt, obwohl dieser mit ca. 7 % hohe Personalkostensteigerungen vorsieht. Insgesamt bleiben aus diesem Gründen in den Jahren 2018 und 2019 ca. 600 Mio. Euro tarifbedingte Pflegemehrkosten - unabhängig von der für das Jahr 2019 bereits verhandelten Tarifrate - unfinanziert. In diesem Umfang wurden den Krankenhäusern versprochene Ausgleiche nicht gewährt. Die Kostenlast trägt mit dazu bei, dass immer mehr Krankenhäuser insolvenzgefährdet sind.

Zudem werden mit der derzeitigen Regelung die Bereiche der BPflV sowie die Besonderen Einrichtungen gänzlich außer Acht gelassen. Die notwendige Einbeziehung der BPflV ergibt sich bereits aus der Gesetzessystematik zur Erhöhungsrate für Tariferhöhungen. Gemäß § 3 Absatz 4 BPflV gilt diese auch für die Psychiatrie und Psychosomatik, weshalb auch die Regelung eines nachträglichen pauschalen Ausgleiches etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen der Jahre 2018 und 2019 die BPflV zusätzlich einbeziehen muss. Zudem muss die Regelung in der BPflV basiswirksam greifen, da Tarifsteigerungen keinen einmaligen Effekt darstellen. Im KHEntgG-Bereich ist hingegen ein einmaliger pauschaler Ausgleich sachgerecht, da die Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ab dem Jahr 2020 über das Pflegebudget zu finanzieren sind. Die nicht refinanzierten Tarifsteigerungen im Bereich der BPflV werden, aus den gleichen Gründen, wie bereits zuvor im Bereich der Somatik erläutert, auf 90 Mio. Euro beziffert. Dies führt im Ergebnis zu einer notwendigen Erhöhung der Gesamtbeträge um 1,3 %. Die entsprechende Änderung muss folgerichtig, ebenso wie der Artikel 7, bereits zum 31.12.2019 in Kraft treten.

Weiterhin sollte, um Unstimmigkeiten im Rahmen der Abrechnung zu vermeiden und den avisierten Betrag tatsächlich zu realisieren, eine Konkretisierung erfolgen, dass mit dem Zuschlag des Rechnungsbetrags der gesamte Rechnungsbetrag gemeint ist und demnach die Entgelte nach § 7 Absatz 1 KHEntgG adressiert sind.

Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 11 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden **und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 berechnet werden**, ist im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 ein Zuschlag in Höhe von ~~**0,3**~~ **0,9** Prozent ~~**des Rechnungsbetrags**~~ **der entsprechenden Entgelte vorzunehmen** ~~**zu berechnen**~~ und gesondert auf der Rechnung auszuweisen. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“

Um zusätzlich den Bereich der BPflV zu berücksichtigen, ist folgende Änderung notwendig:

In § 3 Absatz 3 BPflV wird folgender neuer Satz 11 eingefügt:

„Der für das Jahr 2020 nach den Vorgaben der Sätze 2 bis 10 vereinbarte Gesamtbetrag ist zusätzlich um 1,3 Prozent zu erhöhen; eine Begrenzung nach Satz 5 gilt insoweit nicht.“

Aus § 3 Absatz 3 Satz 11 BPflV wird Satz 12 und aus Satz 12 wird Satz 13.

Zu den Empfehlungen der Ausschüsse anlässlich der 983. Sitzung des Bundesrates am 29. November 2019 (BR-Drucksache 517/1/19)

Nr. 13: Zu Artikel 5 Nummer 9a – neu – (§ 136a Absatz 2 Satz 3 und Satz 9 SGB V)
Streichung von bettenbezogenen Mindestvorgaben für Psychotherapeuten in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Empfehlung des Bundesrates

Der gesetzliche Auftrag für die Entwicklung bettenbezogener Mindestvorgaben für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten in der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) soll angepasst werden.

Stellungnahme

Die Anpassung des gesetzlichen Auftrages und insbesondere die Streichung einer Entwicklung bettenbezogener Mindestvorgaben für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten in der PPP-RL werden von den Krankenhäusern begrüßt.

Die Erstfassung der PPP-RL erfolgte mit Beschluss vom 19. September 2019. In der Erstfassung der PPP-RL wurde bereits damit begonnen, die besonderen Bedarfe psychotherapeutischer Versorgung von stationär behandelten psychisch erkrankten Menschen zu berücksichtigen. So fand in der Berufsgruppe der Psychologen eine Erhöhung der Minutenwerte in einzelnen Behandlungskategorien statt. Hier werden nunmehr mindestens 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der Berufsgruppe der Psychologen vorgesehen. Darüber hinaus hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie bereits verpflichtet, sowohl die zugrundeliegenden Minutenwerte der Mindestvorgaben als auch die Regelaufgaben der Psychotherapeuten zu überprüfen und ggf. anzupassen und somit weitere Verbesserungen herbeizuführen. Darüber hinaus wird eine weitere grundsätzliche Anpassung hinsichtlich der künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben, die ab dem 1. Januar 2025 gelten sollen, angestrebt.

Die Definition von Verhältnisschlüsseln „Personal zur Bettenanzahl“ für Psychotherapeuten in der Psychiatrie und Psychosomatik ist abzulehnen. Sie würde den besonderen Patientenbedarfen psychisch kranker Menschen nicht gerecht werden. Es wird beispielsweise nicht berücksichtigt, ob ein Bett/ein Tagesklinikplatz belegt ist oder nicht. Das Personal müsste dennoch jederzeit vorgehalten werden. In der psychiatrischen Versorgung sind außerdem Bettenbelegungen von über 110 % gelebte Realität. Dies widerspricht dem bisherigen Ziel des Gesetzgebers, Vorgaben zur Personalausstattung **am Bedarf** des psychisch kranken Patienten durch den G-BA festlegen zu lassen. Ferner sind bei einer solchen berufsgruppenbezogenen Mindestvorgabe Auswirkungen und mögliche Benachteiligungen der weiteren beteiligten Berufsgruppen zu bedenken und zu analysieren.

Mit der Erstfassung der PPP-RL wurde die Ermittlung und Umsetzung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung auf Einrichtungs- und Quartalsebene beschlossen. Diese Systematik nach nur einem Jahr für eine einzelne Berufsgruppe umzustellen, würde die Krankenhäuser vor erhebliche Herausforderungen stellen. Bereits jetzt sind die Krankenhäuser in einer Situation erheblicher Unsicherheiten und bürokratischer Aufwände, die nicht weiter verschärft werden sollte.

Vor diesem Hintergrund ist die Sinnhaftigkeit und Zeitpunkt einer grundsätzlichen Änderung der Systematik und Ermittlung der Mindestvorgaben für eine einzelne Berufsgruppe - wie in der Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgesehen - zu hinterfragen. Es ist dringend zu empfehlen, zunächst die Wirkung der PPP-RL und die weiteren bereits geplanten Anpassungen abzuwarten. Die Krankenhäuser begrüßen daher ausdrücklich die vorgesehene Anpassung des § 136a Absatz 2 Satz 3 und Satz 9 SGB V der Empfehlungen der Ausschüsse des Bundesrates.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (Ausschuss-Drucksache 19(14)122.1)

Änderungsantrag Nr. 1: Zu Artikel 5 Nr. 3a (§ 35a SGB V)
Nutzenbewertung zugelassener ATMP im AMNOG-Verfahren

Beabsichtigte Neuregelung

Für alle zugelassenen Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) soll unabhängig von Art und Umfang des mit ihrer Anwendung untrennbar verbundenen ärztlichen Behandlungsanteils zukünftig eine frühe Nutzenbewertung nach dem AMNOG durchgeführt werden.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser lehnen die geplante Regelung ab. Vielmehr hat sich die bisherige Praxis bewährt, dass der G-BA anhand fachlicher Kriterien entscheidet, ob ein zugelassenes ATMP der frühen Nutzenbewertung nach dem AMNOG oder sofern das ATMP integraler Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach §§ 135 Abs. 1 und/oder 137c SGB V ist, der entsprechenden Methodenbewertung unterliegt.

ATMP - Arzneimittel für neuartige Therapien - ist ein arzneimittelrechtlicher Sammelbegriff, unter dem unterschiedlichste Therapeutika zusammengefasst werden. Entsprechend § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes werden unter dem Begriff der ATMP Gentherapeutika, somatische Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte zusammengefasst. Die geplante Neuregelung würde vor allem auch Gewebetransplantate, die generell integraler Bestandteil einer Behandlungsmethode sind und bei denen der ärztliche Behandlungsanteil deutlich im Vordergrund steht, der frühen Nutzenbewertung für Arzneimittel unterstellen. Die geplante Neuregelung ist deshalb aus fachlichen Gründen abzulehnen.

Da der G-BA in der Vergangenheit bereits entsprechende Beschlüsse getroffen hat, das zugelassene ATMP nicht der frühen Nutzenbewertung nach dem AMNOG, sondern den Regularien der Methodenbewertung unterliegen, sind rechtliche Inkongruenzen zwangsläufig. Deshalb sollte auch zur Vermeidung konkurrierender, inkonsistenter Regelungen von der Neuregelung abgesehen werden.

Zudem trifft der G-BA entsprechende Beschlüsse zur Abgrenzung, ob ein neu zugelassenes Arzneimittel der frühen Nutzenbewertung oder der Methodenbewertung unterliegt, nicht nur ausschließlich für ATMP, sondern regelmäßig auch für andere zugelassene Arzneimittel. Insgesamt hat sich die bisherige Entscheidungspraxis des G-BA bewährt, dass anhand von fachlichen Gesichtspunkten entschieden wird, ob ein neu zugelassenes Arzneimittel, ATMP oder sonstiges Arzneimittel, der frühen Nutzenbewertung nach dem AMNOG oder der Methodenbewertung unterliegt. Die beabsichtigte Neuregelung sollte deshalb aus Sicht der Krankenhäuser entfallen.

Änderungsvorschlag

§ 35a Absatz 1b Satz 2 – neu wird gestrichen.

Änderungsantrag Nr. 2: Zu Artikel 5 Nr. 3b (§ 35a Absatz 1c SGB V)

Belegter Zusatznutzen für Reserveantibiotika

Beabsichtigte Neuregelung

Für Reserveantibiotika gilt der Zusatznutzen zukünftig als belegt. Pharmazeutische Unternehmen können beim G-BA einen Antrag auf Freistellung von der frühen Nutzenbewertung stellen. Das Robert Koch-Institut bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kriterien für die Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika.

Stellungnahme

Die geplante Neuregelung ist ausdrücklich zu begrüßen. Auf nationaler und internationaler Ebene werden vielfach Bemühungen unternommen, die Rahmenbedingungen für die Entwicklung neuer Antibiotika zu verbessern. Durch die geplante Sonderstellung von Reserveantibiotika in der frühen Nutzenbewertung wird ein wichtiger Anreiz für die Entwicklung neuer Reserveantibiotika geschaffen.

Die kontinuierliche Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika ist wegen der fortlaufende Resistenzbildung unerlässlich. Deshalb setzt sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft seit langem für eine Sonderregelung von Antibiotika in der frühen Nutzenbewertung ein. Die Problematik bei der Entwicklung neuer Antibiotika ist, dass deren Entwicklung extrem aufwändig ist und zudem neue Antibiotika aufgrund der Resistenzproblematik nur sehr begrenzt eingesetzt werden sollen. Hinzu kommen das vergleichsweise niedrige Preisniveau der Antibiotika und die kurze Behandlungsdauer. Deshalb sind die Rahmenbedingungen für pharmazeutische Unternehmen, sich in der Entwicklung neuer Antibiotika zu engagieren, ausgesprochen schlecht. Vielmehr sind in den letzten Jahren zahlreiche pharmazeutische Unternehmen aus der Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika komplett ausgestiegen.

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass der Gesetzgeber diese gravierende Fehlentwicklung erkannt hat und mit der Sonderregelung für Reserveantibiotika einen ersten wichtigen Anreiz zur Entwicklung neuer Antibiotika schafft. Diesem ersten Schritt müssen allerdings weitere Maßnahmen folgen. Aus Sicht der Krankenhäuser sollten insbesondere Reserveantibiotika und Antibiotika, die für die Sicherstellung der Versorgung von besonderer Bedeutung sind, beispielsweise aufgrund von Lieferengpässen, von der Festbetragsregelung ausgenommen werden. Eine weitgehende Herausnahme von Antibiotika aus dem Festbetragssystem würde kurzfristig die Verfügbarkeit vieler Antibiotika verbessern. Längerfristig würde dadurch zudem die Entwicklung neuer Antibiotika gestärkt. Auch sollte geprüft werden, ob eine entsprechende Sonderregelung für

alle neu entwickelten Antibiotika in der frühen Nutzenbewertung umgesetzt werden sollte. Dies würde die Rahmenbedingungen für die Entwicklung neuer Antibiotika noch einmal deutlich verbessern und wäre längerfristig ein wichtiger Beitrag für die Verbesserung der Verfügbarkeit neuer Antibiotika.

Der vorliegende Änderungsantrag sieht vor, dass die konkrete Einordnung eines Wirkstoffes als Reserveantibiotikum letztlich alleine durch den G-BA erfolgt. Dabei ist im vorgesehenen Antragsverfahren weder die Einbindung des Robert Koch-Institutes (RKI) oder des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) noch die Einholung externer Expertise durch die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens vorgesehen. RKI und BfArM können lediglich abstrakt generelle Kriterien zur Einordnung eines neuen Wirkstoffes als Reserveantibiotikum festlegen. Um Inkonsistenzen zu vermeiden und da von der Anerkennung oder Ablehnung eines neuen Wirkstoffes als Reserveantibiotikum weitgehende Auswirkungen auf die Versorgung mit dem neuen Antibiotikum zu erwarten sind, ist es erforderlich, dass gerade auch die konkrete Einordnung eines neuen Antibiotikums als Reserveantibiotikum im Einvernehmen mit RKI und BfArM zu erfolgen hat.

Außerdem sollte klargestellt werden, damit durch das Antragsverfahren der Marktzugang neuer Antibiotika nicht verzögert wird, dass der G-BA über den Antrag des pharmazeutischen Unternehmers auf Einordnung als Reserveantibiotikum innerhalb von acht Wochen zu entscheiden hat. Diese Frist ist angelehnt an die Fristsetzungen bei den Verfahren zur Freistellung von der frühen Nutzenbewertung aufgrund geringfügiger Umsätze und den Beratungsanforderungen durch die pharmazeutischen Unternehmen.

Änderungsvorschlag

§ 35a Absatz 1c SGB V wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den pharmazeutischen Unternehmer von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 auf Antrag frei zu stellen, wenn es sich um ein Reserveantibiotikum handelt. Ein Antrag nach Satz 1 ist durch den pharmazeutischen Unternehmer entsprechend zu begründen und nur vor der erstmaligen Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 zulässig. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet **im Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** über den Antrag nach Satz 1 **innerhalb von acht Wochen** und kann die Freistellung befristen. Das Robert Koch-Institut bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika~~; dabei.~~ **Hierbei sind neben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse insbesondere neuartige Wirkmechanismen und andersartige Resistenzmechanismen** ~~ist der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse~~ zu berücksichtigen. Für ein Reserveantibiotikum gilt der Zusatznutzen als belegt. Bei dem Beschluss nach Absatz 3 hat der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung des Reserveantibiotikums unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Resistenzsituation festzulegen. Dazu holt er eine Stellungnahme beim Robert Koch-

Institut ein, die im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu erstellen ist. Das Nähere zur Ausgestaltung des Antragsverfahrens regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung."

§ 35 Absatz 1 Sätze 3 bis 5 SGB V werden wie folgt gefasst:

„Bei der Bildung von Gruppen nach Satz 1 ~~**soll**~~ **sind** bei Arzneimitteln mit Wirkstoffen zur Behandlung bakterieller Infektionskrankheiten (Antibiotika) **insbesondere** die Resistenzsituation **und die Verfügbarkeit der Antibiotika zu** berücksichtig**ent** ~~**werden**~~. Arzneimittel, die als Reserveantibiotika für die Versorgung von Bedeutung sind, ~~**können**~~ **sind** von der Bildung von Gruppen nach Satz 1 aus**zunehmen** ~~**genommen werden**~~. **Einzelheiten regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.**"

Änderungsantrag Nr. 3: Zu Artikel 5 Nr. 9c (§ 130b Absatz 7 SGB V)
Geltung von Erstattungsbeträgen nach Wegfall des Unterlagenschutzes

Beabsichtigte Neuregelung

Die Gültigkeit von Erstattungsbeträgen wird konkretisiert. Danach gilt der Erstattungsbetrag auch nach Wegfall des Unterlagenschutzes für alle Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff fort, solange für den Wirkstoff kein Festbetrag festgesetzt worden ist.

Stellungnahme

Die Änderung ist aus Gründen der Rechtsklarheit und Rechtssicherheit zu begrüßen. Da Erstattungsbeträge gemäß § 78 Absatz 3a auch bei der Abgabe der Arzneimittel durch pharmazeutische Unternehmen an Krankenhäuser als Preisobergrenze gelten, erhalten Krankenhäuser Rechtssicherheit beim Einkauf der Arzneimittel auch nach Wegfall des Unterlagenschutzes.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Änderungsantrag Nr. 4: Zu Artikel 0 (Änderung des AMG) und Artikel 5 Nr. 9a (§ 129 Abs. 4c SGB V)
Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Bekämpfung von Lieferengpässen sind mehrere Maßnahmen vorgesehen. Insbesondere werden die Kompetenzen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gestärkt. Das BfArM kann zukünftig Daten zu verfügbaren Beständen,

zur Produktion und zur Absatzmenge von pharmazeutischen Unternehmen und Großhandlungen anfordern. Zur Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung von Lieferengpässen wird beim BfArM ein Beirat aus Vertretern von Ärzte- und Apothekerverbänden, Verbänden der pharmazeutischen Industrie und Vertretern der Selbstverwaltung eingerichtet. Im Falle von drohenden oder bestehenden Lieferengpässen kann das BfArM nach Anhörung des Beirates u.a. Maßnahmen zur Lagerhaltung und Kontingentierung von Arzneimitteln anordnen.

Stellungnahme

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Bekämpfung von Lieferengpässen sind ausdrücklich zu begrüßen. Angesichts der sich seit Jahren verschärfenden Probleme mit Liefer- und Versorgungsengpässen können die vorgesehenen Maßnahmen aber nur ein erster Schritt zur Eindämmung der Problematik sein. Es ist deshalb zu begrüßen, dass Vertreter der Bundesregierung bereits die Umsetzung weitergehender Maßnahmen in einem folgenden Gesetzgebungsverfahren in Aussicht gestellt haben. Zudem beabsichtigt die Bundesregierung im Rahmen der anstehenden Deutschen EU-Ratspräsidentschaft, weitere Maßnahmen zur Bekämpfung von Lieferengpässen auch auf europäischer Ebene anzustoßen.

Lieferengpässe sind in den Krankenhäusern zu einem dauerhaften Problem geworden. Die Problematik hat sich aber in den vergangenen Monaten weiter verschärft. Angesichts der Häufung von Lieferengpässen auch bei dringend benötigten Arzneimitteln, für die keine adäquaten Therapiealternativen zur Verfügung stehen, besteht die ernsthafte Gefahr, dass die Versorgung zukünftig nicht mehr ausreichend sichergestellt werden kann. Mehrere Kliniken berichten, dass sie seit Jahresbeginn von deutlich über 200 Lieferengpässen betroffen waren. Auch nach Angaben des BfArM hat sich die Anzahl der Lieferengpässe zuletzt deutlich erhöht. Lieferengpässe führten in jüngster Vergangenheit in den Krankenhäusern bereits vielfach zur Absage elektiver Eingriffe. Darüber hinaus verursachen Liefer- und Versorgungsengpässe in den Krankenhäusern erhebliche personelle und finanzielle Belastungen. Nach einer pharmakoökonomischen Erhebung in mehreren Krankenhäusern verursacht ein Lieferengpass in komplexeren Fällen alleine Personalkosten von durchschnittlich 14.500 Euro pro Krankenhaus. Darüber hinaus müssen Kliniken bei Lieferengpässen vielfach auf teurere oder auch weniger geeignete Alternativpräparate ausweichen. Dies ist für die Kliniken auf Dauer nicht weiter tragbar.

Angesichts der erheblichen Probleme mit Lieferengpässen hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Rahmen des Jour-Fixe zu Lieferengpässen des BfArM zuletzt Handlungsempfehlungen zur Vertragsgestaltung zwischen Krankenhäusern und pharmazeutischen Unternehmen maßgeblich miterarbeitet. Ziel dieser Empfehlungen ist, dass Kliniken und pharmazeutische Industrie durch die Vereinbarung geeigneter Vertragsbedingungen zur Verbesserung der Liefersicherheit von krankenhausrelevanten Arzneimitteln beitragen. Dabei wurde ein Bündel an Maßnahmen vorgesehen. Dazu gehören u. a. verbindliche Zusagen z. B. zur Produktion und zur Bevorratung, die Transparenz über Produktionsbedingungen und Lagerkapazitäten seitens der pharmazeutischen Hersteller, belastbare Abnahmeprognosen und eine Preisgestaltung unter Berücksichtigung der gewährleisteten Lieferfähigkeit. Im Ergebnis sind die Kranken-

häuser im Interesse der Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in den Kliniken bereit, auch höhere Preise für versorgungskritische Generika zu bezahlen (z. B. durch den Abschluss von Verträgen mit mehreren Herstellern), sofern dadurch die Liefersicherheit gewährleistet wird.

Vergleichbare Maßnahmen müssen zukünftig aber auch für die Arzneimittelversorgung im GKV-Bereich umgesetzt werden. Langfristig lassen sich die Probleme mit Liefer- und Versorgungsengpässen nur in den Griff bekommen, wenn pharmazeutische Unternehmen verstärkt in die Sicherstellung der Versorgung mit versorgungskritischen Arzneimitteln investieren, insbesondere durch den Aufbau zusätzlicher Produktionsanlagen, Produktionsstandorte und Lagerkapazitäten. Dazu sind zusätzliche finanzielle Mittel unabdingbar, die letztlich über die Arzneimittelpreise refinanziert werden müssen. Krankenhäuser sind bereit, ihren Beitrag dazu zu leisten. Aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft muss es aber selbstverständlich sein, dass insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen zusätzliche finanzielle Mittel für die Sicherstellung der Versorgung mit versorgungsrelevanten und versorgungskritischen Arzneimitteln in Deutschland bereitstellen müssen.

Dazu sind Änderungen zu den Rabattverträgen der Krankenkassen unabdingbar. Dies gilt insbesondere für Rabattverträge zu Generika zur parenteralen Anwendung, besonders für Antiinfektiva und antineoplastische Arzneimittel. Diese Präparate liegen aufgrund des Wettbewerbsdrucks preislich vielfach im Cent- oder im einstelligen Eurobereich. Die Herstellung dieser extrem billigen Präparate ist aber komplex und aufwändig, weshalb bereits vielfach Qualitätsmängel in der Produktion zu verzeichnen waren. Der Wettbewerb in diesem Bereich des Generikamarktes trägt zu einer Konzentration der Wirkstoffproduktion auf wenige Hersteller und damit zur Monopolisierung bei. Da diese Präparate weltweit oftmals nur noch in wenigen Produktionsanlagen, i. d. R. in Indien oder China, produziert werden, führen z. B. qualitätsbedingte Produktionsausfälle häufig unmittelbar zu Liefer- und Versorgungsengpässen auch in Deutschland.

Aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind zur Bekämpfung von Lieferengpässen folgende - über die vorgesehenen Änderungen hinausgehende - Maßnahmen erforderlich:

1. Änderungen zu Rabattverträgen der Krankenkassen

Im Interesse der längerfristigen Versorgungssicherheit müssen insbesondere die Rabattverträge zu Zytostatika nach § 130a Abs. 8a SGB V korrigiert werden. Diese Rabattverträge greifen genau in den Bereich des Arzneimittelmarktes ein, in dem in der Vergangenheit bereits vielfach Liefer- und z. T. Versorgungsengpässe zu verzeichnen waren. Dieser Bereich der Arzneimittel zur parenteralen Anwendung ist strukturell ähnlich gelagert wie der Impfstoffmarkt, in dem der Gesetzgeber die selektivvertraglichen Rabattverträge aufgrund der beobachteten Fehlentwicklungen bereits wieder aufgehoben hatte. Deshalb sind auch in diesem Bereich des Arzneimittelmarktes die besonderen Rahmenbedingungen zwingend zu berücksichtigen.

Aus Sicht der Krankenhäuser muss deshalb sichergestellt werden, dass im Bereich der Zytostatikaversorgung keine exklusiven Rabattverträge für ein ganzes Bundesland geschlossen werden dürfen. Dies hätte mittelfristig erhebliche Folgen für die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in dem sensiblen Bereich der Versorgung von Krebspatienten und muss dringend korrigiert werden. Vor diesem Hintergrund sind die Rabattverträge zu Zytostatika nach § 130a Absatz 8a SGB V zwingend so auszugestalten, dass die Versorgungssicherheit nicht beeinträchtigt wird. Die Rabattverträge sind deshalb auf Wirkstoffe zu begrenzen, bei denen eine Gefährdung der Versorgungssicherheit und die Gefahr von Lieferengpässen ausgeschlossen sind. Rabattverträge nach § 130a Absatz 8a SGB V dürfen deshalb ausschließlich dann zulässig sein, sofern diese mit mehreren pharmazeutischen Unternehmen geschlossen werden und sichergestellt ist, dass der Wirkstoff von mehreren Wirkstoffherstellern produziert wird. Zudem muss vor dem Hintergrund der aufgedeckten Vorfälle um importierte Arzneimittel sichergestellt werden, dass diese zur Sicherung der Versorgungsqualität nicht in die Rabattverträge einbezogen werden dürfen. Vergleichbare Vorgaben müssen aber auch für die Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V greifen, die von Krankenkassen für viele generisch verfügbare Präparate als Exklusivvertrag mit jeweils nur einem pharmazeutischen Unternehmen geschlossen werden.

2. Verpflichtung zur Meldung von Lieferengpässen an das BfArM

Mit der Einrichtung eines Registers zu Lieferengpässen beim BfArM wurde ein erster wichtiger Schritt getan. Bisher beruhen die Meldungen der Hersteller an das BfArM allerdings weiter auf freiwilliger Basis. Dies führt dazu, dass viele Hersteller Lieferengpässe nicht oder nicht rechtzeitig melden und den behandelnden Kliniken, Ärzten und Apotheken die erforderlichen Informationen deshalb nicht zur Verfügung stehen. Dies haben mehrere Fälle in jüngster Vergangenheit wieder belegt. Auch die mit dem AMVSG eingeführte Vorgabe, dass pharmazeutische Unternehmen Krankenhäuser über Lieferengpässe informieren, wird bisher nicht umgesetzt. Deshalb sollen Arzneimittelhersteller verpflichtet werden, erkennbare Lieferengpässe gegenüber dem BfArM frühzeitig zu melden.

3. Erweiterung des gesetzlichen Bereitstellungsauftrags für Hersteller

Die bisherigen gesetzlichen Regelungen zu dem Bereitstellungsauftrag für Arzneimittelhersteller nach § 52b AMG reichen nicht aus. Konkrete Vorgaben zur gesicherten Vorhaltung von Arzneimitteln, wie für Krankenhausapotheken und öffentliche Apotheken, gibt es für pharmazeutische Unternehmen nicht. Deshalb ist es dringend erforderlich, dass zumindest für Arzneimittel, die vom BfArM als versorgungsrelevante und versorgungskritische Wirkstoffe nach § 52b Absatz 3c - neu AMG eingestuft wurden, verpflichtende Regelungen für pharmazeutische Unternehmen zur ausreichenden Vorhaltung dieser Präparate geschaffen werden. Die vorgesehene Neuregelung, dass eine entsprechende Lagerhaltung ausschließlich im Einzelfall bei bestehenden oder drohenden versorgungsrelevanten Lieferengpässen angeordnet werden kann, greift dabei zu kurz und setzt zu spät an. Im Falle eines bestehenden oder sich abzeichnenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses ist es absolut unmöglich, dass in dieser versorgungskritischen Situation noch ausreichende Lagerbestände aufgebaut werden können. Liefer- und Versorgungsengpässe sind vielmehr ein globales Problem, so dass auch in

vielen anderen Ländern entsprechende Engpässe auftreten. In dieser Situation in Deutschland kurzfristig Lagerkapazitäten aufzubauen, ist schlicht unrealistisch.

4. Aufbau eines behördlichen Risikomanagements zu Lieferengpässen

Längerfristig muss es das Ziel sein, Lieferengpässe präventiv zu verhindern. Dafür sollte ein zentrales behördliches Risikomanagement beim BfArM etabliert werden. Das Risikomanagement sollte die Identifizierung und das Monitoring besonders benötigter, aber aufgrund ihrer Produktionsbedingungen für Engpässe gefährdeter Präparate zum Ziel haben. Darüber hinaus sind Maßnahmen im Vorfeld von Lieferengpässen und Maßnahmen bei nicht mehr zu verhindernden Engpässen umzusetzen, wie insbesondere behördlich angewiesene Kontingentierungen knapper Arzneimittel. Zur Umsetzung eines zentralen Risikomanagements für Präparate, die zur Behandlung lebensbedrohlicher oder schwerwiegender Erkrankungen zwingend benötigt werden, sollten Hersteller generell zur Offenlegung ihrer Produktions- und Distributionswege verpflichtet werden. Außerdem sollte für entsprechende Arzneimittel bereits zum Zeitpunkt der Zulassung bzw. zum Markteintritt ein entsprechendes behördliches Risikomanagement greifen.

Änderungsvorschlag

§ 130a Abs. 8a SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen zur Versorgung ihrer Versicherten mit in Apotheken hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten mit pharmazeutischen Unternehmern Rabatte für die jeweils verwendeten Fertigarzneimittel vereinbaren. Verträge nach Satz 1 müssen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einheitlich und gemeinschaftlich geschlossen werden. **Der Abschluss eines Vertrages nach Satz 1 ist zulässig, sofern Verträge nach Satz 1 zu einem Fertigarzneimittel mit mehreren pharmazeutischen Unternehmen geschlossen werden. Dabei ist der Vielfalt der Anbieter und der Gewährleistung einer unterbrechungsfreien und bedarfsgerechten Lieferfähigkeit auch auf Ebene der Wirkstoffhersteller, insbesondere durch die belegte parallele Nutzung von mehreren Produktionslinien, Rechnung zu tragen. Der Abschluss von Verträgen nach Satz 1 für importierte Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 ist unzulässig.** Absatz 8 Satz 2 bis 9 gilt entsprechend. In den Vereinbarungen nach Satz 1 ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten zu berücksichtigen.“

§ 130a Abs. 8 SGB V Sätze 1 bis 5 werden wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit pharmazeutischen Unternehmern Rabatte für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel vereinbaren. Dabei kann insbesondere eine mengenbezogene Staffelung des Preisnachlasses, ein jährliches Umsatzvolumen mit Ausgleich von Mehrerlösen oder eine Erstattung in Abhängigkeit von messbaren Therapieerfolgen vereinbart werden. Verträge nach Satz 1 über patentfreie Arzneimittel sind so zu vereinbaren, dass die Pflicht des pharmazeutischen Unter-

nehmers zur Gewährleistung der Lieferfähigkeit frühestens sechs Monate nach Versendung der Information nach § 134 Absatz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen und frühestens drei Monate nach Zuschlagserteilung beginnt. **Der Abschluss eines Vertrages nach Satz 1 ist zulässig, sofern Verträge nach Satz 1 zu einem Fertigarzneimittel mit mehreren pharmazeutischen Unternehmen geschlossen werden. Dabei ist der Vielfalt der Anbieter und der Gewährleistung einer unterbrechungsfreien und bedarfsgerechten Lieferfähigkeit auch auf Ebene der Wirkstoffhersteller, insbesondere durch die belegte parallele Nutzung von mehreren Produktionslinien, Rechnung zu tragen. Der Abschluss von Verträgen nach Satz 1 für importierte Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 ist unzulässig.**“

Änderungsantrag Nr. 6: Zu Artikel 5 Nr. 10a (§ 137i Absatz 4 SGB V)
Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern

Beabsichtigte Neuregelung

Der Empfängerkreis der vom InEK zurückgemeldeten Quartalsmeldungen der Krankenhäuser über die Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten wurden, soll um die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie auf Anforderung das Bundesministerium für Gesundheit erweitert werden.

Stellungnahme

Um eine Informationsgleichheit auf Landesebene herzustellen, sind die Meldungen vom InEK auch an die Landeskrankenhausgesellschaften weiterzuleiten.

Änderungsvorschlag

In § 137i Absatz 4 Satz 8 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Landesbehörden“ ein Komma und die Wörter „**den Landeskrankenhausgesellschaften**, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie auf Anforderung dem Bundesministerium für Gesundheit“ eingefügt.

Änderungsantrag Nr. 7: Zu Artikel 5 Artikel 5 Nr. 3b - Neu - (§ 64b SGB V)
Weiterführung der Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

Beabsichtigte Neuregelung

Für die Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V soll die Befristung von acht auf 15 Jahre verlängert werden.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Verlängerung der Modellvorhaben nach § 64b SGB V Die bisher in den Modellvorhaben erprobten Behandlungskonzepte in den verschiedenen Versorgungsregionen sind sehr unterschiedlich. Sie zeigen in den ersten Ergebnissen, dass durch veränderte finanzielle Anreize eine Verbesserung der Patientenversorgung erreicht werden kann. Durch einen flexiblen Einsatz der Ressourcen des Krankenhauses können tagesklinische und ambulante Behandlungsangebote verstärkt angeboten und genutzt werden. Sie bieten somit das Potential vollstationäre Behandlungen zu verkürzen oder zu reduzieren.

Die Umstellung eines Krankenhauses im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 64b SGB V geht mit umfangreichen strukturellen und prozessualen Veränderungen einher. Dies ist mit einem hohen wirtschaftlichen Risiko und der Sorge verbunden, dass die Verlagerungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich nach Ablauf des Modellvorhabens nicht mehr ausreichend finanziert werden. Dies könnte auch ein Grund dafür sein, dass bisher eine relativ geringe Anzahl von Krankenhäusern ein zeitlich befristetes Modellvorhaben mit den Krankenkassen vereinbart hat. Diese Unsicherheit würde mit der Verlängerung der Modellvorhaben von 8 auf 15 Jahren zumindest reduziert werden.

Das im § 64b Absatz 1 Satz 2 SGB V formulierte Anliegen, in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben durchzuführen, wurde bisher nicht realisiert. Trotz bestehendem Interesse auf Seiten der Krankenhäuser werden die Verhandlungen zu neuen Modellprojekten oder die Ausweitung bestehender Projekte in Dauer und Anzahl nicht abgeschlossen, insbesondere da aktuell wenig Bereitschaft auf Seiten der Kostenträger für neue Verträge bestand. Dies führt u.a. zur Eingrenzungen auf bestimmte Personengruppen oder Versicherte einzelner Krankenkassen. Hierbei könnte ein Kontrahierungszwang für die Kostenträger helfen, so dass eine Verpflichtung zum Vertragsabschluss besteht und somit mehr Modellvorhaben nach § 64b SGB V in der Fläche etabliert werden.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

I. Streichung der Strafzahlung für Krankenhäuser im Jahr 2020 (§ 275c Absatz 3 Satz 1 SGB V)

Stellungnahme

Unmittelbar vor der 2. und 3. Lesung im Bundestag ist § 275c Absatz 3 SGB V um einen neuen Satz 1 ergänzt worden, wonach vom Krankenhaus schon im Jahr 2020 ein Aufschlag in Höhe von 10 % des Differenzbetrages zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag zu zahlen ist, mindestens in Höhe von 300 Euro. Eine Begrenzung im Sinne eines Höchstbetrages besteht jedoch nicht.

Auch wenn im Gesetz die Bezeichnung „Aufschlag“ gewählt wird, handelt es sich dabei um nichts anderes als um eine Strafzahlung zu Lasten der Krankenhäuser. Solche Strafzahlungen sind generell abzulehnen, insbesondere aber ist diese kurzfristig vor der finalen Lesung des MDK-Reformgesetzes im Bundestag in den Gesetzestext aufgenommene Verschärfung abzulehnen, da sie zu einer unlimitierten finanziellen Belastung und damit zu einer Existenzgefährdung der Krankenhäuser führt. Umfasst werden von Strafzahlungen nicht nur das bewusste und gewollte Überschreiten von Abrechnungsbestimmungen zu Lasten der Solidargemeinschaft, sondern aufgrund der umfassenden Formulierung des § 275c Absatz 3 SGB V auch die Fälle, in denen der Medizinische Dienst Sachverhalte abweichend vom Krankenhaus medizinisch anders bewertet und daher zu einer anderen Interpretation des abgerechneten OPS-Kodes kommt. In diesen Fällen liegt keine fehlerhafte Abrechnung vor, vielmehr ist die vom Krankenhaus erstellte Abrechnung als legal und legitim anzusehen, da das Krankenhaus lediglich Auslegungsmöglichkeiten, die durch die entsprechenden Formulierungen von OPS-Kodes eingeräumt worden sind, umsetzt. Darüber hinaus ist Bestandteil einer Reihe von MDK-Prüfungen die Frage des Vorliegens einer sekundären Fehlbelegung vor dem Hintergrund, dass Krankenhäuser Patienten trotz Abschluss ihrer Behandlung noch nicht entlassen können, weil sie der Unterbringung in anderen Einrichtungen, z. B. einer Pflegeeinrichtung nach SGB XI, bedürfen, dort aber mangels freier Kapazitäten nicht aufgenommen werden können und eine Entlassung aus dem Krankenhaus die Gefahr eines Schadenseintritts beim Patienten in sich birgt. Da auch solche Fallgestaltungen von der Strafzahlung erfasst werden, wird die Funktion des Krankenhauses als Nothelfer pönalisiert. Vergleichbare Gesichtspunkte hat der Bundesrat in seiner Entschließung zum MDK-Reformgesetz (BR-Drucksache 556/19 vom 14.11.2019) zur Begründung angeführt, warum er die Einführung einer Strafzahlung schon im Jahr 2020 ablehnt.

Darüber hinaus hat sich herauskristallisiert, dass die Einführung der Strafzahlungen im Jahr 2020 Krankenhäuser vor erhebliche finanzielle Belastungen stellt. Setzt man lediglich den Mindestbetrag von 300 Euro an, entstehen den Krankenhäusern durch die Strafzahlungen im Jahr 2020 zusätzliche Belastungen in Höhe von ca. 370 - 380 Mio. Euro, wenn man davon ausgeht, dass sich an der bisherigen Quote der beanstandeten Krankenhausabrechnungen nichts ändert. Dieser Betrag kommt zustande, weil von der

Sanktionsregelung im Jahr 2020 sämtliche Krankenhäuser betroffen sind, unabhängig davon, wie viele ihrer geprüften Abrechnungen vom Medizinischen Dienst beanstandet worden sind, denn ausweislich des § 275c Absatz 3 Satz 2 SGB V findet die Beanstandungsquote bei der Feststellung, ob eine Strafzahlung anfällt, erst ab dem Jahr 2021 Berücksichtigung. Die vor diesem Hintergrund bestehende, berechtigte Sorge der Krankenhäuser vor erheblichen finanziellen Strafen bereits im Jahr 2020 erschwert eine sachgerechte Auseinandersetzung über die richtige Abrechnung des geprüften Behandlungsfalles. Ein Mindestbetrag für Strafzahlungen ist zudem nicht sachgerecht, da er die Entstehung zusätzlicher Streitigkeiten fördert und dem gesetzgeberischen Ziel, ein einfacheres und faireres Prüfverfahren zu etablieren, widerspricht.

Darüber hinaus führt die beabsichtigte Strafzahlung zu einem Ungleichgewicht zu Lasten der Krankenhäuser. Krankenkassen können zum einen durch eine sachgerechte Auswahl der zu prüfenden Abrechnungen den Anfall der Aufwandspauschale selbst steuern, zum anderen wissen sie, dass ihnen bei Beauftragung einer unnötigen Prüfung des MD maximal eine Belastung von 300 Euro pro Prüffall droht. Krankenhäuser können den möglichen finanziellen Verlust nicht vorhersehen, da ihnen nicht bekannt ist, ob der MD zu einer Erstattungsforderung kommt und falls ja, in welcher Höhe.

Aus diesen Gründen sind die Regelungen in § 275c Absatz 3 Satz 1 SGB V zur Strafzahlung von Krankenhäusern für das Jahr 2020 ersatzlos zu streichen

Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 3 Satz 1 SGB V wird ersatzlos gestrichen.

II. Klarstellung zum zeitlichen Anwendungsbereich des § 17c Absatz 2b KHG

Stellungnahme

In § 17c Absatz 2b KHG wird geregelt, dass eine sozialgerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung künftig nur dann erfolgt, wenn vor der Erhebung einer Klage die Rechtmäßigkeit der Abrechnung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus einzelfallbezogen erörtert wurde. Dies hat zur Folge, dass eine Klage unzulässig und daher abzuweisen ist, wenn ein vorheriges Erörterungsverfahren nicht durchgeführt wurde.

Für Diskussionen in der Praxis sorgt der unklare Anwendungsbereich der Regelung in zeitlicher Hinsicht. Das MDK-Reformgesetz tritt zum 01.01.2020 in Kraft und sieht bezüglich des § 17c Absatz 2b KHG keine Sonderregelung vor. Da nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes Änderungen im Prozessrecht unmittelbare Anwendung finden, könnte diese Regelung sämtliche Behandlungsfälle, die ab dem Jahre 2020 einer gerichtlichen Klärung zugeführt werden sollen, umfassen, unabhängig von ihrem jeweiligen Behandlungsbeginn. Somit wären auch Fälle mit einem Behandlungsbeginn in 2019 oder früher von der Pflicht zur Durchführung eines Erörterungsverfahrens umfasst, was zu einer Klageflut bei den Sozialgerichten noch im Jahr 2019 füh-

ren könnte, da Krankenhäuser Abrechnungen der Fälle mit Behandlungsbeginn 2019 oder früher noch in diesem Jahr bei Gericht anhängig machen, um die verpflichtende Einzelfallerörterung zu vermeiden. Befürchtet wird seitens der Krankenhäuser, dass die Einzelfallerörterung aufgrund des enormen personellen Aufwands ab dem Jahr 2020 kaum durchführbar ist.

Ziel muss es sein, eine solche Klageflut im Jahre 2019 zu vermeiden, die der gesetzgeberischen Intention, die Sozialgerichte zu entlasten, zuwiderlaufen würde. Dies kann nur durch eine Klarstellung des Gesetzgebers erfolgen. § 17c Absatz 2b KHG muss um die Regelung ergänzt werden, dass die Pflicht zur Durchführung eines Erörterungsverfahrens als Prozessvoraussetzung frühestens für die gerichtliche Klärung von Behandlungsfällen von Patienten, die ab dem 01.01.2020 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, Anwendung finden kann. Eine solche Ergänzung wäre vergleichbar zur Regelung in § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V, der eine Anwendung des Aufrechnungsverbotes frühestens für Patienten mit Behandlungsbeginn ab dem 01.01.2020 anordnet.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2b KHG wird um folgenden Satz 5 ergänzt:

Die Sätze 1 bis 4 finden Anwendung nur auf Überprüfungen von Krankenhausabrechnungen, die aufgrund der Versorgung von ab dem 1. Januar 2020 in ein Krankenhaus aufgenommenen Patientinnen und Patienten entstanden sind.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(8)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
11.12.2019

Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V.

Stellungnahme des

Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA)

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung:
Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)
BT-Drucksache 19/15662
(Stand 03.12.2019), elektronisch übermittelt (Eingang, ADKA) am 04.12.2019

Elektronisch an Ausschuss für Gesundheit (AfG) jasmin.holder@bundestag.de

11.12.2019

Allgemeines

Der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) vertritt die Interessen von mehr als 2.400 Deutschen Krankenhausapothekerinnen und -apothekern. Er ist zugleich Berufsverband und wissenschaftliche Fachgesellschaft. Im Fokus der Verbandsarbeit steht es, den bestmöglichen Nutzen der Arzneimitteltherapie für die Klinikpatienten in deutschen Krankenhäusern zu gewährleisten. Hierzu ist es notwendig, eine größtmögliche Sicherheit in der Arzneimittelversorgung ebenso wie eine sehr hohe Arzneimittel- und Arzneimittetherapiesicherheit zu erzielen.

Der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) begrüßt ausdrücklich die von den Regierungsfraktionen eingebrachte gesetzgeberische Initiative zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln und bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme. Insbesondere zum Änderungsantrag 4 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) möchten wir Stellung nehmen (Ausschussdrucksache 19(14)122.1 vom 28.11. 2019):

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt zum Änderungsantrag 4 („Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln") der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzesvorhaben in einigen Punkten differenziert Stellung:

Artikel 0 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)
Zu Nummer 1.1 und 1.2 (§§10 und 11 – Ausnahmeregelungen von der gesetzlichen Erfordernis deutschsprachiger Texte für die Kennzeichnung und Packungsbeilage)

Der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) unterstützt die vorgesehene befristete Ausnahmeregelung von der gesetzlichen Erfordernis deutschsprachiger Texte für die Kennzeichnung und Packungsbeilage für vom Arzt oder Zahnarzt unmittelbar bei Patienten angewandten Arzneimitteln als eine geeignete Maßnahme zur Milderung versorgungsrelevanter Lieferengpässe.

Artikel 0 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)
Zu Nummer 1.3 (§52b – neue Absätze 3b bis 3e – Einrichtung des „Jour Fixe zu Liefer- und Versorgungsengpässen als BfArM-Beirat - Befugnisnorm für die Bundesoberbehörden zur Ergreifung von Maßnahmen zur Abwendung oder Abmilderung versorgungsrelevanter Lieferengpässe – Auskunftspflicht pharmazeutischer Unternehmer und vollversorgender Großhandlungen)

Der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) begrüßt die Änderungen des §52b ausdrücklich als geeignete Maßnahmen zur Optimierung des Managements auftretender Lieferengpässe. Dies betrifft sowohl die gesetzliche Verankerung des „Jour Fixe zu Liefer- und Versorgungsengpässen" als beim BfArM einzurichtender Beirat zur Beobachtung und Bewertung der Versorgungslage als auch die erweiterten Befugnisse der Bundesoberbehörden sowie die vorgesehenen erweiterten Auskunftspflichten der pharmazeutischen Unternehmer und vollversorgender Großhandlungen.

Mit der Veröffentlichung der Jour Fixe Empfehlungen zur Verbesserung der Lieferfähigkeit versorgungsrelevanter Arzneimittel in Kliniken liegt erstmalig ein zwischen den Marktteilnehmern konsentiertes Papier mit konkreten Lösungsansätzen zur zukünftigen Minimierung von Lieferengpässen vor. Als im Jour-Fixe vertretener Verband unterstützt der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) diese Empfehlungen. Da viele Arzneimittel aber sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor angewendet werden, müssen diesen Empfehlungen zeitnah entsprechende Empfehlungen für den ambulanten Sektor folgen. Vor diesem Hintergrund bewertet der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) die im Änderungsantrag 4 vorgesehene Benennung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als zukünftige Vertreter im BfArM Beirat als wichtige und richtige Maßnahme.

Artikel 0 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Zu Nummer 2: (§129 – neuer Absatz 4c – Abgabe nicht rabattierter Arzneimittel bei Nichtverfügbarkeit rabattierter Arzneimittel)

Der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker bewertet die Regelung zur Erweiterung der Austauschmöglichkeiten für öffentliche Apotheke als nicht ausreichend, da eine erst nach Ablauf von 24 Stunden mögliche Abgabe eines nicht rabattierten Arzneimitteln die Kontinuität der Arzneimitteltherapie der Patienten gefährdet. Vor diesem Hintergrund sollte die Abgabe eines nicht rabattierten Arzneimittels direkt im Fall einer dokumentierten Nichtverfügbarkeit der Rabattarzneimittel möglich sein.

Weitergehende verbandspolitische Forderungen des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

Änderung des Arzneimittelgesetzes §52b Absatz 2 – Ergänzung um Krankenhäuser

Nach dem Wort „Arzneimittelgroßhandlungen" werden die Wörter „und von Krankenhäusern" eingefügt.

Begründung:
Die Verpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer zur bedarfsgerechten und kontinuierlichen Belieferung von Arzneimitteln beschränkt sich aktuell nur auf die Belieferung der vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlungen. Diese Verpflichtung ist aus Sicht des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) auf die Krankenhäuser auszuweiten, da im stationären Sektor viele Wirkstoffe eingesetzt werden, die im ambulanten Sektor keine relevanten Umsätze generieren und daher von der bisherigen gesetzlichen Regelung nicht erfasst werden.

Änderung des Arzneimittelgesetzes §52b Absatz 2 – Lagerhaltungspflicht für pharmazeutische Unternehmer

Nach Satz 1 wird ein Satz eingefügt, der in Analogie zur Lagerhaltungspflicht der vollversorgenden Großhändler und Apotheken eine Lagerhaltungspflicht für den pharmazeutischen Unternehmer gesetzlich verankert. Die vorzuhaltenden Arzneimittel sollten mindestens einem durchschnittlichen Vier-Wochen-Umsatz entsprechen.

Begründung:
Aktuell sind lediglich die vollversorgenden Großhändler, Offizin-Apotheken und Krankenhausapotheken zu einer Bevorratung von Arzneimitteln zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung verpflichtet. Mit der Ausweitung dieser Verpflichtung auf die pharmazeutischen Unternehmer soll eine „eiserne Reserve" aufgebaut werden, die den Markt besser gegen Lieferengpässe wappnet. In den Niederlanden wurde eine entsprechende Regelung bereits getroffen, so dass ab 2020 Zusatzvorräte für einen Bedarf von fünf Monaten angelegt werden müssen. Mit dieser Maßnahme sollen bis zu 85% der vorübergehend auftretenden Verknappungen abgefangen werden. Der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) stuft den Aufbau einer solchen „eisernen Reserve" ebenfalls als sinnvolle Maßnahme ein und fordert daher die Lagerhaltungspflicht auch auf pharmazeutische Unternehmer auszuweiten.

Änderung des Arzneimittelgesetzes §52b – neuer Absatz 3b – Meldepflicht des pharmazeutischen Unternehmers an das BfArM-Register

Im Absatz 3b ist die verpflichtende zeitnahe Meldung von Lieferengpässen an das BfArM-Register zu verankern

Begründung:
Aktuell werden Lieferengpässe für versorgungsrelevante und versorgungskritische Arzneimittel (Wirkstoffe) nur unvollständig von den pharmazeutischen Unternehmern an das

BfArM Register gemeldet, so dass Maßnahmen zur Abmilderung oder Abwendung von Lieferengpässen erst verzögert eingeleitet werden können. Durch die vom Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) geforderte Meldepflicht soll die Vollständigkeit und somit die Erhöhung der Transparenz der Lieferengpassmeldungen sichergestellt werden.

Berlin, den 11.12.2019

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Frank Dörje
Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA)
Präsident (praesident@adka.de)

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(9)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
11.12.2019

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 12.12.2019

zur öffentlichen Anhörung

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)
BT-Drs. 19/15662

sowie den

GKV-FKG – Änderungsanträgen

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
Ausschussdrucksache 19(14)122.1

Gemeinsamer Bundesausschuss

I. Allgemeines

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nehmen entsprechend der Betroffenheit des G-BA zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zu einem Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD im nachfolgenden Umfang Stellung. Zu weiteren Aspekten wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des G-BA auf eine Stellungnahme verzichtet.

II. Einzelbemerkungen

Zum Artikel 5 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

Zu Nummer 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.“

Bewertung:

> Die Klarstellung in der Gesetzesbegründung, wonach Verträge nach § 140a SGB V, die Grundlage für durch den Innovationsfonds geförderte neue Versorgungsformen nach § 92a Abs. 1 SGB V sind, weiterhin in der bisherigen Form zulässig bleiben, wird begrüßt.
>
> Zu den in diesen Verträgen definierten Einschlusskriterien für Versicherte, für die im Rahmen der neuen Versorgungsform vorgesehene ärztliche Leistungen erbracht werden, gehört in der Regel eine bestimmte ICD-10 Diagnose.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Zugelassene ATMP ins AMNOG-Verfahren“

Zu Artikel 5 Nummer 3a (§ 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch):

Nach Artikel 5 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. Vor § 35a Absatz 1b Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes besteht unabhängig von Art und Umfang des mit der Anwendung dieser Arzneimittel untrennbar verbundenen ärztlichen Behandlungsanteils die Verpflichtung zur Vorlage von Nachweisen nach Absatz 1 Satz 3; ihre Anwendung unterliegt nicht den Vorgaben zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach §§ 135 und 137c.“

Bewertung:

Die Aufnahme einer Regelung, durch die zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien (sog. ATMP) im Sinne von § 4 Abs. 9 Arzneimittelgesetz (AMG) der Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V zugeführt werden, wird ausdrücklich begrüßt.

Die Fraktionen greifen damit einen Vorschlag für eine Gesetzesänderung auf, den die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA in ihrer Stellungnahme vom 4. April 2019, Seite 9 f. zur mündlichen Anhörung zum Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vorgetragen haben. Die Zuordnung von zugelassenen ATMP zum Bewertungsregime der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V ist sachgerecht, weil im Zulassungsverfahren für ATMP nach § 4 Abs. 9 AMG die wirksamen Bestandteile des Arzneimittels einschließlich der für die Anwendung des ATMP erforderlichen ärztlichen Behandlungsmaßnahmen im Zulassungsverfahren im Rahmen der Zulassungsprüfung unter den materiellen Zulassungskriterien (Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit) gleich einem „normalen“ Fertigarzneimittel geprüft und nach erfolgreicher Prüfung arzneimittelrechtlich wie jene als Fertigarzneimittel zum Verkehr zugelassen werden.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Zum Änderungsantrag 2 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Belegter Zusatznutzen für Reserveantibiotika“

Zu Artikel 5 Nummer 3b (§ 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch):

Nach Artikel 5 Nummer 3a wird folgende Nummer 3b eingefügt:

„3b. Nach § 35a Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den pharmazeutischen Unternehmer von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 auf Antrag freizustellen, wenn es sich um ein Reserveantibiotikum handelt. Ein Antrag nach Satz 1 ist durch den pharmazeutischen Unternehmer entsprechend zu begründen und nur vor der erstmaligen Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 zulässig. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über den Antrag nach Satz 1 und kann die Freistellung befristen. Das Robert Koch-Institut bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika; dabei ist der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Für ein Reserveantibiotikum gilt der Zusatznutzen als belegt. Bei dem Beschluss nach Absatz 3 hat der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung des Reserveantibiotikums unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Resistenzsituation festzulegen. Dazu holt er eine Stellungnahme beim Robert Koch Institut ein, die im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu erstellen ist. Das Nähere zur Ausgestaltung des Antragsverfahrens regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“

Bewertung:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder schlagen in Bezug auf einen geplanten § 35c Abs. 1c (neu) SGB V folgende Änderungen vor:

1. In Satz 4 wird nach der Angabe „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ die Angabe „erstmals bis zum tt.mm.jjjj“ eingefügt.
2. Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt: „Vor einer Festlegung von Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika durch das Robert Koch-Institut ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“
3. Nach dem bisherigen Satz 5 (Satz 6 neu) wird folgender Satz eingefügt: „Übersteigt der Umsatz des Reserveantibiotikums mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu Apothekenverkaufspreisen sowie außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich Umsatzsteuer in den letzten zwölf Kalendermonaten einen Betrag von 3 Millionen Euro, so hat der pharmazeutische Unternehmer innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Nachweise nach Satz 3 Nummer 2 und 3 zu übermitteln und darin den Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie abweichend von Satz 11 nachzuweisen; Satz 3 bleibt unberührt.“

Zu den Änderungen im Einzelnen:

zu 1.) Die Vorgabe einer Frist, bis zu der die Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika erstmals durch das Robert Koch-Institut zu bestimmen sind,

dient der Verfahrenssicherheit, da vor Bekanntmachung der Kriterien der G-BA den Gesetzesauftrag nicht erfüllen kann.

zu 2.) Mit Blick auf den Stellenwert der vom Robert Koch-Institut im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu bestimmenden Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika und ihrer Berücksichtigung durch den G-BA ist es sinnvoll, dass diesem vorab auch die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wird, um zu gewährleisten, dass in die Bestimmung der Kriterien auch die Versorgungsperspektive des SGB V einbezogen wird. Somit lassen sich mögliche Unklarheiten in Hinblick auf die Anwendung dieser Kriterien bezogen auf den Einzelfall klären und dies dient der Entwicklung eines abgestimmten Verständnisses hinsichtlich der Einstufung eines antibiotisch wirksamen Arzneimittels als Reserveantibiotikum.

zu 3) Durch die vorgesehene gesonderte Behandlung von Reserveantibiotika im Verfahren zur Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen soll ein stärkerer Anreiz für die Entwicklung von Reserveantibiotika geschaffen werden. Mit der Freistellung eines Reserveantibiotikums von der Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 entsteht dem pharmazeutischen Unternehmer ein geringerer Aufwand als bei einer vollständigen (Zusatz-)Nutzenbewertung. Die Ziele dieser Regelung sind somit vergleichbar den Privilegien von Arzneimitteln für seltene Leiden, die ebenfalls aufgrund ihres Status als „Orphan Drug“ von der Vorlage eines vollständigen Dossiers befreit sind – allerdings nur bis zu einer Umsatzgrenze von 50 Millionen Euro. Der Status als Reserveantibiotikum rechtfertigt in vergleichbarer Weise die Festlegung einer Umsatzschwelle, bis zu der eine Freistellung von der Vorlage von Nachweisen nach § 35a Abs. 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 SGB V erfolgt. Gegenüber der beabsichtigten Anreizfunktion für die Entwicklung von Reserve-antibiotika darf das Gebot der Wirtschaftlichkeit aber nicht völlig außer Acht bleiben. Hierfür eignet sich als Orientierungsgröße der Umsatzschwellenwert, den der G-BA festgelegt hat, um zu bestimmen, bis zu welchem Betrag die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für ein Arzneimittel als geringfügig angesehen werden, um es von der Nutzenbewertung freizustellen zu können (vgl. § 35a Abs. 1a SGB V). Die vorgeschlagene Umsatzschwelle von 3 Millionen Euro liegt dabei dreimal so hoch und damit in einem angemessenen Verhältnis zu einem Arzneimittel, bei dem zu erwarten ist, dass den gesetzlichen Krankenkassen nur geringfügige Ausgaben entstehen (z. B. gerade eben aufgrund einer niedrigen Anzahl von Verordnungen wie sie auch für Reserveantibiotika zu erwarten sind) und welches aus diesem Grund von der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V freigestellt werden kann. Wenn für ein Antibiotikum Jahresumsätze von über 3 Millionen Euro entstehen, so ist davon auszugehen, dass es nicht mehr die Funktion eines Reserveantibiotikums erfüllt.

Änderungsvorschlag im Änderungsmodus im Vergleich zum Änderungsantrag:

Nach Artikel 5 Nummer 3a wird folgende Nummer 3b eingefügt:

„3b. Nach § 35a Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den pharmazeutischen Unternehmer von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 auf Antrag freizustellen, wenn es sich um ein Reserveantibiotikum handelt. Ein Antrag nach Satz 1 ist durch den pharmazeutischen Unternehmer entsprechend zu begründen und nur vor der erstmaligen Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach Absatz 1 Satz 3 zulässig. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über den Antrag nach

Satz 1 und kann die Freistellung befristen. Das Robert Koch-Institut bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erstmals bis zum tt.mm.jjjj die Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika; dabei ist der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Vor einer Festlegung von Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika durch das Robert Koch-Institut ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Für ein Reserveantibiotikum gilt der Zusatznutzen als belegt. Übersteigt der Umsatz des Reserveantibiotikums mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu Apothekenverkaufspreisen sowie außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich Umsatzsteuer in den letzten zwölf Kalendermonaten einen Betrag von 3 Millionen Euro, so hat der pharmazeutische Unternehmer innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Nachweise nach Satz 3 Nummer 2 und 3 zu übermitteln und darin den Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie abweichend von Satz 11 nachzuweisen; Satz 3 bleibt unberührt. Bei dem Beschluss nach Absatz 3 hat der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung des Reserveantibiotikums unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Resistenzsituation festzulegen. Dazu holt er eine Stellungnahme beim Robert Koch Institut ein, die im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu erstellen ist. Das Nähere zur Ausgestaltung des Antragsverfahrens regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“

Gemeinsamer Bundesausschuss

Zum Änderungsantrag 3 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Geltung des Erstattungsbetrages ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes“

Zu Artikel 5 Nummer 9c (§ 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch):

Nach Artikel 5 Nummer 9b wird folgende Nummer 9c eingefügt:

„3c. Nach § 130b Absatz 7 Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Der Erstattungsbetrag nach Absatz 1 oder Absatz 4 gilt ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels für alle Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff fort, soweit und solange für den Wirkstoff kein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 festgesetzt worden ist.“

Bewertung:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen die vorgesehene Klarstellung, dass ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V ungeachtet des Fortbestandes des Unterlagenschutzes als Erstattungsobergrenze fort gilt, soweit und solange für einen AMNOG-Wirkstoff noch kein Festbetrag nach § 35 Abs. 3 SGB V festgesetzt wurde. Soweit die Erforderlichkeit der Klarstellung damit begründet wird, dass bisher nicht eindeutig geregelt war, welche Auswirkungen der Ablauf des Unterlagenschutzes auf den Erstattungsbetrag hat, gilt das in gleicher Weise für die Frage, welche Rechtsfolgen sich aus dem Ablauf des Unterlagenschutzes für die Fortführung des Verfahrens der Nutzenbewertung und den Fortbestand von Nutzenbewertungsbeschlüssen des G-BA haben. Die im Verfahren der Nutzenbewertung getroffenen Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a Abs. 3 SGB V bilden die Grundlage für die Vereinbarung von Erstattungsbeträgen nach § 130b SGB V.

Aus Sicht der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA ist es daher in Gleichklang mit der vorbeschriebenen Klarstellung zur Fortgeltung von Erstattungsbeträgen erforderlich zu regeln, dass auch das Verfahren der Nutzenbewertung weiter durchgeführt, d. h. fortgesetzt, wird, auch wenn der Unterlagenschutz endet, soweit und solange ein Arzneimittel nicht einer Festbetragsgruppe nach § 35 SGB V zugeordnet ist. Denn das Ende des Unterlagenschutzes darf weder ein Verfahrenshindernis für die Durchführung einer Nutzenbewertung noch einen Geltungsbeendigungsgrund für Nutzenbewertungsbeschlüsse darstellen.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Änderungsvorschlag:

In § 35a SGB V wird nach Absatz 8 folgender Absatz 9 angefügt:

„Ungeachtet des Fortbestandes des Unterlagenschutzes für Arzneimittel nach Absatz 1 und 6 wird die Nutzenbewertung fortgesetzt, soweit und solange ein Arzneimittel nicht einer Festbetragsgruppe nach § 35 SGB V zugeordnet ist.“

Prof. Josef Hecken (Unparteiischer Vorsitzender)	Dr. Monika Lelgemann (Unparteiisches Mitglied)	Prof. Dr. Elisabeth Pott (Unparteiisches Mitglied)

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(10)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
11.12.2019

vfa. Die forschenden Pharma-Unternehmen

Stellungnahme

zu Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD

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

Ausschussdrucksache 19(14)122.1

11. Dezember 2019

Hausvogteiplatz 13
10117 Berlin
Telefon 030 206 04-0
Telefax 030 206 04-222
www.vfa.de

Einleitung

Die Regierungsfraktionen haben zum „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz" (GKV-FKG) eine Reihe fachfremder Änderungsanträge eingebracht. Die forschenden Pharmaunternehmen betreffen insbesondere die geplanten Neuregelungen zur:

- AMNOG-Pflicht für alle ATMP
- Förderung von Reserveantibiotika
- Fortgeltung des Erstattungsbetrages
- Bekämpfung von Lieferengpässen
- Ausweitung des Impfstoffabschlags

Im Folgenden wird auf diese Änderungsanträge eingegangen.

Zu Änderungsantrag 1

Art. 5 Nr. 3a - § 35a Abs. 1b SGB V
AMNOG-Verfahren für alle ATMP

Es wird gesetzlich festgelegt, dass künftig alle zentral zugelassenen „Arzneimittel für neuartige Therapien" (ATMP) das AMNOG-Verfahren durchlaufen. Diese Regelung schafft Rechtsklarheit für alle Beteiligten.

Allerdings fehlt es für diese Arzneimittel, die typischerweise im Krankenhaus zum Einsatz kommen, weiterhin an einer Absicherung der Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Die Kosten für neuartige Therapien werden im DRG-System erst nach ein bis zwei Jahren abgebildet. Kliniken haben hier ein erhebliches finanzielles Risiko oder können die neuen Therapien nach der Zulassung zunächst nur mit individuellen Kostenübernahmeerklärungen von Einzelkassen einsetzen. Hier bedarf es einer tragfähigen Lösung. Es kann nicht sein, dass schwer kranke Patienten im Krankenhaus beim Zugang zu neuen Therapieoptionen schlechter gestellt sind als im ambulanten Bereich.

Folgende Regelungen, die das AMNOG-Verfahren berücksichtigen, wären denkbar:

- Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wird verpflichtet, vier Wochen nach Marktzutritt eines innovativen Arzneimittels ein extra-budgetäres, bundesweites Zusatzentgelt in Höhe des Listenpreises (ApU § 78 Abs. 3

AMG) festzulegen, wenn die Kosten des Arzneimitteleinsatzes nicht im Rahmen einer DRG sachgerecht abgebildet sind.

- Nach Festlegung eines Erstattungsbetrags kann das InEK das Zusatzentgelt dann auf Basis des Erstattungsbetrags (ApU § 78 Abs. 3a AMG) bestimmen, wenn die Kosten nicht im Rahmen einer DRG sachgerecht abgebildet sind.

Zu Änderungsantrag 2

Art. 5 Nr. 3b - § 35a neuer Abs. 1c SGB V
Belegter Zusatznutzen für Reserveantibiotika

Für Reserveantibiotika soll von der Vorlage eines Dossiers für die Nutzenbewertung nach § 35a SGB V abgesehen werden können. Das Robert Koch-Institut wird beauftragt, im Einvernehmen mit dem BfArM die Kriterien zur Einordnung von Wirkstoffen als Reserveantibiotika zu bestimmen. Für ein Reserveantibiotikum soll der Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt gelten.

Diese Regelung beseitigt durch die Einbeziehung von reinen Klinikprodukten in das AMNOG entstandene neue Hürden für dringend benötigte Reserveantibiotika. Um einen deutlichen Anreiz für mehr Forschung und Entwicklung in diesem Bereich zu setzen, ist allerdings auch für Reserveantibiotika eine verlässliche Absicherung der Finanzierung im stationären Sektor unerlässlich (s.o. Änderungsantrag 1).

Zu Änderungsantrag 3

Art. 5 Nr. 9c - § 130b Abs. 7 SGB V
Fortgeltung des Erstattungsbetrages

Wenn der Unterlagenschutz abgelaufen ist, soll künftig der zuletzt geltende Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V fortgelten, soweit und solange für den Wirkstoff kein Festbetrag festgesetzt worden ist. Diese Änderung verlängert die gesetzliche Preisregulierung in der Übergangsphase vom AMNOG zum Festbetragssystem, ohne dass die Grundkonstruktion des AMNOG verändert wird:

- Der Unterlagenschutz bleibt die Geschäftsgrundlage für das AMNOG-Verfahren mit Nutzenbewertung und Erstattungsbetragsverhandlungen.

- Wenn der Unterlagenschutz abgelaufen ist, können keine neuen Nutzendossiers gefordert oder Erstattungsbetragsverhandlungen geführt werden. Interimsweise gilt der letzte Erstattungsbetrag fort, bis eine Festbetragseingruppierung erfolgt.

Diese politische Entscheidung ist für den vfa akzeptabel, sofern der fortgeltende Erstattungsbetrag zumindest an die Entwicklung der Verbraucherpreise angepasst wird (Inflationsausgleich). Im Übrigen sollte auch sichergestellt sein, dass erstattungsbetragsgeregelte Arzneimittel mit belegtem Zusatznutzen nicht vor Ablauf des Unterlagenschutzes in das Festbetragssystem überführt werden können.

Zu Änderungsantrag 4

Art. 0 und 5 Nr. 9a - §§ 10, 11, 52b AMG und § 129 SGB V
Bekämpfung von Lieferengpässen

a) Ausnahmen von der Kennzeichnungspflicht

Es ist vorgesehen, dass die zuständigen Behörden bei drohenden oder bestehenden Lieferengpässen von der Verpflichtung der Kennzeichnung und Etikettierung in deutscher Sprache absehen können.

Dies kann in Engpasssituationen eine sinnvolle Maßnahme sein, um schneller als bisher reagieren zu können. Die Neuregelung sollte dann aber nicht nur für direkt durch den Arzt anzuwendende Arzneimittel gelten. Bei vielen Medikamenten ist inzwischen die Produktinformation in allen oder den wichtigsten EU-Sprachen elektronisch verfügbar. Daher sollte die Beschränkung auf bestimmte Arzneimittelgruppen an dieser Stelle entfallen.

b) Lieferengpass-Beirat beim BfArM

Seit Herbst 2016 trifft sich unter der Leitung des BfArM ein „Jour Fixe" zu Lieferengpässen, um die Versorgungslage mit Arzneimitteln zu beobachten und zu bewerten. Dieses Gremium hat sich als sehr nützlich erwiesen, insbesondere auch bei der Erstellung von Listen versorgungsrelevanter Wirkstoffe. Es erscheint sinnvoll, dieses Gremium nun in Form eines Beirats beim BfArM gesetzlich zu verankern und künftig bei der konkreten Maßnahmenplanung zu beteiligen.

Dies gilt auch für die nun zusätzlich vorgesehene Mitwirkung des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Beirat. Denn auch das Einkaufs- und das Verordnungsverhalten können Lieferengpässe befördern oder entgegenwirken. Bei

der Besetzung des Beirats ist – anders als beim bisherigen Jour Fixe – allerdings eine Vertretung der Länder bisher nicht vorgesehen. Da diese bei der Arzneimittelüberwachung eine wichtige Rolle spielen, sollten sie auch im Beirat vertreten sein.

Im Übrigen sollte das speziell für Lieferengpässe bei Impfstoffen seit 2015 beim PEI etablierte Meldeverfahren mit jährlichem Jour Fixe fortgeführt werden. Das PEI kann wie bisher für die enge Rückkoppelung zum BfArM bzw. künftig zum Beirat sorgen.

c) spezifische Maßnahmenanordnung

Der Änderungsantrag sieht darüber hinaus eine Ermächtigungsgrundlage vor, damit die Bundesoberbehörden vorsorglich zur Vermeidung sowie im Falle eines versorgungsrelevanten Lieferengpasses geeignete Maßnahmen anordnen können.

Diese Neuregelung ist akzeptabel, denn sie ermöglicht es der Bundesoberbehörde, produktspezifisch auf den jeweiligen drohenden oder bestehenden Lieferengpass abgestimmte Maßnahmen zu ergreifen. Dies ist deshalb so wichtig, weil Lieferengpässe viele unterschiedliche Gründe haben können und generelle Maßnahmen nicht zielführend, wenn nicht sogar kontraproduktiv sein können. Eine generell höhere Bevorratung wäre sehr aufwendig und ineffizient. Daher ist es sachgerecht, dass die Bundesregierung im vorliegenden Änderungsantrag die konkreten Maßnahmen jeweils auf den Einzelfall ausrichten will.

d) Meldepflicht

Ferner soll eine Verpflichtung der vollversorgenden Großhändler und pharmazeutischen Unternehmer vorgesehen werden, den Bundesoberbehörden auf Anforderung Informationen zu verfügbaren Beständen und Absatzmengen von Arzneimitteln zu übermitteln.

Die neue Bestimmung schließt für die pharmazeutischen Unternehmer an die schon bestehenden arzneimittelrechtlichen Datenübermittlungspflichten an. Eine Einbeziehung des Großhandels in die Informationskette erscheint sinnvoll, um die Versorgungslage im Anschluss an die „stock out"-Meldung des Hersteller besser beurteilen zu können.

e) Liefersicherheit bei Rabattverträgen

Schließlich sollen rabattierte Arzneimittel, die nicht zur Verfügung stehen, in der Apotheke unbürokratisch und ohne das Risiko einer Retaxierung durch alternative preisgünstige Arzneimittel ausgetauscht werden können.

Diese neue Bestimmung greift zu kurz, um der Liefersicherheit bei Rabattverträgen Vorrang einzuräumen. Hier sollte die Bundesregierung weitergehende Schritte prüfen, die Anbietervielfalt sicherstellen und in Einklang mit dem europäischen Vergaberecht stehen. So sollten neben dem Preis beispielsweise auch die Qualität und Anforderungen an Produktionsstätten wichtige Vergabekriterien sein.

Zu Änderungsantrag 5

Art. 5 Nr. 9b - § 130a Abs. 2 SGB V
Impfstoffabschlag für Satzungsleistungen

Der Änderungsantrag sieht vor, dass der Herstellerabschlag für Impfstoffe nach § 130a Abs. 2 SGB V (EU-Referenzrabatt) nicht nur für GKV-Pflichtleistungen gilt, sondern auch für Schutzimpfungen, die Satzungsleistungen der Krankenkassen sind.

Der vfa hält diese Bestimmung für nicht zielführend und praktikabel. Satzungsleistungen sind freiwillige Leistungen der Krankenkassen, die diese insbesondere zur Verbesserung ihrer Marktposition im Kassenwettbewerb gewähren. Im Impfbereich kann dies z.B. die Erstattung von Reiseimpfungen oder von Standardimpfungen für weitere Altersgruppen, die über die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hinausgehen, sein. Überwiegend erfolgt die Erstattung nach dem Kostenerstattungsprinzip; nur in einigen KV-Regionen ist der Abschluss von Impfvereinbarungen für Satzungsleistungen zwischen einzelnen Krankenkassen und Ärzten möglich gewesen. In diesen Flickenteppich an Einzelregelungen lässt sich ein gesetzlicher Herstellerabschlag, wie er für GKV-Pflichtleistungen gilt, nicht einfach implementieren.

Eine Rabattabrechnung für jeden einzelnen Versicherten zwischen Krankenkasse und pharmazeutischem Unternehmen wäre für alle Seiten extrem aufwendig und sicher nicht praktikabel. Eine aggregierte Abrechnung über die Apothekenrechenzentren wie bei den GKV-Pflichtleistungen, würde es wiederum erforderlich machen, für alle Satzungsleistungen zunächst flächendeckend Impfvereinbarungen abzuschließen und die Kostenerstattungsmodelle bei Schutzimpfungen zu beenden. Auch dieser Weg wäre mit großem administrativen Aufwand verbunden und in der Praxis kein Selbstläufer. Ein geordneter, möglichst fehlerfreier Abrechnungsweg steht daher derzeit nicht zur Verfügung.

Die geplante Ausweitung des Herstellerabschlags ist zudem rechtlich problematisch, da der damit verbundene Eingriff in die Grundrechte der pharmazeutischen Unternehmen (insbesondere Berufsfreiheit, Artikel 12 Grundgesetz) nicht gerechtfertigt ist. So lässt die Begründung des Änderungsantrags nicht erkennen, dass die Einführung einer neuen Abschlagsverpflichtung zur Förderung

eines legitimen Gesetzeszwecks erforderlich ist. Der bloße Umstand, dass für andere Impfstoffe (Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V) auch eine Abschlagsverpflichtung besteht, rechtfertigt für sich genommen keine Erstreckung auf bisher nicht abschlagspflichtige Impfstoffe (Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 2 SGB V), da hierin ein neuer Grundrechtseingriff liegt, der einer eigenen Rechtfertigung bedarf. Letzteres macht eine konkrete Bewertung erforderlich, der eine Ermittlung der Intensität der Gefährdung der zu schützenden Rechtsgüter vorauszugehen hat. Dem Änderungsantrag sind aber hierzu keine belastbaren Aussagen zu entnehmen.

Die im Kontext der Herstellerabschlagsverpflichtung nach § 130a SGB V vom Gesetzgeber regelmäßig zitierte Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung vermag die Erstreckung der Abschlagspflicht auf Impfleistungen nach § 20i Abs. 2 und 3 SGB V jedenfalls nicht zu legitimieren. Zum einen ist weder zu erkennen, dass aktuell die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gefährdet ist, noch dass die geplanten Abschläge einen relevanten Beitrag leisten könnten, belaufen sich doch die Ausgaben für Impfungen insgesamt auf nur ca. 0,6% der GKV-Ausgaben. Zum anderen steht dieser Rechtfertigung im Hinblick auf Satzungsleistungen der Krankenkassen generell entgegen, dass § 20i Abs. 2 SGB V freiwillige Leistungen umfasst, die die Krankenkassen gar nicht anbieten dürfen, wenn ihre Finanzierbarkeit in Zweifel steht. Nach § 69 Abs. 3 SGB IV müssen Krankenkassen vor der Erbringung finanzwirksamer Maßnahmen stets angemessene Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchführen.

Die geplante Einführung einer Abschlagspflicht für freiwillige Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen stellt überdies einen Systembruch dar. Bei der Einführung des Herstellerabschlags in § 130a SGB V mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) regelte der Gesetzgeber, dass dieser Zwangsabschlag zu Gunsten der gesetzlichen Krankenkassen nur für solche Arzneimittel gilt, für die es bisher keine spezifischen Regelungen zur Begrenzung der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung gibt (BT-Drs. 15/28, S. 16). Eine Abschlagspflicht sollte also nur für solche Produkte bestehen, die aus Sicht des Gesetzgebers die Krankenkassen einseitig finanziell belasten, ohne dass es Begrenzungen der Kostenübernahmeverpflichtung der Krankenkassen gab (insoweit bspw. die Ausnahme von festbetragsgebundenen Arzneimitteln von der Abschlagsverpflichtung, § 130a Abs. 3 SGB V). Aus rechtssystematischen Gründen müssen dann aber erst recht solche Produkte von einer Abschlagsverpflichtung ausgenommen bleiben, über deren Kostenübernahme die Krankenkassen selbst freiwillig entscheiden, wie dies bei Impfleistungen nach § 20i Abs. 2 SGB V der Fall ist.

Der Systembruch zeigt sich nicht nur im Verhältnis zu festbetragsgebundenen Arzneimitteln, sondern ebenfalls zu nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (sog. OTC-Produkten). Müssen gesetzliche Krankenkassen die Kosten dieser Arzneimittel tragen, weil sie vom G-BA als Therapiestandard bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen in die GKV-Leistungspflicht aufgenommen wurden (§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. Anlage I AM-RL), besteht eine Abschlagsverpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer (§ 130a Abs. 1 Satz 5 i.V.m. § 129 Abs. 5a SGB V). Erstatten Krankenkassen diese Arzneimittel hingegen freiwillig als Satzungsleistung gemäß § 11 Abs. 6 SGB V, ist dies nicht der Fall. Auch vor dem Hintergrund des Gleichheitsgrundsatzes (Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz) ist bei freiwillig als Satzungsleistung gewährten Impfstoffen konsequenterweise ebenso zu verfahren.

Die Erstreckung der Herstellerabschlagspflicht erscheint darüber hinaus auch vor dem Hintergrund der für Grundrechtseingriffe erforderlichen demokratischen Legitimation bedenklich. Nach der geplanten Neuregelung sind es gesetzliche Krankenkassen, die über die Abschlagsverpflichtung pharmazeutischer Unternehmen disponieren können. Die Krankenkassen können sich – im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben des § 20i Abs. 2 SGB V – frei entscheiden, ob sie die Kosten der Impfstoffe tragen wollen. Insoweit ist es letztlich nicht mehr der Gesetzgeber, der über die Frage entscheidet, ob in die Grundrechte eines Impfstoffe vertreibenden pharmazeutischen Unternehmens eingegriffen wird, sondern die einzelne gesetzliche Krankenkasse. Es ist verfassungsrechtlich zweifelhaft, dass die Entscheidung über die Abschlagspflicht in die Hände einzelner Krankenkassen gelegt werden kann.

Angesichts dieser rechtlichen und praktischen Probleme sollte auf die geplante Neuregelung verzichtet werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(11)
gel. ESVe zur öAnh am 18.12.2019
- GKV-FKG
12.12.2019

Stellungnahme zum Antrag

Die Forderung, den bisherigen Wettbewerb um den günstigsten Zusatzbeitrag abzulösen und ihn durch einen Qualitätswettbewerb zu ersetzen. Ziel des Qualitätswettbewerbs muss es sein, dass Krankenkassen aus Sicht der Versicherten besser werden – nicht nur in der Gestaltung von Versorgung, sondern auch in ihrer Leistungsbereitschaft, Beratung und Dienstleistung. Voraussetzung dafür ist, dass Versichertenerfahrungen künftig eine zentrale Rolle bei der Bewertung von Krankenkassen spielen. Ohne das positive Urteil der Versicherten kann nicht von guter Qualität gesprochen werden.

Qualitätswettbewerb benötigt zum einen Transparenz über kassenbezogene Versichertenerfahrung. Zum anderen ist die Veröffentlichung von definierten Qualitätsparametern und Statistiken erforderlich. Nur wenn vergleichbare Qualitätstransparenz herrscht, wird für die Kassen ein wichtiger Anreiz gesetzt, eigene Qualitätslücken oder -mängel zu erkennen und kontinuierlich an der Verbesserung ihrer Qualität zu arbeiten. Die Entwicklung eines transparenten Qualitäts-Benchmarkings ist laut § 217f Abs. 4 SGB V Aufgabe des GKV Spitzenverbandes. Es wäre deshalb begrüßenswert, wenn die gesetzlichen Krankenkassen durch ihren Spitzenverband an der eigenen Verbesserung im Sinne der Versicherten arbeiten.

Eines ist zudem klar: Qualitätswettbewerb wird nur funktionieren, wenn die Rahmenbedingungen für die Krankenkassen so gestaltet sind, dass die Umsetzung von Qualität in der Dienstleistung rechtlich möglich ist und sich finanziell nicht negativ für die Kassen auswirkt. Deshalb halten wird den Vorschlag, wissenschaftliche Expertise bei der Entwicklung eines Qualitätssystems mit einzubeziehen, für sinnvoll. Der Fokus sollte dabei auf der Frage liegen, welche systemischen Regelungen bisher Qualität im oben genannten Sinne behindern. Neben dieser systemischen Sicht wird eine wissenschaftliche Expertise aus den Bereichen Marktforschung und Customer Experience als wertvolle Ergänzung gesehen.

Zu dieser Grundpositionierung wird im Detail wie folgt erläutert

Aktuelle Kassenvergleiche fokussieren nur auf Preis und Umfang der Leistung
Mit dem Antragsteller besteht Übereinstimmung, dass sich der Kassenwettbewerb aktuell primär auf eine Gegenüberstellung der Zusatzbeitragssätze konzentriert. Sofern es bei Kassenvergleichen in Portalen oder Printmedien um Qualität geht, wird die Güte einer Kasse vorrangig am angebotenen Leistungs- und Serviceumfang (z.B. Satzungsleistungen, Bonusprogramme) festgemacht. Auch Versorgungsverträge und Wahltarife sind häufig Gegenstand von Kassenvergleichen. Dabei lässt die Zahl der Verträge bzw. das Vorhandensein eines Bonusprogramms allein noch keine Aussage darüber zu, ob und wie Versicherte tatsächlich davon profitieren. *(Beispiel: aktuelle Kassenvergleiche in Focus Money)*

Für die Qualität von Krankenkassen sind die tatsächlichen Versichertenerfahrungen zentral
Was bisher im Wettbewerb nicht berücksichtigt wird, ist die Qualität der Dienstleistung einer Krankenkasse. Dabei ist aus Versichertenperspektive das WIE der Dienstleistung einer Krankenkasse der entscheidende Faktor: Wie leistungsbereit ist eine Kasse im Ernstfall? Wurde das Leistungsversprechen im „Schadensfall“ vollständig erfüllt? Wie wurde die Dienstleistung erbracht? Fand eine vollständige und hilfreiche Beratung statt? Handelt es sich um eine an die Lebenssituation des Patienten angepasste Leistung oder ein qualitativ hochwertiges Hilfsmittel, welches der Versicherte erhielt? Hat der Patient von einem konkreten Versorgungsvertrag profitiert? *(Beispiel: Wie erleben die betroffenen Versicherten die Hilfsmittel-Versorgung in der Realität, zB. Bürokratie, Ablehnungsquoten, Bearbeitungsdauer, Beratung, wirtschaftliche Aufzahlung etc.)*

Auch in der Medizin kommt den sogenannten „Patient Reported Outcomes“ eine immer größere Bedeutung zu. Das bedeutet: Neben den faktischen Körperwerten fließt auch das Erleben des Patienten in die medizinische Bewertung mit ein. Analog bedeutet das für die GKV: Ohne Einbezug der betroffenen Versicherten kann die Qualität einer Krankenkasse nicht bewertet werden. Ohne positive Erfahrung der Versicherten kann nicht von guter Qualität einer Krankenkasse gesprochen werden. Zudem: Ohne Rückmeldung der Versicherten kann eine Krankenkasse nicht besser werden. Um Missstände und Verbesserungsbedarfe vor allem bei Prozessen oder in der Beratung aufzudecken und eine versichertengerechte Lösung zu finden, braucht es zwingend die Rückmeldung der Betroffenen.

Bestehende Daten und Statistiken nutzen
Um Qualität in der GKV schnell abbildbar zu machen, sollte der Gesetzgeber in einem ersten Schritt auf bereits vorliegende Informationen zurückgreifen und diese kassenbezogen transparent machen. Dies sind zum Beispiel vorhandene Statistiken, soweit sie Hinweise auf Struktur- und Prozessqualität bieten. Zur Bewertung der Ergebnisqualität sind dies z.B. Eingaben und Beschwerden von Versicherten bei unabhängigen Anlaufstellen, wie Aufsichten (Landes- und Bundesaufsicht, BfDI und Landesdatenschutzbeauftragte etc.), der Patientenbeauftragten oder der UPD. Dadurch werden bestehende Rückmeldungen der Versicherten genutzt, um Transparenz zu schaffen und erste Anhaltspunkte für eine Verbesserung von System und Einzelkassen gegeben. *(Beispiel: themenbezogene Eingaben bei der Patientenbeauftragten je 1.000 Versicherte einer Krankenkasse)*

Zusätzlich Versichertenerfahrungen regelmäßig erheben
Zentraler Hebel ist aus unserer Sicht eine einheitliche und systematische Erhebung der Qualität aus Versichertensicht über alle Kassen hinweg. Denkbar wäre z.B. die Einrichtung eines neutralen, methodisch abgesicherten Online-Panels, das sich aus Versicherten aller Krankenkassen zusammensetzt. (Der GKV Spitzenverband Bund zieht von jeder Kasse eine repräsentative Stichprobe.) Dieses Online-Panel würde zwei Funktionen erfüllen:

a. Regelmäßige Erhebung der Qualitätswahrnehmung und Erfahrungen der Versicherten mit der eigenen Krankenkasse, kassenbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse
b. Erhebungen nach Bedarf, um zu definierten Themen oder bei vermuteten Missständen eine zeitnahe Rückmeldung aus der Versorgungsrealität zu erhalten (auch angestoßen durch Dritte, wie z.B. BMG oder Bundestag)

Beispiel: Jährliche Erhebung: Wie habe ich die eigene Krankenkasse tatsächlich erlebt? Habe ich mich im letzten Jahr geärgert/beschwert? Wie nehme ich die Beratung durch meine Kasse wahr? Zusätzliche Adhoc-Erhebung: Wie zufrieden waren Sie mit der Hilfsmittel-Versorgung? Hat die Bearbeitungsdauer X Tage/Wochen überschritten? Mussten Sie eine Aufzahlung leisten? Wurden Ihnen kostenfreie Alternativen angeboten?

GKV Spitzenverband Bund übernimmt eine zentrale Rolle bei der Verbesserung der GKV
Einen rechtlichen Ankerpunkt für die Umsetzung von Qualitätstransparenz liefern §217f Abs. 4 SGB V: Darin wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zum Erlass von Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarkings der Leistungs- und Qualitätsdaten verpflichtet. Dies ist bisher nicht geschehen. Der GKV Spitzenverband Bund sollte daher gemeinsam mit seinen Mitgliedskassen ein ebensolches Konzept entwickeln und damit dazu beitragen, das System von innen heraus im Sinne der Versicherten zu verbessern. Er wird hier vor allem in der Rolle einer Plattform gesehen, die qualitative Versichertenerfahrungen erhebt und kassenbezogen für alle transparent macht.

Sachverständigenrat einbinden und weitere Experten hinzuziehen
Die Einbindung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wird befürwortet, es wird jedoch eine Erweiterung der Perspektive empfohlen. Im Fokus des Gutachtens sollte vor allem die Frage stehen, an welchen Stellen das bestehende System Qualität im beschriebenen Sinne

heute hemmt oder gar bestraft. Hierzu sollte der Sachverständigenrat Lösungen entwickeln *(Beispiel: Umfassende, qualitativ hochwertige Beratung ist nur mit umfassender Kenntnis der individuellen Situation des Betroffenen möglich. Die Kassen sind aufgrund von § 1 Satz 3 SGB V zu einer derartigen Beratung auch verpflichtet. Allerdings fehlt eine Ergänzung in § 284 SGB V, dass Kassen die dazu erforderlichen Daten (gerne auch erst nach vorheriger Einwilligung des Versicherten) erheben und verarbeiten dürfen.)*

Neben der systemischen Sicht durch die Experten des Sachverständigenrates wird die Einbindung weiterer Wissenschaftler, die Expertise rund um Methodik und Mechanismen von Patient Experience und Marktforschung bieten können, empfohlen.

Vertragswettbewerb allein ist noch kein Qualitätswettbewerb

Neben der zentralen Frage, wie Krankenkassen ihr Leistungs- und Beratungsversprechen im Alltag einlösen, geht es beim Qualitätswettbewerb auch darum, wie die Versorgung aus Sicht der Versicherten verbessert und dies durch Kassen stimuliert werden kann. Auch hier ist nicht die Kassen-Perspektive ausschlaggebend, sondern die Perspektive der betroffenen Versicherten. Wünschenswert ist ein Qualitätswettbewerb für den Versicherten, nicht einen Vertragswettbewerb zwischen Kassen und Leistungserbringern. Denn eines darf nicht passieren: Am Krankenbett und in der Arztpraxis darf es keinen Unterschied zwischen den Versicherten einzelner Kassen geben. Hier darf es nur um den Menschen und seine Gesundheit gehen. Verstehen wir Vertragswettbewerb als Ideen-Wettbewerb um die aus Versichertensicht beste Lösung, dann ist er ein zentraler Treiber guter und effizienter Versorgung für die Versicherten. Die SBK Siemens Betriebskrankenkasse beispielsweise hat mit den Qualitätsverträgen nach §110a SGB V konkrete Beispiele umgesetzt, die offen zum Beitritt einladen.

Hinzukommt, dass sich Vertragswettbewerb aus heutiger Sicht wenig an den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten orientiert. Zentraler Grund für (Selektiv- und Hausarzt-) Verträge ist sehr häufig die Möglichkeit, die Kodierung relevanter ICD-Schlüssel durch die Leistungserbringer sicherzustellen und damit eine maximale Zuweisung aus dem Morbi-RSA zu erzielen. Einen Vertragswettbewerb unter diesen Vorzeichen ist strikt abzulehnen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(12)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND

STELLUNGNAHME

DES DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBANDES E.V. ZUM GESETZESENTWURF

DER BUNDESREGIERUNG

FÜR EIN GESETZ FÜR EINEN FAIREN KASSENWETTBEWERB IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

(FAIRER-KASSENWETTBEWERB-GESETZ – GKV-FKG)

BT-DRUCKSACHE 19/15662

12. DEZEMBER 2019

A: Vorbemerkung

Zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) nehmen wir zu einzelnen Regelungen wie folgt Stellung.

I. *Art. 5 Nr. 4 – Beteilgung und Klagerecht der Vertragspartner auf Ärzteseite und Beteilgung der Aufsichtsbehörden der Länder [§ 71 Abs. 6 und 7 SGB V (NEU); Folgeregelung in § 73b Abs. 5a SGB V]*

II. *Art. 5 Nr. 5 – Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen [§ 73b Abs. 5 S. 7 und Satz 8 SGB V]*

III. *Art. 5 Nr. 21 i. V. m. Art. 6 Nr.11 b) aa) bbb) – Erfassung von Diagnosen nach Arztgruppenschlüsseln [§ 267 Abs. 2 SGB V; § 30 Abs. 1 Nr. 6 RSAV]*

IV. *Art. 5 Nr. 26 – Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich*

V. *Art. 5 Nr. 28 – Transparenzstelle (§ 293a SGB V)*

B. Stellungnahme

I. Art. 5 Nr. 4 – Beteiligung und Klagerecht der Vertragspartner auf Ärzteseite und Beteiligung der Aufsichtsbehörden der Länder [§ 71 Abs. 6 u. 7 SGB V (NEU); Folgeregelung in § 73b Abs. 5a SGB V]

Die Regelungen zu aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach § 71 Abs. 6 SGB V bedürfen einer Korrektur, da die derzeitige Regelung nicht berücksichtigt, dass die Hausarztzentrierte Versorgung zwei grundsätzlich unterschiedliche Vertragsformen vorsieht: primär einen Vertrag, zu dem die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind (Abs. 4 S. 1) und sekundär einen Vertrag, den die Krankenkassen selektiv schließen können (Abs. 4 S. 3). Etwaige aufsichtsrechtliche Verfahren und Maßnahmen in Fällen erheblicher Rechtsverletzung durch bestimmte Regelungen in Verträgen nach Abs. 4 S. 1 müssen dem Gedanken eines gesetzlich verpflichtenden Vertrages ebenso Rechnung tragen wie auch der besonderen Rechtsposition der Vertragspartner auf Ärzteseite (Gemeinschaften nach Abs. 4 S. 1.), die rechtlich als Drittbetroffene einzuordnen sind. Rechtsbehelfe müssen regelhaft aufschiebende Wirkung haben; im Zweifel müssen die Aufsichtsbehörden den sofortigen Vollzug der Maßnahme anordnen. Die Regelungen müssen auch für Verträge nach § 64 SGB V gelten.

Ferner sollten vor der Einleitung aufsichtsrechtlicher Maßnahmen nach § 71 Abs. 7 – NEU SGB V durch die Aufsichtsbehörde des Bundes (Bundesversicherungsamt) die aufsichtsführenden Behörden der Länder angehört werden. Etwaige Maßnahmen des Bundesversicherungsamtes gegenüber den bundesunmittelbaren Kassen wirken sich aufgrund der Vertragssystematik insbesondere der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V („[…] im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung“) auf die Versorgung in den Ländern aus, so dass hier zumindest das Benehmen mit den Ländern herzustellen 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 deshalb ein Anhörungs- und Stellungnahmerecht einzuräumen. Dadurch wird sichergestellt, dass alle Aspekte der Versorgungsstruktur des Landes berücksichtigt werden.

Das Letztentscheidungsrecht über das aufsichtsrechtliche Vorgehen verbliebe weiterhin bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (des Bundes).

Wir schlagen folgende Änderungen vor:

§ 71 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 6 wird Satz 1 wie folgt neu gefasst:

„Verletzen Regelungen in Verträgen nach §§ 64, 73b Absatz 4 Satz 3 und 140a das Recht erheblich, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der jeweiligen Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind."

b) In Absatz 6 wird Satz 7 gestrichen. Die Sätze 8 bis 10 werden zu den Sätzen 7 bis 9. In Satz 7 (neu) wird die Zahl „7" durch die Zahl „6" ersetzt.

b) Nach § 71 Abs. 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Verletzen Regelungen in einem Vertrag nach § 73b Absatz 4 Satz 1 das Recht erheblich, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der jeweiligen Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. Absatz 6 Sätze 4 bis 6 gelten entsprechend. Vor der Anordnung von Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 hat die Aufsichtsbehörde des Bundes das Benehmen mit den aufsichtführenden Behörden der Länder herzustellen. Vor der Anordnung von Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 durch die Aufsichtsbehörde sind die Gemeinschaften nach § 73b Absatz 4 Satz 1 anzuhören und ihnen ist jeweils Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Vor der Anordnung von Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 durch die Aufsichtsbehörde des Bundes ist zusätzlich die für die Wahrnehmung der Interessen der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgebliche Spitzenorganisation anzuhören und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Anordnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind den Gemeinschaften nach § 73 Absatz 4 Satz 1 bekannt zu geben (§ 37 Absatz 1 und 2 SGB X)."

Danach ergibt sich die Notwendigkeit einer Folgeregelung in § 73b Abs. 5a SGB V.

„Satz 2 in § 73b Absatz 5a wird gestrichen".

II. Art. 5 Nr. 5 – Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen [§ 73b Abs. 5 S. 7 und S. 8 SGB V]

Die beabsichtigte Neuregelung entspricht dem im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Terminservice- und Versorgungsgesetz[1] (TSVG) diskutierten und umstrittenen „Änderungsantrag 6". Der Deutsche Hausärzteverband lehnt die erneut in das nunmehrige

[1] BGBl. I S. 646

Gesetzgebungsverfahren für ein *Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz* eingebrachten Änderungen des § 73b Abs. 5 Satz 7 und 8 SGB V ab.

1. § 73b Abs. 5 S. 7 SGB V

Die Intention, die hausärztliche Vergabe von Diagnosen frei von Beeinflussungen durch die Krankenkassen zu halten, ist ohne Zweifel richtig. Abzulehnen ist jedoch ein gesetzlicher Eingriff, der über das Ziel hinausschießt. Der für die Versorgung der Versicherten wichtige Vertrags- bzw. Leistungswettbewerb der Krankenkassen wird damit weitestgehend eingeschränkt, mit dem fatalen Ergebnis, dass Krankenkassen zur Verbesserung der Versorgung ihrer Versicherten (Versichertenstruktur) keine darauf ausgerichteten Leistungen vereinbaren können. Vertragswettbewerb fördert aber nachweislich die Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, denn sie gewährleistet eine auf die Bedürfnisse (Behandlungsbedarfe und Behandlungsumfänge) der Versicherten ausdifferenzierte Vereinbarung von Leistungen.

Im Einzelnen:

a. Behandlungsdiagnosen als Richtgröße bei der Erfassung der Morbiditätsstruktur durch die Krankenkassen im Risikostrukturausgleich (RSA), (§ 266 Abs. 1 SGB V)

Behandlungsdiagnosen der Versicherten sind u. a. für die Finanzausstattung der Krankenkassen eine entscheidende Rechengröße. Krankenkassen erhalten Beitragszahlungen über den RSA als Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds. Die Zuweisung bemisst sich insbesondere am medizinischen Versorgungsbedarf (Morbidität) der Versicherten jeder einzelnen Krankenkasse. Als Messinstrument für die Morbidität spielen ärztliche Diagnosen eine zentrale Rolle: Die Leistungsausgaben werden von den Krankenkassen nicht versichertenbezogen in der Gliederung des Kontenrahmens für jedes Geschäftsjahr erfasst und fließen über den GKV-Spitzenverband in den RSA ein (§ 267 Abs. 1, Abs. 2, Abs. 4 SGB V; Datenannahmestelle des RSV, § 266 Abs. 7 SGB V). Die Krankenkassen erhalten im RSA aus dem Gesundheitsfonds neben den Grundpauschalen alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen (§ 266 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Die Berechnung der Höhe der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkasse ist also auch wesentlich abhängig von der Höhe der nachgewiesenen, dokumentierten Morbidität der Versicherten einer Krankenkasse. So weist der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt in seinem Sondergutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs vom 27.11.2017 darauf hin, dass „etwa die Hälfte der Zuweisungen, die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben erhalten, über die sogenannten HMG „verteilt“ werden. Codierung hat für die Einschätzung des Risikoprofils der einzelnen Krankenkasse – und somit für den Umfang ihrer jeweiligen Mittelausstattung – mit der Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 eine erhebliche Finanzwirksamkeit erlangt.“ (Sondergutachten vom 27.11.2017, S. 470.)

b. Behandlungsdiagnosen als Voraussetzung in der Abrechnungsbeziehung (§ 295 Abs. 1b S. 2, § 295a Abs. 1 SGB V)

Behandlungsdiagnosen sind zugleich unverzichtbare Voraussetzung für die Abrechnung ärztlicher Leistungen nach § 295 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Abs. 1b S. 1 SGB V und

damit letztlich auch Voraussetzung für die Vergütung ärztlicher Leistungen, denn ohne rechtskonforme Abrechnung keine Vergütung! Bei selektivvertraglichen Vereinbarungen ist eine direkte Abrechnungsbeziehung zwischen Leistungserbringer (Hausarzt) und der Krankenkasse notwendig und unvermeidbar. Das geltende Recht gibt daher vor, dass Ärzte in Selektivverträgen „die in Abs. 1 genannten Angaben" an die jeweilige Krankenkasse übermitteln (§ 295 Abs. 1b S. 2 SGB V). Zu erfassen und zu übermitteln sind daher bei ärztlicher Behandlung durch den Hausarzt im Selektivvertrag auch die Diagnosen, codiert nach ICD-X (§ 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 i. V. m. § 295 S. 2-5 SGB V). Abrechnungsstellen der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite können eingebunden werden (§ 295 a Abs. 1 SGB V). In der Hausarztzentrierten Versorgung werden daher zwangsläufig Diagnosen mit Codices nach ICD-X im Rahmen der direkten Abrechnungsbeziehung zwischen Hausärzten und Kostenträgern übermittelt. Grundsätzlich sorgt dieser Mechanismus für faire Bedingungen zwischen den Krankenkassen und verhindert unsolidarischen Wettbewerb allein um junge und gesunde Versicherte.

C. Ausreichender Schutz vor Fehlanreizen durch Heilmittel- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)

Der hohe Stellenwert von Diagnosen hat in der Vergangenheit auch Fehlanreize und missbräuchliche Vertragsgestaltungen hervorgebracht. In etlichen Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wurden – zugespitzt – allein Diagnosen vergütet und nicht die entsprechende ärztliche Behandlung (sog. „Betreuungsstrukturverträge"). Gesetzgeberisches Nachsteuern und Maßnahmen der zuständigen Aufsichtsbehörden haben diese Art der Verträge beendet und entsprechende Praktiken wirksam unterbunden. Seit dem Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz[2] (HHVG) vom 04.04.2017 sind Verträge über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen explizit untersagt (§§ 73b Abs. 5 S. 7 u. 140 a Abs. 2 S. 7 SGB V). Das HHVG und die o. g. Maßnahmen der Aufsichtsbehörden haben ihre Wirkung nicht verfehlt. Die Morbiditätsentwicklung in der GKV im Jahr 2018 zeigt: Von einem Steigerungseffekt durch vermeintliches „Upcoding" kann keine Rede (mehr) sein. Für weitergehende gesetzliche Eingriffe in Versorgungsverträge nach § 73b SGB V gibt es bereits deshalb keine sachlichen Gründe, erst recht in Gestalt von unklaren, widersprüchlichen und somit rechtsunsicheren Regelungen.

D. Abgrenzungsproblematik zwischen vertraglicher Abrechnungsbeziehung und Vergütungsverbot

Zu einer kaum lösbaren Abgrenzungsschwierigkeit führt die Regelung in § 73b Abs. 5 S. 7, 2. Halbsatz SGB V: Hiernach bleiben die „Pflichten der Leistungserbringer gem. § 295 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Abs. 1b S. 1 unberührt". In der Einzelbegründung wird nicht nur beschrieben, was von der Verbotsregelung erfasst werden soll, sondern auch dasjenige, was nach Ansicht des Entwurfs vom Verbot nicht umfasst werden soll: Zulässig sollen bleiben, trotz des Verbots, die Vereinbarung spezifischer Module von HZV-Verträgen, bei denen die Teilnahme der Versicherten von verschiedenen Krankheiten oder Krankheitsausprägungen abhängig gemacht wird sowie Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten

[2] BGBl. I S. 778

Krankheiten angeboten werden, sofern sie an Kapitel und/oder Obergruppengliederungen nach ICD-X oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen.

Ausgangspunkt der Betrachtung ist der im Entwurf ausdrücklich geregelte Vorrang der unmittelbaren Abrechnungsbeziehung zwischen der Seite der Leistungserbringer und den Kostenträgern: „die Pflichten der Leistungserbringer gem. § 295 Abs. 1. S. 1 Nr. 2 und Abs. 1b S. 1 bleiben unberührt". Die Vertragsärzte sind verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen, einschließlich des Tages, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, aufzuzeichnen und zu übermitteln (§ 295 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V). Die Diagnosen werden codiert nach ICD-X; diese Aufzeichnungs- und Übermittlungspflicht findet auf die Hausarztzentrierte Versorgung (und Selektivverträge) unmittelbar Anwendung (§ 295 Abs. 1b S. 1 SGB V). Dasjenige, was in einem Hausarztvertrag Gegenstand der ärztlichen Behandlung und damit Gegenstand der Dokumentationspflicht ist, wird vertraglich vereinbart. Die Dokumentationspflicht folgt in Inhalt und Umfang der vertraglichen Vereinbarung. Alles dasjenige, was aus der selektivvertraglichen Leistungs- und darauf aufbauend -Abrechnungsbeziehung zwischen der Seite der Leistungserbringer und der Krankenkassen abgeleitet wird und werden kann, bleibt bei dieser Interpretation von dem Verbot der Verknüpfung von Diagnosen und Vergütungen „unberührt". In der hausarztzentrierten (selektivvertraglichen) Vergütungsregelung können und müssen also auch weiterhin „Diagnosen" und zwar auch als Voraussetzungen für Vergütungen vereinbart und angegeben werden.

Als ein Hauptproblem der im Entwurf vorgeschlagenen Regelung erweist sich daher– neben der Regelung der beiden Ausnahmen für Einschlusskriterien und DMP – die Abgrenzung der Regelung der Abrechnungsbeziehung einerseits und das Verbot der Verknüpfung von Diagnosen und Vergütungen andererseits. Diese ineinander verschränkten Regelungsbereiche werden zu einer Fülle von Abgrenzungsfragen führen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Verbotsregelung selbst „bestimmte Diagnosen als Voraussetzungen für Vergütungen" nicht gerade besonders eindeutig und selbsterklärend ist. Die Gefahr, dass diese Regelung bei den Selektivverträgen weit über das Ziel hinausschießt und nicht die Besonderheiten der direkten, selektivvertraglichen Beziehung berücksichtigt, ist groß.

E. Zusammenfassung und Ergebnis

Die hier zu bewertende Neuregelung in § 73b Abs. 5 Sätze 7 SGB V ist insgesamt abzulehnen: sie ist ein gesetzestechnisch verunglücktes Regelwerk, dessen Wirkungen für die Hausarztzentrierte Versorgung unkalkulierbar sind; sie ist geprägt von inneren Widersprüchen. So ist bereits fraglich, ob die in der Regelung angeführten Beispiele für das Verbot sowie die in der Begründung angeführten Ausnahmen von dem Verbot vom Wortlaut der Regelung als Grenze der möglichen Auslegung überhaupt erfasst werden. Unabhängig davon ist die Regelung, vor dem Hintergrund der geltenden Rechtslage, weder erforderlich noch verhältnismäßig.

Insoweit gilt es zur Kenntnis zu nehmen, dass die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V eine wettbewerbliche und alternative Versorgungsform mit exzellenten Evaluationsergebnissen ist. Die Hausarztzentrierte Versorgung garantiert langfristig die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Aktuell nehmen mehr als fünf Millionen

Versicherte und rund 17.000 Hausärzte teil; Tendenz steigend. Kernelement der Hausarztzentrierten Versorgung ist eine besondere hausärztliche Versorgung mit langfristiger Bindung der Patienten an die/den von ihnen gewählte/n Hausärztin/Hausarzt; einhergehend mit einer koordinierten Inanspruchnahme gebietsärztlicher, ambulanter oder pflegerischer Leistungen.

Unausgegorene und unklare gesetzliche Regelungen dürfen all dies nicht gefährden! Die geplante Neuregelung in § 73b Abs. 5 Satz 7 SGB V ist deshalb zwingend zu streichen.

2. § 73 b Abs. 5 S. 8 SGB V

Die beabsichtigte Einfügung des § 73 b Absatz 5 Satz 8 SGB V ist mit der geforderten Streichung des § 73 b Absatz 5 Satz 7 SGB V in Konsequenz ebenfalls zu streichen.

Grundsätzlich gilt: Eine verlässliche Versorgungs- und Rechtssicherheit kann nicht gewährleistet werden, wenn bereits geschlossene Vereinbarungen, die vor einem bestimmten Stichtag zustande gekommen sind, innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten des FKG wieder anzupassen sind. Die (kurze) Übergangsfrist trägt dem Vertrauen der Vertragsparteien nicht hinreichend Rechnung. Die jeweils betroffene Krankenkasse und die beteiligten Vertragspartner müssen darauf vertrauen 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 potenziell (rückwirkende) nachteilige Neuregelungen und Rechtsfolgen konterkariert werden.

III. Art. 5 Nr. 21 i. V. m. Art. 6 Nr. 11 b) aa) bbb) – Erfassung von Diagnosen nach Arztgruppenschlüsseln [§ 267 Abs. 2 SGB V; § 30 Abs. 1 Nr. 6 RSAV]

Der Ansatz, für die Weiterentwicklung des RSA (identische) Diagnosen von Haus- und Fachärzten gesondert zu erfassen, ist für sich betrachtet auf den ersten Blick unkritisch, wenn es darum geht, die Datenlage zu verbessern. Fraglich und vollkommen unklar ist jedoch, a) welche Ergebnisse diese Datenerfassung liefern und b) welche Schlussfolgerungen bzw. Maßnahmen „zur Verbesserung des Ausgleichsverfahrens“ ergriffen werden sollen. Hierzu schweigt der Gesetzentwurf. Vor dem Hintergrund der Erläuterungen des Ministeriums in den „Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und des Organisationsrechts“ werden in diesem Zusammenhang aber offensichtlich Überlegungen angestellt, die nicht nur systemfremd sind, sondern als Herabsetzung der hausärztlichen Tätigkeit bzw. der Hausarztzentrierten Versorgung bewertet werden müssen.

In den o. g. Eckpunkten heißt es nämlich wie folgt: „Identische Diagnosen von Haus- und Fachärzten führen derzeit zu gleichen Zuschlägen, obwohl die hausärztliche Versorgung bei vielen Krankheiten in der Regel zu niedrigeren Ausgaben führt. Mit der Einführung einer Hausarzt-HMG könnten diese unterschiedlichen Kostenstrukturen in Zukunft berücksichtigt und Zuschläge in Abhängigkeit davon gezahlt werden, ob eine Diagnose vom Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Bei niedrigeren Zuschlägen für Hausarzt-HMG würden Verträge zur Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung weniger attraktiv und die Manipulationsresistenz des

RSA so gestärkt. Es wird zunächst die entsprechende Datengrundlage geschaffen (Kennzeichnung der haus- und fachärztlichen Diagnosen), um dieses Modell überprüfen zu können."

Zum einen sollen nach richtigem Verständnis mit dem RSA keine „versorgungsebenenbedingten" Ausgabenunterschiede, sondern Unterschiede in den Risikostrukturen und den daraus resultierenden Ausgabenrisiken ausgeglichen werden (vgl. hierzu auch das Sondergutachten des wissenschaftlichen Beirats vom 27.11.2017 in der korrigierten Fassung vom 25.02.2018, 1., 1.1., S. 20). Der RSA verfolgt nicht das Ziel, Ausgabenunterschiede, die durch die Behandlung der identischen Erkrankungen in unterschiedlichen Versorgungsebenen entstehen, auszugleichen!

Zum anderen, und diese Überlegungen wiegen wesentlich schwerer, sollen ganz offensichtlich Kassen dafür bestraft werden, wenn sie Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V abschließen und damit auf eine wirtschaftliche, qualitative hochwertige (besondere) hausärztliche Versorgung setzen. Das ist schlichtweg ein Frontalangriff auf die Hausarztzentrierte Versorgung, dem sich der Deutsche Hausärzteverband mit aller Macht entgegenstellen wird. Wenn mit „Verträgen zur Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung" andere Verträge als die Verträge nach § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V gemeint sind – etwa die von einigen Krankenkassen unter dem Deckmantel des § 73b SGB V abgeschlossenen Betreuungsstrukturverträge – sollte sich das Ministerium hierzu eindeutig und unmissverständlich erklären.

IV. Art. 5 Nr. 26 – Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Die Neufassung des § 273 SGB V wird insgesamt abgelehnt.

Zum einen bedarf es keiner Erweiterung der Prüfkompetenzen des Bundesversicherungsamtes (BVA), zum anderen gefährden rückwirkende Prüfungen und darauf beruhende Maßnahmen (Abs. 7 – neu) die (selektivvertragliche) Versorgung.

Die aktuell geltenden Prüf- und Maßnahmenrechte des BVA in seiner Funktion als RSA-Durchführungsbehörde sind ausreichend. Es ist nicht erkennbar und in der Begründung zu § 273 SGB V auch nicht nachvollziehbar dargelegt, warum die Kompetenzen des BVA gestärkt werden müssen oder weswegen die jetzige Rechtsposition des BVA nicht ausreichend ist. Auch sind etwaige – nachlaufendende – Korrekturen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über einen derart langen Zeitraum (rückwirkend bis zum Jahr 2013) nur schwer nachvollziehbar, können sie doch gerade wegen des langen Zeitraums zu einer wirtschaftlichen Schieflage betroffener Krankenkassen führen. Dies wiederum gefährdet dann aber die Versorgung der Versicherten, die über die jeweiligen (Selektiv-)Verträge der betroffenen Krankenkasse sichergestellt wird.

Die geplante Neufassung des § 273 SGB V macht zudem deutlich, dass das BVA hier eine systematisch unbefriedigende Sonderrolle einnimmt. Zum einen agiert das BVA als (Vertrags-)Aufsichtsbehörde und greift in dieser Funktion zum ersten Mal unmittelbar in das Versorgungsgeschehen ein, zum anderen prüft das BVA in seiner Rolle als RSA-Durchführungsbehörde die Rechtmäßigkeit von Versorgungsverträgen und zwar auch solcher, die durch die Aufsichtsbehörden der Länder nicht beanstandet wurden; das BVA greift so zum zweiten Mal in das (regionale) Versorgungsgeschehen ein.

Im Ergebnis kann das BVA damit die Rechtsauffassung der Länderaufsichten korrigieren, jedenfalls insoweit die dort (BVA) festgestellten Auffälligkeiten (nach Auffassung des BVA) ihren Ursprung in einzelnen (selektiv-)vertraglichen Regelungen finden, die aber wiederum von den Aufsichtsbehörden der Länder nicht beanstandet wurden. Diese Situation erscheint rechtlich bedenklich, laufen doch so die den Ländern zugewiesenen Aufgaben und Befugnisse ins Leere. Ebenfalls unbefriedigend geregelt ist die zweigeteilte Aufsicht über das Bundesversicherungsamt, wodurch vielfach ein aufsichtsrechtliches Tätigwerden des Bundesgesundheitsministeriums nur einschränkt möglich ist. Es gilt nach diesseitiger Auffassung zunächst einmal diese grundsätzlichen Bereiche neu zu ordnen, bevor über kleinteilige Detailregelungen nach und nach die Rechte des BVA zu einer zentralen „Bundesoberaufsichtsbehörde“ weiterentwickelt werden.

V. Art. 5 Nr. 28 – Transparenzstelle (§ 293a SGB V)

Die Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge über eine Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V und über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V wird begrüßt. Insbesondere ist es sinnvoll und zwingend erforderlich, dass auch die Aufsichtsbehörden der Länder Zugriff auf das Vertragsregister erhalten.

Eine Ergänzung unserer Stellungnahme behalten wir uns vor.

Ansprechpartner:

Deutscher Hausärzteverband e.V.
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

www.hausaerzteverband.de

Bundesvorsitz:

ulrich.weigeldt@hausaerzteverband.de
030 88 71 43 73-30

Geschäftsführung und Justiziariat:

joachim.schuetz@hausaerzteverband.de
02203 9 77 88-03

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGPPN

Seit über 175 Jahren

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(13)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

Stellungnahme
12. Dezember 2019

Geschäftsstelle DGPPN e.V.
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030 2404772-0 | FAX 030 2404772-29
sekretariat@dgppn.de
WWW.DGPPN.DE

Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) (BT-Drucksache 19/15662)

Hier: Änderungsantrag 7 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Weiterführung der Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen“ (Ausschussdrucksache 19(14)122.1) vom 28.11.2019

Die DGPPN begrüßt diesen Änderungsantrag. Eine Verlängerung der Laufzeit von Modellprojekten auf 15 Jahre ist erforderlich und sinnvoll. Bereits jetzt betreffen die aktuell 22 Modellprojekte nach § 64b SGB V die wohnortnahe psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von mehr als 6 Millionen Menschen in Deutschland. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in vielen dieser Regionen erfolgt bereits heute regelhaft nach den Kriterien der Modellprojekte. Mehrere dieser Modellvorhaben würden gemäß den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen nach einer Laufzeit von acht Jahren Ende 2020 auslaufen. Die bisherige umfangreiche wissenschaftliche Begleitforschung zeigt eine deutlich verbesserte Versorgungsqualität. Über die jetzt geplante Änderung hinausgehend ist jedoch eine gesetzliche Regelung erforderlich, die die in den Modellprojekten erfolgreich belegte Versorgung als eine (weitere) Form der Regelversorgung vorsieht.

Position der DGPPN

In Deutschland gibt es seit dem Jahr 2003 Modellprojekte zur Weiterentwicklung der regionalen und wohnortnahen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Diese wurden zunächst auf der Basis der Bundespflegesatzverordnung als „Regionales Psychiatrie-Budget“ durchgeführt. Seit 2013 basieren sie auf den Bestimmungen des § 64b SGB V. Sie sind demnach auf acht Jahre befristet. Mehrere Projekte würden somit Ende 2020 auslaufen.

Die aktuell 22 Modellprojekte werden umfassend wissenschaftlich untersucht. Die schon jetzt vorliegenden Ergebnisse der bisherigen wissenschaftlichen Begleitforschung wurden dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags im Juli 2019 mit dem „Gemeinsamen Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische

VORSTAND
Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
PRÄSIDENT
Prof. Dr. med. Arno Deister
PAST PRESIDENT
Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Martin Driessen
Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Dr. med. Iris Hauth
Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz
Prof. Dr. med. Frank Jessen
Dr. med. Christian Kieser
Dr. med. Sabine Köhler

Dr. med. Andreas Küthmann, *Kassenführer*
Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg
Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller
Prof. Dr. med. Andreas Reif
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Prof. Dr. med. Rainer Rupprecht

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN
IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11
BIC HYVEDEMMXXX
VR 26854 B, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

UST-ID-NUMMER
DE251077969

Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG“ vom 28. Juni 2019 (BT-Drs. 19/12850) vorgelegt. Diese Ergebnisse der Modellprojekte wurden darin von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen insgesamt positiv bewertet und eine Fortführung befürwortet.

Die durch die Krankenkassen durchzuführende wissenschaftliche Evaluation gemäß § 65 in Verbindung mit § 64b, mit der die Krankenkassen gemeinsam die bisherigen Modellvorhaben zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen evaluieren, ist im Jahr 2014 mit einer Laufzeit von insgesamt elf Jahren ausgeschrieben worden. Zwischenberichte liegen bereits vor, der Abschluss der Evaluation ist allerdings frühestens 2025 zu erwarten. Die Verlängerung der Laufzeit der Modellprojekte auf 15 Jahre würde es ermöglichen, die Ergebnisse dieser Evaluation mit in die abschließende Evaluation einzubeziehen. Dies betrifft auch die Evaluationsergebnisse aus den durch die Krankenhäuser initiierten Forschungsprojekten zu Modellprojekten, die ausgesprochen positive Zwischen- und Endergebnis erbracht haben.

Die DGPPN weist daher darauf hin, dass die bisherigen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung bereits jetzt belegen, dass Modellprojekte als eine Form der Regelversorgung für definierte Regionen geeignet sind.

Der Deutsche Bundestag möge sich deshalb zusätzlich zu der jetzt vorgesehenen Änderung mit der Frage befassen, in welcher Weise die Budgetpartner vor Ort auf der Basis der bisherigen Erkenntnisse in die Lage versetzt werden können, eine Versorgung gemäß den Bestimmungen des § 64b SGB V als eine (weitere) Form der regionalen Regelversorgung zu vereinbaren. Eine solche Regelung könnte durch eine Ergänzung der Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung erreicht werden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Arno Deister
Past President DGPPN

Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz
Präsident DGPPN

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(14)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)

zum

Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG)

- Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18. Dezember 2019 -

Als Dachverband von 117 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften **begrüßt die BAG SELBSTHILFE explizit, dass das System des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hin zu einem Vollmodell weiterentwickelt wird.** Die BAG SELBSTHILFE hatte ein solches Modell bereits bei der Schaffung des Systems gefordert, da sie das Risiko sah, dass Menschen mit bestimmten – nicht im MorbiRSA gelisteten oder unzureichend abgebildeten - Erkrankungen in der Ver-

sorgung benachteiligt würden. Befürchtet wurde, dass einerseits für nichtgelistete Erkrankungen keine Selektivverträge vereinbart würden; andererseits wurde aber auch das Risiko gesehen, dass Krankenkassen Versicherte mit nicht gelisteten oder unzureichend abgebildeten Erkrankungen durch Leistungseinschränkungen aus der Kasse drängen. Letztere Befürchtung hat sich glücklicherweise nur in einzelnen Fällen bei Erkrankungen bewahrheitet, die zwar im MorbiRSA gelistet, aber sehr hochpreisig waren und deren Erstattung durch die Zuordnung zu einer Krankheitsgruppe in keinem Verhältnis zu den tatsächlichen Leistungsausgaben stand (z.B. Mukopolysaccharidosen eines bestimmten Typs: Erstattung der Krankheitsgruppe ca. 1.400 €; die Kosten für die Enzymersatztherapie lagen im sechsstelligen Bereich; die Höhe der Erstattung wurde später erfreulicherweise etwas geändert). Das Beispiel zeigt jedoch auch, dass die Zielgenauigkeit auch bei einem Vollmodell mit hierarchisierten Morbiditätsgruppen gerade bei seltenen teuren Erkrankungen nicht ausreichend sein wird, da deren Kosten durch ihre geringe Prävalenz in einer Krankheitsgruppe zu wenig zu Buche schlagen; vor diesem Hintergrund wird explizit die **Schaffung des Hochrisikopools begrüßt**, da dieser die Problematik der hochpreisigen seltenen Erkrankungen ein Stück weit entschärft. Aus Patientensicht stellt der Hochrisikopool eine wichtige Ergänzung zum Vollmodell mit HMG dar, dessen Zielgenauigkeit eben auch bestimmte Grenzen hat – gerade bei seltenen teuren Erkrankungen. **Sehr begrüßt wird seitens der BAG SELBSTHILFE ebenfalls, dass die Streichung der DMP-Programmpauschale** – gegenüber der Regelung im Referentenentwurf – gestrichen wurde; aus ihrer Sicht stand diese Streichung im Widerspruch zu der im Koalitionsvertrag festgelegten Absicht, die Disease Management Programme für chronisch Kranke zu stärken. Eine Abschaffung dieser Pauschale hätte vermutlich zu einer erheblichen Verringerung der DMP Programme in der Praxis geführt; vor diesem Hintergrund wird es sehr begrüßt, dass die Pauschale beibehalten bleiben soll.

Eine **wichtige Verbesserung für Patient*innen stellt zudem auch die vorgesehene Transparenzstelle** dar. Wenn eine Krankenkasse im Moment nicht mit der Erstattung einer Methode wirbt, können Betroffene derzeit kaum klären, welche Krankenkassen selektivvertraglich die für sie wichtige Leistung erstatten. So wurde etwa versucht zu klären, welche Krankenkasse Selektivverträge zur PET/PET-CT (Diagostikum, das u.U. zur Abklärung von Krebserkrankungen eingesetzt wird) ha-

ben; dies war nicht wirklich umzusetzen. Ein wettbewerbliches Verhalten ist damit eigentlich faktisch unmöglich; vergleicht man die derzeitige Situation etwa mit einem Autokauf, so kaufen Versicherte ein Auto, bei dem sie nicht wissen, ob sie es mit einem bestimmten Bremskraftverstärker gekauft haben oder nicht. Und auch wenn der Leistungskatalog der GKV an sich alle notwendigen Leistungen enthalten sollte, so ist dies allein schon durch die Dauer des Bewertungsverfahrens im GBA von in Zukunft zwei Jahren im ambulanten Bereich bestenfalls mit Verzögerungen sichergestellt. Hier können entsprechende Regelungen in Selektivverträgen wichtige Übergänge für die Versorgung von Patient*innen sicherstellen.

Über diese Transparenzstelle und die dort enthaltenen Informationen zu Selektivverträgen hinaus wäre es jedoch für Patient*innen wichtig, **ein Qualitätsportal** zu zur Verfügung zu haben, wie es der **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN** fordert: Patient*innen, die ihre Entscheidung für eine Krankenkasse nach relevanten Qualitätsgesichtspunkten oder ihrer persönlichen Krankheitssituation ausrichten wollen, finden dazu derzeit praktisch keine Informationen – von begrüßenswerten Ausnahmen abgesehen. Insoweit haben die Menschen derzeit die irritierende Situation, dass sie sich einerseits bei der Auswahl ihrer Krankenkasse wettbewerblich verhalten sollen, aber die für sie entscheidenden Faktoren für sie nicht ersichtlich sind. Nach Erfahrung der BAG SELBSTHILFE sind es zum Beispiel bei vielen Betroffenen wichtig, dass sie unbürokratisch und schnell Versorgungsangebote, wie etwa Hilfsmittel, erhalten, und dass die Kommunikation mit Ihnen respektvoll und barrierefrei erfolgt. Gerade der lange Papierkrieg mit Kostenträgern wird immer wieder als eine der größten Belastungen für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen genannt. Deswegen sollten gerade diese Aspekte – wie etwa Bewilligungsquoten und Verfahrensdauern – dringend in das Portal einfließen. DIE BAG SELBSTHILFE unterstützt daher den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN in vollem Umfang.

Zu den Regelungen des Entwurfs im Einzelnen:

1. **Beschränkung des Wettbewerbs und der Werbemaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen (Ar. 4, § 4a SGB V)**

   a. **Zuweisung der wettbewerbsrechtlichen Streitigkeiten zur Sozialgerichtsbarkeit (Art. 1, § 29 SGG)**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt nachdrücklich, dass die Rechtswegzuweisung an die Zivilgerichte, die sich noch im Referentenentwurf fand, abgeändert wurde und nunmehr die Sozialgerichtsbarkeit weiterhin zuständig sein soll. Dies ist einerseits fachlich sinnvoll, da gerade die Sozialgerichte über viel Erfahrung mit Verfahren in diesem Bereich verfügen. Zum anderen hätte eine Zuweisung an die Zivilgerichte unter Umständen eine noch stärkere wettbewerbsrechtliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenkassen zur Folge gehabt, die aus der Sicht von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen nicht wünschenswert ist.

   b. **Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis der Länder und des Bundesversicherungsamtes über gegenseitige Abstimmungen (Art. 3, § 90 SGB IV)**

Der gegenseitige Erfahrungs- und Meinungsaustausch zwischen Länderaufsichten und Bundesversicherungsamt wird zwar befürwortet; auch die Tatsache, dass ein Konfliktlösungsmechanismus für die Entscheidung über unterschiedliche Aufsichtspraxen eingeführt wird, ist grundsätzlich aus der Sicht der BAG SELBSHTILFE sehr sinnvoll. Es kann aber derzeit nicht abgesehen werden, ob dieser Konfliktlösungsmechanismus tatsächlich zu tragfähigen Ergebnissen führt bzw. tatsächlich geeignet ist, die entsprechenden Konflikte aufzulösen. Insoweit erscheint es sinnvoll, die entsprechenden Diskussionen über unterschiedliche Aufsichtspraxen zu evaluieren und transparent zu machen, damit ggf. zeitnah gesetzliche Nachsteuerungen diskutiert werden können.

   c. **Verbot von Maßnahmen des Wettbewerbs zur Risikoselektion (Art. 5, § 4a Abs. 1 S. 3 SGB V)**

Zu Recht wird im vorliegenden Entwurf festgelegt, dass wettbewerbliche Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar bzw. unmittelbar för-

dern, unzulässig sind. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist diese Regelung logische Konsequenz des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 SGB V. Danach dürfen die Krankenkassen keine Leistungen gewähren, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind; Patienten haben keinen Anspruch auf derartige Leistungen. Wettbewerbliche Leistungen, die diese Anforderungen nicht erfüllen, sind damit bereits unwirtschaftlich. Insoweit wird die Regelung als Klarstellung explizit begrüßt, zumal sie die GKV vor unsinnigen Ausgaben bewahrt und damit mittelbar auch chronisch Kranke schützt, die normalerweise bisher nicht zu derjenigen Gruppe gehören, welche durch wettbewerbliche Maßnahmen gewonnen werden sollen.

d. Begrenzung der Werbemöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen (Art. 5, § 4a Abs. 3, 4 SGB V)

Auch die Begrenzung der Werbung insbesondere in finanzieller Hinsicht wird positiv gesehen. Gerade für chronisch Kranke war es in der Vergangenheit immer wieder frustrierend zu sehen, wie offenbar von „ihrer“ Krankenkasse hohe Werbeausgaben mit niedrigem Informationsgehalt getätigt wurden, während die aufgrund von Ausschreibungen erfolgten Pauschalen bei Hilfsmitteln bei ihrer Krankenkasse sanken und sie oft Aufzahlungen leisten mussten, um die für sie notwendige Qualität weiterhin zu erhalten. Insoweit wird es für wichtig angesehen, dass die Ausgaben zu werblichen Zwecken begrenzt bleiben und sich die Krankenkassen auf ihre eigentlichen Aufgaben konzentrieren, nämlich die gute Versorgung von erkrankten Menschen.

2. Maßnahmen gegen Betreuungsstrukturverträge (Art. 5, §§ 73b Abs. 5 S. 7, 83 Abs. 4, 140a Abs. 2 SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die – gegenüber dem Referentenentwurf erfolgte - Klarstellung in der Gesetzesbegründung, dass nach wie vor Selektivverträge für spezielle Zielgruppen möglich sind, die nicht durch Kapitelbeschreibung oder Obergruppen (Dreisteller) erfasst werde können. In den Diskussionen zum Referentenentwurf war diesseits die Besorgnis aufgekommen, dass die vorgesehenen Regelungen zur Verhinderung des Missbrauchs von Betreuungsstrukturverträgen als „Kollateralschaden“ die Durchführung von Selektivverträgen und etwa auch durch den

Innovationsausschuss geförderten sinnvollen Projekten behindern könnten. Insoweit enthält die Gesetzesbegründung eine wichtige Klarstellung in dieser Hinsicht.

3. Geschlechtsspezifische Besetzung des Vorstands, des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses und des Verwaltungsrates der GKV- Spitzenverbandes (Art. 5, § 217b, 217c SGB V)

Die angemessene Repräsentanz von Frauen in Führungspositionen des Gesundheitswesens ist bisher noch nicht ansatzweise ausreichend umgesetzt. Vor diesem Hintergrund werden die im Entwurf vorgesehenen Regelungen als ein wichtiger erster Schritt zur Verwirklichung dieses Ziels begrüßt.

Hinzu kommt folgendes: In Anbetracht der Tatsache, dass insbesondere der Vorstand in Zusammenarbeit mit dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss, aber auch der Verwaltungsrat wichtige Entscheidungen treffen müssen, die – z.B. auch im Rahmen des Stimmrechts im Gemeinsamen Bundesausschuss - spezifisch nur Frauen oder nur Männer betreffen (etwa organisiertes Screening auf Gebärmutterhalskrebs, Prostatakrebsscreening), ist es wichtig, dass beide Geschlechter für die Beschlussfassung angemessen repräsentiert sind und die jeweiligen geschlechtsspezifischen Aspekte und Priorisierungen damit berücksichtigt werden.

Auch aus diesem Grund wird die vorgesehene Regelung begrüßt, allerdings wirklich nur als erster Schritt angesehen. Nach wie vor gibt es Institutionen im Gesundheitswesen, in denen keine oder wenige Frauen auf der Führungsebene vertreten sind. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE muss auch hier eine entsprechende Verpflichtung festgelegt werden – jedenfalls soweit es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechtes handelt.

4. Regelungen zur Neugestaltung des Morbi-RSA, Hochrisikopool, DMP-Programmpauschale (Art. 5, § 266 ff. SGB V)

a. Ausgestaltung als Vollmodell

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt ausdrücklich, dass das System des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hin zu einem Vollmodell weiterentwickelt wird; wie bereits eingangs dargestellt hatte sie ein solches Vollmodell bereits bei der Schaffung des MorbiRSA gefordert.

b. Hochrisikopool (§ 268 SGB V)

Wie ebenfalls eingangs dargestellt, ist aber die Zielgenauigkeit des MorbiRSA auch bei einem Vollmodell mit hierarchisierten Morbiditätsgruppen gerade bei seltenen teuren Erkrankungen nicht unbedingt umfassend gewährleistet, da deren Kosten durch ihre geringe Prävalenz in der Gruppe zu wenig zu Buche schlagen; vor diesem Hintergrund wird von der BAG SELBSTHILFE explizit die **Schaffung des Hochrisikopools begrüßt**.

Nicht nachvollziehen kann die BAG SELBSTHILFE jedoch, dass **nicht die Ist- Kosten, sondern nur 80 Prozent der anfallenden Kosten** erstattet werden. In vielen Fällen dürften kaum Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sein, so dass diese Begrenzung dazu führen dürfte, dass die entsprechenden Patientinnen und Patienten nach wie vor als Kostenfaktor wahrgenommen werden- mit entsprechenden negativen Konsequenzen. Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE festzulegen, dass die Kosten in voller Höhe erstattet werden.

c. DMP- Programmpauschale

Wie eingangs bereits dargestellt, wird die Streichung der Streichung der DMP- Programmpauschale gegenüber dem Referentenentwurf sehr begrüßt.

Der Sachverständigenrat hatte in seinem Gutachten für eine konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001 eine Reihe von Faktoren identifiziert, die Unter-,

Über und Fehlversorgung im Kontext von chronischen Krankheiten begünstigen. Hauptursachen für die defizitäre Versorgung chronisch Kranker seien, so der Rat, die Nicht-Berücksichtigung neuester medizinischer Evidenz, die mangelnde Kooperation und Koordination zwischen den Versorgungssektoren und die unzureichende Einbindung des Patienten in den Behandlungsprozess.[1] Eine gesonderte Förderung neben dem RSA kann auch die (…) angesprochenen, nach Auffassung von Teilen des Wissenschaftlichen Beirats im Sondergutachten ggfs. zu niedrigen Anreize zur Durchführung von Prävention und Therapie, in diesem Fall zur Durchführung von DMPs, steigern.[2]

Diesem Befund stimmt die BAG SELBSTHILFE zu; auch aus ihrer Sicht stellen die DMPs mit ihrer Einbindung der Patienten (Schulungsprogramme) und der Orientierung an den Leitlinien einen wichtigen Baustein zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen dar. Zu berücksichtigen ist dabei, dass in manchen Erkrankungsbereichen nur weniger als die Hälfte der „normalen“ Behandlungen leitliniengerecht erfolgt.

Aufgrund des bisher noch nicht eindeutig wissenschaftlich festgestellten Nutzens und vor allem der Effektivität der DMPs bedarf es aus den oben dargestellten Gründen nach wie vor eines Anreizsystems, damit auch weiterhin DMPs in der Versorgung ankommen. Vor diesem Hintergrund wird die Beibehaltung der entsprechenden Regelung sehr begrüßt.

Langfristig wäre es jedoch wichtig und notwendig, über **eine umfassende und vergleichende Evaluation der Programme eine sichere Datengrundlage über den Nutzen und die Effektivität der Programme zu erhalten**.

[1] Sachverständigenrat 2001, zit nach Sonderbericht des Sachverständigenrates, Sondergutachten zum MorbiRSA, S. 514,
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf
[2] Wissenschaftlicher Beirat, Sondergutachten zum MorbiRSA, 2017, S. 514,
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf

d. Präventionsanreize

Die vorgesehene Regelung wird begrüßt.

5. Übertragung der Wirtschaftlichkeitsberatung an die Kassenärztlichen Vereinigungen (§305a SGB V)

Die vorgesehenen Regelungen zur Übertragung der Wirtschaftlichkeitsberatung an die KVen werden befürwortet.

Beratungen von Ärzten durch Kostenträger, wie es eben Krankenkassen auch sind, beinhalten immer das Risiko, dass Wirtschaftlichkeitsaspekte in die Versorgung von Patientinnen und Patienten einfließen, die ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten erfolgen sollte. Eine solche Versorgungssteuerung aus wirtschaftlichen Gründen beschädigt dabei unter Umständen nicht nur das Vertrauen von Patientinnen und Patienten in das Arzt- Patienten-Verhältnis, sondern kann auch deren Compliance/ Adherence beeinträchtigen, da sie den entsprechenden Ratschlägen der Ärzte nicht mehr folgen, weil sie hinter diesen wirtschaftliche Beweggründe vermuten.

Soweit die Wirtschaftlichkeitsberatungen in der Vergangenheit darauf abzielten, Ärzte dazu zu bewegen, Upcodings vorzunehmen, so beeinträchtigt dies unter Umständen auch die Gesundheitskompetenz der Patient*innen, die ihre Krankheitsschwere nicht mehr zuverlässig einschätzen können; daneben werden durch solche Strategien auch Patient*innen anderer Krankenkassen geschädigt, da für ihre Versorgung weniger Geld zur Verfügung steht.

6. Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge (§ 293a)

Die Schaffung einer Transparenzstelle für Hausarzt- und andere Selektivverträge beim Bundesversicherungsamt wird explizit begrüßt; dies entspricht im Übrigen auch einer langjährigen Forderung des Bundesversicherungsamtes. Die BAG SELBSTHILFE hatte sich dieser Position in den Diskussionen zum Referentenentwurf angeschlossen, da das Selektivvertragsgeschehen inzwischen die Versorgung der

Patienten*innen erheblich betrifft, teilweise sogar in der Weise, dass die Lösungen von Versorgungsproblemen gar nicht mehr im kollektivvertraglichen Bereich gesucht werden- was natürlich nicht dauerhaft hinnehmbar ist.

Insbesondere wird es deswegen sehr positiv gesehen, dass die Transparenzstelle auch der Unterrichtung der Öffentlichkeit dienen soll. Derzeit ist für Patient*innen kaum durchschaubar, bei welchen Leistungen die Krankenkassen Selektivverträge haben. Beispielsweise ist derzeit unklar, welche Krankenkassen bei welchen Indikationen die PET/PET-CT erstatten; oft kann man dies nur erahnen, wenn man sich Vorträge im Netz zu diesem Thema ansieht. Die Folge ist, dass sich Betroffene oft in Foren darüber austauschen, ob sie diese erstattet erhalten oder nicht; häufig wird dann eine Methode, die nicht allgemein erstattungsfähig ist, als unsicher oder zweifelhaft bewertet oder die Behandlung mit dieser Methode als eine Art Erprobung angesehen.

Wenn eine Krankenkasse nicht mit der Erstattung wirbt, können Betroffene also derzeit kaum klären, welche Krankenkassen selektivvertraglich die für sie wichtige Leistung erstatten. Ein wettbewerbliches Verhalten ist damit eigentlich faktisch unmöglich; vergleicht man die derzeitige Situation etwa mit einem Autokauf, so kaufen Versicherte ein Auto, bei dem sie nicht wissen, ob sie es mit einem bestimmten Bremskraftverstärker gekauft haben oder nicht. Und auch wenn der Leistungskatalog der GKV an sich alle notwendigen Leistungen enthalten sollte, so ist dies allein schon durch die Dauer des Bewertungsverfahrens im GBA von in Zukunft zwei Jahren im ambulanten Bereich bestenfalls mit Verzögerungen sichergestellt. Hier können entsprechende Regelungen in Selektivverträgen wichtige Übergänge für die Versorgung von Patient*innen sicherstellen.

7. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

Völlig zu Recht wird im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN festgestellt, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen derzeit im Wesentlichen nach dem Zusatzbeitrag, daneben auch noch nach Satzungsleistungen und Bonusprogrammen stattfindet. Patient*innen, die ihre Entscheidung für eine Krankenkasse nach relevanten Qualitätsgesichtspunkten oder ihrer persönlichen Krankheitssitua-

tion ausrichten wollen, finden dazu praktisch keine Informationen. Insoweit haben die Menschen derzeit die irritierende Situation, dass sie sich einerseits bei der Auswahl ihrer Krankenkasse wettbewerblich verhalten sollen, aber die für sie entscheidenden Faktoren für sie nicht ersichtlich sind. Ein solches Verständnis von wettbewerblichem Agieren ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht mehr wirklich tragfähig. Sie unterstützt daher den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN in vollem Umfang.

Perspektivisch sollte zügig – wie im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN umfassend dargestellt – ein Portal geschaffen werden, in welchem Patient*innen schnell und einfach die für sie relevanten Qualitätsaspekte ersehen können. Nach Erfahrung der BAG SELBSTHILFE sind es bei vielen Betroffenen wichtig, dass sie unbürokratisch und schnell Versorgungsangebote, wie etwa Hilfsmittel erhalten, und dass die Kommunikation mit Ihnen respektvoll und barrierefrei erfolgt. Gerade der lange Papierkrieg mit Kostenträgern wird immer wieder als eine der größten Belastungen für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen genannt. Deswegen sollten gerade diese Aspekte – wie etwa Bewilligungsquoten und Verfahrensdauern – dringend in das Portal einfließen.

Auch die in Nr. 2 des Antrages angesprochenen Vergütungszuschläge für gute Verträge zur integrierten Versorgung werden explizit befürwortet. Nach wie vor und seit langem sind die Schnittstellen zwischen verschiedenen Sektoren eines der größten Sorgenkinder des Gesundheitssystems. Immer wieder kommt es vor, dass Versorgungen abbrechen oder zumindest unzureichend funktionieren. Insoweit wird es sehr begrüßt, wenn die Krankenkassen Anreize erhalten, diese Übergänge patientenfreundlich auszugestalten. Auch andere integrierte Versorgungsangebote mit enger Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer können die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung und Behinderung erheblich verbessern. Vor diesem Hintergrund wird der Vorschlag begrüßt, den Sachverständigenrat mit der Entwicklung eines entsprechenden Kriterienkatalogs für Zuschläge für vernünftige übergreifende Versorgungsformen zu beauftragen.

Die BAG SELBSTHILFE hat in diesem **Zusammenhang jedoch noch weitere Anliegen**: So wünschenswert der Vorschlag eines Wettbewerbs um die besten Ideen auf

regionaler Ebene ist, so wichtig ist es auch, aus diesen guten Ideen für das Kollektivvertragssystem zu lernen- ähnlich wie bei den Projekten im Innovationsfonds. Insoweit sollten die **entsprechen Versorgungsformen evaluiert** werden und die **Daten für eine Fortentwicklung des Kollektivvertragssystems** zur Verfügung gestellt werden.

Ferner ist es aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE auch ein **Qualitätskriterium** für die Entwicklung von integrierten Versorgungsangeboten, ob bei ihrer **Gestaltung Patientenorganisationen** beteiligt wurden bzw. das ernsthafte Bemühen um eine Beteiligung vorhanden war. Denn Patient*innen kennen die Schwierigkeiten in den Versorgungsabläufen vor Ort häufig am besten, sei es aus eigener Erfahrung, sei es aber auch aus der Beratung von Gleichbetroffenen. Vor diesem Hintergrund tut eine regelmäßige Einbeziehung von Betroffenen diesen Verträgen gut; in der Vergangenheit hat es derartige Einbeziehungen in Einzelfällen durchaus schon gegeben.

8. Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/ CSU: Lieferengpässe bei Arzneimitteln

Für Patient*innen sind die zunehmenden Lieferengpässe bei Arzneimitteln eine erhebliche Belastung.

Über die in den Änderungsanträgen geplanten und zu begrüßenden Regelungen hinaus wird seitens der BAG SELBSTHILFE angeregt, wie im Hilfsmittelbereich bei derartigen Verträgen die Möglichkeit von Beitritten von Leistungserbringern zu bestehenden (Rabatt-) Verträgen vorzusehen. Denn nach den Erfahrungen im Hilfsmittelbereich resultierten Versorgungsprobleme häufig aus der Tatsache, dass Verträge mit Leistungserbringern geschlossen wurden, die gar nicht in der Lage waren, eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Durch die Möglichkeit eines Beitritts von anderen Leistungserbringern (bei Verträgen außerhalb von Ausschreibungen) bzw. Ausschreibungen für mehrere Versorger wird sichergestellt, dass derartige Ausfälle kompensiert werden können.

Berlin, 12.12.2019

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(15)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten den Gesetzentwurf zum GKV-FKG auf der Basis des sozialanwaltschaftlichen Ansatzes ihrer Arbeit, dass die gesamte Bevölkerung und insbesondere vulnerable, sozial benachteiligte Gruppen unterschiedslos Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung haben sollten. Vor diesem Hintergrund teilt die BAGFW das Ziel einer Modernisierung einzelner Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere die Einführung eines Krankheitsvollmodells für den Risikostrukturausgleich, die Einführung einer Präventionspauschale, den Erhalt der DMP-Programmpauschale sowie die geplante wissenschaftliche Begleitforschung. Es fehlt weiterhin ein Mechanismus im Risikostrukturausgleich (RSA), der einen Anreiz für Kassen setzt, sich langfristig für eine gute Versorgung ihrer Versicherten einzusetzen. Hierzu gilt es ein Sondergutachten zum Zusammenhang zwischen dem RSA und dem Bereich der Prävention zu beauftragen.

Aus Sicht der BAGFW sind vorgesehene Regelungen zur Wettbewerbsordnung der Kassen zu kritisieren und in Verbindung mit weitergehenden Strukturreformen zum Wohle der Patient/innen zu betrachten. Auch ein optimierter Risikostrukturausgleich kann bestehende Qualitätsprobleme der Versorgung nicht lösen: Isolierte ordnungspolitische Maßnahmen, wie im vorliegenden Gesetzentwurf, drohen hier im Gegenteil, praktisch relevante Versorgungsprobleme weiter zu verschärfen: Zum Beispiel wirkt der prominent angeführte Verweis auf zu hohe Zuweisungen für multimorbide ältere Versicherte irreführend: Alte multimorbide Menschen sind aufgrund ihrer komplexen, sektorenübergreifenden Bedarfe, aber auch innerhalb des SGB V von Unter-, Über- und Fehlversorgung besonders betroffen. Bereits aktuell ist diese Versichertengruppe im Kassenwettbewerb nicht attraktiv, trotz der genannten vergleichsweise hohen Zuweisungen. Die Angebote einzelner Kassen durch innovative Versorgungskonzepte für diese Personengruppe halten sich weiterhin in Grenzen. Auch die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen mit drohenden Risikoselektionsanreizen gegen Erwerbsminderungsrentner konterkariert das vorgebliche Ziel einer solidarischen Wettbewerbsordnung.

Weitere Personengruppen sind mit dem Ziel einer solidarischen und zugangsgerechten Versorgung zu berücksichtigen. Zu denken ist insbesondere an die Versorgung im ländlichen Raum oder an Menschen mit komplexen Hilfebedarfen, die keine oder keine koordinierten Hilfen erhalten (z.B. alte multimorbide Menschen, Menschen mit Behinderungen, Teilgruppen von Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen, die in Armut leben bzw. Menschen mit psychischen Erkrankungen und mit Abhängigkeitserkrankungen). Für diese Personengruppen fordert die BAGFW zum Teil langjährig einen besseren Zugang zu Leistungen, die Behebung von Umsetzungsdefiziten und die Aufnahme fachlich dringend wünschenswerter Leistungen in den Leistungskatalog der GKV bzw. die dafür notwendige Gesundheitssystementwicklung wie etwa die Fallbegleitung von Menschen mit komplexen Bedarfen oder die Vergütung von sektorenübergreifender Vernetzungs- und Kooperationsarbeit.

All diese hinlänglich bekannten Probleme werden alleine durch wettbewerbliche Maßnahmen nicht gelöst. Seit Jahren weist die BAGFW, wie viele andere Akteure auf die damit verbundenen Probleme hin, zum Beispiel der Überversorgung bei gleichzeitiger Unterversorgung, auf die Fragmentierung von Angeboten, die Überbewertung von Technologien im Verhältnis zur personalen Zuwendung zum kranken Menschen. Die BAGFW vertritt deshalb den Standpunkt, dass Wettbewerb nur ein Element in einem Mix gesundheitspolitischer Steuerungsinstrumente darstellen sollte. Ein preisorientierter Kassenwettbewerb wird abgelehnt. Der Wettbewerb der Krankenkassen sollte sich an der Qualität der Leistung messen lassen. Der Gesetzgeber sollte Systematiken schaffen, die einen Wettbewerb um die beste Versorgung hervorrufen. Dazu kann auch der vom Bundesrat geforderte neue § 68c zur Förderung regionaler Versorgungsinnovationen einen Beitrag leisten. Bei der geplanten Vertragstransparenzstelle ist es wesentlich, dass weitere Informationen für Versicherte hinzugefügt werden, damit diese einen Beitrag hin zu einem Wettbewerb um die Beste Versorgung leisten kann. Zentral für eine gesundheitspolitische Steuerung sind außerdem eine funktionierende Gesundheits- und Sozialberichterstattung als Basis für eine sektorenübergreifende, regionale und gemeinwohlorientierte Planung. Die Abkehr von einer kassenartenbasierten Haftungssystematik erhöht das Risiko, dass Krankenkassen in Insolvenz gehen werden, da die neue Haftungssystematik weniger präventiv ausgerichtet ist, als die derzeitig bestehende Regelung. Dies ist besonders kritisch für Versicherte.

Die Freie Wohlfahrtspflege kritisiert, dass mit der geplanten Refinanzierung von Tarifsteigerungen in der krankenhäuslichen Pflege allein die Pflege im Krankenhausbereich gestärkt wird. Unberücksichtigt bleiben die Langzeitpflege sowie die ambulante Pflege und Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen. Dies wird eine Abwanderung von Pflegepersonal in Krankenhäuser begünstigen. Um dies zu verhindern, gilt es die geplante Regelung entsprechend auszuweiten. Ausdrücklich begrüßt wird, dass der Gesetzgeber sich des Themas der Lieferengpässe annimmt und Regelungen vorsieht, die ein frühzeitigeres Erkennen von Lieferengpässen ermöglichen sollen.

B. Bewertung einzelner Regelungen des Gesetzentwurfes

Reform der Strukturen des GKV-Spitzenverbands

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass der Gesetzentwurf von der Regelung des Referentenentwurfs Abstand genommen hat, wonach im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands künftig keine ehrenamtlichen Vertreter aus den Verwaltungsräten der Kassen hätten vertreten sein können, da dies einen schweren Eingriff in die Selbstverwaltung der Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter/innen bedeutet hätte.

Grundsätzlich begrüßt wird ebenfalls die Bestimmung (§ 217b) zur Einbeziehung von Frauen in den Vorstand des GKV-Spitzenverbands (mindestens eine Frau und ein Mann im dreiköpfigen Vorstand).

Nach § 217b Absatz 4ff. soll mit dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss ein neues Organ der Selbstverwaltung geschaffen werden. Ziel einer Reform muss es sein, die Selbstverwaltung zu stärken und die Interessen der Versicherten besser und transparenter zur Geltung zu bringen. Das neue Gremium führt eher zu einer Verzögerung und Blockade der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des GKV-Spitzenverbands, denn der durch Sozialwahlen legitimierte Verwaltungsrat wird durch die weitreichenden Kompetenzen des neuen Lenkungs- und Koordinierungsausschusses in seinen Befugnissen erheblich eingeschränkt. Nach geltendem Recht hat der Verwaltungsrat den Vorstand zu überwachen (§ 197 Absatz 1 Nummer 1a) und alle Entscheidungen zu treffen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Absatz 1 Nummer 1b). Mit dieser Vorschrift kollidiert § 217b Absatz 5 Satz 1, wonach alle versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen, Richtlinien und Rahmenvorgaben künftig der Zustimmung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses bedürfen. Durch die Kompetenzüberschneidung zwischen Verwaltungsrat und dem neuen Gremium wird es daher zu Blockaden und damit zu Verzögerungen in der Entscheidungsfindung kommen – zu Lasten der Versicherten. Die neue Regelung ist mit dem Grundsatz der Normenklarheit, für welche der Gesetzgeber zu sorgen hat, daher nicht vereinbar.

Mit § 217c Absatz 1 Satz 1 SGB V wird der Verwaltungsrat von derzeit höchstens 52 auf höchstens 40 Mitglieder verkleinert. Davon muss jede Vorschlagsliste mindestens 40 Prozent weibliche Bewerberinnen und männliche Bewerber enthalten. Da die Frauen im Verwaltungsrat gegenwärtig stark unterrepräsentiert sind, ist diese Regelung geeignet, den Frauenanteil wirksam zu erhöhen. Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber auch Frauenquoten für weitere Führungspositionen im Gesundheitswesen einführen. Frauen sind auch in Führungspositionen in Verwaltungsräten und Vertreterversammlungen von Krankenkassen, ihren Verbänden, den öffentlich-rechtlichen Körperschaften der Ärzte- und Zahnärzteschaft sowie weiteren Organisationen der Selbstverwaltung unterrepräsentiert. Die Anzahl der Mitglieder des Verwaltungsrats muss aus Sicht der BAGFW auch weiterhin den Versichertenproporz widerspiegeln, was durch die bisherige Höchstzahl von 52 Mitgliedern im Verwaltungsrat gewähr-

leistet war. Da die jeweiligen Krankenkassenarten im neuen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss jeweils nur zwei Mandate haben dürfen bzw. die Knappschaft Bahn-See und die landwirtschaftliche Krankenkasse je einen Sitz, besteht die Gefahr, dass die Mitglieder des Ausschusses lediglich die Interessen ihrer eigenen Kassenart im Blick haben. Die Verteilung des Stimmgewichts nach der bundesweiten Versichertenzahl führt zudem dazu, dass bestimmte Kassenarten immer eine Sperrminorität hätten; auch dies lehnen wir ab. Wir begrüßen, dass der Bundesrat die Schaffung des neuen Gremiums aus den genannten Gründen ebenso ablehnt.

In § 217d Absatz 4 SGB V wird weiterhin bestimmt, dass der vom Vorstand aufgestellte Haushaltsplan der Zustimmung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf. In dieser Bestimmung drückt sich ein großes Misstrauen gegenüber der Rechtstreue des GKV-Spitzenverbands aus. Die BAGFW ist dagegen der Auffassung, dass grundsätzlich davon auszugehen ist, dass der GKV-Spitzenverband rechtskonform handelt. Die geltenden Bestimmungen des § 217g SGB V geben der Aufsichtsbehörde diverse Möglichkeiten, gegen rechtswidrige Beschlüsse einzuschreiten. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen neuen Berichtspflichten (in § 217f SGB V) des GKV-Spitzenverbands gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit sind geeignet, zudem darzulegen, dass und warum der GKV-Spitzenverband zugewiesene Aufgaben nicht rechtzeitig umsetzt.

Änderungsbedarf:

Streichung von § 217b Absatz 4ff
Streichung von § 217d Satz 2-4

Wettbewerb der Krankenkassen (§ 4a SGB V GE)

Durch die Einführung des neuen § 4a SGB V wird in den Eingangsvorschriften des SGB V erstmalig gesetzlich festgestellt, dass Krankenkassen miteinander im Wettbewerb stehen. Als Ziel des Wettbewerbs wird neben der Verbesserung der Qualität der Versorgung auch die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit genannt. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist bereits in § 2 Absatz 1 und in § 12 SGB V kodifiziert. Aus den Absätzen 3 bis 7 des neuen § 4a SGB V wird ersichtlich, dass der eigentliche Zweck der neuen Norm darin besteht, die Regelungen des Wettbewerbs, die bisher in § 4 Absatz 3 Satz 2 SGB V, der mit diesem Gesetz aufgehoben wird, schon kodifiziert waren, mit dem Gesetzentwurf auf Grundsätze der Werbung hin fokussiert werden sollen. Das auch weiterhin für die Krankenkassen im Wettbewerb geltende Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) beinhaltet jedoch heute schon, dass Werbungen, die sich an Verbraucher richten, so gestaltet sein müssen, dass sachbezogene Informationen im Vordergrund stehen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege halten die bisherigen Vorschriften des § 4 zur Regelung des Wettbewerbs für ausreichend und setzen sich daher für eine ersatzlose Streichung des § 4a ein.

Änderungsbedarf:

Streichung des § 4a GE und Beibehaltung des geltenden § 4 SGB V (mit Ausnahme der Bestimmungen in § 4 Absatz 4 Satz 2, 4 und 5 , die gegenstandslos geworden sind).

Vereinigung. Insolvenz und Haftung von Krankenkassen (§§ 155- 169; §§ 265a und 265b SGB V GE)

Einer Logik der Zentralisierung folgt das Verfahren zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen, das in § 163 SGB V GE geregelt wird. Bisher waren die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen dafür zuständig, den Zeitpunkt zu bestimmen, wann eine Krankenkasse geschlossen werden muss. Nun wird der GKV-Spitzenverband gemäß § 163 Absatz 1 SGB V GE verpflichtet, die Finanzlage der Krankenkassen auf der Grundlage der jährlichen und vierteljährlichen Rechnungsergebnisse zu überprüfen und ihre Leistungsfähigkeit zu bewerten (§ 164 SGB V GE). Die finanziellen Mittel, die erforderlich sind, um die von Insolvenz bedrohte Kasse zu stützen, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 164 Absatz 3 durch Bescheid von seinen Mitgliedskassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse geltend machen.

Das korrespondiert mit der Regelung, dass die Haftungsrisiken im Falle der Insolvenz auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übergehen und von allen Krankenkassen nach einem der Höhe der Haftungssumme entsprechenden differenzierten Verfahren zu tragen sind (§§ 166, 167 SGB V GE). Das bisherige System der Primärhaftung innerhalb der Kassenarten setzt die Anreize so, dass die Kassen der jeweiligen Kassenart ein Interesse am Erhalt einer gefährdeten Kasse haben. Es setzt einen Anreiz präventiv zu agieren und Insolvenzen zu verhindern. Die Haftungsverbünde der Kassenarten haben sich bewährt. Das hier vorgesehene Haftungssystem erhöht die Gefahr, dass es zu Insolvenzen von Krankenkassen kommt. Die Insolvenz einer Krankenkasse hat vielfältige negative Auswirkungen für deren Versicherte. Daher wird die vom Gesetzgeber vorgesehene Ausgestaltung eines nicht präventiv ausgerichteten Haftungssystems stark kritisiert.

Die Regelung liefert keinen Anreiz zur Rettung einer gefährdeten Kasse, sei es durch finanzielle Unterstützung oder durch Fusion. § 265b, der die freiwilligen Hilfen der Kassen der jeweiligen Kassenart im Haftungsfall vorsah, und der mit diesem Gesetzentwurf gestrichen und durch die Regelungen des § 166ff. ersetzt werden soll, hat sich in der Praxis bewährt und ist daher zu erhalten.

Änderungsbedarf:

Streichung der geänderten Haftungssystematik und Beibehaltung einer kassenartenbasierten Haftungssystematik.

Hilfsweise:

Sollte der Gesetzgeber an einer zentralisierten Lösung festhalten, schließen wir uns den Forderungen des Bundesrates an, der den alten § 265b in einem neuen § 164a modifiziert. Dieser Formulierung sowie den vom Bundesrat vorgeschlagenen Ergänzungen der Absätze 4 und 5 in § 163 SGB V GE, die die bisher bewährte Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen am Verfahren der Haftungsprävention nicht erst bei drohender Insolvenz oder Schließung vorsehen, schließen wir uns ausdrücklich an.

Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich wird durch Einführung eines Krankheitsvollmodells, einer Regionalkomponente und eines Risikopools sowie durch Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung weiterentwickelt. Des Weiteren sollen Arzneimittelrabatte künftig versichertenindividuell berücksichtigt werden. Prävention soll durch Einführung einer Vorsorge-Pauschale im RSA gestärkt werden.

Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Gutachten 2017 dargelegt, dass die von den Krankenkassen nicht beeinflussbare Risikostruktur der Versicherten durch ein Krankheitsvollmodell besser abgebildet werden kann als durch die bisherigen ausgewählten 50-80 Krankheiten. Mit diesem Schritt lassen sich die Überdeckungen bei den Zuweisungen gesunder Versicherter und die Unterdeckungen von Versicherten mit Krankheiten außerhalb des Auswahl-Spektrums des RSA besser abbilden, was von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege nachdrücklich begrüßt wird.

<u>Streichung der Erwerbsminderungsgruppen (§§ 266 Absatz 2 SGB V, 267 Absatz 1, § 2 Absatz 1 RSAV)</u>

Eine ersatzlose Streichung der Erwerbsminderungsgruppen, wie in § 2 Absatz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung GE vorgenommen, wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege hingegen nicht unterstützt. Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA hat in seinem Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleichs 2017 festgestellt, dass eine ersatzlose Streichung dieses Kriteriums schwerwiegende Risikoselektionsanreize gegen Erwerbsminderungsrentner ergeben würde, da sie eine durchschnittliche Unterdeckung von über 1.100 Euro zur Folge haben würden. Das Gutachten hat aufgezeigt, dass die Unterdeckungen für jüngere und chronisch kranke Erwerbsminderungsrentner/innen sogar noch höher ausfallen würden. Daher befördert die Streichung des Kriteriums eine negative Risikoselektion und den Wettbewerb um junge gesunde Versicherte. Dies widerspricht dem Solidarprinzip und wird daher von der Freien Wohlfahrtspflege abgelehnt. Die BAGFW setzt sich dafür ein, stattdessen die Erwerbsminderungsgruppen im Klassifikationssystem als Kriterium zur Schweregraddifferenzierung beim Risikomerkmal Morbidität zu nutzen. In einem ersten Schritt sollten die heutigen Abgrenzungen der Altersgruppen von Erwerbsminderungsrentnern verbessert werden, um die genannten Verzerrungen, die zu Unter- bzw. Überdeckungen führen, zu beseitigen. Auch der Begründung des Gesetzentwurfs zur

Streichung des Kriteriums, dass beispielsweise Bezieher/innen von Altersrenten, die vom Kriterium der Erwerbsminderung nicht profitieren könnten, nicht von den Folgen einer Streichung betroffen seien, kann auf der Grundlage der Ergebnisse des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats nicht gefolgt werden: So würden beispielsweise Frauen über 65 Jahre mit einem Absinken der Zuschläge zu den Alters-Geschlechtsgruppen rechnen müssen, da mit einem Wegfall der Zuschläge für die Erwerbsminderungsrente alle Zuschläge ansteigen, bei denen besonders hohe Korrelationen zur Erwerbsminderung bestehen. Gleichzeitig ist bei einer Regelung, welche die Erwerbsminderungsgruppen zur Schweregraddifferenzierung in den RSA einbezieht, sicherzustellen, dass durch die Altersinteraktionstermen keine Doppelzahlung für die Erwerbsminderungsgruppen aus dem RSA erfolgt.

Erhalt der DMP-Programmpauschale (§ 266 Absatz 7 Nummer 3 SGB V, § 15 RSAV)

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass die DMP-Programmpauschale wieder in den Morbi-RSA aufgenommen wurde; dafür hatten sie sich in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf eingesetzt. Die DMP-Programmpauschale deckt nicht das Morbiditätsrisiko der Versicherten ab, sondern die zusätzlichen arzt- und verwaltungsbezogenen Ausgaben zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines DMPs. Von einer Streichung der Programmkostenpauschale gehen nach dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats nur geringe Effekte aus: kleine und mittelgroße Krankenkassen würden leicht profitieren und die Überdeckungen der großen, DMP-starken Krankenkassen leicht sinken. Eine Streichung der Programmpauschale hätte hingegen negative Anreizeffekte zur Durchführung der Programme zur Folge gehabt

Einführung einer Präventionspauschale (§ 270 Absatz 3 SGB V, § 15 RSAV)

Die Freie Wohlfahrtspflege begrüßt hingegen ausdrücklich, dass die Ausgaben der Krankenkassen für die Prävention durch die Einführung einer berücksichtigungsfähigen Präventionspauschale in § 270 Absatz 3 SGB V GE für Gesundheits- und Früherkennung, Mutterschaftsvorsorge und zahnärztliche Individualprophylaxe im Risikostrukturausgleich besser berücksichtigt werden. Im Gesetz ist im Unterschied zum Referentenentwurf jetzt klargestellt, welche Untersuchungen in die Pauschalen einbezogen werden, wie die BAGFW gefordert hatte. Um den Krankenkassen wirklich Anreize für die Prävention zu geben, sollten neben Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen auch medizinische Vorsorgeleistungen (§§ 23, 24) einbezogen werden. Neben den Kosten für die Prävention sollten auch die Kosten für die Rehabilitation stärker berücksichtigt werden.

Mit Blick auf die Sekundär- und Tertiärprävention gilt es zu prüfen, welche weiteren Maßnahmen dazu beitragen könnten, dass diese durch eine veränderte Ausgestaltung des RSA im Interesse der Krankenkassen liegen (siehe Forderungen im folgenden Absatz).

Einführung einer regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat (§ 266 Absatz 10 SGB V)

Die Monopolkommission hat in ihrer Stellungnahme zum FKG hervorgehoben, dass der RSA in seiner geplanten künftigen Ausgestaltung weiterhin eine Hürde für den Bereich der Prävention darstellt. Es heißt „in der bestehenden Form untergräbt der Morbi-RSA aber die Anreize der Kassen, die Versicherten langfristig optimal zu versorgen und somit Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und Folgeerkrankungen vorzubeugen“ (siehe: http://bit.ly/PräventionFKG, Seite 4). Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Sekundär- und die Tertiärprävention. Es fehlt aktuell ein Mechanismus, der Kassen, bei denen eine niedrigere Rate an Morbiditätsverschlechterung vorliegt, belohnt. Die Monopolkommission schlägt daher vor, den wissenschaftlichen Beirat beim BVA damit zu beauftragen, zu prüfen, ob ein Korrekturfaktor auf Basis der Inzidenzrate denkbar wäre und gegebenenfalls Vorschläge für eine Umsetzung zu unterbreiten.

Die Einführung einer regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat wird ausdrücklich begrüßt. Auf diese Weise können die Auswirkungen von Reformmaßnahmen, die eine wesentliche Wirkung auf den Morbi-RSA entfalten, wissenschaftlich bewertet werden. Ein Beispiel hierfür wäre die mit dem TSVG beschlossene Einführung von verbindlichen Vorgaben zur Vergabe von Schlüsseln im ambulanten Bereich.

Damit die Erkenntnisse des Wissenschaftlichen Beirates der Verbesserung der Versorgung dienen, gilt es eine zusätzliche Berichtspflicht vorzusehen. Sollten im Zuge von Analysen rund um die Ausgestaltung des Morbi-RSA durch den wissenschaftlichen Beirat oder das Bundesversicherungsamt Erkenntnisse entstehen, die auf Versorgungslücken für bestimmte Patientengruppen bzw. Leistungsangebote hindeuten, sollten diese verpflichtet werden, hierüber dem BMG und dem G-BA Bericht zu erstatten.

Änderungsbedarf:

§ 8 Abs. 2 Nummer 3 RSAV
3. dem BMG und dem G-BA berichtet, wenn er im Zuge seiner Arbeit Erkenntnisse über Versorgungslücken gewinnt.
§ 8 wird Abs. 6 angefügt
(6) Der wissenschaftliche Beirat erstellt bis 2024 ein Sondergutachten zu Auswirkungen des RSA auf den Bereich der Prävention. Hierbei prüft er Möglichkeiten zur Einführung eines Korrekturfaktors auf Basis der Inzidenzrate und weitere Möglichkeiten zur Stärkung der Prävention.

Datenerhebung für ein Hausarzt-HMG-Modell

Bei der Datenerhebung für den Risikostrukturausgleich sollen die Krankenkassen künftig auch zu den vertragsärztlichen Diagnosen zwischen Haus- und Fachärzten differenzieren, indem die Daten nach Arztnummer an das Bundesversicherungsamt

übermittelt werden sollen (§ 267 Absatz 2 SGB V GE). Damit soll laut Gesetzesbegründung die Grundlage für eine Überprüfung der Zuschläge für die haus- und fachärztliche Versorgung gelegt werden, um das Ausgleichsverfahren zu verbessern. In der Begründung wird nicht erläutert, worin die Verbesserung bestehen könnte. Die „Eckpunkte“ zu diesem Gesetz haben dazu ausgeführt, dass identische Diagnosen von Haus- und Fachärzten derzeit zu gleichen Zuschlägen führten, obwohl die hausärztliche Versorgung bei vielen Krankheiten in der Regel zu niedrigeren Ausgaben führt. Die Einführung einer Hausarzt-HMG könne diese unterschiedlichen Kostenstrukturen in Zukunft berücksichtigen, indem Zuschläge in Abhängigkeit davon bezahlt werden, ob eine Diagnose vom Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Dazu müsse zunächst eine entsprechende Datengrundlage geschaffen werden, was mit § 267 Absatz 2 Satz 2 erfolgt. Würden die Daten zu diesem Zweck genutzt, würde damit eine Schwächung der hausärztlichen Versorgung einhergehen, was von der BAGFW entschieden abgelehnt wird. Eine unterschiedliche Kostenstruktur ist daher vor dem Hintergrund der fachpolitisch gewollten Stärkung der hausärztlichen Versorgung zu akzeptieren.

Regionalkomponente (§ 266 Absatz 2 SGB V; § 2 Absatz 1 RSAV)

Die Zielsetzungen des Gesetzgebers mit der Einführung einer Regionalkomponente Marktkonzentrationsprozesse zu verhindern und Wettbewerbsnachteile abzuschaffen, werden begrüßt. Bei der Ausgestaltung der Regionalkomponente sollte hinsichtlich der Berücksichtigung des Angebotes das belgische RSA-System zum Vorbild genommen werden. Dieses verfolgt das Ziel, Kosten, die durch unterschiedliche Angebotsstrukturen entstehen, nicht auszugleichen.

Risikopool (§ 268 SGB V)

Die Einführung eines Risikopools wird durch die BAGFW begrüßt. Dieser trägt dazu bei, dass einer Risikoselektion gegenüber Versicherten entgegengewirkt wird. Es ist sachgerecht, dass Kosten, die über den Risikopool ausgeglichen werden, nicht mehr in die Berechnung der Zuweisungen des RSA einfließen.

Ergänzende Maßnahmen zur Manipulationsresistenz des RSA

Wir schließen uns der Einschätzung des Bundesrates an, dass die in 2017 mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz getroffenen Veränderungen zur Verhinderung von Manipulationen im selektivvertraglichen Bereich ausreichen. Die geplante Verschärfung, die eine Vertragsgestaltung mit Blick auf konkrete Diagnosen verhindern würde, birgt die Gefahr die Ausgestaltung von Selektivverträgen zu blockieren. Sachgerecht ist die Änderung in § 305a Satz1 SGB V GE, wonach die Beratungsaufgabe über Fragen der Wirtschaftlichkeit nunmehr allein den Kassenärztlichen Vereinigungen und nicht mehr den Krankenkassen obliegen soll. Die Gesetzesbegründung weist darauf hin, dass Krankenkassen in Einzelfällen trotz des gesetzlich bestehenden Verbots Vertragsärzt/innen zur Vergabe und Dokumentation bestimmter Diagnosen unter Berufung auf die nach § 305a SGB V mögliche Beratung angehalten haben.

Vertragstransparenzstelle (§ 293a SGB V)

Zurzeit ist der Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen monetären Wettbewerb bestimmt. Dies schadet der Versorgung. Es gilt Maßnahmen zu ergreifen, die den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen an der Qualität der Leistung ausrichten. Hierzu gilt es beim Aufbau der Vertragstransparenzstelle neben den Prüfungsbedarfen des Bundesversicherungsamtes die Informationsbedürfnisse der Versicherten in den Fokus zu rücken und weitere Informationen zu ergänzen. Wichtig ist darüber hinaus, dass die Informationen perspektivisch in das noch aufzubauende Nationale Gesundheitsportal integriert werden. Es gilt eine Vertragstransparenzstelle zu schaffen, die weitere besondere Versorgungsangebote transparent macht. Hierbei sind die folgenden Versorgungsangebote aufzunehmen:

- Angebote der spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V)
- Versorgungsangebote, die durch den Innovationsfonds gefördert werden
- Modellvorhaben gemäß § 63 und § 64 sowie Modellprojekte zur Prävention (§ 20g), zur Arzneimittelversorgung (§ 64a), zur Versorgung psychisch kranker Menschen (§ 64b), zum Screening auf 4MRGN (§ 64 c), zur Heilmittelversorgung (§ 64 d)

Es ist sicherzustellen, dass das Verzeichnis gemäß den Bedarfen der Versicherten ausgestaltet wird. Hierfür ist eine Suchfunktion einzurichten, die eine Suche nach Erkrankung, Ort, Leistungserbringer und Krankenkasse ermöglicht. Zur Ausgestaltung des Verzeichnisses gilt es Patientenvertreter (gemäß der Patientenbeteiligungsverordnung) zu beteiligen. Hierfür ist mehr Zeit für die Einrichtung der Transparenzstelle vorzusehen.
Es ist wichtig, dass das Verzeichnis weitere Informationen enthält, wie:

- Eine patientenverständliche Erläuterung der Diagnosen
- Kontaktdaten für Versicherte (bei Interesse an dem Vertrag)
- Beschreibung des Vertragsinhaltes, der über die Regelversorgung hinaus geht
- Einschlusskriterien, die über Diagnosen hinaus gehen

Der Gesetzgeber sollte die Chance ergreifen beim Aufbau der Vertragstransparenzstelle ebenfalls zentral eine Übersicht zu schaffen, die Versicherten einen Vergleich ermöglicht von:

- Satzungsleistungen der Kassen
- Bewilligungsquoten der Kassen

Änderungsbedarf:

(1) Das Bundesversicherungsamt richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach § 73b**, 92a, 116b,** ~~sowie~~ §140a (Vertragstransparenzstelle) **sowie über Modellvorhaben gemäß § 20g, § 63, § 64, § 64a, § 64b, § 64c und**

§ 64d ein. Die Vertragstransparenzstelle dient dem Zweck der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273**, der Orientierung von Patientinnen und Patienten** 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 vertragsschließenden 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 **Einschlusskriterien**. **Beinhalten die Einschlusskriterien** Diagnosen, **so sind diese verständlich darzustellen**,
6. Die Vertragsnummer nach Satz 4
7. **Die Versorgungsinhalte, die über die Regelversorgung hinaus gehen** 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. **Eine Suchfunktion nach Erkrankung, Ort und Krankenkasse ist bereit zu stellen.** Die erstmalige Veröffentlichung erfolgt bis spätestens zum … [einsetzen: letzter Tag des ~~fünften~~ **neunten** auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats].

(2) Die Vertragstransparenzstelle bestimmt **im Benehmen mit den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen gemäß § 140f** bis zum … [einsetzen: letzter Tag des ~~dritten~~ **sechsten** aus 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
5. **Die Integration der Daten der Kassentransparenzstelle gemäß § 293b**

(3) Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle auf Anforderung spätestens bis zum … [einsetzen: letzter Tag des ~~vierten~~ **siebten** 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 und 5 und **§ 293b** zu übermitteln. (…)

Kassentransparenzstelle § 293b

(1) Das Bundesversicherungsamt richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Satzungsleistungen und Bewilligungsquoten der gesetzlichen Krankenkassen ein.

Förderung regionaler Versorgungsinnovationen – Stellungnahme Bundesrat (§ 68 c SGB V)

Der Bundesrat fordert als Ergänzung zu Artikel 5 als neue Nummer 3b die Einführung eines § 68c SGB V zur Förderung regionaler Versorgungsinnovationen. Danach sollen die Krankenkassen in Regionen, in denen eine Unterversorgung besteht oder droht oder ein besonderer Versorgungsbedarf besteht, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, zugelassenen Leistungserbringern sowie mit Anbietern von digitalen Anwendungen Versorgungsinnovationen vereinbaren. Als Beispiele benennt der Bundesrat den Aufbau und Betrieb von regionalen Gesundheitszentren oder integrierten Einrichtungen zur Kurzzeitpflege, die gemeinsam von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen betrieben werden. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstützen diese Forderung mit Nachdruck. Zu denken ist dabei auch an die Schaffung Integrierter Gesundheitszentren, in denen niedergelassene Ärzte und Pflegekräfte interprofessionell zur Verbesserung der Versorgungssituation zusammenarbeiten. Die Schließung von Vereinbarungen oder Verträgen zur Förderung regionaler Versorgungsinnovationen sollte dabei aber nicht gegebene oder drohende Unterversorgung voraussetzen.

Änderungsbedarf:

In § 68c soll in Satz 1 vor den Wörtern „eine ärztliche Unterversorgung“ das Wort „insbesondere“ eingefügt werden.

Artikel 7: Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes
Tarifsteigerungen in der Pflege (§ 8 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Die BAGFW begrüßt das Ziel, dass etwaige nicht refinanzierte Tarifsteigerungen in der krankenhäuslichen Pflege über einen Zuschlag ausgeglichen werden.
Wie wir jedoch schon im Zuge der Konzertierten Aktion Pflege kritisch angemerkt haben, weist das Pflege-Personalstärkungsgesetz (PpSG) ein Ungleichgewicht zwischen den Maßnahmen zur Personalverbesserung in der Altenpflege, der häuslichen Krankenpflege und denen im Krankenhaus auf. Im Krankenhaus wird z.B. jede zusätzliche Stelle in der Pflege finanziert. In stationären Pflegeeinrichtungen werden dem Verteilungsschlüssel nach § 8 Abs. 6 SGB XI entsprechend lediglich 0,5 bis 2 Pflegestellen refinanziert. Ambulante Pflegedienste und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind völlig unberücksichtigt. Mit der vorgeschlagenen Refinanzierung bei Tarifsteigerungen im Krankenhaus setzt sich diese Ungleichheit fort. Hier werden weitere Voraussetzungen geschaffen, die eine Abwanderung von Pflegepersonal in die Krankenhäuser begünstigen. Deshalb ist aus unserer Sicht eine Finanzierungsregelung analog des Ausgleichs für Tarifsteigerungen im Krankenhaus auch

für Einrichtungen der Langzeitpflege sowie für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erforderlich.

Zur Finanzierung der Tarifsteigerungen innerhalb der pflegerischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses schlagen wir eine Auflösung oder Umwidmung des Pflegevorsorgefonds vor. Der Fonds verfügt mit 3,7 Mrd. € über ausreichende Mittel, um die Zusatzkosten für einen Umstellungszeitraum zu refinanzieren. So können tarifliche Steigerungen bzw. Steigerung tarifähnlicher Bezahlung vollständig refinanziert werden

Berlin, 12.12.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:
Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)
Verena Holtz (gesundheit@paritaet.org)

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(16.1)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Bundestagsdrucksache 19/15662

12.12.2019

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen 3
Fairer Wettbewerb in der GKV 3
Strukturen des GKV-Spitzenverbandes 5
Kommentierung 7
Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 7
§ 156 SGB V– Vereinigung auf Antrag 7
§ 166 SGB V – Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung und Schließung 7
Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 9
§ 217b Absätze 4 bis 6 SGB V: Organe 9
Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 14
§ 217c Absätze 1 bis 5 SGB V: Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung 14
Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 16
§ 260 SGB V: Betriebsmittel 16
§ 266 SGB V: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) 19
§ 267 SGB V: Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs 21
Zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) 22
§ 15 RSAV: Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme 22
Zu Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) 24
§ 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (Berechnung der Entgelte) 24
Fachfremde Änderungsanträge 25

Grundsätzliche Anmerkungen

Ein wesentliches Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfs ist es, die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen in der Kassenlandschaft dauerhaft zu beseitigen. Dazu soll der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weiterentwickelt und parallel die wettbewerblichen Rahmenbedingungen durch eine Modernisierung des Organisationsrechts und Anpassung an die Erfordernisse einer solidarischen und fairen Wettbewerbsordnung verändert werden. Das Ziel der Stärkung eines fairen Kassenwettbewerbs unterstützen die Innungskrankenkassen ausdrücklich. Dies entspricht der Zusage im Koalitionsvertrag, wonach der Morbi-RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterentwickelt und vor Manipulationen geschützt werden soll. Das Gesamtpaket der angedachten Änderungen zum Morbi-RSA inklusive der als Manipulationsbremse angedachten Maßnahmen ist grundsätzlich geeignet, die jahrelangen Diskussionen zu befrieden. Allerdings wird erst die Zeit zeigen, ob der vom Gesetzgeber im Bereich der Aufsicht eingeschlagenen Weg, tatsächlich Wirkung zeigt.

Systemfremd und in ihrer Begründung und Zielsetzung nicht nachvollziehbar bleiben hingegen die Regelungsbestandteile, welche die Neuorganisation der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes betreffen. Diese Neuregelungen werden von den Innungskrankenkassen in der vorliegenden Form abgelehnt, da sie das erfolgreiche und bewährte System der sozialen Selbstverwaltung stark beeinträchtigen und erneut einen massiven Eingriff in die Rechte der Selbstverwaltung darstellen.

Fairer Wettbewerb in der GKV

Bereits seit Jahren fordern die Innungskrankenkassen die Reform des Morbi-RSA. Aus Sicht der Innungskrankenkassen muss eine Weiterentwicklung dabei insbesondere gleiche Wettbewerbschancen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen sicherstellen, Manipulationsresistenz gewährleisten, Über- und Unterdeckungen des Morbi-RSA reduzieren, Präventionsanreize setzen sowie die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen abbauen.

Die Kombination aller im Gesetzentwurf enthaltenen Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA erfüllen aus Sicht der Innungskrankenkassen grundsätzlich die oben gestellten Anforderungen und werden daher als Gesamtpaket begrüßt.

Die Innungskrankenkassen unterstützen dabei ausdrücklich die Stärkung der Präventionsanreize im Morbi-RSA. Die geplante Vorsorgepauschale ist ein richtiger Schritt, um Prävention für Krankenkassen auch finanziell attraktiver zu machen und die derzeit bestehenden Barrieren , Präventionsmaßnahmen durchzuführen, abzubauen. Jedoch werden ausschließlich Kosten für ausgewählte Maßnahmen der Primärprävention, konkret

zur Früherkennung von Krankheiten, und im Rahmen von Impfprogrammen, ausgeglichen, während Maßnahmen zur individuellen Krankheitsvermeidung unberücksichtigt bleiben. Gerade hier sollte der Gesetzgeber einen zusätzlichen Anreiz schaffen, da ansonsten die Bestrebungen der Krankenkassen, in individuelle Gesundheitsförderung zu investieren, konterkariert werden – beispielsweise durch eine Begrenzung der pauschalen Zuweisungen für Präventionsleistungen auf die tatsächlich getätigten Ausgaben in diesem Bereich.

Der geplanten Einführung eines Krankheits-Vollmodells stehen die Innungskrankenkassen wegen der Gefahr der ungerechtfertigten Ausweitungen der dokumentierten Morbidität immer noch skeptisch gegenüber. Es ist aber zu begrüßen, dass der Gesetzgeber diese Bedenken offenbar teilt und mithilfe von Einzelmaßnahmen eine Manipulationsbremse einführt, die eben jene Morbiditätsausweitung verhindern soll. Gleichzeitig fordern die Innungskrankenkassen, dass bereits vorgenommene ungerechtfertigte Morbiditätsausweitungen rückwirkend unter Anwendung der Neuregelung finanzwirksam korrigiert werden. Eine funktionierende Begrenzung von ungerechtfertigten Ausweitungen der dokumentierten Morbidität ist zwingende Voraussetzung für die Umsetzung eines Krankheits-Vollmodells.

Bedingt durch die massive Verzögerung in der Gesetzgebung werden die geplanten Änderungen auch aufgrund der neu hinzukommenden Datenlieferungen frühestens zur Korrektur des Jahresausgleichs 2021 und damit erst Ende 2023 umfassend liquiditätswirksam werden. Die vom Gesetzgeber beschriebenen Wettbewerbsverzerrungen, die das Gesetz beheben will, bleiben bis dahin aber weiter bestehen. Dies haben die Zahlen des Schlussausgleichs für 2018 noch einmal bestätigt. Die Innungskrankenkassen fordern daher, mit einer schnellen Übergangslösung für gleiche Bedingungen zu sorgen. Eine Möglichkeit hierfür wäre eine Begrenzung der Über- und Unterdeckungen nach dem Vorbild der Krankengeldzuweisungen, bzw. eine Überführung der zum Jahreswechsel 2021/2022 überschießenden Vermögen in den Gesundheitsfonds. Damit könnten die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen bis zum Wirksamwerden der Morbi-RSA Reform ohne großen Aufwand korrigiert werden.

Organisationsrecht der Krankenkassen

Die wettbewerbsverzerrenden Unterschiede zwischen dem Agieren von Landesaufsichten und dem Bundesversicherungsamt (BVA) versucht der Gesetzgeber mit verschiedenen Einzelmaßnahmen aufzulösen. Jedoch lässt sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht mit Sicherheit sagen, ob das Maßnahmenpaket tatsächlich zu der benötigten und von den Innungskrankenkassen eingeforderten Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis beiträgt. Mit Sorge sehen die Innungskrankenkassen das Bemühen seitens der Länder, an diesem

Punkt Veränderungen herbeizuführen und begrüßen, dass die Bundesregierung dem Ansinnen der Länder in diesem Punkt nicht gefolgt ist.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Auflösung der Haftungsverbünde bewerten die Innungskrankenkassen auch im Kontext mit der angedachten Möglichkeit der zwangsweisen „Vereinigung auf Antrag“ durch das Bundesgesundheitsministerium kritisch.

Bei einer Auflösung der Haftungsverbünde wird die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sich Kassen im eigenen Kassenlager weiter unterstützen und durch freiwillige Fusionen Insolvenzen/Kassenschließungen vorgebeugt wird. Die Innungskrankenkassen haben in der Vergangenheit bewiesen, dass mit diesem Instrument verantwortungsvoll umgegangen werden kann. So wurden aus über hundert Innungskranken per Fusion nunmehr sechs.

Es darf nicht aus den Augen verloren werden, dass ein Wettbewerb auch Anbietervielfalt voraussetzt. Die Innungskrankenkassen setzen sich explizit für ein gegliedertes, regionales Krankenkassensystem und die Erhaltung der Kassenarten ein und lehnen die Regelungen daher ab. Die aus den Neuregelungen ablesbare, forcierte Entwicklung hin zu einer Einheitskasse steht dem diametral entgegen und kann auch nicht damit erklärt werden, die historisch bedingten Sonderregelungen im Organisationsrecht der Kassen für die Herstellung eines gestärkten, fairen Wettbewerbs abzuschaffen. Statt die Zwangsfusion-Regel auf alle bundesweiten Kassen auszuweiten, sollte diese Regelung gestrichen werden.

Strukturen des GKV-Spitzenverbandes

Die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung sind die tragenden Säulen der deutschen Sozialversicherung. Dies gilt naturgemäß auch für den GKV-Spitzenverband, wo in einem ausgeglichen Verhältnis die ehrenamtlichen Selbstverwalter für eine patienten- und versichertenorientierte, verantwortliche sowie insbesondere praxisnahe Gestaltung des Gesundheitswesens sorgen. Ihr gemeinschaftliches Wirken trägt in erheblichen Maße dazu bei, den sozialen Frieden zu sichern.

Die Innungskrankenkassen lehnen daher die im Gesetzentwurf vorgesehenen Neuregelungen zur Organisationstruktur des GKV-Spitzenverbandes – wie den Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) und die Verkleinerung des Verwaltungsrates – ab.

Der Gesetzesentwurf verzichtet zwar auf die noch im Referentenentwurf vorgesehene Regelung, wonach der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes künftig aus hauptamtlichen Vorständen der Krankenkassen gebildet werden soll. Doch auch die neuen Regelungen führen zu einem Paradigmenwechsel innerhalb des Selbstverwaltungssystems und bergen erhebliche Risiken in sich.

Die Intention des Gesetzgebers bei der Schaffung des GKV-Spitzenverbandes war es, für den allgemein-verbindlichen, nicht-wettbewerblichen Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst sachgerechte und zügige Entscheidungen im Interesse des Gesamtsystems zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband hat diesen Anspruch bisher erkennbar überzeugend erfüllt. Die vorgesehene Neuregelung führt dazu, dass die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes auf der wettbewerblichen und nicht-wettbewerblichen Ebene wie auch auf der operativen und der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt sind – letztlich wird sogar ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert. Damit ist ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-Spitzenverbandes nicht mehr durchgängig gewährleistet. Dabei sollten es doch in erster Linie die durch die Sozialwahl bestimmten Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber sein, die über grundsätzliche Versorgungsfragen entscheiden. Eine Verschiebung dieser Aufgabe auf das hauptamtliche Gremium LKA würde mit einer weiteren Schwächung der Selbstverwaltung einhergehen. Die vorgesehene Neuregelung ist daher in dieser Form abzulehnen.

Die mit der Neuregelung zudem angestrebte Reduzierung der Sitze des Verwaltungsrates von 52 auf 40 verhindert eine adäquate Abbildung der Interessen aller Mitgliedskassen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Der Verwaltungsrat muss daher weiterhin aus 52 Mitgliedern bestehen. Die bestmögliche Anpassung der Sitz- und Stimmenverteilung an die Versichertenproporze nach der Statistik KM 1 im Verwaltungsrat ist laut den im Gesetz vorgegebenen Kriterien nur mit 52 Sitzen zu gewährleisten. In dem Kontext der Neureglung ist es zudem für die Innungskrankenkassen nicht nachvollziehbar, dass der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, auch nach wiederhergestellter paritätischer Finanzierung des Beitragssatzes durch Arbeitgeber und Versicherte, nicht paritätisch besetzt und stattdessen an einer “virtuellen” Parität mittels unterschiedlich gewichteter Stimmrechte festgehalten wird.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfs. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 156 SGB V– Vereinigung auf Antrag
§ 166 SGB V – Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung und Schließung

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die Abschaffung der Primärhaftung durch die jeweils betroffene Kassenart ab. Bei einer Auflösung der Haftungsverbünde wird die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sich Kassen im eigenen Kassenlager weiter unterstützen und durch freiwillige Fusionen Insolvenzen/Kassenschließungen vorgebeugt wird.

Mit der zusätzlichen Ausweitung der Möglichkeit zur zwanghaften Fusion per Rechtsverordnung einzelner Krankenkassen innerhalb einer Kassenart und damit auch auf die Innungskrankenkassen gibt sich das Bundesgesundheitsministerium die Option, Fusionen per Rechtsverordnung auf der Bundesebene anzuordnen. Dies geschieht, weil, wie oben beschrieben, die Wahrscheinlichkeit für freiwillige Fusionen durch die Auflösung der Haftungsverbünde eingeschränkt würde.

Die Innungskrankenkassen lehnen die Ausweitung der Möglichkeit zur zwangsweisen Fusion per Rechtsverordnung einzelner Krankenkassen innerhalb einer Kassenart ab.

Sie steht konträr zur zuvor beschriebenen Auflösung der Haftungsverbünde und lässt sich nur dadurch erklären, dass sich das Ministerium mehr Spielraum bei der Re-Strukturierung der Gesetzlichen Krankenversicherung einräumen möchte und stärker zu einer Vereinheitlichung des Systems beitragen möchte.

Bei einer Auflösung der Haftungsverbünde wird die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sich Kassen im eigenen Kassenlager weiter unterstützen und durch freiwillige Fusionen Insolvenzen/Kassenschließungen vorgebeugt wird. Die Innungskrankenkassen haben in der Vergangenheit bewiesen, dass mit diesem Instrument verantwortungsvoll umgegangen werden kann. So wurden aus über hundert Innungskranken per Fusion nunmehr sechs.

Es darf nicht aus den Augen verloren werden, dass ein Wettbewerb auch Anbietervielfalt voraussetzt. Die aus den Neuregelungen ablesbare, forcierte Entwicklung hin zu einer Einheitskasse steht dem diametral entgegen. Die Innungskrankenkassen setzen sich explizit für ein gegliedertes, regionales Krankenkassensystem und die Erhaltung der Kassenarten ein und lehnen die Regelungen daher ab.

Die Innungskrankenkassen fordern zudem im Zuge der angestrebten Rechtsbereinigung, die Option der Fusion auf Antrag per Rechtsverordnung grundsätzlich entfallen zu lassen, und zwar auch für die Ersatz- und Betriebskrankenkassen, da der ursprüngliche Normzweck (Anpassung der Organisationsstrukturen an Veränderungen in der wettbewerbsorientierten Krankenversicherung, Beitragsgerechtigkeit, Abbau Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen) sich in Zeiten durchschnittlicher Zusatzbeiträge nach Einschätzung der Innungskrankenkassen überlebt hat.

Änderungsvorschlag

§ 156 SGB V ist zu streichen.

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 217b Absätze 4 bis 6 SGB V: Organe

Beabsichtigte Neuregelung

Beim GKV-Spitzenverband soll als zusätzliches gesetzliches Organ ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) gebildet werden:

- Der LKA soll sich zusammensetzen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Knappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkasse (insgesamt 10 Mitglieder).
- Die Mitglieder des LKA werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund gewählt; ihr Stimmenanteil bemisst sich nach den Versichertenzahlen der Mitgliedskassen ihrer Kassenarten.
- Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen bedürfen der Zustimmung des LKA. Der LKA kann alleine keine verbindlichen Entscheidungen treffen.
- Der LKA kann im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten. In einer Geschäftsordnung kann er das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat regeln.
- Der LKA kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. Fordert der Verwaltungsrat mit der Mehrheit seiner Stimmen eine Stellungnahme des LKA an, muss der LKA die angeforderte Stellungnahme abgeben. Mitglieder des LKA sind berechtigt, an nicht-öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilzunehmen.

Bewertung

Die vorgesehene Neuregelung führt zu einer erheblichen Kompetenzeinschränkung der bestehenden Organe Verwaltungsrat und Vorstand:

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

stößt dieser Vorschlag bei den Spitzenorganisationen der Sozialpartner, insbesondere DGB und BDA, ebenso auf berechtigte Kritik und Ablehnung, wie bereits die im Referentenentwurf formulierten Vorschläge zur gänzlichen Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband. Im Ergebnis führen diese Änderungen dazu, dass

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

Verwaltungsrat

Durch die Etablierung eines mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten LKA wird der durch die Sozialwahl legitimierte, von den Sozialpartnern paritätisch getragene Verwaltungsrat in seinen Befugnissen erheblich eingeschränkt.

Nach geltendem Recht hat der Verwaltungsrat den Vorstand zu überwachen und alle Entscheidungen zu treffen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind (§§ 197, 217b Absatz 1 Satz 3 SGB V). Dies bedeutet, dass der Verwaltungsrat mit seinen Entscheidungen Vorgaben/Leitplanken für das operative Handeln des Vorstands setzt. Diese klare Kompetenzzuweisung steht im Widerspruch zu der vorgeschlagenen Kompetenz des LKA, wonach dieser allen „versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbaren Entscheidungen“ zustimmen muss. Im Ergebnis kann der LKA Entscheidungen des Verwaltungsrates von grundsätzlicher Bedeutung im Verhältnis zum Vorstand jederzeit blockieren.

Es erschließt sich nicht, warum keine Teilnahme der Vorsitzenden des Verwaltungsrates an den Sitzungen des LKA vorgesehen ist.

Vorstand

Der Vorstand hat nach geltendem Recht den Spitzenverband zu verwalten und umfassend gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten (siehe § 217b Absatz 2 Satz 4 SGB

V). Der Vorstand hat damit eigenständig das gesamte operative Geschäft des Verbandes zu verantworten. Durch die vorgesehene Neuregelung wird die Gestaltungskompetenz des Vorstands wesentlich eingeengt. Das in § 217b Absatz 5 Satz 1 n.F. vorgesehene Zustimmungserfordernis ist derart umfassend („sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbaren Entscheidungen"), dass – bei stringenter, umfassender Übernahme der Beteiligungsmöglichkeiten durch den LKA - bedeutend weniger Raum bleibt für eigenständige, verantwortungsbewusst abgewogene Entscheidungen des Vorstands. Die Kernaufgabe des Vorstands, die verantwortliche Führung des operativen Geschäfts, wird wesentlich eingeschränkt.

Dieser Bewertung steht nicht entgegen, dass der LKA im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten kann oder in einer Geschäftsordnung das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung festlegen und damit auch seine Beteiligungsrechte begrenzen könnte. Denn über die Geschäftsordnung bestimmt der LKA selbst, wenn auch im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat.

Wettbewerbsperspektive im LKA

Mit dem LKA werden die Vorstandsmitglieder von Krankenkassen in der Governance-Struktur des GKV-Spitzenverbandes verankert, die aufgrund ihrer gesetzlichen Aufgaben primär im Blick haben müssen, ihre jeweiligen Versicherungsträger im Sinne ihrer Mitglieder im Wettbewerb der Krankenkassen erfolgreich auszurichten. Naturgemäß wird ihre Arbeit am Erfolg ihrer jeweiligen Krankenkasse (Mitgliederentwicklung, finanzielle Stabilität) gemessen; entsprechend haben sie im Ergebnis wettbewerbliche Interessen zu verfolgen. Diese Interessenlagen können aber innerhalb der Krankenkassenlandschaft (Kassenarten) naturgemäß voneinander abweichen. Die Hervorhebung der Wettbewerbsperspektive mit der Etablierung des LKA birgt daher die Gefahr, dass bei Entscheidungen, die für die Gesamtheit des GKV-Systems von wesentlicher Bedeutung sind, Verzögerungen und Blockaden wahrscheinlicher werden.

Rechtsnormen nicht klar und widerspruchsfrei

Der Gesetzgeber ist grundsätzlich gehalten, Gesetzesnormen entsprechend des Grundsatzes der Normenklarheit zu setzen. Die vorliegende Regelung widerspricht diesem Grundsatz. Die Reglung in § 217b Absatz 5 Satz 1 n.F. stellt keine klare, abgrenzbare Aufgabenzuweisung an den LKA dar. Die gewählte Formulierung lässt eine unbeschränkte Ausdehnung des Vetorechts des LKA auf Entscheidungen des Vorstandes (und mittelbar auch des Verwaltungsrates) zu. Eine Abgrenzung der vom Verwaltungsrat zu treffenden Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung (§ 197 Absatz 1 Nummer

1b SGB V) von den in § 217b Absatz 5 Satz 1 SGB V n.F. genannten „versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen“ ist schwerlich möglich.

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

Änderungsvorschlag

Streichen der Regelung.

Hilfsweise:

Änderung von § 217b Absätze 4 bis 6 SGB V wie folgt:

„(4) 1 *Der Verwaltungsrat bildet zur Beratung des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss.* 2 Die Amtsdauer entspricht derjenigen des Vorstandes. 3 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. 4 Kann eine Besetzung nach den Vorgaben des Satz 2 nicht erfolgen, bleibt der entsprechende Sitz frei. 5 Dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss können zusätzlich je eine weitere Vertreterin oder ein weiterer Vertreter auf hauptamtlicher Vorstandsebene aus den Kassenarten der Orts-, Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen angehören. 6 Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewählt. 7 Der Stimmenanteil der Vertreter der Kassenart im Lenkungs- und Koordinierungsausschuss bemisst sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Mitgliedskassen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalen-

derjahres, in dem die neue Wahlperiode des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beginnt. 8 Der Stimmenanteil der Kassenart wird auf die Anzahl der Sitze verteilt. Kann ein Sitz nicht besetzt werden, entfällt dessen Stimmenanteil."

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

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

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 217c Absätze 1 bis 5 SGB V: Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung

Beabsichtigte Neuregelung

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes soll in der Größe und Zusammensetzung verändert werden. Die Regelung sieht vor, dass der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zukünftig aus 40 statt bisher 52 ehrenamtlichen Vertretern und Vertreterinnen der Verwaltungsräte der Krankenkassen gebildet wird. Die Vorschlagslisten für die Wahl des Verwaltungsrates haben mindestens 40 Prozent weibliche und 40 Prozent männliche Bewerberinnen und Bewerber zu enthalten.

Die Ausnahmeregelung für die Abweichung von der paritätischen Besetzung des Verwaltungsrates (Arbeitgeber- und Versichertenvertreter) für die Ersatzkassen bleibt bestehen.

Bewertung

Auch wenn der zunächst noch im Referentenentwurf angestrebte Systemwechsel und damit die Entmachtung der sozialen Selbstverwaltung ausbleibt, verhindert die vorgesehen Reduzierung der Sitze eine adäquate Abbildung der Interessen aller Mitgliedskassen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Der Verwaltungsrat muss daher weiterhin aus 52 Mitgliedern bestehen. Die bestmögliche Anpassung der Sitz- und Stimmenverteilung an die Versichertenproporze nach der Statistik KM 1 im Verwaltungsrat ist laut den im Gesetz weiterhin vorgegebenen Kriterien nur mit 52 Sitzen zu gewährleisten.

Es ist in diesem Kontext für die Innungskrankenkassen zudem nicht nachvollziehbar, dass der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, auch nach wiederhergestellter paritätischer Finanzierung des Beitragssatzes durch Arbeitgeber und Versicherte, nicht paritätisch besetzt ist. Immer noch werden für den Verwaltungsrat mehr Versichertenvertreter als Arbeitsgebervertreter benannt. Dieses Missverhältnis wird im Moment durch unterschiedlich gewichtete Stimmen ausgeglichen. Die Innungskrankenkassen fordern daher – wie für die Verwaltungsräte der neu zu konstituierende Medizinischen Dienste – die Parität von Versicherten- und Arbeitgebervertretern beim GKV-Spitzenverband herzustellen.

Änderungsvorschlag

Zu § 217c Absatz 1, 3, 4 und 5:
Die geplante Änderung ist zu streichen.

§ 217 c Absatz 2 wird wie folgt geändert:

„Die für die Krankenkassen einer Kassenart zu wählenden Mitglieder des Verwaltungsrates müssen jeweils zur Hälfte der Gruppe der Versicherten und der Gruppe der Arbeitgeber angehören. ~~Abweichend von Satz 1 ist für die Festlegung der Zahl der Arbeitgebervertreter, die für die Ersatzkassen zu wählen sind, deren Verwaltungsrat mit Arbeitgebervertretern besetzt ist, die Hälfte des Anteils der Versichertenzahlen dieser Ersatzkassen an den bundesweiten Versichertenzahlen aller Ersatzkassen zum 1. Januar des Kalenderjahres zu Grunde zu legen, in dem der Verwaltungsrat gewählt wird. Bei Abstimmungen des Verwaltungsrates sind die Stimmen zu gewichten, soweit dies erforderlich ist, um insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Versichertenvertretern und Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat herzustellen.~~ Die Verteilung der Sitze und die Gewichtung der Stimmen zwischen den Kassenarten haben zu einer größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart zu führen. Die Einzelheiten zur Sitzverteilung und Stimmengewichtung regelt die Satzung spätestens sechs Monate vor dem Ende der Amtsdauer des Verwaltungsrates. Die Satzung kann vorsehen, dass die Stimmenverteilung während einer Wahlperiode an die Entwicklung der Versichertenzahlen angepasst wird.“

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 260 SGB V: Betriebsmittel

Beabsichtigte Neuregelung

Laut GKV-Versichertenentlastungsgesetz wird die gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen, bestehend aus Betriebsmitteln einschließlich der Rücklagen, auf einen Höchstbetrag in Höhe des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse abgesenkt, wenn der Morbi-RSA bis 31. Dezember 2019 gesetzlich fortentwickelt wurde. Die Regelung greift nun bereits durch den Beschluss des Gesetzes im Bundeskabinett ab dem 1. Januar 2020.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnten bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum GKV-Versichertenentlastunggesetz die Absenkung der zulässigen Obergrenzen für Finanzvermögen und die mögliche Abführung der die Obergrenze übersteigenden Beträge an den Gesundheitsfonds ab.

Tatsächlich ermöglichte die hervorragende konjunkturelle Ausnahmesituation der jüngsten Vergangenheit und die durch die meist jungen und gesunden Neuzugänge gedämpften Ausgabenzuwächse in den letzten Jahren GKV-weite Beitragssatzsenkungen. Langfristig, dies haben bereits die diesjährigen Ergebnisse des Schätzerkreises gezeigt, werden die Ausgaben der GKV wieder stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Der fallende ifo-Index, aber auch die gesenkte Konjunkturprognose der Bundesregierung deuten bereits auf ein Ende des Wirtschaftsaufschwungs hin. Auf der Ausgabenseite haben bereits beschlossene Gesetze ihre Wirkung noch nicht vollends entfaltet. Neue Vorhaben wie die Entlastung der Betriebsrenten, die Einführung digitaler Innovationen in den ersten Gesundheitsmarkt und die Subventionierung der Pflege verstärken den Druck auf die Ausgaben ebenso wie die fortschreitende demografische Alterung. Daher wurde der vom BMG Anfang November veröffentlichte durchschnittliche Zusatzbeitrag erstmal seit zwei Jahren wieder angehoben.

Die beabsichtigte kurzfristige Abschmelzung der Finanzreserven bietet Fehlanreize zu ungerechtfertigten Ausgabenanstiegen. Mögliche Zwangsabführungen von Vermögen an den Gesundheitsfonds verschärfen diese Anreize.

Auch bedarf es in der GKV keiner zusätzlichen Förderung des Preiswettbewerbs. Krankenkassen, die von ihren Mitgliedern höhere Beiträge erheben als nötig, leisten sich bewusst einen Wettbewerbsnachteil. Durch die beabsichtigten kurzfristigen Beitragssatz-

senkungen besonders vermögender Krankenkassen würden sich aber vor allem bestehende Marktkonzentrationen, wie in Sachsen und Thüringen, verstärken.

Die erst kürzlich wieder errungene Beitragssatzautonomie wird durch diese Regelung erneut außer Kraft gesetzt. Die Festlegung der Beitragssätze in einer Kasse erfolgt in einer paritätisch besetzten Selbstverwaltung, wie sie bei den Innungskrankenkassen besteht, unter Würdigung von verschiedenen externen wie internen Gründen. Entscheidungen fallen mit Blick auf finanzielle Risiken, die sich aus dem Wettbewerb und aus gesetzlichen Vorgaben geben können, wie mit Blick auf beabsichtigte Investitionen in Versorgungsverbesserungen.

Die beabsichtigte Einführung von Vermögensobergrenzen beseitigt aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht die Problemursache. Ursächlich für die unterschiedlich verteilten Vermögen in der GKV – und damit auch die sehr hohen Finanzreserven von einem Teil der Kassen – ist die ungerechte Verteilung der Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Hier besteht echter Handlungsdruck. Insofern begrüßen wir die Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Die Verknüpfung der Morbi-RSA-Reform mit der Einführung von Vermögensobergrenzen lehnen die Innungskrankenkassen aber ab, zumal die Morbi-RSA-Reform erst ein volles Jahr später, ab 2021 zu greifen beginnt und damit erst Ende 2023 umfassend finanzwirksam wird Dies läuft auch der Intention des Gesetzgebers entgegen, die Mitglieder der GKV zu entlasten, weil das „Übergangsjahr“ deutliche Unwirtschaftlichkeitsanreize setzt.

Als kurzfristige Übergangsregelung fordern die Innungskrankenkassen daher eine Halbierung der Über- und Unterdeckungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben im Morbi-RSA nach dem Vorbild der Zuweisungen für Krankengeldausgaben an. Darüber hinaus fordern die Innungskrankenkassen eine Abschmelzung der übersteigenden Betriebsmittel zu Gunsten des Gesundheitsfonds.

Grund dafür ist, dass eine wie auch immer geplante Reform des Morbi-RSA nicht von heute auf morgen umgesetzt werden wird. Da aber bereits jetzt die Schwere zwischen Über- und Unterdeckung immer weiter auseinander geht, ist ein Übergangsregelung zwingend notwendig, um einer insbesondere auch den Versicherten abträglichen Monopolisierung auf Kassenebene entgegenzuwirken und den dafür erforderlichen Wettbewerb zu erhalten.

Änderungsvorschlag

Zu § 260 SGB V, § 18 RSAV

§ 260 Absatz 2a wird gestrichen.

§ 260 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Übersteigen die nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 nach Ablauf des Jahres 2020 den nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 vorgegebenen Betrag, hat die Krankenkasse den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen.“

§ 18 n.F. (Jahresausgleich) RSAV

§ 18 n.F. Absatz 1 wird wie folgt ergänzt:

„Die Hälfte der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Ziffer 1 ist für das Ausgleichsjahr 2020 für jede Kasse auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkasse für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nach § 4 RSAV zu ermitteln.“

Folgeänderungen

§ 266 n.F. (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung)

§ 266 n.F. Absatz 11 wird wie folgt gefasst:

„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. *Für das Ausgleichsjahr 2020 wird das bestehende Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung standardisierter Leistungsausgaben nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Ziffer 1 um ein Verfahren ergänzt, das die tatsächlichen Leistungsausgaben anteilig berücksichtigt.* 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.“

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 266 SGB V: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe f

Im neuen Absatz 5 werden die beiden wesentlichen Zielvorgaben, die bei der konkreten Ausgestaltung des RSA-Verfahrens zu beachten sind, benannt.

Buchstabe j

Spätestens alle 4 Jahre sollen die Wirkungen des RSA durch den Wissenschaftlichen Beirat evaluiert werden, um auf Grundlage regelmäßig zu aktualisierender wissenschaftlicher Erkenntnisse die weitere Entwicklung des RSA beobachten und gegebenenfalls das Ausgleichsverfahren nachbessern zu können. Das BMG kann hierbei den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen.

Bewertung

Buchstabe f

Aus der Begründung zum allgemeinen Teil ergibt sich zum einen die grundsätzliche Aufgabe des RSA („Die zentrale Aufgabe des RSA ist dabei die Vermeidung von Risikoselektion als eine der Voraussetzungen für gleiche Wettbewerbsbedingungen.“ (S. 46)) sowie auch die für die Weiterentwicklung maßgebliche Zielsetzung („Der RSA wird weiterentwickelt mit dem Ziel der Stärkung fairer Wettbewerbsbedingungen, soweit diese durch den RSA bedingt sind.“ S. 47). Ein funktionsfähiger und fairer Wettbewerb sind demnach zentrale Ziele, die durch den RSA verfolgt werden. Eine Verankerung im Absatz 5 n.F. ist entsprechend angezeigt. Die explizite Nennung von Wettbewerb und Manipulationsresistenz als Untersuchungsinhalte der regelmäßigen Evaluation im neuen Absatz 10 allein ist hier nicht ausreichend, die vorgenommene Präzisierung wird von den Innungskrankenkassen als sachgerechte Klarstellung bewertet.

Buchstabe j

Der Risikostrukturausgleich ist eine wesentliche Säule für einen solidarischen Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine regelmäßige Evaluation seiner Wettbewerbswirkungen ist daher unerlässlich. Daher ist die vom Gesetzgeber beabsichtigte regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA grundsätzlich als ein Schritt in die richtige Richtung zu befürworten. Der Evaluationszeitraum von vier Jahren lässt allerdings wenig

Spielraum, im Falle von Fehlentwicklungen frühzeitig gesetzgeberisch gegenzusteuern. Zusätzlich sollte Kassen und Kassenverbänden eine Möglichkeit zur Anhörung beim BMG bezüglich der spezifischen Themenwahl eingeräumt werden

Änderungsvorschlag

Zu § 266 SGB V Buchstabe f

Absatz 5 n.F. ist um eine Nummer 3 zu erweitern:
„faire Wettbewerbsbedingungen ermöglichen“.

Zu § 266 SGB V Buchstabe j

Der neue Absatz 10 ist wie folgt zu fassen:
„*Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die Manipulationsresistenz 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 nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen.*“

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 267 SGB V: Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Beabsichtigte Neuregelung

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.

Bewertung

Als lernendes System unterliegt der Risikostrukturausgleich einer permanenten Weiterentwicklung. Krankenkassen sind aufgrund fehlender GKV-Daten nur eingeschränkt in der Lage, Gutachtervorschläge nachzuvollziehen und eigene Vorschläge zur Weiterentwicklung des Verfahrens einzubringen. Durch die Bereitstellung eines GKV-repräsentativen Forschungsdatensatzes wird die Transparenz über die Wirkungen von Reformvorschlägen erhöht und der Diskurs um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auf eine allgemein zugängliche, wissenschaftliche Basis gestellt.

Änderungsvorschlag

§ 267 Absatz 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

„*Für die Überprüfung der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs stellt das Bundesversicherungsamt den gesetzlichen Krankenkassen jedes Jahr bis zum 30. September rückwirkend ab dem Jahr 2019 einen Datensatz in Form einer kassenartenübergreifenden einfachen Zufallsstichprobe zur Verfügung. Zur Wahrung des Datenschutzes werden die Daten anonymisiert. Zum Schutz der Wettbewerbsinteressen der Krankenkassen wird die Zuordnung der Daten zu den einzelnen Krankenkassen eliminiert.*“

Der bisherige Absatz 7 wird zu Absatz 8.

Zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 15 RSAV: Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme

Beabsichtigte Neuregelung

Die Präventionsorientierung des RSA soll gestärkt werden, indem eine Pauschale für die Krankenkassen bei Teilnahme ihrer Versicherten an einer Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung eingeführt wird.

Bewertung

Mit der Vorsorgepauschale soll ein Anreiz für die Krankenkassen geschaffen werden, die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen durch ihre Versicherten zu fördern. Dieser positive Ansatz geht grundsätzlich in die richtige Richtung und entspricht einer langjährigen Forderung der Innungskrankenkassen. In einem von den Innungskrankenkassen in 2016 beauftragten Gutachten konnte empirisch nachgewiesen werden, dass Prävention grundsätzlich geeignet ist, Krankheitskosten zu senken. Allerdings zeigte das Gutachten auch, dass der RSA Prävention verhindert, weil der positive Effekt rückläufiger Leistungsausgaben sich durch entgangene Zuweisungen aus dem Finanzausgleich in einen Nachteil verwandelt.

Es besteht jedoch Anpassungsbedarf: Insbesondere ist nicht ersichtlich, wieso sich die Zahlung der Pauschale auf eine Vorsorgeleistung pro Jahr beschränken soll. Dies wird insbesondere bei der Kombination von Mutterschaftsvorsorge und Schutzimpfung deutlich. Für eine schwangere Versicherte, die im Laufe des Jahres an Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge teilnimmt, würde die Krankenkasse keine Ausgleichszahlung für eine Schutzimpfung erhalten. Dabei empfiehlt das Robert-Koch-Institut die Grippeschutzimpfung insbesondere bei Schwangeren. Auch bei Schutzimpfungen, die mehrere Behandlungen benötigen, ist nicht ersichtlich, wieso nur eine Behandlung durch die teilweise Gegenfinanzierung der Vorsorgepauschale gedeckt ist.

Die Innungskrankenkassen fordern daher die Beschränkung auf maximal eine Pauschale aufzuheben. Falls die Begründung dieser Einschränkung die Gefahr einer unbegründeten Mengenausweitung ist, so ist festzuhalten, dass die gegenwärtige Ausgestaltung sicherstellt, dass nicht die vollständigen Kosten der Präventionsleistung gedeckt werden und eine Mengenausweitung somit stets finanziell zu Lasten der Krankenkasse geht.

Es gibt aber auch einen zweiten Kritikpunkt an der Regelung: So werden ausschließlich Kosten für ausgewählte Maßnahmen der Primärprävention, also zur Früherkennung von Krankheiten, und im Rahmen von Impfprogrammen ausgeglichen, während Maßnahmen, auch zur individuellen Krankheitsvermeidung, unberücksichtigt bleiben. Gerade hier sollte der Gesetzgeber einen zusätzlichen Anreiz schaffen, da ansonsten die Bestrebungen der Krankenkassen, in individuelle Gesundheitsförderung zu investieren, konterkariert werden.

Die Innungskrankenkassen fordern weitergehend:

- Zukünftig sollten sich die kassenindividuellen Zuweisungen für Primärprävention an den realen Ausgaben der jeweiligen Kassen orientieren. Dies sollte in Form eines gedeckelten Ist-Kostenausgleichs geschehen. Solch ein Ausgleich stärkt die Präventionsanreize für die einzelnen Kassen nachhaltig, weil ausschließlich die Echtausgaben ausgeglichen werden und so Einschränkungen der Investitionen in Primärprävention keine Überschüsse mehr generieren.
- Gleichzeitig sollten alle morbiditätsorientierten Zuschläge um einen pauschalen Betrag je Versichertentag abgesenkt werden. Eine pauschale Absenkung würde Anreize zur Risikoselektion im Hinblick auf einzelne Krankheiten ausschließen, weil alle Krankheitszuschläge gleich behandelt würden.

Änderungsvorschlag

§ 15 Absatz 1 Satz 3 RSAV wird wie folgt gefasst:

„*Nimmt ein Versicherter in einem Ausgleichsjahr bei einer Krankenkasse mehrere Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach Satz 1 in Anspruch, erhält die Krankenkasse die Summe der Pauschalen für die einzelnen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen.“*

Zu Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (Berechnung der Entgelte)

Beabsichtigte Neuregelung

Nachträglich wurde der Gesetzesentwurf durch eine Regelung ergänzt, wonach bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung im 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 ist. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

Durch die Regelung soll ein pauschaler Ausgleich für mutmaßlich unterfinanzierte Tarifsteigerung im Pflegedienst für die Jahre 2018 und 2019 erfolgen.

Bewertung

Die geplante Regelung ist in Gänze abzulehnen.

Die geplante Regelung geht nicht konform mit dem System der Refinanzierung der Tarifentwicklung. Ein pauschaler Zuschlag – unabhängig von der tatsächlichen Kostenauswirkung und zusätzlich zu den bestehenden Refinanzierungsregelungen im KHEntgG (§ 9 Absatz1 iVm. § 10 Abatz.5 Satz 4) und der BPflV (§ 3 Absatz 4) – führt zu unberechtigten, systemfremden Zusatzausgaben.

Im Rahmen der bestehenden Gesetzgebung werden alle sachlich rechnerischen Tarifauswirkungen und die daraus entstehende Unterfinanzierungen durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ermittelt sowie der berechtigte Tarifausgleich vereinbart. Für die Jahre 2018 und 2019 laufen aktuell hierfür die entsprechenden Verhandlungen.

Im Übrigen besteht schon jetzt die berechtigte Befürchtung, dass es nicht bei einer Einmal-Zahlung bleiben wird. So hat die DKG schon jetzt Forderungen dahingehend erhoben, dass auch in den nächsten Jahren ein entsprechender Zuschlag erfolgen soll. Einem solchen Ansinnen gilt es schon an dieser Stelle klar und deutlich entgegenzutreten.

Änderungsvorschlag

Streichen der Regelung.

Fachfremde Änderungsanträge

Änderungsanträge zum Thema „Lieferengpässen in der Arzneimittelversorgung“.

Die Vorschläge zur Erhöhung der Transparenz werden vollumfänglich mitgetragen. Einschnitte in Bezug auf das Rabattsystem sind nicht angezeigt.

Das BfArM hat noch zum 23. November 291 Meldungen über Lieferengpässe bei circa 150.000 verfügbaren Arzneimitteln in Deutschland erfasst. Grundlage der Angaben sind die beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldeten Lieferunfähigkeiten, die von den Pharmaherstellern bisher noch auf freiwilliger Basis gemeldet werden. Die Erhöhung der Transparenz über die Liefersituation ist wichtig, auch wenn nicht alle Lieferprobleme gleich ein Versorgungsproblem darstellen. Zu Unrecht wird in der Öffentlichkeit der Eindruck erweckt, dass das Rabattvertragswesen zu den Lieferengpässen führt. Fest steht vielmehr, dass in keiner der oben genannten Lieferengpass-Konstellationen ein Rabattvertrag ursächlich war.

Davon ungeachtet können in Fällen von Lieferproblemen in der Regel alternative Arzneimittel abgegeben werden, denn die Rabattverträge beziehen sich auf generisch verfügbare Wirkstoffe. Insbesondere hier greift die Abgabereihenfolge nach Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V. Dies verhindert, dass Lieferengpässe zu Versorgungsengpässen führen. Die alternative Abgabe ist seit langer Zeit geregelt. So bestehen funktionierende Reglungen für eine weiterhin wirtschaftliche Versorgung, in übrigen auch in Akutfällen. Rabattverträge sind nicht die Ursache der Lieferengpässe bei Medikamenten.

Im Übrigen sehen die Innungskrankenkassen in Rabattverträgen gerade die Chance, im Sinne der Patienten und Versicherten dem Problem zu begegnen, indem bei Ausschreibungen verpflichtend Preis- und Qualitätsaspekte berücksichtigt werden, etwa Vorgaben für eine doppelte Lieferabsicherung entlang der gesamten Produktionskette. Dafür müssen die Vergabevorschriften nicht geändert werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(16.2)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln

(Drucksache 19/9565)

12.12.2019

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Grundsätzliche Anmerkungen

Ziel des vorliegenden Antrags ist es, durch eine bessere Qualitätstransparenz für Versicherte eine bessere Versorgungs- und Servicequalität zu gewährleisten und Krankenkassen besser miteinander vergleichbar zu machen.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen wird der Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung zurzeit durch verschiedene Maßnahmen der Bundesregierung einseitig durch die Höhe der Zusatzbeiträge angetrieben. Krankenkassen, die von ihren Mitgliedern höhere Beiträge erheben, um einen besseren Service zu gewährleisten oder innovative Versorgungsleistungen zu ermöglichen, leisten sich einen Wettbewerbsnachteil. Der gegenwärtige Preiswettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung führt zu einer Abwärtsspirale in Bezug auf Leistung und Qualität, denn der Preisdruck wird von den Kassen an die Leistungserbringer weitgereicht. Es besteht die Gefahr, dass wirtschaftlich und qualitativ hochwertige Versorgung nicht mehr für die Versicherten bereitgestellt werden kann und die Versorgungsqualität eingeschränkt wird.

In diesem Zusammenhang kritisieren die Innungskrankenkassen, dass der Morbi-RSA bei den Zuweisungen nicht die Qualität der Versorgung berücksichtigt. Kassen, die dafür Sorge tragen, dass die Patienten in Folge einer besseren Versorgung schneller wieder gesund werden oder über gezielte Präventionsangebote dafür Sorge tragen, dass einer Erkrankung vorgebeugt wird, erhalten perspektivisch weniger Zuweisungen. Eine bloße Darstellung von Statistiken, wie die Quote der Ablehnung von Leistungen, hat jedoch keine nennenswerte Aussagekraft. Erst ergänzende Ausführungen zu Service, Kundenbetreuung, Erreichbarkeit, Informationsangebot etc. können die notwendige Qualität in der Versorgung der Versicherten abbilden.

Es sind Qualitäts-Parameter für einen verbraucherorientierten Kassenwettbewerb einzuführen, um die Qualität der Versorgung der einzelnen Krankenkassen transparent werden zu lassen. Eine Transparenz-Verpflichtung für alle Krankenkassen zu Qualitäts- und Leistungskennziffern kann nur auf Basis einer einheitlichen und vergleichbaren Datenbasis geschaffen werden.

Die Forderung nach einem Vergleich der Versorgungsleistungen und -qualität, wie im Antrag dargestellt, wird daher von den Innungskrankenkassen begrüßt. Die Innungskrankenkassen unterstützen in diesem Zusammenhang auch den Gutachtenauftrag an den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(17)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

FAIRER-KASSENWETTBEWERB-GESETZ - GKV-FKG

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG FÜR EINEN FAIREN KASSENWETTBEWERB IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG VOM 09.10.2019

12. DEZEMBER 2019

INHALT

VORBEMERKUNG 3

ZU DEN REGELUNGEN DES GESETZENTWURFES IM EINZELNEN 4

Zu Artikel 4 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 4

§ 4a SGB V - Maßnahmen zur Regelung und Begrenzung der Werbemaßnahmen von Krankenkassen 4

§ 73b, § 83 Satz 4 sowie § 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V - Regelungen zur Beseitigung von missbräuchlichen Kodier-Anreizen 4

Neu gefasster § 87a Absatz 5 Satz 11 – Dauerhafte Bereinigung jeglicher Kodiereffekte bei der Berechnung der Veränderungsraten 4

Neuer § 87a Absatz 5a SGB V – Bericht über die Veränderung der Behandlungsdiagnosen 5

§ 160 ff SGB V - Insolvenzregelungen 6

§ 266 Absatz 2 und Absatz 8 SGB V - Einführung regionale Merkmale, Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell) und Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten 6

§ 267 Absatz 2 SGB V - Zusätzliche Datenfeldmeldungen (Erwerbsminderung bzw. Arztnummer) 7

§ 268 SGB V - Einführung Risikopool für Hochkostenfälle 7

§ 270 Absatz 3 SGB V - Förderung Prävention aus RSA-Mitteln 8

§ 273 SGB V - Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich 8

§ 302 Absatz 2 – Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer 8

Zu Artikel 5 – Änderung der Risikostrukturausgleichverordnung (RSAV) 10

§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV - Einführung regionaler Merkmale 10

§ 30 Absatz 1 RSAV - Zusätzliche Datenfeldmeldungen (Arztnummer) 10

§ 31 Absatz 1 RSAV - Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell) 11

§ 31 Absatz 2 RSAV - Wissenschaftlicher Beirat 11

§ 31 Absatz 4 Nummer 5 RSAV - Einführung regionale Merkmale 11

§ 37a RSAV - Einführung Risikopool für Hochkostenfälle 11

§ 38 Absatz 1 RSAV - Stärkung von Präventionsanreizen 12

§ 41 Absatz 1a RSAV - Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten 12

Weiterer Änderungsvorschlag zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 13

§ 87a Absatz 4 SGBV – Anpassungen der Vergütung bei Anpassung der Bedarfsplanung 13

VORBEMERKUNG

Neben der Reform des Risikostrukturausgleiches, von dem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mittelbar betroffen ist, enthält der Gesetzentwurf eine Reihe von Regelungen, die direkte und indirekte Wirkungen auf die Funktion des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-System) entfalten.

Der Gesetzentwurf ändert den § 87a Absatz 5 Satz 11 SGB V dahingehend, dass die Veränderungsraten nunmehr dauerhaft um Kodiereffekte zu bereinigen sind, die nicht nur in den drei Jahren nach Einführung der verbindlichen Kodierregeln entstehen und öffnet die Bereinigung somit um weitere, nicht genauer definierte Kodiereffekte. Weiter ist ein neuer Absatz 5a vorgesehen, der den Bewertungsausschuss dazu verpflichtet jährlich über die Veränderungen einzelner Behandlungsdiagnosen und deren Einfluss auf die Veränderungsrate je Kassenärztlicher Vereinigung zu berichten. Eine Berechnung des Beitrags einzelner Behandlungsdiagnosen auf die Veränderungsraten ist aufgrund des dazwischen geschalteten Modells mit Hierarchisierung und Komprimierung weder sinnvoll möglich noch zielführend.

Es wird ein Rechtsanspruch für die Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen, Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer von Rechenzentren zu erhalten, um sie für Beratungen der Vertragsärztinnen und -ärzte zur Wirtschaftlichkeit der von ihnen verordneten Leistungen nutzen zu können. Die Verpflichtung der Rechenzentren zur Übermittlung der Abrechnungsdaten auf Anforderung an die Kassenärztlichen Vereinigungen wurde von der KBV bereits seit einigen Jahren gefordert und wird daher ausdrücklich begrüßt. Zur Erfüllung ihrer Beratungspflicht benötigen die Kassenärztlichen Vereinigungen eine valide Datengrundlage, die durch eine Erweiterung der Datenlieferungen durch die Krankenkassen noch zu verbessern ist.

ZU DEN REGELUNGEN DES GESETZENTWURFES IM EINZELNEN

ZU ARTIKEL 4 – ÄNDERUNGEN DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

§ 4a SGB V - Maßnahmen zur Regelung und Begrenzung der Werbemaßnahmen von Krankenkassen

Werbemaßnahmen der Krankenkassen sollen klarer gefasst und von unzulässigen Maßnahmen abgegrenzt werden.

Bewertung

Die Rückführung der zumindest bei einzelnen Kassen überschießenden Werbemaßnahmen auf ein sachbezogenes Angebot an Informationen wird ausdrücklich unterstützt. Dies betrifft auch die Trennung von Maßnahmen der Werbung von der Erfüllung gesetzlicher Informationspflichten oder die Beauftragung Dritter mit Werbemaßnahmen.

§ 73b, § 83 Satz 4 sowie § 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V - Regelungen zur Beseitigung von missbräuchlichen Kodier-Anreizen

Unzulässigkeit vertraglicher Regelungen, die Diagnosekodierungen als Abrechnungsvoraussetzungen definieren.

Bewertung

Innovative Versorgungsverträge richten sich häufig an besonders betroffene oder aufgrund von Versorgungsnotwendigkeiten klar abgegrenzte Patientengruppen. Diese Patientengruppen können nur dann adäquat mit entsprechenden Versorgungsprogrammen adressiert werden, wenn deren Erkrankungsstatus auch im Vertrag selbst fest- und in der Umsetzung nachgehalten werden kann. Daraus ergeben sich zwei wesentliche Voraussetzungen:

Neben der eindeutigen Kodierung der zu versorgenden Patientengruppe müssen solche Verträge hinreichend konkrete und in ihrer Evidenz gut belegte Leistungen zur Verbesserung der Patientenversorgung beinhalten. In der Begründung des Gesetzentwurfes wird deutlich gemacht, dass mit der Regelung keine sinnvollen Verträge verhindert oder unterbunden werden sollen, sondern, dass es in erster Linie um sogenannte Kodier-Verträge geht, denen kein entsprechender Versorgungsauftrag zugeordnet ist. Sofern dieser Grundsatz erhalten bleibt, können die Reformvorschläge in der Tat neben einer verbesserten Kodierung wesentlich zu einer verbesserten Versorgungsausrichtung insbesondere von Selektivverträgen wie beispielsweise solchen nach § 73b SGB V beitragen. Handlungsleitendes Ziel ist dabei die Verbesserung der Patientenversorgung.

Neu gefasster § 87a Absatz 5 Satz 11 – Dauerhafte Bereinigung jeglicher Kodiereffekte bei der Berechnung der Veränderungsraten

Im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 11. Mai 2019 wurde die Einführung von verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2022 festgelegt. Zur Einführung solcher Vorgaben zur Kodierung hatte die KBV sich bereits seinerzeit höchst kritisch geäußert und stellt nach wie vor in Frage, ob diese Vorgaben zielführend sind.

Im Gegenzug wird mit der Änderung des § 87a Absatz 4, ab dem Verhandlungsjahr 2027 (für 2028) allein die diagnosenbezogene Veränderungsrate zur Grundlage bei der Bestimmung der Veränderung der Morbiditätsstruktur und stärkt damit den Morbiditätsbezug bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs.

Weiter wurde vom Gesetzgeber im TSVG festgelegt, dass in den drei Jahren 2024, 2025 und 2026 die Veränderungsraten um jene Kodiereffekte zu bereinigen sind, die durch die Einführung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung in 2022 entstanden sind (§ 87a Absatz 5 Satz 11 SGB V).

Der Gesetzentwurf ändert den § 87a Absatz 5 Satz 11 SGB V dahingehend, dass die Veränderungsraten nunmehr dauerhaft um Kodiereffekte zu bereinigen sind, die nicht nur ausschließlich durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Kodierregeln entstehen.

Bewertung

Kodiereffekte sind dann zu erwarten, wenn das Jahr der Einführung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung in die Berechnung der Veränderungsraten eingeht oder tiefgreifende Änderungen bzw. Aktualisierungen an den verbindlichen Regelungen zur Kodierung vorgenommen wurden. Daher begrüßt die KBV einerseits die durch den Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehene Erweiterung, auch jene Kodiereffekte zu bereinigen, die durch eine nach dem Einführungsjahr 2022 erfolgte Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung entstehen.

Andererseits wird durch den Einschub des Wortes „insbesondere“ die Bereinigung durch den Gesetzentwurf auf jegliche Kodiereffekte ausgeweitet, die nicht nur durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung entstehen. Dies ist aus Sicht der KBV problematisch, da nicht festgelegt wird, um welche Kodiereffekte es sich dabei handelt und wie sie identifiziert werden können. Effekte, die durch die jährlichen Anpassungen der ICD-10-GM oder durch Richtlinien- bzw. EBM-Änderungen entstehen können, werden bereits heute bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssytems berücksichtigt. Ergänzend werden nun verbindliche Regelungen zur Kodierung eingeführt, um die bestehende hohe Qualität der Kodierung weiter zu verbessern. Eine über diese Anlässe hinausgehende Bereinigung der Veränderungsraten um willkürlich definierbare Kodiereffekte steht aus Sicht der KBV im Gegensatz dazu. Diese Ausweitung ist aus Sicht der KBV weder zielführend noch sinnvoll und wird daher von der KBV abgelehnt. Vor diesem Hintergrund schlägt die KBV vor, den § 87a Absatz 5 Satz 11 dahingehend zu ändern, dass das Wort „insbesondere“ ersatzlos gestrichen wird, oder durch die Einführung der ICD-11, welche in der Begründung des GKV-FKG als ein Beispiel genannt wird, abschließend definiert wird.

Neuer § 87a Absatz 5a SGB V – Bericht über die Veränderung der Behandlungsdiagnosen

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht einen neuen Absatz 5a vor, in dem der Bewertungsausschuss dazu verpflichtet wird, einen jährlichen Bericht über die Veränderungen der Behandlungsdiagnosen und den Einfluss der jeweiligen Behandlungsdiagnose auf die Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zu erstellen.

Bewertung

Das Modell zur Berechnung der Veränderungsraten berücksichtigt nicht die Veränderung jeder einzelnen der ca. 15.000 nach ICD-10-GM kodierten Behandlungsdiagnosen, sondern die Veränderung von (in diesem Jahr) 107 Krankheits- und Altersgruppen. Die Krankheitsgruppen werden in mehreren Schritten aus den Behandlungsdiagnosen zusammengefasst. Eine Berechnung des Beitrags einzelner Behandlungsdiagnosen auf die Veränderungsraten ist daher nicht mehr sinnvoll möglich. Zudem werden die Veränderungen der Krankheits- und Altersgruppen schon jetzt regelhaft als „Einzelbeiträge zu den diagnosebezogenen Veränderungsraten“ vom Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht.

Der Gesetzentwurf trägt somit aus Sicht der KBV in seiner jetzigen Fassung in keiner Weise zu einer erhöhten Transparenz der Entwicklung der jährlichen Veränderungsraten bei, sondern erschwert deren Interpretation durch eine große Anzahl nicht eindeutig interpretierbarer Zahlen. Vor diesem Hintergrund wird auch diese Änderung als weder zielführend noch sinnvoll von der KBV kritisch gesehen und abgelehnt. Stattdessen könnte eine Ergänzung des vorgesehenen Berichts um kassenbezogene Analyseparameter (das sind z. B. die nach Krankenkassen gegliederten Diagnoseveränderungen) zu einer erhöhten Transparenz der

Entwicklung der jährlichen Veränderungsraten im Rahmen eines fairen Kassenwettbewerbs beitragen und wird daher von der KBV als Alternative zur Streichung des neuen Absatzes 5a vorgeschlagen.

§ 160 ff SGB V - Insolvenzregelungen

Das Insolvenzverfahren von Krankenkassen wird kassenartenübergreifend neu geregelt und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen diesbezüglich neue Aufgaben zugewiesen.

Bewertung

Nach den Erfahrungen der Insolvenz der City-BKK erscheint das vorgeschlagene Vorgehen geeignet, ungeordnete Insolvenzen zu verhindern. Die damit einhergehende Funktionszuweisung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Prüfung der Finanzlage der Krankenkassen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen) erhält an dieser Stelle Funktionen der Selbstverwaltung und ist deshalb zu begrüßen. Gleichzeitig bedeutet dies allerdings auch eine weitere Nivellierung der Kassenlandschaft.

§ 266 Absatz 2 und Absatz 8 SGB V - Einführung regionale Merkmale, Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell) und Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten

In § 266 SGB V wird nach Absatz 1 ein neuer Absatz 2 eingefügt, der den neuen Ausgleichsfaktor „regionale Merkmale“ einführt. Zudem ist die Begrenzung der Krankheitsauswahl nach dem bisherigen § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V nicht mehr Teil der Neufassung des § 266 Absatz 2 SGB V.

- Einbezug neuer regionaler Variablen im Modell, z. B. Anteil ambulanter Pflegebedürftiger einer Region, die die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Region beeinflussen können.
- Durch die Abschaffung der Begrenzung auf maximal 80 Erkrankungen werden künftig alle Krankheiten berücksichtigt.

In § 266 SGB V wird Absatz 7 zu Absatz 8 und die Nummer 6 dahingehend ergänzt, dass zukünftig „hierarchisierte Morbiditätsgruppen“ (HMG) mit den höchsten relativen Steigerungsraten im Verfahren des Risikostrukturausgleich (RSA) ausgeschlossen werden können. (Vergleiche dazu die Bewertung zu § 41 Absatz 1a RSAV)

Bewertung regionaler Merkmale

Die Einführung regionaler Merkmale ist das Ergebnis einer langjährigen Diskussion, die insbesondere durch das vom BMG beauftragte Sondergutachten des wissenschaftlichen Beirats beim BVA (2018) ausgelöst wurde. Durch die Aufnahme dieses weiteren Risikomerkmals sollen regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen abgebaut, gleiche Wettbewerbsbedingungen geschaffen sowie sich abzeichnende Marktkonzentrationsprozesse vorgebeugt werden.

Für regionale Gesamtvertragsverhandlungen spielt die regionale Finanzierungssituation der Krankenkassen eine wichtige Rolle, z. B. für die Vergütung von förderungswürdigen Leistungen. Eine Berücksichtigung unterschiedlicher Ausgabenstrukturen der Region verbunden mit einem zielgenaueren Ausgleichsmodell ist daher zu begrüßen.

Bewertung Vollmodell

Durch die Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell) werden Anreize der Krankenkassen zur Risikoselektion sowie die Manipulationsanfälligkeit von Diagnosen weiter verringert und die Zielgenauigkeit des Modells insgesamt deutlich verbessert.

Die Aufhebung der Modellbeschränkung auf 50-80 Krankheiten beseitigt nicht nur evidente Ungenauigkeiten in der Schätzung von erwarteten Leistungsausgaben der Versicherten. Die Erweiterung zum Vollmodell ändert durch verbesserte „Zielgenauigkeit“ der Zuweisungen auch die Anreizstruktur der

Krankenkassen, eine mögliche hohe Deckungsquote zu erzielen. Darüber hinaus kann die Beibehaltung der Diagnosen (statt eines ATC-basierten Verordnungsmodells) als maßgeblicher Morbiditätsfaktor als Signal dafür verstanden werden, dass sich die Qualität ambulanter Diagnosen verbessert, sobald Kodierregelungen eingeführt sind, die aufsichtsrechtliche Prüfungen genauer und einheitlicher erfolgen, und die Modellausgestaltung noch vorhandene Anreize zur Prävalenzvermehrung beseitigt. Die Erweiterung zum Vollmodell ist – verbunden mit diesen Nebenbedingungen –zu begrüßen.

Bewertung Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten

Dieser Mechanismus sollte sachgerechter konzipiert werden, denn er führt regelhaft zu Zuweisungskürzungen und damit sogar zu ungerechtfertigten Verzerrungen in den Zuweisungen. Vergleiche dazu die Bewertung zu § 41 Absatz 1a RSAV.

§ 267 Absatz 2 SGB V - Zusätzliche Datenfeldmeldungen (Erwerbsminderung bzw. Arztnummer)

§ 267 SGB V wird insgesamt neu gefasst und regelt in dem neuen Absatz 2 neben der zusätzlichen Datenfeldmeldung der Erwerbsminderung auch die Datenfeldmeldung der Arztnummer durch die Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt (BVA). Die Übermittlung der Arztnummer wird zur möglichen Weiterentwicklung des RSA hinsichtlich eines Hausarzt/Facharzt HMG-Modells benötigt.

Bewertung

Kodierte Diagnosen von Haus- und Fachärzten führen derzeit zu gleichen RSA-Zuweisungen an die Krankenkassen. In einem Hausarzt/Facharzt HMG-Modell würden Zuweisungen davon abhängig gemacht werden, ob eine Diagnose mit gleicher Kodierungstiefe von einem Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Die Einführung eines solchen Modells stößt auf grundsätzliche und fachliche Bedenken.

Grundsätzlicher Natur sind die Folgewirkungen einer differenten Mittelzuweisung aus dem RSA auf der Grundlage von haus- und fachärztlich kodierten Diagnosen. Aus Refinanzierungsgesichtspunkten wird damit der hausärztlichen Kodierung tendenziell ein geringerer Stellenwert beigemessen werden, was sich auch in differenten Investitionsentscheidungen der Krankenkassen bezüglich der haus- und der fachärztlichen Versorgung in allen Vertragsformen niederschlagen wird. Die im Referentenentwurf vorgeschlagene Differenzierung, die je nach Kodierung durch einen Hausarzt oder durch einen Facharzt bei gleicher Diagnose und Kodierungstiefe unterschiedliche RSA-Zuweisungen auslöst, wird entschieden abgelehnt.

Fachliche Bedenken betreffen die Identifikation des Arztgruppenschlüssels anhand der achten und neunten Stelle der lebenslangen Arztnummer (LANR). Hier ergibt sich ein Genauigkeitsproblem, da diese Angaben im Zusammenhang mit der Zulassung einmalig vergeben werden und wenig mit der aktuell zutreffenden Fachgruppenzuordnung der ärztlichen Leistung verbunden sind. Auch bei fachlich gleichem Leistungsspektrum können deshalb die letzten beiden Ziffern differieren und mit unterschiedlichen Fachgruppenschlüsseln verbunden sein.

§ 268 SGB V - Einführung Risikopool für Hochkostenfälle

Der § 268 SGB V wird insgesamt neu gefasst und regelt zusätzlich zum RSA die Einführung eines Risikopools für Hochkostenfälle.

- Durch die Einführung erhalten Krankenkassen für Hochkostenfälle einen Ausgleich der Ist-Kosten in Höhe von 80 % des den Schwellenwert von 100.000 Euro (im Jahr 2021) übersteigenden Betrags, wohingegen über den RSA „nur“ standardisierte Leistungsausgaben ausgeglichen werden.
- Dadurch werden auch Akutkosten einer Erkrankung ausgeglichen, wohingegen über den RSA „nur“ die krankheitsbedingten Folgekosten ausgeglichen werden.

Bewertung

Die Einführung eines Risikopools vermindert den kassenseitigen Anreiz zur Risikoselektion gegen derartige Hochkostenfälle sowie einer Diagnosenproliferation, um die Leistungsausgaben auch versichertenindividuell decken zu können. Inwiefern eine feststehende 20%ige Deckungslücke andererseits nicht zu Versuchen führt, an der Versorgung dieser Versicherten zu sparen, sollte vom wissenschaftlichen Beirat genauer evaluiert werden.

§ 270 Absatz 3 SGB V - Förderung Prävention aus RSA-Mitteln

Bewertung

Der wissenschaftliche Beirat hat sich in seinem Sondergutachten aus 2017 dagegen ausgesprochen, spezifische Präventionsaktivitäten gesondert finanziell aus dem RSA zu fördern, sofern die Finanzierung nicht durch eine entsprechende Absenkung der Grundpauschale erfolgt, und sieht für eine Berücksichtigung im Zuweisungsalgorithmus des RSA noch weiteren Forschungsbedarf. Grundsätzlich begrüßt die KBV alle Anstrengungen, Prävention und Früherkennung von Erkrankungen zu verbessern. Allerdings sollten diese nicht die Zielstellung des RSA konterkarieren.

§ 273 SGB V - Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Der § 273 SGB V wird neu gefasst und stärkt die Befugnis des BVA, 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. Das BVA prüft die Daten auf auffällige Steigerungen im Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der übermittelten Diagnosen. Die Festlegung des Schwellenwerts für die Feststellung einer Auffälligkeit bestimmt das BVA im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

- Die betroffene Krankenkasse muss die Plausibilität ihrer Datenmeldung nachweisen, indem tatsächliche Gründe für eine Auffälligkeit nachvollziehbar dargelegt werden.
- Wird durch die Krankenkasse ein tatsächlicher Anstieg der Morbidität als Grund für die Auffälligkeit geltend gemacht, kann dies nur anerkannt werden, wenn auch ein entsprechender Anstieg der Leistungen vorliegt.
- Kommt eine Krankenkasse dem nicht nach, wird durch das BVA ein Korrekturbetrag ermittelt.
- Im Vergleich zur bisherigen Regelung entspricht dies einer Beweislastumkehr.

Bewertung

Eine Verknüpfung der Morbidität mit Leistungen ist nur bedingt möglich und hängt insbesondere auch vom Pauschalierungsgrad der Leistung ab (bspw. bei einer Versichertenpauschale im Unterschied zu einer indikationsspezifischen Einzelleistungsvergütung). Dass die Verknüpfung eine notwendige Voraussetzung für eine Abwendung der Korrekturen ist, ist daher kritisch zu sehen. In diesem Zusammenhang bleibt unklar, in welcher Weise ein Korrekturbetrag ermittelt wird.

§ 302 Absatz 2 – Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer

Es wird ein Rechtsanspruch für die Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen, Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer von Rechenzentren zu erhalten, um sie für Beratungen der Vertragsärztinnen und -ärzte zur Wirtschaftlichkeit der von ihnen verordneten Leistungen - insbesondere Heilmittel – nutzen zu können.

Bewertung

Die Verpflichtung der Rechenzentren zur Übermittlung der Abrechnungsdaten auf Anforderung an die Kassenärztlichen Vereinigungen wurde von der KBV bereits seit einigen Jahren gefordert und wird daher ausdrücklich begrüßt. Zur Erfüllung ihrer Beratungspflicht benötigen die Kassenärztlichen Vereinigungen eine valide Datengrundlage.

Beratungen von Vertragsärzten durch Kassenärztlichen Vereinigungen zur Wirtschaftlichkeit werden insbesondere im Arzneimittel- und Heilmittelbereich durchgeführt. Da im Heilmittelbereich keine Genehmigung durch die Krankenkassen vor Inanspruchnahme der Leistung erfolgt, wird die Wirtschaftlichkeit verordneter Heilmittel im Wesentlichen im Rahmen von Auffälligkeitsprüfungen (insbesondere als Durchschnitts- oder Richtgrößenprüfungen) überprüft. Eine geeignete Information und Beratung der Vertragsärzte zu ihrem Verordnungsverhalten kann allerdings nur auf Basis aktueller und vollständiger Verordnungsdaten erfolgen.

Derzeit stellen die Abrechnungsdaten nach § 302 Absatz 2 SGB V für den Heilmittelbereich allerdings noch keine ausreichende Grundlage zur Beratung der Vertragsärzte im Hinblick auf ihr tatsächliches Verordnungsverhalten dar. Nach aktuellen Informationen der Heilmittelerbringerverbände liegt die Quote derjenigen Heilmittelerbringer, die für ihre Abrechnung Rechenzentren nach § 302 Absatz 2 Satz 2 SGB V in Anspruch nehmen, nur bei knapp 70 %. Wenn im Durchschnitt mehr als 30 % der Verordnungsdaten fehlen (je nach Arzt können dies auch mehr oder weniger sein), kann eine arztbezogene Beratung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise wegen einer möglicherweise verzerrten Datengrundlage ggf. nicht sinnvoll durchgeführt werden.

Aus diesem Grund schlägt die KBV vor, zusätzlich zur Möglichkeit des Bezuges der Abrechnungsdaten nach § 302 Absatz 2 SGB V, die Datenübermittlung nach § 84 Absatz 5 i. V. m. Absatz 7 SGB V zu verbessern.

Gemäß der aktuellen Rechtslage hat der GKV-Spitzenverband ein Heilmittel-Informationssystem (HIS) aufgebaut, in dem quartalsweise Verordnungsstatistiken veröffentlicht werden. Darüber hinaus werden arztindividuelle Berichte an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt. Die tatsächliche Bereitstellung der Verordnungsberichte (sowohl die aggregierten als auch die Arzt-Berichte) entspricht gegenwärtig jedoch hinsichtlich Plausibilität, Vollständigkeit und fristgerechter Bereitstellung weder den Vorgaben in § 84 Abs. 5 SGB V noch den Anforderungen für eine zielgerichtete Steuerung der Heilmittelversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die verordnenden Vertragsärzte:

- Die HIS-Daten werden, anders als es gesetzlich vorgesehen ist, nicht monatlich, sondern nur quartalsweise zur Verfügung gestellt. Nach Ablauf des Quartals sollen die Berichte spätestens 15 Wochen nach Quartalsende vorliegen, sofern keine erheblichen Lieferstörungen auftreten (offizielle Lieferfrist nach GKV-Spitzenverband). In der Vergangenheit bestanden jedoch grundsätzliche Lieferschwierigkeiten, so dass die Lieferung der arztbezogenen HIS-Daten teilweise deutlich überschritten wurden (3 Quartal 2017: 26 Wochen/ 4. Quartal 2017: 23 Wochen/ 1. Quartal 2018: 19 Wochen/ 2. Quartal 2018: 20 Wochen).
- Die Berichte werden nur im pdf-Format veröffentlicht und sind nicht veränderbar oder maschinenlesbar. In den arzt-individuellen Berichten werden auch die durchschnittlichen Verordnungskennzahlen der jeweiligen Fachgruppe veröffentlicht, um einen Vergleich zur Fachgruppe zu ermöglichen. Die Zuordnung der Ärzte zu Fachgruppen entspricht jedoch oftmals nicht den Zuordnungen im jeweiligen KV-Bereich. Im Ergebnis sind die Werte z. B. veranlasste Verordnungsmengen nicht mit denen vergleichbar, die im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung relevant sind.
- Die Arzt-Berichte werden darüber hinaus erst ab einer durchschnittlichen Verordnungszahl von 30 Verordnungen pro Quartal erstellt. Dies führt dazu, dass auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen keine fachgruppenspezifischen Vergleiche erstellt werden können, da ein Teil der Gesamtdaten fehlt. Ferner werden für manche Ärzte im Grenzbereich dieser Quote keine Jahresverläufe zur Verfügung gestellt. Damit stellen die HIS-Berichte aktuell kein verlässliches Steuerungsinstrument dar.

Aus Sicht der KBV sollten die HIS-Datenlieferungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Vertragsärzte monatlich erfolgen (Umsetzung der bestehenden Rechtslage). Dafür bedarf es einer verbindlichen gesetzlich festgelegten Frist. Es müssen alle abgerechneten Heilmitteldaten in einem

maschinenlesbaren Format veröffentlicht werden. Darüber hinaus müssten hier zukünftig neben den Verordnungsdaten, die auf besondere Verordnungsbedarfe (§ 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V) und den langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Absatz 1a SGB V) entfallen, auch die Daten differenziert aufgeführt werden, die im Rahmen der Blankoverordnung nach § 73 Absatz 11 SGB V verordnet werden. Weiterhin sollte der vom Gesetzgeber avisierte pseudonymisierte Patientenbezug auch Eingang in die HIS-Datenlieferungen an Kassenärztlichen Vereinigungen und Vertragsärzte finden, so dass auch auf Basis der HIS-Daten fallbezogene Auswertungen möglich sind.

Zusätzlicher Änderungsvorschlag

§ 84 Abs. 7 SGB V wird wie folgt angepasst:

„Die Absätze 1 bis 6 sind für ***den*** *Heilmittel****bereich*** *unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungs- und Abrechnungsbedingungen* ~~***im Heilmittelbereich***~~ *entsprechend anzuwenden. Veranlasste Ausgaben im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 betreffen die während der Geltungsdauer der Heilmittelvereinbarung mit den Krankenkassen abgerechneten Leistungen. Die in Absatz 5 geregelte Datenübermittlung erfolgt für die Heilmittel in arztbezogener Form sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Das Nähere zur Datenübermittlung zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.* ***Die Daten nach Abs. 5 Satz 4 für Heilmittel umfassen sämtliche im jeweiligen Monat abgerechneten Heilmittelleistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Daten werden den Kassenärztlichen Vereinigungen in einem maschinenlesbaren Format innerhalb von 15 Wochen nach Ende des Verordnungsmonats bereitgestellt. Das Nähere zur Datenstruktur, insbesondere zur Darstellung der Verordnungsdaten nach § 106b Abs. 2 Satz 4; § 32 Abs. 1a SGB V und § 73 Abs. 11 SGB V legen die Vertragspartner im Vertrags nach § 82 Abs. 1 SGB V fest****“***

ZU ARTIKEL 5 – ÄNDERUNG DER RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHVERORDNUNG (RSAV)

§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV - Einführung regionaler Merkmale

Im neuen § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV wird gemäß § 266 SGB V der neue Ausgleichsfaktor „regionale Merkmale“ näher spezifiziert.

- 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.

Bewertung

Vgl. Bewertung zu § 266 Absatz 2 SGB V

§ 30 Absatz 1 RSAV - Zusätzliche Datenfeldmeldungen (Arztnummer)

In § 30 Absatz Satz 1 RSAV wird die Nummer 6 als Folgeänderung zum neuen § 267 Absatz 2 SGB V ergänzt.

- Krankenkassen sollen unter anderem neben den Diagnosen auch den Arztgruppenschlüssel der zu übermittelnden Arztnummer erheben.

Bewertung

Vgl. Bewertung zu § 267 Absatz 2 SGB V

§ 31 Absatz 1 RSAV - Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell)

In § 31 RSAV entfallen durch die Neufassung des Absatz 1, als Folge des Wegfalls des bisherigen § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V, die Umsetzungsregelungen zur Begrenzung der Krankheitsauswahl.

Bewertung

Vgl. Bewertung zu § 266 SGB V

§ 31 Absatz 2 RSAV - Wissenschaftlicher Beirat

In § 31 Absatz 2 RSAV werden als Folgeänderung zum Absatz 1 (z. B. Vollmodell) und zum neuen § 266 SGB V (z. B. Vollmodell, regionale Merkmale, Streichung HMG) die aktuellen Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats neu benannt.

- Die Krankheitsauswahl entfällt und die regelmäßige Evaluation der Wirkung des RSA kommt hinzu.
- Das BMG bestellt auf Vorschlag des BVA und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes einen wissenschaftlichen Beirat beim BVA.

Bewertung

Die regelhafte Evaluation des Morbi-RSA durch den wissenschaftlichen Beirat ist zu begrüßen.

§ 31 Absatz 4 Nummer 5 RSAV - Einführung regionale Merkmale

In § 31 Absatz 4 RSAV wird beschrieben, dass das BVA für das Versichertenklassifikationsmodell unter anderem das statistische Verfahren zur Auswahl der einzubeziehenden regionalen Merkmale und die Festlegung der Anzahl der Variablen festlegt, entsprechend dem Vorgehen im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats von 2018.

- Es werden keine Angebotsvariablen berücksichtigt.

Bewertung

Vgl. Bewertung zu § 266 Absatz 2 SGB V

§ 37a RSAV - Einführung Risikopool für Hochkostenfälle

Der § 37a RSAV wird insgesamt neu gefasst und regelt die Umsetzung des Verfahrens zur Festlegung des Schwellenwertes, zur Ermittlung der Hochkostenfälle sowie den Erstattungsbetrag je Krankenkasse und die Höhe der insgesamt über den Risikopool verteilten Zuweisungen.

- Das Nähere zum Verfahren bestimmt das BVA nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen.

Bewertung

Vgl. Bewertung zu § 268 SGB V

§ 38 Absatz 1 RSAV - Stärkung von Präventionsanreizen

Der § 38 RSAV wird insgesamt neu gefasst und bestimmt in dem neuen Absatz 1 die Umsetzung des Verfahrens der Zuweisung von Pauschalen für die Teilnahme der Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen.

Bewertung

Vgl. Bewertung zu § 270 Absatz 3 SGB V

§ 41 Absatz 1a RSAV - Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten

In § 41 RSAV wird ein neuer Absatz 1a eingefügt, der das Verfahren des in § 266 SGB V festgelegten Ausschlusses auffälliger HMG bestimmt.

- HMG mit den höchsten Steigerungsraten werden nicht berücksichtigt, wobei es für seltene bzw. teure Krankheiten Ausnahmen gibt.
- Der GKV-Spitzenverband kann feststellen, bei welchen HMG ein Anstieg medizinisch oder diagnostisch bedingt ist. Diese HMG müssen bis zum 30. September des Jahres, in dem der Jahresausgleich durchgeführt wird, dem BVA mitgeteilt werden. Die HMG werden dann nicht ausgeschlossen.

Bewertung

Durch die vorgesehenen Regelungen werden Manipulationsversuche einzelner Krankenkassen zur finanziellen Vorteilnahme verringert.

Die Streichung von HMG aufgrund festgestellter Steigerungen könnte eine „Blaupause“ für ein ähnliches Vorgehen im Klassifikationsmodell nach § 87a Absatz 5 SGB V sein. Dort wurde in den letzten zwei Jahren zum Umgang mit außergewöhnlichen Prävalenzänderungen empfohlen, nach Prüfung durch die Gesamtvertragspartner ggf. die Gewichtung bei der Zusammenführung von demografischer und diagnosebezogener Veränderungsrate geeignet anzupassen.

Diese Festlegung ist abzulehnen, da auch bei sachgerechten Steigerungsraten und damit sachgerechter Morbiditätsentwicklung nahezu immer Streichungen vorgenommen werden würden. (Lediglich in wenigen Fallkonstellationen, wenn bspw. alle HMG unterhalb des in Absatz 1a Nummer 3 festgelegten Schwellenwertes liegen, würden keine HMG gestrichen werden.)

Die Übertragung der medizinischen und diagnostischen Beurteilung von Anstiegen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen greift in eine Kernkompetenz der Ärzteschaft ein und ist inakzeptabel. Die medizinische und diagnostische Beurteilung sollte keinesfalls allein beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen liegen. Weiterhin ist die Bedingung, dass alleine eine Mitteilung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen genügt, um HMG nicht auszuschließen, als zu intransparent und unsystematisch abzulehnen. Die medizinische und diagnostische Beurteilung von überdurchschnittlichen HMG-Anstiegen sollte anhand noch zu definierender Kriterien in einem systematischen Verfahren erfolgen.

Insgesamt ist die steigende Einflussnahme des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen im Zusammenhang mit der RSA-Reform zu hinterfragen, da seine strategische Interessenlage zunehmend in Abhängigkeit mit der Interessenwahrnehmung und –ausübung z. B. in den Honorarverhandlungen auf Bundesebene gerät.

WEITERER ÄNDERUNGSVORSCHLAG ZUR ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

§ 87a Absatz 4 SGBV – Anpassungen der Vergütung bei Anpassung der Bedarfsplanung

In § 87a Absatz 4 SGB V werden in Satz 1 in der Nummer 3 folgende Worte angefügt „oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 und § 99 Absatz 1 Satz 3 beruhen,“

Bewertung

Derzeit besteht für die Kassenärztlichen Vereinigungen keine strukturelle Möglichkeit bei den regionalen Vergütungsverhandlungen auch Änderungen in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Gleiches gilt für festgestellte Sonderbedarfe, die gemeinsam von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen entschieden werden. Auch diese Veränderungen der Versorgungsstruktur sollen künftig in den regionalen Vergütungsverhandlungen Berücksichtigung finden können.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 170.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweises zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(18)
gel. ESV zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

Stellungnahme des Einzelsachverständigen

Dr. Werner Baumgärtner

bei der
öffentlichen Anhörung des Ausschuss für Gesundheit
am **Mittwoch**, **den 18. Dezember 2019**, von **14:30 Uhr bis 17:30 Uhr**

zum
Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)
(BT-Drucksache 19/15662)

Vorbemerkungen

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten 2012 eine Reihe von Empfehlungen mit Blick auf den Ordnungsrahmen, die Ziele und die Voraussetzungen von (Vertrags-)Wettbewerb formuliert:

- die Ausrichtung des Leistungsangebotes am objektivierten Bedarf,
- die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten durch Lenkung der Leistungen,
- die Entlohnung nach erbrachter Leistungsqualität durch eine leistungsbezogene Vergütung.

Nach der wettbewerblichen Öffnung durch den Gesetzgeber wurde auch in Verträgen zur ambulanten ärztlichen Versorgung zunehmend ein Bezug zwischen spezifischer Diagnosestellung und danach bemessenen Versorgungsleistungen sowie deren Vergütung vereinbart und seitens der Aufsichtsbehörden genehmigt.

Insbesondere in Versorgungsverträgen (Selektivverträgen), die umfassende haus- und fachärztliche Leistungen beinhalten, aber auch in anderen innovativen Settings, etwa im Kontext von Innovationsfondsprojekten, ist es notwendig:

- ICD-Diagnosen als „**Zugangskriterium**“ für spezifische Leistungen nach aktuellem medizinischem Kenntnisstand zu definieren.
- den Aufwand einer medizinischen Intervention über möglichst spezifische Diagnosen je nach **Ausprägung, Verlauf und Schweregrad** einer Erkrankung differenziert abzubilden,
- über spezifische „Diagnose-Kataloge“ den **Leistungsinhalt von Pauschalentgelten** oder Einzelleistungen zu bestimmen und abzugrenzen,
- die Akteure **interdisziplinärer, interprofessioneller oder intersektoraler Behandlungsformen** in der Umsetzung von Versorgungspfaden – also eine **Strukturierung und Steuerung der Versorgung** zu schaffen.

Kernbotschaft

Der Entwurf des GKV-FKG sieht in Artikel 5 Nr. 5, 7 und 11 vor, die bestehenden Regelungen zu **unzulässigen „Koppelungen“ ambulanter Vergütungsregelungen mit Behandlungsdiagnosen drastisch zu verschärfen**. Eine Vergütung ärztlicher Leistungen, die an bestimmte Diagnosen geknüpft ist, soll zukünftig generell verboten werden. Der Kabinettsentwurf des GKV-FKG ist offenkundig allein von der Abwehr möglicher Manipulationsversuche des Morbi-RSA geleitet.

Die geplante Regelung ist völlig unverhältnismäßig und greift substanziell in die Gestaltung sowohl künftiger als auch bestehender (selektivvertraglicher) Versorgungsverträge ein. Und sie konterkariert insbesondere jene Versorgungskonzepte, die anerkannte Experten, darunter der Sachverständigenrat, seit Jahren fordern, um die Koordinations- und Steuerungsdefizite im deutschen Gesundheitswesen abzubauen.

Um Manipulationen zu verhindern, reicht die bisherige gesetzliche Regelung völlig aus. Artikel 5 Nummern 5, 7 und 11 sind deshalb zu streichen.

Begründung:

1. Diese **Regelungen verkennen** den unverzichtbaren Beitrag von spezifischen ICD-Diagnosen zu einer **transparenten und effizienteren Versorgung**, einer **bedarfsgerechten Ressourcenlenkung** und einer fortlaufenden **Qualitätssicherung und Evaluierung.**

2. Die geplante Regelung ist **weder sachgerecht noch verhältnismäßig**. Sie **stellt vielmehr innovative Versorgungsformen und -verträge wie z.B. die Haus- und Facharztverträge in Baden-Württemberg**, die sich gezielt an hochrangigen Leitlinien und Versorgungspfaden orientieren, in ihrer Substanz **zur Disposition.**

3. Mitte 2020 kommen die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) beschlossenen ambulanten **Kodier-Richtlinien**. **Leitlinienorientierung und Innovationsfähigkeit** von Versorgungs- und Vertragsstrukturen ausschließlich vom Motiv eines vermeintlichen Missbrauchs des Morbi-RSA her zu „denken“, würde einen **eklatanten versorgungspolitischen Rückschritt** bedeuten.

4. Ich appelliere an den Gesetzgeber, die **notwendigen Innovationspotentiale und Gestaltungsräume für eine evidenzbasierte Versorgungs- und Vertragsgestaltung im Sinne des Patientenwohls zu erhalten und weiter zu stärken**. **Spezifische Krankheitsbeschreibungen** nach dem internationalen Klassifikationssystem **und ihre sachgerechte Verknüpfung mit leistungs- und versorgungsadäquaten Entgelten sind dafür unverzichtbar.**

5. **Beispiele**
   Krankheit: Diabetes mellitus
   ICDs: E10.-Typ1; E11.-Typ2, E12.-i.V. Fehl-/Mangelernährung, E13.- sonst. Diabetes mellitus; E14-nicht näher bezeichnet

   Differenzierung/Kategorien in 4. und 5. Stelle nach
   - **Komplikationen** (z.B. Nieren, Augen, neurologisch) und
   - **Zustand** (entgleist/nicht entgleist, diabetisches Fußsyndrom, multiple Komplikation)

   Vergütungsposition: Höhe und Häufigkeit richten sich nach Komplikation/Zustand

   Krankheit: Herzinsuffizienz
   ICD I50.0- Rechtsherzinsuffizienz, ICD I50.1- Linksherzinsuffizienz
   ICD I50.9- Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet

   Differenzierung/Patientenversorgung und -steuerung orientiert sich an
   - **NYHA-Stadien I u. II**
     I50.02 … ohne Beschwerden,
     I50.03 … Beschwerden bei stärkerer Belastung
     Hier werden nur quartalsweise Pauschalen vergütet und maximal 5 Arzt-Patienten-Kontakte.

- **NYHA-Stadien III und IV**:
  I50.04 … Beschwerden bei leichter Belastung
  I50.05 … Beschwerden in Ruhe
  Hier werden höhere Quartalspauschalen vergütet plus bis zu 12 Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal, um stationäre Einweisungen zu verhindern.

Fachärztliche Leistungen richten sich nach dem Schweregrad:
Anamnese, Untersuchung, apparative Diagnostik, stadienbezogene (nicht)medikamentöse Behandlung.

Vergütungsposition: Quartalspauschale oder Einzelleistung richten sich nach der NYHA-/LV-Funktion.

Die ärztlichen Leistungsinhalte müssen sich also am Schweregrad, einer Komplikation oder am aktuellen Zustand des Patienten orientieren. Nur so kann z.B. eine Versorgungssteuerung z.B. zur Verhinderung stationärer Drehtür-Effekte funktionieren.

6. Soweit eine ärztliche Leistung mit einer bestimmten, tatsächlich vorliegenden Erkrankung im unmittelbaren Zusammenhang steht, ist es somit **systematisch richtig**, den **Vergütungsanspruch mit der Dokumentation** und damit der Kodierung dieser Erkrankung zu verknüpfen, weil nur so eine bedarfsgerechte Steuerung und eine aufwandsgerechte Vergütung vereinbart werden kann. Deshalb gibt es sowohl in der Krankenhausversorgung (diagnosebezogene Fallpauschalen - DRGs) als auch für die ambulante ärztliche Behandlung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Abrechnungspositionen, die nur bei bestimmten ICD-10-Diagnosen abrechnungsfähig sind. Auch die Richtlinie zur ambulant-spezialärztlichen Versorgung (ASV) enthält eine Vielzahl endstelliger Diagnosen als Ausschluss- oder Erlaubniskriterium zur Erbringung von Leistungen (und damit ihrer Abrechnung), während eine entsprechende Funktion von Diagnosen ansonsten in der ambulanten Versorgung verboten werden soll.

7. **Selektivverträge**
   Die Regelungen, die im Jahr 2017 mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz eingefügt wurden, sind ausreichend, um Manipulationen in der selektivvertraglichen Versorgung zu verhindern.

   Sowohl in den Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V als auch in Verträgen zur besonderen (fachärztlichen) Versorgung nach §73c SGB V a.F./§ 140a SGB V **beauftragt der Gesetzgeber die Vertragspartner, das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der Versorgung und deren Vergütung zu regeln und insofern den Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung zu übernehmen.**

   Es ist gerade eines der **wesentlichen Ziele der HzV und der Verträge zur besonderen (fachärztlichen) Versorgung,** eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung anzubieten. In diesen Versorgungsformen dienen **gerade die (Differenzial-)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 besonders intensive Versorgung zu gewähren.

Es ist daher **sinnvoll, angemessen und auch im Sinne 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 rationaler zu steuern**. Käme es zu einem wie von der Bundesregierung vorgesehenen generellen **Verbot von Diagnoselisten**, **würde** die an der eindeutig definierten Krankheitslast ausgerichtete **steuernde Wirkung der HzV und der Verträge zur besonderen Versorgung entfallen**.

Fazit:
Das von der Bundesregierung mit den vorliegenden Regelungen verfolgte Ziel, ungerechtfertigte Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu unterbinden, steht im Konflikt zu den gravierenden Konsequenzen für **Versorgungsverträge nach §§ 73b und 140a SGB.**

Die ausweislich der Gesetzesbegründung genannte **Zulässigkeit** der Definition von - an bestimmte Krankheiten oder Krankheitsausprägungen (kodiert als ICD-10 Diagnose) geknüpfte - **Einschlusskriterien für spezifische Module** in Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung **ändert daran nichts,** weil sich die Versorgungs- und Leistungssteuerung nicht nur auf den Einschluss in ein Modul, sondern auch auf die laufende Behandlung erstreckt. Außerdem wird durch den „Ausschluss der Vereinbarung einer Vielzahl an Einzel-Modulen“ **verhindert**, dass **für multimorbide Patienten** in Selektivverträgen **kombinierte haus- und fachärztliche Versorgungsmodule** geschaffen werden können, obwohl gerade diese Patientengruppe hiervon besonders profitieren kann. Darüber hinaus würde diese Praxis modularer Einschlüsse in verschiedene Versorgungsangebote innerhalb einzelner Verträge zu einer weiteren Überbürokratisierung in Arztpraxen führen.

Neben den unmittelbaren **Versorgungsnachteilen für Patientinnen und Patienten** einer solchen Regelung in den §§ 73b und 140a SGB V würden sich darüber hinaus systemische Nachteile für Patientinnen und Patienten addieren, die mit der Minderung der Attraktivität des Arztberufs und entsprechenden Auswirkungen auf den ärztlichen Nachwuchs verbunden sind.

Aus meiner Sicht sind somit Artikel 5 Nummern 5, 7 und 11 zu streichen, da die bisherigen gesetzlichen Regelungen völlig ausreichend sind, um Missbrauch bei Kodierung und Vergütung zu verhindern.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(19)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

Stellungnahme von Pro Generika zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (G-AS Drs. 19 (14) 122.1) und der Fraktion der AfD zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

12.12.2019

Wir sind der Verband der Generika- und Biosimilarunternehmen in Deutschland. Unsere Mitgliedsunternehmen sind der Garant dafür, dass das Versprechen des deutschen Gesundheitssystems, jedem Patienten Zugang zu modernen und bezahlbaren Arzneimitteltherapien zu ermöglichen, eingelöst werden kann. Generika- und Biosimilarunternehmen decken 78 Prozent des ambulanten Arzneimittelbedarfs der gesetzlich Krankenversicherten zu 9,3 Prozent der Ausgaben ab, die gesetzliche Krankenkassen gegenüber Arzneimittelherstellern aufwenden. Sie schultern die Hauptlast der Arzneimittelversorgung.

Wir nehmen zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AFD wie folgt Stellung:

Engpässe bei Arzneimitteln sind ein immer drängenderes Thema – nicht nur in Deutschland, sondern in vielen Ländern. In Deutschland kommt es vor allem in zwei Bereichen besonders häufig zu Engpässen:

- in der Klinikversorgung
- in exklusiven Rabattverträgen[1]

Beiden Bereichen ist gemein, dass niedrige Preise bzw. das Erzielen besonders hoher Rabatte Hauptkriterium für die Einkaufsentscheidung ist. Das hat den durch den Generikawettbewerb sowie zahlreiche Preisregulierungen (z.B. Festbeträge und Herstellerrabatte) ohnehin hohen Kostendruck in der Generikaversorgung über die letzten Jahre nochmals erheblich verschärft.

In der Klinikversorgung gibt es seit dem Sommer 2019 immerhin eine erste positive Entwicklung, die mit auf das Engagement des BfArM zurückzuführen ist. Hier hat der „Jour Fixe Liefer- und Versorgungsengpässe“, in dem alle relevanten Akteure der Versorgung beteiligt sind, ein gemeinsames Positionspapier erarbeitet, wie man die Arzneimittelversorgung im Krankenhaus künftig stärken will. Es nimmt dabei alle Akteure – Hersteller, Klinikapotheker, Großhändler – in die Pflicht[2].

[1] IGES: „Nichtverfügbarkeit von rabattierten Arzneimitteln“, November 2019. https://www.progenerika.de/presse/pm-26-11-2019-sonder-pzn/

[2] Empfehlungen des Jour Fixe zu Liefer- und Versorgungsengpässen zur Vertragsgestaltung zwischen Betreibern von Krankenhausapotheken / krankenhausversorgenden Apotheken1und pharmazeutischen Unternehmen mit dem Ziel einer Verbesserung der Lieferfähigkeit versorgungsrelevanter Arzneimittel in Kliniken, 7.11.2019 https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelzulassung/Arzneimittelinformationen/Lieferengpaesse/jour-fixe/_node.html

Warum es (bei Generika) zu Engpässen kommt

Die US-amerikanische Zulassungsbehörde, Food and Drug Administration (FDA), hat im Herbst 2019 nach einem Jahr systematischer Analyse von Engpässen und intensiven Stakeholderdiskussionen drei zentrale Gründe für Engpässe bei Generika herausgearbeitet[3]:

- Engpässe kommen verstärkt in den Bereichen vor, in denen es keine ökonomischen Anreize für Generikaunternehmen mehr gibt, Arzneimittel für die Versorgung bereitzustellen und die somit in der Herstellung für die Unternehmen kaum noch auskömmlich sind. Das ist u.a. bei versorgungskritischen Antibiotika so. Hier ist es auch in Deutschland bereits zu ernsten Versorgungsengpässen gekommen.

- Märkte (übertragen auf Deutschland: Kliniken und Krankenkassen) honorieren in keiner Weise Bemühungen von Unternehmen, Qualitätsverbesserungen bei der Nachhaltigkeit und Sicherung der Produktion – über die Einhaltung der geltenden GMP-Vorgaben (Good Manufacturing Practice) hinaus – vorzunehmen.

- Lieferketten haben sich globalisiert und sind dadurch auch fragiler geworden. Es gibt in der Folge weniger Flexibilität und Elastizität in den Lieferketten, so dass ein kurzfristiges Reagieren auf Engpässe (um plötzliche Mehrbedarfe aufgrund eines Lieferausfalls eines anderen Unternehmens aufzufangen) kaum möglich ist. Schließlich sind regulatorische Prozesse komplexer geworden, was kurzfristiges Reagieren durch Unternehmen (z. B. Wechsel des Wirkstoffherstellers) ebenfalls erschweren kann.

Es lässt sich also sagen: Die steigende Marktkonzentration, auch bei Wirkstoffherstellern, und die Unterfinanzierung der Grundversorgung haben dazu geführt, dass immer weniger Hersteller immer mehr Versorgung schultern müssen - womit das Risiko für Engpässe entsprechend steigt. Zudem ist angesichts der gewaltigen Konzentrationseffekte, die bereits eingetreten sind, nicht zu erwarten, dass kleinere nationale Eingriffe in das System die Situation nachhaltig verbessern werden. Will man trotzdem versuchen, Engpässen kausal zu begegnen, müssten Lösungen/Gesetzesänderungen an den tatsächlichen Ursachen ansetzen – und das erfordert einen strategisch sinnvollen und auf mittlere Frist angelegten Ansatz.

Zu den Änderungsanträgen:

Änderungsantrag 4 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Nummer 1, Unternummer 1 und 2

Absicht:
Im Falle von Engpässen soll die Verfügbarkeit von Arzneimitteln, die unmittelbar zur Anwendung am Menschen bestimmt sind, dadurch erleichtert werden, dass Arzneimittel mit Kennzeichnung in nicht-deutscher Sprache bzw. mit einer nicht-deutschen Packungsbeilage in Verkehr gebracht werden dürfen.

[3] FDA: Drug shortages: Root Causes and Potential solutions, 2019, https://www.fda.gov/drugs/drug-shortages/report-drug-shortages-root-causes-and-potential-solutions

Stellungnahme Pro Generika:
Diese Absicht ist zu begrüßen, da sie pharmazeutischen Unternehmen im Falle eines Engpasses etwas mehr Flexibilität und Elastizität ermöglicht und so in Einzelfällen die Versorgungssicherheit stärken könnte.

Änderungsantrag 4 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Nummer 1, Unternummer 3

Absicht:
Der Jour Fixe Engpässe beim BfArM soll zu einem Beirat weiterentwickelt und gestärkt werden, zudem sollen die Kompetenzen des BfArM im Engpassmanagement erweitert werden.

Stellungnahme Pro Generika:
Der Jour Fixe, der ein wichtiges Ergebnis des ersten Pharmadialogs ist, hat sich bewährt. Im Sinne eines Runden Tisches wird dort pragmatisch, erfolgreich und mit allen Kräften versucht, im Falle von Engpässen Schaden von Patienten abzuwenden. Dass der Jour Fixe auch begonnen hat, über das reine und wichtige Engpassmanagement hinaus, Engpässen möglichst auch kausal zu begegnen (siehe o.g. Positionspapier) ist ebenfalls ausschließlich zu begrüßen. Die erarbeiteten Ansätze aus dem gemeinsamen Positionspapier sollten konsequenterweise auch auf den ambulanten Bereich der Versorgung ausgeweitet werden. Im Falle behördlicher Anordnungen, die zusätzliche Kosten für einzelne Hersteller auslösen, regen wir eine Ergänzung an, die regelt, dass diese Kosten zur Sicherstellung der Versorgung der Allgemeinheit auch durch diese getragen werden.

Antrag der AfD-Fraktion auf Drucksache 19/15789

Absicht:
Pharmazeutische Unternehmen sollen verpflichtet werden, Engpässe zu melden. Ferner soll es ein Exportverbot geben und sollen Rabattverträge künftig an mindestens zwei Unternehmen vergeben werden, wobei eines davon auf eine europäische Wirkstoffquelle zurückgreift.

Stellungnahme Pro Generika:
Engpässe bei Arzneimitteln werden bereits heute dem BfArM gemeldet. Die gestiegene Anzahl der Meldungen beim BfArM ist ein Indikator dafür, dass die Unternehmen die Lieferausfälle auch melden. Zudem sind Generikaunternehmen im Rahmen von Rabattverträgen seit langem verpflichtet, Lieferausfälle den Krankenkassen gegenüber anzuzeigen. Hier werden zudem massive Vertragsstrafen fällig, die aktuell immer weiter stiegen. Damit steigt das ökonomische Risiko für die Hersteller weiter, sich an Ausschreibungen zu beteiligen.

Rabattverträge an mehr als ein Unternehmen zu vergeben, ist ein sinnvoller Vorschlag, der der Marktkonzentration – als einer der Hauptursache von Engpässen – begegnen kann. Auch eine Berücksichtigung von EU-Produktion bzw. einer europäischen Wirkstoffproduktion ist zu begrüßen, weil diese einem weiteren Abwandern von Wirkstoffproduktion sowie der damit einhergehenden Marktverengung und Abhängigkeit von Nicht-EU-Ländern entgegenwirken kann.

Pro Generika-Vorschläge für mehr Versorgungssicherheit

- Eine wissenschaftliche Analyse des IGES Instituts hat aktuell ergeben, dass es bei Exklusivvergaben wesentlich häufiger zu Engpässen in den Apotheken kommt als bei Mehrfachvergaben. Wir werben daher dafür, robuste Leitplanken für mehr Versorgungssicherheit bei Rabattverträgen einzuziehen. Konkret soll der Versorgungsauftrag an mehr als nur ein Unternehmen vergeben werden. Und es muss dabei sichergestellt sein, dass die Unternehmen auf verschiedene Wirkstofflieferanten zurückgreifen. Zudem sollte ein Unternehmen regelhaft einen Zuschlag erhalten, das auf eine europäische Wirkstoffquelle zurückgreift. Das könnte einen Anreiz für europäische Wirkstoffproduktion darstellen.

- Der Einwand von Krankenkassen, sie könnten dann womöglich keine Rabattverträge mehr schließen, geht ins Leere, weil sie neben den klassischen Ausschreibungen immer mehr Rabattverträge nach dem „Open-House-Modell“ abschließen (das sind Verträge, in denen die Krankenkassen den Rabattsatz selbst festlegen und alle Hersteller, die den betreffenden Wirkstoff im Portfolio haben, können dann dem Vertrag beitreten - fast ein Drittel aller Rabattverträge entfallen bereits auf dieses Modell).

- Da Verträge nach dem „Open-House-Modell“ ausweislich der Rechtsprechung nicht dem EU-Vergaberecht unterliegen, könnten Krankenkassen heute bereits „Made in EU“ als Kriterium in diesen Rabattverträgen abbilden. Sie tun es bislang jedoch nicht.

- Für versorgungsrelevante Generika, die ohnehin, wie von der FDA analysiert, aufgrund des Wettbewerbs nur niedrige bzw. nicht auskömmliche Preise erzielen und die bereits im Engpass waren bzw. die engpassgefährdet sind, sollte es keine zusätzlichen Rabattverträge geben, die das Problem nur weiter verschärfen würden.

Wir begrüßen, dass der Bundesgesundheitsminister die über Deutschland hinausgehende Dimension des Problems erkannt hat und die Stärkung der Versorgungssicherheit in Europa auch als Teil der Agenda der Deutschen EU-Ratspräsidentschaft sieht.

Gerade weil es aus Sicht vieler Experten nicht aussichtsreich scheint, relevante Teile der globalen Wirkstoffproduktion wieder nach Europa zu verlagern, sollten Anreize erarbeitet werden, die „Made in EU“ stärken. Zu diskutieren ist dabei auch, ob und inwieweit Nachhaltigkeitskriterien in Ausschreibungen eine Rolle spielen sollten.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(20)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

vdek
Die Ersatzkassen

Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

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

Stand: 12.12.2019

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil 4

2. Kommentierung des Gesetzentwurfs 12

- Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 12
  - Zu Artikel 5 Nr. 2 § 4a (Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung) 12
  - Zu Artikel 5 Nr. 14 § 217b (Organe) 13
  - Zu Artikel 5 Nr. 15 § 217c (Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung) 18
  - Zu Artikel 5 Nr. 16 § 217d (Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken) 19
  - Zu Artikel 5 Nr. 16 § 217f (Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) 20
  - Zu Artikel 5 Nr. 20 § 266 Absatz 2 (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds) 21
  - Zu Artikel 5 Nr. 21 § 267 Absatz 3 Satz 2 (Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich, Aufbewahrung Pseudonymisierungsschlüssel) 23
  - Zu Artikel 5 Nr. 28 § 293a (Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung) 24
- Artikel 6 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung 26
  - Zu Artikel 6 Nr. 7 Abschnitt 2 § 7 (Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs) 26
  - Zu Artikel 6 Nr. 7 Abschnitt 3 § 14 Absatz 4 (Risikopool) 28
  - Zu Artikel 6 Nr. 7 Abschnitt 3 § 15 Absatz 4 (Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme) 29
  - Zu Artikel 6 Nr. 7 Abschnitt 3 § 19 Absatz 6 (Ausschluss auffälliger Risikogruppen) 30
  - Zu Artikel 6 Nr. 7 Abschnitt 3 § 20 Absatz 5 (Prüfung der Datenmeldungen) 31

- Zu Artikel 6 Nr. 7 Abschnitt 3 § 21 (Ermittlung des Korrekturbetrages nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 33

- Änderungsanträge der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache. 19(14)122.1 35
  - Zu Änderungsantrag 4 Nr 2. (Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln) 35
  - Zu Änderungsantrag 5 (Gesetzlicher Abschlag für Schutzimpfungen als Satzungsleistung) 36
  - Zu Änderungsantrag 7 (Weiterführung der Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen) 37

3. Ergänzender Änderungsbedarf 38

- 1. Betriebsmittel und Rücklagen: Mindestreserven bei den Krankenkassen 38
- 2. Freiwillige finanzielle Hilfen 39

1. Allgemeiner Teil

Mit dem Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) wird ein wesentlicher Schritt zu einer fairen Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gemacht. Ausdrücklich begrüßt werden die weitgehend ausgewogenen Regelungen zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Insgesamt stärkt der Entwurf den Wettbewerb in der GKV. Nur als Gesamtpaket können die einzelnen Maßnahmen die beabsichtigte Wirkung entfalten.

Neue Wettbewerbsordnung schafft faire Wettbewerbsbedingungen

Neuer ordnungspolitischer Rahmen für den Wettbewerb der Krankenkassen gibt Rechtsklarheit

Es ist zu begrüßen, dass der ordnungspolitische Rahmen des Wettbewerbs der Krankenkassen gesetzlich in einer Weise normiert wird, dass daraus Verhaltenserwartungen an die Krankenkassen ableitbar sind. Es ist konsequent, die Verhaltenserwartungen weitgehend zu konkretisieren. Soweit dies durch eine spezifische Rechtsverordnung über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen geschieht, entsteht eine sehr viel größere, weil rechtsverbindliche Relevanz, als im Rahmen der bisherigen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden. Hier ist jedoch zu fordern, dass die gesetzlichen Krankenkassen vor dem Erlass einer Rechtsverordnung beteiligt, zumindest aber angehört werden.

Es ist zu begrüßen, dass den gesetzlichen Krankenkassen ausdrücklich die Möglichkeit zur Werbung zuerkannt wird. Eine diesbezügliche gesetzliche Grundlage fehlte bisher.

Gut ist auch, dass die gesetzlichen Krankenkassen sicherstellen müssen, dass Arbeitsgemeinschaften oder Dritte, die zu Zwecken des Wettbewerbs und insbesondere der Werbung beauftragt werden, ebenfalls die relevanten Vorschriften einhalten. Die Regelung zur Buchung der Werbekosten (§ 4a Absatz 6) war bereits Bestandteil des bisherigen § 4 SGB V.

Die weitgehende gesetzliche Normierung des Wettbewerbsverhaltens der gesetzlichen Krankenkassen erfordert adäquate Möglichkeiten der Rechtsverfolgung. Insoweit ist die Ausweitung des Unterlassungsanspruchs im Hinblick auf unzulässige Werbemaßnahmen gesetzlicher Krankenkassen folgerichtig. Die in § 4a Satz 2 bis 8 aufgenommenen Verfahrensregelungen sind an § 12 Absatz 1 bis 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) angelehnt. Anstelle der Anordnung der entsprechenden Geltung der UWG-Vorschriften werden die anwendbaren Regeln nun ausdrücklich ausgeführt und an die sozialprozessualen Bestimmungen angepasst. Hiermit verbunden ist auch die ausdrückliche Möglichkeit eines einstweiligen Rechtsschutzes. Die erweiterten Möglichkeiten der Rechtsverfolgung von Wettbewerbsverstößen werden begrüßt.

Die in dem neu aufgenommenen § 4a Absatz 7 SGB V geregelten Unterlassungsansprüche der Krankenkassen untereinander wegen wettbewerbswidrigen Verhaltens fallen – wie bisher bereits die Ansprüche nach § 4 Absatz 3 Satz 2 SGB V – in die Rechtswegzuständigkeit der Sozialgerichte. Mit der Regelung wird für Wettbewerbsstreitigkeiten der Krankenkassen die gleiche Rechtswegzuständigkeit verfügt wie bei aufsichtsrechtlichen Streitigkeiten. Dies erscheint sachgerecht, zumal hierdurch dem Umstand Rechnung getragen wird, dass es sich bei diesen Streitigkeiten um öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne des § 51 Absatz 1 Nummer 2 des Sozialgerichtsgesetzes handelt.

Verbesserung der Transparenz, Abstimmung und Kooperation zwischen den Aufsichtsbehörden auf Bundes- und Landesebene

Aus wettbewerblichen Gründen ist es aus Sicht der Ersatzkassen wichtig, dass die Rahmenbedingungen bei der Aufsichtspraxis für bundes- und landesunmittelbare Kassen einheitlich und verbindlich sind. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb. Die Gesetzesänderung für eine bessere Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden ist ein richtiger Schritt. Dieser reicht jedoch bei weitem nicht aus. Wirksamer wäre eine alleinige Zuständigkeit für alle RSA-Prüfungen (einschließlich § 20 (neu) RSAV) für alle Kassen durch das Bundesversicherungsamt (BVA). Dies gilt ebenso für alle Wettbewerbsthemen inkl. der Genehmigung von Satzungen. Bereits heute kommen dem BVA – jenseits der üblichen gegliederten Aufsichtszuständigkeiten mit eigenständigen Prüfgruppen – spezielle Prüfkompetenzen in alleiniger Verantwortung zu. So kommt dem BVA auf der Grundlage von § 273 SGB V die Aufgabe der Prüfung der Datengrundlagen und Datenmeldungen für den RSA sowohl für die bundes- als auch landesunmittelbaren Krankenkassen zu. Zudem übernimmt das BVA auf Grundlage von § 271 SGB V kassenartenübergreifend die treuhänderische Verwaltung des Gesundheitsfonds einschließlich der hiermit verbundenen Prüfaufgaben. Den Landesaufsichten kämen in der Folge keine Aufgaben im Hinblick auf RSA-Prüfungen zu.

Weiterentwicklung des Morbi-RSA setzt die richtigen wettbewerblichen Impulse

Die Ersatzkassen begrüßen die weitgehend ausgewogenen Regelungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Nur als Gesamtpaket können die einzelnen Maßnahmen die beabsichtigte Wirkung entfalten und den Wettbewerb stärken.

Einführung einer Regionalkomponente in den RSA

Die Ersatzkassen halten die Einführung einer Regionalkomponente für zwingend geboten und begrüßen den vorgelegten Entwurf. Das vorgeschlagene „regional-statistische Direktmodell“ ohne angebotsorientierte Faktoren des Wissenschaftlichen Beirats ist geeignet, den festgestellten regionalen RSA-Verzerrungen deutlich entgegenzuwirken. Dauerhaft sollte dieses Modell weiterentwickelt werden.

Einführung eines Krankheitsvollmodells

Die Ersatzkassen halten die Einführung eines Krankheitsvollmodells – wie jetzt vorgesehen – nur dann für vertretbar, wenn

- ausgeschlossen werden kann, dass die Einnahmeoptimierung durch Diagnosebeeinflussung sogar noch ausgeweitet wird,
- die neuen Krankheiten so stark zusammengefasst werden, dass das Überdeckungsproblem Multimorbider und das Verzerrungsproblem im Griff bleibt.

Die ab dem Klassifikationsverfahren 2020 umgesetzten Alterssplits für hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) und die mit der Reform einzuführende Manipulationsbremse (siehe unten) sowie weitere Maßnahmen zur Reduzierung von Kodieraktivitäten, können nur in diesem Gesamtpaket als sachgerecht betrachtet werden. Zwingend ist, dass durch ein Vollmodell die Über- und Unterdeckungen zwischen den Kassen deutlich abgebaut werden.

Einführung eines Risikopools

Die Zuweisungen, die Krankenkassen für extrem teure, akute Krankheitsfälle sowie beim Einsatz von Arzneimittelinnovationen erhalten, decken die entstehenden Ausgaben nicht ab. Um dem Ziel des Morbi-RSA – dem Ausgleich finanzieller Belastungen zwischen Krankenkassen, die durch die Versichertenstruktur verursacht werden – gerecht zu werden, ist es sachgerecht, Hochkostenfälle solidarisch durch einen Risikopool auszugleichen.

Durch den Schwellenwert in Höhe von 100.000 Euro und dem Selbstbehalt in Höhe von 20 Prozent wird dafür gesorgt, dass für die Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten besteht.

Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im RSA

Statt der bisherigen pauschalen Berücksichtigung eines durchschnittlichen Arzneimittelrabattfaktors je Krankenkasse sollen die tatsächlichen Arzneimittelausgaben in die Berechnung einfließen. Das beseitigt auf Rabatte zurückgehende Wettbewerbsverzerrungen auf Krankenkassenebene.

Streichung der Erwerbsminderungsgruppen (EMG)

Die Streichung der EMG-Zuschläge wird begrüßt. Die Zuweisungen stehen dann richtigerweise zur Verteilung nach Alter, Geschlecht und Morbidität zur Verfügung. Die im RSA angestrebte Morbiditätsorientierung wird somit konsequenter umgesetzt.

Beibehaltung der DMP-Programmkostenpauschale unsystematisch

Die Ersatzkassen bedauern, dass die Streichung der DMP-Programmkostenpauschale zurückgenommen wurde. In einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi-RSA haben derart gestaltete Zuweisungen aus Sicht der Ersatzkassen grundsätzlich keinen Platz.

Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA

Die Ersatzkassen begrüßen alle Maßnahmen, die die Manipulationsmöglichkeiten im Morbi-RSA begrenzen. Die Einführung von Kodierrichtlinien im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TVSG) war ein wichtiger Schritt. Es ist konsequent, dass nun vertragliche Regelungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen generell unterbunden werden, „in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen" vorgesehen würden. Konsequent gilt dieses Verbot auch für kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Gesamtverträge.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Manipulationsbremse im RSA-Jahresausgleich wird vom vdek unterstützt. Sie ist ein geeignetes Präventionsinstrument, um mit auffälligen Morbiditätsgruppen umzugehen. Die laufend vorgesehene Wirkungsanalyse durch den wissenschaftlichen Beirat beim BVA wird ebenfalls begrüßt. Die Manipulationsbremse ist ein neues Instrument zur Dämpfung von Manipulationsanreizen. Sie ist zur Flankierung des vorgesehenen Vollmodells zwingend erforderlich.

Neben der präventiven Wirkung der Manipulationsbremse sieht der Gesetzentwurf vor, jegliche Kodieranreize in Verträgen zur besonderen Versorgung von Versicherten auszuschließen. Mit den vorgesehenen Ergänzungen in den §§ 73b und 140a SGB V sind generell vertragliche Regelungen unzulässig, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen werden. Ärzte sollen ihre Diagnosestellung allein anhand von medizinischen Gesichtspunkten vornehmen und dürfen dabei in keiner Weise durch finanzielle Anreize beeinflusst werden. Dies bewerten die Ersatzkassen positiv.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass eindeutige Regelungen notwendig sind, um sämtliche Umgehungsstrategien in Verträgen zu eliminieren. Bei den Verhandlungen zur Neufassung von Selektivverträgen im Zuge des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) ist deutlich geworden, dass die bisherige Regelung zu unterschiedlichen Interpretationen sowohl unter den Vertragspartnern als auch bei den jeweiligen Aufsichtsbehörden geführt hat. So wurden Regelungen in Verträgen identifiziert, die dazu geeignet sein können, über zusätzliche Vergütungen Kordieranreize zu setzen, um auf diese Weise die Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen.

Der Gesetzentwurf regelt ausdrücklich, dass weiterhin Verträge nach § 140a und §73 b möglich sind, in denen die Vertragspartner die medizinischen Voraussetzungen zur 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 zu knüpfen. So wird sichergestellt, dass auch nur diejenigen Patientinnen und Patienten, die die medizinischen Voraussetzungen erfüllen, entsprechende Leistungen erhalten. Zudem bedarf es keiner Listen mit Diagnosen in Verträgen. Dies haben bundesweit geöffnete Krankenkassen bereits unter Beweis gestellt, indem sie ihre Verträge gemäß der Intention des Gesetzgebers an die HHGV-Regelungen angepasst haben. Die Vertragsanpassungen wurden durch das BVA genehmigt.

Nach Ansicht des vdek ist daher die Behauptung, dass die Verschärfung Verträge zur gezielten Versorgung von Versicherten mit bestimmten Erkrankungen unmöglich macht, falsch.

Stärkung von Präventionsanreizen durch den RSA

Eine Vorsorge-Pauschale in den RSA zur Stärkung der Präventionsorientierung aufzunehmen, ist ein interessanter Ansatz, der ein grundsätzlich neues Element in der bisherigen Systematik des RSA als reines Finanzausgleichsverfahrens darstellt. Die vorgeschlagene Realisierung ist jedoch durchaus sachgerecht, da nur individuelle Vorsorgeleistungen aus der Regelversorgung, die ihre Geeignetheit und Effizienz unter Beweis gestellt haben, in die Förderung eingehen.

Regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA

Die regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA alle vier Jahre sowie die damit einhergehenden Vorschriften zur Regelung der Vergütung des wissenschaftlichen Beirats sind sachgerecht.

Organisationsänderungen im GKV-Spitzenverband sind zu weitgehend

Richtigerweise verzichtet der Gesetzgeber darauf, die Vertreterinnen und Vertreter der sozialen Selbstverwaltung aus dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) zu nehmen. Allerdings wird deren Zahl von heute 52 auf künftig höchstens 40 verringert. Auf den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat müssen sich mindestens 40 Prozent Frauen und 40 Prozent Männer befinden. Es ist gut, dass der Gesetzentwurf von seinen ursprünglichen Formulierungen abrückt und die Selbstverwaltung im GKV-SV weiterhin im Verwaltungsrat eine zentrale und entscheidende Rolle spielt.

Es ist nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen eine Reduzierung der Anzahl der Mitglieder des Verwaltungsrats notwendig ist. Nach aktueller Rechtslage ist bei der Verteilung der Sitze zwischen den sechs Kassenarten eine größtmögliche Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart anzustreben. Eine Reduktion der Mitgliederzahl schränkt den notwendigen Spielraum zur Annäherung unnötig ein. Es ist zu erwarten, dass die auf dieser Grundlage neu zu berechnende Sitzverteilung ab 2023 die Marktverhältnisse in der GKV schlechter abbilden wird, als dies heute der Fall ist. Der vdek fordert daher, die gesetzlich derzeit festgelegte Höchstzahl von

52 Sitzen für den Verwaltungsrat des GKV-SV beizubehalten. Ausdrücklich begrüßen die Ersatzkassen hingegen die Stärkung des Frauenanteils.

Für die Entscheidungsfindung bei operativen Versorgungsfragen soll dem GKV-SV ein Lenkungs- und Koordinationsausschuss (LKA) an die Seite gestellt werden, in dem von jeder Kassenart je zwei Personen aus dem hauptamtlichen Vorstand einer zugehörigen Kasse Platz nehmen (Knappschaft und Landwirtschaftliche Krankenkasse je eine Person). Ein Sitz muss von einer Frau, der andere Sitz von einem Mann eingenommen werden. Steht keine weibliche Vorstandsperson für die Aufgabe zur Verfügung, bleibt der Platz unbesetzt.

Fazit

Die vorgesehenen Neuregelungen führen zu einer erheblichen Kompetenzeinschränkung der bestehenden Organe Verwaltungsrat und Vorstand des GKV-SV und werden deshalb von den Ersatzkassen abgelehnt.

Die Änderungen würden dazu führen, dass

- die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-SV nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt wären – Letztlich wird ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert,
- ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-SV nicht durchgängig gewährleistet ist,
- Entscheidungen des GKV-SV häufiger verzögert oder blockiert werden können,
- insgesamt die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des GKV-SV (und damit in der Folge der gemeinsamen Selbstverwaltung) gemindert werden können.

Die Ersatzkassen schlagen deshalb vor, einen Beratungs- und Koordinierungsausschuss als zusätzliches Organ einzurichten. Dieser soll vor Entscheidungen des Vorstandes zu Versorgungs- und Vergütungsverträgen Empfehlungen abgeben können. Der Vorstand soll die Empfehlungen bei seinen Entscheidungen berücksichtigen. Außerdem sollen dem Beratungs- und Koordinierungsausschuss zusätzlich je eine weitere Vertreterin oder ein weiterer Vertreter auf hauptamtlicher Vorstandsebene aus den Kassenarten angehören können.

Das umfangreiche Maßnahmenpaket ist die richtige Weichenstellung für eine Beseitigung von Verwerfungen im heutigen RSA. Das GKV-FKG setzt wichtige Akzente für eine Stabilisierung und Weiterentwicklung des Wettbewerbs in der GKV zum Nutzen von Patientinnen und Patienten. Allerdings muss im weiteren Gesetzgebungsverfahren darauf geachtet werden, dass nur das Gesamtpaket eine gute Lösung ist. Wenn einzelne Elemente aus diesem Gesamtkonzept herausgebrochen werden, besteht die Gefahr, dass diese Reform und ihre angedachten Wirkungen geschmälert werden. Zusätzlich muss die RSA-Reform schnell umgesetzt werden.

Ergänzender Regelungsbedarf

Neben den Reformelementen des Morbi-RSA plädierend die Ersatzkassen für weitere Änderungen, die im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-FGK berücksichtigt werden sollten.

Freiwillige Hilfen

Im Entwurf des GKV-FKG ist vorgesehen, die Primärhaftung der Krankenkassen einer Kassenart aufzuheben, sodass von vornherein alle Krankenkassen in der GKV für Haftungsfälle gleichermaßen einzutreten haben. Die Konsequenz aus dieser Streichung ist auch, dass generell keine freiwilligen Hilfen zwischen Krankenkassen mehr möglich sind - auch nicht zur Sicherung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit. Damit entfällt jeglicher Anreiz für eine Haftungsprävention in der GKV, denn es wird nach bisherigem Stand der Neuregelung auf GKV-Ebene keine Möglichkeit vorgesehen, entsprechende Hilfen zwischen einzelnen Krankenkassen zu leisten. Die Haftungsprävention ist hier immer als kollektive Gemeinschaftsaufgabe aller Kassen gedacht. Es ist zu vermuten, dass für präventive Hilfen auf dieser Basis allerdings praktisch keine Bereitschaft besteht.

Bei einer Neugestaltung des Haftungssystems sollte jedoch an erster Stelle das Ziel stehen, Schließungen oder Insolvenzen von Krankenkassen zu vermeiden. Die Haftungsprävention muss deshalb im Interesse der Versicherten einer von Schließung oder Insolvenz bedrohten Krankenkasse sowie zum Erhalt des Vertrauens in die Funktionsfähigkeit und Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung im Mittelpunkt stehen. Daher ist es aus Sicht der Ersatzkassen erforderlich, freiwillige finanzielle Hilfen zwischen einzelnen Krankenkassen zur Haftungsprävention auch weiterhin zu ermöglichen. Dazu ist eine gesetzliche Grundlage notwendig.

- **Vgl. ergänzenden Änderungsbedarf, S. 35.**

Mindestreserve der Krankenkassen

Im Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-BRG) ist eine Änderung des § 271 SGB V bezüglich der Höhe der Mindestreserve der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorgesehen. Mit der Änderung wird die Mindestreserve der liquiden Mittel des Gesundheitsfonds abgesenkt.

Die Liquiditätsreserve dient dazu, unterjährige Einnahmeschwankungen im Fonds aufzufangen. Die Mindestreserve der liquiden Mittel des Gesundheitsfonds lag auf Basis der bislang geltenden Untergrenze von 25 Prozent einer Monatsausgabe im Jahr 2020 bei rund 5,4 Milliarden Euro. Mittel in dieser Höhe werden zur Absicherung der unterjährigen Einnahmeschwankungen des Gesundheitsfonds jedoch nicht benötigt. Eine Mindestreserve in Höhe von 20

Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben ist ausreichend, um unterjährige Einnahmeschwankungen abzusichern.

Aus Sicht der Ersatzkassen gilt diese Betrachtung uneingeschränkt auch für die Höhe der Mindestreserve bei den Rücklagen der Krankenkassen. Durch die monatlich gleichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen sind unterjährige Einnahmeschwankungen bei den Kassen vollständig ausgeglichen. Deshalb plädiert der vdek für eine analoge Absenkung der Mindestreserve der Kassen von derzeit 25 Prozent auf 20 Prozent einer Monatsausgabe.

- **Vgl. ergänzenden Änderungsbedarf, S. 37.**

2. Kommentierung des Gesetzentwurfs

Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 5 Nr. 2
§ 4a (Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung
Die neu aufgenommene Rechtsnorm im zukünftigen § 4a SGB V gibt den ordnungspolitischen Rahmen des Wettbewerbs der Krankenkassen vor, indem er einerseits dessen Ziele benennt und andererseits dessen aus sozialpolitischen Prinzipien begründete Grenzen beschreibt, aus denen konkrete Verhaltensregelungen für den Wettbewerb der Kassen untereinander abgeleitet werden.

Bewertung
Die Ersatzkassen begrüßen, dass der ordnungspolitische Rahmen des Wettbewerbs der Krankenkassen gesetzlich in einer Weise normiert wird, dass daraus Verhaltenserwartungen an die Krankenkassen ableitbar sind. Es ist konsequent, die Verhaltenserwartungen weitgehend zu konkretisieren. Soweit dies durch eine spezifische Rechtsverordnung über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen geschieht, entsteht eine sehr viel größere, weil rechtsverbindliche, Relevanz als im Rahmen der bisherigen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden. Dabei sollte die Ermächtigung beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verbleiben und nicht auf das BVA übertragen werden können.

Nach den Wettbewerbsgrundsätzen sind von der Begrenzung der Werbeausgaben die allgemeinen Werbemaßnahmen (Randziffer 17 der Grundsätze) erfasst. Für die Aufwandsentschädigungen an externe Dienstleister gibt es einen eigenen, ebenfalls über die Wettbewerbsgrundsätze festgelegten, Wert (Randziffer 35a der Grundsätze). Die Ersatzkassen halten es für sachlich und fachlich geboten, diese Unterscheidung auch im Gesetzestext weiterhin darzustellen und empfehlen, in Absatz 5 Ziffer 2 das Wort *„einschließlich“* durch das Wort *„sowie“* zu ersetzen.

Änderungsvorschlag
§ 4a Absatz 4 Satz 2 wird gestrichen.

In § 4a Absatz 4 Ziffer 2 wird das Wort *„einschließlich“* durch das Wort *„sowie“* ersetzt.

Beabsichtigte Neuregelung
Beim GKV-SV soll als zusätzliches gesetzliches Organ ein LKA gebildet werden:

- Der LKA soll sich zusammensetzen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Knappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkasse (insgesamt zehn Mitglieder).
- Die Mitglieder des LKA werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund gewählt; ihr Stimmenanteil bemisst sich nach den Versichertenzahlen der Mitgliedskassen ihrer Kassenarten.
- Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen bedürfen der Zustimmung des LKA. Der LKA kann alleine keine verbindlichen Entscheidungen treffen.
- Der LKA kann im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten. In einer Geschäftsordnung kann er das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat regeln.
- Der LKA kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. Fordert der Verwaltungsrat mit der Mehrheit seiner Stimmen eine Stellungnahme des LKA an, muss der LKA die angeforderte Stellungnahme abgeben. Mitglieder des LKA sind berechtigt, an nichtöffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilzunehmen.

Bewertung
Die vorgesehene Neuregelung führt zu einer erheblichen Kompetenzeinschränkung der bestehenden Organe Verwaltungsrat und Vorstand.

In ihrer Koalitionsvereinbarung haben sich CDU/CSU und SPD auf das politische Ziel verständigt, die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu stärken. Die im Kabinettentwurf vorgeschlagene Schaffung eines mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten LKA bewirkt mit Blick auf die soziale Selbstverwaltung das Gegenteil. Entsprechend stößt dieser Vorschlag bei den Spitzenorganisationen der Sozialpartner, insbesondere dem Deutschen Gewerkschaftsbund und der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, ebenso auf berechtigte Kritik und Ablehnung, wie bereits zu den im Referentenentwurf formulierten Vorschlägen zur gänzlichen Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband.

Im Ergebnis führen diese Änderungen dazu, dass

- die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-SV auf der operativen, aber auch auf der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung,

nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt wären – letztlich wird ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert,
- ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-SV nicht durchgängig gewährleistet ist,
- Entscheidungen des GKV-SV häufiger verzögert oder blockiert werden können,
- insgesamt die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des GKV-SV (und damit in der Folge der gemeinsamen Selbstverwaltung) gemindert werden können.

Verwaltungsrat

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

Es erschließt sich nicht, warum keine Teilnahme der Vorsitzenden des Verwaltungsrates an den Sitzungen des LKA vorgesehen ist.

Vorstand

Der Vorstand hat nach geltendem Recht den Spitzenverband zu verwalten und umfassend gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten (siehe § 217b Absatz 2 Satz 4 SGB V). Der Vorstand hat damit eigenständig das gesamte operative Geschäft des Verbandes zu verantworten. Durch die vorgesehene Neuregelung wird die Gestaltungskompetenz des Vorstands wesentlich eingeengt. Das in § 217b Absatz 5 Satz 1 n.F. vorgesehene Zustimmungserfordernis ist derart umfassend („sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbaren Entscheidungen“), dass – bei stringenter, umfassender Übernahme der Beteiligungsmöglichkeiten durch den LKA – bedeutend weniger Raum bleibt für eigenständige, verantwortungsbewusst abgewogene Entscheidungen des Vorstands. Die Kernaufgabe des Vorstands, die verantwortliche Führung des operativen Geschäfts, wird wesentlich eingeschränkt.

Dieser Bewertung steht nicht entgegen, dass der LKA im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten kann oder in einer Geschäftsordnung das Nähere zum

Verfahren und zur Beschlussfassung festlegen und damit auch seine Beteiligungsrechte begrenzen könnte. Denn über die Geschäftsordnung bestimmt der LKA selbst, wenn auch im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat.

Wettbewerbsperspektive im LKA

Mit dem LKA werden die Vorstandsmitglieder von Krankenkassen in der Governance-Struktur des GKV-SV verankert, die aufgrund ihrer gesetzlichen Aufgaben primär im Blick haben müssen, ihre jeweiligen Versicherungsträger im Sinne ihrer Mitglieder im Wettbewerb der Krankenkassen erfolgreich auszurichten. Naturgemäß wird ihre Arbeit am Erfolg ihrer jeweiligen Krankenkasse (Mitgliederentwicklung, finanzielle Stabilität) gemessen; entsprechend haben sie im Ergebnis wettbewerbliche Interessen zu verfolgen. Diese Interessenlagen können aber innerhalb der Krankenkassenlandschaft (Kassenarten) naturgemäß voneinander abweichen. Die Hervorhebung der Wettbewerbsperspektive mit der Etablierung des LKA birgt daher die Gefahr, dass bei Entscheidungen, die für die Gesamtheit des GKV-Systems von wesentlicher Bedeutung sind, Verzögerungen und Blockaden wahrscheinlicher werden.

Rechtsnormen nicht klar und widerspruchsfrei

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

Fazit

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

Änderungsvorschlag

In § 217b werden folgende Absätze 4 bis 6 angefügt:

„(4) Der Verwaltungsrat bildet zur Beratung des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss. 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 3 nicht erfolgen, bleibt der entsprechende Sitz frei. Dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss können zusätzlich je eine weitere Vertreterin oder ein weiterer Vertreter auf hauptamtlicher Vorstandsebene aus den Kassenarten der Orts-, Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen angehören. 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) Vor Entscheidungen des Vorstandes zu Versorgungs- und Vergütungsverträgen soll der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss Empfehlungen abgeben. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann im Einzelfall auf die Abgabe von Empfehlungen verzichten. Der Vorstand soll die Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses bei seinen Entscheidungen berücksichtigen; weicht der Vorstand von den Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses ab, hat er dies schriftlich zu begründen. Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses regelt der Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung. 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. Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates sind berechtigt, an den Sitzungen des Lenkungs-und Koordinierungsausschusses teilzunehmen."

Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung reduziert von der nächsten Neuwahl des Verwaltungsrates des GKV-SV nach den Sozialwahlen 2023 in Verbindung mit dem neu geschaffenen § 327 SGB V die Höchstzahl der Mitglieder im Verwaltungsrat des GKV-SV von 52 auf 40. Bei der Aufstellung der Wahllisten soll zukünftig außerdem eine doppelte Geschlechterquote von jeweils 40 Prozent für beide Geschlechter gelten.

Bewertung

Die Reduzierung der Höchstzahl der Sitze auf 40 ist sachlich nicht nachvollziehbar. Es ist kein Grund bekannt, der eine Reduzierung notwendig macht. Vielmehr schränkt dies den Spielraum auf unnötige Weise ein, wie gesetzlich gefordert bei der Verteilung der Sitze zwischen den sechs Kassenarten eine größtmögliche Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart zu erreichen. Es ist zu erwarten, dass die auf dieser Grundlage neu zu berechnende Sitzverteilung ab 2023 die Marktverhältnisse in der GKV schlechter abbilden wird, als dies heute der Fall ist. Die gesetzlich derzeit festgelegte Höchstzahl von 52 Sitzen für den Verwaltungsrat des GKV-SV sollte erhalten bleiben.

Die Einführung einer Quote für beide Geschlechter von jeweils 40 Prozent für Vorschlagslisten zum Verwaltungsrat des GKV-SV wird grundsätzlich befürwortet. Die doppelte Quote kann von Vorschlagslisten mit nur einem oder genau drei Kandidaten nicht eingehalten werden. Die Regelung führt also dazu, dass Vorschlagslisten in Zukunft zwei oder mehr als drei Kandidaten enthalten müssen, um beide Quoten einhalten zu können. Dies ist grundsätzlich umsetzbar und stellt kein generelles Problem bei der Listenaufstellung dar. In diesem Punkt besteht daher kein Änderungsbedarf.

Änderungsvorschlag

Nummer 15 a) wird gestrichen.

Beabsichtigte Neuregelung
Schon bisher hat eine Aufsichtsbehörde gemäß § 70 SGB IV die Möglichkeit, eine Vorabgenehmigung des Haushaltsplanes zu verlangen. Der Entwurf des Haushaltsplanes muss dann bis zum 1. November eines Jahres vorgelegt werden. Die hier vorgeschlagene Regelung sorgt dafür, dass dieser Sachverhalt nun im SGB V geregelt wird und die optional ausgestaltete Vorlage des Haushaltsplanes sich in eine Pflicht zur Vorlage des Haushaltsplanes gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit bereits zum 1. Oktober eines Jahres verwandelt. Zusätzlich werden durch § 69 SGB IV die Maßstäbe der sparsamen Rechnungsführung und andere Grundsätze auch für den GKV-SV in Anwendung gebracht, die bisher schon für alle Sozialversicherungsträger gelten.

Bewertung
Es ist kein sachlicher Grund bekannt, der eine Verschärfung der Vorlagepflichten für die Haushaltsplanung des GKV-Spitzenverbandes notwendig macht. Vielmehr signalisiert diese Verschärfung ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber dem Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung im GKV-SV. Die Verschärfung der Vorlagepflicht sollte daher entfallen.

Änderungsvorschlag
Die Regelung wird gestrichen.

Beabsichtigte Neuregelung
Zu a) Der Vorstand des GKV-SV muss dem Bundesministerium für Gesundheit in Zukunft berichten, wenn die gesetzlich zugewiesenen Aufgaben nicht rechtzeitig umgesetzt werden.

Bewertung
Es ist kein sachlicher Grund bekannt, der eine solche Verschärfung der Berichtspflichten für den Vorstand des GKV-SV notwendig macht. Die neue Berichtspflicht sollte daher entfallen.

Änderungsvorschlag
Die Regelung wird gestrichen.

Beabsichtigte Neuregelung
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. Eine gesonderte Risikogruppe für Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 SGB VI gemindert ist, wird nicht mehr gebildet. Außerdem wird durch die Streichung der bisherigen Beschränkung der Krankheiten auf 50 bis 80 die Einführung eines Vollmodells umgesetzt. Neu eingeführt wird der Ausgleichsfaktor „Regionale Merkmale“. 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 sollen kassenbezogene regionale Über- und Unterdeckungen abgebaut werden, während die negative Wirkung auf Wirtschaftlichkeitsanreize gering ausfällt.

Bewertung
Die grundsätzliche Neustrukturierung der §§ 266 bis 268 mit der einhergehenden Vereinheitlichung ist zu begrüßen, da gegenstandslos gewordene Regelungen aufgehoben werden und die Übersichtlichkeit erhöht wird. Die damit einhergehenden Änderungen erscheinen sachgerecht.

Zu den konkreten Reformmaßnahmen im RSA:

- Streichung EMG: Die Streichung der EMG-Zuschläge wird begrüßt. Die Zuweisungen stehen dann richtigerweise zur Verteilung nach Alter, Geschlecht und Morbidität zur Verfügung. Die im RSA angestrebte Morbiditätsorientierung wird somit konsequenter umgesetzt.
- Vollmodell: Die Ersatzkassen halten die Einführung eines Krankheitsvollmodells – wie jetzt vorgesehen – nur dann für vertretbar,
  - wenn ausgeschlossen werden kann, dass die Einnahmeoptimierung durch Diagnosebeeinflussung sogar noch ausgeweitet wird,
  - wenn die neuen Krankheiten so stark zusammengefasst werden, dass das Überdeckungsproblem Multimorbider und das Verzerrungsproblem im Griff bleibt.

  Die ab dem Klassifikationsverfahren 2020 umgesetzten Alterssplits für HMG und die mit der Reform einzuführende Manipulationsbremse (siehe unten) sowie weitere Maßnahmen zur Reduzierung von Kodieraktivitäten, können nur in diesem Gesamtpaket als sachgerecht betrachtet werden. Zwingend ist, dass durch ein Vollmodell die Über- und Unterdeckungen zwischen den Kassen deutlich abgebaut werden.
- Regionalkomponente: Die Ersatzkassen halten die Einführung einer Regionalkomponente für zwingend geboten und begrüßen den vorgelegten Entwurf. Das vorgeschlagene „regional-statistische Direktmodell“ ohne

angebotsorientierte Faktoren des Wissenschaftlichen Beirats ist geeignet, den festgestellten regionalen RSA-Verzerrungen deutlich entgegenzuwirken. Dauerhaft sollte dieses Modell weiterentwickelt werden.

- Risikopool (siehe auch § 268 SGB V): Die Zuweisungen, die Krankenkassen für extrem teure, akute Krankheitsfälle sowie beim Einsatz von Arzneimittelinnovationen erhalten, decken die entstehenden Ausgaben nicht ab. Um dem Ziel des Morbi-RSA – dem Ausgleich finanzieller Belastungen zwischen Krankenkassen, die durch die Versichertenstruktur verursacht werden – gerecht zu werden, ist es daher sachgerecht, Hochkostenfälle solidarisch durch einen Risikopool auszugleichen.
  Durch den Schwellenwert in Höhe von 100.000 Euro und dem Selbstbehalt in Höhe von 20 Prozent wird dafür gesorgt, dass für die Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten besteht.
- Manipulationsbremse: Die vorgesehene Manipulationsbremse im RSA-Jahresausgleich ist ein sinnvoller Weg, mit Morbiditätsgruppen umzugehen, deren Besetzung auffällig zunimmt. Damit wird ein neues Instrument zur Dämpfung von Manipulationsanreizen eingeführt und eine zusätzliche Unsicherheit bzgl. der Profitabilität von Kodieraktivitäten geschaffen. Dies ist zur Flankierung des vorgesehenen Vollmodells zwingend erforderlich.

Die regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA alle vier Jahre sowie die damit einhergehenden Vorschriften zur Regelung der Vergütung des wissenschaftlichen Beirats sind sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Dauerhaft sollte das Modell einer Regionalkomponente weiterentwickelt werden.

Beabsichtigte Neuregelung

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 3 Satz 2:
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 BVA. Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist vom Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden.

Bewertung

zu § 267 Absatz3 Satz 2:
Die Praxis der Datenmeldung im RSA wird unnötig erschwert, da ausschließlich der Beauftragte für den Datenschutz den Pseudonymisierungsschlüssel aufbewahren darf. Eine allgemeinere Regelung sollte hier die notwendige Datensicherheit ebenfalls gewährleisten.

Die Erhebung der Leistungsausgaben dreier Vorjahre im Rahmen der Datenerhebung zum Jahresausgleich 2019 ist ebenso zu akzeptieren, da sie der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats entspricht, den Zusammenhang zwischen Leistungsausgaben im Ausgleichsjahr und den Vorjahren näher zu untersuchen. Zur Umsetzung dieser Prüfung ist es allerdings erforderlich, eine Verknüpfung von Versichertenhistorien über mehr als zwei Jahre herzustellen.

Änderungsvorschlag

§ 267 Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bei den Krankenkassen wird der Pseudonymisierungsschlüssel durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicher aufbewahrt und verwaltet.“

Zu Artikel 5 Nr. 28
§ 293a (Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Sicherung der Datengrundlagen für den RSA wird das BVA durch die Neuregelung beauftragt, für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V oder über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V eine Vertragstransparenzstelle einzurichten. Die Vertragstransparenzstelle soll beim BVA eingerichtet werden und dem Zweck der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273 und der Information der Öffentlichkeit dienen. Hierzu wird durch das BVA ein Verzeichnis aller o. g. Verträge erstellt, welches monatlich aktualisiert und im Internet veröffentlicht wird. Jeder Vertrag wird durch eine Vertragsnummer gekennzeichnet. Zukünftig soll als wesentliches Element insbesondere die Vertragsnummern nach § 293a Absatz 1 Satz 4 übermittelt werden, um die Zuordnung der Abrechnungsdaten zu der jeweils zugrundeliegenden Vertragsform zu ermöglichen. Damit wäre Auffälligkeiten der jeweiligen Vertragsform zuordenbar. Das Nähere zur Ausgestaltung des Verzeichnisses bestimmt das BVA. Die Krankenkassen werden verpflichtet, dem BVA auf Anforderung die zum Aufbau des Verzeichnisses notwendigen Daten zu melden. Veränderungen am Vertragsbestand müssen eigenständig durch die Krankenkassen gemeldet werden. Die Vertragsnummern müssen im Rahmen der Abrechnung nach § 295 Absatz 1b Satz 1SGB V verwandt werden.

Bewertung

Die Einrichtung einer Vertragstransparenzstelle für Selektivverträge der Krankenkassen wird ausdrücklich begrüßt. Das Verzeichnis wird öffentlich und kann damit Transparenz über die Datenmeldungen schaffen und rechtswidrige Verträge verhindern. Es bietet die Grundlage, statistische Auffälligkeiten in den RSA-Datenmeldungen besser erkennen, bewerten und sanktionieren zu können. Vor diesem Hintergrund begrüßen die Ersatzkassen die Aufnahme der Regelung.

Im Rahmen der Vertragstransparenzstelle sollte jedoch sichergestellt werden, dass auch noch bestehende Altverträge nach §§ 73a 73c SGB V a. F. im Rahmen der Vertragstransparenzstelle erfasst werden. Die ursprünglichen §§ 73a und 73c SGB V sind im Rahmen des GKV-VSG in den § 140a SGB V überführt worden; jedoch werden zum Teil immer noch Verträge nach diesen Paragraphen weitergeführt. Die Regelung zur Vertragstransparenzstelle sollte dahingehend ergänzt werden, dass diese Verträge ebenfalls berücksichtigt werden. Zudem erfolgt an dieser Stelle der Hinweis auf die im Rahmen der Abrechnung nach § 295 Absatz 1b SGB V gebräuchlichen Vertragskennzeichen. Im Rahmen dieser Vertragskennzeichen ist heute schon eine vertragsindividuelle Kennzeichnung erfolgt und im Rahmen der Richtlinie des GKV-SV zur Umsetzung des Datenaustauschs nach § 295 Absatz 1b SGB V spezifiziert. Zur Vermeidung

von zusätzlichen Aufwänden bei Krankenkassen und Leistungserbringern sollte stattdessen das Vertragskennzeichen als Vertragsnummer verwendet werden.

Es sollten Sanktionsregelungen für den Fall eines Verstoßes gegen die Meldepflicht geschaffen werden. Darüber hinaus sollte der Zeitpunkt näher bestimmt werden.

Die Regelung entspricht in verkürzter Form dem ehemals existierenden BQS-Verzeichnis über integrierte Versorgungsverträge. Ob sie zu einer regelhaften präventiven Aufsicht bei Selektivverträgen führt, bleibt abzuwarten.

Im Übrigen wird sich die Ergänzung der Datenmeldungen um die von der Transparenzstelle vergebene Vertragsnummer bei Verträgen nach §§ 73b, 140a SGB V, die keine eigenen, separierbaren Diagnosemeldungen bewirken, sondern nur potenziellen Einfluss auf Diagnosemeldungen der Regelversorgung haben, schwierig. Hier sind Lösungen in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Nr. 1 und 2 SGB V zu finden (Verweis nach aktuellem Recht).

Die zusätzlich bestehende Übermittlungspflicht der Verträge an die Landesministerien gemäß § 71 Absatz 5 SGB V sollte vor dem Hintergrund der durch das Register bestehenden Transparenz entfallen.

Änderungsvorschlag
In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort *„richtet“* die Worte *„bis zum 31.12.2021“* eingefügt.

In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern *„§ 73b“* die Wörter *„§§ 73a, 73c a.F.“* eingefügt.

Beabsichtigte Neuregelung
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 wird 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.

Bewertung
Die Neufassung und -strukturierung des § 30 (alt) in § 7 (neu) ist grundsätzlich sachgerecht. Die Meldung von versichertenindividuellen Arzneimittelrabatten ist begrüßenswert, da durch die differenziertere Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte eine zielgenauere Abbildung der tatsächlich je Versicherten angefallenen Ausgaben ermöglicht wird. In der Folge steigt auch die Zielgenauigkeit des gesamten Verfahrens. Die sehr unterschiedlichen Rabattquoten zwischen hochspezialisierten und sehr weit verbreiteten Medikamenten konnten vorher nicht in der Berechnung berücksichtigt werden. Der Schutz der Rabatthöhe (Grundsatz der Vertraulichkeit der Rabatthöhe) sollte dabei nicht nur für die Durchführung des RSA gelten, sondern auch für Rückmeldungen zur Plausibilität/Fehlerdaten der Satzarten.

Die Einführung einer Korrekturmeldung für die Leistungsausgaben (SA700) zum 15. April des übernächsten Jahres ist sachgerecht, um in der Korrektur des Jahresausgleichs auch eine Korrektur der Zuweisungen für den Risikopool vornehmen zu können, da zeitgleich auch die Meldung zur Korrektur der Versichertenstammdaten (SA110) erfolgt.

Grundsätzlich ist die Neuregelung für die Löschung der Daten mit Ablauf der Prüfung nach § 273 Absatz 2 Satz 1 SGB V des folgenden Kalenderjahres nachvollziehbar. Der neugestaltete § 273 sieht eine zügigere Prüfung durch das

BVA vor, als bislang gelebt. Sollte es wider Erwarten zu keinen kürzeren Prüfzeiten kommen, besteht für die Kassen allerdings die Gefahr entgrenzter und nicht vorhersehbarer Aufbewahrungsfristen. Damit gehen zusätzliche Kosten einher.

Änderungsvorschlag
Für die Aufbewahrungsfristen bleibt es bei der bisherigen Regelung (sechs Jahre nach Ende des Berichtsjahres). Für die Berichtsjahre 2013 und 2014 wird diese auf acht Jahre erhöht.

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

Absatz 4: Das Nähere zum Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3 bestimmt das BVA nach Anhörung des GKV-SV. Hierbei ist insbesondere auch festzulegen, zu welchem Zeitpunkt die Höhe des Schwellenwertes bekanntzugeben ist.

Bewertung
Die Einführung eines Risikopools, der dem normalen Regressionsverfahren vorgeschaltet ist, wird mit dem vorliegenden Entwurf sinnvoll umgesetzt. Es erscheint darüber hinaus sinnvoll, dem GKV-SV auch die Kompetenz zu übertragen, über das in Anlage 1 zur Bestimmung bisher festgelegte Maß hinaus Festlegungen für eine pauschalierte Berücksichtigung bspw. von versichertenbezogenen Rückzahlungen von Leistungserbringern und noch nicht gezahlten Zuzahlungen zu regeln.

Änderungsvorschlag
Absatz 4 wird wie folgt ergänzt:

„Im Rahmen dieser Bestimmung können auch ergänzende Regelungen, insbesondere zum Umgang mit nicht versichertenbezogenen Rückzahlungen von Leistungserbringern an Krankenkassen und noch nicht gezahlten Zuzahlungen nach § 61 SGB V von Versicherten getroffen werden.“

Beabsichtigte Neuregelung

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.

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.

Bewertung

Die Beibehaltung der DMP-Programmkostenpauschale ist nicht sachgerecht, da sie in einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi-RSA grundsätzlich keinen Platz hat. In der vorliegenden Form begrüßen die Ersatzkassen die Einführung einer pauschalen Präventionsförderung.

In der Umsetzung und insbesondere hinsichtlich der Meldung bleiben allerdings einige Punkte offen. Soweit hierzu versichertenbezogene Meldungen von EBM-Abrechnungsziffern notwendig sind, erscheint es sinnvoll, dass der GKV-SV diese Datenmeldungen wie vorgesehen in seiner Bestimmung abschließend regelt. Es wäre zu prüfen, ob eine solche, rein untergesetzliche Regelung für eine versichertenbezogene Meldung rechtlich ausreichend ist.

Änderungsvorschlag

In Absatz 4 werden nach dem Wort *„gibt“* die Worte *„nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes“* eingefügt.

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

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-SV 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 dann nicht im Ausschlussverfahren.

Bewertung
Die Regelung ist sachgerecht. Der GKV-SV sollte über die aufgeführten Gründe hinaus auch für den Fall von Systemumstellungen in der Kodierung (bspw. ICD-11 oder Kodierrichtlinien) die Möglichkeit haben, diese als Begründung für einen Diagnoseanstieg anzuführen.

Änderungsvorschlag
In Absatz 6 werden nach dem Wort *„diagnostisch“* die Worte *„oder durch Systemumstellungen“* eingefügt.

Beabsichtigte Neuregelung
§ 20 entspricht weitgehend dem bisherigen § 42. Es werden redaktionelle Anpassungen aufgrund der Neufassung des Zweiten bis Sechsten Abschnitts vorgenommen.

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 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.

Bewertung
Die Erweiterung des Prüfzyklus von zwei auf drei Jahre erscheint im momentanen Verfahren mit seinen niedrigen Fehlerquoten sinnvoll.

Die Einführung einer Prüfung für die korrigierten Leistungsausgaben (SA700) ist im Zuge der Einführung des Risikopools zu begrüßen, da die Höhe der Ausgaben nun direkt zuweisungsrelevant ist. Eine Beschränkung auf jene Versicherte, die einen Ausgleichsbetrag aus dem Risikopool erhalten, erscheint sachgerecht.

Die Ausnahme des Risikopools von der Ausnahmeregelung in Absatz 5 Satz 3 birgt allerdings die Gefahr erheblicher Hochrechnungsaufwände für minimale Hochrechnungsbeträge, denn völlig fehlerlos blieb fast keine Prüfung des bis 2008 gültigen Risikopools. Dessen Hochrechnung sah deswegen eine Untergrenze vor.

Die jetzige Regelung birgt außerdem die Gefahr eines erheblich höheren Aufwandes für diese Prüfungen. Denn die bis 2008 vorgesehene Untergrenze diente nicht dem „Schutz“ der geprüften Krankenkasse. Vielmehr ist es so, dass der Stichprobenumfang umso höher ausfallen muss, je geringer der Fehler potenziell sein kann, der rechtssicher hochrechenbar sein soll. Wahrscheinlich ist in solchen Fällen regelmäßig ein zweistufiges Verfahren notwendig, um die Fehlerquote erst einmal einzugrenzen und dann durch eine weitere umfangreichere Prüfung tatsächlich festzulegen.

Ein solches zweistufiges Verfahren ist in den bisherigen Prüfungen nur für voraussichtlich tatsächlich hochzurechnende Fälle, die oberhalb des Schwellenwertes liegen, vorgesehen. Heute ist dies eine Ausnahme, ohne Schwellenwert wird es zur Regel.

Die Begründung, dass dies richtig wäre, weil Risikopoolbeträge unmittelbar zahlungswirksam werden, ist unverständlich. Das ist gerade bei Versicherungszeiten nicht anders. Jeder Versichertentag wird unmittelbar zahlungswirksam.

Unverständlich ist, dass der Risikopool jährlich, die beiden anderen Bereiche aber nur alle drei Jahre geprüft werden sollen. In der Gesamtschau besteht die Gefahr, dass die Prüfung eines Bereichs, auf den nur ca. fünf bis zehn Prozent aller Kasseneinnahmen zurückzuführen sein werden, 80 oder 90 Prozent der Prüfkapazitäten bindet. Das ist unproportioniert.

Den Prüfturnus zu lockern, kann späteren Gesetzen vorbehalten bleiben. An dieser Stelle ist es aber erforderlich, zumindest solange eine Untergrenze für Prüfungen des Risikopools vorzusehen, wie noch keine Erfahrungen mit diesen Prüfungen vorliegen.

Änderungsvorschlag
In Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe *„Satz 1“* gestrichen.

Beabsichtigte Neuregelung

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.

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.

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.

Absatz 3: Das BVA wird ermächtigt, die genauen Einzelheiten des Berechnungsverfahrens im Benehmen mit dem GKV-SV festzulegen.

Bewertung

Die Änderungen sind insgesamt sachgerecht. Es sollte allerdings klargestellt werden, dass das BVA bei der Prüfung der Daten nach § 7 Absatz 4 Satz 2 auch die Daten nach § 7 Absatz 4 Satz 1 zu Vergleichszwecken heranziehen kann.

Die beschriebene Ermittlung des Korrekturbetrags entspricht in Grundzügen einem vor kurzem per Bestimmung des BVA erlassenen neuen Verfahrens zur genauen Ermittlung der Korrekturbeträge und ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag

§ 21 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt prüft gemäß § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Datenmeldungen nach § 7 Absatz 4 Satz 2 eines Berichtsjahres. Im Rahmen dieser Prüfung sind auch die Daten nach § 7 Absatz 4 Satz 1 heranzuziehen.“

Änderungsanträge der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache. 19(14)122.1

Zu Änderungsantrag 4 Nr 2.
(Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag zielt auf erweiterte Abgabemöglichkeiten der Apotheken, wenn Rabattvertragsarzneimittel nicht lieferbar sind.

Bewertung

Die Rahmenvertragspartner nach § 129 SGB V haben mit der Neufassung zum 01.07.2019 umfangreiche Abgaberegelungen, im Zusammenhang mit der Bedienung von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V vereinbart. Dabei dürfen die Apotheken von den Vorgaben unter bestimmten Bedingungen (wie zum Beispiel Lieferengpässe) abweichen. Voraussetzung ist die nachvollziehbare Dokumentation. Mit dem vorliegenden Änderungsantrag sollen Apotheken von Ihrer Dokumentationsverpflichtung entlastet werden, ohne dass die Versorgung für die Versicherten dadurch beschleunigt oder auf andere Weise verbessert würde. Der Vorschlag bleibt sogar hinter dem gemeinsamen Verständnis der Vertragspartner zurück, dass Apotheken in solchen Fällen mit einem Arzneimittel versorgen dürfen, das teurer als das ursprünglich verordnete ist. Eine Verbesserung ist dadurch nicht zu erwarten.

Auch wenn man an dem Grundgedanken festhalten wollte, bedürfte die Formulierung einer Konkretisierung. Es ist unklar, ab wann die genannte 24-Stunden-Frist zu laufen beginnt. Rechtssicher umsetzbar ist weder der Verordnungszeitpunkt, noch der Zeitpunkt der Vorlage in der Apotheke, da keines dieser Daten erfasst und im Datenaustausch übermittelt wird.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Beabsichtigte Neuregelung
Durch die Regelung sollen Impfstoffe, die im Rahmen von Satzungsleistungen einer Kasse zur Anwendung kommen, nicht teurer sein als die im Rahmen von Pflichtleistungen Beschafften.

Bewertung
Der Ansatz wird grundsätzlich begrüßt. Jedoch bleibt unklar, wie er konkret umgesetzt werden soll. Der hier formulierte Abschlag richtet sich an den Hersteller, ein Teil des tatsächlich höheren Preises für die bei Satzungsleistungen obligaten Einzelverordnungen resultiert jedoch neben dem Preisunterschied zur Großpackung im Sprechstundenbedarf aus dem deutlich höheren Apothekenhonorar. Es erscheint zweifelhaft, dass auf dieser Grundlage eine Rückforderung dieser Honorierungsdifferenz dem Hersteller aufgebürdet werden kann. Gegenüber der Apotheke ist dies definitiv nicht möglich, da dieser eine Rabattgewährung bei Impfstoffen gesetzlich untersagt ist.

Änderungsvorschlag
Um das Gewünschte zu erreichen, bedarf es weiterer Klarstellungen hinsichtlich von Art und Umfang des „Abschlages“ oder einer ergänzenden Aufhebung des Rabattverbotes für Apotheken.

Zu Änderungsantrag 7
(Weiterführung der Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen)

Beabsichtigte Neuregelung
Durch die Änderung sollen Modellvorhaben nach § 64b SGB V auf längsten 15 Jahre befristet werden, um nach Vorliegen des Berichts über die Auswertung der Evaluationsergebnisse nach § 65 SGB V über eine mögliche Überführung in die Regelversorgung sachgerecht entscheiden zu können.

Bewertung
Die vorgesehene Änderung wird kritisch bewertet. Sofern Modellvorhaben 15 Jahre lang bestehen, stellt dies faktisch bereits den Übergang in die Regelversorgung dar. Die Möglichkeit der Verlängerung der Modellvorhaben nach acht Jahren trägt der Tatsache, dass der Abschlussbericht erst 2025 vorliegen wird, ausreichend Rechnung. Durch die Verlängerung auf 15 Jahre wird zudem die Möglichkeit genommen, Modellvorhaben nach acht Jahren zu beenden, wenn die bisherigen Daten zeigen, dass das Modell nicht für die Überführung in die Regelversorgung geeignet ist.

Änderungsvorschlag
Der Änderungsantrag entfällt.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

1. Betriebsmittel und Rücklagen: Mindestreserven bei den Krankenkassen

Sachverhalt
Die Liquiditätsreserve im Fonds dient dazu, unterjährige Einnahmeschwankungen aufzufangen. Die Reserve des Gesundheitsfonds liegt auf Basis der bislang geltenden Untergrenze (25 Prozent einer Monatsausgabe im Jahr 2020) bei rund 5,4 Milliarden Euro. Mittel in dieser Höhe werden zur Absicherung der unterjährigen Einnahmeschwankungen jedoch nicht benötigt. Eine Mindestreserve in Höhe von 20 Prozent der Monatsausgabe ist ausreichend, um unterjährige Einnahmeschwankungen abzusichern.

Diese gilt uneingeschränkt auch für die Höhe der Mindestreserve bei den Krankenkassen. Auch diese beläuft sich gegenwärtig auf mindestens 25 Prozent einer Monatsausgabe. Dadurch, dass die unterjährigen Einnahmeschwankungen der Krankenkassen durch monatlich gleiche Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen werden, ist eine Absenkung der Mindestreserve bei den Krankenkassen angemessen.

Änderungsvorschlag
Die Mindestreserve bei Betriebsmitteln und Rücklagen der Krankenkassen und der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden einheitlich auf 20 Prozent einer Monatsausgabe abgesenkt.

§ 261 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Rücklage muss mindestens 20 Prozent der auf den Monat entfallenden Ausgaben nach Satz 1 betragen.“

2. Freiwillige finanzielle Hilfen

Sachverhalt

Im heutigen System der Haftung der gesetzlichen Krankenkassen untereinander ist vorgesehen, dass zunächst die Kassen einer Kassenart bis zu einem Volumen von drei Prozent des Zuweisungsvolumens an die Kassen der Kassenart haften. Wenn die Haftungssumme diese Grenze übersteigt, haften sodann für den übersteigenden Betrag auch alle anderen Krankenkassen der GKV mit. Mit diesem Prinzip der subsidiären Kassenartenhaftung geht einher, dass die Möglichkeit für freiwillige finanzielle Hilfen innerhalb einer Kassenart gegeben ist.

„§ 265b SGB V (alt)

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

> *1. deren Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten,*
> *2. Haftungsfälle nach § 155 Absatz 4 und 5 und § 171d Absatz 1 Satz 3 und 4 insbesondere durch die Unterstützung von freiwilligen Vereinigungen zu verhindern oder*
> *3. die Aufteilung der Beträge nach § 171 d Absatz 1 Satz 3und 4 abweichend von der nach § 171 d Absatz 2 erlassenen Rechtsverordnung regeln.*

In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln. § 60 SGB X gilt entsprechend. Die Verbände 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.“

Im Entwurf des GKV-FKG ist vorgesehen, die Primärhaftung der Krankenkassen einer Kassenart aufzuheben, sodass von vornherein alle Krankenkassen in der GKV für Haftungsfälle gleichermaßen einzutreten haben. In diesem Zuge soll auch § 265b SGB V ersatzlos gestrichen werden.

Bewertung

Die Konsequenz aus dieser Streichung ist, dass generell keine freiwilligen Hilfen zwischen Krankenkassen mehr möglich sind (auch nicht zur Sicherung der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit). Damit entfällt jeglicher Anreiz für eine Haftungsprävention in der GKV, denn es wird nach bisherigem Stand der Neuregelung auf GKV-Ebene keine Möglichkeit vorgesehen, entsprechende Hilfen zwischen einzelnen Krankenkassen zu leisten. Die Haftungsprävention ist hier immer als kollektive Gemeinschaftsaufgabe aller Kassen gedacht. Es ist zu vermuten, dass für präventive Hilfen auf dieser Basis allerdings praktisch keine Bereitschaft besteht.

Bei einer Neugestaltung des Haftungssystems sollte jedoch an erster Stelle das Ziel stehen, Schließungen oder Insolvenzen von Krankenkassen zu vermeiden. Die Haftungsprävention muss deshalb im Interesse der Versicherten einer von Schließung oder Insolvenz bedrohten Krankenkasse sowie zum Erhalt des Vertrauens in die Funktionsfähigkeit und Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung im Mittelpunkt stehen. Dazu ist eine gesetzliche Grundlage notwendig.

Daher ist es aus Sicht der Ersatzkassen erforderlich, freiwillige finanzielle Hilfen zwischen einzelnen Krankenkassen zur Haftungsprävention auch weiterhin zu ermöglichen.

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

„§ 164a
Freiwillige finanzielle Hilfen

(1) Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen 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.

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

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
politik@vdek.com

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(21)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

PHAGRO

Stellungnahme des
PHAGRO | Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V.
zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)
(BT-Drucksache 19/15662)
Hier: Änderungsantrag Nr. 4 „Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln“
(Ausschussdrucksache 19(14)122.1)

Der Bundesverband PHAGRO e. V. begrüßt den Willen des Bundesministeriums für Gesundheit, Arzneimittellieferengpässe und daraus resultierende Versorgungsengpässe zu bekämpfen. Lieferengpässe beschränken die bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung der Apotheken mit allen nachgefragten Arzneimitteln, beunruhigen die Patienten in erheblichem Maße und beeinträchtigen im schlimmsten Fall die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung und gefährden die Gesundheit der Patienten in Deutschland.

Der Bundesverband PHAGRO stellt jedoch fest, dass die vom Gesetzgeber vorgeschlagenen und den vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel betreffenden Maßnahmen nicht geeignet sind, Lieferengpässe zu bekämpfen oder zu verhindern. Die Vorschläge sind allenfalls geeignet, zu größerer Transparenz und verbesserter Kommunikation in der Lieferkette beizutragen.

Bereits heute verursachen Lieferengpässe im vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel einen erheblichen Mehraufwand. Die Mitgliedsunternehmen des PHAGRO müssen im Falle von Lieferengpässen fortlaufend ihre Arzneimittellager je nach Verfügbarkeit und Nachfrage anpassen und regionale Verfügbarkeitsdefizite, z. B. durch bundesweite Nachttransporte, ausgleichen. Großhandlungen müssen darüber hinaus mit ihren Lieferanten, den pharmazeutischen Unternehmern, in aufwendigen Kommunikations- und Logistikprozessen Lieferengpasssituationen vorbeugen und / oder diese auszugleichen versuchen. Dieses Lieferengpassmanagement muss großhandelsseitig gegenüber den Kunden, den Apotheken, umgesetzt werden, um eine bestmögliche Versorgung der Apotheken und damit der Patienten zu gewährleisten.

Der vorliegende Änderungsantrag zu § 52b Absätze 3b bis 3e (neu) Arzneimittelgesetz (AMG) stellt auf die Herstellung von Transparenz und behördlichen Maßnahmen zur Lagerung und Verteilung (Kontingentierung) von Arzneimitteln im Falle eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses ab. Die tatsächlichen Ursachen von Lieferengpässen bleiben hingegen unangetastet. Effektive Maßnahmen zur Bekämpfung von Lieferengpässen sind komplex und bedürfen aufgrund ihres Eingriffscharakters einer Prüfung der Geeignetheit der einzelnen Maßnahme sowie der Zumutbarkeit und Angemessenheit für die von der Anordnung betroffenen Wirtschaftskreise.

Maßnahmen, wie die Anordnung der Erhöhung von Lagerbeständen, wirken kontraproduktiv, da sie eine übermäßige und damit unverhältnismäßige Bevorratungspraxis in der gesamten Lieferkette verursachen und den bereits jetzt schon bestehenden hohen Kostendruck im Arzneimittelbereich nur weiter erhöhen werden. Behördlich veranlasste Anordnungen zur Erhöhung von Lagerbeständen oder zu verpflichtenden Kontingentierungen werden die Problematik regionaler und wirkstoffbezogener Versorgungsdefizite eher potenzieren als mindern.

Zu Art. 0 Nr. 3 – Änderung des Arzneimittelgesetzes § 52b Abs. 3b bis 3e AMG (neu)

zu § 52b Abs. 3b + 3c AMG (neu)

Der PHAGRO begrüßt, dass beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein Beirat zur Beobachtung und Bewertung der Versorgungslage mit Humanarzneimitteln unter Verbandsbeteiligung des vollversorgenden pharmazeutischen Großhandels mit einem öffentlich-rechtlichen Auftrag eingerichtet wird.

Die Erarbeitung und Veröffentlichung einer aktuellen Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe nach Anhörung des Beirates halten wir für sinnvoll, weisen aber ausdrücklich darauf hin, dass aus der Sicht des pharmazeutischen Großhandels hierfür die jeweiligen betroffenen Pharmazentralnummern (PZN) benannt werden müssen, um eine produktgenaue Identifizierung der betroffenen Arzneimittel frühzeitig auf der Ebene von Großhandel und Apotheke vornehmen zu können.

Die vollversorgenden pharmazeutischen Großhändler in Deutschland beteiligen sich über ihren Bundesverband PHAGRO bereits jetzt aktiv am „Jour Fixe“ des BfArM zum Thema „Lieferengpässe“, und haben in der Vergangenheit im Einzelfall unverzüglich Informationen über Bestände lieferengpassbetroffener oder -gefährdeter Arzneimittel auf der Ebene des vollversorgenden Großhandels kumuliert an das BfArM übermittelt. Dies geschah und geschieht stets im Bewusstsein der kritischen kartellrechtlichen Rahmenbedingungen. Alle Beteiligten des Jour Fixe haben in konstruktiver Art und Weise gemeinsam zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen können.

zu § 52b Abs. 3d AMG (neu)

Der PHAGRO hält insbesondere die Möglichkeit, dass die zuständige Bundesoberbehörde im Falle eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses Anordnungen zur Lagerhaltung und Kontingentierung von Arzneimitteln treffen kann, für die Großhandelsebene für nicht zielführend. In der Vergangenheit haben gerade Mitteilungen über drohende Lieferengpässe zu Überbevorratungen bei einzelnen Marktakteuren geführt, die die Verteilung der ohnehin kaum oder nicht mehr erhältlichen Artikel auf Großhandelsebene nur noch weiter gefährden.

Die Erfahrung zeigt zudem, dass sowohl bereits bei drohenden als auch insbesondere bei bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpässen die relevanten Arzneimittel kaum oder nicht mehr verfügbar sind. Bereits heute ist der pharmazeutische Großhandel vielfach von Kontingentierungen oder gänzlich ausbleibenden Lieferungen pharmazeutischer Unternehmer betroffen. Isolierte Anordnungen zur Lagerhaltung oder Kontingentierung beim Großhandel würden daher aufgrund mangelnder Lieferfähigkeit der pharmazeutischen Industrie ins Leere laufen.

Keine Alternative kann es sein, die Lagertiefe von Arzneimitteln ohne versorgungsrelevanten und nachgewiesenen Lieferengpass in einem größeren Umfang und zeitlich unbefristet zu erhöhen, da eine solche Maßnahme wirtschaftlich unvertretbar und versorgungspolitisch unnötig wäre.

Die Läger des vollversorgenden pharmazeutischen Großhandels sind auf die erforderlichen regulatorischen Anforderungen, die Nachfrage der Apotheken und auf Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte hin eingerichtet und weisen grundsätzlich keine nennenswerten freien Kapazi-

täten auf. Eine vertiefte Lagerhaltung wäre deshalb nicht nur mit unverhältnismäßigen logistischen Aufwänden, sondern auch mit immensen Kosten verbunden, da viele Arzneimittellager neu errichtet und betrieben werden müssten. Dies kann der Großhandel mit seiner heutigen Vergütung gemäß Arzneimittelpreisverordnung und angesichts der bisher vom Verordnungsgeber nicht ausgeglichenen Mehrkosten aufgrund gesetzlicher Vorgaben wie z. B. der EU-GDP-Leitlinien, der EU-Fälschungsschutzrichtlinie und der BSI-Kritisverordnung wirtschaftlich nicht mehr leisten. Eine solche Belastung würde das Verursacherprinzip ad absurdum führen.

Sollte der Gesetzgeber, trotz der vorgenannten Argumente, die Möglichkeit der Anordnung von Maßnahmen durch die Bundesoberbehörde zur Lagerhaltung von Arzneimitteln u. a. durch den pharmazeutischen Großhandel eröffnen, können aus der Sicht des PHAGRO solche Maßnahmen zur vertieften Lagerhaltung allenfalls im konkreten Einzelfall, bei einem nachweislich drohenden oder bestehenden Lieferengpass, auf PZN-, d. h. auf Produktebene, und nur in einem justitiablen zeitlich begrenzten und kalkulierbarem Umfang angeordnet werden. Dabei muss nachweislich sichergestellt sein, dass nur diese Maßnahme geeignet ist, den Lieferengpass zu verhindern oder zu beheben. Ferner dürfen damit keine zusätzlichen Kosten für den pharmazeutischen Großhandel verbunden sein, die nicht anderweitig vom Gesetz- und Verordnungsgeber ausgeglichen werden. Insofern ist bei der Anordnung derartiger Maßnahmen zwingend eine Kostenfolgeabschätzung vorzunehmen, d. h. eine einzelfallbezogene Zumutbarkeitsprüfung durchzuführen.

Anordnungen an den Großhandel hinsichtlich der Durchführung von Maßnahmen sowohl zur Lagerhaltung als auch zur Kontingentierung von lieferengpassbedrohten oder -betroffenen Arzneimitteln müssen in jedem Einzelfall an den Grundsätzen der Bestimmtheit, Geeignetheit und Verhältnismäßigkeit gemessen werden. So existieren teilweise produktspezifisch komplexe Vertriebsstrukturen (z. B. Direktvertrieb) und durchaus sachlich gerechtfertigte höhere Bedarfe, z. B. bei Schwerpunktapotheken, über die dem Großhandel aber keinerlei Informationen vorliegen. Der Großhandel hat keine Möglichkeit, diese Bedarfe objektiv zu beurteilen und das Bestell- und Abgabeverhalten zu gewichten.

zu § 52b Abs. 3e AMG (neu)

Die Bundesoberbehörde kann von pharmazeutischen Unternehmern und vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlungen im Einzelfall Daten zu verfügbaren Beständen, zur Produktion und zur Absatzmenge sowie zu bestehenden und drohenden Lieferengpässen eines Arzneimittels fordern, sofern dies, insbesondere auf Grundlage der Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe, zur Abwendung oder Abmilderung eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses erforderlich ist.

Die vollversorgenden pharmazeutischen Großhandlungen können der zuständigen Bundesoberbehörde wertvolle Informationen zur Verfügung stellen, mit denen drohende Lieferengpässe besser erkannt und Transparenz über noch verfügbare Bestände geschaffen werden können.

Zwingende Voraussetzung ist jedoch zum einen, dass die Daten ausschließlich auf Einzelfallanordnung und ausschließlich zur Abwendung oder Abmilderung eines drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpasses in aggregierter Form an eine neutrale Stelle geliefert werden.

Durch gesetzlich verpflichtende Mitteilungen von Bestands- und Absatzmengen dürfen für die meldenden pharmazeutischen Großhandlungen keine kartellrechtlichen Risiken entstehen, so dass sowohl die Ermächtigungsgrundlage, der konkrete Datenerhebungsanlass sowie die Art und Weise der beabsichtigten Datenerhebung und das Meldeverfahren, vor allem das Verfahren der Aggregation und Pseudonymisierung, sowie die Absicherung der Verwendung der erhobenen Daten, ausschließlich für die Zwecke der Vermeidung von Lieferengpässen seitens der zuständigen Bundesoberbehörde mit dem Bundeskartellamt abgestimmt werden sollten.

Zum anderen können diese Daten nur dann sinnvoll zur Aufklärung von drohenden oder bestehenden Lieferengpässen verwendet werden, wenn alle Akteure der Arzneimittellieferkette, die die jeweiligen betroffenen Artikel (PZN) im Sortiment führen, eingebunden werden und ihre jeweiligen Bestands- und Absatzdaten kurzfristig, zeitgleich und zeitgenau melden. Nur auf diese Weise ist eine umfassende Analyse und eine sinnvolle Auswertung der vom Großhandel gemeldeten Daten möglich und kann eine für die Ermittlung von drohenden oder bestehenden Lieferengpässen valide Datenbasis geschaffen werden.

Weiterhin ist es aus der Sicht des PHAGRO erforderlich, dass die Zuständigkeit für derartige Datenabfragen eindeutig und ausschließlich auf Seiten der Bundesoberbehörde liegt und dadurch zusätzliche Abfragen durch einzelne Länderbehörden mit divergierenden Abfrageinhalten, -zeiträumen und Meldefristen zukünftig entfallen. Außerdem sollten Abfragen durch die Bundesoberbehörde standardisiert und unter Berücksichtigung der in der Lieferkette geübten Praxis der Produktidentifizierung über die Pharmazentralnummer (PZN) erfolgen.

Gleichermaßen müssen dann aber auch die Logistik-Lieferanten und Bestellplattformen von pharmazeutischen Unternehmern, die häufig die sogenannten herstellerseitig kontingentierten Artikel verteilen, in die Datenerhebung einbezogen werden. Dieselbe Pflicht muss auch für teilversorgende Großhändler und sonstige Großhandelsbetriebserlaubnisinhaber gelten, wenn sie die betroffenen Arzneimittel (PZN) vertreiben. In bestimmten Indikationsbereichen, wie z. B. der Onkologie, erfolgt ein großer Teil der Arzneimitteldistribution über sogenannte Spezialgroßhändler, die nicht vollversorgend sind, aber erhebliche Volumina in Spezialindikationen handeln.

Der PHAGRO | Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V. vertritt alle 11 in Deutschland ansässigen vollversorgenden pharmazeutischen Großhandlungen, die sämtliche öffentlichen Apotheken in Deutschland herstellerneutral mit allen von Patienten nachgefragten Arzneimitteln schnell, sicher und flächendeckend versorgen.

Berlin, den 12. Dezember 2019

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(22)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

Fairer-Kassenwettbe-werb-Gesetz (GKV-FKG)

Stellungnahme

KNAPPSCHAFT
für meine Gesundheit!

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung ... 3

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf ... 4

Einführung einer Regionalkomponente ... 4

Einführung eines Krankheits-Vollmodells ... 4

Einführung eines Risikopools ... 5

Streichung der Erwerbsminderungsgruppe ... 6

Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten ... 7

Stärkung von Präventionsanreizen durch den MRSA ... 7

Stärkung der Manipulationsresistenz des MRSA ... 8

Einführung der regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat ... 8

Regelungen zum Aufsichtshandeln ... 9

Neue Governance-Struktur des GKV-SV ... 9

Rechnungszuschlag für Krankenhäuser ... 10

Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln ... 10

Quartalsmeldungen Pflegepersonaluntergrenzen ... 11

Weiterführung Modellvorhaben zur Versorgung psychisch Kranker ... 11

III. Änderungsbedarf zu einzelnen Vorschriften ... 12

§ 266 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung ... 12

§ 270 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben ... 13

§ 318 Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung ... 14

§ 2 Risikogruppen ... 16

§ 27 Übergangsregelungen ... 17

IV. Ergänzender Änderungsbedarf / Sonstiges ... 18

Versichertenindividuelle Erhebung der Regionalkomponente ... 18

Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren: Pflegebedürftigkeit und Härtefälle nach § 62 SGB V ... 18

Bereitstellung einer GKV-Stichprobe zur Erhöhung der Transparenz ... 19

Vorbild Niederlande: "Policy cycle" und "Working group" ... 19

Geltung des verhandelten Erstattungsbetrages für Arzneimittel ab dem 1. Tag des Inverkehrbringens ... 20

I. Vorbemerkung

"Die zentrale Aufgabe des RSA ist (…) die Vermeidung von Risikoselektion als eine der Voraussetzungen für gleiche Wettbewerbsbedingungen" – so beschreibt der am 9. Oktober 2019 vom Kabinett beschlossene Entwurf zum "Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz" das (Haupt-)Ziel des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MRSA).

Die KNAPPSCHAFT begrüßt die beabsichtigten Anpassungen in weiten Teilen. Der Gesetzentwurf sieht ein Bündel von Maßnahmen vor, die zur Reduzierung von Risikoselektion beitragen. Insbesondere die Einführung eines Vollmodells und der Regionalkomponente bringen den MRSA seinem Ziel deutlich näher. Hierdurch werden fairere Wettbewerbsbedingungen in der MRSA-Systematik geschaffen. Im Ergebnis kann somit der Wettbewerb um die beste Versorgung der Versicherten auf einer deutlich verbesserten Grundlage fortgesetzt werden.

Der vorangegangene Referentenentwurf zum "Faire-Kassenwahl-Gesetz" vom 25. März 2019 bezog sich hinsichtlich der geplanten Änderungen auf die Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats aus den Jahren 2017 und 2018. Die mit dem Gesetzentwurf zum "Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz" beabsichtigten Anpassungen beruhen im Kern auf dem Referentenentwurf.

Mit der Streichung des vom Wissenschaftlichen Beirat positiv bewerteten Merkmals Erwerbsminderungsgruppe verlässt der Gesetzentwurf jedoch den vom Beirat vorgezeichneten Weg. Das Merkmal ist eine der tragenden Säulen für die Vermeidung von Risikoselektion in der MRSA-Systematik. Die Streichung bedeutet eine Abkehr von der Verteilungsgerechtigkeit.

Die beabsichtigten Änderungen sollen ab dem Ausgleichsjahr 2021 Finanzwirkung entfalten. Abweichend hiervon müssen die Krankenkassen bereits im Jahr 2020 die neuen Obergrenzen für liquides Eigenkapital, die durch das Versichertenentlastungsgesetz eingeführt wurden, berücksichtigen, so dass die Krankenkassen bei der Bemessung des vorzuhaltenden liquiden Kapitals die Wirkungen des Gesetzentwurfs im Jahr 2020 nicht berücksichtigen können.

Ferner sind Regelungen zur Neustrukturierung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz geplant. Für die Beratungen im Ausschuss für Gesundheit wurden von den Fraktionen von CDU/CSU und SPD Änderungsanträge zum Arzneimittelsektor eingebracht.

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Im Folgenden nimmt die KNAPPSCHAFT zu den zentralen Punkten des Gesetzentwurfs sowie den Änderungsanträgen von CDU/CSU und SPD Stellung:

Einführung einer Regionalkomponente

Die KNAPPSCHAFT begrüßt die Einführung einer Regionalkomponente.

Mit der Regionalkomponente werden statistisch signifikante regionale Variablen in den Zuweisungsmechanismus des MRSA einbezogen. Dies bedeutet, dass Krankenkassen für Versicherte in Hochkostenregionen (zum Beispiel in Ballungsräumen) mehr Zuweisungen erhalten als in Regionen mit niedrigeren Durchschnittskosten.

Somit führt eine Regionalkomponente zur Erhöhung der Zuweisungsgenauigkeit im MRSA. Der Abbau von regionaler Über- und Unterdeckung trägt zudem zu einer Reduzierung regionaler Risikoselektion bei. Dadurch wird auch die regionale Wettbewerbsverzerrung bekämpft. Aufgrund dessen hält die KNAPPSCHAFT den sich bei der Erhebung regionaler Daten ergebenden Mehraufwand für gerechtfertigt.

Einführung eines Krankheits-Vollmodells

Die KNAPPSCHAFT begrüßt die Einführung eines Krankheits-Vollmodells.

Das Vollmodell sieht vor, dass die vormals politisch definierte Begrenzung der Krankheitsauswahl von 50 bis 80 Krankheiten entfällt und stattdessen das gesamte Krankheitsspektrum bei den Zuweisungen an die Krankenkassen berücksichtigt wird.

Schon im Jahre 2007 ging der Gesetzgeber davon aus, dass es sich bei der Begrenzung der Krankheitsauswahl auf maximal 80 Krankheiten nur um eine Übergangsphase zur "gleitende[n] Einführung der direkten Morbiditätsorientierung" in der MRSA-Systematik handele (Entwurf GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, BT Drs. 755/06, S. 559).

Durch den Wegfall der Begrenzung wird den Zielen des Gesetzgebers Rechnung getragen. Mit Einführung eines Krankheits-Vollmodells wird zukünftig das gesamte Krankheitsspektrum bei den Zuweisungen berücksichtigt, sodass sich die Zuweisungssystematik noch stärker an der tatsächlichen Morbidität

der Versicherten orientiert und damit auf der Basis gleicher Wettbewerbsbedingungen das Streben nach einer bestmöglichen Versorgung der Versicherten fördert.

Durch den Wegfall der Begrenzung entfällt die Unterscheidung in MRSA-relevante und nicht MRSA-relevante Diagnosen weitgehend, sodass Anreize zur Risikoselektion vermindert werden.

Zudem führt die Einführung des Vollmodells zu einer deutlichen Reduzierung der Über- und Unterdeckungen und zu einer grundsätzlichen Verbesserung der Kennzahlen (Gütemaße) im Vergleich zum Status quo (vgl. Sondergutachten 2017, S. 279 ff.). Durch die Einführung eines Krankheits-Vollmodells wird also die Zuweisungsgenauigkeit im MRSA deutlich verbessert.

Gleichzeitig wird das RSA-Verfahren vereinfacht, da das aufwendige jährliche Verfahren der Krankheitsauswahl entfallen kann. So kam auch schon der Wissenschaftliche Beirat in seinem Sondergutachten von 2017 (S. XXXIII) zu dem Ergebnis, dass "die begrenzten personellen und zeitlichen Ressourcen innerhalb eines Ausgleichsjahres im Rahmen der Entwicklung und Pflege eines Vollmodells produktiver und zielführender genutzt [werden] als bei einer jährlichen Krankheitsauswahl."

Einführung eines Risikopools

Die KNAPPSCHAFT begrüßt die Schaffung eines Risikopools, da so finanzielle Belastungen, die sich aus den sogenannten Hochkostenfällen ergeben, gemindert werden.

Durch die Schaffung eines Risikopools werden den Krankenkassen für jeden Leistungsfall 80 Prozent der Leistungsausgaben, die über 100.000 Euro pro Jahr hinausgehen, erstattet. Dies gewinnt insbesondere aufgrund der wachsenden Zahl von hochpreisigen Arzneimitteltherapien an Bedeutung.

Für die Krankenkassen erfolgt eine Erstattung der Kosten für solche Arzneimittel und Therapien jedoch mit starken zeitlichen Verzögerungen. Durch die geringeren Folgekosten sinken auch die Zuweisungen für die entsprechenden Krankheiten im MRSA. Ohne den Risikopool ist es für die Krankenkassen schwierig, ihre Kosten für die hochpreisigen Arzneimittel und Therapien zu decken. Im Rahmen dieser Konstellation könnte es zu Risikoselektionsanreizen gegenüber sogenannten Hochkostenpatienten kommen.

Daher unterstützt die KNAPPSCHAFT die Einführung eines Risikopools. Zudem bleiben Wirtschaftlichkeitsanreize weiterhin bestehen, da nicht die gesamten Leistungsausgaben oberhalb von 100.000 Euro pro Jahr ausgeglichen werden.

Streichung der Erwerbsminderungsgruppe

Die KNAPPSCHAFT lehnt – ebenso wie der Wissenschaftliche Beirat – die ersatzlose Streichung der Erwerbsminderungsgruppe aus der MRSA-Systematik ab.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass das Kriterium der Erwerbsminderungsrente im MRSA nicht mehr als Risikomerkmal verwendet wird. Begründet wird dies damit, dass 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 würde eine Gleichbehandlung ermöglicht und Wettbewerbsverzerrungen beseitigt.

Dem ist die Argumentation des Wissenschaftlichen Beirates entgegenzuhalten, der nachdrücklich von der ersatzlosen Streichung des Erwerbsminderungsmerkmals abgeraten hat (Sondergutachten 2017, S. XXXIII). Zu dieser Empfehlung kommt der Wissenschaftliche Beirat aufgrund folgender Überlegungen:

- Die Streichung des Merkmals führt für die Krankenkassen pro Erwerbsminderungsrentner zu einer vorhersagbaren Unterdeckung in Höhe von 1.100 Euro (Sondergutachten 2017, S. 357).

- Die Streichung des Kriteriums führt im MRSA-System zu einer Fehlverteilung in Höhe von 116 Mio. Euro (Sondergutachten 2017, S. 357).

- Bei einer Umverteilung der Zuschläge aus den Erwerbsminderungsgruppen kommt es im Ergebnis auch zu einer Absenkung der Zuweisungen bei den Alters- und Geschlechtsgruppen. Durch die Absenkung werden somit auch Gruppen negativ betroffen, die derzeit keinerlei Berührungspunkte zum Erwerbsminderungsmerkmal aufweisen (Sondergutachten 2017, S. 358).

- Zudem führt die Streichung des Kriteriums dazu, dass bei rund 75 Prozent der Versicherten mit Erwerbsminderungsstatus die Krankenkassen schlechter gestellt werden als im Status quo (Sondergutachten 2017, S. 360).

Im Ergebnis führt die Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung zu hohen Risikoselektionsanreizen gegenüber Erwerbsminderungsrentnern und wirkt wettbewerbsverzerrend.

Ferner stellt das Merkmal der Erwerbsminderung ein manipulationssicheres Differenzierungskriterium dar, weil es durch die gesetzliche Rentenversicherung festgestellt wird.

Kritiker des Kriteriums führen an, dass die Erwerbsminderung "ein sog. Surrogatparameter – also eine Ersatzgröße – einer indirekten Morbiditätsmessung ist, der in den Zeiten der direkten Morbiditätsorientierung seine Berechtigung verloren hat." (vgl. Sondergutachten 2017, S. 351 m.w.N.) Auch dieser Argumentation erteilt der Wissenschaftliche Beirat eine klare Absage. Er führt aus, "dass das Klassifikationssystem an vielen Stellen Surrogate verwendet, weil keine näheren Informationen zur Verfügung stehen" (Sondergutachten 2017, S. 351). So sind zum Beispiel Alter und Geschlecht sowie auch jede Diagnose Surrogate dafür, dass mit diesen Merkmalen im Folgejahr ein bestimmtes Kostenrisiko einhergeht.

Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten

Gegenwärtig werden Arzneimittelrabatte mit einem durchschnittlichen Arzneimittelrabattfaktor je Krankenkasse bei den Zuweisungen berücksichtigt. Durch die geplante Änderung sollen die Arzneimittelrabatte versichertenbezogen in den Datenmeldungen zum MRSA erfasst werden. Somit fließen die tatsächlichen Arzneimittelausgaben in die Berechnung der Zuweisungen ein. Für die Krankenkassen entsteht durch die differenzierteren Datenmeldungen (versichertenbezogene Erfassung der Rabatte) ein hoher Aufwand.

Diesen Aufwand hält die KNAPPSCHAFT aber zugunsten einer größeren Zielgenauigkeit des MRSA für gerechtfertigt.

Stärkung von Präventionsanreizen durch den MRSA

Grundsätzlich begrüßt die KNAPPSCHAFT die Stärkung der Präventionsanreize.

Durch die Einführung einer Vorsorge-Pauschale soll die Präventionsorientierung des MRSA gestärkt werden. Daher erhalten Krankenkassen für die Inanspruchnahme von bestimmten Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen durch ihre Versicherten eine Pauschale. Um die unterschiedlichen Kosten der verschiedenen Vorsorgeleistungen abzubilden, gruppiert das Bundesversicherungsamt (BVA) die Präventionsleistungen entsprechend ihrer Kosten.

Kritisch sieht die KNAPPSCHAFT allerdings, dass die Vorsorge-Pauschale durch Mittel innerhalb des MRSA finanziert werden soll. Aufgrund der ungleichen Versichertenstruktur unterscheiden sich die Krankenkassen zum Teil erheblich hinsichtlich des Anteils der Versicherten, denen überhaupt Prävention angeboten werden kann. Durch die geplante Finanzierung innerhalb des MRSA käme es zu einer Absenkung der übrigen Zuweisungen. Im Ergebnis führt dies zu einer Verringerung der Zuweisungs-

genauigkeit. Auch der Wissenschaftliche Beirat lehnt in seinem Sondergutachten von 2017 eine Finanzierung innerhalb des MRSA ab.

Stärkung der Manipulationsresistenz des MRSA

Die KNAPPSCHAFT begrüßt die Stärkung der Manipulationsresistenz des MRSA. Hierdurch werden gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen geschaffen. Die hier vorgeschlagene Manipulationsbremse wirft allerdings einige Fragen auf.

Die geplante Manipulationsbremse sieht vor, dass die hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs), die eine festgesetzte Steigerungsrate überschreiten, im MRSA-Jahresausgleich auszuschließen sind. Im Ergebnis erhalten alle Krankenkassen für diese HMGs keine Zuweisungen. Kritisch sieht die KNAPPSCHAFT, dass die HMGs mit den höchsten Zuweisungsvolumina ausgeschlossen werden sollen. Die Manipulationsbremse sollte der Begrenzung von manipulativen HMG-Steigerungen dienen. Sachlogisch wäre daher ein Ausschluss der HMGs mit der höchsten Veränderungsrate.

Zudem besteht die Gefahr, dass sich durch das Fehlverhalten einzelner Krankenkassen negative Auswirkungen auf die Gesamtheit aller Krankenkassen ergeben. Sofern eine Krankenkasse mit einem größeren Marktanteil manipuliert und daraufhin eine HMG über die Manipulationsbremse ausgeschlossen wird, geht dies auch zu Lasten der Krankenkassen, die sich wettbewerbskonform verhalten. Auch diese Krankenkassen würden für die ausgeschlossene HMG keine adäquaten Zuweisungen erhalten.

Zudem wird durch den Ausschluss einzelner HMGs faktisch das RSA-relevante Morbiditätsspektrum verringert.

Ähnlich wie der GKV-SV regt daher die KNAPPSCHAFT eine Begutachtung der Manipulationsbremse durch den Wissenschaftlichen Beirat an.

Einführung der regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat

Die KNAPPSCHAFT begrüßt diese Regelung, da so eine stetige Weiterentwicklung des MRSA gewährleistet wird.

Der Wissenschaftliche Beirat wird gesetzlich beauftragt, mindestens alle vier Jahre eine Evaluation des MRSA durchzuführen, um möglichen Weiterentwicklungsbedarf zu ermitteln. Hierbei sind insbesondere auch die Manipulationsresistenz des MRSA und dessen Wirkungen auf den Wettbewerb der Kranken-

kassen zu untersuchen. Zusätzlich kann der Beirat auch anlassbezogen mit Einzelfragen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das BVA beauftragt werden.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des MRSA ist auch die im Gesetzentwurf angelegte Untersuchung zur Einführung des sogenannten Hausarzt/Facharzt HMG-Modells zu nennen, dessen Einführung die KNAPPSCHAFT kritisch sieht. Dieses Modell sieht vor, dass die Diagnosen von Haus- und Fachärzten zu unterschiedlich hohen Zuweisungen führen sollen. Damit ist zu befürchten, dass der hausärztlichen Kodierung ein möglicherweise geringerer Stellenwert beigemessen wird. Dies stellt einen Verstoß gegen das Gebot der Versorgungsneutralität des MRSA dar. Zudem werden Maßnahmen zur Wirtschaftlichkeit konterkariert. Einigen Krankenkassen ist es bereits gelungen, über die Stärkung der hausärztlichen Versorgung unnötige Facharztbesuche zu reduzieren. Diese Krankenkassen müssten mit finanziellen Einbußen rechnen und ihre haus- und fachärztliche Versorgung überdenken.

Regelungen zum Aufsichtshandeln

Die über die letzten Monate politisch viel diskutierte "bundesweite Öffnung der AOK" hatte ein wesentliches Ziel: Die Schaffung einer einheitlichen Bundesaufsicht für alle Kassen. Diese Änderung fand keinen Eingang in den Gesetzentwurf.

Der Entwurf zum "Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz" sieht stattdessen Regelungen zur Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern vor. Danach sollen diese mindestens zweimal jährlich zu einem Austausch zusammenkommen. Dieser Austausch bezieht sich nicht nur auf einen reinen Erfahrungsaustausch, sondern soll auch zu einer Verständigung über bestimmte Rechtsfragen bei der aufsichtsrechtlichen Handhabung beitragen.

Die vorgesehenen Regelungen hinsichtlich einer Vereinheitlichung der Aufsichtsmaßstäbe auf Bundes- und Landesebene sieht die KNAPPSCHAFT als "Schritt in die richtige Richtung". Jedoch sind die getroffenen Maßnahmen nicht ausreichend, um ein einheitliches Handeln der Aufsichten von Bund und Ländern zu gewährleisten.

Neue Governance-Struktur des GKV-SV

Der Gesetzentwurf sieht die Bildung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses (LKA) beim GKV-SV vor. Ihm sollen je ein weibliches und ein männliches hauptamtliches Vorstandsmitglied der Orts-, Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie je ein Geschäftsführungsmitglied der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse angehö-

ren. Diese werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im GKV-SV gewählt.

Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes des GKV SV zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen bedürfen künftig grundsätzlich der Zustimmung des LKA. Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der LKA Stellungnahmen abgeben. Vertreter des LKA können an Sitzungen gesetzlicher Gremien, denen der Vorstand des GKV-SV angehört, teilnehmen. Der LKA kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des GKV-SV fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. Die Mitglieder des LKA sind berechtigt, an nicht-öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates des GKV-SV teilzunehmen.

Der Gesetzgeber wollte mit der Errichtung des GKV-SV für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sachgerechte und zügige Entscheidungen im Interesse des Gesamtsystems GKV ermöglichen. Die vorgesehene Neuregelung führt dazu, dass die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-SV auf der operativen, aber auch auf der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig zwischen Hauptamt und Selbstverwaltung abgegrenzt wären – letztlich wird sogar ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert. Damit ist ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-SV nicht durchgängig gewährleistet. Die vorgesehene Neuregelung wird daher von der KNAPPSCHAFT in dieser Form abgelehnt.

Sofern der Gesetzgeber an seiner Intention zur Einrichtung eines LKA festhält, sollte dieser die Aufgabe der Beratung des Vorstandes erhalten und daher konsequenter Weise umbenannt werden zum Beratungs- und Koordinierungsausschuss (BKA). Um eine gute Funktionalität zu erreichen, sollte der BKA um jeweils ein Vorstandsmitglied der Kassenartenverbände erweitert werden. Auf den Kompromissvorschlag in der Stellungnahme des GKV-SV wird verwiesen.

Rechnungszuschlag für Krankenhäuser

Die KNAPPSCHAFT lehnt diese Regelung ab. Das Krankenhausfinanzierungsrecht sieht bereits zahlreiche, aus Sicht der KNAPPSCHAFT mehr als ausreichende Mechanismen zur Abbildung von Kostensteigerungen, welchen die Krankenhäuser unterliegen, vor.

Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

Die KNAPPSCHAFT begrüßt die geplanten Regelungen. Sie sind geeignet, drohenden und bestehenden Lieferengpässen entgegenzuwirken. Lediglich der Vorschlag, dass die Apotheken im Falle einer Lieferunfähigkeit nach Ablauf von 24 Stunden ein anderes wirkstoffgleiches, auch nicht rabattiertes Arz-

neimittel abgeben dürfen, wird als obsolet abgelehnt. Der zwischen dem GKV-SV und dem Deutschen Apothekerverband abgeschlossene Rahmenvertrag gemäß § 129 Absatz 2 SGB V sieht bereits jetzt eine Regelung vor, die bei Nicht-Verfügbarkeit eines rabattierten Arzneimittels sicherstellt, dass die Patienten mit einem austauschbaren Arzneimittel versorgt werden.

Quartalsmeldungen Pflegepersonaluntergrenzen

Die zusätzliche Informationsverpflichtung in Richtung der Krankenkassen ist zu begrüßen und entspricht dem Wunsch der GKV.

Weiterführung Modellvorhaben zur Versorgung psychisch Kranker

Die Möglichkeit, Modellvorhaben nach § 64b SGB V auf maximal 15 Jahre zu verlängern, wird begrüßt.

Die Vertragsparteien auf Ortsebene stehen so wegen des um sieben Jahre verlängerten Erprobungszeitraumes (neues Enddatum: 31. Juli 2027 unter Zugrundelegung des frühestmöglichen Beginns eines Modellvorhabens nach § 64b SGB V) nicht unter Zugzwang und können die endgültigen Ergebnisse der bundesweiten Evaluation (Abschlussbericht im Jahr 2025) bei einer weiteren Fortführung, Beendigung oder Überführung des Modellvorhabens in die Regelversorgung mit einbeziehen.

III. Änderungsbedarf zu einzelnen Vorschriften

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 c)

§ 266 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ziel der Neuregelung ist es, die gesetzlichen Vorgaben zum RSA in den §§ 266 bis 268 SGB V unter Aufhebung gegenstandslos gewordener Regelungen neu zu strukturieren und die Terminologie zu vereinheitlichen. Dabei regelt § 266 Absatz 2 SGB V n.F. die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen anhand derer Zuweisungen im MRSA gewährt werden. Die Neuregelung sieht dabei keine Zuweisung für das Merkmal der Erwerbsminderungsgruppe vor.

B) Stellungnahme

Die KNAPPSCHAFT lehnt die Streichung der Erwerbsminderungsgruppe ab und folgt dabei der Argumentation des Wissenschaftlichen Beirates.

Im Ergebnis führt die Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung zu hohen Risikoselektionsanreizen gegenüber Erwerbsminderungsrentnern und wirkt wettbewerbsverzerrend.

C) Änderungsvorschlag

§ 266 Absatz 2 SGB V n.F. wird wie folgt gefasst:

"Die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen erfolgt anhand der Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität, regionalen Merkmalen und danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente haben. (...)."

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 d)

§ 270 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einführung einer Vorsorge-Pauschale soll die Präventionsorientierung des MRSA gestärkt werden. Daher erhalten Krankenkassen für die Inanspruchnahme von bestimmten Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen durch ihre Versicherten eine Pauschale. Um die unterschiedlichen Kosten der verschiedenen Vorsorgeleistungen abzubilden, legt das BVA verschiedene Gruppen von Leistungen entsprechend deren Kosten fest.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt die KNAPPSCHAFT die Stärkung der Prävention. Kritisch sieht die KNAPPSCHAFT jedoch, dass die Vorsorge-Pauschale durch Mittel innerhalb des MRSA finanziert werden soll. Aufgrund der ungleichen Versichertenstruktur unterscheiden sich die Krankenkassen zum Teil erheblich hinsichtlich des Anteils derjenigen Versicherten, denen überhaupt Prävention angeboten werden kann. Durch die geplante Finanzierung innerhalb des MRSA käme es zu einer Absenkung der übrigen Zuweisungen. Im Ergebnis führt dies zu einer Verwerfung in der Zuweisungsgenauigkeit. Dies widerspricht auch dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Sondergutachten von 2017, der ebenfalls eine Finanzierung innerhalb des MRSA ablehnt.

C) Änderungsvorschlag

Der neue § 270 Absatz 4 SGB V wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 318 Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In einem Regel-Ausnahme-Geflecht bestimmen derzeit die § 318 SGB V und § 37 Absatz 3 RSAV, dass die knappschaftliche Krankenversicherung Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungskosten grundsätzlich nur in Höhe der durchschnittlichen Verwaltungskosten aller Krankenkassen erhält; eine risikoadjustierte Zuweisung eines Teilbetrages ist danach nicht vorgesehen. Nur wenn die KNAPPSCHAFT die Verwaltungsausgaben im Haushalt und in der Rechnungslegung in der Gliederung des Kontenrahmens ausweist, wird sie wie jede andere Krankenkasse im Hinblick auf eine risikoadjustierte Zuweisung behandelt. Hierbei ist dies an die formale Bedingung geknüpft, dass das BVA auf der Grundlage eines ausreichenden Nachweises der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See im Zuge der Haushaltsaufstellung und der Rechnungslegung jeweils feststellt, dass die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See eine entsprechende Ausweisung sachgerecht durchgeführt hat. Nunmehr ist vor dem Hintergrund, dass die KNAPPSCHAFT ihre Verpflichtung bisher vollumfänglich einhält, zum Bürokratieabbau beabsichtigt, auf eine Befassung des BVA im Zuge der Haushaltsaufstellung zu verzichten. Es wird eine Prüfung im Rahmen der Rechnungslegung als ausreichend angesehen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung verzichtet auf die Möglichkeit eines weiteren Bürokratieabbaus. Sinn und Zweck der Regelungen von § 318 SGB V und § 37 RSAV ist, Verwaltungskostentransparenz im Bereich der Krankenversicherung für den Verbundversicherungsträger Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu erreichen. Für das BVA könnte ein weiterer Bürokratieabbau erreicht werden, wenn die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verpflichtet wird, die Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung in ihrem Haushaltsplan und bei der Rechnungslegung in der Gliederung des Kontenrahmens der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung auszuweisen.

Eine Prüfung der sachgerechten Aufteilung übernimmt ohnehin das BVA im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nach § 71 Absatz 2 SGB IV. Da die Gliederung der Haushaltsrechnung der

Haushaltsplanung zu folgen hat (§ 28 Absatz 1 SVHV), bedarf es lediglich einer Ergänzung des § 71 Absatz 2 SGB IV.

C) Änderungsvorschlag

(1) § 71 Absatz 2 SGB IV wird folgender Satz angefügt:

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

(2) § 318 SGB V wird gestrichen.

(3) § 13 Absatz 2 RSAV n.F. wird gestrichen.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3

§ 2 Risikogruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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 entsprechend der Änderungen im neuen § 266 SGB V angepasst.

B) Stellungnahme

Die KNAPPSCHAFT lehnt die Neufassung des § 2 RSAV als logische Folgeänderung des § 266 SGB V n.F. ab. Die Streichung der Erwerbsminderungsgruppe führt im Ergebnis zu hohen Risikoselektionsanreizen gegenüber Erwerbsminderungsrentnern und wirkt wettbewerbsverzerrend. Mit Blick auf die Argumentation wird auf obige Ausführungen verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

§ 2 Absatz 1 Satz 2 RSAV n.F. wird wie folgt geändert:

"Der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen sind folgende Risikomerkmale zu Grunde zu legen:

1. (…),

6. das Vorliegen eines Anspruchs auf Rente wegen (teilweiser) Erwerbsminderung nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 23

§ 27 Übergangsregelungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 27 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.

B) Stellungnahme

Diese klarstellende Übergangsregelung ist im Hinblick auf die aus unserer Sicht notwendige Beibehaltung des Erwerbsminderungsmerkmals in § 266 SGB V n.F. und § 2 RSAV n.F. ersatzlos zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 27 RSAV n.F. wird gestrichen.

IV. Ergänzender Änderungsbedarf / Sonstiges

Versichertenindividuelle Erhebung der Regionalkomponente

Der Wissenschaftliche Beirat hat im Regionalgutachten kritisch angemerkt, dass die Bestandteile der Regionalkomponente mangels Datengrundlagen lediglich regionalstatistisch und nicht versichertenindividuell berücksichtigt werden. Hierdurch ergibt sich verglichen mit dem Verfahren im Status quo ein Systembruch im MRSA. Dieser folgt dem Gebot der versichertenbezogenen Berücksichtigung der Ausgleichsmerkmale.

Durch die nicht versichertenindividuelle Erhebung der Datengrundlage wird zudem die Erklärungskraft der Regionalkomponente signifikant gemindert. So liefern zum Beispiel die zusammenfassenden Datengrundlagen im Hinblick auf Wohnorte und Versichertengruppen keine zusätzliche Erklärungskraft für die individuelle Ausgabenvariation in den verschiedenen Regionen.

Zu Beginn der Einführung der Regionalkomponente lässt sich ein derartiger systematischer Bruch nicht umgehen, da deren Merkmale, die zur Erklärung der verbleibenden Über- und Unterdeckungen auf regionaler Ebene beitragen, gegenwärtig noch nicht versichertenbezogen erhoben und an das BVA gemeldet werden können.

Die KNAPPSCHAFT regt daher an, der bisherigen Systematik des MRSA folgend, dass die erforderlichen Daten zukünftig soweit wie möglich versichertenindividuell erhoben werden bzw. zeitnah die hierfür erforderlichen rechtlichen Grundlagen geschaffen werden, damit das Gebot der versichertenbezogenen Berücksichtigung der Ausgleichsmerkmale gewahrt wird.

Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren: Pflegebedürftigkeit und Härtefälle nach § 62 SGB V

Die Zielsetzung des MRSA ist ein stärkerer und chancengleicher Wettbewerb zwischen den Krankenkassen für eine effiziente gesundheitliche Versorgung der Versicherten. Neben diesen Faktoren, die zur Verbesserung der Wettbewerbsbedingungen dringend erforderlich sind, gilt es auch soziodemografische Unterschiede der Versichertengruppen auszugleichen.

Deutlich wird die Notwendigkeit, derartige soziodemografische Unterschiede zu berücksichtigen, bei der Frage, ob ein Versicherter Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhält oder nicht. Bei den Pflegebedürftigen handelt es sich um eine Versichertengruppe, die im gegenwärtigen MRSA unterdeckt ist. Durch die ungleiche Verteilung dieser Gruppe unter den einzelnen Krankenkassen kommt es zu

gravierenden Wettbewerbsverzerrungen. Im holländischen und im belgischen RSA wird die Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Die KNAPPSCHAFT fordert deshalb die Berücksichtigung dieser Versichertengruppe im MRSA.

Sogenannte Härtefälle nach § 62 SGB V sind um 12 Prozent unterdeckt. Verursacht wird dies auch durch den doppelten Festzuschuss bei Zahnersatz nach § 55 SGB V, der im MRSA nicht entsprechend ausgeglichen wird. Durch die ungleiche Verteilung der Härtefälle in der GKV entstehen Wettbewerbsverzerrungen. Die KNAPPSCHAFT fordert deshalb die Berücksichtigung von Härtefällen im MRSA.

Bereitstellung einer GKV-Stichprobe zur Erhöhung der Transparenz

Im gegenwärtigen MRSA-Verfahren stehen nur dem BVA und dem GKV-SV vollständige GKV-Daten zur Verfügung. Auswirkungen von Reformvorschlägen auf die Mechanismen des MRSA können daher gegenwärtig von den Krankenkassen nicht im Detail nachvollzogen und bewertet werden. Ferner können sich die Krankenkassen auch nur im eingeschränkten Maße am Weiterentwicklungsprozess des MRSA beteiligen. Große, bundesweit geöffnete Krankenkassen können mit ihren umfassenden Versichertendaten den GKV-Durchschnitt näherungsweise nachbilden und genießen kleineren Krankenkassen gegenüber einen Wettbewerbsvorteil. Die KNAPPSCHAFT fordert deshalb die Bereitstellung einer GKV-repräsentativen Stichprobe durch das BVA für alle Krankenkassen. Dies fördert die Transparenz und Wettbewerbsgleichheit in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Vorbild Niederlande: "Policy cycle" und "Working group"

Der niederländische RSA sieht im Rahmen des sogenannten "policy circle" eine regelmäßige Weiterentwicklung durch eine "working group" vor. Die "working group" besteht aus Mitgliedern des Gesundheitsministeriums, der Krankenkassen, von Gesundheitseinrichtungen sowie Mitgliedern des niederländischen Spitzenverbandes der Krankenkassen und von wissenschaftlichen Instituten. Aufgabe der "working group" ist es, das Gesundheitsministerium hinsichtlich der Weiterentwicklung des RSA zu beraten, Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung des RSA zu überwachen und die Variablen zum Ausgleich der Risikostruktur zu verwalten und weiterzuentwickeln. In Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten werden dem Parlament so Vorschläge zur Weiterentwicklung des RSA unterbreitet.

Neben der "working group" gibt es auch Gruppen, die zum Beispiel mit der Datenmeldung beschäftigt sind.

Es ist gängige Praxis, dass sich die Krankenkassen regelmäßig über die Systematik des MRSA, seine Wirkungsweise und Auswirkungen auf die einzelnen Krankenkassen austauschen. Dieser Austausch wird zumeist indirekt im Rahmen anderer Veranstaltungen geführt.

Auch in Deutschland sollte es aus der Sicht der KNAPPSCHAFT eine "working group" in Anlehnung an das niederländische Modell geben. Teilnehmer einer solchen "working group" wären dann Vertreter des Wissenschaftliche Beirats, des BMG und BVA, der Krankenkassen, von Gesundheitseinrichtungen sowie Vertreter des GKV-SV.

Die "working group" dient einer klaren Trennung zwischen der "alltäglichen" Arbeit zum MRSA (Datenmeldung, Satzarten etc.) und der Diskussion um dessen politische Weiterentwicklung.

Geltung des verhandelten Erstattungsbetrages für Arzneimittel ab dem 1. Tag des Inverkehrbringens

Gemäß § 130b Absatz 3a SGB V gilt der zwischen dem Pharmaunternehmen und dem GKV-SV vereinbarte Erstattungsbetrag ab dem 13. Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Die aktuelle Situation um die unkontrollierte Versorgung mit dem in Europa nicht zugelassenen Arzneimittel Zolgensma®, das Kosten von ca. zwei Millionen Euro pro Patient verursacht, zeigt, dass die aktuellen Regularien nicht ausreichend sind. Gerade bei sehr seltenen Erkrankungen, wie z. B. der spinalen Muskelatrophie im Falle von Zolgensma®, kann es vorkommen, dass bereits in den ersten 12 Monaten nach Inverkehrbringen ein wesentlicher Teil des Patientenklientels behandelt wird. Letzteres verstärkt sich noch, wenn ein Teil der in Betracht kommenden Patienten sogar, wie aktuell bei Zolgensma® zu sehen, schon vor der Zulassung und dem eigentlichen Inverkehrbringen behandelt werden. Daher sollte der zwischen dem Pharmaunternehmen und dem GKV-SV vereinbarte Erstattungsbetrag rückwirkend ab dem 1. Tag des Inverkehrbringens gelten.

KNAPPSCHAFT
für meine Gesundheit!

Bettina am Orde
Geschäftsführerin KNAPPSCHAFT

Bei Rückfragen:
verbandsarbeit@knappschaft.de

www.knappschaft.de

Stand: 12. Dezember 2019

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(23)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. B.A.H
beraten • analysieren • handeln

Stellungnahme des Bundesverbands der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH)

Zu den Änderungsanträgen 1 bis 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Ausschussdrucksache 19(14)122.1)

Stand der Stellungnahme: 11. Dezember 2019

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Vorbemerkung 3

Regelungen im Einzelnen 4

1. Zugelassene ATMP ins AMNOG-Verfahren (Änderungsantrag 1) 4
2. Belegter Zusatznutzen für Reserveantibiotika (Änderungsantrag 2) 5
3. Geltung des Erstattungsbetrages ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes (Änderungsantrag 3) 6
4. Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln 9
5. Gesetzlicher Abschlag für Schutzimpfungen als Satzungsleistung 12

Weiterer Regelungsbedarf 13

1. Ausbau der Transparenz, Stärkung der Betroffenenrechte, Erhöhung der Legitimation des G-BA 13

Allgemeine Vorbemerkung

Der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH) vertritt die Interessen der Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie gegenüber der Bundesregierung, dem Bundestag und dem Bundesrat. Mit rund 400 Mitgliedsunternehmen ist er der mitgliederstärkste Verband im Arzneimittel- und Medizinproduktebereich. Die politische Interessenvertretung und die Betreuung der Mitglieder erstrecken sich auf das Gebiet der verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sowie auf Medizinprodukte, wie Medical Apps und digitale Gesundheitsanwendungen.

Der BAH begrüßt, dass die Regierungsfraktionen mit den vorliegenden Änderungsanträgen unter anderem Maßnahmen zur Bekämpfung von Lieferengpässen ergreifen wollen. Fraglich ist jedoch, ob die nun eingebrachten Vorschläge praktikabel sind und an den richtigen Stellen ansetzen, um die Lieferfähigkeit von insbesondere versorgungsrelevanten Arzneimitteln auf Dauer zu erhöhen. Ein Grund für Lieferengpässe liegt unter anderem in dem hohen Preis- und Rabattdruck, der durch sozialrechtliche Steuerungsinstrumente, wie Festbeträge, Rabattverträge, Herstellerabschläge etc. ausgeübt wird. Ein umfassender und effizienter Ansatz zur Bekämpfung von Lieferengpässen ist daher untrennbar mit einer Anpassung dieser Steuerungsinstrumente im Hinblick auf die Versorgungssicherheit verbunden. Zudem sollten Anreize gesetzt werden, die Wirkstoff- und Arzneimittelproduktion in Europa nachhaltig zu stärken. Daher begrüßen wir es sehr, dass die Bundesregierung im Rahmen der EU-Ratspräsidentschaft eine Überarbeitung des EU-Vergaberechts diskutieren will.

Regelungen im Einzelnen

1. Zugelassene ATMP ins AMNOG-Verfahren (Änderungsantrag 1)

Zu Artikel 5 Nummer 3a (§ 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag soll geregelt werden, dass zugelassene Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes (AMG) ausschließlich Gegenstand der Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a sind. Durch die regelhafte durchgeführte Nutzenbewertung für zugelassene ATMP soll die Transparenz über die vorhandene Evidenz hergestellt werden und gewährleistet werden, dass für den jeweiligen Wirkstoff ein Erstattungsbetrag nach § 130b verhandelt wird.

Stellungnahme des BAH

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie Rechtsklarheit für diese Arzneimittelgruppe schafft und den Patientenzugang auch im ambulanten Bereich sicherstellt. Allerdings ist das Verfahren der frühen Nutzenbewertung derzeit nicht auf diese zukunftsweisenden Therapeutika ausgerichtet und bedarf dringend einer Weiterentwicklung. Diese fehlt im Änderungsvorschlag, da lediglich an einer Stelle ganz am Anfang des Prozesses (Entscheidung über Nutzenbewertungspfad: Arzneimittel oder Behandlungsmethode) eine Klarstellung erfolgt.

In der Regel ist davon auszugehen, dass diese Arzneimittel bei sehr kleinen Patientengruppen zur Anwendung kommen. Die Generierung von Evidenz steht daher vor besonderen Anforderungen. Besonders bei ATMP, aber nicht nur hier, macht eine gemeinsame klinische Nutzenbewertung auf EU-Ebene Sinn. Sie würde ein gemeinsames Verständnis der Evidenzbasis schaffen und die problematische Doppelrolle des GKV-SV in Nutzenbewertung und Preisverhandlungen entschärfen. Weiterhin sind Anstrengungen, sinnvollerweise auch gemeinschaftlich in der EU, erforderlich, um neue Ansätze zur Evidenzgenerierung – wie etwa die Gewinnung und Nutzung von Real World Daten mithilfe von Registern – zu entwickeln. Für ATMPs ist die Durchführung des Goldstandards in der Nutzenbewertung, randomisierte klinische Studien (RCT), nicht immer möglich – gerade bei individualisierten Therapien ist eine RCT methodisch schwierig. Zudem sprechen kleine Fallzahlen und teilweise auch ethische Gründe gegen die Durchführung einer RCT. Ein

Umdenken hinsichtlich des derzeitigen dogmatischen Beharrens ausschließlich auf RCTs ist daher angebracht.

Es ist sicherzustellen, dass eine Freistellung wegen geringer Umsätze (§ 35a Abs. 1a SGB V) auch bei diesen Arzneimitteln möglich ist, um eine Überlastung des Nutzenbewertungsverfahrens durch nicht ausgabenkritische Arzneimittel zu verhindern.

2. Belegter Zusatznutzen für Reserveantibiotika (Änderungsantrag 2)

Zu Artikel 5 Nummer 3b (§ 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll ein stärkerer Anreiz für die Entwicklung von Reserveantibiotika geschaffen werden. Der pharmazeutischen Unternehmer (pU) kann beim Gemeinsamen Bundesausschuss vor der erstmaligen Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach § 35a Absatz 1 Satz 3 beantragen, dass das Arzneimittel den Status als Reserveantibiotikum zugesprochen bekommt. Für ein Reserveantibiotikum gilt der Zusatznutzen als belegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über den Antrag des pU. Der G-BA kann die Freistellung befristen, um Änderungen in der Resistenzsituation Rechnung tragen zu können.

Stellungnahme des BAH

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie den ersten Baustein in einer Kette von Maßnahmen darstellt, um die dringend notwendige Entwicklung neuer Antibiotika zu fördern. Denn die Dissonanz aus sehr hohen Entwicklungskosten, anhaltendem Preisdruck und den, durch den gewollten restriktiven Einsatz zu erwartenden geringen Absatzmengen führt dazu, dass derzeit für den deutschen Markt, der auch Auswirkungen auf internationale Märkte hat, keine Anreize für Hersteller vorhanden sind, weiterhin in die Antibiotikaforschung zu investieren.

Zu hinterfragen ist bei der geplanten Neuregelung allerdings die Befristung der Freistellung, um Änderungen in der Resistenzsituation Rechnung zu tragen. Hier zeigt sich einmal mehr, dass die ‚AMNOG-Systematik' nicht zur Antibiotikaentwicklung passt oder gar kontraproduktiv wirkt. Denn im Kontext von Resistenzentwicklungen ist es nicht die Aufgabe neuer Antibiotika, gegenüber vorhandenen Therapien Überlegenheit zu zeigen. Vielmehr sollen neue Antibiotika die Reserve wieder aufzustocken und als Alternative zur Verfügung zu stehen, wenn in kritischen Situationen andere, grundsätzlich geeignete Antibiotika infolge von Resistenzen versagen. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass ein ausgewogener Einsatz unterschiedlicher Wirkstoffgruppen Resistenzentwicklungen minimieren kann.

Darüber hinaus muss die beabsichtige Neuregelung von geeigneten, weiteren Erstattungsmodellen flankiert werden. Hierbei muss auch der stationäre Bereich in den Blick genommen werden, etwa durch die Etablierung eines extra-budgetären, bundesweiten Zusatzentgelts.

Vor dem Hintergrund weist der BAH darauf hin, dass auch im Hinblick auf das Festbetragssystem weitergehende Maßnahmen notwendig sind, um die Versorgung mit Reserveantibiotika attraktiver zu gestalten. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AM-VSG) hat der Gesetzgeber bereits geregelt, dass bei der Bildung von Festbetragsgruppen die Resistenzsituation bei Wirkstoffen zur Behandlung bakterieller Infektionen (Antibiotika) vom G-BA zu berücksichtigen sind und für die Versorgung bedeutsame Reserveantibiotika von der Gruppenbildung ausgenommen werden **können**. Bedenkt man die enorme Bedeutung von Reserveantibiotika, bleibt unverständlich, weshalb diese nicht grundsätzlich von der Gruppenbildung auszunehmen sind. Es verbleibt zudem die Unsicherheit, in welchen Fällen der G-BA eine Ausnahme beschließt. Damit mangelt es an jeglicher Planungssicherheit derer, die Antibiotika entwickeln.

Änderungsvorschlag:

Der BAH schlägt daher vor, in § 35 Abs. 1 Satz 3 wie folgt zu ändern:

> *Arzneimittel, die als Reserveantibiotika für die Versorgung von Bedeutung sind, sind von der Bildung von Gruppen nach Satz 1 auszunehmen.*

3. Geltung des Erstattungsbetrages ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes (Änderungsantrag 3)

Zu Artikel 5 Nummer 9c (§ 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll klargestellt werden, dass der vor Wegfall des Unterlagenschutzes zuletzt geltende Erstattungsbetrag nach Absatz 1 oder Absatz 4 für das erstmalig mit dem Wirkstoff zugelassene Arzneimittel auch nach Ende des Unterlagenschutzes für alle Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff fort gilt, soweit und solange für den Wirkstoff kein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 festgesetzt worden ist.

Stellungnahme des BAH

Die Weitergeltung des Erstattungsbetrags nach § 130b nach Wegfall des Unterlagenschutzes ist mit verschiedenen Problemen verbunden und daher kritisch zu sehen.

Eine Notwendigkeit einer solchen Regelung erschließt sich nicht, da Erstattungsbeträge grundsätzlich nicht zeitlich befristet verhandelt werden. Die Gültigkeit eines Erstattungsbetrags kann also durch Weiterbestehen des gültigen Vertrags sichergestellt werden. Zudem ist es den Vertragsteilnehmern unbenommen, bilateral im Rahmen ihrer Vertragsfreiheit Vereinbarungen für einen solchen Fall zu treffen.

Die Regelung lässt offen, was im Falle eines neuen Anwendungsgebiets oder der Erlangung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse für einen solchen Wirkstoff nach Wegfall des Unterlagenschutzes gilt. Eine Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten oder ein in hochwertigen Studien nachgewiesener Nutzen in patientenrelevanten Endpunkten könnte dann nicht mehr dem höheren Nutzen entsprechend monetarisiert werden. Das wäre ein Verstoß gegen das gerade von Kostenträgern immer vorgetragenen Prinzips des „money for value“.

Die vorgesehene Regelung ist zudem nicht objektiv und hinreichend bestimmt. Während der Beschluss im Rahmen einer frühen Nutzenbewertung und die anschließend stattfindenden Erstattungsbetragsverhandlungen eine zwingende Rechtsfolge des Markteintritts von Arzneimitteln mit neuem Unterlagenschutz sind, ist die Bildung von Festbetragsgruppen dem G-BA freigestellt. In der Praxis unterfallen daher nur Arzneimittel mit einem besonders intensiven Preiswettbewerb der Festbetragsregelung. Die Fixierung eines Preises ist ein Markteingriff von besonderer Schwere. Die Verknüpfung dieses schweren Eingriffs mit einem in seinem Eintritt unsicheren Kriterium stellt damit eine nicht akzeptable Einschränkung der Rechte von Marktteilnehmern dar. Es ist auch denklogisch nicht nachvollziehbar, warum eine Verknüpfung von zwei völlig unterschiedlichen Steuerungsinstrumenten erfolgt.

So wird beim Festbetragssystem ein gemeinsames Anwendungsgebiet gewählt, was möglichst breit und unspezifisch ausgesucht wird. In die frühe Nutzenbewertung geht immer eine spezifische Indikation ein, und diese wird zudem häufig noch einmal auf unterschiedliche Subgruppen aufgeteilt. Jedes neue Anwendungsgebiet, egal wie klein die Patientenpopulation ist, zieht ein eigenständiges Bewertungsverfahren nach sich. Der Bewertungsmaßstab im Festbetragssystem ist dichotom; das heißt, man kommt in eine Festbetragsgruppe hinein und unterliegt dem Festbetrag oder nicht. Im AMNOG-Verfahren ist jedoch eine feine Graduierung des Zusatznutzens gegeben, einerseits auf der Ebene des Ausmaßes, aber andererseits auf der Ebene der Aussagewahrscheinlichkeit. Im Festbetragssystem wird vom G-BA die Gruppe gebildet und dann werden vom GKV-SV Festbeträge festgesetzt, es liegt also eine Normsetzung in Form einer Allgemeinverfügung vor. In der Nutzenbewertung wird eine graduierte Bewertung des medizinischen Zusatznutzens gegenüber der zVT vorgenommen und im Nachhinein der Preis zwischen dem pU und der GKV verhandelt und eventuell „geschiedst“ wird. Dieses Verfahren setzt also auf

Verhandlung von Betroffenen. Zudem muss man berücksichtigen, dass die Preissetzungshoheit bei Festbeträgen grundsätzlich beim pU verbleibt, während der Erstattungsbetrag eine Obergrenze darstellt.

Die vorgesehene Regelung lässt darüber hinaus offen, was mit weiteren zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Unternehmer getroffenen vertraglichen Regelungen geschieht, etwa im Hinblick auf die Herstellerabschläge. Oftmals ist der Erstattungsbetrag niedriger verhandelt, wenn im Gegenzug die Abschläge abgelöst werden. Gilt der Erstattungsbetrag fort und fiele die Vereinbarung weg, bestünde die Gefahr, dass der Hersteller dann zusätzlich noch die gesetzlichen Abschläge zahlen müsste. Der Hersteller würde somit auf den rabattierten Erstattungsbetrag noch einmal die gesetzlichen Rabatte geben müssen.

Zudem erstreckt sich der Erstattungsbetrag in seiner Geltung auf die PKV. Eine Perpetuierung des Erstattungsbetrags hätte damit auch Geltung für das grundsätzlich stärker von Vertragsfreiheit geprägte System der PKV und würde auch dort den Gestaltungsspielraum einengen.

Bleibt der Gesetzgeber bei seiner Auffassung, so sollte der fortlaufende Erstattungsbetrag zumindest an die Entwicklung des Verbraucherpreisindizes angepasst werden können.

4. Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

Zu Artikel 0 (Änderung des Arzneimittelgesetzes) und Artikel 5 Nummer 9a (§ 129 Absatz 4c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag enthält verschiedene Maßnahmen, die zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln beitragen sollen:

- Umsetzung der in Art. 63 Abs. 3 der RL 2001/83 EG vorgesehenen Möglichkeit, für die zuständigen Behörden bei drohenden oder bestehenden Lieferengpässen von der Verpflichtung der Kennzeichnung und Etikettierung in deutscher Sprache abzusehen (beschränkt auf bestimmte Arzneimittelgruppen)
- Gesetzliche Verankerung eines Jour Fixe in Form eines Beirats zu versorgungsrelevanten Lieferengpässen bei Arzneimitteln bei den Bundesoberbehörden.
- Schaffung einer Ermächtigungsgrundlage, damit die Bundesoberbehörden vorsorglich zur Vermeidung sowie im Falle eines versorgungsrelevanten Lieferengpasses geeignete Maßnahmen anordnen können.
- Verpflichtung der vollversorgenden Großhändler und pharmazeutischen Unternehmer, den Bundesoberbehörden Informationen zu verfügbaren Beständen, Absatzmengen und drohenden Lieferengpässen von versorgungsrelevanten Arzneimitteln zu übermitteln.

Stellungnahme des BAH

Grundsätzlich sind Maßnahmen zur Stärkung der Liefersicherheit von Arzneimitteln zu begrüßen. Die Arzneimittel-Hersteller arbeiten auch jetzt schon intensiv daran, um ihre Produkte kontinuierlich entsprechend dem Bedarf in der Bevölkerung bereitzustellen.

Jour-Fixe als Beirat und Anordnung weiterer Maßnahmen
Der Jour-Fixe Liefer- und Versorgungsengpässe bei den Bundesoberbehörden hat sich als Format des sachlichen und konstruktiven Informationsaustauschs und zur Findung der für alle Betroffenen bestmöglichen Lösung bewährt. Die Arbeit dieses Gremiums sollte in seiner derzeitigen Zusammensetzung verstetigt und seine Empfehlungen als best practice von den Beteiligten umgesetzt werden.

Daher ist eine Ermächtigung zum Erlass von verpflichtenden Maßnahmen weder notwendig, da das Jour-Fixe-Format sich als geeignet zum Management von Lieferengpässen erwiesen hat, noch sind solche Maßnahmen zielführend, da sie den komplexen, allen Beteiligten bekannten, Ursachen von Lieferengpässen nicht gerecht werden können. Verpflichtende Maßnahmen würden im Gegenteil den immensen Kostendruck, dem die Industrie ausgesetzt ist, nur verstärken – im schlimmsten Fall führen sie dazu, dass Hersteller sich aus einzelnen Marktsegmenten weiter zurückziehen und diese Arzneimittel nicht mehr für die Versorgung zur Verfügung stehen.

Dies gilt insbesondere für die Möglichkeit, dass die zuständige Bundesbehörde „Maßnahmen zur Lagerhaltung und Kontingentierung von Arzneimitteln“ anordnen kann. Es stellt sich hier die Frage, wie die Behörden dies konkret umsetzen sollen. Die Anordnung von zusätzlicher Lagerhaltung setzt zudem voraus, dass zuvor ausreichend produziert werden konnte. Hinzu kommt, dass auch die Freigabe der Lagerkapazitäten und anschließende Verteilung des Lagerbestandes geregelt werden müssen; zudem kann auch dann nicht ausgeschlossen werden, dass es – zum Beispiel aufgrund höherer Preise im europäischen Ausland – über die Lieferkette zu Abflüssen eben dort hinkommt. Berücksichtigt werden muss, dass Lagerkapazitäten nicht nur Kapital binden, sondern sie generell ein knappes Gut sind, das bei Erreichen der Kapazitätsgrenze nicht „mal eben“ kurzfristig ausgeweitet werden kann. Komplexer wird es für den Hersteller, wenn etwa kühlkettenpflichtige Arzneimittel oder Arzneimittel, die dem Betäubungsmittelrecht unterliegen, gelagert werden müssen. Dies muss insbesondere vor dem Hintergrund gesehen werden, dass angesichts der geringen Margen insbesondere im Generikamarkt die Hersteller keine finanziellen Spielräume für erweitere Lagerkapazitäten haben. Daher regen wir an, dass der Gesetzgeber noch aufnehmen sollte, dass die Kosten, die dem Hersteller durch entsprechende Maßnahmen entstehen, aus Steuermitteln oder alternativ anteilig von der gesetzlichen wie privaten Krankenversicherung zu übernehmen sind.

Ausnahmen von der Kennzeichnungspflicht in deutscher Sprache

Die beabsichtige Neuregelung, dass die zuständigen Behörden bei drohenden oder bestehenden Lieferengpässen von der Verpflichtung der Kennzeichnung und Etikettierung in deutscher Sprache absehen können, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sollte die zuständige Bundesbehörde eine Ausnahmeregelung nur auf Antrag des Originators bzw. des Zulassungsinhabers der originären Zulassung und nicht auf Antrag des Reimporteurs erteilen dürfen. So wird einem möglichen Missbrauch der Schutzregelung, indem Reimporteure die Registrierung eines in deutscher Sprache lokalisierten Produkts und die damit verbundenen Kosten aus Wettbewerbsgründen umgehen, vorgebeugt.

Meldeverpflichtung

Eine Meldung der vorhandenen Bestände seitens der Arzneimittel-Hersteller an die Behörden wird schon jetzt im Bedarfsfalle vorgenommen. Eine solche Vorschrift ist sinnvoll, wenn die Bedingungen, wann eine solche Meldung stattfinden soll, klar vorgegeben sind (echter Versorgungsengpass ohne oder nur mit eingeschränkten Therapiealternativen; eine massive Störung der Bedienung der Nachfrage in solchen Fällen ist nachweisbar). Keinesfalls darf es zu einer pauschalen Meldepflicht auch minderschwerer Unterbrechungen der kontinuierlichen Belieferung des Marktes kommen.

Erweiterte Austauschmöglichkeiten

Eine Erweiterung der Austauschmöglichkeiten der Apotheke und damit die Einbindung des pharmazeutischen Sachverstandes im Management von Lieferengpässen ist zu

begrüßen. Eine Beschränkung auf ausschließlich gleich teure oder preisgünstigere Arzneimittel ist nicht nachvollziehbar. Wie im letzten Abschnitt ausgeführt, handelt es sich hier um ernsthafte Störungen in der Versorgung, die in dieser Schwere sicherlich nicht häufig sind. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass bei Rabattverträgen die Zuschläge zum großen Teil an ohnehin schon niedrigpreisige Bieter gehen. Auch wenn kein Rabattvertrag greift, ist aufgrund weiterer Steuerungsinstrumente (Festbeträge, aut-idem-Regelung nach § 129 SGB V) damit zu rechnen, dass regelhaft ein niedrigpreisiges Arzneimittel primär verordnet wird, wenn eine Auswahlmöglichkeit besteht. Daher sollte zur Sicherstellung der Versorgung der Austauschkorridor in diesem definierten Sonderfall ohne Preisbeschränkung auf alle für den Austausch in Frage kommenden Arzneimittel erweitert werden. Resultierende Mehrkosten dürfen nicht zu Lasten der pharmazeutischen Unternehmer gehen.

Weiterer Regelungsbedarf zur Erhöhung der Versorgungssicherheit

Mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) hat der Gesetzgeber bereits verankert, dass der Vielfalt der Anbieter und der Gewährleistung einer unterbrechungsfreien und bedarfsgerechten Lieferfähigkeit bei Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V Rechnung zu tragen ist. Zur Konkretisierung und zur Vermeidung von Umgehungsstrategien sollte jedoch eine verbindliche Bezuschlagung von drei Anbietern bei Ausschreibungen und ein Verbot der Umgehung der Dreipartnerklausel durch Preisabstandsregelungen und äquivalente Konstrukte gesetzlich geregelt werden. Mit einer entsprechenden gesetzlichen Änderung würden sowohl die Anbietervielfalt als auch die Lieferfähigkeit gestärkt werden, da weniger Arzneimittel-Hersteller ihre Produktion herunterfahren oder ganz vom Markt gehen würden.

Zudem sollte der Gesetzgeber Anreize setzen, dass wieder mehr Hersteller versorgungskritische Arzneimittel herstellen. Daher sollten Krankenkassen für Wirkstoffe, die der Jour Fixe-Lieferengpässe als versorgungskritisch identifiziert hat, keine Rabattverträge mehr ausschreiben dürfen.

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (Drucksache 19/8753) biotechnologisch hergestellte Arzneimittel wegen ihrer Besonderheit aus der Importförderklausel herausgenommen. Im Hinblick auf diese Besonderheiten, etwa die Komplexität der Herstellung, sollte der Gesetzgeber ein Ausschreibungsverbot für biotechnologisch hergestellte Arzneimittel beschließen.

5. Gesetzlicher Abschlag für Schutzimpfungen als Satzungsleistung

Zu Artikel 5 Nummer 9b (§ 130a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigen Neuregelung erhalten die Krankenkassen künftig nicht nur auf alle Impfstoffe für Schutzimpfungen im Rahmen von Pflichtleistungen einen Abschlag auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers, sondern darüber hinaus auch für Impfungen im Rahmen von Satzungsleistungen.

Stellungnahme des BAH

Der BAH hält die beabsichtigte Neuregelung nicht für zielführend. Satzungsleistungen sind Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zu den gesetzlich festgeschriebenen Leistungen gewähren kann. Satzungsleistungen stehen in der Regel im freien Ermessen der Krankenkassen und können im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander eingesetzt werden. Somit können die Krankenkassen in ihren Satzungsleistungen die Kostenübernahme von weiteren Impfungen vorsehen, die nicht Bestandteil der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA sind. Eine Verpflichtung, Zwangsabschläge auch für freiwillig angebotene Schutzimpfungen im Rahmen von Satzungsleistungen zu erheben, stellt daher einen Systembruch dar.

Weiterer Regelungsbedarf

1. Ausbau der Transparenz, Stärkung der Betroffenenrechte, Erhöhung der Legitimation des G-BA

Bedingt durch die Struktur des Gesundheitssystems hat nahezu jeder Arzneimittel-Hersteller Berührungspunkte mit dem Gemeinamen Bundesausschuss (G-BA), speziell mit seiner Arzneimittel-Richtlinie, die vor allem über ihre Anlagen maßgeblichen Einfluss auf die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln hat. Aus diesem Grund plädieren wir für einen Ausbau der Transparenz, für eine Stärkung der Betroffenenrechte und für eine Erhöhung der Legitimation des G-BA.

Ausgangslage:

Am 10. November 2015 hatte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG, Beschl. v. 10.11.2015 – Az. 1 BvR 2056/12) über eine Verfassungsbeschwerde zu entscheiden, die sich inhaltlich mit der abgelehnten Erstattung eines Medizinprodukts beschäftigte. Die Klägerin rügte die Weigerung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), das von ihr verwendete Medizinprodukt in seine Arzneimittel-Richtlinie aufzunehmen, u.a. ohne dafür hinreichend demokratisch legitimiert zu sein. Das BVerfG verwarf die Beschwerde, thematisierte aber in Ziff. 22 seiner Entscheidung die Problematik der Legitimation des G-BA und führte aus, dass „es nicht ausgeschlossen [ist], dass der Gemeinsame Bundesausschuss für eine Richtlinie hinreichende Legitimation besitzt, wenn sie zum Beispiel nur an der Regelsetzung Beteiligte mit geringer Intensität trifft, während sie für eine andere seiner Normen fehlen kann, wenn sie zum Beispiel mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren Entstehung nicht mitwirken konnten. Maßgeblich ist hierfür insbesondere, inwieweit der Ausschuss für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet ist.“

Aufgrund dieser Entscheidung hatte das Bundesgesundheitsministerium im Dezember 2016 drei Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, die sich mit der verfassungsrechtlichen Legitimation zum Erlass von Richtlinien und anderen normativen Entscheidungen befassen sollten. Gutachter waren die Herren Professoren Kingreen, Gassner und Kluth.
Anfang Juni 2018 wurden die mit Stand vom Dezember 2017 angefertigten Rechtsgutachten auf der Seite des Bundesgesundheitsministeriums veröffentlicht. Zusätzlich hatte der G-BA seinerzeit ein Rechtsgutachten bei Herrn Prof. Hase in Auftrag gegeben. Eine weitere Studie hatte Herr Prof. Sodan angefertigt.
Die einzelnen Rechtsgutachten weisen die Bandbreite juristischer Meinungsbilder auf. Nichtsdestotrotz sehen vier der fünf Gutachten einen - wenn auch vereinzelt minimalen - Bedarf, die verfassungsrechtliche Legitimation des G-BA zu erhöhen. Zwei der drei Gutachter kritisieren z.B. die personell-organisatorische Legitimation des

Beschlussgremiums gegenüber Dritten, die dort nicht repräsentiert sind[1]. Auch aufgrund der enormen Bedeutung des G-BA als das zentrale Steuerungsgremium in der GKV sollte die Legitimation und Struktur des G-BA gestärkt werden.

1. Transparenz ausbauen

Als einen zentralen Aspekt muss die Transparenz behördlicher Entscheidungen und Strukturen gestärkt werden.

Problem:
Verfahrensabläufe, Inhalte und Entscheidungen des G-BA, aber auch des IQWiG, sind weder für Patienten noch für weitere Dritte oft nicht nachvollziehbar, obwohl sie von diesen unmittelbar betroffen sein können. Die Darstellung der Entscheidungsprozesse in den Gremien des G-BA ist strukturell und inhaltlich nicht ausreichend transparent.[2] Dies zeigen auch folgende Beispiele:

- Ergebnisse werden schleppend oder auch gar nicht veröffentlicht, obwohl sich der G-BA z.B. gemäß 1. Kapitel, § 7 Abs. 3 S. 2 VerfO G-BA verpflichtet, nach Nichtbeanstandung der Beschlüsse zusammenfassende Dokumentationen zu veröffentlichen. Es muss im Sinne des Transparenzgebots sichergestellt werden, dass die Geschäftsstelle des G-BA ihren übertragenden Aufgaben und Verpflichtungen unverzüglich nachgehen kann.
- Die fachliche Ausarbeitung findet zudem beim IQWiG und/ oder in den Unterausschüssen und Arbeitsgruppen des G-BA statt. Diese finden weder öffentlich statt (§ 20 Abs. 1 S. 1 GO G-BA) noch ist erkennbar, wer sich in den Gremien mit der Ausarbeitung der Beschlüsse befasst, gar wer für das Einbringen von Änderungsvorschlägen verantwortlich ist. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir es, dass mit dem MdK-Reformgesetz (Drucksache 19/13397) die Plenumsitzungen des G-BA als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten werden.
- Des Weiteren sind die Leitungsebenen der Behörden personell und finanziell ineinander verflochten. So setzen sich der Stiftungsrat und der Vorstand des IQWiG und IQTiGs aus den Trägerorganisationen des G-BA zusammen, zumeist mit Personenidentität. Von Gesetzes wegen unabhängige Institute (§§ 137a Abs. 1 S. 1, 139a Abs. 1 S. 1 SGB V) scheint es demnach nicht zu geben. Selbst die Interessenvertretungen der PatientInnen im G-BA nach § 140f SGB V scheinen durch die

[1] Gassner, Ulrich, „Rechtsgutachten zur verfassungsrechtlichen Legitimation des G-BA“, 30.08.2017, S. 272; Kingreen, Thorsten, „Optionen zur Stärkung der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses im Recht der der gesetzlichen Krankenversicherung“, September 2017, S. 7.
[2] So auch der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa), „Innovationen im deutschen Gesundheitsmarkt“, 7.4.2017, S.3.

Finanzierung des GKV-SV nach § 20h SGB V nicht frei in ihren Entscheidungen. Sie bemängeln die strukturelle Unabhängigkeit in ihrer Stellungnahme[3].

Vorschlag:

Einen ersten Schritt in Richtung Transparenzausbau unternahm das Verwaltungsgericht Berlin (VG Berlin, Urt. v. 17.03.2016 – Az. 2 K 1.15), welches zumindest ein Recht auf den Zugang zu den Namen der Mitglieder der Unterausschüsse des G-BA zusprach. Gleichwohl sind weitere Schritte zu unternehmen:

- So sollten die Namen derjenigen, die in den G-BA-Arbeitsgremien mitarbeiten, ähnlich dem IQWiG, veröffentlicht werden und nicht mehr nur – wie bislang – auf Nachfrage.
- Ergebnisse der Arbeit aus den Unterausschüssen und Arbeitsgruppen des G-BA sowie aus den Ressorts des IQWiGs müssen veröffentlicht werden, um dem Transparenzgebot einer staatlichen Behörde zu genügen[4].
- Die vier maßgeblichen Patientenvertretungen im G-BA nach § 140f SGB V fordern die Schaffung eines spezifischen Haushaltstitels im Bundeshaushalt zur Finanzierung ihrer unterstützenden Arbeit. Unter dem Gesichtspunkt der Unabhängigkeit der beteiligten Organisationen und Behörden kann der BAH diese Forderung nur unterstützen.

2. „Betroffenenrechte stärken“

Die Einbindung betroffener Dritter (Versicherte, Arzneimittel-Hersteller, Fachgesellschaften) muss gestärkt werden.

Problem:

Dieser Punkt ist eng mit der verfassungsrechtlichen Legitimation des G-BA verknüpft. So sei hier auch auf die eingangs erwähnte Entscheidung des BVerfG zu verweisen, in welcher das Gericht in Ziff. 22 seiner Begründung auf „Beteiligte“ und „Dritte“ eingeht, die mehr oder weniger intensiv von einem Beschluss des G-BA betroffen seien, aber an diesem nicht mitwirken können. So erläutert Prof. Kingreen in seinem Rechtsgutachten[5], dass im Verhältnis zu den Versicherten und den nicht im G-BA repräsentierten Leistungserbringern keine personell-organisatorische Legitimation bestehe. Nach Prof. Gassner[6]

[3] Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Verbraucherzentrale Bundesverband, „Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen“, Juni 2018, S. 5.
[4] ebenda; ebenso: SpiFa, a.a.O., S. 3.
[5] Kingreen, Thorsten, a.a.O., S. 9.
[6] Gassner, Ulrich, a.a.O., S. 235.

könne nur durch den angemessenen Einbezug aller relevanten Interessen in den Entscheidungsprozess ein wirksames Mitspracherecht der Betroffenen und/ oder ein sachgerechter Interessenausgleich, durch den die vom Gesetzgeber verfolgten Zwecke und Ziele effektiv erreicht werden können, sichergestellt werden. Zudem kritisiert Prof. Kluth die Organisationsstruktur des GKV-SV im Beschlussgremium, da nicht zwingend Vertreter der Versicherten bestellt werden müssen[7].

Auch die Stiftung Münch sieht das Problem der Diskriminierung von Außenstehenden und dass z.B. die frühe Nutzenbewertung nach § 35a SGB V die Gefahr berge, dass Insider (Bänke) ihre Stellung nutzen[8].

Vorschlag:

- Betroffene Dritte müssen frühzeitig in den Entscheidungsprozess eingebunden werden, um das Legitimationsniveau des G-BA zu erhöhen und die Grundrechte der Betroffenen zu stärken.
- Betroffenen Dritten müssen umfassende Antrags-, Anhörungs- und Stellungnahmerechte eingeräumt werden.
- Der BAH fordert zudem ein Mitberatungsrecht von Vertretern der pharmazeutischen Verbände in den Unterausschüssen und Arbeitsgruppen des G-BA (so auch Prof. Sodan[9]).

3. „Legitimation erhöhen“

Das G-BA Plenum muss ausgebaut werden. Hierfür muss die Anzahl der hauptamtlichen Unparteiischen erhöht und ihr Berufungsverfahren geändert werden.

Problem:

Dreh- und Angelpunkt dieses Punktes ist die Frage nach der personellen Legitimation des G-BA. So kommen zwei der drei vom BMG beauftragten Rechtsgutachter zu dem Ergebnis, dass die Legitimationskette des G-BA brüchig sei. Es gibt weitere kritische Stimmen. Der Tatsache geschuldet, dass der G-BA oberstes Beschlussgremium über mehr als 72 Mio. Versicherte ist, ist der Anspruch an ein verfassungsrechtlich legitimiertes Organ besonders hoch.

[7] Kluth, Winfried, „Rechtsgutachten - Verfassungsrechtliche Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses“, Dezember 2017, S. 252.
[8] Stiftung Münch, „Reformkommission Gemeinsamer Bundesausschuss“, 2017, S. 8.
[9] Sodan, Helge, „Zur demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses – Eine verfassungs- und sozialrechtliche Studie“, S. 51.

Prof. Kingreen bemängelt u.a. das Berufungsverfahren der drei hauptamtlichen Unparteiischen Mitglieder[10]. Diese werden von den Trägerorganisationen des G-BA vorgeschlagen. Der Vorschlag geht sodann in den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags, der dem (ersten) Vorschlag mit einer 2/3 Mehrheit widersprechen kann. Eine Legitimationskette zum Volk aus diesem Verfahren abzuleiten, sei allenfalls begrenzt gelungen.

Prof. Gassner sieht ebenfalls Reformbedarf bei der Berufung der Unparteiischen, um Funktionsdefiziten zu begegnen[11].

Wie bereits unter dem Punkt „Betroffenenrechte stärken“ angedeutet, vertritt die Stiftung Münch die Meinung, das G-BA Plenum neu zu strukturieren, um die Interessenvertretungen zu verbessern[12].

Im Sinne einer Legitimationserhöhung sieht auch der SpiFa Reformbedarf[13].

Vorschlag:

Prof. Gassner präferiert die Mitwirkung der Patientenvertretung durch ein Vetorecht. Durch Einlegen dieses würde im Anschluss eine Schiedsstelle zusammenkommen, die über den Beschluss befinden würde. Die Schiedsstelle würde aus G-BA-Mitgliedern, fünf Patientenvertretern und acht Sachverständigen bestehen, wobei letztere durch den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages gewählt werden würden[14].

Die Stiftung Münch schlägt eine Stärkung der hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder des G-BA sowie der Vertretung von Patienteninteressen vor. Hierbei bestünde das Plenum aus neun hauptamtlichen und 15 ehrenamtlichen Mitgliedern, wobei nur erstere ein Stimmrecht hätten. Sechs Hauptamtliche werden von den Bänken gewählt, drei vom Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags. Die ehrenamtlichen Mitglieder würden zu gleichen Anteilen aus der GKV, den Leistungserbringern und den Patientenvertretern bestehen[15]. Darüber hinaus gibt es weitere, ähnliche Vorschläge.

Auch der BAH sieht den Bedarf, die Strukturen des G-BA zu überdenken. Außerdem müssen im Sinne einer Erhöhung der Legitimation rechtsstaatliche Kontrollen ausgebaut werden, etwa durch eine frühzeitige gerichtliche Kontrolle.

[10] Kingreen, Thorsten, a.a.O., S. 147.
[11] Gassner, Ulrich, a.a.O., S. 282.
[12] Stiftung Münch, S. 7.
[13] SpiFa, a.a.O., S. 7 f..
[14] Gassner, Ulrich, a.a.O., S. 275 ff..
[15] Stiftung Münch, a.a.O., S. 3.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(24)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
12.12.2019

Vereinte Dienstleistungs-gewerkschaft

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

BT-Drucksache 19/15662

Antrag der Fraktion der BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln

BT-Drucksache 19/9565

zur Öffentlichen Anhörung am 18. Dezember 2019

Berlin, 12. Dezember 2019

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung sind neben der im Koalitionsvertrag vereinbarten Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA) umfassende Änderungen des Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgesehen. Insgesamt zielt der Gesetzentwurf auf die Ausweitung des Wettbewerbsprinzips im GKV-System. Die systematischen Änderungen berühren wesentliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung sowie die Ausgestaltung des Sozialstaates. Sie betreffen damit die Beschäftigten in Deutschland sowie ihre Angehörigen, die zum weit überwiegenden Teil im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Damit stellen die gesetzlichen Krankenkassen die mit Abstand wichtigsten Institutionen zur sozialen Absicherung der Bevölkerung im Kontext der Gesundheitsversorgung darstellen. Gleichzeitig sind in der GKV und damit im ver.di-Organisationsbereich von ver.di rund 110.000 Menschen beschäftigt.

Soziale Selbstverwaltung stärken statt zusätzlicher Entscheidungsgremien

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass beim GKV-Spitzenverband einen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) einzurichten, der hauptamtlich besetzt und mit weitreichenden Beratungs- und Entscheidungsrechten ausgestattet sein soll. So sollen künftig versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen der Zustimmung des LKA bedürfen. Das zusätzliche Gremium würde damit jedoch in Konkurrenz mit den gesetzlich festgelegten Befugnissen der sozialen Selbstverwaltung gehen und die Sozialpartnerschaft als Grundprinzip der Kranken- und Pflegeversicherung gefährden. Es droht eine Beschädigung der sozialpartnerschaftlich bewährten Einbindung von Versicherten und Arbeitgebern in den Versorgungsalltag von Millionen Bürgerinnen und Bürgern. ver.di lehnt die Einrichtung des LKA daher strikt ab. Die Mitbestimmung von Arbeitgebern und Versicherten in der Sozialen Selbstverwaltung ist zu gewährleisten. Vorgeschaltete Entscheidungs- und Beratungsgremien würden das Prinzip der Selbstverwaltung ad absurdum führen. Die auf der Welt einmalige deutsche Krankenversicherung mit ihren Leistungsversprechen und solidarischer Finanzierung hat ihr Fundament in der Sozialen Selbstverwaltung. Im Koalitionsvertrag haben CDU, CSU und SPD deshalb die Stärkung der Sozialen Selbstverwaltung verabredet. Mit der vorgesehenen Maßnahme wird das politische Ziel jedoch konterkariert.

Finanzausgleich fair reformieren

Der RSA soll weiterentwickelt werden, um einen fairen Wettbewerb zu ermöglichen und ihn vor Manipulation zu schützen. Strukturelle Fehldeckungen auf regionaler Ebene sowie auf der Ebene einzelner Versichertengruppen sollen verhindert und zugleich Risikoselektionsanreize verringert werden. Dazu werden u. a. eine Regionalkomponente und ein Krankheits-Vollmodell eingeführt. Die Reform des RSA erfolgt unter Berücksichtigung des Sondergutachtens zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (2017) und des Gutachtens zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Juni 2018), die der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesversicherungsamt (BVA) vorgelegt hat. Er stellt eine potentiell zielgenauere Anwendung des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen in Aussicht. Nachhaltig positive Wirkungen sollen über eine regelmäßige Evaluation sichergestellt sowie zur Stärkung der Manipulationsresistenz eine Manipulationsbremse im RSA-Jahresabschluss eingeführt werden. ver.di spricht sich für eine zeitnahe Umsetzung der RSA-Reform in Verbindung mit einer Evaluation aus. Angesichts des verstärkten Wettbewerbs und der zahlreichen, die Kompetenz der sozialen Selbstverwaltung verletzenden Eingriffe in die Rechte der Krankenkassen zur Rücklagenbildung ist die kurzfristige Umsetzung unerlässlich.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 5 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA)

In der Solidargemeinschaft der über 70 Millionen GKV-Versicherten speist sich die finanzielle Ausstattung einer Kasse aus dem gemeinsamen Topf der gesamten Beiträge aller gesetzlich Versicherten. Der RSA bildet hierbei das zentrale Element der Solidarität und übernimmt eine entscheidende Rolle im GKV-System. Er regelt die Verteilung der Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen und soll die Risikoselektion zu Lasten morbider und älterer Versicherter verhindern. Für Kassen mit unterschiedlichen Versichertenstrukturen im Hinblick auf Einkommen und Morbidität soll er eine der Voraussetzungen für einen fairen Wettbewerb um die beste Versorgung schaffen.

Einführung einer Regionalkomponente in den RSA (§ 266 Abs. 2 i. V. m. RSA-Verordnung)

Das Ausgleichsverfahren enthält künftig eine Regionalkomponente, die regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen abbauen soll. Grundlage dafür sollen statistisch signifikante regionale Variablen, wie etwa der Anteil der ambulant Pflegebedürftigen, bilden, die regionale Deckungsbeitragsunterschiede erklären können. Angebotsorientierte Faktoren, wie Arztdichte und Krankenhausbettenzahl, werden nicht in den Ausgleich einbezogen, um Fehlanreize zu verhindern.

Einführung eines Krankheits-Vollmodells (3 266 ff. SGB V)

Zukünftig soll der Finanzierungsausgleich das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigen, indem die bisherige Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten abgeschafft und ein Krankheits-Vollmodell eingeführt wird. Für einen Großteil der Versicherten sollen damit Über- und Unterdeckungen verringert werden, wodurch wiederum Anreize zur Risikoselektion, Differenzen zwischen den Deckungsbeiträgen der Krankenkassen und folglich Wettbewerbsverzerrungen reduziert werden sollen. Das RSA-Verfahren wird vereinfacht, da bei vollumfänglicher Berücksichtigung die jährliche Krankheitsauswahl entfällt.

Die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen im Ausgleichsverfahren 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,

3. das Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld, 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.

Da Verhältnis zwischen jüngeren und älteren Versicherten soll durch die Einführung von Altersinteraktionstermen künftig dahingehend verändert werden, dass der Einfluss altersbezogener Faktoren auf Krankheitsverläufe und auf die damit zusammenhängenden Behandlungskosten berücksichtigt wird. So kommt es bisher beispielsweise zu Unterdeckungen bei jüngeren Versicherten mit hohem Morbiditätsrisiko.

Die Einführung von Altersinteraktionstermen darf nicht zu einer Altersdiskriminierung führen. Die Wirkungen müssen besonders beobachtet und ggfs. nachgesteuert werden.

Risikopool (§ 268 SGB V)

Ergänzend zum Risikostrukturausgleich werden die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle künftig teilweise über einen Risikopool ausgeglichen. Übersteigt die Summe der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben eines Versicherten bei einer Krankenkasse innerhalb eines Ausgleichsjahres einen bestimmten Schwellenwert, werden 80 Prozent des den Schwellenwert übersteigenden 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. Zugleich wird eine systematische Prüfung der dem Pool zugrunde gelegten Leistungsdaten eingeführt.

Streichung der Erwerbsminderungsgruppen (§ 267 SGV V a. F.)

Die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen als zuweisungsauslösendes Merkmal ist differenziert zu bewerten. Einerseits hatte der wissenschaftliche Beirat davor gewarnt, dass bei ersatzloser Streichung des Erwerbsminderungsmerkmals schwerwiegende Risikoselektionsanreize gegen Erwerbsminderungsrentner entstehen könnten. Zugleich hat der wissenschaftliche Beirat darauf hingewiesen, dass die jetzigen Abgrenzungen der Altersgruppen der Erwerbsminderungsgruppen (EMGs) nicht zufriedenstellend definiert seien. Zudem seien Überdeckungen im bestehenden System bei Erwerbsminderungsrentnern ohne chronische Krankheiten evident. Daher hatte der Beirat empfohlen, Erwerbsminderung zukünftig als Kriterium der Schweregraddifferenzierung innerhalb des Morbiditätsspektrums einzusetzen. Andererseits wird darauf hingewiesen, dass die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen zu einer verbesserten Zielgenauigkeit führen kann, da der Zuschlag durch das Kriterium Erwerbsminderungsrente noch aus dem „alten" System ohne Morbiditätsparameter stammt und hilfsweise zur Abbildung von Morbidität eingesetzt wurde. Mit einer umfassenden Berücksichtigung der Morbidität kann der Wegfall daher sachgerecht sein.

ver.di weist darauf hin, die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats umfänglich zu berücksichtigen sind, um einer Risikoselektion zu Lasten einer besonders vulnerablen Gruppe entgegenzuwirken.

ver.di fordert ein verbindliches Verfahren zur Evaluation sowie Vorgaben, innerhalb derer nachgewiesene Wirkungsdefizite bei den betreffenden Komponenten des RSA durch den Gesetzgeber zu korrigieren sind.

Stärkung von Präventionsanreizen durch den RSA (§ 270 Abs. 3 SGB V)

Die Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen sollen künftig durch eine „Vorsorge-Pauschale" finanziell gefördert werden. Anknüpfungspunkt für eine Pauschalzahlung können nur vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien konkretisierte und als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähige Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchungen, zahnärztliche Individualprophylaxeleistungen sowie Schutzimpfungen sein.

Maßnahmen zur Sicherstellung der Manipulationsresistenz des RSA

Das Bundesversicherungsamt erhält erweiterte Prüfbefugnisse zur Stärkung der Manipulationsresistenz. Dazu soll es im Rahmen der Durchführung des RSA die Datenmeldungen der Krankenkassen auf ihre Rechtmäßigkeit prüfen. Die Daten werden auf auffällige Steigerungen im Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der übermittelten Diagnosen, die nicht auf demografische Veränderungen zurückzuführen sind, geprüft. Außerdem wird geprüft, ob Auffälligkeiten bei betroffenen Krankenkassen zu erheblich erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds geführt haben kann.

Zukünftig sind vertragliche Regelungen unzulässig, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen gesehen werden. 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 ist. Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, dürfen auch im Kollektivvertragssystem (Gesamtverträge) nicht getroffen werden. Um upcoding zu vermeiden, werden die Regelungen zu den Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung und zu den Verträgen nach § 140 a SGB V (Selektivverträge) verschärft.

Es ist wichtig, durch die Maßnahmen zur Sicherstellung der Manipulationsresistenz bewährte Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden. Sichergestellt werden muss, dass allein aufgrund evidenzbasierter, medizinisch-wissenschaftlicher Kriterien Diagnosen gestellt und sachgerecht vergütet werden. ver.di begrüßt daher grundsätzlich Maßnahmen, die geeignet sind, Upcoding und sonstige Fehlanreize zu verhindern. Die Verantwortung hierfür liegt ebenso auf der Seite der Leistungserbringer. Deshalb ist es sachgerecht, Die Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen komplett abzuschaffen, um einen Missbrauch zur Kodierberatung der Vertragsärzte zu verhindern.

Wettbewerbsrecht (§ 4 a SGB V)

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. Verfahren der Krankenkassen untereinander sollen demzufolge nicht mehr von den Sozialgerichten verhandelt werden.

Mit dieser und weiteren Regelungen bestimmter Aspekte des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wird die Konkurrenzsituation verschärft und Verdrängungsprozesse im GKV-System befördert. Die Solidargemeinschaft GKV wird durch einen Wettbewerb um Versicherte und „gute" Risiken weiter unter Druck gesetzt. Diese Tendenz steht einem Wettbewerb um die beste Versorgung entgegen. Es sollte daher weiter den Aufsichtsbehörden vorbehalten bleiben, vermeintliche von echten Interessensbeeinträchtigungen zu unterscheiden und gegen letztere wirksam vorzugehen.

ver.di begrüßt, dass auch für die neu eingeführten Unterlassungs- und Beseitungsansprüche der Krankenkassen untereinander die Sozialgerichtsbarkeit vorgesehen ist. Aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades im komplexen Rechtssystem ist diese Zuständigkeit sachgerecht. Nicht nachzuvollziehen ist allerdings die Betrauung der Landessozialgerichte statt der originär zuständigen Sozialgerichte.

Änderungen im Bereich des Organisationsrechts des GKV-SV

Veränderungen der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes (§ 217b ff. SGB V)

Durch die Schaffung eines neuen Gremiums beim GKV-SV, einen „Lenkungs- und Koordinierungsausschuss" soll eine bessere organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen und der Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes erreicht werden. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss soll 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.

Er soll künftig eine zentrale Rolle im GKV-SV erhalten: Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen bedürfen künftig der Zustimmung dieses Gremiums. 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.

Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses können an Sitzungen von Gremien, denen der Vorstand angehört, sowie auch an nicht-öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilnehmen. 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.

Gegenüber dem Referentenentwurf wird im Gesetzentwurf nicht vorgesehen, den Verwaltungsrat des GKV-SV künftig durch Vorstandsmitglieder der Krankenkassen zu besetzen. Jedoch wird durch die nun vorliegende Regelung die soziale Selbstverwaltung entwertet. Es soll eine hauptamtliche Parallelstruktur eingerichtet werden, die den Verwaltungsrat als sozialpolitische Korrektiv in eine Aufgabenkonkurrenz mit den Kassenvorständen bringt. Der Auftrag des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses verletzt die Grundlagen der sozialen Selbstverwaltung als selbstverantwortliche, demokratische Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger an der Verwaltung des sozialen Rechtsstaats und Sozialstaatsmodells. Die Errichtung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses ist in eine Reihe von Angriffen auf das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung seitens des BMG einzuordnen und wird von ver.di strikt abgelehnt.

Ausschlaggebend für die Umsetzung der GKV-Prinzipien der Beitragsgerechtigkeit und Leistungsgleichheit ist die Möglichkeit der Versicherten, selbst an grundlegenden Weichenstellungen in der Gesundheitsversorgung und an die diese maßgeblich betreffenden, organisationsbezogenen Entscheidungen teilzuhaben. Diese Teilhabe wird garantiert durch den im Rahmen der Sozialwahlen vorgesehenen Auftrag an die Versicherten, innerhalb der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger für die Durchsetzung von Versicherteninteressen Sorge zu tragen. Als demokratisches Element des Sozialstaates wird dadurch nicht nur der Interessenausgleich zwischen den Finanzierungsseiten der Sozialversicherung gewährleistet, sondern auch die Legitimation sozialpolitischer Entscheidungen und sozialversicherungsrechtlichen Handelns und Verwaltens gestärkt.

Der Erhalt und die Stärkung der Selbstverwaltungsorgane mitsamt der ihnen übertragenen Funktionen und Kompetenzen ist entscheidend für ein effizientes und gerechtes Wirken des Sozialstaats. ver.di setzt sich daher nachdrücklich dafür ein, dass die soziale Selbstverwaltung gestärkt wird – so wie es im Koalitionsvertrag vereinbart wurde.
Die Anzahl der Mitglieder im Verwaltungsrat soll von bisher 52 auf höchstens 40 Mitglieder beschränkt werden. Es mangelt an einer Begründung für diese Maßnahme. ver.di kritisiert die Reduzierung der Mitgliederzahl des Verwaltungsrates und ordnet die Maßnahme in die Reihe der Angriffe auf das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung ein. Sie erscheint willkürlich und kann nur als Ausdruck des Verständnisses gedeutet werden, Mitbestimmung und soziale Selbstverwaltung seien überflüssiger Ballast. Tatsächlich gefährdet die Reduzierung eine Akzeptanz der Beschlüsse des Verwaltungsrates, da eine adäquate Abbildung der Interessen von 109 Mitgliedskassen nicht mehr gewährleistet ist.

ver.di begrüßt die Maßnahmen zur ausgewogenen Geschlechterrepräsentanz im Verwaltungsrat des GKV-SV.

Abschaffung des Haftungsverbundes (§ 166 ff. SGB V neu)

Mit dem GKV-FKG wird der bisherige kassenartenbezogene Haftungsverbund abgeschafft und durch ein, wie es in der Begründung heißt, „faires" Haftungssystem ersetzt. Im Falle der Schließung, Auflösung oder Insolvenz von Krankenkassen macht zukünftig der GKV-Spitzenverband etwaige Fehlbeträge bei allen Krankenkassen geltend. Bei der Aufbringung der Mittel ist neben den Mitgliederzahlen auch die Höhe der Finanzreserven zu berücksichtigen. Die Begründung für die Abschaffung des Haftungsverbundes überzeugt nicht: „Zusätzliche Verwerfungen im Wettbewerb ergeben sich aus dem historisch gewachsenen Haftungssystem, nach dem im Fall der Auflösung, Schließung oder Insolvenz vorrangig Krankenkassen derselben Kassenart zur Erfüllung nicht gedeckter Verpflichtungen herangezogen werden. Seit Einführung des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen im Jahr 1996 stehen auch die Krankenkassen einer Kassenart miteinander im Wettbewerb, so dass die vorrangig kassenarteninterne Haftung mit einer fairen Wettbewerbsordnung nicht mehr vereinbar ist." Zum einen stehen AOK, Knappschaft, Landwirtschaftliche Krankenversicherung und geschlossene Betriebskrankenkassen nicht im Wettbewerb miteinander. Noch entscheidender ist jedoch das mit der Haftungskaskade umgesetzte Prinzip, die finanzielle Belastung durch Insolvenz für die GKV-Solidargemeinschaft organisatorisch zu begrenzen. Die neue Haftungssummenzuordnung durch den GKV Spitzenverband soll jedoch die Kosten proportional auf alle Kassen verteilen. Die Gefahr einer finanziellen Schieflage im Haftungsfall steigt.

ver.di lehnt angesichts der Rahmenbedingungen eine Reform der kasseninternen Haftungsverpflichtung. Angesichts der erschwerten Rücklagenbildung bei gleichzeitig erzwungenem Reservenabschmelzen muss die Haftungskaskade bestehen bleiben. Wir verweisen an dieser Stelle ausdrücklich auf die Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes und schließen uns dieser vollumfänglich an.

Rechte von Beschäftigten sichern (§ 168 SGB V)

Der Gesetzesentwurf ignoriert durch die beabsichtigte Änderung des § 168 SGB V völlig die Notwendigkeit, Beschäftigten im GKV-Kassensystem umfassende Schutzfunktionen im Falle der Schließung oder Fusion der sie beschäftigenden Kasse zu gewähren. Gerade für Beschäftigte in einem öffentlich-rechtlichen Beschäftigungsverhältnis ist eine solche Verschlechterung nicht hinnehmbar. Dies hatte bereits das Bundesarbeitsgericht im Zusammenhang mit der Schließung der City BKK festgestellt.[1] Demnach sind sowohl aktive Vermittlungen als auch verbindliche Umsetzungen von Vermittlungen für die betroffenen Beschäftigten in diesem Zusammenhang unverzichtbar; für unkündbare Beschäftigte haben echte Unterbringungsangebote statt bloßer Vermittlungsbemühungen zu erfolgen, während bei Kündbaren zumindest die übliche Kündigungsfrist greifen muss. Aus gewerkschaftlicher Sicht ist es, aufbauend auf dieser Klarstellung, unabdingbar, dass eine verbindliche Vermittlung aller Beschäftigten das Ziel eines jeden zugehörigen Reformansatzes sein muss.
Hingegen wird durch den Gesetzesentwurf keinerlei Bezug zu dieser BAG-Rechtsprechung hergestellt. Mit der vorgesehenen Neuregelung würden Beschäftigte folglich die gewerkschaftlich erstrittene Klarstellung bezüglich der ihnen zustehenden Schutznormen verlieren, was völlig inakzeptabel ist. Zudem würden auch für kündbare Beschäftigte der AOK und der IKK die für sie bisher geltenden Vermittlungsschutzregelungen gestrichen.
ver.di lehnt diese massive Verschlechterung des Beschäftigtenschutzes und der Rechte der Beschäftigten strikt ab. Jegliche beabsichtigte Änderung bestehender gesetzlicher Regelungen hierzu muss sowohl der erwähnten Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes als auch dem Grundsatz der Gleichbehandlung und damit der Klarstellung eines umfassenden Schutz- und Vermittlungsanspruchs aller Beschäftigten der Kassen im GKV-System Rechnung tragen.

[1] Vgl.: BAG- Urteil zu AZR 474/12 vom 21.11.2013

Zu Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Rechnungszuschlag für Krankenhäuser (§ 8 Abs. 11 KHEntgG)

Der Gesetzentwurf sieht einen pauschalen Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal vor. 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. Da insgesamt nicht ausgeschlossen werden könne, dass Tarifsteigerungen für Pflegepersonal für die Jahre 2018 und 2019 nicht in jedem Einzelfall aus den zusätzlichen Erlösen gedeckt werden können, wird mit einer gesetzlichen Regelung ein einjähriger Zuschlag für den nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals eingeführt. Die Regelung soll gewährleisten, dass die zusätzlichen Mittel in Höhe von rund 250 Millionen Euro den Krankenhäusern schnell und ohne relevanten zusätzlichen bürokratischen Aufwand zur Verfügung gestellt werden. Die Finanzierung erfolgt durch Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenkassen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

ver.di fordert seit langem die vollständige Finanzierung der Tarifsteigerungen. Personalabbau und noch mehr Druck auf die verbleibenden Beschäftigten waren in der Vergangenheit oft die Folge davon, dass Tariferhöhungen nicht vollständig ausgeglichen wurden. Mit dem vorgesehenen pauschalen Ausgleich für Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal profitieren nicht tarifgebundene Krankenhäuser. Die Tarifbindung der Krankenhäuser muss gestärkt werden, nicht tarifgebundene Träger dürfen nicht „belohnt“ werden, indem sie die Mittel nicht wie tarifgebundene Häuser über Tarifsteigerungen an das Pflegepersonal weitergeben müssen. Dieser Fehlanreiz wird ab 2020 mit dem Pflegebudget verhindert, indem eine vollständige Refinanzierung bis zur Höhe der tarifvertraglichen Vergütung erfolgt.

ver.di kritisiert die fehlende Zweckbindung des pauschalen Aufschlages. Es ist nicht sichergestellt, dass die Mittel tatsächlich zum Ausgleich etwaiger Lücken bei der Tarifrefinanzierung eingesetzt werden und schlägt daher folgende Änderung in Artikel 7, § 8 Absatz 11 KHEntgG (Änderung hervorgehoben) vor:

„(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. **Das Krankenhaus hat in den Budgetverhandlungen für den Pflegesatzzeitraum 2020 nachzuweisen, dass die durch die Fallpauschalen zugeflossenen Mittel der Jahre 2018 und 2019 die Pflegepersonalkosten nicht decken konnten. In den Fällen, in denen das Krankenhaus diesen Nachweis nicht erbringen kann, ist der Zuschlag nach Satz 1 über einen Abschlag in gleicher Höhe im nächstmöglichen Pflegesatzzeitraum zurückzuzahlen.** Der Zuschlag **nach Satz 1 bzw. Abschlag nach Satz 3** wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt."

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln

BT-Drs. 19/9596

Im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird die Bundesregierung aufgefordert, 1.) ein unabhängiges und qualitätsgesichertes Monitoring zu etablieren, das durch geeignete Kriterien eine Bewertung und den Vergleich der Versorgungsleistung und –qualität von Krankenkassen ermöglicht und diese den Versicherten in einem Portal zugänglich macht. Unter 2.) soll der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) damit beauftragt werden, ein Gutachten über Anreize und Instrumente, mit denen beispielsweise das besondere Engagement etwa von Krankenkassen für Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf belohnt wird oder Krankenkassen zum Abschluss von sektorübergreifenden Versorgungsverträgen bewegt werden, vorzulegen.

Das Leistungsangebot der Kassen wird aufgrund von Selektivverträgen, Zusatzleistungen und Bonusprogrammen zunehmend unübersichtlich. In Zeitungen und im Internet kursieren Listen der „Besten Krankenkassen". Diese bestehen jedoch im Wesentlichen aus Finanzdaten (Höhe der Zusatzbeiträge), Servicedaten, Wellnessangeboten oder wissenschaftlich umstrittenen Behandlungsmethoden wie der Homöopathie. Im Krankheitsfall interessieren die Leistungen der Krankenkasse. Bisher zugängliche Vergleichsportale reduzieren ihre Kernaussagen häufig auf einen reinen Preiswettbewerb. Dieser konterkariert jedoch das Ziel des Wettbewerbs um die beste Versorgung. Es kommt deshalb darauf an, dass Versicherten ein besserer und vergleichbarer Zugang zu Informationen über Ergebnisse aus geprüften Indikatoren zur Versorgungsqualität seitens der Krankenkassen ermöglicht wird. Instrumente, die einen Preiswettbewerb zu Lasten der Solidargemeinschaft im GKV-System befördern können, lehnt ver.di ab.

Im Übrigen verweist ver.di auf die weiteren Ausführungen in der Stellungnahme des DGB-Bundesvorstandes und schließen uns diesen an.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(25)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
13.12.2019

BDA
DIE ARBEITGEBER

Soziale Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband nicht noch weiter schwächen

Stellungnahme zum Gesetzentwurf für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

12. Dezember 2019

Zusammenfassung

Auf die geplante Aufblähung der Gremienstruktur des GKV-Spitzenverbands sollte verzichtet werden. Die Einrichtung des geplanten zusätzlichen Lenkungs- und Koordinierungsausschusses aus hauptamtlichen Kassenvorständen ist überflüssig und kontraproduktiv. Dadurch würde die soziale Selbstverwaltung in ihren Kompetenzen geschwächt. Zudem würden die Entscheidungsprozesse im GKV-Spitzenverband bürokratischer, langwieriger und konfliktreicher.

Die Haushaltsaufstellung gehört zu den ureigenen Aufgaben des Verwaltungsrats im GKV-Spitzenverband und sollte nicht unter einen Genehmigungsvorbehalt der Aufsicht gestellt werden. Durch das bestehende Beanstandungsrecht wird die Rechtsaufsicht hinreichend gewährleistet.

Wenn schon eine Geschlechterquote für die Verwaltungsräte der Krankenkassen eingeführt wird, muss diese Quote möglichst repräsentativ für die vertretene Gruppe sein. Daher sollte eine geringere Quote für eine Liste möglich sein, wenn ein Geschlecht zu weniger als 40 % in der repräsentierten Gruppe vertreten ist. So wäre eine Anpassung der Quote für Personen mit Arbeitgebereigenschaft von 20 - 25 % angemessen, wie auch im Sozialwahlgutachten 2008 vorgeschlagen.

Es ist strikt abzulehnen, dass die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für zweckwidrige Aufgaben verwandt werden soll. Die für 2020 geplante Entnahme in Höhe von ca. 225 Mio. €, um damit über pauschale Zuschläge auf Klinikabrechnungen höhere Löhne in der Krankenpflege für 2018 und 2019 zu finanzieren, muss daher unterbleiben.

Die vorgesehene Weiterentwicklung des Morbi-RSA ist im Grundsatz zu begrüßen. Hierdurch können Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen und Manipulationen zu Lasten der Beitragszahler vermieden werden.

Im Einzelnen

Zusätzliches Gremium aus Kassenvorständen unnötig

Der geplante Lenkungs- und Koordinierungsausschuss aus hauptamtlichen Kassenvorständen ist überflüssig und verlangsamt die Arbeit des Vorstands des GKV-Spitzenverbands. Entscheidungsprozesse würden bürokratischer, langwieriger und konfliktreicher. Zugleich würde das neue Gremium den Verwaltungsrat schwächen, da es dessen Kompetenzen einschränkt. Es ist vollkommen ausreichend, wenn der Vorstand durch den Verwaltungsrat kontrolliert wird und nicht noch durch ein zusätzliches Gremium an die kurze Leine genommen und dadurch weniger handlungsfähig wird. Der seit Gründung des GKV-Spitzenverbands bestehende Fachbeirat als beratendes Gremium aus hauptamtlichen Kassen- und Kassenverbandsvertretern hat

sich bewährt. Daher sprechen sich auch die Krankenkassen und Fachbeiratsmitglieder gegen einen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss aus.

Haushaltsrecht des Verwaltungsrats nicht beschneiden

Der vorgesehene Genehmigungsvorbehalt der Aufsicht (Bundesgesundheitsministerium) für den Haushalt des GKV-Spitzenverbands ist abzulehnen, zumal es dafür keinerlei Anlass gibt. Es ist ureigene Aufgabe der Beitragszahler und damit des Verwaltungsrats, die wirtschaftliche Verwendung der Beitragsmittel zu prüfen und zu genehmigen. Ein Beanstandungsrecht der Aufsicht ist vollkommen ausreichend. Bereits im Rahmen des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes vor drei Jahren hat das Bundesgesundheitsministerium versucht, zu Lasten der Selbstverwaltung die eigenen Kompetenzen zu erweitern. Zu Recht war dieses Bestreben erfolglos und muss es auch künftig bleiben.

Geschlechterquote muss repräsentativ für wählbare Gruppe sein

Grundsätzlich ist es richtig und wichtig, auf eine ausgewogene Vertretung beider Geschlechter in den Gremien zu achten. Eine Quote ist hierfür jedoch der falsche Weg, da sie im Ergebnis dazu führen kann, dass bei der Listenaufstellung die Bewerbung einer besser geeigneten Person allein aufgrund ihres Geschlechts hinter einer anderen Bewerbung zurücktreten muss.

Wenn dennoch eine Geschlechterquote eingeführt wird, dann sollte sie zumindest repräsentativ für die vertretene Gruppe sein. Das ist bei einer pauschalen Quote von 40 % nicht gegeben. Die wählbaren Personen auf Arbeitgeberseite haben oft einen wesentlich geringeren Frauenanteil. So lag sowohl der Anteil der selbstständigen Unternehmerinnen (ohne Soloselbstständige) als auch der Anteil der Frauen in der ersten Führungsebene in Unternehmen im Jahr 2014 bei rund 25 % (IW-Kurzberichte 8.2016). Daher wäre es richtig, sich an § 15 Abs. 2 Betriebsverfassungsgesetz zu orientieren und die Quote entsprechend anzupassen. Denkbar wäre, dass die Quote von 40 % als Regel etabliert wird, aber eine geringere Quote für eine Liste möglich ist, wenn ein Geschlecht zu weniger als 40 % in der repräsentierten Gruppe vertreten ist. Dies wurde auch im Sozialwahlgutachten von 2008 vorgeschlagen, in dem für die Arbeitgeberseite eine Frauenquote von 20 - 25 % angeregt wurde (Gutachten im Auftrag des Bundesarbeitsministeriums zur Geschichte und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen, April 2008, S. 197-199).

Auch Verwaltungsräte der Krankenkassen verschlanken

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Verschlankung des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbands von derzeit 52 auf 40 Mitglieder ist grundsätzlich zu begrüßen.

Eine Verschlankung der Verwaltungsräte sollte jedoch auch bei den Krankenkassen erfolgen. Die Größe eines Verwaltungsrats sollte künftig nicht mehr auf 30, sondern auf 20 Mitglieder beschränkt sein, damit auch im Plenum noch konstruktive Diskussionen stattfinden können. Damit kann auch die Einsetzung von Ausschüssen häufiger vermieden und die Belastung der Verwaltungsratsmitglieder vermieden werden. Eine Obergrenze von 20 entspricht auch der Höchstzahl an Mitgliedern von Aufsichtsräten privatwirtschaftlicher Unternehmen.

Beitragsgelder nicht zweckentfremden

Die aus Beitragsgeldern aufgebaute Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds darf nicht für andere Aufgaben zweckentfremdet werden. Die geplante Entnahme von 225 Mio. € aus der Liquiditätsreserve, um damit den Krankenhäusern in 2018 und 2019 nicht refinanzierte Tarifsteigerungen in der Krankenpflege zu finanzieren, muss daher unterbleiben. Die Krankenhausbudgets und etwaige Zuschläge müssen Gegenstand der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern

und Krankenkassen bzw. deren Verbände sein.

Weiterentwicklung des Morbi-RSA geht in richtige Richtung

Es ist zu begrüßen, dass der Morbi-RSA weiterentwickelt wird, um Wettbewerbsverzerrungen und Fehlanreize zu vermeiden. Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber dürfen weder zur Versichertenselektion verwendet werden noch für manipulierte höhere Kodierungen von Diagnosen (Upcoding). Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen sind insoweit grundsätzlich sinnvolle und zielführende Verbesserungen.

Es ist richtig, bei der Einführung einer Regionalkomponente nicht auf angebotsorientierte Faktoren abzustellen, um teure und ineffiziente Strukturen und Überversorgung nicht weiter zu verfestigen.

Manipulationen im Bereich der Kodierung müssen verhindert werden. Die vorgesehene „Manipulationsbremse“ ist gerade im Zusammenhang mit der Einführung eines Krankheits-Vollmodells unabdingbar, da die Erweiterung des Risikostrukturausgleichs auf alle Krankheitsdiagnosen die Möglichkeiten des Upcoding per se ausweitet und den Morbi-RSA – isoliert gesehen – manipulationsanfälliger werden lässt.

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass im Gesetzentwurf vorgesehen ist, die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs mindestens alle vier Jahre durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt zu überprüfen. Der Morbi-RSA muss fortlaufend so weiterentwickelt werden, dass im notwendigen Umfang die unterschiedlichen Risiken der Krankenkassen ausgeglichen werden, damit sich der Kassenwettbewerb auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung konzentriert.

Bundesweit einheitliche Aufsichtspraxis und Anwendbarkeit der Wettbewerbsregeln notwendig

Ein fairer Krankenkassen-Wettbewerb ohne Verzerrungen kann nur gelingen, wenn bundesweit einheitliche Maßstäbe und Prüf-Grundsätze für alle Krankenkassen gelten. Das heißt nicht zwingend, alle Kassen der Aufsicht des Bundesversicherungsamts zu unterstellen, sondern dies kann auch durch eine wirksamere Abstimmung der Landesaufsichten mit dem Bundesversicherungsamt realisiert werden.

Die vorgesehene Anwendbarkeit des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) und das Klagerecht der Krankenkassen untereinander sind zielführend, um faire Wettbewerbsbedingungen auch tatsächlich durchsetzen zu können.

Neues Haftungssystem richtig

Es ist nachvollziehbar, dass die bisherige primäre Haftung für Krankenkassen derselben Kassenart abgeschafft und das Risiko der Insolvenzkosten auf alle Kassen verteilt wird. Es wäre nicht wünschenswert, wenn wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen wegen Insolvenz oder Schließung einer anderen Kasse derselben Kassenart in existenzbedrohende finanzielle Schieflage geraten.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER
Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

BPI Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(26)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
13.12.2019

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung und den Änderungsanträgen (Ausschuss für Gesundheit Drs. 19 (14) 122.1 vom 28.11.2019)

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI) vertritt das breite Spektrum der pharmazeutischen Industrie auf nationaler und internationaler Ebene. Über 240 Unternehmen mit ca. 73.000 Mitarbeitern haben sich im BPI zusammengeschlossen. Dazu gehören junge Unternehmen, Firmen des pharmazeutischen Mittelstandes und global agierende Pharmaunternehmen. Die Mitglieder des BPI sind in allen Marktsegmenten und Produktbereichen der pharmazeutischen Industrie aktiv.

BPI Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

Der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e.V. nimmt wie nachstehend Stellung zu einzelnen Punkten des Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.

1. Zu Artikel 5 Nummer 3a (§ 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Zugelassene ATMP ins AMNOG-Verfahren

Mit dem Änderungsantrag sollen alle zugelassenen Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) dem Verfahren nach § 35a SGB V (frühe Nutzenbewertung) zugeordnet werden. Bislang wurde entsprechend der vom Bundessozialgericht entwickelten Kriterien jeweils durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) entschieden, ob ein ATMP der frühen Nutzenbewertung unterliegt oder wegen des für die Behandlung maßgeblichen ärztlichen Behandlungsanteils der Methodenbewertung nach §§ 135 und 137c SGB V zuzuordnen ist.

In der Gesetzesbegründung wird ergänzend klargestellt, dass im Falle der ambulanten Anwendung des ATMP aufgrund der bestehenden Rechtslage der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) im Sinne von § 87 Abs. 5b Satz 5 SGB V zeitgleich mit der frühen Nutzenbewertung anzupassen ist, sofern die Fachinformation des Arzneimittels eine ärztliche Leistung zwingend vorsieht, die eine Anpassung des EBM erforderlich macht.

Es ist davon auszugehen, dass nicht alle für die Anwendung erforderlichen ärztlichen Leistungen für jedes ATMP ausreichend genau und vor allem abschließend aus der Fachinformation hervorgehen. Insofern sollte die Verpflichtung des Bewertungsausschusses bezüglich der Prüfung, ob eine erforderliche, mit der Anwendung des ATMP verbundene Leistung eine Anpassung des EBM erforderlich macht, weiter gefasst werden.

Der BPI schlägt vor § 87 Abs. 5b Satz 5 SGB V wie folgt zu formulieren:
„Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist zeitgleich mit dem Beschluss nach § 35a Absatz 3 Satz 1 anzupassen, sofern zur Anwendung des Arzneimittels insbesondere aufgrund der Fachinformation eine zwingend erforderliche ärztliche Leistung

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

erforderlich ist, die eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen erforderlich macht."

Ergänzend weist der BPI darauf hin, dass die Unterstellung von insbesondere stationären ATMP unter das Verfahren der frühen Nutzenbewertung für diese Arzneimittel bislang in keiner Weise dazu beigetragen hat, die Einführung dieser Arzneimittel im Krankenhausmarkt friktionsfreier zu gestalten. Die regelhafte Einbeziehung ausschließlich stationär anzuwendender innovativer Arzneimittel in den AMNOG-Prozess erfordert für diese Arzneimittel daher eine Nachjustierung im System der Krankenhausvergütung.

Derzeit stellt sich die Situation für ein AMNOG-bewertetes und erstattungsbetragsverhandeltes innovatives Arzneimittel im Krankenhaus so dar, dass für dieses trotz eines verhandelten Erstattungsbetrags das Verfahren über individuelle NUB-Anträge der einzelnen Krankenhäuser, der Bewertungsprozess des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und Einzelverhandlungen der Krankenhäuser mit den Kostenträgern über NUB-Entgelte durchzuführen sind. Der AMNOG-Prozess führt derzeit also nicht zu einer effektiveren Gestaltung des Vergütungsprozesses von innovativen Arzneimitteln im Krankenhaus und erleichtert somit auch nicht den Zugang zu innovativen Therapien im stationären Bereich.

Erforderlich ist daher ein permanentes Antragsrecht der Krankenhäuser zusammen mit einer quartalsweisen Aktualisierung des NUB-Status durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorzusehen, um in der Folge eine frühzeitige Bekanntgabe des NUB-Status durch das InEK auch unterjährig und abweichend von den bisherigen starren Fristen zu erreichen. Dabei sollte der NUB-Status 4 abgeschafft werden. Eine frühzeitige und unterjährige Bekanntgabe des NUB-Status soll in der Folge durch unterjährige Verhandlungen der Krankenhäuser mit den Leistungserbringern zu NUB-Entgelten begleitet werden.

Sollte der G-BA im Rahmen einer Qualitäts-Richtlinie gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zur Anwendung von ATMP die Versorgung auf besonders qualifizierte Einrichtungen fokussieren, weil die in Rede stehende Therapie diesen Schritt erfordert, so sollte die

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

Vergütungssicherheit für diese ausgewählten Einrichtungen zusätzlich erhöht werden. Denn wenn der G-BA besonders qualifizierte Einrichtungen auswählt, dann muss sichergestellt werden, dass diesen Einrichtungen auch die Verantwortung für die Entscheidung übertragen wird, ob die in Rede stehende Therapie für den konkreten Patienten in Frage kommt oder nicht. Einhergehend muss für die betreffenden Einrichtungen auch Sicherheit in Bezug auf die Kostenerstattung geschaffen werden.

Unbetrachtet geblieben sind in diesem Zusammenhang bislang die Auswirkungen, die sich aus dem in diesem Zeitraum laufenden AMNOG-Verfahren auf den Gesamtprozess ergeben. Derzeit stellt sich die Situation für ein AMNOG-bewertetes und erstattungsbetragsverhandeltes innovatives Arzneimittel im Krankenhaus so dar, dass für dieses trotz eines verhandelten Erstattungsbetrags das Verfahren über individuelle NUB-Anträge der einzelnen Krankenhäuser, der Bewertungsprozess des InEK und Einzelverhandlungen der Krankenhäuser mit den Kostenträgern über NUB-Entgelte weiterhin durchzuführen sind. Der AMNOG-Prozess führt derzeit also nicht zu einer effektiveren Gestaltung des Vergütungsprozesses von innovativen Arzneimitteln im Krankenhaus und erleichtert somit auch nicht den Zugang zu innovativen Therapien im stationären Bereich.

Es sollte daher gesetzlich klargestellt werden, dass AMNOG-verhandelte Erstattungsbeträge über den ambulanten Bereich hinaus auch die verbindliche Grundlage der Abrechnung im stationären Bereich bilden.

2. Zu Artikel 5 Nummer 3b (§ 35a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Belegter Zusatznutzen für Reserveantibiotika

Der BPI begrüßt, die Anerkennung der essentiellen Bedeutung von Entwicklungen neuer antibiotischer Wirkstoffe durch den Gesetzgeber. Ebenso positiv zu bewerten ist die Einsicht, dass die etablierte Bewertungssystematik des Verfahrens nach § 35a SGB V (frühe Nutzenbewertung) in der Regel nicht geeignet ist, einem solchen Wirkstoff einen Zusatznutzen zuzuerkennen. Es ist insofern grundsätzlich zu begrüßen, dass für Reserveantibiotika im

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

Rahmen der frühen Nutzenbewertung ein Zusatznutzen unter bestimmten Bedingungen automatisch gelten soll und zudem geregelt wird, dass diese Wirkstoffe im Bewertungsverfahren gesondert behandelt werden.

Aus Sicht des Verbandes sind diese Maßnahmen ein erster Schritt in die Richtige Richtung, um Anreize für die Entwicklung neuer Antibiotika im Kampf gegen die wachsenden Resistenzproblematik zu schaffen.

Der BPI macht darüber hinaus ausdrücklich darauf aufmerksam, dass es unumgänglich ist, die Ausnahmen die für dieses adaptierte Bewertungsverfahren, das sich an dem Bewertungsverfahren für Arzneimittel für Seltene Leiden (Orphan Drugs) unterhalb der Umsatzschwelle von 50 Mio. Euro orientiert, in ihren wesentlichen Grundzügen bereits im Gesetz, zumindest aber in der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung (AM-NutzenV), zu beschreiben. So ist es – wie aus der Gesetzesbegründung hervorgeht – die Intention des Gesetzgebers, dass der pharmazeutische Unternehmer von der Verpflichtung zur Vorlage der Nachweise nach § 35a Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 3 freigestellt wird und abweichend von § 5 Abs. 8 AM-NutzenV das Ausmaß des Zusatznutzens nach § 5 Abs. 7 Satz 1 Nummer 1 bis 4 AM-NutzenV nicht zu quantifizieren ist. All dies findet sich in dieser Deutlichkeit nicht im Gesetzestext selbst. Es ist daher erforderlich, dass der Gesetzgeber dies ändert und eine § 35a Abs. 1 Satz 11 SGB V entsprechende Formulierung im vorgenannten Sinn in § 35a Absatz 1c (neu) SGB V ergänzt, so dass bspw. auch und wie bei Orphan Drugs unterhalb der Umsatzschwelle von 50 Mio. Euro eindeutig klar ist, dass im Falle einer Bewertung von Reservenantibiotika im Sinne dieser Vorschrift keine zweckmäßige Vergleichstherapie festgelegt wird. Dies macht auch Sinn, da Reserveantibiotika dann zum Einsatz kommen, wenn andere Therapieoptionen fehlen.

Es bleibt zudem abzuwarten, ob die vorgesehenen Änderungen tatsächlich als Anreiz für eine verstärkte Entwicklungsaktivität im Bereich antibiotischer Wirkstoffe ausreichen. Neben akuten Änderungen am bestehenden AMNOG-Prozess müssten perspektivisch daher auch neue Vergütungsmodelle in den Blick genommen werden. Mögliche Ansätze wurden im „DRIVE-AB

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

REPORT, Revitalizing the antibiotic pipeline“[1] der Innovation Medicines Initiative insb. ab Seite 48 zusammenfassend dargestellt.

Der BPI weist ferner ausdrücklich darauf hin, dass Besonderheiten der Bewertung darüber hinaus aber auch für andere Arzneimittelgruppen bestehen – hier insbesondere Arzneimittel mit einer Genehmigung für die pädiatrische Verwendung (pediatric use marketing authorisation – PUMA). Auch die Entwicklung derartiger Arzneimittel speziell für Kinder liegt im öffentlichen Interesse. Die Entwicklung wird durch die Verordnung (EG) 1901/2006 auf europäischer Ebene besonders gefördert mit dem Ziel, dass auch für bekannte Wirkstoffe kindgerechte Darreichungsformen zur Verfügung gestellt werden.

In guter Absicht wurden PUMA vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) dem Verfahren der frühen Nutzenbewertung zugeordnet, insbesondere um die Einordnung dieser Arzneimittel in Festbetragsgruppen zu vermeiden und eine adäquate Vergütung zu gewährleisten. Es fehlt allerdings an gesetzlichen Vorgaben zur adäquaten Bewertung dieser Arzneimittel im Verfahren nach § 35a SGB V, so dass sich in den Bewertungsverfahren der Vergangenheit oftmals gezeigt hat, dass eine an den Vorteilen der PUMA-Arzneimittel orientierte Zusatznutzenbewertung durch den G-BA nicht erfolgt.

Maßgeblich hierfür ist, dass die frühe Nutzenbewertung darauf angelegt ist, verschiedene Wirkstoffe im Verhältnis zueinander zu bewerten. PUMA-Arzneimittel enthalten jedoch lange bekannte Wirkstoffe. Das innovative Konzept dieser Arzneimittel liegt daher in der Regel nicht auf der Wirkstoffebene, sondern darin begründet, dass ein bekannter Wirkstoff in einer kindgerechten Darreichungsform zur Verfügung gestellt wird, die z.B. eine genauere gewichtsbezogene Dosierung ermöglicht, von Kindern besser geschluckt werden kann oder im Geschmack so maskiert ist, dass Kinder das Arzneimittel ohne Widerstände einnehmen.

[1] http://www.imi.europa.eu/sites/default/files/projects/documents/DRIVE-AB_FinalReport-Jan2018.pdf (zuletzt abgerufen am 10.12.2019)

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

Um auch für diese Arzneimittel eine adäquate Bewertung im G-BA zu ermöglichen, plädiert der BPI dafür, dass PUMA-Arzneimittel analog zu den Reserveantibiotika automatisch einen Zusatznutzen erhalten. Dies lässt sich auch vor dem Hintergrund gut begründen, dass mit ihnen erstmals für einen bekannten Wirkstoff ein für Kinder und Jugendliche geeignetes Arzneimittel zur Verfügung gestellt wird. Dies stellt unbestreitbar ein „Zusatznutzen" für die Patientengruppe dar.

3. Zu Artikel 5 Nummer 9c (§ 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Geltung des Erstattungsbetrages ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes

Mit der vorliegenden Änderung in § 130b Abs. 7 SGB V soll eine Regelung geschaffen werden, dass Erstattungsbeträge von Arzneimitteln mit Wirkstoffen, die im Verfahren nach § 35a SGB V bewertet wurden, nach Ablauf der Unterlageschutzfrist weitergelten. Dabei ist es laut der Gesetzesbegründung das Ziel, dass nach Ablauf des Unterlagenschutzes keine unregulierte Preisbildung erfolgt.

Der BPI weist darauf hin, dass die vorliegende Formulierung zu unpräzise ist und eine Vielzahl von Sonderfällen außer Betracht lässt, nach denen insbesondere aufgrund der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA auch nach Ablauf eines erstmaligen vollständigen Unterlagenschutzes für ein Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff ein Verfahren nach § 35a SGB V vorzusehen ist oder vorgesehen werden kann. So sind neben den in 5. Kapitel § 2 Abs. 1 Satz 3 VerfO genannten Fällen auch die Fälle nach 5. Kapitel § 16 VerfO zu beachten.

Der BPI merkt diesbezüglich an, dass diesen Sonderfällen weder die gewählte Formulierung noch die Gesetzesbegründung gerecht werden. Zwar mag die aktuelle Formulierung einen einfachen Sachverhalt noch korrekt beschreiben. Sie greift aber für viele komplexere Fälle zu kurz, in denen für einen Wirkstoff mehrere Erstattungsbeträge in unterschiedlichen Konstellationen ggf. von verschiedenen pharmazeutischen Unternehmern für verschiedene Fertigarzneimittel verhandelt wurden, wobei deren Unterlagenschutz ggf. zu unterschiedlichen

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Zeitpunkten begonnen hat und endet. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass in der aktuellen Formulierung ein Erstattungsbetrag für die Zukunft gelten soll, ohne dass eine Regelung zur Preisanpassung vorgesehen ist. So wäre es das Mindeste, für den Erstattungsbetrag zumindest einen Inflationsausgleich analog zu § 130a Abs. 3a Satz 2 SGB V vorzusehen.

4. Zu Artikel 0 (Änderung des Arzneimittelgesetzes) und Artikel 5 Nummer 9a (§ 129 Absatz 4c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

a) Die nunmehr allseits anerkannten Probleme der Lieferfähigkeiten werden zwar aufgegriffen, was zu begrüßen ist, aber im Endeffekt gehen die adressierten Punkte an den wesentlichen Problemen vorbei. Reine ordnungspolitische Regelungen und noch mehr Regulierung führen nicht zu besserer Versorgung.

Die Problematik von Lieferengpässen bzw. -schwierigkeiten wird durch den BPI schob seit geraumer Zeit thematisiert. Lieferengpässe bei Arzneimitteln gefährden die Versorgung sowie den Erfolg bei der Behandlung von Patienten und verursachen einen erheblichen Aufwand bei allen Beteiligten. Sie sind nicht nur für die Versorgung der Patienten, sondern auch für alle betroffenen Fachkreise und die Hersteller ein schwerwiegendes Problem, denn sie sind mit Umsatzverlusten und zukünftig geringeren Marktchancen verbunden. Es ist daher das ureigenste Interesse jedes pharmazeutischen Unternehmers, immer lieferfähig zu sein und Engpässe schnellstmöglich zu überwinden. Die **Ursachen** für Lieferengpässe sind aus Sicht des BPI vielfältig, die globalen Lieferketten komplex und anfällig. Dies sollte auch so benannt und in der Diskussion nicht verkürzt dargestellt werden:

- Es kann die Lieferung eines Wirkstoffs durch den Zulieferer unkalkulierbar zu spät erfolgen oder dessen Qualität nicht den Anforderungen entsprechen
- Größere Anlagenstörungen, Unfälle, Brände oder Katastrophen
- Der Bedarf kann unerwartet stark ansteigen, etwa bei einer Epidemie

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

- Notwendige kurzfristige Reparaturmaßnahmen können die Produktion zeitweilig stilllegen
- Produktionschargen können wegen des Verdachts auf Mängel nicht für den Vertrieb freigegeben werden oder müssen zurückgerufen werden
- Auch haben in der Vergangenheit neue gesetzliche Regelungen zu Verzögerungen bei der Produktion geführt (z.B. Implementierung der Fälschungsschutzrichtlinie)
- Ungleichmäßige Verteilungseffekte, verstärkt durch den grenzüberschreitenden Handel

Viele dieser Ursachen sind weder absehbar noch plan- oder kontrollierbar.

Lieferengpässe sind nicht immer für die Versorgung problematisch, da gerade bei patentfreien Medikamenten -bei bestehender Anbietervielfalt- bisher oft auf andere Anbieter ausgewichen werden konnte. Wenn es einen ernstzunehmenden Engpass gibt, der aufgrund mangelnder Anbietervielfalt nicht durch andere Anbieter kompensiert werden kann, suchen Ärzte, Hersteller und Behörden gemeinsam nach vertretbaren therapeutischen Alternativen.

In den letzten Jahren kam es jedoch vermehrt zu Lieferengpässen, die sich zu Versorgungsengpässen entwickelt haben, da aufgrund einer extremen Marktverengung nicht auf andere Anbieter ausgewichen werden konnte. Der Kostendruck durch zunehmende und kostenintensive regulatorische Auflagen, die deutlich gestiegenen Rohstoff-, Energie- und Personalkosten sowie die sich gleichzeitig ausweitenden Rabattverträge der Krankenkassen führen zu einer nicht mehr auskömmlichen wirtschaftlichen Situation vieler Anbieter, die sich im Schraubstock zwischen steigenden Anforderungen und mindestens gedeckelten, oft aber sinkenden Erträgen befinden. Im Ergebnis sinkt die Vielfalt und Zahl der Anbieter, welche im Falle von Lieferengpässen die fehlenden Kapazitäten ausgleichen könnten. Dies ist objektiv messbar und auch marktwirtschaftlich logisch.

Lieferengpässe und daraus resultierende Versorgungsengpässe sind in dieser Hinsicht politisch hausgemacht. Solange Krankenkassen die Preise von Medikamenten bis in den CentBereich pro Tagesbehandlung oder Packung drücken können, wird die Versorgung der

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

Patienten gefährdet. Ebenso sind die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für eine Anbietervielfalt zunehmend schlechter geworden. Insbesondere die Wirkstoffproduktion musste aus Kostengründen vielfach nach Asien abwandern, wo für viele Wirkstoffe oft nur noch wenige, zum Teil ein oder zwei, Produzenten den gesamten Weltmarkt bedienen.

Um Lieferengpässe und drohende Versorgungsengpässe nachhaltig und wirksam zu vermeiden, müssen die Ursachen an der Wurzel bekämpft werden. ***Der BPI begrüßt*** es deshalb, dass sich die Änderungsanträgen dieser Thematik widmen. Er erachtet jedoch die Analyse als nicht vollumfänglich und die angestrebten Maßnahmen als nicht zielführend.

Der BPI schlägt fünf effektive Maßnahmen gegen Arzneimittellieferengpässe vor:

1) Gesetzliche Regelung für Mehrfachvergabe bei Rabattverträgen – Verpflichtende Zuschläge an mindestens drei Anbieter

Anbietervielfalt mit ausreichenden Produktions- und Lagerkapazitäten bietet beim Ausfall eines Anbieters die Möglichkeit, auf andere Bieter zurückzugreifen und ist damit die Voraussetzung für eine Stabilisierung der Lieferketten: Daher sind verpflichtend Zuschläge an mindestens drei Anbieter vorzuschreiben. Die Anbietervielfalt wird so erhalten, da weniger Arzneimittel-Hersteller ihre Produktion herunterfahren oder ganz vom Markt gehen. Gleichzeitig erhöht sich die Flexibilität, um Lieferausfälle einzelner Anbieter auszugleichen. Die Rabattkalkulation würde vorsichtiger verlaufen, ohne die Kosten für das Gesundheitssystem signifikant zu erhöhen und Rabattverträge allgemein als Instrument in Frage zu stellen. Damit wird das System der Rabattverträge insgesamt ebenfalls stabilisiert. Es ist zudem sicherzustellen, dass nicht alle Anbieter beim gleichen Wirkstoffhersteller einkaufen. Daher dürfen Rabattausschreibungen erst möglich sein, wenn mindestens vier Anbieter am Markt sind, die ihre Wirkstoffe aus mindestens zwei unterschiedlichen Wirkstoffquellen beziehen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich Ausweichkapazitäten wirtschaftlich darstellen und diese bereitgestellt werden, wachsen dadurch erheblich. Unter Preismoratorium / Festbetrag wäre zudem kein Missbrauch möglich.

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

2) Rabattausschreibungen mit Standortbezug ausbauen

Im Rahmen der Mehrfachvergabe müssen Aspekte der Arzneimittelliefersicherheit berücksichtigt werden. Die Sicherheit soll erhöht werden, indem mindestens ein Zuschlag an einen pharmazeutischen Unternehmer mit Produktionsstätte in Europa vorgeschrieben wird. Diese Maßnahme verhindert eine weitere Abwanderung der Produktion nach Asien, eine noch stärkere Abhängigkeit von Monopolstrukturen im nicht-EU-Ausland sowie eine erhöhte Angreifbarkeit im Fall internationaler Krisen. Gleichzeitig ist dies ein Beitrag zur Nachhaltigkeit, da in der EU andere Umwelt- und Arbeitnehmerstandards gelten. Hierzu sollte das EU-Vergaberecht geändert oder die Produktion in der EU als Kriterium verpflichtend für Kassen im Rahmen der Ausschreibungspraxis etabliert werden.

3) Arzneimittel „Made in Europe“ stärken

Es müssen regulatorische Rahmenbedingungen und eine Vergütung geschaffen werden, die die Produktion in Europa erlauben, ohne die Beitragssatzstabilität in relevantem Maß zu gefährden. Daher muss es Ziel der deutschen Arzneimittelpolitik sein, die Staaten der EU als Standort für die pharmazeutische Industrie zu stärken. Die Rückverlagerung der Produktion und Verhinderung der weiteren Abwanderung dient neben der sicheren Medikamentenversorgung der Bevölkerung auch der Stärkung der deutschen und europäischen Industrie sowie des Mittelstandes. Auch durch die Privilegierung von in der EU produzierten Arzneimitteln bei der Vergabe und Verordnung können Standort und Versorgung gestärkt werden.*

4) Mehr Flexibilität bei der Zulassung alternativer Quellen und des Herstellungstransfers

Um die Verfügbarkeit von Arzneimitteln zu gewährleisten bedarf es im Falle eines drohenden Engpasses einer flexiblen Möglichkeit zur Umstellung der Quelle von Wirk- oder Hilfsstoffen oder des Wechsels von Herstellstätten. Dieses kann mit Änderungen der Zulassungsdokumentation einhergehen. Regulatorische Anforderungen dürfen bei diesen Änderungen im Zusammenhang mit der Vermeidung eines Lieferengpasses keine bürokratischen Hürden darstellen und damit zur unnötigen Verzögerung bei der Umsetzung führen. Diese Änderungen sollen zusammengefasst und in einem beschleunigten Verfahren bearbeitet werden können.

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

5) Verbesserung der Liefersicherheit im Krankenhaus

Sowohl Apothekenbetreiber als auch die pharmazeutische Industrie sollen durch die Vereinbarung geeigneter Vertragsbedingungen zur Verbesserung der Lieferfähigkeit eines Arzneimittels beitragen. Dazu gehören u.a. belastbare Abnahmeprognosen und eine Preisgestaltung unter Berücksichtigung der gewährleisteten Lieferfähigkeit der Produkte. Vertraglich vereinbarte und entsprechend ausreichend vergütete Maßnahmen im Sinne der Ausarbeitungen des BfArM Jour Fixe Lieferengpässe können zu einer kurzfristigen Verbesserung der Liefersicherheit in diesem Segment beitragen.

b) Zu den Formulierungen § 52b Abs. 3d AMG (neu): nimmt der BPI wie folgt Stellung:

Die vorgesehene Regelung, dass die zuständige Bundesoberbehörde „geeignete *Maßnahmen zur Abwendung oder Milderung von Lieferengpässen*“ ergreifen kann, genügt nicht dem **Bestimmtheitsgebot** des Grundgesetzes und es fehlt eine entsprechende **gesetzliche Entschädigungsregelung**.

Aus dem Rechtsstaatsgebot (Art. 20 Abs. 3 GG) folgend muss eine Rechtsvorschrift den Anforderungen des Bestimmtheitsgebotes genügen. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gebietet der Bestimmtheitsgrundsatz, dass eine gesetzliche Ermächtigung der Exekutive zur Vornahme von Verwaltungsakten nach Inhalt, Zweck, und Ausmaß hinreichend bestimmt und begrenzt sein muss, sodass das Handeln der Verwaltung messbar und in gewissem Ausmaß voraussehbar und berechenbar wird (BVerfGE 56,1/12). Zwar sind unbestimmte (auslegungsbedürftige) Rechtsbegriffe selbstredend zulässig (BVerfGE 87, 234/384), jedoch wachsen die Anforderungen mit der Intensität des Eingriffs.

Der Gesetzgeber sieht in § 52b Abs. 3d Satz 1 AMG vor, dass die zuständige Bundesoberbehörde „*geeignete Maßnahmen zur Abwendung und Abmilderung von drohenden oder bestehenden versorgungsrelevanten Lieferengpässen ergreifen kann*“. Zwar wird in Satz 2 der vorgesehen Regelung der Versuch unternommen, diese Ermächtigungsrundlage zu präzisieren, indem auf den Bereitstellungsauftrag für pharmazeutische Unternehmer (pU) und Arzneimittelgroßhandlungen (AG) in § 52b Absatz 1

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

AMG verwiesen wird. Hiernach haben sie die Sicherstellung für Arzneimittel für die im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes tatsächlich in Verkehr gebrachten Produkte zu gewährleisten. Dies deutet darauf hin, dass der Gesetzgeber Maßnahmen im Blick hat, die bereits hergestellte Arzneimittel betreffen (**Verkaufsanordnungen**) und nicht Maßnahmen mit gesonderten Herstellungsanordnungen.

Auf der anderen Seite spricht für die Formulierung in § 52b Abs. 3d Satz 2 AMG (neu) „*insbesondere anordnen*“, dass nach Satz 1 der Vorschrift auch **Herstellungsanordnungen** dem Grunde nach nicht ausgeschlossen sind. Dies wird gestützt durch die Formulierung, dass „*Maßnahmen zur Lagerhaltung und Kontingentierung*“ eingeschlossen sind. Es kommt hier darauf an, durch welche Maßnahmen des pU, z. B. eine „geeignete Lagerhaltung“, also eine Bevorratung in entsprechendem Umfang für den deutschen Markt, überhaupt erreicht werden kann. Derartige Anordnungsbefugnisse gegen pU greifen in das Grundrecht der Eigentumsfreiheit des Art. 14 GG ein.

Unter Beachtung der oben genannten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts müsste vor allem der Gesetzgeber selbst festlegen, welche Maßnahmen vorgesehen sind. Je stärker der Grundrechtseingriff ist, desto höher sind die Anforderungen an die Gesetzesformulierung im Hinblick auf den Ermächtigungsgeber als auch auf die Inhaltsbestimmung der Ermächtigungsrundlage. Demzufolge kann der **unmittelbar demokratisch legitimierte Gesetzgeber** es nicht der Verwaltung überlassen, welche Maßnahmen als „geeignete“ im Sinne des Gesetzes angesehen werden. Dies beträfe sowohl Verkaufsanordnungen als auch Herstellungsanordnungen. Für beide Bereiche wäre die Eingriffsintensität in das Grundrecht auf das Eigentum erheblich. Im Bereich etwaiger Verkaufsanordnungen wären z.B. bestehende Lieferverträge betroffen, deren Nichterfüllung Vertragsstrafen auslösen könnten. Ferner könnten gewachsene Geschäftsbeziehungen gefährdet werden. Bei etwaigen Anordnungen zur Herstellung bestimmter Arzneimittel zur Lagerhaltung wäre die Eingriffsintensität offensichtlich: Der pU würde das Absatzrisiko der auf Grundlage einer behördlichen Anordnung hergestellten Arzneimittel tragen. Dies kann gerade bei Impfstoffen eine gewichtige Rolle spielen, wenn beispielsweise das Ausmaß einer prognostizierten Epidemie geringer rausfällt als erwartet.

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

Dennoch möchte der BPI nicht den Eindruck vermitteln, dass seine Mitgliedsunternehmen nicht ihre Sicherstellung zur Arzneimittelversorgung der Patienten in Deutschland erfüllen wollen. **Im Gegenteil**: Wir wirken bereits im Rahmen des Jour fixe „Lieferengpässe“ seit Jahren mit und unsere Mitgliedsunternehmen haben natürlich ein originäres Interesse daran, dass Patienten in Deutschland ausreichend mit Arzneimitteln versorgt werden können. Angesichts der **überragenden Bedeutung** der **Gesundheitsversorgung** können auch Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung **in Deutschland** im Einzelfall gerechtfertigt sein. Gleichwohl können die wirtschaftlichen Folgen von Lieferengpässen nicht ausschließlich auf dem Rücken der Unternehmen ausgetragen werden.

Der BPI fordert daher, dass § 52b Abs. 3d AMG (neu) mit einer **Entschädigungsregelung** verknüpft wird. Etwaige Maßnahmen - im öffentlichen Interesse - nach § 52b Abs. 3d AMG (neu) können für Unternehmen erhebliche Folgen haben, indem ihnen zum einen das Absatzrisiko für Arzneimittel aufgebürdet wird und zudem könnten Verkaufsverbote, Lagerungsgebote und Kontigentierungsanordnungen den Liquiditätsfluss unterbrechen und zu Existenzgefährdungen von pU führen. Die Grundlage für einen solchen Ausgleich muss das Gesetz selbst legen – dies darf gemäß den Vorgaben des Art. 14 Abs. 3 GG - nicht der Verwaltung überlassen werden.

Zwar werden etwaige Maßnahmen nach § 52b Abs. 3d AMG wohl grundsätzlich nicht als Enteignungsregelung angesehen werden können, sondern eher als Inhalts- und Schrankenbestimmung des Eigentumsrechts. Derartige Einschränkungen sind grundsätzlich entschädigungslos zu akzeptieren. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sind jedoch Grenzen einer entschädigungslosen Inhaltsbestimmung dann überschritten, wenn **Sonderopfer** verlangt werden, die dem **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** nicht entsprechen (BVerfG NJW 1999, 2877, 2878). Etwaige Verkaufsanordnungen der zuständigen Bundesoberbehörde könnten in bereits geschlossene Lieferverträge eingreifen. Der Unternehmer könnte – unvorhergesehen – bestehende Lieferverpflichtungen möglicherweise nicht mehr oder nur eingeschränkt erfüllen können. Produktionsprozesse können zudem nicht „von heute auf morgen“ erweitert werden. Die **wirtschaftlichen Risiken** müsste der Unternehmer, wenn er Arzneimittel im öffentlichen Interesse für Patienten in Deutschland

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

vorhält, dann allein tragen. Wie bereits erwähnt, können bei Nichterfüllung von Lieferverträgen Vertragsstrafen ausgelöst werden. Zudem würde auch bei etwaigen Herstellungsanordnungen zur Lagerhaltung das Absatzrisiko beim pU liegen.

Demzufolge fordern wir den Gesetzgeber auf, die vorgesehene Regelung zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in Deutschland mit einer Entschädigungsregelung im Gesetz selbst zu verknüpfen. Eine sichere und optimale Arzneimittelversorgung in Deutschland liegt im öffentlichen Interesse aller Beteiligten. Deshalb müssen die **Lasten** hier auch **sachgerecht verteilt** werden.

5. Zu Artikel 5 Nummer 9b (§130a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Gesetzlicher Abschlag für Schutzimpfungen als Satzungsleistung

Der BPI erachtet die Regelungen in dem vorgelegten Änderungsantrag aus folgenden Gründen für nicht sach- und zielgerecht.

Satzungsleistungen für Schutzimpfungen basieren auf freiwilligen, kassenindividuellen Entscheidungen und müssen von der jeweiligen Aufsichtsbehörde genehmigt werden. Jede einzelne Schutzimpfung und damit auch solche, die als freiwillige Satzungsleistungen gewährt werden, sind wichtig und können den patientenindividuellen Schutz vor vermeidbaren Krankheiten verhindern.

Im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde eine umfassende Ausdehnung des Europäischen Referenzpreisabschlages beschlossen. Diese Maßnahme bedeutete bereits eine hohe Mehrbelastung für die Impfstoffhersteller. Es ist nicht nachvollziehbar, warum es zu weiteren Mehrbelastungen durch Zwangsrabatte kommen soll.

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

Darüber hinaus sei darauf hingewiesen, dass die Impfstoffhersteller bereits heute den gesetzlichen Krankenkassen die gesetzlichen Herstellerabschläge gem. §130a Abs. 1 und 3a SGB V zahlen.

Deutschland hat die niedrigsten Impfquoten bei Erwachsenen im Vergleich zu allen anderen Industrienationen (z.B. Grippe: 34,8 % in der Gruppe der über 60 jährigen). Die Probleme sind nicht zu hohe Kosten für freiwillige Satzungsleistungen, sondern in einem nur mäßig funktionierenden Impfwesen zu sehen. So hat Deutschland bspw. kein Einladungssystem für fällige Schutzimpfungen. Die nationalen Kampagnen zu Impfungen sind zudem seit vielen Jahren unverändert und haben zu keinen nennenswerten Veränderungen geführt.

Anders als Pflichtleistungen sind die Märkte für Satzungsleistungen meistens Nischenmärkte. Die Bearbeitung von Nischenmärkten geht mit deutlich höheren Kosten einher. Es ist daher unverhältnismäßig, Satzungsleistung zusätzlich mit Zwangsrabatten zu belegen.

Gesetzliche Krankenkassen können freiwillig über den Einsatz von Satzungsleistungen entscheiden. Freiwillige Satzungsleistungen sind damit ein wichtiges Instrument in der Differenzierung von Krankenkassen. Ehrliche Differenzierungsmerkmale sind für die Versicherte elementar wichtig bei einer fairen Kassenwahl. Eine Krankenkasse darf eine freiwillige Satzungsleistung nur anbieten, wenn sie die Wirtschaftlichkeit nachweist und dies von der jeweiligen Aufsichtsbehörde bestätigt wird. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass auch Impfleistungen als wirtschaftlich angesehen und daher als Satzungsleistung angeboten werden können.

Der BPI fordert die Streichung dieses Änderungsantrags.

BPI Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

6. Abschließend möchte der BPI zur Anpassung der Ausgestaltung des Risikopools mit Blick auf outcome-bezogene Erstattungsmodelle wie folgt Stellung nehmen.

Mit der Einführung von Gentherapien werden in vielen Fällen chronisch lebenslange Therapien mit zunehmender Morbidität durch eine einmalige Gabe des Arzneimittels ersetzt. Dies kann neue, nachhaltige und belastbare Zahlungsmodelle erforderlich machen, nach denen z.B. einmalig anfallenden Kosten einer Gentherapie erfolgsabhängigen Teilzahlungen abgebildet werden.

Die Wiedereinführung eines Risikopools ergänzend zum Risikostrukturausgleich ist ein wichtiger Schritt, um u. a. die Finanzierung von neuartigen Therapien mit einmaliger Anwendung und potenzieller Langzeitwirkung auf eine nachhaltige und solide Grundlage zu stellen und den fairen Kassenwettbewerb sicherzustellen.

In seiner aktuellen Ausgestaltung macht der Risikopool jedoch die Vereinbarung von erfolgsabhängigen Ratenzahlungen für neue Therapien für Krankenkassen unattraktiv, da diese gegenüber der sofortigen und einmaligen Bezahlung des Gesamtbetrags benachteiligt werden. Grund dafür ist, dass Ratenzahlungen nach den vorgeschlagenen Regelungen zum Risikopool in der Summe zu einem höheren Eigenanteil der Krankenkasse führen als eine Einmalzahlung.

Zwar können unter den aktuellen Rahmenbedingungen Krankenkassen und pharmazeutischer Unternehmer bilaterale Vereinbarungen treffen, die eine Bezahlung vom Therapieerfolg abhängig machen. Mit dem Risikopool in seiner aktuell vorgesehenen Fassung wird den Krankenkassen aber ein signifikanter Anreiz gesetzt, keine erfolgsabhängigen Zahlungsmodelle zu vereinbaren.

BPI Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.

Sozialrecht
Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-157| Telefax: +49 30 27909-357
bmarquardt@bpi.de

Stellungnahme

Mit der anstehenden Reform des Morbi-RSA und insbesondere der Wiedereinführung des Risikopools sollte daher sichergestellt werden, dass die Rahmenbedingungen für erfolgsabhängige mehrjährige Zahlungsmodelle nicht eingeschränkt oder sogar verhindert werden.

Die gesetzlichen Vorgaben für den Risikopool innerhalb des Morbi-RSA sollten daher so gestaltet sein, dass erfolgsabhängige Ratenzahlungsmodelle zu der gleichen Zuweisung aus dem Risikopool führen wie eine Einmalzahlung. Zudem sollte geprüft werden, ob das vorgesehene Mittel der mehrfachen Arzneimittel-Differenzierung dergestalt nutzbar gemacht werden kann, dass es die Abwicklung outcome-bezogener Erstattungsvereinbarungen unterstützt.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(27)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
13.12.2019

STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

zum

Entwurf

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

Bundestags-Drucksache 19/15662

vom 3. Dezember 2019

und

zur

Ausschussdrucksache 19(14)122.1

vom 28. November 2019

I. Zum Regierungsentwurf:

Die ABDA begrüßt das Anliegen des Gesetzgebers, Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen zu beseitigen und faire Wettbewerbsbedingungen zu sichern.

II. Zu den Änderungsanträgen:

Zu Änderungsantrag 4

Die ABDA unterstützt das gesetzgeberische Bemühen, gesetzliche Maßnahmen gegen Liefer- und Versorgungsengpässe bei Arzneimitteln zu treffen.

War von Liefer- und Versorgungsengpässen zunächst überwiegend die Arzneimittelversorgung in den Krankenhäusern betroffen (z. B. Zytostatika, parenterale Antibiotika), was zu erheblichen Problemen bei der Arzneimitteltherapie führte, treten Engpässe inzwischen auch im ambulanten Bereich verstärkt auf (Antibiotika, Dauermedikation bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Analgetika, Impfstoffe usw.). Selbst bei Notfallarzneimitteln gemäß § 15 Absatz 2 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) sind seit Jahren anhaltende Lieferengpässe zu verzeichnen. Zunehmend sind auch Arzneimittel betroffen, welche nicht ersetzbar sind oder bei lebensbedrohlichen Erkrankungen eingesetzt werden. Betroffen waren jüngst beispielsweise Blutprodukte, Oxytocin i. v., Thiopental i. v. oder Zytostatika.

Eine Umfrage der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) im Jahr 2017 hat ergeben, dass 90 % der Apotheken in einem Zeitraum von drei Monaten Engpässe mit potentiellen Gesundheitsfolgen für Patienten zu verzeichnen hatten.

Aus den Daten des „Apothekenklima-Index 2019“ ergibt sich zudem, dass die Mehrheit der Apothekerinnen und Apotheker (62,2 %) mehr als 10 % ihrer Arbeitszeit dafür aufwenden, um bei Engpässen gemeinsam mit Ärzten, Großhändlern und Patienten nach Lösungen zu suchen.

Beleg für die Problematik ist etwa, dass sich die Zahl der Nichtverfügbarkeitskennzeichen im vergangenen Jahr von 4,7 (2017) auf 9,3 (2018) Mio. verdoppelt hat. Betroffen ist jedes 50. Rabattarzneimittel (9,3 von 450 Millionen). Schmerzmittel (z. B. Ibuprofen), Blutdrucksenker (z. B. Valsartan), Säureblocker (Pantoprazol) und Antidepressiva (z. B. Opipramol) machten 2018 die TOP 10 der Lieferengpässe aus. Bereits 2016 mussten mehr als 50 % der befragten Apotheken ihren Patienten ein- oder mehrmals eine weniger geeignete Darreichungsform oder einen Arzneistoff zweiter Wahl geben.

Die im Änderungsantrag vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen stellen zur Lösung dieser Problematik einen wichtigen Schritt dar. Die flexiblere Möglichkeit zur alternativen Abgabe eines lieferbaren Produktes verbessert die Versorgung betroffener Patienten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass auch eine zeitlich begrenzte Nichtverfügbarkeit unmittelbar spürbare, negative Auswirkungen für Patienten haben kann. Für eine nachhaltige Vorbeugung von Engpässen in der Zukunft sind daher weiterführende Maßnahmen notwendig, auf die wir im Folgenden näher eingehen.

Zu Artikel 0 (Änderung des Arzneimittelgesetzes) und Artikel 5 Nummer 9a (§ 129 Absatz 4c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

1. Zu Nummer 3 (§ 52b AMG)

Die Einrichtung eines Beirates beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), der die Versorgungslage mit Human-Arzneimitteln kontinuierlich beobachtet und be-

wertet, erachten wir als eine zielführende Maßnahme. Die vorgesehene Einbindung der Apothekerinnen und Apotheker in diesen Beirat ist unbedingt notwendig, da versorgungsrelevante Lieferengpässe vor allem in den öffentlichen und den Krankenhausapotheken zutage treten.

Wir regen jedoch an, im Hinblick auf die Aufzählung der im Beirat vertretenen Verbände nach § 52b Absatz 3b Nummer 2 (neu) AMG die Formulierung „Verbände der Apotheker“ durch die Formulierung „*Berufsvertretungen der Apotheker*“ zu ersetzen. Hierfür spricht zum einen, dass der Gesetzgeber diese Formulierung bereits in § 92 Absatz 3a Satz 1 SGB V verwendet, und zum anderen, dass sie die Organisationen der Apotheker erfasst, die bereits bislang ständige Teilnehmer des „Jour Fixe“ im BfArM sind.

2. Zu Nummer 4/2 (§ 129 Absatz 4c SGB V)

Wir begrüßen die Zielsetzung, die mit dem neuen Absatz 4c in § 129 SGB V verfolgt wird. Die Erweiterung des Spielraums der Apotheken bei der Arzneimittelabgabe im Fall von Lieferengpässen und deren gesetzliche Verankerung sind notwendig, um die negativen Folgen von Lieferengpässen abmildern zu können.

Die Regelung ist jedoch in mehrfacher Hinsicht zu eng gefasst.

Notwendige Auswahlmöglichkeiten bei Lieferengpässen

Satz 1 der vorgesehenen Regelung beschränkt die Sicherstellung der Versorgung ohne Bezugnahme auf Lieferengpässe auf die Versorgung mit rabattierten Arzneimitteln. Wir regen an, hier klarzustellen, dass die Rahmenvertragspartner auch über die Abgabe und Abrechnung von rabattierten Arzneimitteln hinaus Gestaltungsspielraum haben sollen.

In Satz 2 wird ein Abweichen von der Verpflichtung, rabattbegünstigte Arzneimittel bevorzugt abzugeben (§ 129 Abs. 1 S. 4 SGB V), erst nach Ablauf von 24 Stunden nach Vorlage der ärztlichen Verordnung ermöglicht. Die im zweiten Satz der Entwurfsfassung des neuen Absatz 4c getroffene Formulierung verschlechtert allerdings die Versorgungsmöglichkeiten eher als sie zu verbessern. Wenn ein Arzneimittel nicht lieferbar ist, muss es auch vor Ablauf von 24 Stunden durch eine anderes, ggf. auch ein nicht rabattiertes Arzneimittel, ersetzt werden dürfen, wie es der bestehende Rahmenvertrag bereits heute unter bestimmten Voraussetzungen zulässt. In der Gesetzesbegründung wird zwar auf die Möglichkeit weitergehender vertraglicher Regelungen hingewiesen, aber dies sollte auch im Gesetz selbst klargestellt werden.

Dies gilt entsprechend auch für die Einschränkung auf Präparate, die nicht teurer sind als das verordnete Arzneimittel. Auch diese Einschränkung ist abzulehnen. Wenn kein Präparat zum Preis des verordneten Arzneimittels oder zu einem Preis darunter lieferbar ist, muss es im Interesse der Patienten auch erlaubt sein, ein teureres Präparat abzugeben.

Wir schlagen deshalb vor, diesen zweiten Satz zu streichen und durch eine Regelung zu ersetzen, die die Vertragspartner dazu verpflichtet, Regelungen zu vereinbaren, die im Fall der Nichtverfügbarkeit eines rabattierten Arzneimittels die Abgabe eines anderen, ggf. auch teureren, Arzneimittels erlauben.

Vergütung des Mehraufwandes in den Apotheken bei Lieferengpässen

Die Bewältigung von Lieferengpässen ist mit einem erheblichen Aufwand in den Apotheken verbunden. Dieser ergibt sich insbesondere aus dem erhöhten Informations- und Beratungsbedarf der Versicherten, welcher mit dem Austausch von verordneten Arzneimitteln verbunden ist. Zudem sind vermehrte Rücksprachen mit den verordnenden Ärzten notwendig und es müssen Dokumentationspflichten erfüllt werden. Es handelt sich dabei um Aufgaben, die quantitativ von der bisherigen Vergütung nach Arzneimittelpreisverordnung nicht erfasst sind. Der Mehraufwand muss deshalb angemessen vergütet werden.

Entlassmanagement bei Lieferengpässen

Schließlich ist die Möglichkeit für Regelungen zu schaffen, welche die besondere Situation des Entlassmanagements betreffen. In § 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V wird das Verordnungsrecht der Krankenhäuser auf eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen beschränkt. Hierdurch wird das Auswahlspektrum bereits für die Regelversorgung relativ eng gefasst, da die kleinste Packungsgröße ungeachtet von Lieferengpässen häufiger nicht verfügbar ist. Jedenfalls im Falle von Lieferengpässen ist eine Ausnahme erforderlich, welche durch die Rahmenvertragspartner näher auszugestalten ist.

Aus den zuvor genannten Gründen schlagen wir für die Neuregelung in § 129 Absatz 4c folgende Formulierung vor:

> *„Eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln ist auch im Fall von Lieferengpässen sicherzustellen. Das Nähere hierzu ist im Rahmenvertrag nach Absatz 2 festzulegen. Gegenstand sind hierbei auch Abweichungen von § 39 Absatz 1a Satz 7 und § 129 Absatz 1 Satz 4. Ferner ist eine Vergütung der Apotheken für den aus Lieferengpässen zulasten der versorgenden Apotheke sich ergebenden Mehraufwand zu vereinbaren.“*

Mehrkosten zulasten des Versicherten

Begleitend zur Ausweitung der Auswahlmöglichkeiten für die Apotheke bei der Versorgung der Versicherten im Falle von Lieferengpässen sollte berücksichtigt werden, dass in diesen Fällen häufig nur solche Arzneimittel zur Verfügung stehen, deren Kosten über die festgesetzten Festbeträge nach § 35 SGB V hinausgehen. Soweit eine Versorgung des Versicherten nur mit einem solchen Arzneimittel möglich ist, kommt gegenwärtig auch im Fall von Lieferengpässen die Regelung des § 31 Absatz 2 Satz 1 SGB V zum Tragen, wonach der Versicherte den Festbetrag übersteigende Kosten selbst zu tragen hat.

Die Regelung des § 31 Absatz 2 Satz 1 SGB V erachten wir als nicht sachgerecht, wenn im Fall von Lieferengpassen keine Alternativen zur Verfügung stehen. Sie führt zu einer unangemessenen Belastung der betroffenen Versicherten bzw. der um die Versorgung der Versicherten bemühten Apotheken.

Wir regen daher an, von der Begrenzung der Kostentragung durch die Krankenkasse und von den Versicherten zu leistenden Mehrkosten bei bestehenden Festbeträgen im Falle von Lieferengpässen Abstand zu nehmen und entsprechende Ausnahmeregelungen zu treffen.

III. Weiterer Regelungsbedarf:

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker hat sich in diesem Jahr intensiv mit der Thematik von Liefer- und Versorgungsengpässen bei Arzneimitteln auseinandergesetzt. Eine wichtige Feststellung war dabei, dass das Ausmaß und die Ursachen von Lieferengpässen, insbesondere bei lebensnotwendigen Arzneimitteln, konsequent systematisch zu analysieren und daraus konkrete Maßnahmen zur Vermeidung von Lieferengpässen abzuleiten sind. Eine solide Wissensbasis ist notwendig, um Lösungsansätze erarbeiten zu können.

Darüber hinaus ist den zunehmenden Ausfallrisiken im Rahmen der Globalisierung entgegenzuwirken, indem die Produktion von Wirkstoffen und Arzneimitteln wieder in die Europäische Union (EU) zurückverlagert bzw. in der EU erhalten wird. Die Bundesregierung sollte daher mit geeigneten Mitteln darauf hinwirken, dass pharmazeutische Unternehmer wieder Produktionsstätten für Arzneistoffe in der EU und dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) errichten und bisherige europäische Produktionsstandorte nicht in das außereuropäische Ausland verlagern bzw. von Produktionsstandorten innerhalb der EU oder des EWR Ausgangsstoffe, Arzneistoffe oder Arzneimittel beziehen können.

Weiterhin schlagen wir für eine nachhaltige Vorbeugung von Engpässen in der Zukunft weiterführende folgende Maßnahmen vor:

1. Änderungen im Arzneimittelgesetz

a. Information aller Apotheken über bestehende Lieferengpässe bei Arzneimitteln

Die den pharmazeutischen Unternehmern und den Arzneimittelgroßhändlern obliegende Verpflichtung zur einer angemessenen und kontinuierlichen Bereitstellung von zugelassenen Fertigarzneimitteln bedingt auch, dass Apotheken über die Nichtverfügbarkeit dieser Arzneimittel informiert sind. Die bisherige Selbstverpflichtung der pharmazeutischen Industrie zur freiwilligen Meldung von Lieferengpässen an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat sich dabei als nicht ausreichend erwiesen. Jedwede Nichtverfügbarkeit sollte daher mit Grund und voraussichtlichem Zeitraum in einer zentralen Online-Datenbank, auf die alle Apotheken Zugriff haben, bereitgestellt werden.

b. Exportbeschränkungen für versorgungsrelevante Arzneimittel

Neben der Oligopolisierung des Arzneimittel- und Wirkstoffmarktes spielt – nach der Wahrnehmung der Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker – der zunehmende Export von Fertigarzneimitteln, die durch die Hersteller in endlicher Menge für den deutschen Markt zur Verfügung gestellt werden, eine entscheidende Rolle bei der Verknappung auf dem Arzneimittelmarkt. Es ist davon auszugehen, dass diese Fertigarzneimittel in größerem Umfang durch einzelne Großhändler oder Apotheken mit Großhandelserlaubnis nicht auf dem deutschen Markt, sondern in andere europäische Märkte verkauft werden.

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker hat sich daher dafür ausgesprochen, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, dass für Fertigarzneimittel, die für die Versorgung der Bevölkerung in Deutschland dringend benötigt werden. Der Export beschränkt werden kann, so dass für Großhändler und Apotheken mit Großhandelserlaubnis nach § 52a AMG die Möglichkeit eingeschränkt wird, diese Arzneimittel ins Ausland zu verkaufen.

c. Einhaltung der Vorgaben des § 52b AMG

§ 52b Absatz 1 AMG gibt vor, dass pharmazeutische Unternehmer und Betreiber von Arzneimittelgroßhandlungen eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung von Arzneimitteln sicherstellen, damit der Bedarf von Patienten im Geltungsbereich dieses Gesetzes gedeckt ist. Zu diesem Zweck müssen pharmazeutische Unternehmer im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung vollversorgender Arzneimittelgroßhandlungen gewährleisten (§ 52b Absatz 2 Satz 1 AMG), welche ihrerseits im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung der mit ihnen in Geschäftsbeziehung stehenden Apotheken gewährleisten müssen (§ 52b Absatz 3 Satz 1 AMG). Diese Vorschriften dienen der Umsetzung europäischer Vorgaben und sollen im Ergebnis Lieferengpässe für Arzneimittel vermeiden. Um dies effektiv zu gewährleisten, bietet es sich an, Sanktionsmöglichkeiten vorzusehen, soweit die Vorgaben an eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung von Arzneimitteln nicht erfüllt werden.

Aus den vorgenannten Gründen hat sich die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker dafür ausgesprochen, dass die Verletzung der Pflichten nach § 52b AMG durch die Schaffung von Ordnungswidrigkeitstatbeständen im Arzneimittelgesetz zukünftig geahndet werden kann.

2. Änderungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch

Vergabe von Rabattverträgen (§ 130a Absatz 8 SGB V)

Der Abschluss von Rabattverträgen bewirkt erhebliche Einsparungen zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung und damit der Versichertengemeinschaft. An der Systematik der Rabattverträge sollte deswegen grundsätzlich festgehalten werden. Die Apotheken haben in der Vergangenheit bewiesen, dass sie effektiv und als maßgebliche Institution bei der Umsetzung der Rabattverträge mitwirken und somit ihren Beitrag zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung leisten.

Die auf die Erzielung von Einspareffekten gerichteten Rabattverträge bergen jedoch ein erhebliches Risiko, die Entstehung von Lieferengpässen zu begünstigen. Es sind daher Regelungen zu treffen, die geeignet sind, dieses Risiko zu minimieren.

Voraussetzung für die Durchführung von Vergabeverfahren nach § 130a Abs. 8 SGB V muss daher zunächst sein, dass mindestens drei pharmazeutische Unternehmer am Markt tätig sind, die das auszuschreibende Arzneimittel anbieten. Der Zuschlag für den Abschluss von Rabattverträgen ist dann an mindestens zwei pharmazeutische Unternehmer zu erteilen. Ist der Wirkstoff des Rabattarzneimittels bei mehreren Wirkstoffherstellern beziehbar, ist die Auswahl der Rabattpartner so zutreffen, dass die ausgewählten Anbieter einzeln betrachtet oder in der Gesamtschau den Wirkstoff von mindestens zwei unterschiedlichen Herstellern beziehen.

Mit diesen Vorgaben könnte in einem vertretbaren Rahmen gewährleistet werden, dass die Versorgung der Versicherten mit Rabattarzneimitteln durch die Apotheken auch dann gewährleistet ist, wenn bei einem der Rabattvertragspartner Lieferschwierigkeiten auftreten. Der Gefahr, dass der Ausfall eines Wirkstoffproduzenten zur Nichtlieferfähigkeit der Rabattvertragspartner führt (wie in der Vergangenheit geschehen), soll dadurch begegnet werden, dass - wenn möglich – beide Rabattpartner ihre Wirkstoffe bzw. mindestens einer der Rabattpartner seine Wirkstoffe bei unterschiedlichen Herstellern bezieht.

Berlin, 12. Dezember 2019

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(28)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
13.12.2019

verbraucherzentrale
Bundesverband

VERBRAUCHER BRAUCHEN TRANSPARENZ ÜBER DAS AGIEREN DER EINZELNEN KRANKENKASSEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

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

zu ausgewählten Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

sowie zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln

12. Dezember 2019

Impressum

Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.

Team
Gesundheit und Pflege

Rudi-Dutschke-Straße 17
10969 Berlin

Gesundheit@vzbv.de

Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG 3

II. EINLEITUNG 4

III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN 6

1. Transparenz über das Agieren der Krankenkassen schaffen 6
2. Einheitliche Aufsicht von grundsätzlicher Bedeutung für den Wettbewerb in der GKV 8
3. Verhinderung der Einflussnahme auf die Diagnosekodierung 9
4. Finanzielle Anreize zur Stärkung von Vorsorgemaßnahmen 10
5. Keine höheren Kosten für Verbraucher bei Lieferengpässen 10

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der vorliegende Gesetzentwurf umfasst wichtige Reformschritte zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Grundlage der Änderungen am Zuweisungsmodell sind zwei fundierte Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf weitere Anpassungen am Wettbewerbsrahmen der Krankenkassen vor. Positiv bewertet der vzbv die geplanten Maßnahmen zur Verhinderung einer Einflussnahme der Krankenkassen auf die ärztliche Diagnosekodierung sowie die regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, um Unwuchten im Risikostrukturausgleich frühzeitig erkennen und korrigieren zu können.

Sehr kritisch bewertet der vzbv, dass im Gegensatz zum Referentenentwurf des Gesetzes und auf Druck der Bundesländer, nun keine einheitliche Aufsicht über die Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt (BVA) mehr vorgesehen ist. Aus Sicht des vzbv ist eine einheitliche Aufsicht eine Grundvoraussetzung für einen fairen Wettbewerb in der GKV.

Damit das in diesem Gesetzentwurf formulierte Ziel des fairen Kassenwettbewerbs, als einem Wettbewerb um den besten Service und die beste Versorgung, erreicht werden kann, sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) weiteren und grundlegenden Handlungsbedarf. Neben den für Verbraucherinnen und Verbraucher[1] bereits aktuell leicht verfügbaren und abrufbaren Informationen zu den Kosten (Zusatzbeiträge der einzelnen Krankenkassen) müssen ihnen zeitnah Informationen über das Genehmigungsverhalten der einzelnen Krankenkassen sowie deren konkrete Service-, Beratungs- und Leistungsangebote zur Verfügung gestellt werden. Umfassende Informationspflichten für Krankenkassen sind unerlässlich, um eine Vergleichbarkeit für Verbraucher zu schaffen. Nur so ist eine fundierte Wahl einer Krankenkasse durch Verbraucher möglich. Krankenkassen können nur unter diesen Bedingungen um Service und Leistungen konkurrieren und nicht allein um den Preis.

Diese Informationen müssen für Verbraucher leicht nachvollziehbar und vergleichbar dargestellt werden, zum Beispiel in einem unabhängigen Online-Portal. Darüber hinaus fordert der vzbv eine Evaluationspflicht zu allen Selektivverträgen der Krankenkassen.

[1] Die im weiteren Text gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf Personen aller Geschlechter. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Doppelbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

II. EINLEITUNG

Bereits in der vergangenen Legislaturperiode wurde der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt mit der Erstellung zweier Gutachten zur Beurteilung relevanter Reformoptionen des Finanzausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen beauftragt. Die mittlerweile vorliegenden Gutachten sind die wissenschaftliche Grundlage für die im Gesetzentwurf vorgesehenen Reformschritte zur Weiterentwicklung des Finanzausgleichs. Ziel ist es, die Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds so zu gestalten, dass sie zielgenauer den Krankenkassen zur Verfügung stehen, die sie für die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten benötigen, und damit Wettbewerbsverzerrungen zu reduzieren.

Der Morbi-RSA ist eine notwendige Voraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Er soll Risikoselektion durch die Kassen verhindern. Über umfangreiche Anpassungen am statistischen Modell zur Verteilung der Finanzmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinaus sieht der nun vorliegende Gesetzentwurf weitere Regelungen zum Wettbewerbsrahmen in der GKV vor – insbesondere auch, um eine Einflussnahme auf die ärztliche Diagnosedokumentation, die Grundlage der Verteilung der Mittel im Morbi-RSA, zu verhindern und um das Handeln der verschiedenen Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenkassen zu harmonisieren.

Im Detail enthält der Gesetzentwurf die folgenden wesentlichen Regelungen:

a) Neuerungen am Regressionsmodell des Morbi-RSA

- Die Einführung eines Krankheits-Vollmodells, das heißt, die Berücksichtigung des gesamten Krankheitsspektrums im Finanzausgleich der Krankenkassen.
- Die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen.
- Die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten.
- Die Einführung einer Regionalkomponente ohne angebotsseitige Faktoren wie Arztdichte oder Krankenhausbettenzahl.
- Die Einrichtung eines Risikopools, um die finanzielle Belastung aus Hochkostenfällen abzumildern.
- Die Berücksichtigung der Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (Vorsorge-Pauschale).

b) Spezifische Maßnahmen zur Verhinderung der Einflussnahme auf die Diagnosekodierung

- Morbiditätsgruppen (HMGs), die GKV-weit eine bestimmte Steigerungsrate überschreiten und eine Manipulation vermuten lassen, werden aus dem Jahresausgleich ausgeschlossen (Manipulationsbremse).
- Das Verbot der Diagnosevergütung wird neu formuliert.
- Ein Verbot der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen.
- Die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Sicherung der Datengrundlage wird vereinfacht. Die Kompetenzen des Bundesversicherungsamts (BVA) werden gestärkt (u. a. Sonderprüfrecht bei Selektivverträgen im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße).

- Das BVA richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach § 73b sowie § 140a (Vertragstransparenzstelle) ein.

c) Anpassung des Wettbewerbsrahmens der Krankenkassen

- Die Verhaltensregeln für Werbemaßnahmen der Krankenkassen werden klarer definiert.
- Der kassenartenbezogene Haftungsverbund wird abgeschafft.
- Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, untereinander gegen wettbewerbswidriges Verhalten zu klagen.
- Der gesetzliche Rahmen zur Zusammenarbeit und zum Erfahrungsaustausch der Aufsichten wird konkretisiert.

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf eine regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA (alle vier Jahre) durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vor.

Die vorliegenden Änderungsanträge zum Gesetzentwurf betreffen insbesondere Themen der Arzneimittelversorgung. Aus Verbrauchersicht besonders relevant sind hier die geplanten Maßnahmen zur Verhinderung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln.

Der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen sieht u. a. vor, ein unabhängiges und qualitätsgesichertes Monitoring der Krankenkassen zu etablieren, das Verbrauchern eine Bewertung und den Vergleich der Versorgungsleistung und -qualität von Krankenkassen ermöglicht.

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages führt am 18. Dezember 2019 eine Verbändeanhörung zum vorliegenden Gesetzentwurf durch. Der vzbv bedankt sich für die Möglichkeit, zu den geplanten Neuregelungen aus Verbrauchersicht Stellung nehmen zu können. Im Folgenden werden einzelne Regelungen des Gesetzentwurfs, die für Verbraucher von besonderer Relevanz sind, diskutiert.

III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN

1. TRANSPARENZ ÜBER DAS AGIEREN DER KRANKENKASSEN SCHAFFEN

Ziel der wettbewerblichen Ausrichtung des Systems der GKV ist es, ein Konkurrenzverhältnis herzustellen, um Innovationen im Gesundheitswesen und Serviceorientierung gegenüber den Versicherten zu fördern. Dies führt aber zwangsläufig zu einem Spannungsfeld zwischen öffentlich-rechtlichem Versorgungs- und Verwaltungsauftrag und kassenindividuellen Marketingstrategien zur Positionierung im Wettbewerb.[2]

Der vzbv begrüßt daher, dass im neuen § 4a SGB V die Ziele und Leitplanken des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung klar definiert und entsprechende Regeln, etwa zu Werbemaßnahmen der Kassen, formuliert werden. Besonders begrüßt der vzbv das klare Bekenntnis zu einem Krankenkassenwettbewerb, der sich an Qualität, Wirtschaftlichkeit und Effizienz orientiert, und das explizite Verbot aller Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese fördern. Das Bundesversicherungsamt etwa hatte zum Beispiel darauf hingewiesen, dass sich auch die Präventionsangebote von Krankenkassen, häufig vor Marketing-Gesichtspunkten konzipiert, vielfach an die für Krankenkassen spezifischen attraktiven Zielgruppen richten. Das ist nur ein Beispiel, wie in der GKV indirekte Risikoselektion stattfindet.[3]

Bisher konzentriert sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen noch in hohem Maße auf den Preis als wesentlichen Faktor. Der vzbv bewertet angesichts dessen die vorgeschlagenen Neuregelungen als nicht ausreichend. Über die wichtige Reform des Risikostrukturausgleichs hinaus sieht der vzbv weitergehenden Handlungsbedarf.

Ein Grundproblem wird mit dem vorgelegten Gesetz nicht angegangen und bleibt somit weiterhin bestehen. Neben den Angaben zu den erhobenen Zusatzbeiträgen der einzelnen Krankenkassen gibt es kaum transparente und für Verbraucher vergleichbare Informationen zur Versorgungs-, Leistungs- und Servicequalität der Krankenkassen. Insbesondere besteht keine Transparenz über die Leistungsbewilligungen und -ablehnungen der einzelnen Kassen. Entsprechend ist bei der Kassenwahl derzeit eine fundierte Abwägungsentscheidung, die Preis und Qualität einer Krankenkasse einbezieht, nicht möglich.

> Um den Qualitätswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu fördern, müssen die Einzelkassen verpflichtet werden, mindestens einmal jährlich Informationen zu ihrem individuellen Genehmigungsverhalten zu veröffentlichen, also unter anderem transparent zu machen, wie viele Widersprüche von Versicherten gegen nicht genehmigte Leistungen einer Krankenkasse erfolgreich waren.

Der vzbv schließt sich daher der Forderung der ehemaligen Patientenbeauftragten, Ingrid Fischbach, sowie der amtierenden Patientenbeauftragten der Bundesregierung,

---

[2] Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 7: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180404Sonderbericht_web.pdf (abgerufen am 6. Dezember 2019).

[3] Ebenda, S. 77 ff.

Prof. Dr. Claudia Schmidtke, an, die Widerspruchszahlen aller Krankenkassen zu veröffentlichen. Dies fordert auch das Bundesversicherungsamt in seinem Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.[4] Im Rahmen einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des vzbv sprachen sich 2017 ebenso 78 Prozent der befragten Verbraucher für eine Veröffentlichung dieser Zahlen aus.[5] Vereinzelt gehen Krankenkassen hier bereits auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten ein und veröffentlichen Angaben zur ihrem Genehmigungsverhalten. Was fehlt, sind konkrete verbindliche Pflichten und Vorgaben, die für die Versicherten eine Vergleichbarkeit aller Kassen ermöglichen.

Ebenso wichtig sind für Verbraucher detaillierte Informationen zu den Service-, Beratungs- und Leistungsangeboten der einzelnen Krankenkassen (78 Prozent).[6] Um eine Abwägung zwischen Preis, Servicequalität und (regionalen) Versorgungsangeboten einer Krankenkasse treffen zu können, benötigen Verbraucher vergleichbare Informationen – etwa zu bestehenden Selektivverträgen.

Nicht zuletzt macht auch die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen die Notwendigkeit von mehr Transparenz bezüglich der Leistungen der einzelnen Krankenkassen sehr deutlich. Einzelne innovative Krankenkassen übernehmen beispielsweise bereits Kosten von digitalen Anwendungen. Verbindliche detaillierte Informationen sowie vergleichbare und grundlegende Übersichten für Verbraucher fehlen jedoch bislang. Verbraucher benötigen für eine fundierte Wahlentscheidung – ausgehend von ihren jeweiligen individuellen Bedürfnissen – einfache und verlässliche Informationen, um sich einen Überblick über die vorhandenen unterschiedlichen Angebote aller für sie wählbaren Krankenkassen zu verschaffen. Aber auch bei den grundlegenden Service- und Beratungsleistungen der Kassen sind in der Praxis spürbare Unterschiede zu verzeichnen.[7] Anstelle von vergleichbaren und verständlichen Informationen treffen Versicherte aber auch hier leider häufig auf nicht ausreichende allgemeine oder werbende Hinweise. Veröffentlichungspflichten können hier Abhilfe schaffen und eine vollständige Darstellung der verbraucherrelevanten Aspekte durch Online-Portale, wie z. B. der Stiftung Warentest, ermöglichen.

> Damit Verbraucher verbindliche und vergleichbare Informationen über das Agieren der einzelnen Krankenkassen erhalten, fordert der vzbv eine verpflichtende Veröffentlichung von Informationen zu deren Service-, Beratungs- und Leistungsangeboten. Dies umfasst insbesondere auch alle Selektivverträge der Kassen, die außerdem verpflichtend unabhängig evaluiert werden sollten. Negativ evaluierte Verträge sollten konsequenterweise aus der Versorgung ausscheiden.

---

[4] Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180404Sonderbericht_web.pdf (abgerufen am 6. Dezember 2019).

[5] vzbv, Meinungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, repräsentative Umfrage im Auftrag des vzbv, September 2017: https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/10/11/ergebnisse_forsa_meinungen_zur_gkv.pdf (abgerufen am 9. Dezember 2019).

[6] Vgl. u.a. Pressemeldung des vzbv vom 13.10.2017: vzbv fordert umfangreiche Informationspflichten für Krankenkassen, https://www.vzbv.de/pressemitteilung/vzbv-fordert-umfangreiche-informationspflichten-fuer-krankenkassen (abgerufen am 9. Dezember 2019).

[7] Vgl. u.a. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2014): Unterstützung von Patienten mit Behandlungsfehlerverdacht. Ergebnisse der Befragung von Krankenkassen: https://www.verbraucherzentrale.nrw/sites/default/files/migration_files/media231404A.pdf (abgerufen am 9. Dezember).

Gelingen kann die gewünschte Stärkung des Qualitäts- gegenüber dem Preiswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung nur, wenn Patienten die ihnen von den Krankenkassen angebotenen Versorgungsangebote beurteilen, das heißt vor allem vergleichend zur Grundlage von qualitätsgesicherten Wahlentscheidungen machen können. Müssen die Krankenkassen beispielsweise die Inhalte von Selektivverträgen weiterhin nicht veröffentlichen, wird es nur Wettbewerb um behauptete Qualität geben, die den Versicherten wenig nützt. Als Auswahlkriterium bleibt den Versicherten dann weiterhin nur der kassenindividuelle Zusatzbeitrag.

Den Antrag der Fraktion Bündnis90/Die Grünen ‚Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln' bewertet der vzbv wie folgt:

Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Dominanz des Preiswettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und dem ausdrücklichen Wunsch der Verbraucher nach mehr Transparenz und vergleichbaren Informationen zu den Versorgungsleistungen und der Versorgungsqualität der einzelnen Krankenkassen, begrüßt der vzbv den vorliegenden Antrag zu mehr Qualitätstransparenz für Versicherte ausdrücklich. Der vzbv unterstützt außerdem die im Antrag formulierten Anforderungen an ein Monitoring: dieses muss unabhängig und qualitätsgesichert erfolgen. Sehr positiv bewertet der vzbv auch die im Antrag vorgeschlagenen Versichertenbefragungen um die Servicequalität der Krankenkassen zu erheben.

Mehr Transparenz für Verbraucher ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung des Qualitätswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der vzbv hält es darüber hinaus für notwendig, Versorgungsinnovationen stärker zu unterstützen, insbesondere mit Blick auf die sektorenübergreifende Versorgung. Noch immer gelingt sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen nur im Einzelfall – üblicherweise außerhalb der Regelversorgung. Es fehlt ein schlüssiges Gesamtkonzept, das Reha, Pflege, und therapeutische Professionen genauso berücksichtigt wie die individuelle Lebenssituation und soziale Bedarfe des Patienten. Das Anliegen, ein Gutachten in Auftrag zu geben, das geeignete Stellschrauben identifiziert, um das Engagement der Krankenkassen hier zu erhöhen, unterstützt der vzbv. Ziel muss es dabei sein, letztlich die Regelversorgung aller gesetzlich Versicherten zu verbessern.

2. EINHEITLICHE AUFSICHT VON GRUNDSÄTZLICHER BEDEUTUNG FÜR DEN WETTBEWERB IN DER GKV

Eine einheitliche Aufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen ist aus Sicht des vzbv ein zentraler Schlüssel für die Zielsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfes: die Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sehr kritisch sieht der vzbv daher die entsprechenden Änderungen im Vergleich zum Referentenentwurf. Hier war noch eine einheitliche Aufsicht durch das BVA vorgesehen. Nun wird lediglich eine weitere Harmonisierung und Abstimmung des Handelns der verschiedenen Aufsichtsbehörden angestrebt, welche sich jedoch größtenteils an der bisher schon gängigen Praxis der Aufsichtsbehördentagung orientiert.

Nicht zuletzt die Praxis der Krankenkassen, Einfluss auf die ärztliche Kodierung der Diagnosen zu nehmen und dadurch Wettbewerbsvorteile zu erzielen, hat gezeigt, dass die derzeitigen Aufsichtsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung unzureichend sind. Sie müssen gestärkt und unter einem Dach gebündelt werden, um ein

einheitliches Vorgehen – zu jeder Zeit – zu gewährleisten. Auch der Verweis auf das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb und dessen Kodifizierung im Spezialfall SGB V ersetzt eine effektive und ressourcenstarke Aufsicht der Krankenkassen keinesfalls. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung sind Krankenkassen im Wettbewerb besonderen Bedingungen unterworfen, die über die des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb hinausgehen:

- Krankenkassen werden aus Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber finanziert,
- Gesetzlich sind sie zu einer sparsamen und wirtschaftlichen Mittelverwendung verpflichtet
- Der Wettbewerb muss ihrem sozialen Auftrag angemessen sein.[8]

3. VERHINDERUNG DER EINFLUSSNAHME AUF DIE DIAGNOSEKODIERUNG

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht umfangreiche Maßnahmen zur Verhinderung der Einflussnahme auf die Diagnosekodierung durch Vertragsärzte vor. In den vergangenen Jahren hatten Krankenversicherungen immer wieder Verträge geschlossen, die einzig die Kodierung einer ärztlichen Diagnose vergüteten. Dieser Vergütung stand jedoch keine Versorgungsleistung für Versicherte und Patienten gegenüber. Der vzbv begrüßt daher die geplanten umfangreichen Maßnahmen. Weitere flankierende Maßnahmen, wie die Einführung verbindlicher Kodierrichtlinien, sind bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz beschlossen wurden.

Um auch bei den Selektivverträgen mehr Transparenz und ein Instrument öffentlicher Kontrolle zu schaffen, greift der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs den Vorschlag von Transparency International auf, ein zentrales Register für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten im ambulanten Bereich einzurichten[9]. Dass diese Forderung vom Gesetzgeber aufgegriffen wurde und nun im vorliegenden Gesetzentwurf eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach § 73b sowie § 140a beim BVA vorgesehen ist, bewertet der vzbv sehr positiv.

Die Stelle schafft primär mehr Transparenz für die Aufsichtsbehörden. Bisher gibt es keine umfassende Transparenz über das Vertragsgeschehen der Krankenkassen in diesen Bereichen, selbst für die Aufsichtsbehörden nicht. Auch den konkurrierenden Krankenkassen gibt das die Möglichkeit der gegenseitigen Kontrolle. Im Kontext der geplanten Neuregelungen zum Klagerecht der Krankenkassen untereinander aufgrund von wettbewerbswidrigem Verhalten, ist diese Transparenzmaßnahme folgerichtig.

Für Verbraucher schafft eine solche Stelle jedoch nicht die notwendige Transparenz. Die für die Wahlentscheidung der Verbraucher relevanten Informationen werden nicht umfassend genug zur Verfügung gestellt. Hier sind weitere Transparenzvorgaben für die Krankenkassen dringend geboten (siehe oben).

---

[8] Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/20190617_Gemeinsame_Wettbewerbsgrundsaetze_GKV_inkl._Ergaenzungsbeschluesse_01.pdf (abgerufen am 9. Dezember 2019).

[9] Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2017, S. 537: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf (abgerufen am 9. Dezember 2019).

4. FINANZIELLE ANREIZE ZUR STÄRKUNG VON VORSORGEMAßNAHMEN

Zur Förderung der Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sollen Krankenkassen zukünftig eine Pauschale für jeden Versicherten erhalten, der an einer Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung sowie Individualprophylaxe (die nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V abrechnungsfähig ist) oder an einer Schutzimpfung (nach § 20i Absatz 1 SGB V) teilgenommen hat.

Die Umsetzung der Stärkung der Vorsorge- und Früherkennung im RSA muss im Detail betrachtet werden, um Fehlsteuerungen durch finanzielle Anreize möglichst bereits im Vorfeld erkennen und verhindern zu können. So sollte bei der Durchführung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nicht die Erhöhung der Inanspruchnahmequote im Mittelpunkt stehen, sondern eine informierte Entscheidung für oder gegen eine Untersuchung. Hierzu sind objektive und gut verständliche Informationen wichtig, die über Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen der Untersuchungen aufklären.[10]

An dieser Stelle braucht es zwingend klare und eindeutige rechtliche Vorgaben, in welcher Form und Häufigkeit Krankenkassen in Zusammenhang mit Präventions- oder Früherkennungsmaßnahmen an ihre Versicherten herantreten dürfen. Wichtig sind daneben geeignete und einheitliche Patienteninformationen, wie sie u.a. kürzlich zur Untersuchung auf Gebärmutterhalskrebs in der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme festgelegt wurden.[11]

Der vzbv begrüßt ausdrücklich, dass im vorliegenden Gesetzentwurf das Thema Prävention im Kontext des Morbi-RSA aufgegriffen wird. Prävention und Gesundheitsförderung haben in einer Gesellschaft des langen Lebens und vor dem Hintergrund der stetig steigenden Prävalenzen von lebensstilassoziierten chronischen Erkrankungen eine grundsätzliche Bedeutung. Auch den Krankenkassen kommt bei dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe eine wichtige Rolle zu. Von übergeordneter Bedeutung wäre hier eine Stärkung der wichtigen Primärprävention, hier gibt es für die Krankenkassen bisher keine Anreize zu investieren. Die Kosten einer Erkrankung werden im System des Morbi-RSA ausgeglichen. Früherkennungsuntersuchungen zählen jedoch nicht zur Primärprävention.

5. KEINE HÖHEREN KOSTEN FÜR VERBRAUCHER BEI LIEFERENGPÄSSEN

Lieferengpässe sind ein zunehmendes Problem in der Arzneimittelversorgung, das Verbraucher in besonderem Maße verunsichert. Der vzbv begrüßt daher, dass der Gesetzgeber die Problematik mit dem Änderungsantrag 4 zum Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz adressiert.

Die geplanten Maßnahmen, insbesondere ein intensiviertes Monitoring der Versorgungssituation, strengere Meldevorschriften und die neuen Befugnisse der zuständigen Bundesoberbehörden (z. B. Anordnung zur Lagerhaltung oder Kontingentierung), bewertet der vzbv als wichtige erste Schritte zur Vermeidung von Lieferengpässen. Die künftige Entwicklung der Lieferengpässe muss jedoch eng überwacht werden. Ggf.

---

[10] Kriterien zur Erstellung von Patienteninformationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen des Netzwerks evidenzbasierte Medizin e. V.: https://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/fachbereiche/patienteninformation/stellungnahme_dnebm_080630 (abgerufen am 6. Dezember 2019).

[11] Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses: https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/774/ (abgerufen am 6. Dezember 2019).

müssen umfangreichere Maßnahmen, etwa eine stärkere Verpflichtung der Hersteller, die Lieferfähigkeit sicherzustellen, erwogen und kurzfristig umgesetzt werden.

Für Verbraucher darf ein Lieferengpass nicht zu Nachteilen führen: weder hinsichtlich einer unangemessenen Verzögerung der Versorgung noch hinsichtlich zusätzlicher Kosten etwa aufgrund der Festbetragsregelungen oder Rabattverträgen und damit verbundenen Zu- oder Aufzahlungen. Dies sollte auch gesetzlich klar geregelt werden.

Universität Regensburg

FAKULTÄT FÜR
RECHTSWISSENSCHAFT

Lehrstuhl für Öffentliches Recht,
Sozialrecht und Gesundheitsrecht

Prof. Dr. Thorsten Kingreen

Telefon +49 941 943-2607
Telefax +49 941 943-3634
E-Mail: thorsten.kingreen@jura.uni-regensburg.de
Universitätsstraße 31
D-93053 Regensburg

Universität Regensburg · D-93040 Regensburg

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(29)
gel. ESV zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
13.12.2019

Stellungnahme als geladener Einzelsachverständiger zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

I. Konzeptioneller Hintergrund: Fairer Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen

1. Der Gesetzentwurf steht in der Tradition vieler Gesetzesvorhaben, die den sog. solidarischen Wettbewerb in der GKV stärken sollen. Das ist ein grundsätzlich begrüßenswertes Vorhaben, denn dieser Wettbewerb stärkt auch die Verbraucherrechte der Versicherten und fördert die Effizienz der Versorgung. Dennoch wird stets zu prüfen sein, ob nicht der Wettbewerb selbst das Problem ist und er daher nicht verbessert, sondern schlicht unterbunden werden sollte. Dass etwa in einem Sozialgesetzbuch die kommerzielle Werbung von öffentlich-rechtlichen Körperschaften erlaubt wird und daher reguliert werden muss (dazu später III.), zeigt, dass wettbewerbs- und körperschaftswidriges Verhalten ernten wird, wer Wettbewerb unter öffentlich-rechtlichen Körperschaften sät.

2. Insoweit verstärkt der Gesetzentwurf die aus rechtswissenschaftlicher Sicht kontraintuitive Governance im Gesundheitswesen: Während auf der einen Seite das Wettbewerbsrecht in der GKV immer kleinteiliger reguliert wird, gibt es im Bereich der PKV aufgrund der nach wie vor nur begrenzt möglichen Mitnahme von Alterungsrückstellungen[1] überhaupt keinen Wettbewerb um Bestandskunden, die ihre Ehegatten leichter verlassen können als ihr Krankenversicherungsunternehmen. Einen nicht vorhandenen Wettbewerb muss man dann natürlich auch nicht regulieren. Im Gesundheitswesen stehen also öffentlich-rechtliche Körperschaften in einem Wettbewerb, privatwirtschaftliche Unternehmen hingegen nicht – eine auch ordnungspolitisch verkehrte Welt!

II. Artikel 3: Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch Nr. 2: Neufassung von § 90 Abs. 4 und 5 SGB IV-E

1. a) Der Änderungsvorschlag führt zu einer erheblichen Formalisierung der Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden. Ohne dass dies in der Gesetzesbegründung explizit gemacht würde, steht er offensichtlich im Zusammenhang mit der insbesondere von den bundesunmittelbaren Kassen beklagten uneinheitlichen Praxis der Aufsichtsbehörden bei der Rechtsaufsicht über die Krankenkassen. Ob das tatsächlich ein Problem ist, lässt sich mit den Methoden der Rechtswissenschaft weder verifizieren noch falsifizieren. Nicht zu bezweifeln ist aber, dass eine möglichst gleichmäßige und einheitliche Aufsichtspraxis wettbewerbsrelevant ist.

b) Die vorgeschlagenen Neuregelungen verfolgen also ein im Grundsatz legitimes Ziel, da der Erfolg im Wettbewerb nicht davon abhängig sein soll, wie rigide die Aufsichtsbehörden beispielsweise Vorstandsverträge oder aber auch Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf ihre Rechtmäßigkeit kontrollieren. Auch erscheint es sinnvoll, die Aufsichtsbehörden zu regelmäßigen Treffen anzuhalten, um die Aufsichtspraxis politisch abzustimmen, wie dies im vorgeschlagenen § 90 Abs. 4 S. 1 SGB IV-E geschehen soll.

---

[1] Derzeit können nur Versicherungskunden, deren Versicherungsvertrag nach dem 1. 1. 2009 abgeschlossen wurde, das Versicherungsunternehmen wechseln. Auch hier wird aber nur die Alterungsrückstellung des Basistarifs als Übertragungswert festgelegt (§ 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 a) VVG). Es wird also nur die Alterungsrückstellung übertragen, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre. Das ist sehr unattraktiv, weil damit ein Teil der Alterungsrückstellungen im Unternehmen verbleibt und wechselwillige Versicherte, die sich bei dem neuen Unternehmen nicht im Basistarif versichern möchten, den fehlenden Anteil selbst in Gestalt von höheren Prämien finanzieren müssten. Bei Versicherten, deren Vertrag vor dem 1. 1. 2009 abgeschlossen worden ist, ist eine Mitnahme der Alterungsrückstellungen sogar gänzlich ausgeschlossen (§ 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 a) VVG).

2. Der vorgeschlagene § 90 Abs. 5 SGB IV-E ist aber problematisch, weil er nicht mit der notwendigen Klarheit regelt, ob rechtliche oder nur politische Verbindlichkeit erreicht werden soll:

a) Abs. 5 bezieht sich in seinem Satz 1 auf „Beschlüsse der Aufsichtsbehördentagung nach Absatz 4". Dort ist aber nur von einem „Erfahrungs- und Meinungsaustausch", aber nicht von „Beschlüssen" die Rede. Es sind also gesetzlich gar keine „Beschlüsse nach Absatz 4" vorgesehen. Sie dürfen daher von gesetzesgebundenen staatlichen Aufsichtsbehörden auch nicht mit rechtlicher Verbindlichkeit gefällt werden. Zudem dürfen die Aufsichtsbehörden schon aus den nachfolgend unter c) noch zu behandelnden verfassungsrechtlichen Gründen keine gemeinsamen rechtsverbindlichen Entscheidungen treffen, sondern nur politische Empfehlungen abgeben.

Da im Sozialrecht auch im Übrigen stets zwischen rechtsverbindlichen Beschlüssen und nur politisch bindenden Empfehlungen unterschieden wird, ist der Begriff der „Empfehlung" für den hiesigen Kontext grundsätzlich vorzugswürdig.

b) Die ausgesprochen detaillierte Regelung zu den erforderlichen Mehrheiten bei Entscheidungen in der Kranken- und Pflegeversicherung in den Sätzen 2 und 3 orientiert sich an der Stimmenverteilung der Länder im Bundesrat und enthält zudem besondere Stimmrechte der Bundesaufsichtsbehörden. Man will damit sicherstellen, dass weder die Bundesseite die Länder noch umgekehrt diese den Bund majorisieren können, ergänzt noch durch eine Sperrminorität in Satz 3,[2] die der in Bezug genommene Art. 51 Abs. 2 GG allerdings so nicht kennt. Unklar ist, warum „jedes Land" zumindest drei Stimmen haben soll, wo es doch Länder gibt, in denen es keine „eigenständige" AOK und damit keine Landesaufsicht über die Kranken- und Pflegekassen gibt (sondern nur über die Kassenärztlichen Vereinigungen); zuständige Aufsichtsbehörde für die AOK Rheinland/Hamburg ist beispielsweise das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Grundlegender ist das Problem, dass die Sätze 2 und 3 aufgrund der Detailliertheit der Mehrheitsregelungen den Eindruck erwecken, als gehe es der Bundesregierung gerade um rechtliche Verbindlichkeit. Eines solchen Regelungsprogramms, das Ausgewogenheit unter den Ländern und mit dem Bund anstrebt, bedürfte es nicht, wenn die Entscheidungen nur

[2] Sie erfasst nur Nordrhein-Westfalen, Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen. Alle anderen Bundesländer haben weniger als sieben Millionen Einwohner.

empfehlenden politischen Charakter hätten. Warum muss man mit so komplizierten Regelungen Interessen ausgleichen, wenn doch jeder Akteur beliebig von den „Beschlüssen“ abweichen könnte? Gerade die Anlehnung an die für die Gesetzgebung maßgeblichen Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat spricht an sich für rechtliche Verbindlichkeit – gäbe es dann nicht Satz 4, aus dem man wiederum ablesen kann, dass die Aufsichtsbehörden von den Beschlüssen abweichen dürfen, und zwar offenbar ohne, dass sie dies näher begründen müssten.

c) Das damit insgesamt wenig kohärente Hin und Her zwischen rechtlich verbindlichen Beschlüssen und dann doch nur politisch wirkenden Empfehlungen wurzelt in einem Dilemma: Auf der einen Seite besteht aus den unter 1. genannten Gründen ein nachvollziehbares Bedürfnis an einheitlichen, für alle Aufsichtsbehörden auch rechtlich verbindlichen Maßstäben für die Ausübung der Aufsicht. Auf der anderen Seite ist eine Vereinheitlichung der Aufsicht so lange nicht zulässig, als es sowohl landes- als auch bundesunmittelbare Krankenkassen gibt. Während die landesunmittelbaren Krankenkassen (also die AOKen) das SGB V gemäß Art. 84 Abs. 1 GG als eigene Angelegenheit ausführen, wird es von den bundesunmittelbaren Krankenkassen nach Art. 86, 87 Abs. 2 GG in bundeseigener Verwaltung ausgeführt. Aufgrund dieser Zweiteilung der Verwaltungskompetenzen – Landesverwaltung durch die AOKen, Bundesverwaltung durch die anderen Krankenkassen – muss auch die Versicherungsaufsicht entsprechend dualistisch organisiert bleiben (vgl. dementsprechend § 90 Abs. 1 und 2 SGB IV). Zwar ist nach Art. 84 Abs. 3 GG eine Aufsicht des Bundes auch über die landesunmittelbaren Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen zulässig. Sie obliegt aber nach Art. 84 Abs. 3 S. 1 GG allein der Bundesregierung als Kollegialorgan, nicht hingegen einem einzelnen Ministerium oder einer einzelnen Bundesoberbehörde. Ohnehin verfassungsrechtlich ausgeschlossen ist die Beaufsichtigung einer bundesunmittelbaren Krankenkasse durch eine Landesbehörde.

Landesaufsichtsbehörden dürfen daher schon aus verfassungsrechtlichen Gründen an keinen Beschlüssen mitwirken, die sie an die Entscheidungen anderer Landesaufsichtsbehörden oder der Bundesaufsichtsbehörden bindet; Gleiches gilt vice versa. Anders formuliert: So lange das Sozialgesetzbuch V durch Landes- wie durch Bundesbehörden ausgeführt wird, kann es keine einheitlichen Zuständigkeiten bei der Aufsicht geben. Dieser Umstand wird durch den geplanten § 90 Abs. 5 SGB IV-E verunklart.

Empfehlung: Statt von „Beschlüssen“ sollte es in § 90 Abs. 5 SGB IV-E „Empfehlungen“ heißen. Außerdem sollten die Regelungen über die notwendigen Mehrheiten für Entscheidungen entfallen.

III. Artikel 5: Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch Nr. 2: Einfügung eines neuen § 4a SGB V n.F.

Der vorgeschlagene § 4a SGB V-E soll an die Stelle der bislang nur knappen Regelung in § 4 Abs. 3 S. 2 SGB V treten. Damit verbunden sind im Wesentlichen zwei Neuerungen: Erstens werden materiell-rechtliche Regelungen für die Werbung durch Krankenkassen festgelegt, die sich teilweise aus dem Gesetz (§ 4a Abs. 3 SGB V-E), teilweise aber auch aus einer vom BMG (oder subsidiär vom BVA) zu erlassenden Rechtsverordnung ergeben sollen (§ 4a Abs. 4 SGB V-E); dazu gleich unter 1. Zweitens sollen die Krankenkassen nicht nur, wie bislang, wegen unzulässiger Werbemaßnahmen gegeneinander klagen dürfen, sondern generell gegen rechtswidriges Verhalten im Wettbewerb (§ 4a Abs. 7 SGB V-E), dazu 2.

1. Werbung der Krankenkassen ist zulässig (§ 4a Abs. 3 S. 1 SGB V-E), muss aber die „sachbezogene Information“ (§ 4a Abs. 3 S. 2 SGB V-E) in den Vordergrund stellen. Das wirft folgende Fragen auf:

a) Warum soll Werbung überhaupt zulässig sein? Immerhin wird sie aus öffentlichen, auch von den Arbeitgebern mitfinanzierten Abgaben finanziert, die erhebliche volkswirtschaftliche Relevanz besitzen und daher nicht für Sekundärzwecke der Krankenkassen verwendet werden sollten.

b) Wenn Werbung nach Satz 2 vorwiegend „sachbezogene Information“ enthalten dürfen soll, so werden zudem die etablierten Begrifflichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit im politischen Raum überspielt. So differenziert das Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 44, 125) beispielsweise bei der Öffentlichkeitsarbeit von Regierungen zwischen notwendiger und daher zulässiger Informationstätigkeit auf der einen Seite und unzulässiger Wahlwerbung auf der anderen Seite. „Werbung“ ist also schon dem Inhalt nach mit der Eigenschaft einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft unvereinbar; dementsprechend möchte die Gesetzesbegründung das Verhalten der Krankenkassen ja auch auf die sachbezogene Informationstätigkeit beschränken (BT-Drucks. 19/15662, 67). Über dieses Ziel wird aber hinausgeschossen, wenn „Werbung“ in Satz 1 zunächst grundsätzlich erlaubt wird.

Es bedarf daher auch keiner Regelung des materiellen Werberechts. Wenn eine Krankenkasse die Grenzen zwischen zulässiger Information und unzulässiger Werbung überschreitet, gelten schon aus unionsrechtlichen Gründen (RL 2005/29/EU) die Unterlassungs- und Beseitigungsansprüche des UWG.

Empfehlung: Es sollte in § 4a Abs. 3 S. 1 SGB V-E nicht „Werbung“ für zulässig erklärt werden, sondern lediglich die „sachbezogene Informationstätigkeit“ der Krankenkassen. Sie muss dabei, wie es § 4a Abs. 3 S. 2 SGB V-E überzeugend formuliert, auch hinsichtlich der Form „mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts“ vereinbar sein. Einer Rechtsverordnungsermächtigung (§ 4a Abs. 4 SGB V-E) bedarf es nicht, denn die Abgrenzung zwischen zulässiger Informationstätigkeit und unzulässiger Werbung kann durch die Aufsichtsbehörden und/oder die Sozialgerichte erfolgen.

2. Der Ausbau der Klagemöglichkeiten in Absatz 7 ist sehr weitgehend. Die Krankenkassen sollen ausweislich der Gesetzesbegründung Verstöße gegen „sämtliche für Krankenkassen geltende Vorschriften“ (BT-Drucks. 19/15662, 68) einer gerichtlichen Überprüfung zuführen können, d. h. neben die exekutive Kontrolle durch die Aufsichtsbehörden träte eine gerichtliche Kontrolle durch die Landessozialgerichte (vgl. § 29 Abs. 3 Nr. 5 SGG-E), soweit das Handeln der Krankenkassen wettbewerbsrelevant ist.

Abs. 7 verbessert zwar den Rechtsschutz der Krankenkassen, denn nach allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsätzen haben die Krankenkassen keinen Anspruch auf Einschreiten einer untätigen Aufsichtsbehörde gegen einen Wettbewerber. Allerdings wird auch in der Gesetzesbegründung nicht ausgeführt, warum nicht die Rechtskontrolle durch die Aufsichtsbehörden ausreichend ist, zumal diese auch durch die Krankenkassen selbst politisch aktiviert werden können. Werden die Klagemöglichkeiten exzessiv genutzt, riskiert man nicht nur die Arbeitsfähigkeit der Landessozialgerichte. Vielmehr könnte unter dem Druck des Wettbewerbs ein System gegenseitiger Kontrolle und wechselseitigen Misstrauens entstehen, das zusätzliche Ressourcen in den Verwaltungen der Krankenkassen bindet und in einem merkwürdigen Spannungsverhältnis zu dem in § 4 Abs. 3 S. 1 SGB V formulierten Auftrag an die Krankenkassen steht, eng miteinander zusammenzuarbeiten. Mittelbar könnte ein solches System permanenter gegenseitiger Rechtskontrolle auch die für die Versorgung

zentralen Verbände destabilisieren, in denen die einander kontrollierenden und ggfs. verklagenden Wettbewerber zusammengeschlossen sind.

Empfehlung: § 4a Abs. 7 SGB V-E sollte nicht Gesetz werden.

Regensburg, 12. 12. 2019

Prof. Dr. Thorsten Kingreen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(30.1)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
13.12.2019

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200
FAX (030) 2700406-222
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme

des BKK Dachverbandes e.V.

vom 12. Dezember 2019

zum

Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

Inhalt

I. Vorbemerkung 4

II. Kommentierung im Detail 7

a) Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches 7

1. Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung 7
2. Einführung eines differenzierten Vollmodells in Verbindung mit einer „Manipulationsbremse“ 9
3. Einführung von Altersinteraktionstermen 11
4. Einführung einer Regionalkomponente 12
5. Einführung eines Risikopools 14
6. Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten 17
7. Einführung einer Vorsorgepauschale 18
8. Regelmäßige Evaluation 19
9. Maßnahmen zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit 20

b) Reform des Organisationsrechtes 31

1. Angleichung wettbewerblicher Rahmenbedingungen 31
2. Neuregelung des Haftungsmanagements 35
3. Neuorganisation der Gremien des GKV-Spitzenverbandes 40
3. Der Verwaltungsrat soll künftig aus 40 Mitgliedern statt bisher 52 Mitgliedern bestehen. 43
4. Errichtung und Ausdehnung von Betriebskrankenkassen 45

III. Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD 53

1. Änderungsantrag 4: Maßnahmen zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln 53
2. Änderungsantrag 2: Belegter Zusatznutzen bei Reserveantibiotika 55

IV. Weiterer Änderungsbedarf 56

1. Begrenzung des Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz zumindest auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz 56

2. Erhöhung der Transparenz über die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen 57

I. Vorbemerkung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Entwurf die bereits im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD verankerte **Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)** umgesetzt wird. Die Betriebskrankenkassen hatten in den letzten Jahren wiederholt hervorgehoben, zu welchen Verwerfungen die derzeitige Ausgestaltung des Morbi-RSA im Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen führt und daher auf eine schnelle Reform im Sinne der Herstellung fairer Wettbewerbsbedingungen und einer geringeren Manipulationsanfälligkeit gedrängt.

Vor diesem Hintergrund sehen die Betriebskrankenkassen das nun vorliegende **Reformpaket** als **ein gelungenes Gesamtpaket** an, das durchaus geeignet ist, die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zu verringern, Risikoselektion zu vermeiden und die Zielgenauigkeit der RSA-Zuweisungen zu verbessern. Für die Betriebskrankenkassen ist es in diesem Sinne aber auch wesentlich, dass das Reformpaket in der nun vorliegenden Form erhalten bleibt und nicht einzelne Maßnahmen im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens aus dem Paket herausgelöst oder verwässert werden. So muss z.B. mit der Einführung eines Vollmodells unbedingt sichergestellt werden, dass der Morbi-RSA kaum noch Manipulationsanreize bietet und zugleich Maßnahmen zur Stärkung eines einheitlichen Aufsichtshandelns etabliert werden. Elementar ist auch, dass der Morbi-RSA um nicht mehr benötigte und zudem verzerrend wirkende Hilfsparameter, wie die gesonderte Berücksichtigung der Gruppe der Erwerbsminderungsrentner, bereinigt wird. Darüber hinaus werden von einer Krankenkasse allenfalls sehr begrenzt oder gar nicht beeinflussbare Parameter, wie ihr regionaler Tätigkeitsschwerpunk und die dort bestehenden Versorgungsstrukturen, durch die Einführung eines Vollmodells nicht aufgegriffen. Ihnen muss daher gesondert Rechnung getragen werden. Selbiges gilt für den Ausgleich besonders teurer Leistungsfälle über einen Risikopool, zumal hier mit den neuen hochpreisigen Arzneimitteltherapien große Herausforderungen auf die Krankenkassen im Sinne eines Spagates zwischen bestmöglicher Versorgung und Finanzierbarkeit zukommen.

Für die Betriebskrankenkassen wesentlich ist also zudem, dass der vorliegende Gesetzentwurf verschiedene Maßnahmen vorsieht, um die bestehende **Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA** zu reduzieren. Bereits mehrfach musste die Politik eingreifen, um Praktiken, die das Zuweisungsvolumen über den Morbi-RSA zwar erhöhten, nicht jedoch zu einer verbesserten Versorgung beitrugen, zu unterbinden: Das Prinzip „Geld gegen Diagnose“ wurde z.B. bereits mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) angegangen. Seitdem sollten zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge sein. Dennoch wurde in der Praxis festgestellt, dass Verträge weiterhin Regelungen enthalten, die das Kodierverhalten der Ärzte durch finanzielle Anreize zu steuern versuchen. Es ist daher richtig, dass der Gesetzgeber jegliche Umgehungsstrategien der HHVG-Regelungen eliminieren will und die gesetzlichen Regelungen dementsprechend nachschärft. Als weiteres Beispiel gesetzgeberischer Aktivitäten zur Reduktion der Manipulationsmöglichkeiten im Morbi-RSA seien die erst kürzlich gesetzlich verankerte Bereinigung der Versichertenbestände um Karteileichen aus der obligatorischen Anschlussversicherung genannt.

Mit großer Sorge sehen die Betriebskrankenkassen daher, dass richtige und wichtige Regelungen des Gesetzentwurfes, die den Morbi-RSA manipulationssicherer ausgestalten sollen, politisch bereits im Kreuzfeuer stehen, wie etwa

- das konsequente **Verbot von „Geld gegen Diagnosen",** das bereits seit HHVG greifen sollte: Das einzige, was sich durch die Neuregelung künftig ändert, ist jedoch, dass es keine vertraglich vorgegebenen Kodieranweisungen an die Ärzte mehr geben darf. Gleichwohl müssen Ärzte nach § 295 SGB V – wie in den Kollektivverträgen auch – ihre Leistungen kodieren. Über die Abrechnungsprüfung der Kassen kann weiterhin sichergestellt werden, dass den abgerechneten Leistungen entsprechende Diagnosen gegenüberstehen. Vor allem bundesweit tätige Kassen haben ihre Verträge bereits umgestellt und so unter Beweis gestellt, dass Versorgungsverträge auch ohne Kodierlisten bzw. Kodiervorgaben in der Praxis umsetzbar sind.

- die **Einführung einer Manipulationsbremse**: Wissenschaftliche Untersuchungen belegen jedoch, dass die Häufigkeit einer Diagnose in der Vergangenheit zunahm, sobald die Erkrankung in die im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Erkrankungen aufgenommen wurde. Dem stand nicht zwangsläufig ein entsprechender Anstieg in der tatsächlichen Morbidität der Versicherten gegenüber, vielmehr wurde auf die ärztliche Diagnosestellung über Selektivverträge oder die Praxissoftware Einfluss genommen. Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher ausdrücklich den Ansatz, steigende Prävalenzen RSA-relevanter Diagnosen als starken Hinweis auf eine Beeinflussung der Diagnosedokumentation ernst zu nehmen.

- die **Verschärfung der Prüfung nach § 273 SGB V**: Die Ausweitung der Befugnisse, die dem Bundesversicherungsamt als RSA-Durchführungsbehörde eingeräumt werden, sind richtig, da diese insbesondere auf eine schnellere Sanktionierung unrechtmäßiger Fallgestaltungen abzielen.

Notwendige Bedingung eines fairen Wettbewerbs um die beste Versorgung ist zwingend ein **einheitliches Aufsichtshandeln** zur Auslegung für alle Krankenkassen gleichlautend bestehender rechtlicher Rahmenbedingungen, dies bestätigt auch die Monopolkommission in ihrer Bewertung des Gesetzentwurfs[1]. Gerade angesichts enger wettbewerblicher Spielräume führt ein nicht einheitliches Aufsichtshandeln zu enormen Wettbewerbsverzerrungen und schädigt damit nachhaltig die Versorgung von Versicherten. Dies gerade auch vor dem Hintergrund, dass auch die geöffneten, unter Bundesaufsicht stehenden Betriebskrankenkassen Versorgung gestalten, die ihren Versicherten in den Regionen und konkret vor Ort zu Gute kommt. Beleg hierfür sind nicht zuletzt mehrere tausend Versorgungsverträge, die dem BVA inzwischen zur Prüfung

[1] Monopolkommission Policy Brief, Ausgabe 3: November 2019. https://www.monopolkommission.de/index.php/de/pressemitteilungen/309-policy-brief-3.html

vorgelegt und genehmigt wurden. Das Bewerten innovativer Versorgungsansätze mit unterschiedlichem Maß benachteiligt folglich die Versicherten und die Kassen im Wettbewerb um die beste Versorgung. Nun kommt es also darauf an, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen auch umgesetzt und mit Leben gefüllt werden.

Grundsätzlich begrüßen die Betriebskrankenkassen eine **Reform des Organisationsrechts** der gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere den Verzicht auf ein Abstimmungsverfahren als Errichtungsvoraussetzung von Betriebskrankenkassen. Allerdings sollte der Gesetzgeber nun auch modernen Unternehmensstrukturen beim Errichtungs- und Ausdehnungsverfahren Rechnung tragen und damit die Bildung größerer Betriebskrankenkassen ermöglichen. Hierfür ist es notwendig vom antiquierten Grundsatz der Einheit von Betrieb und Arbeitgeber Abstand zu nehmen.

Zu den vorgesehenen Änderungen der **Organisationsstruktur des GKV-Spitzenverbandes** nehmen die Betriebskrankenkassen im Einklang mit allen Kassenartenverbänden sowie dem GKV-Spitzenverband Stellung und verweisen überdies hierzu auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes. Die Betriebskrankenkassen weisen zudem darauf hin, dass dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss in der von den Kassenartenverbänden und dem GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Form zusätzlich je eine weitere Vertreterin oder ein weiterer Vertreter auf hauptamtlicher Vorstandsebene aus den Kassenartenverbänden der Orts-, Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen auf Bundesebene angehören können soll.

II. Kommentierung im Detail

a) Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches

1. Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung

Zu

- **Artikel 5 Nr. 20**, § 266 SGB V und
- **Artikel 6 Nr. 3**, § 2f RSAV

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Abschaffung der Sonderzuschläge für Versicherte mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente ausdrücklich, da es sich hierbei – insbesondere bei gleichzeitiger Einführung eines Vollmodells – um einen Ausgleichsbestandteil handelt, dessen Beibehaltung aus mehreren Gründen nicht sachgerecht wäre:

Es bestehen hohe Über- und Unterdeckungen in der Gruppe der Erwerbsgeminderten

In der Begründung des Gesetzentwurfes wird zutreffend festgestellt, dass der Wissenschaftliche Beirat die gesonderte Berücksichtigung von erwerbsgeminderten Personen kritisch hinterfragt und erhebliche Verwerfungen in der Zuweisungsgenauigkeit festgestellt hat. So kommt es trotz der schon enthaltenen Altersdifferenzierungen in den Erwerbsminderungs-Gruppen (EMG) zu Über- und Unterdeckungen: Während überwiegend junge Erwerbsgeminderte systematisch unterdeckt sind (Anteil ca. ein Drittel), ist bei der Gruppe der Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern ohne chronische Erkrankung eine deutliche Überdeckung zu beobachten (Anteil ca. zwei Drittel).
Die Betriebskrankenkassen gehen davon aus, dass die Unterdeckung der jungen Erwerbsgeminderten durch die geplante Einführung von Vollmodell, Risikopool und Altersinteraktionstermen reduziert werden kann. Letztere ist ohnehin bereits für das Jahr 2020 vorgesehen, also noch vor Umsetzung der im GKV-FKG enthaltenen Regelungen.

Es findet keine Risikoselektion gegen einzelne Personenkreise statt

Es wird häufig angeführt, dass die Herausnahme der Zuschläge für das Merkmal „Erwerbsminderungsrente“ als weiteres Differenzierungsmerkmal zur Risikoselektion gegen Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner führen würde. Dies ist nicht richtig: Träfe diese These zu, müsste man heute bei den Versichertengruppen, die keinen Erwerbsminderungsstatus erhalten können, da sie z.B. Nichterwerbstätig, Freiberufler

oder Rentner sind, bereits eine Risikoselektion beobachten. Dies ist jedoch nicht der Fall. Durch die gesetzliche Neuregelung wird hingegen eine Gleichbehandlung dieser Personengruppen ermöglicht und damit einer Risikoselektion gegen diesen Personenkreis entgegengewirkt.

Hinzu kommt: Der Erwerbsminderungsstatus als einziges sozioökonomisches Merkmal im RSA wurde als Hilfsvariable bei der Einführung des RSA genutzt, da im ersten Modell direkte Morbiditätsinformationen fehlten. Im heutigen Morbi-RSA mit direktem Morbiditätsbezug ist das Merkmal hingegen überflüssig, da - insbesondere bei Einführung eines Vollmodells - ohnehin bereits die Erkrankungen qua Diagnose und damit über die RSA-Zuweisungen direkt berücksichtigt werden, die zur Erwerbsminderung geführt haben.

Kein Entzug von Morbidität

Es wird teilweise behauptet, dass durch die Streichung des Kriteriums dem Morbi-RSA dringend benötigte Mittel für die Versorgung der Betroffenen entzogen würden. Dies entspricht nicht den Tatsachen – im Gegenteil: Letztlich führt die Herausnahme der Erwerbsminderungsgruppen (EMG) und der zugehörigen Zuschläge zu einer Stärkung der Morbiditätsorientierung, da in der Folge gerade die Zuweisungen für jene Krankheiten, die dem Erwerbsminderungsrentenbezug zu Grunde liegen, aufgewertet werden. Diese Aufwertung erfahren nunmehr alle Versicherten dieser Morbiditätsgruppe unabhängig davon, ob ein Erwerbsminderungsrentenbezug vorliegt.

Streichung der EMG muss im Gesamtkonzept des GKV-FKG betrachtet werden

Im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs wird über die angestrebten Maßnahmen ein erheblich höherer direkter Morbiditätsbezug im RSA vorangetrieben. Die Streichung der EMG stellt eine logische und unverzichtbare Voraussetzung für die Einführung eines Vollmodells im Morbi-RSA dar. Unterdeckungen besonders kostenintensiver Versicherter werden durch die Einführung eines Risikopools erheblich reduziert – dies gilt im Besonderen natürlich auch für die Versicherten dieser Gruppe, die einen Erwerbsminderungsstatus aufweisen.

Die vorgeschlagene Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung ist daher eine richtige Schlussfolgerung, die aus den genannten Gründen ausdrücklich befürwortet wird.

2. Einführung eines differenzierten Vollmodells in Verbindung mit einer „Manipulationsbremse“

Zu

- **Artikel 5 Nr. 20**, § 266 SGB V;
- **Artikel 6 Nr. 3**, § 2f RSAV und
- **Artikel 6 Nr. 7**, § 18f RSAV

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht die Streichung jener Passagen aus dem SGB V und der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) vor, die den RSA seit 2009 auf 50 bis 80 jährlich neu auszuwählende, besonders kostenintensive und schwerwiegende, chronische Krankheiten begrenzt haben. Künftig soll stattdessen das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt werden.

Die Betriebskrankenkassen sehen diese Ausweitung insbesondere **vor dem Hintergrund der damit auch erweiterten Manipulationsanreize kritisch:**

Da das Altverfahren bereits die Krankheiten mit der größten Kostenrelevanz erfasst hat, ist der Zugewinn bei der Prognosegüte vergleichsweise gering. Auf der anderen Seite steigt die Komplexität des Verfahrens jedoch erheblich. Ein Vollmodell wird die Zahl der zu berücksichtigenden Krankheiten mehr als vervierfachen. Zwar entfällt der Aufwand, der bislang – durch die ja längst nicht mehr jährlich erfolgende – Krankheitsauswahl entstand. Im Gegenzug gestaltet sich die Erarbeitung des neuen Klassifikationsmodells und dessen jährliche Weiterentwicklung und Pflege jedoch um einiges komplexer.

Mit der Zahl der RSA-relevanten Krankheiten und Diagnosen vervielfachen sich auch die Ansatzpunkte für die strategische Beeinflussung der Diagnosedokumentation durch die Ärzte und der Datenmeldungen. Dass bereits der aktuelle RSA auf Basis von 80 Krankheiten entsprechende Anreize setzt und es in der Folge auch tatsächlich zu Beeinflussungen der Höhe der Zuweisungen durch verschiedene Akteure kam, die sowohl den Gesetzgeber als auch die Aufsichtsbehörden zur Intervention zwangen, haben die vergangenen Jahre gezeigt.

Aus diesem Grund kommt den Maßnahmen des GKV-FKG zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des RSA bei Einführung eines Vollmodells sowie weiterhin bestehendem uneinheitlichen eine unverzichtbare Bedeutung zu. Dies gilt insbesondere für die Einführung einer „Manipulationsbremse“, denn wissenschaftliche Untersuchungen zeigten, dass die Häufigkeit einer Diagnose zunahm, sobald die Erkrankung in die im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Erkrankungen aufgenommen wurde. Dem stand nicht zwangsläufig ein entsprechender Anstieg in der tatsächlichen Morbidität der Versicherten gegenüber, vielmehr wurde auf die ärztliche Diagnosestellung über Selektivverträge oder die Praxissoftware Einfluss genommen.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher ausdrücklich den Ansatz, **steigende Prävalenzen RSA-relevanter Diagnosen als starken Hinweis auf eine Beeinflussung der Diagnosedokumentation ernst zu nehmen und die Morbiditätsgruppen mit den höchsten Steigerungsraten aus der Zuweisungssystematik zu streichen, wenn diesen Steigerungen keinen nachvollziehbaren Ursachen zu Grunde liegen.** Die Betriebskrankenkassen erwarten, dass das Verfahren gewählt wird, welches bereits im aktuellen Verfahren sicherstellt, dass negative Kostenschätzer nicht in negative Zuschläge für hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) umgesetzt werden, sondern die entsprechenden Variablen in der Regression herausgenommen werden. Somit würde vermieden, dass durch den Ausschluss von HMG freiwerdende Mittel pauschal über alle Versicherten verteilt werden.

Die gegenüber dem Referentenentwurf implementierten Detailregelungen zur Ermittlung, Bewertung und Ausschluss auffälliger Risikogruppen erhöhen dabei die Zielgenauigkeit und Akzeptanz der Manipulationsbremse. Hervorzuheben sind dabei insbesondere die Ausnahme der Risikomerkmale, bei denen lediglich eine geringe Prävalenz vorliegt, sowie der Möglichkeit von einem Ausschluss abzusehen, wenn die Prävalenzsteigerung auf Sondereffekte, etwa Epidemien, zurückzuführen ist. Dass **die Bewertung auffälliger Risikogruppen durch den GKV Spitzenverband vorzunehmen ist, wird begrüßt,** allerdings sollte die **Klassifizierung der Risikogruppen, bei denen medizinische Gründe einem Ausschluss entgegenstehen, nicht nur dem Bundesversicherungsamt, sondern vielmehr auch den am RSA teilnehmenden Kassen mitgeteilt werden.**

Die Betriebskrankenkassen halten die Manipulationsbremse für ein gutes Instrument, das im Hinblick auf ein geplantes Inkrafttreten des Gesetzes im Frühjahr 2020 auch bereits für den Jahresabschluss 2019, also im November 2020, umgesetzt werden könnte. Dies gilt umso mehr für den Jahresausgleich 2020, der im November 2021 stattfindet.

Trotz der enormen Ausweitung der zu berücksichtigenden versichertenbezogenen Morbiditätsinformationen in einem Vollmodell haben die Analysen des Wissenschaftlichen Beirats ergeben, dass auch ein Vollmodell regionale Ausgaben- bzw. Deckungsbeitragsunterschiede nicht hinreichend eliminieren wird. Mit einem Vollmodell allein sind daher die derzeit im RSA verbliebenen Anreize zur (regionalen) Risikoselektion und die damit verbundenen (regionalen) Verwerfungen im Kassenwettbewerb nicht zu beheben. Ähnliches gilt für die Problematik teurer Leistungsfälle: Ein Vollmodell kann einen Risikopool nicht ersetzen. Durch die Einführung eines Vollmodells verlieren zudem Morbiditätssurrogate, wie die Zuschlagsgruppen für Bezieher von Erwerbsminderungsrenten oder die nicht versorgungsneutrale Förderung spezifischer Versorgungsformen, wie z.B. besonderen Behandlungsprogramme (DMP), völlig ihre Berechtigung.

Ein Vollmodell kann daher für die Betriebskrankenkassen allenfalls nur ein Teil und nur mit den anderen genannten Komponenten zusammen Gegenstand eines Paketes zur Reform des Morbi-RSA sein.

Problematisch an der Einführung eines Vollmodells zum jetzigen Zeitpunkt erscheint darüber hinaus, dass die Ausgestaltung des konkreten Versichertenklassifikationsmodells noch unzählige Freiheitsgrade einschließt. Wechselwirkungen mit anderen Reformkomponenten sind daher zum jetzigen Zeitpunkt im Detail nicht zu beurteilen. Der Ausgestaltung des Versichertenklassifikationsmodells für das mehr als vervierfachte Krankheitsspektrum kommt daher entscheidende Bedeutung zu. **Um die Planungssicherheit für die Krankenkassen zu gewährleisten, sollte das Bundesversicherungsamt (ggf. im Zusammenspiel mit dem GKV-Spitzenverband) verpflichtet werden, frühzeitig für Transparenz zu sorgen und z.B. Finanzeffekte aber auch Zuordnungs- und Klassifikationstabellen für die entstehende Versichertenklassifikation frühzeitig bereitzustellen, wie etwa bei der Einführung der Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener.**

Der drastisch erhöhten Komplexität eines Vollmodells ist bei der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens für das Ausgleichsjahr 2021 zudem durch **deutlich verlängerte Stellungnahmefrist** Rechnung zu tragen. Ebenso sollte das bisherige Vorschlagsverfahren zum Klassifikationsmodell wieder aufgegriffen und verbindlich geregelt werden.

3. Einführung von Altersinteraktionstermen

Zu

- **Artikel 5 Nr. 20**, § 266 SGB V und
- **Artikel 6 Nr. 3**, § 2 RSAV

Die Betriebskrankenkassen stehen der Berücksichtigung von Altersinteraktionstermen grundsätzlich positiv gegenüber. Sie bieten die Möglichkeit, das Versorgungsgeschehen besser abzubilden und bestehende Fehldeckungen im bisherigen Modell auszugleichen. Dies gilt besonders für die systematische Überdeckung von multimorbiden Versicherten im höheren Alter, die durch das Kennzahlenbooklet des GKV-Spitzenverbandes und das Sondergutachten 2017 des Wissenschaftlichen Beirats belegt sind.

Für das Ausgleichsjahr 2020 wurden – neben Arzneimittelsplits – bereits einige wenige Alterssplits an Stelle von Altersinteraktionstermen eingeführt. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist diese Vorgehensweise in mehrfacher Hinsicht fragwürdig: Zunächst steht es außer Frage, dass diese mit Einführung eines Vollmodells wieder vollständig überarbeitet werden müssen. Zusätzlich wird auch im laufenden Verfahren eine jährliche Überprüfung der Alterssplits notwendig sein.

Für eine grundsätzliche Lösung, die auch zu deutlichen Effekten im Sinne einer Bereinigung der oben geschilderten Fehldeckungen geführt hätte, wäre es sinnvoll gewesen, die Alterssplits in einem Schritt für alle hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) einzuführen. Problematisch wäre dabei wiederum die damit

verbundene Vervielfachung der Risikogruppen gewesen. **Daher bietet es sich, an Stelle der Alterssplits an der Einführung von Altersinteraktionstermen festzuhalten.**

4. Einführung einer Regionalkomponente

Zu

- **Artikel 5 Nr. 20,** § 266 Abs. 2 SGB V;
- **Artikel 5 Nr. 20,** § 266 Abs. 8 SGB V**;**
- **Artikel 6 Nr. 3,** § 2 RSAV und
- **Artikel 6 Nr. 7,** § 7 RSAV

Regionale Deckungsbeitragsunterschiede im RSA sind ein komplexes Problem, das zu Verzerrungen im Wettbewerb zwischen Krankenkassen mit unterschiedlichen regionalen Schwerpunkten führt. **Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass sich der Entwurf zum GKV-FKG dieser Problematik annimmt und zur Minderung der angesprochenen Verwerfungen eine regionale Differenzierung der RSA-Zuweisungen vorsieht.**

Die Beschränkung auf ein „Direktmodell unter Ausschluss angebotsseitiger Variablen“ in Artikel 6 Nr. 7 des Gesetzentwurfs erscheint unter Berücksichtigung von Kritik zur mutmaßlich drohenden Verfestigung von Versorgungsstrukturen sowie Tendenzen eines regionalen Ist-Kosten-Ausgleiches auf den ersten Blick nachvollziehbar und wäre ein sinnvoller Einstieg in eine Regionalkomponente.

Nach Aussage des Sondergutachtens des Wissenschaftlichen Beirats würden die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede mit diesem Modell jedoch nicht hinreichend reduziert, sodass (zu große) Anreize zur regionalen Risikoselektion und (zu große) regionale Wettbewerbsverzerrungen verbleiben. Die Gutachter selbst schlagen deshalb eine zweite Ausgleichsstufe vor, die unmittelbar an den verbleibenden regionalen Deckungsbeitragsunterschieden ansetzt.

Möchte man zunächst auf diese zweite Ausgleichsstufe verzichten, wäre aus Sicht der Betriebskrankenkassen **bei der weiteren Ausgestaltung zu prüfen, welche Variablen am besten in der Lage sind, die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede zu identifizieren.** Das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats

legt den Einbezug angebotsseitiger Variablen zumindest nahe. Dies belegen die statistischen Kennzahlen.[2] Das Argument der Strukturverfestigung ist ohne nähere Untersuchung und Belege grundsätzlich nicht nachvollziehbar, da ein vollständiger regionaler Ausgabenausgleich unterbleibt und auch andere, nicht angebotsseitige Variablen einfließen. Hinzukommt, dass die Krankenkassen keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die regionalen Angebotsstrukturen haben. Sie sollten deshalb auch nicht wirtschaftlich (voll) dafür verantwortlich gemacht werden.

Bei der Variablenauswahl durch das Bundesversicherungsamt sowie der durch die Krankenkassen zu übermittelnden Daten gem. dem neuen § 7 RSAV sind in der Folge des Inkrafttretens des GKV-FKG zeitnah eine Reihe von Klärungen sich **bereits jetzt abzeichnender Fragestellungen in Angriff** zu **nehmen**. Dazu gehört beispielsweise der Umgang mit einem drohenden Zirkelbezug bei Aufnahme der Variable „Zuweisungen“ (wie im Gutachten des wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2018) sowie der Umgang mit der eigentlich angebotsseitigen Variable „Pflegebetten“. Auch die Frage nach dem Zeitpunkt, auf den sich die Meldung des Wohnortes für den jeweiligen Versicherten bezieht, ist zu beantworten. Hierbei erscheint ein Bezug auf das Berichtsjahr der Diagnosen im prospektiven Verfahren des Morbi-RSA sinnvoller, als eine Meldung des jeweils aktuellen Wohnortes.

In jedem Fall sollten die in einem Direktmodell verwendeten Variablen nicht festgeschrieben, sondern regelmäßig, zu Beginn jährlich, wissenschaftlich überprüft werden, wie dies auch der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt. Dies gilt umso mehr, als die zeitliche Stabilität der Variablenauswahl noch nicht überprüft werden konnte.

Dem Leitgedanken folgend, das Abschlagsverfahren im Risikostrukturausgleich so auszugestalten, dass sich dieses dicht am Jahresausgleich befindet, **sollten Zuweisungen, die die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede ausgleichen, bereits im Abschlagsverfahren berücksichtigt werden**. Die bestehenden rechtlichen Grundlagen sehen dies zwar bereits im Grundsatz vor, jedoch zeigt sich beispielhaft an der ausschließlichen Abrechnung der Kosten zur Finanzierung des Innovationsfonds, dass sich das Bundesversicherungsamt einseitig vom vorgenannten Leitgedanken zu Lasten der Planungssicherheit und Liquiditätssicherung der Krankenkassen löst. Die Betriebskrankenkassen schlagen daher die folgende Änderung vor:

---

[2] Ein Direktmodel *mit* angebotsseitigen Variablen reduziert das regionale $MAPE_{abs}$ gegenüber dem Status Quo um 36,6 Prozent und das regionale $MAPE_{gew}$ sogar um 52,2 Prozent. Ein Direktmodell *ohne* angebotsseitige Variablen erreicht dagegen nur einen Rückgang des regionalen $MAPE_{abs}$ um 31,7 Prozent und des regionalen $MAPE_{gew}$ um 44,7 Prozent. Die regionale Ausgabenvariation wird von einem Modell *mit* angebotsseitigen Variablen dagegen zu 73,7 Prozent erklärt, von einem Modell *ohne* diese Variablen nur zu 71,3 Prozent.

Änderungsvorschlag:

In § 16 Abs. 2 RSAV wird nach „Abschlagsverfahren“ „unter Berücksichtigung der Risikomerkmale nach § 266 Abs. 2 SGB V“ eingefügt.

Begründung:

Durch den Verweis auf § 266 Abs. 2 SGB V werden die dort genannten Risikomerkmale auch für das monatliche Abschlagsverfahren unmissverständlich verbindlich. Nur durch die vollständige Berücksichtigung der Risikomerkmale bereits im monatlichen Abschlagsverfahren, wird gewährleistet, dass die Zuweisungsbescheide im Abschlagsverfahren nicht unnötig von den Zuweisungen des Schlussausgleichs abweichen. Dies ist erforderlich, um für die Kassen Planungs- und Liquiditätssicherheit zu erreichen. Andernfalls wäre letztlich die Rechtsicherheit des Verfahrens gefährdet. Insbesondere für die Stabilität kleiner Kassen ist ein Abschlagsverfahren erforderlich, dass den Schlussausgleich möglichst exakt vorwegnimmt.

5. Einführung eines Risikopools

Zu

- **Artikel 5 Nr. 21**, § 268 SGB V;
- **Artikel 6, Nr. 7**, § 14 RSAV i.V.m.
- **Artikel 6 Nr. 4,** § 4 RSAV und
- **Artikel 6 Nr. 7,** § 16 RSAV

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Einführung eines Risikopools in der vorgesehenen Ausgestaltung. Die entscheidenden Parameter sind: eine Durchführung vor Berechnung der RSA-Zuweisungen, einen Schwellenwert von 100.000 Euro zu Beginn des Verfahrens 2021 sowie eine Ausgleichsquote von 80 Prozent. Die gegenüber dem Referentenentwurf vorgenommene Anpassung, dass sich die Dynamisierung nunmehr nach der jährlichen Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben richtet (bislang: Anpassung auf Basis des Durchschnittsentgeltes der Rentenversicherung), ist zu begrüßen.

Finanzielle Belastungen für einzelne Krankenkassen, die sich aus Hochkostenfällen ergeben, können durch den flankierenden Ist-Ausgleich wirksam gemindert werden, der Schwellenwert von zunächst 100.000 Euro

schließt zugleich irrelevante Fälle aus und beschränkt damit die zusätzlichen Aufwände auf ein sinnvolles, richtiges Maß.

Das von Kritikern suggerierte Bild, durch einen partiellen Ausgabenausgleich bestände für Kassen kein Anreiz mehr für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Geldern der Solidargemeinschaft, trifft nicht zu: **Da nur ein Teil der Mehrkosten über dem Schwellenwert erstattet wird, bleiben ausreichende Wirtschaftlichkeitsanreize erhalten.**

Insbesondere den finanziellen Herausforderungen künftig vermehrt zu erwartender, neuer hochpreisiger (Arzneimittel-) Therapien, die zu einer Genesung oder langjährigen Verzögerung der Krankheit führen und somit in dem prospektiv angelegten Modell keine für RSA-Zuweisungen relevanten Folgekosten verursachen, kann so Rechnung getragen werden. Die Einführung eines Vollmodells allein vermag dies nicht. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sind die geringfügigen Zusatzaufwände durch die regelmäßige Meldung und Prüfung der Morbiditätsdaten durch die deutliche Erhöhung der Zielgenauigkeit gerechtfertigt. **Zudem liegt heute eine deutlich bessere Datenlage vor, als bei der Administration des ehemaligen Risikopools. Auch dies wird den bürokratischen Aufwand verringern.**

Die weitgehende Neuregelung der Risikostrukturausgleichsverordnung durch das GKV-FKG betrifft den § 4 RSAV nur zum Teil. Insbesondere bleibt hier der Absatz 4 unverändert. In diesem wird bereits jetzt geregelt, dass die Leistungsausgaben der Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 37 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung und nach Maßgabe der Bestimmung des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung entfalten. Da erst nach Einführung des Morbi-RSA im Jahre 2009 damit begonnen wurde, die Leistungsausgaben versichertenbezogen im Rahmen einer Vollerhebung für die GKV zur Durchführung des RSA zu melden und dabei von einer nur kleinen Stichprobe auf die Gesamtheit aller am RSA-beteiligten Versicherten umzustellen und diese Datenbasis im Rahmen einer Regression zu verwenden, ist diese Regelung grundsätzlich als problematisch zu bewerten. Sie sollte im Rahmen der grundlegenden Neufassung der Risikostrukturausgleichsverordnung durch das GKV-FKG ebenfalls überarbeitet werden. Die Rechnungslegungsvorschriften räumen den Krankenkassen gewisse Abgrenzungs- und Bewertungsspielräume ein, die für die Meldung der RSA-Leistungsausgaben verzerrend wirken. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Buchung von Schätzverpflichtungen zu nennen, die nach dem Imparitätsprinzip erfolgt und ihren Sinn im Rahmen der ordnungsgemäßen Buchführung entfaltet. Im Bereich des RSA werden hierdurch dagegen Manipulationsspielräume geschaffen, die sich insbesondere im Zusammenhang mit der Wiedereinführung des Risikopools bemerkbar machen würden. Deutlich wird dies schon in der Frage, ob Leistungsfälle, die zwar nicht gezahlt wurden, deren Zahlung absehbar ist, im Risikopool zu berücksichtigen sind. Eine naheliegende Antwort, dass diese dann ggf. im Folgejahr möglich ist, verfängt nicht, da der Versicherte dann nicht mehr zwingend bei der Kasse versichert ist und damit eine Berücksichtigung in der Meldung der Leistungsausgaben (Satzart 700) nicht mehr erfolgt. Auch eine rückwirkende Zuordnung der Zahlung auf zurückliegende Berichtsjahre scheidet in diversen Fällen aus. **Sinnvoll erscheint eine Korrekturmeldung der Leistungsausgaben nach**

vier Jahren, da dann alle Leistungen gezahlt und etwaige Erstattungen (z. B. Arzneimittelrabatte) vollständig abbildbar sind. Diese Korrekturmeldung würde zugleich die Gestaltungsoptionen bei der Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte vollständig auflösen. Die Betriebskrankenkassen regen daher an, die folgende Änderung vorzunehmen:

Änderungsvorschlag:

§ 4 Absatz 4 RSAV ist wie folgt zu fassen:

„Für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie dem Ausgleich über den Risikopool legt das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband die Vorgaben zur Bewertung der Leistungsausgaben nach Absatz 1 abzüglich der Beträge nach Absatz 3 dem Grunde und der Höhe nach sowie deren zeitliche Abgrenzung fest.“

Im Hinblick auf die Ausgestaltung und Durchführung des Risikopools regen die Betriebskrankenkassen darüber hinaus an, dass **in der Risikostrukturausgleichsverordnung die Durchführung eines Abschlagsverfahrens festgeschrieben** wird. Bereits im Risikopool des RSA-Altverfahrens hat sich dieses bewährt, da ansonsten bis zur Durchführung des RSA-Schlussausgleichs im November des dem jeweiligen Ausgleichsjahr folgenden Jahres bewusst Verzerrungen bei den Zuweisungen an die Krankenkassen in Kauf genommen werden würden. Ansatzpunkte für Kritik in dem Sinne, dass man hierzu auf Daten von vorangegangenen Ausgleichsjahren Bezug nehmen müsse, wären auf alle Berechnungen im Rahmen des Abschlagsverfahrens anzuwenden und greifen demnach nicht.

Änderungsvorschlag:

§ 16 Absatz 1 RSAV ist wie folgt zu fassen:

„Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Zuweisung, die die Krankenkassen zur Deckung Ihrer Ausgaben nach § 266 Absatz 1 Satz 1 ***sowie nach § 268 Absatz 1*** *des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.“*

6. Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten

Zu

- **Artikel 5 Nr. 20**, § 266 Abs. 4 SGB V;
- **Artikel 5 Nr. 21**, § 267 Abs. 1 SGB V und
- **Artikel 6 Nr. 7**, § 7 RSAV

Im Status quo werden den Krankenkassen Mittel zugewiesen, die sich an den erwarteten prospektiven Ausgaben orientieren. Diese Ausgaben werden versichertenbezogen ermittelt (Satzart 700) und in den Berechnungen der Kostengewichte berücksichtigt. Andere Ausgabenbestandteile, die nicht versichertenbezogen gebucht werden, fließen über Pauschalansätze, die sich aus den Buchungssalden in den Jahresrechnungen ablesen lassen, ein. Unter diesen pauschal gebuchten Werten befinden sich auch die von den jeweiligen Krankenkassen erhaltenen Arzneimittelrabatte.

Um diese Rabatte bei den Berechnungen der Zuweisungshöhe zu berücksichtigen, werden die von den Kassen gemeldeten Arzneimittelausgaben der Satzart 700 (SA700) um die Arzneimittelrabatte vermindert und anschließend durch die Arzneimittelausgaben der SA700 dividiert. Der Quotient bildet somit den Anpassungsfaktor, um den die gemeldeten versichertenbezogenen Arzneimittelausgaben zu reduzieren sind, um den Nettoarzneimittelgesamtausgaben zu entsprechen.

Dieses bisherige Vorgehen bildet die Realität allerdings falsch ab und führt zu verzerrten Zuweisungen im RSA. Das Rabattpotential hängt nicht von der Kasse als Ganzes, sondern vom Krankheitsbild des einzelnen Versicherten ab. In der Folge wird für Krankheiten mit hohem Rabattpotential, also hohem Generikaanteil, zu viel Geld zugewiesen, während bei Krankheiten mit speziellem Versorgungsbedarf bzw. mit geringem Rabattpotential die Ausgaben der Krankenkasse nicht gedeckt sind. Krankenkassen, die viele Versicherte mit Krankheiten mit hohem Rabattpotential aufweisen sind entsprechend durch dieses Vorgehen bevorteilt.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher die versichertenbezogene Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten ausdrücklich, da damit eine seit Einführung des RSA bestehende unrichtige Abbildung der Kostengewichte aufgelöst wird. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollten sowohl gesetzliche, als auch vertragliche Rabatte bei der versichertenbezogenen Zuordnung berücksichtigt werden. Sinnvoll wäre eine Übermittlung der Netto-Ausgaben, um die vergaberechtlich erforderlichen vertraglichen Geheimhaltungspflichten zu gewährleisten.

Letztlich wird darauf hingewiesen, dass unterschiedliche Fristen im Rahmen des bestehenden Meldeprozesses, zum einen für mögliche Korrekturmeldungen (innerhalb von eineinhalb Jahren nach Abschluss des Berichtsjahres) und zum anderen für die Anmeldung der Rabatte (innerhalb von vier Jahren), problematisch

sein könnten. **Im Hinblick auf die erhebliche finanzielle Wirkung der Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte auf die RSA-Kostengewichte sollte die praktische Umsetzung der Datenmeldung daher so auszugestalten sein, dass alle Arzneimittelrabatte vollständig berücksichtigt werden.** Ggf. ist dies im Rahmen einer Korrekturmeldung nach Ablauf der vierjährigen Anmeldefrist zu prüfen. Unabhängig davon sind die von einer Krankenkasse vereinnahmten Rabatte mit der in der SA700 übermittelten Angaben zu überprüfen und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen zu implementieren.

7. Einführung einer Vorsorgepauschale

Zu

- **Artikel 5 Nr. 23**, § 270 SGB V und
- **Artikel 6 Nr. 5**, § 15 RSAV.

Gegenwärtig werden RSA-Zuweisungen auf Basis des Gesundheitszustandes des Vorjahres bemessen und mit den durchschnittlichen Folgekosten bewertet. Den Ausführungen des Bundesversicherungsamtes zufolge werden die Folgekosten einer Erkrankung bereits im hohen Maße ausgeglichen bzw. in Teilen sogar überkompensiert.

Es stellt sich daher die berechtigte Frage, welche Anreize überhaupt für Investitionen in präventive Maßnahmen bestehen, wenn die eingetretene Erkrankung ausgeglichen wird, die Investition in die Krankheitsvermeidung selbst aber nicht ausgleichsfähig ist.

Die Einführung einer Präventionspauschale, die weiterhin durch die Zuweisungen für standardisierte Leistungen und Satzungs- und Ermessensleistungen finanziert wird, wird von den Betriebskrankenkassen befürwortet, da hiermit ein Wechsel von der Krankheitsorientierung zur Gesundheitsorientierung vollzogen wird. Ein derartiger Systemwechsel wurde bereits von der Monopolkommission vorgeschlagen, auch um sinnvollen Innovationen, etwa der Nutzung von Diabetiker-Apps, Rechnung zu tragen.

Die sich an Durchschnittskosten orientierende Refinanzierung stellt, insbesondere durch die beabsichtigte Einführung von drei möglichen Präventionsstufen sicher, dass eine Fokussierung auf das günstigste Präventionsangebot unterbleibt.

8. Regelmäßige Evaluation

Zu

- **Artikel 5 Nr. 20**, § 266 SGB V und
- **Artikel 6 Nr. 7**, § 8 RSAV

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Verankerung einer regelmäßigen Evaluation des RSA. Die Komplexität des RSA-Verfahrens hat sich seit Einführung der Diagnoseorientierung 2009 vervielfacht. Die Erfahrungen seither zeigen, dass das Versorgungsgeschehen, z.B. durch Markteinführung neuer Therapieformen, einem stetigen Wandel unterliegt und auch einige Akteure ihr strategisches Handeln den Regelungen bzw. Regelungslücken anpassen. Ebenso lässt sich am vorliegenden Entwurf zum GKV-FKG sowie dem Sondergutachten 2017 des Wissenschaftlichen Beirats ablesen, dass es auch neun Jahre nach Einführung der Diagnoseorientierung noch Bedarf zu einer besseren Abbildung der Ausgabenrisiken der Krankenkassen gibt. Beispielhaft seien die bislang nicht berücksichtigten regionalen Deckungsbeitragsunterschiede sowie die Interaktionseffekte genannt.

Im RSA entsteht so ein sich fortlaufend ändernder Anpassungsbedarf, der regelmäßig festgestellt, analysiert und in Lösungsvorschläge überführt werden muss. Dass dieser Prozess auch nach Umsetzung des GKV-FKG nicht abgeschlossen sein wird, ist offensichtlich. So stellt sich mit Blick auf die Zukunft z.B. schon heute die Frage nach der Wirkung der im vorliegenden Gesetzesentwurf angestoßenen Verfahrensreform – und dies umso mehr, als die gemeinsame Wirkung aller Einzelkomponenten vorab nicht berechnet und analysiert wurde. Auch die Wirksamkeit der vorgesehenen Maßnahmen zur Begrenzung der Manipulationsanfälligkeit muss regelhaft überprüft werden.

Gleichwohl führen die Aufgaben des Wissenschaftliche Beirats zu einer **Interessenkollision**. So ist der Beirat einerseits maßgeblich an der regelmäßigen jährlichen Weiterentwicklung des RSA, insbesondere des Versichertenklassifikationsmodells, beteiligt und führt anderseits - bisher nach Auftrag, künftig regelmäßig – die Evaluation des Verfahrens durch. Er gerät damit in die Lage, in der Evaluation auch die eigene Arbeit zu bewerten.

Um diesen Konflikt zu mildern und die Transparenz der Evaluation zu erhöhen, sollte daher die vorgesehene Regelung zur **regelmäßigen Evaluation des RSA auf eine breitere Basis gestellt und wie folgt ergänzt werden**:

- Zur Erhöhung der Transparenz sollte eine Forschungsstichprobe zugänglich gemacht werden, um zuallererst den Beiratsmitgliedern, aber unverzichtbar auch den Krankenassen und anerkannten Forschungsinstituten eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem RSA zu ermöglichen.

- Die Expertise der Krankenkassen sollte im Vorfeld, z.B. durch ein Vorschlagsverfahren, aber auch begleitend durchgängig in die Evaluation einbezogen werden.
- Für die Evaluation sollte der wissenschaftliche Beirat um außerordentliche Mitglieder erweitert werden.

9. Maßnahmen zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit

Zu

- **Artikel 5 Nr. 26**, § 273 SGB V;
- **Artikel 6 Nr. 7**, § 21 RSAV und
- **Artikel 5 Nr. 21**, § 267 SGB V

Allgemein

Seit den Publikationen in der Presse des Jahres 2016 steht das Thema „Beeinflussungsmöglichkeiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)“ auf der politischen Agenda. Der Gesetzgeber hat daher bereits mit unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen – z.B. mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) – versucht, diese einzuschränken. Es ist richtig, dass er nun im Rahmen des GKV-FKG bestehende Lücken für Umgehungsstrategien eliminieren will und die gesetzlichen Regelungen dementsprechend nachschärft. Im Sinne eines fairen Morbi-RSA – und **insbesondere vor dem Hintergrund der beabsichtigten Ausweitung des Krankheitsspektrum - ist eine möglichst manipulationssichere Ausgestaltung wesentlich.** Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen belohnt werden, die nach wie vor bestehende Lücken im System oder auch die Spielräume der unterschiedlichen Aufsichtspraxis der Aufsichtsbehörden ausnutzen. Dies führt zu unterschiedlichen Bedingungen im Kassenwettbewerb. Erst dann, wenn einheitliche Wettbewerbsbedingungen vorliegen und Maßnahmen des Right- oder Up-Codings offengelegt und sanktioniert werden, ist eine Fokussierung auf den Wettbewerb um die beste Versorgung möglich.

Insofern unterstützen die Betriebskrankenkassen die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen. Zur Durchführung eines effizienten und zeitlich angemessenen Verfahrens wird insbesondere die Beweislastumkehr als sinnvoll erachtet, das Verfahren effizient auszugestalten.

Die Betriebskrankenkassen interpretieren den Entwurf zum GKV-FKG so, dass diese Maßnahmen sowohl für laufende Prüfverfahren als auch abgeschlossene Verfahren, bei denen allein aus Gründen des Beweisverfahrens keine Sanktionierung möglich war, zur Anwendung kommen. Eine mögliche Ungleichbehandlung

von alten (bislang nicht abgeschlossenen Auffälligkeitsprüfungen) und neuen Auffälligkeiten, die möglicherweise sogar auf identischen Datenmeldungen basieren, wäre nicht sachgerecht und ist daher abzulehnen.

Die Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien, die ebenfalls zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA beitragen kann und von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt wird, war bereits Gegenstand des Terminservice- und Versorgungsgesetzes. Einheitliche, verbindliche Regelungen zur Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind ein wichtiges Instrument für eine valide Messung der Morbidität im Morbi-RSA. Damit diese verpflichtenden Rahmenbedingungen auch in der Praxis gelebt und schlussendlich umgesetzt werden, sollen die neuen Regeln in den Praxisverwaltungssystemen einheitlich implementiert und als Prüfmaßstab für die Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V eingesetzt werden. Hierzu möchten wir alternativ den MD als neutrale Instanz zur Überwachung der Kodierrichtlinien vorschlagen. Auch bei Vorliegen eines verbindlichen Regelwerks gibt es zumeist Interpretationsspielräume. Aus diesem Grunde sind praktische Umsetzungserfahrungen, aber auch ein laufender Abstimmungs- und Weiterentwicklungsprozess der Kodierrichtlinien notwendig, über welcher der MD bereits aufgrund der Beratung und Begutachtung in der stationären Versorgung verfügt.

Die Durchführung der obligatorischen Anschlussversicherung, die zuletzt im Rahmen des Versichertenentlastungsgesetzes aufgegriffen wurde, zeigte eindrucksvoll, dass sich die Manipulationen nicht auf die ambulanten Diagnosen beschränken und vielmehr auch Versichertenzeiten oder andere Merkmale, etwa die Klassifizierung eines Auslandsversicherten oder die Wahl der Kostenerstattung, Gegenstand von Manipulationen sein können. Insofern erscheint es sinnvoll, den Umfang der zu prüfenden Daten auf alle zuweisungsrelevanten Merkmale auszudehnen.

Zur Erhöhung der Transparenz ist eine Offenlegung der schlussendlich sanktionierten Sachverhalte sinnvoll, die durch Nennung der betroffenen Kasse, der Sachverhaltsdarstellung sowie der sanktionierten Beträge für zukünftige Fälle einerseits abschreckend wirken kann, zum anderen aber auch darstellt, dass das Bundesversicherungsamt wirksam gegen Manipulationsversuche vorgeht und so das Vertrauen in die gesetzliche Krankenversicherung stärkt. Von dieser Veröffentlichung sollten die Kassen ausgenommen werden, die ohne Tätigwerden des Bundesversicherungsamtes einen Verstoß gegen die Durchführungsregelungen des RSA angezeigt haben.

Analog der regelmäßigen Evaluation des Risikostrukturausgleiches halten es die Betriebskrankenkassen für erforderlich, dass die **Wirksamkeit der veränderten Prüf- und Sanktionsmechanismen nach einiger Zeit überprüft und das Verfahren ggf. angepasst wird**.

a) Anpassung der „273er-Prüfung“

Die **Ausweitung der Befugnisse, die dem Bundesversicherungsamt als RSA-Durchführungsbehörde eingeräumt werden, sind zu befürworten**, da diese auf eine Verkürzung der Bearbeitung und somit auf eine schnellere Sanktionierung unrechtmäßiger Fallgestaltungen abzielen. Die damit verbundene Beweislastumkehr ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen sachgerecht.

In den Prüfungen nach Absatz 2 sollte nach Auffassung der Betriebskrankenkassen **auf niedrige Besetzungszahlen in einer HMG Rücksicht genommen** werden bzw. bei den Nachweisen nach Abs. 4 auch Gründe anerkannt werden, dass ausgehend von einer sehr geringen Fallzahl automatisch mit höheren Steigerungsraten gerechnet werden muss als bei hohen Fallzahlen. Dies sollte in der Bewertung des BVA anerkannt werden.

In der Vergangenheit wurde deutlich, dass die Versichertenzeiten lediglich im Rahmen der regelmäßigen Versichertenzeitprüfung (§ 42 RSAV) überprüft wurden. Eine gesonderte Prüfung, analog der bereits in § 273 Abs. 1 SGB V genannten Daten, findet nicht statt. Ebenso fehlt eine korrespondierende Regelung zum Abs. 5, die eine anlassbezogene Prüfung ermöglicht.

Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, den § 273 Abs. 1 sowie § 273 Abs. 5 SGB V um die Daten zu erweitern, die losgelöst von Leistungsdaten zuweisungsrelevant sein könnten.

Unabhängig von einer direkten Beeinflussung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, sind qualifiziertere Aktivitäten, etwa eine Manipulation der Kostengewichte oder der Zuweisungen für andere Krankenkassen, nicht auszuschließen. Dies gilt bei der Manipulation der Kostengewichte insbesondere für größere Krankenkassenkassen, da deren Datenmeldung bei der Bestimmung der GKV-weiten Kostengewichte besonders zum Tragen kommen. Eine Manipulation der Morbiditätsdaten bei Kassenwechslern, ist derzeit durch ein Löschen von zuschlagsrelevanten Diagnosen oder Arzneimitteldaten möglich. Dies wirkt zum einen nachteilig für die Krankenkasse, die den Kassenwechsler neu versichert, zum anderen aber positiv für die abgebende Kasse, da das GKV-weite Morbiditätsvolumen abgesenkt wird.

Insofern ist eine weitere Ausdifferenzierung des § 273 SGB V sinnvoll. Demnach sind zum einen regelmäßige Überprüfungen der Datenmeldungen hinsichtlich der Vollständigkeit der gemeldeten Morbiditätsdaten und zum anderen Überprüfungen der Richtigkeit der gemeldeten Ausgaben (Satzart 700) erforderlich. Die Betriebskrankenkassen schlagen entsprechend vor:

Änderungsvorschlag:

§ 273 SGB V wird um einen neuen Absatz 8 ergänzt:

„(8) *Das Bundesversicherungsamt prüft die Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 267 Abs. 1 S. 1 rückwirkend ab dem Berichtsjahr 2013 auf eine unvollständige Meldung der Morbiditätsinformationen von Versicherten mit vollzogenem Kassenwechsel im jeweils folgenden Berichtsjahr sowie auf Anhaltspunkte die auf eine Verfälschung der Kostengewichte im Risikostrukturausgleich hindeuten. Über das Ergebnis der jährlichen durchzuführenden Überprüfungen berichtet das Bundesversicherungsamt in geeigneter Form.“*

b) Streichung der Beratung von Ärzten durch Krankenkassen (§ 305a SGB V)

Die Betriebskrankenkassen sehen in der vorgesehenen Herausnahme der Krankenkassen aus den zulässigen Stellen, die Vertragsärzte in erforderlichen Fällen beraten dürfen, einerseits einen substantiellen Beitrag, die durch Arztberatung irregulär erworbenen Morbiditätszuschläge, zu verringern. Andererseits nutzen die Betriebskrankenkassen die im § 305a SGB V gebotene Option zur Beratung zum wirtschaftlichen Einsatz der Arzneimittelverordnungen.

Der Paragraph wurde als Steuerungsinstrument eingeführt, damit Krankenkassen bereits im Vorfeld einer Wirtschaftlichkeitsprüfung beraten könnten. Die individuelle Beratung wird unter anderem bei Prüfungen im Einzelfall (dem sogenannten sonstigen Schaden) genutzt. So werden Ärzte zunächst beraten, bevor ein Regressantrag gestellt wird. Die Informationen nach den § 106ff SGB V dagegen erfolgen erst im deutlichen Zeitverzug und dann auch nur kollektiv. Ergänzend dienen die Beratungen auch dem Schutz der Patienten. Eine Information des Arztes ist zum Beispiel im Fall eines Missbrauches von Arzneimitteln oder bei dem Einsatz eines Arzneimittels außerhalb der zugelassenen Indikation sinnvoll. Die beabsichtigte Herstellung der RSA-Manipulationssicherheit steht somit dem originären Nutzungsgedanken der Arztberatung gegenüber.

In Abwägung der Vorteile aus dieser Arztberatung mit dem bisher zu beobachtenden Missbrauch der Regelung nach § 305a SGB V durch Krankenkassen, ist die Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen sachgerecht und nachvollziehbar. Gleichzeitig sollte die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen im Sinne einer unabhängigen Stelle zur Beratung der Ärzte gestärkt werden.

c) § 73b Abs. 5 S. 7 SGB V, § 83 S. 4 SGB V, § 140a Abs. 2 S. 7 SGB V

Kodierbeeinflussung mittels Vergütung in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung und zur besonderen Versorgung sollen mit dem GKV-FKG wirksam ausgeschlossen werden. Mit dieser Intention konkretisiert das GKV-FKG bereits zuvor verfasste Regelungen insoweit, dass Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, generell unzulässig sind. Das Verbot zielt insbesondere auch auf die den Verträgen angehängten Listen von Diagnosen, meist nach ICD-10, ab. Die Regelungen sollen sicherstellen, dass die ärztliche Diagnostik allein anhand medizinischer Gesichtspunkte erfolgt und nicht durch finanzielle Anreize über die Krankenkasse beeinflusst wird.

In den vergangenen Jahren war bekannt geworden, dass einige Krankenkassen die Verträge zur Optimierung ihrer Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nutzten: Sie setzten einen finanziellen Anreiz, dass Ärzte insbesondere Morbi-RSA relevante Diagnosen kodieren.

Das Prinzip „Geld gegen Diagnose“ wurde bereits mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) angegangen. Seitdem sollten zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge sein. Dennoch wurde in der Praxis festgestellt, dass Verträge weiterhin Regelungen enthalten, die das Kodierverhalten der Ärzte durch finanzielle Anreize zu steuern versuchen. Dies geschieht beispielsweise über gestaffelte Pauschalen, die sich nach der Anzahl der gestellten Diagnosen richten.

Es ist richtig, dass der Gesetzgeber jegliche Umgehungsstrategien der HHVG Regelungen eliminieren will und die gesetzlichen Regelungen dementsprechend nachschärft. Kritikern kann mit folgenden Argumenten begegnet werden:

Regionale Versorgungsverträge sind auch mit der neuen Regelung pragmatisch umsetzbar

Entgegen der durch Teile der Ärzteschaft und einigen Krankenkassen vorgetragenen Meinung, ist eine Umstellung der Verträge möglich. Die neuen Regelungen bedeuten nicht, dass „differenzierte Diagnosen im Rahmen von innovativen Haus- und Facharztverträgen verboten (…) werden“. Die Teilnahme der Versicherten an Verträgen kann weiterhin an ICD-Diagnosen geknüpft werden, die als sogenannte Einschlusskriterien fungieren. So wird sichergestellt, dass auch nur diejenigen Patienten, die die medizinischen Voraussetzungen erfüllen, entsprechende Leistungen erhalten. Auch über die Verknüpfung bestimmter Leistungen an allgemeine Krankheitsbegriffe, bzw. die Obergruppengliederung nach ICD-10, kann ein differenziertes Krankheitsbild in den Verträgen dargestellt werden.

Das einzige, was sich künftig ändert, ist, dass es keine vertraglich vorgegebenen Kodieranweisungen an die Ärzte mehr gibt. Gleichwohl müssen Ärzte – wie in den Kollektivverträgen auch - ihre Leistungen kodieren, was über die Abrechnungsprüfung der Kassen sichergestellt werden kann.

Listen mit Diagnosen bedarf es demnach in Verträgen nicht. Dies haben die bundesweit geöffneten Krankenkassen bereits unter Beweis gestellt, indem sie ihre Verträge gemäß der Intention des Gesetzgebers an die HHGV-Regelungen angepasst haben. Die Vertragsanpassungen wurden durch das BVA genehmigt. Daher ist in Frage zu stellen, inwieweit das Argument der unter Landesaufsicht stehenden Krankenkassen trägt, die geplanten Regelungen würde innovative Versorgungsverträge gefährden.

Die Anknüpfung an allgemeine Krankheitsbegriffe bzw. die Kapitel- oder Obergruppengliederung ist ausreichend und zweckdienlich, wie folgende konkrete Beispiele verdeutlichen. Die Argumentation, die Ebene der Kapitel- oder Obergruppen-gliederung würde zu undifferenziert sein, da die die Obergruppen unterschiedliche Krankheiten beinhalten, verfängt nicht. Denn genau in solchen Fällen ist die Anknüpfung an ein Krankheitsbild möglich:

- Im Fall der ICD-Obergruppe „Diabetes mellitus“ (E10-E14) bedeutet dies, dass künftig in Verträgen auf Diabetes Typ1 und Diabetes Typ 2 als allgemeine Krankheitsbegriffe abgestellt werden muss.
- Im Fall der ICD Obergruppe „Virushepatitis“ (B15-B19) wird künftig in Verträgen auf allgemeine Krankheitsbeschreibungen wie Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C und Hepatitis E abgestellt.
- Im Fall der ICD-Obergruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10-F19) wird künftig in Verträgen auf allgemeine Krankheitsbegriffe wie beispielsweise Alkoholabhängigkeit abgestellt.

Auch patientenorientierte Angebote mit Indikationsbezug sind weiterhin möglich. Durch das Entfallen der ICD-Ziffer im Vertrag werden vertragliche vereinbarte Versorgungsleistungen nicht beeinflusst. Über die Abrechnungsprüfung kann die Krankenkasse weiterhin prüfen, ob die Leistung zielgerichtet erbracht wurde.

- Beispiel: Versorgungsvertrag nach § 140 a SGB V – Versorgungsprogramm für Patienten mit chronischer Nierenerkrankungen. Früherkennungsuntersuchungen für Risikogruppen Hypertoniker ~~(ICD I10.- bis I13.- und I15.-)~~ und Diabetiker ~~(ICDs E11.-, E12.-, E14.-)~~ beim Hausarzt. Bei positivem Befund: Steuerung zum Nephrologen, Feststellung des Schweregrades und Versorgung in stadienabhängigen Behandlungsmanualen; Im Behandlungsmanual „Frühstadium ~~(ICD N 18.1. und N 18.2)~~“ steht die Behandlung der Grunderkrankungen im Vordergrund, im „terminalen Behandlungsmanual ~~(ICD 18.5)~~“ die Dialyse. Behandlungsumfänge und Kontrollintervalle unterscheiden sich je nach Behandlungsmanuale.

Das Beispiel verdeutlicht, dass durch die Anpassungen/Streichungen der ICD-10-Gruppen nicht auf die konkrete Leistungsbeschreibung sowie medizinische Fachsprache verzichtet werden muss.

Ob patientenorientierte Versorgungsangebote, die von einem Indikationsbezug abhängig sein sollten, von den Leistungserbringern auch lediglich bei Patienten mit der jeweiligen Indikation erbracht werden, kann

im Rahmen der Abrechnungsprüfung nachvollzogen werden. Auch hierfür bedarf es keiner genauen Kodieraufschlüsselung im Vertrag.

Richtlinienkonformes Handeln und Kodieren ist den Ärzten vorgegeben – Kodier-Verträge sind dazu nicht notwendig

Ambulant tätige Ärzte sind nach § 295 SGB V zur (endstelligen) Diagnosekodierung verpflichtet. Daran ändert sich auch mit den im GKV-FKG geplanten Regelungen nichts. Die Datenlage zum Zweck der Versorgungsforschung wird nicht geschmälert, nur weil in Vertragskonstrukten keine Kodiervorgaben mehr gemacht werden. Gleiches gilt für eine Evidenz- und Qualitätsorientierung der Versorgung.

Ergo: Bei einer Abstellung auf allgemeine Krankheitsbegriffe entfällt lediglich die „Kodiervorgabe oder -hilfe“ zu endstellig verschlüsselten ICD-Diagnosen. Am Inhalt des Vertrages und damit der Versorgungsleistung ändert sich nichts. Eine zielgerichtete Patientensteuerung und eine qualitativ hochwertige und effektive Gesundheitsversorgung sind weiterhin möglich.

Was ist noch zu tun, um Manipulationsoptionen zu reduzieren?

Keine Kodiervorgaben in der Arztsoftware zulassen: Indem Verträge um genau aufgeschlüsselte Diagnosen bereinigt werden, wird das Ziel eines Ausschlusses der Diagnosebeeinflussung durch Krankenkassen erreicht. Um einen konsequenten Gesetzesrahmen zu schaffen ist auch sicherzustellen, dass „Kodiervorgaben bzw. Kodierhilfen“, die nunmehr in Verträgen entfallen, sich nicht in der Abrechnungssoftware der Ärzte wiederfinden. Dies ist durch Prüfungen der Aufsichtsbehörden nach § 71 Absatz 6 Satz 10 SGB V zu gewährleisten.

Um der Kritik weiter entgegenzutreten, empfiehlt es sich die, Spezifikation aus der Gesetzesbegründung auch im Gesetzestext zu verankern. Somit kann Rechtssicherheit gewährleistet werden.

Zwingend ist dabei aber die Aufnahme der gesamten Passage, insbesondere die Anknüpfung an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff. Bei einer Verkürzung des Satzes entstehen andernfalls Schlupflöcher, die der gesetzlichen Intention zuwiderlaufen; Diagnoselisten wären mit verkürztem Wortlaut wieder möglich.

Änderungsvorschlag:

§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V werden wir folgt gefasst:

„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütung vorsehen, sind unzulässig, auch wenn sie vor dem (einsetzen: Tag des Inkrafttretens) zustande gekommen sind; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sind zulässig, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen."

d) Meldung des Vertragskennzeichens i.V.m. Einführung einem Vertragsverzeichnis

Datensätze, die zur Dokumentation von Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a SGBV dienen, sollen um eine individuelle Vertragsnummer ergänzt werden. Eine Nutzung dieser Vertragsnummer in der RSA-Meldungen könnte, sofern der Versorgungsvertrag nachträglich als irregulär eingestuft wurde, eine weitestgehend automatisierte Identifizierung bzw. Löschung dieser Datensätze und die Bestimmung eines Korrekturbetrages kurzfristig ermöglichen.

Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass ein verpflichtendes System der Vertragskennzeichenvergabe bereits seit der gesetzlichen Implementierung der Selektivverträge besteht. Im Jahr 2010 hat der GKV-SV eine Vorgabe über den Aufbau und Vergabe eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen erstellt. Gerade mit der zunehmenden Anzahl von einzelvertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ergab sich seinerzeit schon die Notwendigkeit, Falldaten, Abrechnungsdaten, Diagnosen und andere Informationen zu den besonderen Versorgungsformen eindeutig mit einem Bezug zum zugrundeliegenden Vertrag zu kennzeichnen.

Darüber hinaus finden sich Regelungen zu Vertragskennzeichen in:

- GKV-SV Richtlinien zur elektronischen Datenübertragung gemäß § 295 Abs. 1b Satz 2 SGB V: Diese Richtlinien regeln u. a. die elektronische Datenübertragung für Verträge nach §§ 73b, 73c und 140a Abs. 1 SGB V. In § 3 der entsprechenden Richtlinie ist geregelt, dass ein Vertragskennzeichen im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln ist, sofern vereinbart.
- Datenaustauschverfahren (Technische Anlagen zu §§ 295 Abs. 1b/ § 301 SGB V): Dort ist die Übermittlung des Vertragskennzeichens bereits heute schon – mit Ausnahme von Direktverträgen der besonderen Versorgungformen mit KVen – implementiert. In der technischen Anlage nach § 295 Abs. 1b SGB V ist das Vertragskennzeichen für die Abrechnung von Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a

SGB V eine zwingende Voraussetzung. In der technischen Anlage nach § 301 SGB V ist das Vertragskennzeichen als Kann-Feld umgesetzt, da neben den selektivvertraglichen Leistungen auch die Regelversorgung abgerechnet wird.

Die Betriebskrankenkassen schlagen eine Übernahme der bereits bestehenden Vertragskennzeichensystematik in die Datenmeldungen der Risikostrukturausgleiches vor. Dies würde eine kurzfristige Umsetzung ermöglichen. Dabei ist zu beachten, dass die Vergabe eines Vertragskennzeichens auch für Selektivvertrag im Krankenhausbereich gilt. Ein weiteres System von Vertragsnummern sollte vermieden werden, auch weil dies zu erheblichen Umstellungsaufwänden führen würde.

Bei Abschluss eines Vertrages hat die Kasse der Transparenzstelle den Vertrag nebst Vertragskennzeichen zu melden. Wenn der Vertrag durch die Aufsicht beanstandet wurde, hat diese die Transparenzstelle darüber in Kenntnis zu setzen. In den Fällen muss die Transparenzstelle die entsprechenden Verträge nebst Vertragskennzeichen in der Vertragsdatenbank als „ungültig“ markieren. **Verträge, die als nicht RSA-konform bewertet werden müssen dennoch in der Vertragsdatenbank auftauchen, damit überprüft werden kann, dass Diagnosen aus beanstandungswürdige Vertragsbestandteilen nicht im Morbi-RSA auftauchen**.

Darüber hinaus halten es die Betriebskrankenkassen im Zuge der Vertragsbewertung für **geboten, dass bestehende „Alt-Verträge“ nach § 73c SGB V in die Prüfungen einbezogen werden**, da diese ebenfalls den Selektivverträgen zuzurechnen sind. Zudem besitzen sie keinesfalls auslaufenden Charakter, sondern werden vielmehr fortlaufend modifiziert.

<u>Änderungsvorschläge:</u>

In § 295a Abs. 1 SGB V wird Satz 2 (neu) eingefügt:

„Verträge nach § 73b, c und § 140a SGB V erhalten ein Vertragskennzeichen gemäß der Vorgabe des GKV-Spitzenverbandes über Aufbau, Vergabe und eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen.“

§ 301 Abs. 1 SGB V wird um den folgenden Satz ergänzt:

„Verträge nach § 140a SGB V erhalten ein Vertragskennzeichen gemäß der Vorgabe des GKV-Spitzenverbandes über Aufbau, Vergabe und eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen.“

§ 293a Abs. 1 S. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach § 73b<u>, c</u> sowie § 140a (Vertragstransparenzstelle) ein.“

§ 293a Abs. 1 Nr. 6 SGB V wird wie folgt gefasst:

„6. das Vertragskennzeichen nach gemäß der Vorgabe des GKV-Spitzenverbandes über Aufbau, Vergabe und eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen."

§ 293a S. 4 (neu) SGB V wird gestrichen.

§ 293a Abs. 3 SGB V wird um folgenden Satz ergänzt:

„Bei Abschluss eines neuen Vertrages hat die Kasse der Transparenzstelle den Vertrag nebst Vertragskennzeichen zu melden. Bei Beanstandung des Vertrages durch die Aufsicht, hat diese die Transparenzstelle darüber in Kenntnis zu setzen. Ein entsprechender Vermerk ist in der Vertragsdatenbank aufzuführen."

e) Anpassung des Verfahrens zur Korrekturbetragsermittlung

Eine Überarbeitung der Festlegungen zur Bestimmung von Korrekturbeträgen wird begrüßt. Die Limitierung der ausschließlichen Prüfung auf die Korrekturmeldungen dient zwar der Vereinfachung des Verfahrens, lässt nun aber zu, dass Erstmeldungen mit dem Ziel vorrübergehend höherer Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds manipuliert werden. Diese werden zwar in der Korrektur des Jahresausgleiches, d.h. nach zwölf Monaten, wieder abgeschöpft. Gleichwohl könnte dann die nächste Morbiditätserhöhungsmaßnahme initiiert werden, was schlussendlich zu einer dauerhaften, aber irregulären Mittelzuweisung führen würde.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine Regelung erforderlich, die das Prüfverfahren sinnvoll ausgestaltet, zugleich aber mögliche Missbräuche (s. o.) einzugrenzen vermag. Die Begründung, dass derartige Verstöße in der Vergangenheit nicht festgestellt wurden, mag auch damit zusammenhängen, dass diese Aktivitäten bislang mit einem Strafzuschlag versehen waren und damit ein gewisses Abschreckungspotential aufwiesen.

f) Prüfung von Hausarzt-HMG

Der in § 267 SGB V vorgeschlagene Weiterentwicklungsvorschlag einer perspektivischen Ausdifferenzierung der Behandlungsformen wird von den Betriebskrankenkassen äußerst positiv bewertet, da insbesondere die Hausarztzentrierte Versorgung zum einen im Zentrum der Diskussion um eine besonders lukrativen Versorgungsform mit Blick auf ein Up- bzw. Right-Coding steht und zum anderen argumentiert wird, dass diese Versorgungsform ihr Berechtigung durch eine umfassende, aber insgesamt kostengünstigere Behandlung erfährt und dadurch zu geringeren durchschnittlichen Krankheitskosten führt. Ein Beibehalten gleicher Zuschlagshöhen würde, bei tatsächlich geringeren Durchschnittskosten, zu einer Privilegierung dieser Versorgungsform führen.

Gleichwohl wären diese Datenmeldungen in der Prüfung der RSA-Datengrundlagen letztlich gesondert zu behandeln.

b) Reform des Organisationsrechtes

1. Angleichung wettbewerblicher Rahmenbedingungen

Zu

- **Artikel 3 Nr. 2**, § 90 Abs. 4 und 5, § 90a Abs. 2 SGB IV;
- **Artikel 5 Nr. 2**, § 4a SGB V;
- **Artikel 5 Nr.13**, § 173 SGB V und
- **Artikel 1**, § 29 Abs. 2 SGG.

Vorbemerkung

Die Setzung eines ordnungspolitischen Rahmens, der die Zielrichtung von Wettbewerb zwischen den Krankenkassen als Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungen definiert, ist ausdrücklich zu begrüßen.

Die Betriebskrankenkassen vertreten die Auffassung, dass eine Einheitsversorgung nicht im Interesse ihrer Versicherten liegt. Einheitliches Aufsichtshandeln hingegen schon. Will man den Wettbewerb unter den Krankenkassen als Wettbewerb um die beste Versorgung definieren, sollten auch gesetzliche Grundlagen erwogen werden, die die vollumfängliche individuelle Beratung und Begleitung von Versicherten auf Wunsch des Versicherten in allen Fragen der Versorgung und Gesunderhaltung ermöglichen. Die individuelle Beratung von Versicherten zu Fragen bestehender Leistungsansprüche, zu Versorgungsalternativen, zu Gesunderhaltung und Prävention sind notwendige Voraussetzungen eines Wettbewerbs um Leistungen und Qualität und damit um eine gute Versorgung der Versicherten.

Daher regen die Betriebskrankenkassen an, im Rahmen einer Reform zur Herstellung eines fairen Wettbewerbs um die beste Versorgung, die Grundlage für die **vollumfängliche Ausübung individueller Beratung zur Wahrnehmung der in § 1 SGB V fundierten Pflicht zur Beratung zu schaffen** (vgl. § 284 SGB V). Nur so kann ein Wettbewerb um die beste Versorgung, ein Wettbewerb im Sinne der Versicherten gelebt werden. Und nur so kann neben den vom Gesetzgeber angeheizten Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb ein für die Versicherten sinnvoller Versorgungs- und Leistungswettbewerb treten. Versicherte - und nicht der Staat – sollten entscheiden, ob sie einer kleinen, mittelgroßen oder großen Kasse die beste Versorgungsgestaltung zutrauen.

Gerade die Betriebskrankenkassen beweisen konstant, dass auch kleinere Einheiten hervorragende Leistungen sowie eine innovative und patientennahe Versorgung ermöglichen. Die arbeitsteiligen Strukturen des

BKK Systems wurden eigens durch das Bundesversicherungsamt als Beispiel wirtschaftlichen Handelns herausgestellt. **Die Vorstellung, dass kleinere Einheiten notwendigerweise unwirtschaftlich handeln, ist widerlegt.** Die Überzeugung, dass eine gute Gesundheitsversorgung auch individuellen Gesundheitsrisiken begegnen muss, steht im Widerspruch zu Vorstellungen einer Einheitsversorgung und -kasse. Auch hier zeigen die Betriebskrankenkassen selbst mit kleinsten Krankenkassen, dass dies die Möglichkeit bietet, eine besondere Versichertennähe aufzubauen und dadurch spezifischen Versorgungsbedarfen entsprechen zu können.

Zu begrüßen ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen der Vorstoß des Gesetzgebers, die teils nicht mehr nachvollziehbare Selbstverständlichkeit, mit der Versichertengelder für reine Werbung verausgabt werden, zu unterbinden. Es ist zu Recht für Versicherte unverständlich, wieso Leistungen nach gesetzlichen Vorgaben zum Erhalt der Wirtschaftlichkeit nicht erstattet werden können, allerdings eine Fernsehwerbung ohne informativen Inhalt im Sinne unzulässiger Werbemaßnahmen zur besten Sendezeit aus ihren Beiträgen finanziert werden kann. Informationspflichten und Hinweise auf wettbewerbliche Leistungsangebote der Krankenkassen hingegen sind notwendiger Bestandteil eines funktionierenden Wettbewerbes.

Einheitliches Aufsichtshandeln

Die Ersetzung des § 90 Absatz 4a SGB IV durch die neuen Absätze 4 und 5 konkretisiert den aufsichtsrechtlichen Rahmen bezogen auf die Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden und entwickelt ihn weiter. **Die Betriebskrankenkassen begrüßen die geplanten Maßnahmen, die zu einer Angleichung der Wettbewerbsbedingungen für bundesweit geöffnete und regional tätige Krankenkassen führen.**

Wettbewerbsverzerrungen durch einheitliches Aufsichtshandeln zu beheben, ist dringend erforderlich. Es ist nicht nachvollziehbar, das gleiche Sachverhalte, z.B. die Genehmigung von Hausarztverträgen oder Verträge zur integrierten Versorgung, von den Aufsichten in Bund und Land ungleich bewertet werden. Nur wenn alle Regeln für alle gleich gelten, ist ein fairer Wettbewerb sichergestellt. Daher ist es wichtig, dass die GKV-FKG Maßnahmen für eine bessere Harmonisierung des Aufsichtshandeln nun stringent umgesetzt werden.

Rechtswegzuweisung von Wettbewerbsstreitsachen

Die Landessozialgerichte entscheiden nach der Neuregelung des § 29 Abs. 2 Nr. 5 SGG i.V.m. § 4a Abs. 7 SGB V im ersten Rechtszug auch über Streitigkeiten bzgl. wettbewerbsrechtlicher Unterlassungsansprüche zwischen Krankenkassen. Dass wettbewerbliche Streitfälle aufgrund des § 4a Abs. 7 SGB V vor den Gerich-

ten der Sozialgerichtsbarkeit statt der ordentlichen Gerichtsbarkeit zu führen sind, **wird vom BKK Dachverband e.V. als sachgerecht angesehen**. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass Sozialgerichte die Streitigkeiten, welche gesetzliche Krankenkassen mit ihren sozialrechtlichen Besonderheiten betreffen, auch bei Wettbewerbsbezug im Sinne des UWG mit einheitlichen Maßstäben beurteilen können.

Anwendbarkeit des Rechts gegen den unlauteren Wettbewerb auf Krankenkassen, insbesondere Klageerleichterungen

Mit der freien Kassenwahl ist ein Wettbewerb um Mitglieder entstanden, der vor allem über Werbemaßnahmen geführt wird (z.B. vergleichende Werbung über Zusatzbeitragshöhe oder telefonische Ansprache auf Wahltarife). Sachgerecht sind daher die Verweisungen in den neuen § § 4a Abs. 2 und 7 SGB V, wonach die Kernvorschriften wettbewerbsrechtlicher Verhaltensregeln der § § 3, 4 bis 7 sowie Anhang 3 Abs. 3 UWG auf geschäftliche Handlungen von Krankenkassen entsprechende Anwendung finden. **Die Neuregelung ist im Sinne der Rechtsklarheit zu begrüßen**, denn die Richtlinie 2005/29/EG über unlautere Geschäftspraktiken ist bereits nach höchstrichterlicher Rechtsprechung auf Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts anwendbar. Die mit § 4a Abs. 2 SGB V angeordnete entsprechende Anwendbarkeit der EU-rechtskonform auszulegenden UWG-Vorschriften (z.B. Verbot der irreführenden Werbung oder unzumutbaren Belästigung) auch bei Krankenkassen ist daher nur konsequent.

Hingegen ist die **Ausdehnung der Unterlassungsansprüche des UWG** (§ § 12 Abs. 1 – 3 UWG sowie 13-15 UWG) **mit Klageerleichterungen der Krankenkassen untereinander nur eingeschränkt als sachgerecht zu bewerten.** Auf direktem Klageweg ungeachtet der Ansicht der zuständigen Aufsichtsbehörde sollen sich Krankenkassen nach der Neuregelung zügig und effektiv gegen unlautere Geschäftspraktiken anderer Krankenkassen wehren können, um Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern. Doch gilt zugleich das Gebot der Zusammenarbeit der Krankenkassen gemäß § 4 Abs. 3 SGB V mit daraus fließenden Rücksichtnahmepflichten, die nicht aufgehoben werden dürfen. Es muss daher sichergestellt sein, dass das bewährte Zusammenarbeitsgebot der Krankenkassen, dessen Sinn und Zweck es ist, die Funktions- und Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten, durch die Neuregelung nicht konterkariert wird.

Allerdings widersprechen sich auch weitere im Gesetzentwurf gewählte Maßnahmen diametral.

In Fällen, in denen das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) Anwendung findet, haben Sozialgerichte dessen Verletzung oder Einhaltung zu überprüfen. Daher widerspricht eine exponierte Rolle des BMG fundamentalen demokratischen Prinzipien des Rechtsstaats, hier der Gewaltenteilung zwischen Judikative und Exekutive.

Verordnungsermächtigung zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit zur Konkretisierung der Zulässigkeit von Werbung

Die Betriebskrankenkassen **lehnen daher auch die neue Verordnungsermächtigung gemäß § 4a Abs. 4 Nr. 5 SGB V zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit ab**, „das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln im Hinblick auf (…) 5. die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge nach § 194 Abs. 1a SGB V“. Denn eine Vermittlungstätigkeit der Krankenkassen in den Grenzen des § 194 Abs. 1a Satz 2 SGB V ist von der Erfüllung des öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrags einer Krankenkasse zu unterscheiden. Im Rahmen einer genehmigten Kooperation mit Privatversicherungsunternehmen unterliegen Krankenkassen unmittelbar Wettbewerbs- und Gewerberecht. Die Vermittlungstätigkeit und das damit einhergehende Pflichtenprogramm einschließlich der gesetzlichen Information sind einheitlich im Sinne der EU-Richtlinie 2016/97 über den Versicherungsvertrieb sowie der Richtlinie 2005/29/EG über unlautere Geschäftspraktiken von Unternehmen gegenüber Verbrauchern im Binnenmarkt auszulegen. Die neue Verordnungsermächtigung gemäß § 4a Abs. 4 Nr. 5 SGB V zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit ist daher zu streichen:

Änderungsvorschlag:

§ 4a Abs. 4 SGB V (Verordnungsermächtigung) wird gestrichen.

In § 284 SGB V Absatz 1 Satz 1 wird Nummer 18 eingefügt:

„(1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit diese für (…)

18. die individuelle Beratung des Versicherten mit dessen Einwilligung in die zweckgebundene Verarbeitung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten erforderlich sind.“

2. Neuregelung des Haftungsmanagements

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12**, § 155 SGB V;
- **Artikel 5 Nr. 12**, § 156 SGB V und
- **Artikel 5 Nr. 12,** § 157 SGB V

Im vollständig neu gefassten ersten Abschnitt des sechsten Kapitels des SGB V werden zu Beginn des dritten Titels Vereinigungen von Krankenkassen (Freiwillige Vereinigungen und Vereinigungen auf Antrag) geregelt. Die bisherige Regelung nach § § 168a Abs. 2 i.V.m. 150 Abs. 2 SGB V ermöglichte schon die Vereinigung von Ersatz- und bundesunmittelbaren geöffneten Betriebskrankenkassen. **Die Änderungen durch die vorgeschlagenen § § 156 und 157 SGB V sind aus Sicht der Betriebskrankenkassen insoweit überflüssig, als ausreichend Vereinigungsmöglichkeiten bereits bestehen:** Über § 155 SGB V werden Vereinigungen zwischen Krankenkassen auf freiwilliger Basis ermöglicht, während § 163 Abs. 2 SGB V vorsieht, dass eine Aufsichtsbehörde bei Leistungsgefährdung eine Vereinigung im Benehmen mit dem GKV-SV veranlassen kann. Weitergehender Bedarf zu kassenartinternen Vereinigungen besteht demnach nicht.

Sollte im Verlauf der Gesetzgebung weiter an den § § 156 und 157 SGB V festgehalten werden, müsste aus Sicht der Betriebskrankenkassen im § 156 Abs. 1 zumindest geregelt werden, dass die finanziellen Vorteile aus der Vereinigung den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen und – im Falle von finanziellen Hilfen nach § 164 SGB V – allen finanzierenden Krankenkassen nachvollziehbar dargestellt werden müssen. Darüber hinaus sollte klargestellt werden, dass die lt. § 156. Absatz 1 Satz 1 beantragende Krankenkasse Teil des entstehenden Fusionsverbundes wird.

Änderungsvorschlag:

Die §§ 156 und 157 SGB V werden im weiteren Gesetzgebungsverfahren nicht übernommen.

Alternativer Änderungsvorschlag (falls an den vorgeschlagenen § § 156 und 157 SGB V festgehalten wird):

§ 156 Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst (Änderungen zum vorliegenden Entwurf sind unterstrichen):

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Antrag einer bundesunmittelbaren Krankenkasse durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Krankenkassen der Kassenart nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen mit der beantragenden Krankenkasse vereinigen, wenn durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen verbessert werden kann. Die finanziellen Vorteile aus der Vereinigung werden den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen sowie – im Falle von

finanziellen Hilfen nach § 164 SGB V – allen finanzierenden Krankenkassen in geeigneter Form nachvollziehbar dargestellt.“

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12,** § 163 SGB V

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 GKV-Spitzenverband 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 GKV-Spitzenverband und somit an alle Krankenkassen nachvollziehbar**. Allerdings werden in den Neuregelungen haftungspräventive Maßnahmen, wie Überprüfung der jährlichen und vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen ausschließlich dem GKV-Spitzenverband übertragen. Das bislang bewährte und im Sinne einer weiteren Sicherheit praktizierte Verfahren der Haftungsprävention (GKV-Spitzenverband und die Landesverbände der Krankenkassen) ist nicht mehr vorgesehen. Das kassenartenspezifische Wissen und die Expertise der Landesverbände der Krankenkassen sind für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse bzw. bei der Beratung über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit ein wichtiges und ergänzendes Element. Hierdurch wurde auch im weiteren Sinne ein 4-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. Eine ausschließliche Haftungsprävention durch den GKV-Spitzenverband birgt die Gefahr, dass Krankenkassen, die sich gegebenenfalls nur kurzfristig in finanziellen Schwierigkeiten befinden, einer Zwangsfusion ausgesetzt sind.**

Änderungsvorschlag:

§ 163 SGB V wird um die Absätze 4 und 5 wie folgt ergänzt:

„(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 Beurtei-

lung 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.“

Um Haftungsrisiken abzuwenden oder die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten, ist es nach Auffassung der Betriebskrankenkassen zudem sinnvoll den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, die bestehenden, aber schwer oder gar nicht abschätzbaren **Finanzrisiken frühzeitig durch finanzielle Hilfen abzusichern.**

Änderungsvorschlag:

Einfügen eines § 164a (NEU) SGB V:

„§ 164a (NEU) 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 Verbände nach § 163 Absatz 1 und Absatz 4 (NEU) 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.“

Der § 164a SGB V (NEU) 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 bzw. schwer oder gar nicht abschätzbaren Finanzrisiken frühzeitig durch finanzielle Hilfen abzusichern. Dies gilt insbesondere dann, wenn Finanzrisiken nicht durch eigenes Handeln der Krankenkasse verschuldet sind, sondern auf von der Krankenkasse nicht beeinflussbaren Faktoren beruhen.

Freiwillige finanzielle Hilfen bilden im Rahmen der Haftungsprävention ein wichtiges Instrument zur Vermeidung einer Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse. Neben den durch den GKV-Spitzenverband vorgesehenen Finanziellen Hilfen (§ 265a SGB V bzw. § 164 SGB V neu) sind freiwillige finanzielle Hilfen, die Krankenkassen bislang über § 265b SGB V innerhalb einer Kassenart vertraglich vereinbaren können, ein vorgelagertes Sicherheitsinstrument, das unter wettbewerblichen Gesichtspunkten sinnvoll und auch weiterhin angezeigt ist. Bevor finanzielle Hilfen des GKV-Spitzenverbandes zum Einsatz kommen, welche durch alle Krankenkassen zu tragen sind, sollte den Krankenkassen innerhalb derselben Kassenart die Möglichkeit eingeräumt werden, finanzielle Probleme einer Krankenkasse zunächst selbst zu lösen. Eine Lösung über den GKV-Spitzenverband sollte immer das letztmögliche Mittel, sprich Ultima Ratio sein. Insofern bilden freiwillige finanzielle Hilfen einen wichtigen Baustein zur Vermeidung von Kassenschließungen. Durch die innerhalb einer Kassenart gegebene Bereitschaft, Schließungen vorrangig durch Rettungsfusionen im eigenen System zu vermeiden, wird die Haftungsprävention über freiwillige finanzielle Hilfen deutlich gestärkt.

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

In Verträgen nach Absatz 1 ist Näheres über den Umfang, die Finanzierung und die Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln.

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12**, § § 166 ff. SGB V

Die rechtlich schlüssigen § § 166 ff. SGB V neu sehen eine Primärhaftung der Krankenkassen derselben Kassenart nicht mehr vor, falls das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Kasse nicht mehr ausreicht, um ihre Gläubiger zu befriedigen und Versorgungsansprüche der Beschäftigten zu erfüllen (vgl. bisher § 155 Abs. 4 und 5 i.V.m. § 265b SGB V). Die bisherige Zusammenfassung der Krankenkassenarten in kassenartbezogenen Haftungsverbünden wird aufgehoben. Rechtstechnisch wesentlich ist, dass die Erfüllung der Verpflichtungen nach § 166 SGB V neu jetzt primär durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfolgt (§ 167 Abs. 1). Dieser nimmt die Verteilung der zu erfüllenden Verpflichtungen auf alle Krankenkassen nach der Zahl der Mitglieder vor.

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12**, § 167 SGB V neu

Die Berücksichtigung von Vermögensanteilen bei Zahlungen im Rahmen von § 167 SGB V (im vorliegenden Gesetzentwurf) ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen **bisher nicht hinreichend geregelt.** So fehlt es zum einen an einer Konkretisierung des Stichtags, zu dem der Stand des Vermögens ermittelt werden soll. Zum anderen ist eine weitere Erhöhung der Transparenz in der Vermögensrechnung der Krankenkassen unabdingbar, da ansonsten die Verschleierung der tatsächlichen Vermögenssituation durch gegenstandslose Verpflichtungsbuchungen und Rückstellungen bei den betroffenen Krankenkassen droht. Letzteres könnte durch eine Verpflichtung zur Veröffentlichung des Anhangs zu den Jahresrechnungen der Krankenkassen sowie zusätzlichen Buchungsstellen erreicht werden.

Eine Ausnahme von der Aufhebung der kassenartenbezogenen Haftungsverbünde bildet zu Recht die Gruppe der geschlossenen Betriebskrankenkassen, deren Arbeitgeber einen eigenen (Sonder-)Haftungsverbund bilden. Reicht das Vermögen des Arbeitgebers einer geschlossenen Betriebskrankenkasse – deren Haftungsverbund nach wie vor die Primärhaftung trägt (vgl. schon § 155 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V) – nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, geht auch hier die Haftung auf alle übrigen Krankenkassen der GKV über (§ 166 Abs. 2 Satz 3 i.V.m. Abs. 1 SGB V neu).

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Beibehaltung der bestehenden gesetzlichen Regelung für geschlossene Betriebskrankenkassen bei der Finanzierung der Haftungssumme infolge Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse. Wegen der Haftung des Arbeitsgebers im Falle der Auflösung oder Schließung einer traditionellen BKK ist es sachgerecht, diese Kassen im Haftungsfall der GKV auch nur mit einem deutlich reduzierten Kostenanteil zu belasten. Der im vorliegenden Gesetzentwurf in § 167 Absatz 4 SGB V festgelegte Anteil von 20 Prozent erscheint vor dem Hintergrund, dass der Übergang der Haftung von dem jeweiligen Trägerunternehmen auf die übrigen Krankenkassen nahezu ausgeschlossen werden kann, in der Höhe nicht angemessen. Dem geringen Restrisiko entsprechend wäre ein Entfall bzw. eine Reduzierung auf 10 Prozent adäquat.

In jedem Fall wird bei der Ausgestaltung der Satzungsregelung des Spitzenverbandes Bund nach § 164 SGB V (im vorliegenden Gesetzentwurf) darauf zu achten sein, dass eine **entsprechende Begrenzung für die Anteile von traditionellen Betriebskrankenkassen an finanziellen Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen festgelegt** wird.

3. Neuorganisation der Gremien des GKV-Spitzenverbandes

Zu

- **Artikel 5 Nr. 14**, § 217b SGB V und
- **Artikel 5 Nr. 15**, § 217c SGB V

Zu diesem Punkt nehmen die Betriebskrankenkassen im Einklang mit allen Kassenartenverbänden sowie dem GKV-SV wie folgt Stellung:

1. Dem mehrköpfigen Vorstand des GKV-Spitzenverbandes sollen künftig mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören (§ 217 b Abs. 2 Satz 2)

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

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

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

2. Beim GKV-Spitzenverband soll als zusätzliches gesetzliches Organ ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) gebildet werden (§ 217b Abs. 4 bis 6 SGB V)

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

In ihrer Koalitionsvereinbarung haben sich CDU/CSU und SPD auf das politische Ziel verständigt, die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu stärken. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Schaffung eines mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten LKA bewirkt mit Blick auf die soziale Selbstverwaltung das Gegenteil. Entsprechend stößt dieser Vorschlag bei den Spitzenorganisationen der Sozialpartner, insbesondere DGB und BDA, auf berechtigte Kritik und Ablehnung. Denn im Ergebnis führen die vorgesehenen Änderungen dazu, dass die Sozialpartnerschaft als Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung entwertet wird, die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes auf der operativen, aber auch auf der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt wären – letztlich wird ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert, ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-Spitzenverbandes nicht durchgängig gewährleistet ist, Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes und damit in der Folge auch der gemeinsamen Selbstverwaltung häufiger verzögert oder blockiert werden können. Dabei richtet sich die Kritik der Sozialpartner und des GKV-Spitzenverbandes allein gegen die Schaffung eines zusätzlichen Entscheidungsgremiums. Die fachliche Expertise aus dem operativem Geschäft der Mitgliedskassen wird selbstverständlich bei den Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes benötigt und schon heute umfassend genutzt.

Verwaltungsrat

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

Vorstand

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

Durch die vorgesehene Neuregelung wird die Gestaltungskompetenz des Vorstandes wesentlich eingeengt. Das in § 217b Abs. 5 Satz 1 n. F. vorgesehene Zustimmungserfordernis ist derart umfassend, dass – bei stringenter Übernahme der gesetzlich vorgesehenen Beteiligungsmöglichkeiten durch den LKA - wenig Raum bleibt für eigenständige, verantwortungsbewusst abgewogene Entscheidungen des Vorstands. Die

Kernaufgabe des Vorstands, die verantwortliche Führung des operativen Geschäfts, wird wesentlich eingeschränkt. Dieser Bewertung steht nicht entgegen, dass der LKA im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten kann oder in einer Geschäftsordnung das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung festlegen und damit auch seine Beteiligungsrechte begrenzen könnte. Denn über die Geschäftsordnung bestimmt der LKA selbst, wenn auch im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat.

Handlungsfähigkeit gefährdet

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

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

Wettbewerbsperspektive im LKA

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

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

voneinander abweichen. Die Hervorhebung der Wettbewerbsperspektive mit der Etablierung des mit weitreichenden Entscheidungsrechten ausgestatteten LKA erschwert die für die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes dringend notwendige Einnahme der Systemperspektive.

Rechtsnormen nicht klar und widerspruchsfrei

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

3. Der Verwaltungsrat soll künftig aus 40 Mitgliedern statt bisher 52 Mitgliedern bestehen.

Mit der Reduzierung der Mitgliederzahl des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes auf höchstens 40 Personen ist eine adäquate Abbildung der Interessen der Mitgliedskassen nicht mehr hinreichend möglich. Nach der gesetzlichen Vorgabe in § 217c Absatz 2 Satz 4 haben die Verteilung der Sitze und die Gewichtung der Stimmen zwischen den Kassenarten zu einer größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart zu führen. Diese Vorgabe trägt wesentlich zur Sicherstellung der Akzeptanz der Beschlüsse des Verwaltungsrates unter den 106 Mitgliedern (Stand: 1.12.2019) des GKV-Spitzenverbandes bei. Mit seinen 52 Sitzen wird gegenwärtig im Verwaltungsrat eine bestmögliche Annäherung der Sitz- und Stimmenverteilung an die gegebenen Versichertenproporze gewährleistet. Mit nur 40 Sitzen kann dieses Niveau nicht erreicht werden.

Ergebnis

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

Änderungsvorschlag:

„(4) 1Der Verwaltungsrat bildet zur Beratung des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss. 2Die Amtsdauer entspricht derjenigen des Vorstandes. 3Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss setzt sich zusammen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse. 4Kann eine Besetzung nach den Vorgaben des Satz 3 nicht erfolgen, bleibt der entsprechende Sitz frei. 5Dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss können zusätzlich je eine weitere Vertreterin oder ein weiterer Vertreter auf hauptamtlicher Vorstandsebene aus den Kassenartenverbänden der Orts-, Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen angehören. 6Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewählt. 7Der Stimmenanteil der Vertreter der Kassen-art im Lenkungs- und Koordinierungsausschuss bemisst sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Mitgliedskassen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die neue Wahlperiode des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beginnt. 8Der Stimmenanteil der Kassenart wird auf die Anzahl der Sitze verteilt. Kann ein Sitz nicht besetzt werden, entfällt dessen Stimmenanteil.

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

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

4. Errichtung und Ausdehnung von Betriebskrankenkassen

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12**: § 144, § 173 SGB V und
- **Artikel 5 Nr. 12:** § 149 SGB V.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen eine Reform des Kassenorganisationsrechts der bisherigen § 147 ff. SGB V, insbesondere den Wegfall des Abstimmungsverfahrens als Errichtungsvoraussetzung gemäß § 150 Abs. 2 SGB V neu (bisheriger § 148 SGB V).

Der BKK Dachverband befürwortet zudem die systematische Neuordnung durch Einführung des § 144 SGB V (neu). Mit § 144 Absatz 1 fügt der Gesetzgeber eine Begriffsbestimmung von Betriebskrankenkassen ein. Dies ist zu begrüßen. Der Gesetzgeber sollte jedoch, um Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden, eine Unternehmerdefinition mit aufnehmen. Zudem wird in § 144 Absatz 2 Satz 1 die organisationsrechtliche Grundlage für die Aufnahme einer Öffnungsregelung in die Satzung überführt, wonach Betriebskrankenkassen von allen Versicherungspflichtigen und –berechtigten gewählt werden können (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V a.F.). Konsequent ist die gleichzeitige Überführung der Vorbehalte, Beschränkungen und weiteren Regelungen zum Organisations- und Satzungsrecht in § 144 Abs. 2 und 3 (neu), welche bislang ebenfalls in § 173 Absatz 2 Satz 2 bis 5 a.F. verortet sind. Es ist sachgerecht, die Satzungsregelung von Betriebskrankenkassen über die Wahlrechte der Versicherten systematisch der Begriffsbestimmung anzugliedern.

Allerdings sind die vorgeschlagenen Änderungen noch nicht konsequent genug. Schon die Definition des Begriffs der Betriebskrankenkasse in § 144 SGB V neu setzt weiterhin auf das Merkmal des „Arbeitgebers“, und auch der nicht mehr zeitgemäße Grundsatz der Einheit von „Arbeitgeber und Betrieb“ findet sich erneut in den Errichtungsvoraussetzungen der § § 149 ff. SGB V (bisherige § 147 ff.) wieder.

Das Festhalten am Arbeitgeberbegriff sowie am Grundsatz der „Einheit von Arbeitgeber und Betrieb“ sind jedoch abzulehnen. Keine dieser Voraussetzungen trägt im Zusammenspiel mit den Regelungsinhalten der § § 149 ff. modernen Wirtschafts- und Unternehmensstrukturen, z.B. in Konzernen, Rechnung. Im Gegenteil, die Hürden auf dem Weg zur Errichtung neuer BKK werden erhöht, obwohl sie gerade im Rahmen von **Konzernstrukturen mit mehreren verbundenen Unternehmen bzw. „Arbeitgebern“ nicht mehr zeitgemäß** sind. Der Gesetzgeber sollte nach Ansicht des BKK Dachverbandes stattdessen die bereits stattgefundene Liberalisierung der Fusionsmöglichkeiten konsequent auch auf Errichtungen übertragen. Schon jetzt ergeben sich in der Praxis Abweichungen von diesem Grundsatz, z.B. bei der späteren Fusion von Betriebskrankenkassen verschiedener Arbeitgeber.

Die neuen § 144 und § 149 ff. sind entsprechend anzupassen. Dies kann mit wenigen materiellen Änderungen im Organisationsrecht der GKV erfolgen: In § 144 sowie § 149 Absatz 1 SGB V ist das Wort „Arbeitgeber" durch das Wort „Unternehmer" zu ersetzen. Die angefügte Definition des Unternehmerbegriffes orientiert sich an § 14 Abs. 1 BGB und erfasst so insbesondere auch AG, KGaA, GmbH. Dies ist dem Sozialrecht nicht fremd (vgl. § 136 Abs. 3 SGB VII). Wirtschaftliche und rechtliche Verflechtungen (z.B. im Konzern) ändern nichts an der Rechtsperson des Unternehmers. Mit der Aufgabe des Grundsatzes der „Einheit von Betrieb und Arbeitgeber“ wird die Möglichkeit geschaffen, dass auch mehrere Unternehmer für ihre Betriebe gemeinsam eine BKK gründen können. Dies ergibt sich nunmehr aus Absatz 1 Satz 2 und ermöglicht auch die Schaffung größerer und anders verknüpfter Einheiten, nicht nur für Konzerne und vergleichbare Unternehmensgruppen, sondern auch für eine Mehrzahl von Unternehmen einer Branche oder einer Region. Auch ein Gemeinschaftsbetrieb kann berücksichtigt werden.

Auch die **Errichtungsvoraussetzung der Mindestbeschäftigtenzahl** eines Unternehmens – wie sie der neue § 149 SGB V sogar auf 5000 Beschäftigte erhöht vorsieht - ist seit Einführung der allgemeinen Wahlrechte im Jahr 1996 **kritisch zu hinterfragen**. Nach § 173 SGB V werden Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) Mitglied einer von ihnen frei wählbaren Krankenkasse. Die Errichtung einer BKK ist gerade nicht mehr zwangsläufig mit einer gesetzlichen Zuweisung der Beschäftigten zur BKK verbunden. Die Mindestbeschäftigtenzahl eines Unternehmens erlaubt gerade keine Aussagen über die spätere Leistungsfähigkeit der neu zu gründenden BKK mehr – ebenso wenig wie das Abstimmungsverhalten der Beschäftigten nach dem bisherigen § 148 SGB V. Als Begrenzung des Rechts des „Arbeitgebers“ zur Gründung einer Betriebskrankenkasse ist daher auch die verpflichtende Mindestmitgliederzahl zum Gründungszeitpunkt – wie sie der neue § 150 Abs. 1 Satz 2 SGB V zur „Vermeidung von Kleinstkrankenkassen“ auf 2500 festsetzt – nach Auffassung des BKK Dachverbandes ebenfalls zu überdenken. Nach seit 1.1.2009 geltendem Recht fließen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in den Gesundheitsfonds, Einnahmen über die Beiträge der Mitglieder der Krankenkassen finanzieren nicht mehr unmittelbar die Einzelkassenleistungen. In engem Zusammenhang mit der Wahlfreiheit steht nach dem Willen des Gesetzgebers nunmehr der Wettbewerb zwischen den Kassen. Daher ist es unter den aktuellen rechtlichen Bedingungen vielmehr ein Fall der Ausübung der unternehmerischen Freiheit einschließlich des unternehmerischen Risikos, eine BKK zu gründen, die bereits von einem streng rechtsgebundenen Verwaltungsakt, der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, ausgestaltet wird.

Wettbewerb ist nur insoweit unverfälscht möglich, als er in einem für alle gesetzlichen Kassen grundsätzlich gleichen Rahmen (vgl. Ausführungen zu § 4a SGB V neu) stattfindet und die soziale Funktion der GKV nicht gefährdet. Eine aus der Gesetzgebungsgeschichte bemühte „Gefährdung der Leistungsfähigkeit“, z.B. vorhandener Ortskrankenkassen, ist durch nachfolgenden Änderungsvorschlag angesichts der Wahlfreiheit gemäß § 173 nicht ersichtlich. Dies wird noch dadurch gestützt, dass der Gesetzgeber bereits die Schutzklausel des § 147 Abs. 1 Nr. 3 a.F. für Allgemeine Ortskrankenkassen im Zusammenhang mit der Errichtung von

Betriebskrankenkassen aufgehoben hat. Die bisherigen § 147 Absatz 1 Nr. 1 und 2 sind daher nach Ansicht des BKK Dachverbandes e.V. auch in der neuen Fassung des § 149 zu streichen.

Als Folgeänderung aus § 144 (neu) ist die Ersetzung des Begriffes „Arbeitgeber“ durch „Unternehmer“ sowie die Einfügung einer Unternehmerdefinition wie folgt notwendig:

Änderungsvorschlag:

§ 144 SGB V (neu) wird wie folgt gefasst:

„(1) Betriebskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch den ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer für ein oder mehrere Betriebe errichtet wurden.

(2) Unternehmer ist eine natürliche oder juristische Person oder eine rechtsfähige Personengesellschaft, die bei Abschluss eines Rechtsgeschäfts in Ausübung ihrer gewerblichen oder selbständigen beruflichen Tätigkeit handelt.

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

(4) 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 darüberhinausgehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt.“

§ 149 Absatz 1 SGB V (neu)– Errichtung – wird wie folgt gefasst:

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

~~1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 1.000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und~~

~~2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist~~.

Mehrere Unternehmer können gemeinsam für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten.“

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12**: § 150 SGB V (Verfahren bei Errichtung)

Der **Vorschlag wird** von den Betriebskrankenkassen dahingehend **begrüßt**, dass die im bisherigen § 148 Abs. 2 SGB V vorgesehene Errichtungsvoraussetzung einer Zustimmung der Mehrheit der im Betrieb Beschäftigten gestrichen wurde. Denn das Zustimmungserfordernis der im Betrieb Beschäftigten für die Errichtung einer BKK ist durch zwischenzeitliche Gesetzesänderungen (vgl. § 173 SGB V) hinfällig geworden.

Die Änderung **ist jedoch nicht konsequent genug**. Denn durch die allgemeinen Wahlrechte gemäß § 173 SGB V hat die Errichtung einer BKK nicht mehr die gesetzliche Zuweisung der Beschäftigten zur BKK einschließlich unmittelbarer Mitgliedschaft zur Folge. Daher spiegelt weder ein nach dem bisherigen § 148 SGB V ermitteltes Abstimmungsverhalten der Beschäftigten eines Unternehmens noch eine Mindestmitgliederzahl, wie sie der neue § 150 Abs. 1 Satz 2 - allerdings auf 2500 Gründungsmitglieder erhöht - weiterhin vorsieht, zwingend den Bedarf an der zu gründenden Krankenkasse wieder. § 150 Abs. 1 Satz 2 neu ist daher kritisch zu hinterfragen.

Die Neugründung von Betriebskrankenkassen unterliegt unternehmerischem Risiko. Das Kassenorganisationsrecht darf die Ausübung der Freiheit zur Kassengründung nicht zusätzlich unverhältnismäßig beschränken. Die Ersetzung des Begriffes „Arbeitgeber“ durch „Unternehmer“ ist eine Folgeänderung aus § 144 neu.

Änderungsvorschlag:

§ 150 SGB V (neu) – Verfahren bei Errichtung – wird wie folgt gefasst:

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

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

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12:** § 151 SGB V (Ausdehnung auf weitere Betriebe)

§ 151 SGB V (neu) entspricht dem bisherigen § 149 SGB V und ist in dieser Form abzulehnen. In die vorgenannten Änderungen fügt sich die Vorschrift nur ein, wenn der Halbsatz „deren Satzung keine Regelung

nach § 144 Abs. 2 Satz 1 enthält“ gestrichen und die Wendung „oder mit ihm verbundener Unternehmer“ eingefügt wird.

Das Kassenorganisationsrecht sollte die unternehmerische Freiheit, Betriebskrankenkassen zu gründen, nicht unverhältnismäßig beschneiden. Zugleich sollte sie modernen Wirtschafts- und Konzernstrukturen Rechnung tragen. Der neue § 151 SGB V beruht noch auf dem Grundsatz der „Einheit von Arbeitgeber und Betrieb“, an dem - wie ausgeführt - nicht mehr festzuhalten ist. Dass es wegen der Wahlmöglichkeit nach § 173 SGB V der Möglichkeit der Ausdehnung bei geöffneten Kassen theoretisch nicht mehr bedarf, rechtfertigt nicht, die Möglichkeit der Ausdehnung bei geöffneten BKK zu versagen. Erst recht nicht, wenn die Ausdehnung der betriebsnahen Krankenversicherung und passgenauen Gesundheitsförderung im Einzelfall besser Rechnung tragen könnte. Der Unternehmensbezug einer geöffneten Kasse ist durch die Öffnung für den Mitgliederwettbewerb nicht verloren gegangen, sie erweitert lediglich ihren Kreis potentieller Mitglieder. Die Einschränkung ist daher zu streichen.

Die Einfügung „oder mit ihm verbundener Unternehmer“ ermöglicht in Konzernstrukturen die Ausdehnung einer BKK des Hauptunternehmers direkt auf rechtlich selbständige Unternehmer desselben Konzernverbundes, ohne sich der Hilfskonstruktion von Neugründung und Vereinigung bedienen zu müssen. Mit ihr verwirklichen sich unternehmerische Freiheit und zugleich Unternehmensnähe. Die Ersetzung des Begriffes „Arbeitgeber“ durch „Unternehmer“ ist eine Folgeänderung aus § 144 SGB V neu.

Änderungsvorschlag:

§ 151 Abs. 1 (neu) – Ausdehnung auf weitere Betriebe – wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Zuständigkeit einer Betriebskrankenkasse, ~~deren Satzung keine Regelung nach § 144 Abs. 2 Satz 1 enthält~~, kann auf Antrag des Unternehmers ~~Arbeitgebers~~ auf weitere Betriebe desselben ~~Arbeitgebers~~ Unternehmers oder mit ihm verbundener Unternehmer ~~Arbeitgeber~~ ausgedehnt werden. § 150 gilt entsprechend.“

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12:** § 152 SGB V (Ausscheiden von Betrieben)

Die Betriebskrankenkassen lehnen die Beibehaltung des § 152 SGB V neu in der Form des bisherigen § 151 SGB V ab. Auch die Regelung des neuen § 152 Abs. 2 Satz 2 SGB V hindert einen Unternehmer, der als Trägerunternehmen in einer für den Mitgliederwettbewerb geöffneten gemeinsamen Betriebskrankenkasse mehrerer Unternehmer gebunden ist, aus dieser BKK auszuscheiden. Dies macht es tatsächlich unmöglich, dass der Unternehmer eine eigene Betriebskrankenkasse errichtet. Dies bedeutet auch, dass er nicht in ein System einer Betriebskrankenkasse eines Konzerns einbezogen werden kann, in den er im Fall

von Unternehmenszusammenschlüssen neu eintritt. Die Bindung des Unternehmers an die alte Betriebskrankenkasse steht damit sowohl einer Neugründung als auch der Bildung einer konzernweiten Betriebskrankenkasse entgegen, was der Ausübung eines sozialpolitisch engagierten und verantwortlichen Unternehmertums zuwiderläuft. Absatz 2 Satz 2 ist daher zu streichen.

Die Ersetzung des Begriffes „Arbeitgeber“ durch „Unternehmer“ ist eine Folgeänderung aus § 144 SGB V neu.

Änderungsvorschlag:

§ 152 SGB V (neu) – Ausscheiden von Betrieben – wird wie folgt gefasst:

„(1) Geht von mehreren Betrieben desselben ~~Arbeitgebers~~ Unternehmers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, einer auf einen anderen ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer über, kann jeder beteiligte ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer das Ausscheiden des übergegangenen Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse beantragen.

(2) Besteht für mehrere Betriebe verschiedener ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, kann jeder beteiligte ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer beantragen, mit einem oder mehreren seiner Betriebe ~~seinem Betrieb~~ aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse auszuscheiden. ~~Satz 1 gilt nicht für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber Unternehmer, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält.~~

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

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12: § 153 SGB V** (Auflösung)

Die Beibehaltung des § 153 SGB V neu in der Form des bisherigen § 152 SGB V ist abzulehnen.

Die Ersetzung des Begriffes „Arbeitgeber“ durch „Unternehmer“ ist eine Folgeänderung aus § 144.

Änderungsvorschlag:

§ 153 (neu) – Auflösung – wird wie folgt gefasst:

„(1) Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des ~~Arbeitgebers~~ Unternehmers 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. Absatz 1 gilt nicht, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 144 Abs. 2 Satz 1 enthält.

(3) Für die gemeinsame Betriebskrankenkasse mehrerer ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer ist der Antrag nach Absatz 1 von allen beteiligten ~~Arbeitgebern~~ Unternehmern zu stellen.“

Zudem erforderliche Folgeänderung

<u>Änderungsvorschlag:</u>

Als Folgeänderung aus § 144 neu ist die Ersetzung des Begriffes „Arbeitgeber“ durch „Unternehmer“ wie folgt notwendig:

§ 166 Abs. 2 SGB V - Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung – wird wie folgt gefasst:

„(2) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind mehrere ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht das Vermögen des ~~Arbeitgebers~~ Unternehmers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haben die übrigen Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Fall haben die übrigen Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Erfüllung der Verpflichtungen nach den Sätzen 3 und 4 kann nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden, der die Verteilung auf die einzelnen Betriebskrankenkassen vornimmt und die zur Tilgung erforderlichen Beträge von den Betriebskrankenkassen anfordert. Sind die Betriebskrankenkassen zur Erfüllung dieser Verpflichtungen nicht in der Lage, macht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den nicht gedeckten Betrag bei allen anderen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse geltend. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge und gegen ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung. Übersteigen die Verpflichtungen einer Betriebskrankenkasse ihr Vermögen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsbestimmung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4, hat der ~~Arbeitgeber~~ Unternehmer den Unterschiedsbetrag innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Satzungsbestimmung auszugleichen. § 164 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass § 164 Abs. 3 Satz 3 nur für Beschäftigte gilt, deren Arbeitsverhältnis nicht durch ordentliche Kündigung beendet werden kann.“

Zu

- **Artikel 5 Nr. 12**: § 159 SGB V (Schließung)

§ 159 (neu) normiert die Schließungsvoraussetzungen nun in Absatz 1 kassenartenunabhängig. Der Trend zur Vereinheitlichung wird jedoch in Absätzen 2 und 3 bereits wieder verlassen, indem spezifische Regelungen nur für Betriebskrankenkassen bzw. IKK folgen. Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Neuregelung des Absatz 2 Nr. 2, wonach für Betriebskrankenkassen die Voraussetzungen der Gründung – falls nicht schon im Zeitpunkt der Errichtungsgenehmigung erfüllt - bis zum Zeitpunkt der Schließung nachgeholt werden können.

III. Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

1. Änderungsantrag 4: Maßnahmen zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln

Mit dem GKV-FKG soll auch das zuletzt vor allem in den Medien stark vertretene Thema bestehender bzw. drohender Lieferengpässen bei Arzneimitteln über entsprechende Änderungsanträge aufgegriffen werden. Den Betriebskrankenkassen ist es in diesem Zusammenhang ein wichtiges Anliegen zu betonen, dass **Lieferengpässe nicht gleichbedeutend mit Versorgungsengpässen** sind. Oftmals stehen Wirkstoff anderer Hersteller oder auch therapeutische Alternativen für die Versorgung der Patienten zur Verfügung.

Grundsätzlich halten es die Betriebskrankenkassen für **wesentlich, die Transparenz über bestehende oder drohende Lieferengpässe zu erhöhen.** Insofern hätten die Betriebskrankenkassen eine Regelung ausdrücklich befürwortet, nach der die bislang freiwillige Meldung von Lieferengpässen an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verpflichtend ausgestaltet worden wäre.

Die nunmehr vorgesehene Regelung der Einrichtung eines Beirates beim BfArM, der die Versorgungslage mit Arzneimitteln kontinuierlich beobachtet und bewertet, wird ebenfalls ausdrücklich begrüßt und ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Es ist wichtig, dass auch die gesetzlichen Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband in diesem neuen Gremium vertreten sind. Die neuen Auskunftspflichten der vollversorgenden Großhändler und der pharmazeutischen Unternehmer zu Beständen und Absatzmengen werden von den Betriebskrankenkassen zudem ebenso unterstützt wie die neue Ermächtigungsgrundlage der zuständigen Bundesoberbehörde zur Anordnung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung bzw. bei Auftreten eines versorgungsrelevanten Lieferengpasses. Dennoch wäre eine regelhafte Datenbank mit Arzneimitteln, für die Lieferschwierigkeiten bestehen oder zu erwarten sind, als Ergänzung zu den vorgesehenen Maßnahmen, wünschenswert.

Keine Änderungen an Rabattverträgen zur Vermeidung von Liefer- und Versorgungsengpässen

Nicht in Änderungsanträgen enthalten, aber vielfach diskutiert, wird die gesetzliche Anpassung der Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V zur Vermeidung von Liefer- und Versorgungsengpässen. Die Betriebskrankenkassen weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Ursachen für Liefer- und Versorgungsengpässe nicht monokausal sind und nicht nur Rabattvertragsarzneimittel betreffen. Zusätzlich bieten Rabattverträge aufgrund der vorgesehenen Vertragsstrafen für Nicht-Lieferfähigkeiten wirksame Sanktionsmechanismen. Versorgungsengpässe konnten in dem Zusammenhang nicht beobachtet werden. Lieferengpässe sind weltweit zu beobachten, z.B. durch stetig wachsende Bedarfe auch in Schwellenländern. Viele Lieferengpässe entstehen durch regulatorische Auflagen, fehlerhafte Wirkstoffsynthesen, ausgebrannte Produktionsstätten. Änderungen bei den Rabattausschreibungen im deutschen Gesundheitssystem werden daher keine Lösung des globalen Problems herbeiführen.

Unter anderem wird aktuell diskutiert, ob beim Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a SGB V nicht sowohl Produktionsstandorte innerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums, als auch die Vielfalt der Anbieter per (regelhafter) Mehrfachvergabe berücksichtigt werden sollten. Bei Produktionsstandorten innerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraum bleibt unklar, was unter „Produktionsstandort" verstanden werden soll. Für eine Herstellung eines Fertigarzneimittels gibt es eine Vielzahl an Produktionsschritten. Die Produktionsstätten der Wirkstoffe und Hilfsstoffe finden sich in einem stark globalisierten Arzneimittelmarkt vielfach in Ländern wie China, Indien, Pakistan und nur noch in sehr geringem Ausmaß innerhalb der Europäischen Union.

Darüber hinaus gilt es nach Auffassung der Betriebskrankenkassen zu beachten, dass durch die angedachte Fokussierung der Produktion auf Europa das Risiko einer Markteinengung bestehen könnte, wodurch die Gefahr von Liefer- und Versorgungsengpässen weiter verschärft wird. Auch erscheinen gesamt-europäische Lösungen grundsätzlich sinnvoller. Dafür wären aber entsprechenden Regelungen und Anreize für die Pharmaindustrie erforderlich. Zum Beispiel könnten EU-weit Zölle auf Inhaltsstoffe der Arzneimittel erhoben werden, die außerhalb der EU produziert werden.

Zusätzlich wird in den Märkten, in denen Mehrfachvergaben möglich sind und wirtschaftliche Angebote erzielt werden können, das Instrument der Mehrfachvergabe in den Ausschreibungen durch die Betriebskrankenkassen bereits genutzt. In Märkten mit geringer Anbietervielfalt und entsprechend wenig Wettbewerb laufen Mehrfachvergaben jedoch ins Leere. Befinden sich nur zwei bis drei Anbieter am Markt für einen Wirkstoff, besteht die Gefahr geringerer Einsparungen zugunsten der Solidargemeinschaft: Entweder müssten auch weniger wirtschaftliche Angebote bezuschlagt werden oder Verträge würden zunehmend im open-house-Verfahren zu schlechteren Konditionen mit allen interessierten Marktteilnehmer abgeschlossen. Im Fazit kann nur bei exklusiver Ausschreibung ein attraktives Angebot abgegeben werden. Schließlich kann auch die pharmazeutische Industrie bei einer Einfachvergabe die Mengen sicherer kalkulieren.

Durch exklusive Ausschreibungen (Einfachvergabe) werden etwa 25 % der gesamten Rabatte generiert. Hochgerechnet auf die gesamt gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wäre dies für das Jahr 2018 etwa 1,1 Mrd. Euro an Rabatten, die der GKV entgehen würden, sofern eine Verpflichtung zur Mehrfachvergabe vorgeschrieben werden würde. Die betroffenen Wirkstoffe würden sich dem Rabattsystem quasi entziehen.

Zudem ist laut einer Untersuchung des Wido keine Marktkonzentration in den Bereichen der Arzneimittel mit Rabattverträgen zu beobachten. Im Gegenteil. Diese nahm sogar ab. Auch der Wechsel von Präparaten nahm ab. Eine kontinuierliche Versorgung wird somit sichergestellt.

2. Änderungsantrag 2: Belegter Zusatznutzen bei Reserveantibiotika

Die Resistenzlage von Antibiotika wird in der frühen Nutzenbewertung vom G-BA bereits jetzt berücksichtigt. Eine Sonderregelung ist nicht notwendig, da Antibiotika haben bis dato in jedem Verfahren einen Zusatznutzen haben nachweisen können. Die Bekämpfung von bakteriellen Resistenzen ist ein wichtiges Ziel und muss einen multimodalen Ansatz folgen. Eine gesonderte Behandlung in der frühen Nutzenbewertung scheint nicht zielführend. Schon im November 2017 passte der G-BA seine Verfahrensordnung hinsichtlich der Berücksichtigung der Resistenzen in der frühen Nutzenbewertung von Antibiotika an. Diese Anpassung war eine Folgeänderung des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz. Eine weitere Verschärfung scheint in Anbetracht der guten Ergebnisse von Antibiotika-Bewertungen nicht nötig.

IV. Weiterer Änderungsbedarf

1. Begrenzung des Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz zumindest auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) wurde zum 1.1.2015 ein vollständiger Einkommensausgleich für den Zusatzbeitragssatz (ZBS) eingeführt. Ziel dieser Gesetzgebung war zu vermeiden, dass eine Krankenkasse bei gleichem Finanzierungsbedarf nur deshalb einen höheren Zusatzbeitragssatz erheben muss, weil ihre Mitglieder über ein geringeres beitragspflichtiges Einkommen verfügen.

Das Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung wird durch den vollständigen Einkommensausgleich jedoch teilweise in sein Gegenteil verkehrt: Krankenkassen, die ihre Mitglieder mit überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssätzen besonders stark belasten müssen, steht selbst nicht zwangsläufig auch der höhere Beitrag zur Verfügung. Teilweise werden die auf diesem Wege erhobenen Finanzmittel zur Subventionierung besonders günstiger Beitragssätze anderer Krankenkassen genutzt.

Von der dargestellten Problematik sind insbesondere Krankenkassen in Ballungsgebieten betroffen. Ihre Mitglieder beziehen zwar einerseits höhere Einkommen, andererseits entstehen den Krankenkassen aber auch höhere Kosten durch eine teurere Versorgung. Werden einer Kasse dann über den vollständigen Einkommensausgleich die Vorteile der höheren Einkommen aus dem Zusatzbeitragssatz genommen, fehlen ihr Gelder zur Finanzierung der überdurchschnittlich hohen Ausgaben.

Die Verzerrungen können reduziert werden, wenn der Einkommensausgleich zumindest auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes begrenzt wird. Dazu ist folgende Regelung zu treffen: Muss eine Krankenkasse einen Zusatzbeitragssatz oberhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes erheben, erfolgt für den übersteigenden Prozentsatz kein Einkommensausgleich.

Änderungsvorschlag:

§ 270 a SGB V wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Zwischen den Krankenkassen wird im Hinblick auf die von ihnen gemäß § 242 erhobenen Zusatzbeiträge nach Maßgabe der folgenden Absätze ein Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder durchgeführt.“

b) In Absatz 2 werden nach Satz 2 die folgenden Sätze eingefügt:

„Der Einkommensausgleich erfolgt ausschließlich bis zur Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 a SGB V. Erhebt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitragssatz über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, wird für diesen Teil des Zusatzbeitragssatzes kein Einkommensausgleich durchgeführt."

2. Erhöhung der Transparenz über die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen

Derzeit ist die Transparenz hinsichtlich der Buchungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen gering. Entsprechend besteht ein gewisser Spielraum, ein bestimmtes Geschäftsergebnis auszuweisen. Auf Grund des Imparitäts- bzw. Vorsichtsprinzips, das von den Krankenkassen bei der Bilanzierung anzuwenden ist, sind drohende Verpflichtungen, die in der Höhe zum Bilanzierungszeitpunkt noch ungewiss sind, kassenindividuell zu schätzen. Zudem werden sich abzeichnende positive Geschäftsverläufe nachweislich dazu genutzt, um Rückstellungen für die betriebliche Altersvorsorge der Mitarbeiter zu bilden, die in der jeweiligen Höhe nicht in dem betreffenden Geschäftsjahr gebildet werden müssten, aber Risiken in der Zukunft abfedern. Der Öffentlichkeit und dem Versicherten wird somit ein Geschäftsergebnis dargestellt, das gerade im Hinblick auf die angelegten Bewertungsmaßstäbe interpretationsbedürftig ist und von der Finanzrealität der Krankenkasse teils sogar erheblich abweichen kann.

Intention des Gesetzgebers war es jedoch, Transparenz zu den Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen herzustellen. Konsequenterweise sollten daher in die Veröffentlichungspflicht der Krankenkassen auch Erläuterungen zu den gebuchten Forderungen und Verpflichtungen aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag:

§ 305b SGB V wird wie folgt geändert:

a) § 305b S. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen, mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse, veröffentlichen im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung inklusive der Erläuterungen aus dem Anhang in einer für die Versicherten verständlichen Weise."

b) § 305b S. 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Zu veröffentlichen sind insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben, zur Vermögenssituation sowie Erläuterungen zu den in der Bilanz gebildeten und aufgelösten gebuchten Forderungen und Verpflichtungen."

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(30.2)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
13.12.2019

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200
FAX (030) 2700406-222
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 12.12.2019

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN „Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln“
(Drucksache 19/9565)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen das Anliegen der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, Transparenz über das Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung herzustellen. Somit soll einerseits die Möglichkeit für Versicherte geschaffen werden, die Krankenkassen hinsichtlich ihrer Versorgungs- und Servicequalität zu vergleichen. Andererseits soll ein Wettbewerb um gute Versorgung angekurbelt werden, anstelle eines Wettbewerbs der sich allein an der Höhe des Zusatzbeitragssatzes bzw. Satzungs- und Bonusleistungen orientiert.

Die Betriebskrankenkassen bewerten den (Zusatz-)Beitragssatz allein als einen unzureichenden Wettbewerbsparameter, solange ihm keine Parameter für die Leistungsqualität gegenüberstehen. Darüber hinaus werden Impulse für eine Verbesserung der Versorgungsqualität in einem reinen Preiswettbewerb nicht gesetzt. Die Überwindung des reinen Preiswettbewerbs zwischen den Krankenkassen kann nach Auffassung der Betriebskrankenkassen nur gelingen, wenn die Nutzer, die Versicherten, in das Blickfeld gerückt werden. Wenn der Wettbewerb in die richtige Richtung gelenkt werden soll, muss Transparenz über Servicequalität und Leistungsbereitschaft der Kassen hergestellt werden. Den Versicherten müssen über den Zusatzbeitragssatz hinausgehende Parameter an die Hand geben werden, die einen Vergleich der Kassen überhaupt erst möglich machen.

Die Betriebskrankenkassen setzen sich in diesem Sinne proaktiv für eine Qualitätsdebatte in der gesetzlichen Krankenversicherung ein; zum Beispiel haben einige Betriebskrankenkassen bereits eigene Widerspruchszahlen veröffentlicht. Wenngleich Widerspruchszahlen oder das Bewilligungs- bzw. Ablehnungsverhalten in der Beurteilung von Qualität zwar nur begrenzt aussagekräftige Indikatoren sind, ist eine Veröffentlichung von Zahlen des Leistungsgeschehens ein erster wichtiger Schritt in Richtung Qualitätswettbewerb.

Inwieweit für das Monitoring und die Bereitstellung von Qualitätsinformationen auf bestehende Angebote und Strukturen zurückgegriffen werden kann oder ob zu diesem Zweck eigens eine Patientenstiftung zu gründen ist, sollte diskutiert werden. Die Betriebskrankenkassen befürworten den Vorschlag, Anreize und Instrumente auszuloten, die die Krankenkasse für gute Versorgung belohnen. Eine Beteiligung der Wissenschaft bzw. des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) ist diesbezüglich zu begrüßen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(31)
gel. ESV zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
16.12.2019

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen

in Kooperation mit Prof. Dr. Florian Buchner, Hochschule Kärnten

Stellungnahme zum Regierungsentwurf des GKV-FKG:

Grundrichtung stimmt, Nachbesserungsbedarf besteht

12. Dezember 2019

1. Allgemeine Bemerkungen:

Der vorliegende Gesetzentwurf zum GKV-FKG nimmt wesentliche Teile des „Sondergutachtens“ und des „Regionalgutachtens“ auf, die der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) beim Bundesversicherungsamt unter Vorsitz von Prof. Wasem 2017 und 2018 vorgelegt hat. Dies ist zu begrüßen, da insoweit der RSA zielgerichtet weiterentwickelt wird. Der Gesetzentwurf enthält darüber hinaus weitergehende Regelungen, die differenziert zu beurteilen sind. Nicht alle Regelungen des Gesetzentwurfs folgen den Empfehlungen des Gutachtens – und so tragen auch nicht alle Regelungen cum grano salis zu einer sachgerechten Weiterentwicklung des RSA bei.

Neben der inhaltlichen Weiterentwicklung sieht der Gesetzentwurf eine weitgehende Neukodifikation der RSA-bezogenen Regelungen des SGB V und der Risikostrukturausgleichsverordnung vor. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen, da diese Rechtsquellen insbesondere nach Einführung des Gesundheitsfonds und dem Übergang zur Morbiditätsorientierung des RSA nur noch schwer zu lesen waren. Die Neukodifikation ist sorgfältig gemacht und gibt das politisch Gewollte in gut verständlicher Form und technisch korrekt wieder.

Im Folgenden gehen wir nur auf ausgewählte Regelungen des Gesetzentwurfs ein.

2. Regelungen zur Thematik „Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens durch Krankenkassen“

Der Gesetzentwurf sieht eine Reihe von Regelungen zur Thematik „Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens durch Krankenkassen“ vor. Bemühungen, Manipulationen bei ärztlichen Kodierungen durch Krankenkassen zu verhindern, sind grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings ist uns wichtig darauf hinzuweisen, dass die Untersuchungen des Wissenschaftlichen Beirats keine Anhaltspunkte für flächendeckendes Upcoding sondern im

Wesentlichen für Right-Coding gezeigt haben: So sind die Prävalenzen, die mit GKV-Daten gemessen werden, in den Fällen, in denen eine entsprechende Überprüfung möglich war, nicht höher gewesen als die Versorgungsepidemiologie durch dem GKV-System externe Datenquellen (insbesondere: Bevölkerungsgesundheitsstudien) ermittelt. Der Verdacht, in erheblichem Umfang seien Versicherte „kränker" gemacht worden als zutreffend, lässt sich mit den insoweit sehr sorgfältigen Analysen des Wissenschaftlichen Beirats nicht belegen.

Auf einige Aspekte der vorgesehenen Regelungen soll im Folgenden näher eingegangen werden.

a. „Keine Vergütung für Diagnosen"

An mehreren Stellen des SGB V wird nachgeschärft, dass keine Vergütungen für Diagnosen gezahlt werden sollen, z.B. durch die Neuformulierung von § 73b Abs. 5 Sätze 7ff SGB V. Das Anliegen der Bundesregierung ist hierbei durchaus verständlich. Allerdings besteht bei einer restriktiven Auslegung der Vorschrift durch die Aufsichten die Gefahr, dass sinnvolle Versorgungssteuerung nicht mehr möglich ist. Denn Versorgungsverträge nehmen notwendigerweise im allgemeinen spezifische Krankheiten in den Fokus. Dass Versicherte an den entsprechenden Krankheiten leiden, ist daher zwingendes Einschlusskriterium in entsprechende Verträge. Würden solche Verträge nicht mehr möglich sein, würde die von der Gesundheitspolitik gewollte Verbesserung der Versorgung insbesondere auch durch Selektivverträge beeinträchtigt werden. Insoweit besteht das Risiko, dass die Änderungen über das Ziel hinausschießen.

Wir schlagen daher eine Neuformulierung vor, die das politisch Gewollte klarer zum Ausdruck bringt. Beispielhaft an § 73b Abs. 5 Sätze 7ff (Änderungen/Anfügung unterstrichen, wegfallender Text durchgestrichen; gilt für die anderen Stellen im Gesetzentwurf mit vergleichbarem Inhalt entsprechend):

„Vereinbarungen, die eine Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen ~~als Voraussetzung für Vergütung~~ 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. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden und über die Leistungen der Regelversorgung hinaus gehen, sind zulässig."

Mit der Neuformulierung in Satz 7 erster Halbsatz wird klargestellt, dass das Verbot sich auf die Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen bezieht.

Durch die vorgeschlagene Anfügung von Satz 9 wird klargestellt, dass Vergütungen für über die Regelversorgung hinausgehende Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patienten mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, möglich bleiben.

b. „Manipulationsbremse“

Der Gesetzentwurf sieht in § 266 Abs. 8 SGB V n.F. den Ausschluss der Risikogruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten vor. In § 19 RSAV n.F. ist geregelt, dass hierfür ein Schwellenwert von 0,05 % der Versichertenzeiten gilt. Dem GKV-Spitzenverband soll ein Vetorecht gegen den Ausschluss eingeräumt werden, wenn der Diagnosenanstieg „medizinisch oder diagnostisch bedingt ist.“

Auch wenn das Grundanliegen des Vorschlages verständlich ist, erscheint die Regelung insgesamt jedoch problematisch. So ist zunächst fraglich, inwieweit ein Algorithmus, welcher Morbiditätsgruppen für alle Krankenkassen aus der Zuweisung streicht, in der Lage ist, den unterstellten vorhandenen Vorsatz für manipulative Aktivitäten einzelner Krankenkasse zu begrenzen. Im (allerdings eher unrealistischen) Fall, dass keinerlei Manipulationen stattfänden, würden willkürlich bis zu 5 % umsatzstarker und damit versorgungsrelevanter HMGs gestrichen. Die Regelung ist auch vor dem Hintergrund zu würdigen, dass die kassenindividuellen Prüfverfahren (§ 273 SGB V) mit dem Gesetzentwurf weiterentwickelt werden.

Dass Krankheiten mit hohen Prävalenzanstiegen künftig quasi automatisch künftig nicht mehr im RSA berücksichtigt werden, macht zumindest einen Teil des Fortschritts durch den Übergang zum Vollmodell zunichte und ist insoweit kontraproduktiv. Denn mit der Umverteilung der durch die Streichung der HMGs frei werdenden Mittel auf die übrigen Variablen geht immer auch ein Abbau der Morbiditätsorientierung einher, weil ein Teil dieser Mittel über Alter und Geschlecht verteilt wird und daher Beiträge zu einer Überbezahlung Gesunder geleistet werden. Dies schafft neue Anreize zur Risikoselektion. Daher plädieren wir dafür, die Regelung zu streichen.

Alternativ ist als Mindestkorrektur zwingend erforderlich, die Regelung weiter zu entwickeln. Insbesondere muss die Vetomöglichkeit des GKV-Spitzenverbandes ausgebaut werden. Bislang ist vorgesehen, dass dieser widersprechen kann, wenn der Anstieg medizinisch oder diagnostisch bedingt ist. Dies ist keinesfalls ausreichend. So kann ein Prävalenzanstieg auch aus Katalogeffekten bei ambulanten und stationären Kodierrichtlinien und im DRG-System sowie bei Änderungen im RSA (Neuzuschnitt von HMGs) resultieren. Das Vetorecht des GKV-Spitzenverbandes ist zwingend auf Anstiege infolge von Katalogeffekten zu erweitern.

c. Verbot der Beratung der Ärzte über verordnete Leistungen durch Kassen

Das Anliegen der Bundesregierung, „Kodiermanipulationen" durch Krankenkassen zu vermeiden ist – wie bereits ausgeführt – legitim und nachvollziehbar und wird von uns unterstützt. Der Vorschlag der Bundesregierung, in diesem Zusammenhang die bisher in § 305a SGB V vorgesehene Aufgabe auch der Krankenkassen, Vertragsärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen zu beraten, zu streichen, geht weit über das Ziel hinaus und ist daher abzulehnen. Die beabsichtigte Änderung ist unverhältnismäßig und schüttet das Kind mit dem Bade aus. Der im Rahmen der Aufgabe nach § 305a SGB V realisierte Dialog zwischen den jeweiligen Vertragsärzten und einer Krankenkasse ist notwendig und unverzichtbar; er dient nicht nur der Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit, sondern auch der Qualität und der Patientensicherheit. Die vorgesehene Änderung von § 305a SGB V ist daher zu streichen.

3. Übergang zum „Vollmodell" im RSA berücksichtigter Erkrankungen

Mit der Neufassung der §§ 266, 267 SGB V sowie der Neukodifizierungen in der RSAV wird der Übergang von einem auf 50-80 Auswahlerkrankungen bezogenen RSA-Modell zu einem „Vollmodell" aller Erkrankungen vollzogen.

Der Wissenschaftliche Beirat hat sich in seinem Sondergutachten 2017 ausführlich mit der Frage der Krankheitsauswahl beschäftigt. Er hat einerseits festgestellt, dass bei einer Begrenzung der in den RSA einbeziehbaren Erkrankungen der aktuelle Auswahlalgorithmus von seiner Leistungsfähigkeit den alternativ diskutierten Auswahlansätzen (Stichwort: Logarithmus statt Quadratwurzel) überlegen ist. Andererseits aber hat er festgestellt, dass ein Fortfall der Begrenzung im Rahmen eines „Vollmodells" einen weiteren wichtigen Schritt insbesondere in Richtung eines Abbaus der Überdeckungen für „Gesunde" und der Unterdeckungen für „Kranke" leistet. Daher hat sich der Beirat eindeutig für den Übergang zum Vollmodell ausgesprochen.

Diese Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats ist nach wie vor sachgerecht; wir begrüßen daher nachdrücklich den Übergang zum Vollmodell. Wir möchten auch an dieser Stelle deutlich machen, dass die sog. „Manipulationsbremse" den Übergang zum Vollmodell konterkarieren würde und wir sie auch daher ablehnen.

In der Diskussion ist verschiedentlich geäußert worden, durch ein Vollmodell würden die Ansatzmöglichkeiten für Beeinflussung von Kodierverhalten durch Krankenkassen erweitert. Dies trifft für sich genommen zu. Auf der anderen Seite gilt allerdings auch, dass die Kosten-Nutzen-Relation von entsprechenden Aktivitäten für die Krankenkassen sich beim Übergang zum Vollmodell durch die deutlich niedrigeren Beträge der Zuweisungen für einzelne Erkrankungen reduziert; zumal bei besonders teuren Erkrankungen durch den Risikopool ebenfalls eine deutliche Reduktion der Zuweisungen über die entsprechenden HMGs bewirkt wird. Zudem ist auf die zahlreichen Instrumente zu

verweisen, die der Gesetzentwurf gegen regelwidrige Einflussnahme auf Kodierverhalten der Ärzte vorsieht.

Teilweise wird der Übergang zum Vollmodell mit dem Hinweis abgelehnt, praktisch würde es in der Umsetzung im Klassifikationsmodell ohnehin nicht für alle Krankheiten Zuweisungen geben, deswegen sollte der Schritt zum Vollmodell nicht vollzogen werden. Dieses Argument ist nach unserer Auffassung nicht tragfähig. Es ist sachlich gerechtfertigt, beim Bilden von Hierarchisierten Morbiditätsgruppen einzelne Gruppen auf Null zu setzen, wenn sie keine statistisch signifikante Zuweisung generieren. Im Ausgangsmodell der Anpassungsarbeiten des BVA sollten jedoch alle Krankheiten (Vollmodell) in die Analysen einfließen.

4. Streichung der Erwerbsminderungsvariable

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Erwerbsminderungsstatus künftig keine Risikovariable im RSA mehr sein soll.

In der verbandspolitischen Landschaft ist die Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus seit Einführung des RSA umstritten gewesen und die Intensität der Debatte hat mit Übergang zum Morbi-RSA 2009 zugenommen. Der Wissenschaftliche Beirat hat sich daher in seinem Sondergutachten 2017 sehr umfassend mit der Thematik beschäftigt. Im Ergebnis stellt er nachdrücklich fest, dass eine Streichung der Variablen nicht sachgerecht ist, weil die betroffenen Versicherten dann deutlich (im Durchschnitt über 1.000 Euro pro Person und Jahr) unterdeckt sind. Allerdings sieht der Wissenschaftliche Beirat Weiterentwicklungspotenziale darin, die Erwerbsminderungsvariablen als Schweregrad-Indikator für die Morbiditätsgruppen zu verwenden. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die mit dem Erwerbsminderungsstatus einhergehenden Mehrausgaben zwischen den verschiedenen Erkrankungen unterschiedlich sind. Um die hohen Unterdeckungen bei jungen Erwerbsminderungsrentnern zu beheben, wurde als erster Schritt eine bessere Altersabgrenzung für diese Versicherten angeregt.

Wir halten die der Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats weiterhin für richtig. Die Streichung der Erwerbsminderungsvariable ist nicht sachgerecht. Die Begründung des Gesetzentwurfs läuft ins Leere. Insbesondere ist die Begründung, für gleichkranke Versicherte ohne dieses Statusmerkmal gäbe es ebenfalls keine erhöhten Zuweisungen, nicht sachgerecht – diese Versicherten können wegen fehlenden Statusmerkmals nicht als Gruppe identifiziert werden, daher kann die Krankenkasse auch nicht gegen sie Risikoselektion betreiben. Die Verschlechterung der Zielgenauigkeit des RSA auf Basis einer solchen fehlgeleiteten Argumentation ist nicht zu rechtfertigen.

Die Regelung sollte daher im parlamentarischen Verfahren modifiziert werden: Im Klassifikationsmodell sollte der Erwerbsminderungsstatus als Schweregrad-Indikator

berücksichtigt werden, im Einstieg könnte eine stärkere Altersdifferenzierung der Erwerbsminderungsvariablen vorgenommen werden.

5. Einführung eines Regionalfaktors

Der Gesetzentwurf sieht die Einführung eines Sets von Regionalvariablen in das RSA-Klassifikationsmodell vor. Konkret ist (wie sich insbesondere aus der Gesetzesbegründung ergibt) vorgesehen, den vom Wissenschaftlichen Beirat im Regionalgutachten im Rahmen einer umfassenden Untersuchung vorgeschlagenen Ansatz des „regionalstatistischen Direktmodelles“ umzusetzen. Der Wissenschaftliche Beirat hatte hierbei eine Variante, bei der Angebotsvariablen berücksichtigt werden (M1) und eine Variante, bei der Angebotsvariablen nicht berücksichtigt werden (M2) vorgeschlagen. Der Begründung zum Gesetzentwurf ist zu entnehmen, dass die Bundesregierung ein Modell ohne Angebotsvariablen (M2) umsetzen möchte.

Wir begrüßen die Umsetzung eines regionalstatistischen Modelles als Direktmodell ohne Angebotsvariablen. Auch begrüßen wir, dass die Bundesregierung die Überlegungen des Wissenschaftlichen Beirats zu einem ergänzenden regional-orientierten Unterdeckungsausgleich nicht aufgegriffen hat. Solch ein ergänzender Ausgleich würde den RSA in die Nähe eines Ausgabenausgleichs rücken und die Wirtschaftlichkeitsanreize empfindlich mindern.

Allerdings möchten wir anmerken, dass wir es begrüßen würden, wenn der Gesetzgeber solche Variablen, die auch auf Individualbasis in den RSA einbezogen werden könnten, nicht in Form einer Regionalvariable sondern als individuelle Risikomerkmale berücksichtigen würde. Ein solcher Vorrang von Individual- vor Regionalvariablen kann die Zielgenauigkeit des RSA stärker verbessern. Um dies an einem Beispiel zu erläutern: Die Variable „(ambulante) Pflegebedürftigkeit“ wird voraussichtlich eine erklärende Variable bei Regionalanalysen sein (so ergab es sich zumindest im Regionalgutachten des Beirats), da in Kreisen mit anteilig überdurchschnittlich vielen Pflegebedürftigen tendenziell Unterdeckungen vorliegen. Allerdings werden diese Unterdeckungen in der Tendenz durch die Pflegebedürftigen als Individuen ausgelöst, so dass es sachgerechter wäre, Pflegebedürftigkeit als Individualmerkmal in den RSA einzubeziehen. Dies ist im konkreten Fall datentechnisch auch möglich (und datenschutzrechtlich unproblematisch), da die SGB XI-Daten einer Pflegekasse für den RSA mit den SGB V-Daten der entsprechenden Krankenkasse zusammengespielt werden können. Bei anderen statistisch mit regionalen Fehldeckungen korrelierenden Variablen findet sich dagegen keine Entsprechung in Individualdaten, so dass diese dann als Regionalvariablen in den RSA aufgenommen werden sollten.

6. Bonus für Teilnehmer an Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

Der Regierungsentwurf sieht die Einführung von „Bonus"-Zuweisungen für Teilnehmer an Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen vor. Damit sollen für die Krankenkassen Anreize gesetzt werden, die Teilnahme ihrer Versicherten an solchen Maßnahmen zu motivieren.

Der Wissenschaftliche Beirat hat sich in seinem Sondergutachten ausführlich mit der Thematik „RSA und Prävention" befasst. Er stellt fest, dass es ein Spannungsverhältnis zwischen Risikoausgleich für Erkrankungen und Präventionsanstrengungen durch die Krankenkassen gibt. Im Ergebnis sieht der Wissenschaftliche Beirat als sachgerecht an, eine eventuelle Förderung von Vorsorgeaktivitäten nicht innerhalb des RSA sondern parallel dazu durch gesonderte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vorzunehmen.

Es ist daher zu begrüßen, dass die vorgesehene Förderung von Vorsorge nicht zu einer Bereinigung der RSA-Zuweisungen führt, sondern (nach § 18 Abs. 2 RSAV n.F.) über die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen erfolgt.

7. Risikopool

Der Gesetzentwurf sieht die (Wieder-)Einführung eines Risikopools vor: Liegen die Leistungsausgaben eines Versicherten im Jahr über 100.000 Euro soll der übersteigende Betrag zu 80% aus dem Gesundheitsfonds als Risikopool finanziert werden. Nur die um die Erstattungen aus dem Pool für die entsprechenden Versicherten bereinigten Leistungsausgaben gehen anschließend bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben in die RSA-Berechnungen ein.

Der Wissenschaftliche Beirat hatte sich in seinem Sondergutachten zurückhaltend zur Wiedereinführung eines Risikopools geäußert. Insbesondere hatte er auf den deutlich erhöhten Kontrollaufwand bei einer Erstattung auf Ist-Ausgaben-Basis und auf die mangelnden Wirtschaftlichkeitsanreize hingewiesen. Auch mit Blick auf die Wirtschaftlichkeitsanreize hatte der Wissenschaftliche Beirat einen an Unterdeckungen nach RSA anstelle eines an Leistungsausgaben vor RSA ansetzenden Risikopool für besser geeignet angesehen.

Wir halten die Wertung des Wissenschaftlichen Beirats weiterhin für richtig und sehen einen Unterdeckungen-Risikopool für sachgerechter an als einen Leistungsausgaben-Risikopool. Wir konzedieren, dass der Leistungsausgaben-Risikopool in der Handhabung einfacher ist als der an Unterdeckungen nach RSA ansetzende Risikopool. Gleichwohl sollte wegen der besseren Anreizwirkungen die vorgesehene Regelung in § 268 SGB V n.F. entsprechend angepasst und auf einen Risikopool für verbleibende hohe Unterdeckungen nach RSA umgestellt werden.

Beide Ansätze können die in den letzten Monaten intensiver diskutierten Probleme ims Umgang mit sehr teuren Arzneimittelinnovationen abschwächen – wobei auch hier die Wirtschaftlichkeitsanreize bei einem an Unterdeckungen ansetzenden Risikopool stärker sind als bei einem an Leistungsausgaben ansetzenden Risikopool.

8. Absenkung von Zusatzbeiträgen zum Abbau von Rücklagen

Artikel 1 Nr. 18 des Regierungsentwurfs sieht vor, dass § 260 Absatz 2a und 4 SGB V ab dem 1. Januar 2020 anzuwenden sind. Krankenkassen mit die Obergrenze übersteigenden Rücklagen und Betriebsmitteln sind danach gezwungen, diese binnen drei Jahren durch Absenkung der Zusatzbeiträge abzubauen, danach noch vorhandene Überschreitungsbeträge sind an den Gesundheitsfonds abzuführen. Die aus dem GKV-VEG stammenden Regelungen waren bislang daran geknüpft, dass der RSA bis zum 31.12.2019 gesetzlich fortentwickelt wurde. Dieses Erfordernis soll nunmehr gestrichen werden.

Die Änderung begegnet erheblichen Bedenken. Sie wird auf kurze Sicht zu deutlichen Zusatzbeitragssatzsenkungen bei einigen Krankenkassen führen. Aller Erfahrung nach wird es in deren Folge zu einer hohen Zahl von Kassenwechslern insbesondere auch von Krankenkassen mit überdurchschnittlichen Zusatzbeiträgen kommen. Es ist auch hinreichend belegt, dass solche zusatzbeitragsinduzierten Kassenwechsler im Durchschnitt deutlich günstigere Risiken für die Krankenkassen sind, also positive Deckungsbeiträge aufweisen. Bei einem Abgang solcher Versicherter in größerer Zahl verschlechtert sich daher die finanzielle Situation der betroffenen Krankenkassen mit überdurchschnittlichen Zusatzbeiträgen und sie müssen dies Zusatzbeiträge weiter erhöhen. Dies bedingt weitere Kassenwechsel. Insofern kann die Regelung zu einer sich selbst verstärkenden Dynamik führen. Die Regelung kann auch zu einer Verzerrung im Wettbewerb zwischen regionalen und bundesweiten Krankenkassen führen, deren Beseitigung andererseits gerade mit der Einführung der Regionalfaktoren ein Schwerpunkt des Gesetzes ist.

Selbst wenn die Regelung erst dann in Kraft gesetzt würde, wenn die RSA-Reform liquiditätswirksam geworden ist, ist die beschriebene Dynamik nicht auszuschließen. Denn die sehr unterschiedliche Rücklagensituation besteht auch dann noch; sie trifft aber auf eine geänderte laufende Liquiditätssituation durch die RSA-Reform. In jedem Falle aber ist es nicht zu verantworten, sie wirksam werden zu lassen, ohne dass die RSA-Reform liquiditätswirksam geworden ist.

Die Verpflichtung, ab 1.1.2020 oberhalb der Höchstgrenze liegende Rücklagen und Betriebsmittel abzubauen, ohne dass der RSA gesetzlich weiterentwickelt wurde, ist daher zu streichen. Stattdessen ist als Voraussetzung zu fordern, dass die RSA-Reform liquiditätswirksam geworden ist. Dies wird erst 2021 der Fall sein.

9. Abschaffung der zweistufigen Haftungskaskade

Der Regierungsentwurf sieht die Abschaffung der zweistufigen Haftungskaskade, nach der zunächst bei finanziellen Schieflagen Kassen der gleichen Kassenart und im zweiten Schritt organisiert über den GKV-Spitzenverband sämtliche Krankenkassen haften, vor. In diesem Zusammenhang werden auch die Regelungen zu finanziellen Hilfen (§§ 265a, 265b SGB V) abgeschafft.

Mit der Einführung eines einstufigen Haftungssystems greift der Gesetzgeber eine entsprechende Überlegung des Wissenschaftlichen Beirats in seinem Sondergutachten auf. Der Beirat hatte festgestellt, dass ein wesentliches Kennzeichen des Kassenwettbewerbs auch der Wettbewerb innerhalb der Kassenarten sei. Vor diesem Hintergrund sei eine primäre Haftung bei Insolvenz oder Schließung durch Kassen der gleichen Kassenart wenig begründbar. Sachgerecht sei vielmehr ein einstufiges Haftungssystem, organisiert über den GKV-Spitzenverband.

Die Beseitigung der Haftungskaskade und den Übergang zu einem einstufigen Haftungssystem begrüßen wir.

10. Fazit

Wir fassen die wesentlichen Punkte unserer Stellungnahme zusammen:

- Der vorliegende Gesetzentwurf zum GKV-FKG nimmt wesentliche Teile des „Sondergutachtens“ und des „Regionalgutachtens“ des Wissenschaftlichen Beirats auf. Insoweit erfolgt durch den Gesetzentwurf überwiegend eine zielgerichtete Weiterentwicklung des RSA. Einige Regelungen tragen allerdings nicht zu einer sachgerechten Weiterentwicklung des RSA bei.

- Die Neukodifikation der einschlägigen Vorschriften in SGB V und RSAV trägt zur Verständlichkeit des Morbi-RSA bei und ist zu begrüßen.

- In § 73b Abs. 5 Sätze 7ff muss klargestellt werden, dass die Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen unzulässig ist, dagegen Vergütungen für über die Regelversorgung hinausgehenden Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, zulässig bleiben.

- Der Ausschluss der Risikogruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten (§ 266 Abs. 8 SGB V n.F. i.V.m. § 19 RSAV n.F.) zu streichen.

  Alternativ ist zumindest die Vetomöglichkeit des GKV-Spitzenverbandes auszubauen. Sie muss zwingend auch Anstiege infolge von Katalogeffekten umfassen.

- Die vorgesehene Änderung von § 305a SGB V (keine Wirtschaftlichkeitsberatung der Vertragsärzte mehr durch Krankenkassen) ist ersatzlos zu streichen.

- Der Übergang zum „Vollmodell" im RSA berücksichtigter Erkrankungen wird nachdrücklich unterstützt.

- Die Streichung der Erwerbsminderungsvariable ist abzulehnen. Anstelle dessen sollte der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirates aufgegriffen werden: Im Klassifikationsmodell sollte der Erwerbsminderungsstatus als Schweregrad-Indikator berücksichtigt werden; im Einstieg ist eine stärkere Altersdifferenzierung der Erwerbsminderungsvariable zielführend.

- Wenn ein Regionalfaktor eingeführt werden soll, ist die Umsetzung eines regionalstatistischen Modelles als Direktmodell ohne Angebotsvariablen zu begrüßen. Allerdings sollte ein Vorrang von Individual- vor Regionalvariablen normiert werden.

- Es ist zu begrüßen, dass die von der Bundesregierung als erforderlich angesehenen „Bonus"-Zuweisungen für Teilnehmer an Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen außerhalb des RSA und risikoneutral aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden.

- Wir erachten einen an Unterdeckungen nach RSA ansetzenden Risikopool für sachgerechter als einen an hohen Leistungsausgaben vor RSA ansetzenden Risikopool und schlagen eine entsprechende Änderung der in § 268 SGB V n.F. vorgesehenen Regelung vor.

- Die Verpflichtung, ab 1.1.2020 oberhalb der Höchstgrenze liegende Rücklagen und Betriebsmittel abzubauen, ohne dass der RSA gesetzlich weiterentwickelt wurde, ist zu streichen. Die Regelungen des § 260 Abs. 2a und 4 SGB V dürfen frühestens 2021 wirksam werden.

- Die Beseitigung der Haftungskaskade und der Übergang zu einem einstufigen Haftungssystem sind sachgerecht.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(32)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 - GKV-FKG
16.12.2019

Stellungnahme

der GWQ ServicePlus AG

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18. Dezember 2019

GWQ-Faktencheck

Lieferengpässe und Rabattverträge

Stand: 16.12.2019

Eine bedarfsgerechte, kontinuierliche und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung wird von allen Beteiligten im deutschen Gesundheitswesen zurecht erwartet und daher selbstverständlich auch von der GWQ unterstützt. Der Patient muss zeitnah das von ihm benötigte Medikament erhalten. Dieses Ziel gilt es im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes des SGB V zu erreichen. In einer hierzu von der Politik geforderten wettbewerblichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber den Krankenkassen u.a. das Instrument der Rabattverträge an die Hand gegeben. Durch die aktuelle Mechanik der Rabattverträge ist es möglich, kompetitiv Effizienz- und Wirtschaftlichkeitspotentiale in der Versorgung mit Arzneimitteln zu generieren.

In letzter Zeit mehren sich Meldungen über Lieferengpässe bei Arzneimitteln. Diese werden auch in Zusammenhang mit einer – womöglich rabattvertragsinduzierten – Konzentration der Wirkstoffproduktion in Drittländern gestellt. In diesem Kontext werden eine Vielzahl von – teils interessengeleiteten – Forderungen erhoben, die mit der Kernfrage der Lieferengpässe nicht oder nur wenig zu tun haben. Auch die Politik hat sich zwischenzeitlich des Themas angenommen. Da es offensichtlich Verunsicherungen bei Patienten und Versicherten sowie bei den Leistungserbringern gibt, ist dies grundsätzlich zu begrüßen. Einige Aspekte, wie z. B. die Forderung nach mehr Transparenz im Liefer- und Marktgeschehen, eine Ausweitung der Meldepflichten oder Exportbeschränkungen, gehen in die richtige Richtung. Fraglich sind allerdings die Zusammenhänge bei Rabattverträgen und die daraus abgeleiteten Forderungen.

Die GWQ möchte nachfolgend zu einer Versachlichung der Diskussion beitragen, Missverständnisse klären und nicht sachgerechten Entwicklungen entgegensteuern.

- **Gibt es Lieferengpässe im Rabattvertragssegment und haben diese Versorgungsrelevanz?**
  Sofern Rabattvertragsarzneimittel nicht lieferfähig sind, vermerkt der Apotheker ein Sonderkennzeichen auf dem Rezept und gibt ein identisches, aber für diese Krankenkasse nicht rabattiertes Arzneimittel ab. Die Patientenversorgung mit dem von ihm benötigten Medikament ist sichergestellt. Die Quote dieser Form von „Lieferausfällen“ beträgt GKV-weit im 1. Halbjahr 2019 2,37 Prozent(1). Anders ausgedrückt: In rund 98 Prozent der Fälle besteht Liefertreue mit Rabattvertragsarzneimitteln.

  Aktuell treten in der Tat gehäuft Lieferschwierigkeiten – auch bei wichtigen generisch verfügbaren Molekülen – auf, die allerdings auf Sonderfaktoren zurückzuführen sind und wahrscheinlich temporären Charakter haben. Dazu drei Beispiele zu umsatzstarken Wirkstoffen:

  - Ibuprofen
    Der Wirkstoff wird weltweit sehr stark und mit großen Zuwächsen nachgefragt. Die Produktion in den weltweit sechs Großanlagen hinkt dieser Nachfrage ohnehin schon hinterher. Infolge eines Hurricans ist eine Großanlage in den USA ganz bzw. teilweise ausgefallen.

- Venlafaxin/Levetirazetam
  Umstellungsprobleme wegen Umsetzung „securPharm“[(2)]. Nach Informationen der GWQ sind einige Chargen von Landesbehörden nicht oder verspätet freigegeben worden, da Auflagen aufgrund von „securPharm“ nicht hinreichend erfüllt wurden.

- Wirkstoffgruppe Sartane[(3)]: Valsartan, Candesartan, Irbesartan, Losartan, Olmesartan
  Hier ist es in der Produktion zu Verunreinigungen des Wirkstoffes gekommen. So wurden Nitrosamine nachgewiesen, die als wahrscheinlich menschliche Karzinogene einzustufen sind.

  Insgesamt ist bei Rabattvertragsarzneimitteln eine sehr hohe Verfügbarkeit gegeben. Hersteller gehen bei Rabattverträgen eine Lieferverpflichtung ein, die bei Verstoß teils erhebliche Konventionalstrafen nach sich zieht. Außerhalb der Rabattverträge sind Lieferausfälle nicht sanktionsfähig.

Im Rabattvertragssegment gibt es in der Regel keine versorgungsrelevanten Lieferengpässe. Aktuell gehäufte Meldungen von Lieferengpässen sind auf Sonderfaktoren zurückzuführen und haben ihre Ursachen nicht in Rabattverträgen.

- **Ist der Aufwand durch Rabattverträge in Apotheken unzumutbar hoch?**
  Die Versorgung mit Arzneimitteln wird durch die Apotheken sichergestellt. Wie sieht das konkret bei Rabattvertragsarzneimitteln aus?
  Vereinfachend betrachtet betritt der Patient mit Rezept die Apotheke. Der Apotheker überprüft auf Basis der Krankenkassenzugehörigkeit des Versicherten am Computer, ob und inwieweit ein Rabattvertrag für das Medikament/den Wirkstoff existiert. Ist es der Fall, prüft er, ob das Medikament vorrätig ist oder er es bestellen muss. Nur wenn es nicht lieferbar ist, darf er wirkstoffgleich substituieren. Ist das verordnete Medikament kein Rabattarzneimittel der Krankenkasse des Kunden, darf er mit einem Präparat substituieren, das er vorrätig hat oder bestellen muss. Dies ist im Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung (Stand: 07/2019[(4)]) genau geregelt. Um die Apotheken bei Nicht-Verfügbarkeit von Rabattarzneimitteln um bürokratische Prozesse zu entlasten, wurden im neuen Rahmenvertrag Anpassungen vorgenommen: Zum Nachweis einer Lieferfähigkeit ist nunmehr eine vom Großhandel gemäß § 53b AMG zur Verfügung gestellte Liste über die Verfügbarkeitsanfragen ausreichend. Nach Klarstellung durch den GKV-Spitzenverband ist in der Regel auch keine Rücksprache mit dem verordnenden Arzt notwendig, sofern bei Nichtverfügbarkeit ein austauschbares Präparat von der Apotheke abgeben wird, welches zu den vier günstigsten Präparaten gehört.

  Ein besonders hoher Aufwand bei der Abgabe von Rabattvertragsarzneimitteln ist nicht erkennbar und zudem gesetzlicher Auftrag der Apotheken. Die aktuell höheren Aufwände, wie sie jüngst von den Apothekern beklagt werden, sind real aber nicht vertragsinduziert, sondern, wie oben dargestellt, auf die zeitgleich auftretenden Sondereffekte zurückzuführen. Dies betrifft i.Ü. ländliche kleinere Apotheken und Apotheken in städtischen Strukturen gleichermaßen. Eventuell feststellbare aufwändigere Beschaffungsprozesse in Apotheken müssen andere Gründe haben.

- **Kann die verpflichtende Mehrfachvergabe für mehr Vielfalt sorgen?**

  Das AOK-System[5] ist aufgrund der hohen Marktmacht in der Lage, auch Exklusivvergaben im Markt zur Umsetzung zu verhelfen. Die übrige GKV praktiziert bereits heute überwiegend eine Mehrfachvergabe (in der Regel dreifache Vergabe), sofern eine ausreichende Anzahl an Herstellern den Wettbewerb sicherstellt. In vielen Fällen gibt es aber nicht genug Anbieter, um eine Mehrfachvergabe wirtschaftlich durchzuführen. Sofern das nicht der Fall ist, werden zwei oder weniger Zuschläge vergeben. Eine uneingeschränkte Verpflichtung zur Mehrfachvergabe führt dazu, dass rund 25 Prozent der Rabattvertragseinsparungen nicht mehr realisiert werden können. Dies wäre gleichbedeutend mit einer Mehrbelastung der GKV von gut einer Mrd. Euro [6].

  Die verpflichtende Mehrfachvergabe führt nicht zu mehr Herstellern. Die Anbietervielfalt kann nur durch pluralistische Strukturen in der GKV bei der Anwendung des Instruments der Rabattverträge gewährleistet werden.

- **Verursachen die deutschen Rabattverträge Konzentrationsprozesse in der pharmazeutischen Industrie und bei ihren Lieferanten?**

  Die Gründe für die Lieferausfälle sind äußerst heterogen und lassen sich keinesfalls pauschalisiert mit „Kostendruck“ erklären. Durch die Vielzahl an Anbietern im globalen Generika-Geschäft ist der Wettbewerbs- und Preisdruck per se extrem hoch. Das ist auch naheliegend, denn bei identischen Produkten (z. B. Generika) ist der Preis das wesentliche Kriterium. Diesen Wettbewerbs- und Preisdruck hat es vor Rabattverträgen gegeben (Stichwort: „Naturalrabatte“) und würde gleichermaßen auch ohne Rabattverträge fortbestehen. Rabattverträge sind das Instrument, durch das der Wettbewerb zum Vorteil der solidarisch finanzieren gesetzlichen Krankenversicherung genutzt wird.

  Konzentrationsprozesse sind auf Seiten der Wirkstoffproduzenten zu beobachten wie auch eine Verlagerung in das nicht-europäische Ausland. Dies ist aber ursächlich nicht auf das Instrument der Rabattverträge zurückzuführen. Weltweit gibt es in den Gesundheitssystemen die Notwendigkeit, die Versorgung wirtschaftlich zu organisieren. Dazu werden die unterschiedlichsten Instrumente genutzt. Unabhängig vom Instrument der Rabattverträge ist es unter diesen Rahmenbedingungen naheliegend, dass die Hersteller ihre Prozesse optimieren und an weniger Standorten konzentrieren. Dies ist im Übrigen ein Prozess, der auch außerhalb des Generikabereiches zu beobachten ist.

  Deutsche Rabattverträge sind nicht der Grund für globale Konzentrationsprozesse auf Seite der Anbieter von Wirkstoffen.

Ergebnis Faktencheck:
Eingriffe in das Rabattvertragssystem sind nicht erforderlich bzw. sogar schädlich.

- Rabattverträge sind ein seit Jahren gut funktionierendes und wichtiges Instrument zur Umsetzung des im SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebotes in der GKV. Sie generieren jährliche Einsparungen von über vier Mrd. Euro jährlich(5). Das Vorgehen bei Lieferengpässen ist etabliert und wurde im Rahmenvertrag zwischen dem GKV Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband abgestimmt.

- Die politische Entscheidung für eine wettbewerbliche Weiterentwicklung der GKV war aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen richtig. Wettbewerb generiert positive Effekte durch Vielfalt, nicht durch Monopole.

- Monopole, wie sie durch regional gemeinsame Ausschreibungen entstehen würden, bergen Gefahren für die Anbietervielfalt bei den Herstellern und Lieferausfälle wären aufgrund der extrem hohen Absatzmengen nicht beherrschbar.

Quellenangaben:

(1) Datengrundlage: IQVIA HJ 1 2019 (Stand 10.2019), GKV Anteil Packungen mit SKZ 1 „Nicht Verfügbarkeit Rabattarzneimittel“ am GKV Absatz Rabattpackungen
(2) https://www.securpharm.de/gesetzliche-grundlagen/
(3) https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/s-z/valsartan.html
(4) https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/rahmenvertraege/apotheken/20190101_AM_Rahmenvertrag_129_Absatz-2_SGB-V.pdf
(5) Zuschläge AOK-System unter: https://www.aokgesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/arzneimittel/rabatt/aok_rabattvertraege_vertragsstand_juni2019.pdf
(6) https://www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds-strukturfonds/finanzergebnisse.html

Die GWQ ServicePlus AG ist ein von Betriebskrankenkassen gegründetes Dienstleistungsunternehmen. Sie versteht sich als Gemeinschaft mittelständischer Krankenkassen, für die sie innovative Lösungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung entwickelt. Die Verträge und Dienstleistungen der GWQ können von allen Krankenkassen als Aktionärs- oder Kundenkasse in Anspruch genommen werden.

Ansprechpartner bei der GWQ ServicePlus AG:
Oliver Harks, Bereichsleiter Versorgungsmanagement
Telefon: 0211-758498-26
E-Mail: oliver.harks@gwq-serviceplus.de

GWQ ServicePlus AG
Tersteegenstraße 28
40474 Düsseldorf
Tel 0211-758498-0
Fax 0211-758498-48
info@gwq-serviceplus.de
www.gwq-serviceplus.de