



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

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

Stand: 18. April 2019

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Allgemeiner Teil</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Kommentierung des Gesetzentwurfs</b> .....	<b>10</b>
• Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....	10
• Zu Artikel 4 Nr. 2 § 4a (Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung).....	10
• Zu Artikel 4 Nr. 9 § 137g (Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme) .....	11
• Zu Artikel 4 Nr. 13 § 217b (Organe).....	12
• Zu Artikel 4 Nr. 14 § 217c (Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung).....	13
• Zu Artikel 4 Nr. 15 § 217d (Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken).....	14
• Zu Artikel 4 Nr. 16 § 217f (Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen).....	15
• Zu Artikel 4 Nr. 17 § 260 Absatz 5 (Betriebsmittel) .....	16
• Zu Artikel 4 Nr. 19 § 266 Absatz 2 (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds) .....	18
• Zu Artikel 4 Nr. 20 § 267 (Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich) § 268 (Risikopool).....	20
• Zu Artikel 4 Nr. 25 § 273 (Sicherung der Daten für den Risikostrukturausgleich).....	24
• Zu Artikel 4 Nr. 32 § ... (Übergangsregelung zur Neuorganisation des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen).....	26
• Artikel 5 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung .....	27
• Zu Artikel 5 Nr. 2 § 2 (Risikogruppen).....	27
• Zu Artikel 5 Nr. 11e) cc) § 30 Absatz 4 (Erhebung und Verwendung von Daten für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs) .....	28
• Zu Artikel 5 Nr. 24 § 42 (Prüfung der Datenmeldungen).....	29
• Zu Artikel 5 Nr. 25 § 43 (Ermittlung des Korrekturbetrags) .....	30

## 1. Allgemeiner Teil

Der Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG) stärkt den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ersatzkassen begrüßen, dass der Referentenentwurf des GKV-FKG eine faire Wettbewerbsordnung zum Ziel hat. Eine bundesweite Öffnung und eine einheitliche Aufsicht schaffen einen einheitlichen Ordnungsrahmen für die gesetzliche Krankenversicherung. Wir begrüßen, dass der Bundesgesundheitsminister sich die Auffassungen des wissenschaftlichen Beirates zu Eigen gemacht hat und bei der Weiterentwicklung des RSA die Einführung einer Regionalkomponente Herzstück ist.

### **Neue Wettbewerbsordnung schafft faire Wettbewerbsbedingungen**

#### Neuer ordnungspolitischer Rahmen für den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander gibt Rechtsklarheit

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.

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 Bundesversicherungsamt (BVA) übertragen werden.

Es ist zu begrüßen, dass den gesetzlichen Krankenkassen ausdrücklich die Möglichkeit zur Werbung zuerkannt wird. Eine diesbezügliche gesetzliche Grundlage fehlte bisher. Zu begrüßen ist auch, dass gesetzliche 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 Abs. 6) war bereits Bestandteil des bisherigen § 4 SGB V.

Infolge der erweiterten Inbezugnahme der Regelungen des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) bei gleichzeitiger Schaffung einer gesetzlichen Anspruchsgrundlage, die Beseitigung und Unterlassung unzulässiger Handlungen auf Grundlage der Normen des UWG vor den Gerichten der ordentlichen Gerichtsbarkeit schnell und effektiv geltend machen zu können, entstehen starke Anreize für rechtskonformes Verhalten. Zudem ermöglicht

dies den Kassen eine Rechtsdurchsetzung unabhängig vom Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Jedoch handelt es sich bei einer Streitigkeit von Krankenkassen untereinander um Streitigkeiten von Körperschaften des öffentlichen Rechts, die ihren Aufhänger zwar in wettbewerbswidrigen Handlungen finden, inhaltlich aber in einem engen Zusammenhang mit den gesetzlich insbesondere durch die Vorschriften des SGB V zugewiesenen Aufgaben der Krankenkassen stehen. Insoweit besteht – außerhalb des wettbewerbsrechtlichen Rahmens – eine größere Sachnähe der Sozialgerichte, als der für öffentlich-rechtliche Streitigkeiten von Krankenkassen primär zuständigen Gerichtsbarkeit. Dies spricht dafür, es aus rechtssystematischen Gründen bei einem Auseinanderfallen der gerichtlichen Zuständigkeit zu belassen und die Streitigkeiten der Krankenkassen untereinander auch dann, wenn es um Wettbewerbsverstöße geht, der Sozialgerichtsbarkeit zu belassen.

### Bundesweite Öffnung der Krankenkassen und Neuordnung der Aufsicht

Die Krankenkassen bundesweit zu öffnen, schafft aus Sicht des vdek faire Wettbewerbsbedingungen. Die damit verbundene einheitliche Aufsichtszuständigkeit beim Bundesversicherungsamt (BVA) hinsichtlich der Wettbewerbsneutralität und Verwaltungseffizienz ist notwendig. Die Ersatzkassen begrüßen diese Angleichung der Wettbewerbsbedingungen.

### Organisationsänderungen im GKV-Spitzenverband

Die Ersatzkassen lehnen die weitgehenden Eingriffe in die Strukturen und Aufgabenbereiche der Selbstverwaltung kategorisch ab. Erneut plant der Gesetzgeber weitreichende Eingriffe, die dem postulierten Ziel der Stärkung der Selbstverwaltung und deren Handlungsmöglichkeiten, diametral widersprechen.

Die geplante Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-SV durch hauptamtliche Vorstände der Krankenkassen verändert den gesundheitspolitischen Ordnungsrahmen zu Lasten der sozialen Selbstverwaltung. Damit würde ohne Not der den sozialen Frieden prägende Interessenausgleich zwischen den Partnern der sozialen Selbstverwaltung aufs Spiel gesetzt. Außerdem werden die durch demokratische Wahlen legitimierten Vertreter durch staatliche Eingriffe entmachtet, was nicht ohne Folgen für die untergesetzliche Normgebung des GKV-SV bleiben wird. Die vorgesehenen Regelungen müssen auch im Interesse einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung zurückgenommen werden.

Die Ersatzkassen plädieren für sozialpolitisches Augenmaß. Auf der einen Seite die Selbstverwaltung stärken zu wollen, die Akzeptanz von Sozialwahlen erhöhen zu wollen und auf der anderen Seite die Rechte der Selbstverwaltung in beispielloser Weise zu beschneiden, sind ein nicht aufzulösender Widerspruch. Scheinbar ist vom Gesetzgeber geplant, die staatsdirigistischen Eingriffe in ein bisher selbstverwaltetes System – das im Übrigen seinesgleichen weltweit sucht und sich hoher Akzeptanz in der Bevölkerung

erfreut – permanent auszuweiten und damit den staatlichen Einfluss zu erhöhen.

## **Weiterentwicklung des Morbi-RSA setzt wettbewerbliche Impulse**

### Rücklagenabbau und Wirksamkeit der RSA-Reform müssen zusammenfallen

Im GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) wurde in § 260 SGB V eine Vorschrift aufgenommen, dass die zwingende Obergrenze (bisher „Soll“) für Betriebsmittel und Rücklagen der Kassen innerhalb von 3 Jahren vom 1,5-fachen einer Monatsausgabe auf eine Monatsausgabe reduziert werden soll. Der Abbau der Rücklagen über die Absenkung des Zusatzbeitragsatzes soll gemäß Absatz 5 nur dann greifen, wenn bis zum 31.12.2019 der Risikostrukturausgleich fortentwickelt worden ist.

Die Neufassung des § 260 Absatz 5 in diesem Gesetzentwurf beinhaltet eine Herausnahme des Junktims zwischen dem vorgesehenen Rücklagenabbau durch Zusatzbeitragsatzsenkungen und dem wirksam werden einer RSA-Reform, das im GKV-VEG formuliert worden war. Das Inkrafttreten der Verpflichtung zum Rücklagenabbau jetzt zum 01.01.2020 geht aber von der Annahme aus, dass die RSA-Reformmaßnahmen aus diesem Gesetz bereits in 2020 ihre Finanzwirksamkeit in relevanter Größenordnung entfalten. Relevant heißt in diesem Sinne Zusatzbeitragsatzrelevant.

Ob die vorgesehenen Maßnahmen noch für das Ausgleichsjahr 2020 umgesetzt werden können, ist angesichts der Unklarheiten bezüglich des Zeitpunkts des Inkrafttretens und der dann noch verbleibenden Zeit zur Umsetzung der Reformmaßnahmen, für die umfängliche Verfahrensänderungen im Klassifikationsmodell des RSA konzipiert werden müssen, ungewiss und fraglich. Vielmehr deuten verschiedene Anhaltspunkte darauf hin, dass erst mit dem Jahr 2021 mit einer im Umfang relevanten Finanzwirksamkeit zu rechnen ist:

- Der Schwellenwert für den Risikopool im Jahr 2021 soll 100.000 Euro betragen. Das ist der Startwert. Wenn der Risikopool 2020 bereits umgesetzt wäre, dann wäre der 2021-Wert schon mit der Bezugsgröße zu dynamisieren.
- Die Bekanntgabe des Klassifikationsmodells für das Folgejahr durch das BVA erfolgt bis zum 30.9.2019 des Vorjahres. Zu diesem Zeitpunkt ist das Gesetz wahrscheinlich noch nicht rechtskräftig. Ungewiss ist, dass danach das Klassifikationsmodell 2020 noch so umfassend angepasst werden kann, dass alle relevanten Reformelemente in 2020 greifen.
- Das BMG hat das BVA angewiesen, in den Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV für das Ausgleichsjahr 2020 Altersinteraktionsterme einzuführen und eine stärkere Berücksichtigung von Arzneimitteln in Form einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung vorzusehen.

Wenn die finanziellen Wirkungen der RSA-Reform sich nicht in relevantem oder spürbarem Grad in 2020 entfalten können (und das ist der Fall, wenn nur Maßnahmen beispielsweise des dritten Spiegelstrichs umgesetzt werden sollten), dann ist es nicht mit dem Prinzip eines fairen Wettbewerbs vereinbar,

dass durch gesetzlich induzierte gravierende Zusatzbeitragssatzsenkungen für vermögende Krankenkassen eine Beitragssatzspreizung entsteht, die zu massiver Versichertenfluktuation zu Lasten der restlichen Kassen führt. Diese können dann in diesem Falle noch nicht einmal „symbolisch“ ihren Zusatzbeitragssatz durch Entlastung bei der Morbi-RSA-Unterdeckung senken.

Es sollte vielmehr der Beginn des Rücklagenabbaus über die Vorschriften des § 260 SGB V erst dann fixiert werden, wenn absehbar ist, ob und welche RSA-Reformelemente bereits in 2020 oder in 2021 greifen. Besser wäre es jedoch, eine Regelung aufzunehmen, die festschreibt, dass alle Reformelemente im Klassifikationsmodell 2020 (im Rahmen einer nachträglichen Anpassung) umgesetzt werden.

#### 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 vorgesehene Manipulationsbremse im RSA-Jahresausgleich ist ein gangbarer Weg, die Auffälligkeiten in den Diagnosekodierungen zu beseitigen.

#### Einführung einer Regionalkomponente in den RSA

Die Ersatzkassen halten die Einführung einer Regionalkomponente für zwingend geboten und begrüßen den im Referentenentwurf vorgelegten Vorschlag. 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 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 deshalb aus Sicht der Ersatzkassen sachgerecht, Hochkostenfälle solidarisch durch einen Risikopool auszugleichen. Die im Referentenentwurf des GKV-FKG vorgeschlagene Regelung, im Risikopool Fallkosten ab einer Schwelle von 100.000 Euro mit einem Selbstbehalt von 20 Prozent für die Krankenkassen auszugleichen, setzt die richtigen Anreize. Durch den Schwellenwert und den Selbstbehalt wird dafür gesorgt, dass für die Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten besteht.

### Einführung eines Krankheits-Vollmodells

Die Ersatzkassen halten die Einführung eines Krankheitsvollmodells – wie jetzt vorgesehen – nur dann für zielführend,

- wenn ausgeschlossen werden kann, dass die Einnahmeoptimierung durch Diagnosebeeinflussung sogar noch ausgeweitet wird,
- wenn wie jetzt vorgesehen eine Ausdifferenzierung der Morbidität analog der existierenden HMG vorgenommen wird,
- wenn die neuen Krankheiten so stark zusammengefasst werden, dass das Überdeckungsproblem Multimorbider und das Verzerrungsproblem im Griff bleibt.

Da parallel Alterinteraktionsterme und eine Manipulationsbremse, sowie weitere Maßnahmen zur Reduzierung von Kodieraktivitäten, eingeführt werden sollen, kann nur dieses Gesamtpaket als sachgerecht betrachtet werden. Eine alleinige Einführung eines Vollmodells wäre hingegen nicht zu befürworten. Zwingend ist, dass durch ein Vollmodell die Über- und Unterdeckungen zwischen den Kassen deutlich abgebaut werden.

### Streichung der Erwerbsminderungsgruppen

Die Streichung der EMG-Zuschläge wird von den Ersatzkassen begrüßt. Die Zuweisungen stehen dann richtigerweise zur Verteilung nach Alter, Geschlecht und Morbidität zur Verfügung. Die im RSA angestrebte Morbiditätsorientierung wird dann konsequenter umgesetzt.

### Streichung der DMP-Programmkostenpauschale

Die Ersatzkassen begrüßen die Streichung der DMP-Programmkostenpauschale. In einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi-RSA haben derart gestaltete Zuweisungen aus Sicht der Ersatzkassen grundsätzlich keinen Platz.

Eine Rechtsbereinigung im §137g in Folge der Streichung der DMP-Programmkostenpauschale wurde nicht vorgenommen. Vorschriften zur Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme sind aus RSA-Blickwinkel nicht mehr nötig. Deshalb kann im Sinne einer Rechtsbereinigung § 266 Abs. 7 Nr. 3 (neu: Abs. 8) folgerichtig entfallen. Die entsprechenden Regelungen aus §§28d und f RSAV könnten aber in § 137 g SGB V übernommen werden. § 28 h RSAV kann entfallen.

### Einführung von Altersinteraktionstermen

Altersinteraktionsterme steigern die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells und senken Risikoselektionsanreize bei bestimmten Versichertengruppen (Unterdeckungen insbesondere bei jungen Versicherten mit RSA-relevanten Erkrankungen und Überdeckungen bei multimorbiden älteren Versicherten). Die im Referentenentwurf des GKV-FKG vorgeschlagenen Altersinteraktionsterme sind aus Sicht der Ersatzkassen methodisch sinnvoll

und vermindern Schieflagen bei der Deckung von Versichertengruppen, die z. T. auch durch Kodierbeeinflussung verstärkt werden.

### 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 darauf zurückgehende Wettbewerbsverzerrungen auf Krankenkassenebene.

### Stärkung von Präventionsanreizen durch den RSA

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

Zur Förderung von Präventionsmaßnahmen erhält die Krankenkasse jährlich für jeden Versicherten eine Pauschale, wenn eine im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen und damit dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung oder eine im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen berechnungsfähige zahnärztliche Individualprophylaxe oder eine Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 SGB V in Anspruch genommen und vom Leistungserbringer abgerechnet wurde. Die Pauschale dient nicht zur Ausgabendeckung für die Krankenkassen, sondern es handelt sich um einen zusätzlichen finanziellen Anreiz für die Krankenkassen, die Leistungsinanspruchnahme bei ihren Versicherten zu fördern.

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-Spitzenverband 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.

### **Fazit**

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.

Die Ersatzkassen lehnen die weitgehenden Eingriffe in die Strukturen und Aufgabenbereiche der Selbstverwaltung kategorisch ab. Erneut plant der Gesetzgeber weitreichende Eingriffe, die dem postulierten Ziel der Stärkung der Selbstverwaltung und deren Handlungsmöglichkeiten, diametral widersprechen.

## 2. Kommentierung des Gesetzentwurfs

### Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Zu Artikel 4 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 BMG verbleiben und nicht auf das BVA übertragen werden.

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/fachlich geboten, diese Unterscheidung auch im Gesetzestext weiterhin darzustellen und empfehlen, in Absatz 4 Ziffer 2 das Wort „*einschließlich*“ durch das Wort „*sowie*“ zu ersetzen.

##### **Änderungsvorschlag**

Artikel 4, Nr 2, § 4a Absatz 4 wird folgendermaßen geändert: Der letzte Satz nach der Aufzählung „*Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesversicherungsamt übertragen.*“ wird gestrichen.

Artikel 4, Nr. 2, § 4a Absatz 4 Ziffer 2 wird folgendermaßen geändert: Das Wort „*einschließlich*“ wird durch das Wort „*sowie*“ ersetzt.

## Zu Artikel 4 Nr. 9

### § 137g (Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Ersatzkassen begrüßen die Streichung der DMP-Programmkostenpauschale. In einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi-RSA haben derart gestaltete Zuweisungen aus Sicht der Ersatzkassen grundsätzlich keinen Platz. Eine Rechtsbereinigung im §137g in Folge der Streichung der DMP-Programmkostenpauschale wurde nicht vorgenommen.

#### **Bewertung**

Vorschriften zur Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme sind aus RSA-Blickwinkel nicht mehr nötig. Deshalb kann im Sinne einer Rechtsbereinigung § 266 Abs. 7 Nr. 3 (neu: Abs. 8) folgerichtig entfallen. Die entsprechenden Regelungen aus §§28d und f RSAV könnten aber in § 137 g SGB V übernommen werden. § 28 h RSAV kann entfallen.

#### **Änderungsvorschlag**

Die §§ 28 d und f RSAV werden als Absätze 4) und 5) in § 137g SGB V übernommen.

Zu Artikel 4 Nr. 13  
§ 217b (Organe)

**Beabsichtigte Neuregelung**

Die Mitglieder des Verwaltungsrates müssen einem Vorstand einer Mitgliedskasse angehören.

- a) Mit der Änderung wird der Verwaltungsrat des GKV-SV nicht mehr mit ehrenamtlichen Selbstverwaltern besetzt, sondern mit Mitgliedern des hauptamtlichen Vorstandes der Krankenkassen.
- b) mit der Streichung von 1d werden die Regelungen zur Vergütung der ehrenamtlichen Verwaltungsratsmitglieder gestrichen.
- c) aa) mit der Ergänzung wird eine, beide Geschlechter gleichermaßen treffende Mindestquote eingeführt.
- d) bb) die bislang unbegrenzte Wiederwahlmöglichkeit von Vorstandsmitgliedern entfällt und wird auf zwei Amtsperioden (12 Jahre begrenzt)

**Bewertung**

- a) Es handelt sich um einen tiefen Einschnitt in die demokratisch gewählte und legitimierte ehrenamtliche Selbstverwaltung. Sie wird ihrer Aufgabe enthoben und darf zukünftig im Rahmen der Aufgaben der Mitgliederversammlung in Verbindung mit § 217c nur noch maximal 20 von 40 Mitgliedern des Verwaltungsrates des GKV-SV wählen. Die Änderung widerspricht dem Koalitionsvertrag, der eine Stärkung der Selbstverwaltung vorsieht.
- b) die Streichung ist bei Anwendung von a) sachlogisch, da hauptamtliche Vorstände keine Entschädigung benötigen.
- c) aa) Die Quote stellt einen Eingriff in die Rechte des Verwaltungsrates dar, unabhängig wie der Verwaltungsrat zusammengesetzt ist. Bislang gab es keine Notwendigkeit für einen solchen Eingriff, da seit Bestehen des GKV-SV der Verwaltungsrat immer gemischt besetzt war.
- d) bb) Die Begrenzung der Amtszeit stellt wie aa) ebenfalls eine Eingriff in die Rechte des Verwaltungsrates dar, unabhängig wer diesen besetzt. Eine Begrenzung der Amtszeit ist in der öffentlichen Verwaltung unüblich und nicht gerechtfertigt. Sollte ein Vorstand schlechte Leistungen abliefern wird er ohnehin durch den Verwaltungsrat nicht wiedergewählt, bei guter Leistung wäre hingegen eine Wiederwahl zu begrüßen.

**Änderungsvorschlag**

Die Regelung wird gestrichen.

## Zu Artikel 4 Nr. 14

### § 217c (Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Verwaltungsrat soll aus 40 Mitgliedern bestehen. Die 20 größten Mitglieds-kassen entsenden je ein Vorstandsmitglied in den Verwaltungsrat.

#### Zu Absatz 1

Mit der Neufassung wird der Verwaltungsrat des GKV-SV auf max. 40 Mitglieder begrenzt. Derzeit sind max. 52 Mitglieder möglich.

#### Zu Absatz 2 in Verbindung mit 3 und 4

Die Zusammensetzung des Verwaltungsrats wird neu festgelegt. 20 Mitglieder stammen aus den Vorständen der 20 größten Krankenkassen, die restlichen 20 Mitglieder werden von der ehrenamtlich besetzten Mitgliederversammlung aus den Vorständen aller anderen, kleineren Krankenkassen gewählt. Es können bei diesen gewählten Mitgliedern nur so viele Männer und Frauen gewählt werden, wie Vertreter des anderen Geschlechtes gewählt werden.

#### Zu Absatz 5

Die Mitwirkung der Verbände der Kassenarten am Meinungsprozess des GKV-SV wird begrenzt. Der Fachbeirat oder ähnliche Gremien werden verboten.

#### **Bewertung**

##### Zu Absatz 1 bis 4

Mit der Neuordnung wird festgelegt, wie der zukünftig hauptamtliche Verwaltungsrat des GKV-SV zusammengesetzt werden soll. Dass die 20 größten Kassen automatisch einen Sitz im Verwaltungsrat erhalten, führt aktuelle dazu, dass die AOKen mindestens zehn Sitze erhalten, die Ersatzkassen nur vier. Damit kann die Marktmächtige AOK zukünftig im Verwaltungsrat des GKV-SV z. B. Verträge mit Leistungserbringer einfacher zu ihren Gunsten beeinflussen. Die Reduzierung des Verwaltungsrates von derzeit max. 52 auf 40 Mitglieder sowie die Einführung einer Quote sind hingegen Vorschläge die auch bei einem ehrenamtlichen Verwaltungsrat diskutiert werden könnten.

##### Zu Absatz 5

Das Verbot, weitere Gremien einzurichten, ist ein Eingriff in die Gestaltungshoheit des Verwaltungsrates. Sie ist nicht sachdienlich und schränkt den Verwaltungsrat unnötig ein.

#### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung wird gestrichen.

## Zu Artikel 4 Nr. 15

### § 217d (Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neuordnung wird festgelegt, dass der GKV-SV seinen Haushaltsplan, abweichend von den Regelungen der Kranken- und Pflegekassen, bis zum 01. Oktober vor Beginn des Kalenderjahres, für den dieser gelten soll, der Aufsichtsbehörde vorzulegen hat. Bisher war dieses nur auf Verlangen der Aufsichtsbehörde notwendig. Die Ansätze konnten innerhalb eines Monats beanstandet werden, insbesondere wenn gegen das Gesetz und geltendes Recht verstoßen wird. Die Aufstellungsfrist war bisher der 01.11. vor Beginn des Jahres, für den der Haushaltsplan gelten soll.

#### **Bewertung**

Der Aufsichtsbehörde wird mit der Änderung ein Genehmigungsvorbehalt für den Haushaltsplan eingeräumt. Bisher gab es nur ein Beanstandungsrecht. Die Grundlage für Beanstandungen wird erweitert. Bisher konnte nur bei Verstößen gegen Recht und Gesetz sowie maßgebendes Recht für die Träger der Kranken- und Pflegeversicherung der Haushaltsplan beanstandet werden. Nunmehr sind auch die Kriterien Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes für die Beurteilung ausschlaggebend. Das zu verankernde Wirtschaftlichkeitsprinzip galt über verschiedene andere Gesetze bzw. Verordnungen bereits für den GKV-SV (z.B. SVHV).

#### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 4 Nr. 16

§ 217f (Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)

**Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Ergänzung werden die Berichtspflichten der GKV-SV gegenüber dem BMG ausgeweitet. Bei der Umsetzung von fristgebundenen Aufgaben muss der GKV-SV zukünftig dem BMG Rechenschaft darüber ablegen, warum die Aufgabe nicht erfüllt werden konnte.

**Bewertung**

Mit der Ergänzung wird eine Fachaufsicht über die Arbeit des GKV-SV eingeführt. Darüber hinaus ermöglicht die Berichtspflicht dem BMG bei Fristüberschreitung durch aufsichtsrechtliche Ersatzvornahmen aktiv zu werden. Dies stellt eine tiefe Misstrauensbekundung gegenüber der gemeinsamen Selbstverwaltung dar und ist keine Stärkung der selbigen wie es der Koalitionsvertrag vorsieht.

**Änderungsvorschlag**

Die Regelung wird gestrichen.

## Zu Artikel 4 Nr. 17

### § 260 Absatz 5 (Betriebsmittel)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung beinhaltet eine Herausnahme des Junktims zwischen des gemäß Abs. 2a dieser Vorschrift vorgesehenen Rücklagenabbaus durch Zusatzbeitragssatzsenkungen und dem wirksam werden einer RSA-Reform, das im GKV-VEG formuliert worden war.

#### **Bewertung**

Die Neuregelung geht von der Annahme aus, dass die RSA-Reformmaßnahmen aus diesem Gesetz bereits in 2020 ihre Finanzwirksamkeit in relevanter Größenordnung entfalten. Relevant heißt in diesem Sinne Zusatzbeitragssatzrelevant.

Ob die vorgesehenen Maßnahmen noch für das Ausgleichsjahr 2020 umgesetzt werden können, ist angesichts der Unklarheiten bezüglich des Zeitpunkts des Inkrafttretens und der dann noch verbleibenden Zeit zur Umsetzung der Reformmaßnahmen, für die umfangreiche Verfahrensänderungen im Klassifikationsmodell des RSA konzipiert werden müssen, ungewiss und fraglich. Vielmehr deuten verschiedene Anhaltspunkte darauf hin, dass erst mit dem Jahr 2021 mit einer im Umfang relevanten Finanzwirksamkeit zu rechnen ist:

- Der Schwellenwert für den Risikopool im Jahr 2021 soll 100.000 Euro betragen. Das ist der Startwert. Wenn der Risikopool 2020 bereits umgesetzt wäre, dann wäre der 2021-Wert schon mit der Bezugsgröße zu dynamisieren.
- Die Bekanntgabe des Klassifikationsmodells für das Folgejahr durch das BVA erfolgt bis zum 30.9.2019 des Vorjahres. Zu diesem Zeitpunkt ist das Gesetz hochwahrscheinlich noch nicht rechtskräftig. Ungewiss ist, dass danach das Klassifikationsmodell 2020 noch so umfassend angepasst werden kann, dass alle relevanten Reformelemente in 2020 greifen.
- Das BMG hat das BVA angewiesen, in den Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV für das Ausgleichsjahr 2020 Altersinteraktionsterme einzuführen und eine stärkere Berücksichtigung von Arzneimitteln in Form einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung vorzusehen.

Wenn die finanziellen Wirkungen der RSA-Reform sich nicht in relevantem oder spürbaren Grad in 2020 entfalten können (und das ist der Fall, wenn nur Maßnahmen wie die Einführung von Altersinteraktionstermen und eine stärkere Berücksichtigung von Arzneimitteln umgesetzt werden sollten), ist dies nicht mit dem Prinzip eines fairen Wettbewerbs vereinbar. Denn durch gesetzlich induzierte gravierende Zusatzbeitragssatzsenkungen für vermögende Krankenkassen entsteht eine Beitragssatzspreizung, die zu massiver Versichertenfluktuation zu Lasten der restlichen Kassen führt. Diese können dann in diesem Falle noch nicht einmal „symbolisch“ ihren Zusatzbeitragssatz durch Entlastung bei der Morbi-RSA-Unterdeckung senken.

### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung wird gestrichen. Vielmehr sollte der Beginn des Rücklagenabbau über die Vorschriften des § 260 (GKV-VEG) erst dann fixiert werden, wenn absehbar ist, ob und welche RSA-Reformelemente bereits in 2020 oder in 2021 greifen. Besser wäre es jedoch, eine Regelung aufzunehmen, die festschreibt, dass alle Reformelemente im Klassifikationsmodell 2020 (im Rahmen einer nachträglichen Anpassung) umgesetzt werden.

## Zu Artikel 4 Nr. 19

### § 266 Absatz 2 (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds)

#### **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 Risikomerkmale. 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 können 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 zielführend,
  - wenn ausgeschlossen werden kann, dass die Einnahmeoptimierung durch Diagnosebeeinflussung sogar noch ausgeweitet wird,
  - wenn wie jetzt vorgesehen eine Ausdifferenzierung der Morbidität analog der existierenden HMG vorgenommen wird,
  - wenn die neuen Krankheiten so stark zusammengefasst werden, dass das Überdeckungsproblem Multimorbider und das Verzerrungsproblem im Griff bleibt.
  - Da parallel Alterinteraktionsterme und eine Manipulationsbremse (siehe unten), sowie weitere Maßnahmen zur Reduzierung von Kodieraktivitäten, eingeführt werden sollen, ist nur ein Gesamtpaket sachgerecht. Eine alleinige Einführung eines Vollmodells wäre hingegen nicht zu befürworten.
- Regionalkomponente: Die Einführung einer Regionalkomponente ist elementar, da sie eine zwingende Voraussetzung für die Herstellung von Wettbewerbsgerechtigkeit im RSA darstellt. Das vorgeschlagene „regional-statistische Direktmodell“ ist laut Wiss. Beirat auch ohne

angebotsorientierte Faktoren geeignet, den festgestellten regionalen RSA-Verzerrungen deutlich entgegenzuwirken. Dauerhaft sollte dieses Modell wie vom Beirat empfohlen weiterentwickelt werden, sachgerechte Vorschläge hierzu sind im Gutachten enthalten.

- 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 und den Selbstbehalt wird dafür gesorgt, dass für die Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten besteht.
- Manipulationsbremse: Die vorgesehene Manipulationsbremse im RSA-Jahresausgleich ist ein gangbarer Weg um die Zuweisungen bei Krankheiten mit Auffälligkeiten bei der Diagnosekodierung zu streichen. Damit wird ein neues Instrument zur Dämpfung von Manipulationsanreizen eingeführt und so 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 Wiss. Beirats sind sachgerecht.

### **Änderungsvorschlag**

Dauerhaft sollte das Modell einer Regionalkomponente weiterentwickelt werden.

Zu Artikel 4 Nr. 20

§ 267 (Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich)

§ 268 (Risikopool)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Zu §267

Im neuen § 267 werden die geltenden Vorgaben zur Datengrundlage des RSA mit dem Ziel einer größeren Rechtsklarheit und Übersichtlichkeit zusammenhängend geregelt. Die maßgeblichen Regelungsinhalte der bisherigen §§ 267 und 268 werden dabei übernommen. Eine Änderung des bisherigen Verfahrens wird dadurch – mit Ausnahme weniger, gesondert benannter Neuregelungen – nicht bewirkt. Gegenstandslos sind insbesondere die Vorgaben zur anonymen beziehungsweise versichertengruppenbezogenen Übermittlung von Daten sowie zur stichprobenhaften Datenerhebung durch die Krankenkassen. Die Vorgabe des bisherigen § 268 Absatz 5 ist erfüllt, da die Weiterentwicklung des RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs mit diesem Gesetz erfolgt. Die Regelung wird daher nicht in den neuen § 267 übernommen und somit aufgehoben.

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

Mit dem neuen Satz 3 wird klargestellt, dass die Datengrundlage des RSA allein die nach den §§ 294 bis 303 zu Abrechnungszwecken durch die Leistungserbringer aufgezeichneten und an die Krankenkassen übermittelten Leistungsdaten sind. Die neuen Sätze 4 bis 5 entsprechen dem bisherigen § 268 Absatz 3 Satz 5 und 6.

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

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

Für die Weiterentwicklung des RSA ist zudem zu überprüfen, ob die unterschiedliche Berücksichtigung von Diagnosen je nachdem, ob sie aus der haus- oder der fachärztlichen Versorgung stammen, das Ausgleichsverfahren

verbessern könnte. Für medizinische Versorgungszentren und versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen aus den Abrechnungsunterlagen nicht ersichtlich, ob eine Diagnose durch einen Haus- oder Facharzt kodiert wurde.

Zu (3):

Der neue Absatz 3 entspricht dem bisherigen § 268 Absatz 3 Satz 4, 7, 8 und 9.

Zu (4):

Die Verordnungsermächtigung nach Absatz 4 Satz 1 entspricht dem bisherigen § 268 Absatz 3 Satz 14 und dem bisherigen § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 7.

Zu (5):

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

Zu (6):

Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Gutachten von 2017 empfohlen zu prüfen, ob die Berücksichtigung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben der Vorjahre im RSA die Prognostizierung der Folgekosten verbessert und damit die Zielgenauigkeit der Zuweisungen insgesamt erhöht werden kann. Für die Prüfung von entsprechenden Modellen anhand der Daten des Ausgleichsjahres 2019 wird die erforderliche (versichertenbezogen pseudonymisierte) Datengrundlage mit dem neuen Absatz 6 geschaffen und das BVA mit der Prüfung beauftragt.

Zu (7):

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

Zu §268

Ergänzend zum RSA wird ein Risikopool eingeführt, mit dem schwerwiegende finanzielle Belastungen einzelner Krankenkassen durch Hochkostenfälle solidarisch finanziert werden. Während über den RSA standardisierte Leistungsausgaben ausgeglichen werden, erfolgt über den Risikopool ein Ausgleich von Ist-Kosten. Die Aufwendungen, die über den Risikopool ausgeglichen werden, fließen im RSA nicht mehr in die Berechnung der Zuweisungen ein. Erstattet werden über den Risikopool 80 Prozent der den Schwellenwert von 100.000 Euro übersteigenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben für einen Versicherten. Dabei wird der Schwellenwert als dynamisierte Größe festgesetzt, die jährlich an die Entwicklung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch anzupassen ist. Im Risikopool ausgleichsfähig sind Leistungsausgaben, die im RSA bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen sind, abzüglich der Aufwendungen für Krankengeld nach den §§ 44 und 45.

## **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. Auch nach Streichung des eigenständigen Merkmals EMG aus dem RSA könnten die Daten für die Zuweisungen im Krankengeld noch genutzt werden. Daher ist es hinnehmbar, dass sie vorübergehend weiter für diesen Zweck gemeldet werden. Sobald ein neues Modell für die Ermittlung der Krankengeldzuweisungen vorliegt und sofern dieses das Merkmal EMG nicht mehr verwendet, sollte die Meldung entfallen.

Die Ergänzung der ambulanten Diagnosen um den Arztgruppenschlüssel und die damit verbundene Prüfung einer Differenzierung von HMG nach Haus- und Facharzt Diagnosen ist ein neuer, bisher noch nicht untersuchter Ansatz. Dieser Ansatz erscheint geeignet, die Manipulationsresistenz des RSA zu erhöhen und ist daher eine sinnvolle Maßnahme. Die Datenerhebung sollte zeitnah umgesetzt werden.

zu § 267 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V:

Beide Sätze entsprechen nicht dem realen Ablauf des RSA-Verfahrens. Die Pseudonymisierung findet zwischen Kasse und BVA und nicht bereits zwischen KV bzw. KZV und Kasse statt. Dieses Vorgehen hat sich auch als völlig ausreichend und sachgerecht erwiesen. Daher sind die entsprechenden Regelungen hinfällig.

zu § 267 Abs.3 Satz 2 SGB V:

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. Hierbei sind die existierende Struktur von Datenmeldungen und weitere Verfahren (DaTrav) bei der Umsetzung zu berücksichtigen.

Risikopool (siehe auch §266):

Der Gesetzesvorschlag für einen Schwellenwert von 100.000 Euro zu Beginn, der anschließend dynamisiert wird, sowie einem Selbstbehalt von 20 Prozent ist sachgerecht und zu begrüßen. Auch die Einschränkung des Risikopools auf die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld ist sachgerecht und eine geeignete Einbindung des Risikopools in die heutige RSA-Systematik.

## **Änderungsvorschlag**

1)

zu § 267 Absatz 1 Satz 4 und 5:

Beide Sätze werden gestrichen.

2)

§ 267 Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

*„Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist datenschutzkonform aufzubewahren.“*

## Zu Artikel 4 Nr. 25

### § 273 (Sicherung der Daten für den Risikostrukturausgleich)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit § 273 wurde die Befugnis des BVA eingeführt, als Durchführungsbehörde des RSA zur Sicherung der Datengrundlagen des RSA eine erweiterte Plausibilitätsprüfung an den durch die Krankenkassen für die Durchführung des RSA gemeldeten Daten vorzunehmen. Mit den hier gegenständlichen Änderungen wird das Prüfkonzept angepasst. Im bisherigen Verlauf der Prüfungen hat sich gezeigt, dass der Aufwand und die Dauer der Auffälligkeitsprüfungen nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Ziel stehen, die Qualität und Integrität der Datengrundlage des RSA sicherzustellen. Dem BVA wird daher ein größerer Spielraum in der konkreten Ausgestaltung eingeräumt. Im Rahmen der Einzelfallprüfungen wird der betroffenen Krankenkasse die Obliegenheit auferlegt, die Plausibilität ihrer Datenmeldung nachzuweisen. Im Vergleich zur bisherigen Regelung entspricht dies einer Beweislastumkehr. Ziel der Änderungen ist die weitere Verbesserung der Qualität der Datengrundlage des RSA und damit eine größere Rechtssicherheit. Durch eine effizientere und effektivere Ausgestaltung der Prüfungen soll auch erreicht werden, dass diese perspektivisch bereits vor der Verwendung der Daten im Jahresausgleich erfolgen können.

#### Zu (4)

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

#### **Bewertung**

Es ist grundsätzlich begrüßenswert, dass eine Überarbeitung der Prüfung nach § 273 angegangen wurde. Das bisherige Prüfverfahren hat mit sehr hohem zeitlichem Nachlauf nur in geringem Umfang Manipulation rechtssicher aufdecken können. Dass dem BVA dabei durch ein vereinfachtes Verfahren (nur noch demografische Veränderung des Versichertenbestands zwingend zu berücksichtigen) mehr Spielraum zur Gestaltung der Prüfung eingeräumt wird erscheint sachgerecht. Die Beschränkung der Prüfpflicht auf die ambulante Diagnosen, fokussiert die Prüfung auf den manipulationsanfälligeren Datenbestand, sollte aber nicht dazu führen, dass die stationären Diagnosen in den kommenden Jahren gar nicht mehr geprüft werden. Auch dieser Bereich sollte manipulationssicher gestaltet und einer regelhaften Prüfung unterzogen werden.

Das in der Begründung ausgeführte Ziel der Prüfung der Daten bereits vor Verwendung im Jahresausgleich ist erstrebenswert, aber momentan nicht realistisch. Zunächst sollte Wert auf eine insgesamt zeitnähere Prüfung gelegt werden. Insbesondere gibt es häufig keine Möglichkeit direkt bestimmte Datensätze aus dem Jahresausgleich auszuschließen, da eine Sanktionierung nach §43 RSAV n. F. regelmäßig nicht mehr durch Heraussmeldung konkreter Daten sondern durch eine Hochrechnung erfolgt.

### **Änderungsvorschlag**

1)

Der Bezug in Absatz 2 muss lauten:

*„Das Bundesversicherungsamt prüft die Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“*

2)

In Absatz 2 wird folgender Satz 2 angefügt:

*„Diese Prüfungen sind für alle Ausgleichsjahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes im ersten Jahr spätestens zum Ende des dritten, danach bis zum Ende des zweiten Jahres nach Durchführung des Jahresausgleichs abzuschließen.“*

Zu Artikel 4 Nr. 32

§ ... (Übergangsregelung zur Neuorganisation des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)

**Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Übergangsregelung soll das Inkrafttreten der Neustrukturierung des Verwaltungsrates des GKV-SV geregelt werden.

**Bewertung**

Die Übergangsregelung ist nicht eindeutig formuliert. Vermutlich soll die Neuregelung der Zusammensetzung des Verwaltungsrates nach Inkrafttreten des Gesetzes wirksam werden und somit die Wahlperiode der ehrenamtlichen, gewählten Selbstverwalter verkürzen. Die gewählte Formulierung führt aber nicht zu diesem Ergebnis, so dass auch eine vollständige Beendigung der Amtsperiode des Verwaltungsrates in der aktuellen Besetzung möglich ist.

**Änderungsvorschlag**

Die Regelung wird gestrichen.

## Artikel 5 Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung

### Zu Artikel 5 Nr. 2

#### § 2 (Risikogruppen)

##### **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 des bisherigen § 29 im neuen Absatz 1 entsprechend der Änderungen im neuen § 266 Absatz 1 und 2 SGB V angepasst, ohne dass dies zu einer Rechtsänderung führt.

Der neue Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 dient zur Umsetzung des neu eingeführten Ausgleichsfaktors regionale Merkmale. Auf Grundlage der Befugnis des Ordnungsgebers nach § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 2b SGB V, das Verfahren zur Auswahl der regionalen Merkmale festzulegen, wird der neue § 266 Absatz 2 Satz 3 SGB V konkretisiert.

Der neue Absatz 2 entspricht dem bisherigen Absatz 3 Satz 1 bis 3. Der bisherige Absatz 3 Satz 4 war aufgrund der Streichung des Risikomerkmals Erwerbsminderung nicht zu übernehmen. Der neue Absatz 3 entspricht dem bisherigen § 31 Absatz 4 Satz 5 und wird aufgrund des Sachzusammenhangs im neuen § 2 geregelt.

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

##### **Bewertung**

Die Zusammenfassung und Rechtsbereinigung der § 2 bis § 29 ist zu begrüßen, da die betreffenden Paragraphen noch die Regelung des bereits seit 2009 nicht mehr angewendeten Alt-RSA enthielten. Die Streichung der EMG-Zuschläge sowie die Einführung eines regionalstatistischen Modells wurden sachgerecht umgesetzt.

Der Verzicht auf Angebotsvariablen im Rahmen der regionalen Merkmale bezieht die Kritik aus dem Wissenschaftlichen Beirat an diesen Variablen ein.

Für eine umfassende Beseitigung der vom Beirat festgestellten regionalen RSA-Verzerrungen ist es notwendig, dauerhaft das Modell einer Regionalkomponente weiterzuentwickeln.

##### **Änderungsvorschlag**

Dauerhaft sollte das Modell einer Regionalkomponente weiterentwickelt werden.

Zu Artikel 5 Nr. 11 e) cc)

§ 30 Absatz 4 (Erhebung und Verwendung von Daten für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die RSA-Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 werden dem BVA in Form einer Erstmeldung und zu einem späteren Zeitpunkt in korrigierter Fassung als Korrekturmeldungen übermittelt. Mit der Neufassung des Satzes 2, die auch der Übersichtlichkeit dient, wird in Nummer 2 eine Korrekturmeldung auch für die im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben eingeführt. Weil mit Einführung eines Risikopools Leistungsausgaben unmittelbar zahlungsbegründend werden, ist eine Korrektur der Datenmeldung erforderlich. Die korrigierte Meldung der Leistungsausgaben nach der neuen Nummer 2 ist dem BVA bis zum 15. April des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres zu übermitteln. Die Unterrichtung des GKV-Spitzenverbandes unter anderem über Art und Umfang der nach dem neuen Satz 3 zurückgewiesenen Daten ist für ein sachgerechtes Verfahren nicht erforderlich. Aufgrund des damit verbundenen Aufwands wird die Vorgabe gestrichen.

### **Bewertung**

Die Aufhebung der Vorschrift zur Unterrichtung des GKV-Spitzenverbandes über den Umfang der von ihm zurückgewiesenen und stattdessen zugrunde gelegten Daten(in e) cc)) ist sehr kritisch zu betrachten. Der GKV-SV rechnet bisher im RSA-Verfahren die offiziellen Berechnungsergebnisse des BVA nach und gleicht diese vor Veröffentlichung mit dem BVA ab. Dies ist die einzige Instanz im Verfahren, die eine Prüfung der Berechnungsergebnisse gewährleisten kann und somit den Mitgliedskassen die Richtigkeit der Ergebnisse bestätigen kann. Zur Gewährleistung dieses Verfahrens ist aber Transparenz über Datenausschlüsse zwischen GKV-SV und BVA notwendig.

### **Änderungsvorschlag**

Der in e) cc) aufgehobene Satz 4 (bisher 5) zur Unterrichtung des GKV-SV durch das BVA und Umfang der von ihm zurückgewiesenen und stattdessen zugrunde gelegten Daten wird nicht aufgehoben.

## Zu Artikel 5 Nr. 24

### § 42 (Prüfung der Datenmeldungen)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Prüfzyklus wird von zwei auf drei Jahre verlängert. Dies dient der Aufwandsverringerung für das BVA, da die Prüfungen bislang eine sehr hohe Datenqualität ergeben haben. Darüber hinaus finden eine Reihe redaktioneller Folgeänderungen statt.

#### **Bewertung**

Die Erweiterung des Prüfzyklus von zwei auf drei Jahre erscheint im momentanen Verfahren mit seinen niedrigen Fehlerquoten sinnvoll. Allerdings wäre bei den Versichertenzeitenprüfungen eine Fokussierung der Prüfung auf mögliche Problemfälle (z.B. generell freiwillige Mitglieder, insbesondere oAV-Mitglieder, Neuzugänge, Wechsler, etc.) zielführender als eine Verlängerung des Prüfzyklus, da somit eine Reduzierung der Prüfkomplexität bei gleichzeitiger Erhöhung der Effektivität erreicht werden könnte.

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.

#### **Änderungsvorschlag**

Am Ende von Absatz 1 ist folgender Satz zu ergänzen: „Wechselnde Schwerpunktprüfungen für z.B. generell freiwillige Mitglieder, insbesondere oAV-Mitglieder, Neuzugänge, Wechsler sind ggf. als Vollprüfungen vorzusehen.“

## Zu Artikel 5 Nr. 25

### § 43 (Ermittlung des Korrekturbetrags)

#### **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 schätzt. Die betroffene Krankenkasse erhält zudem die Möglichkeit, den genauen Schadenumfang glaubhaft zu machen. Der Sanktionscharakter des Korrekturbetrags wird durch den Strafzuschlag aufrechterhalten.

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

Der Korrekturbetrag wird durch ein Fortschreibungsverfahren auf Grundlage der letzten rechtmäßigen oder nicht auffälligen Datenmeldung einer Krankenkasse ermittelt. Die durchschnittliche Entwicklung bei allen am RSA teilnehmenden Krankenkassen wird berücksichtigt, um insbesondere die Gesamtentwicklung von Diagnosezahlen bei den Versicherten miteinbeziehen zu können. Der Sanktionszuschlag berücksichtigt, dass der betroffenen Krankenkasse ohne das Prüfverfahren ein endgültiger finanzieller Vorteil entstanden wäre.

#### **Bewertung**

Die Änderungen sind insgesamt sachgerecht. Es sollte allerdings klargestellt werden, dass das BVA bei der Prüfung der Daten nach § 30 Absatz 4 Satz 2 auch die Daten nach § 30 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**

Umformulierung des Absatz 1: „Das Bundesversicherungsamt prüft gemäß § 273 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Datenmeldungen nach und § 30 Absatz 4 Satz 2 eines Berichtsjahres. Im Rahmen dieser Prüfung sind auch die Daten nach § 30 Absatz 4 Satz 1 heranzuziehen.“

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](mailto:politik@vdek.com)