



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

<ul style="list-style-type: none"> • Zu Artikel 6 Nr. 7 Abschnitt 3 § 21 (Ermittlung des Korrekturbetrages nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 	33
<ul style="list-style-type: none"> • Änderungsanträge der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache. 19(14)122.1 	35
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Zu Änderungsantrag 4 Nr 2. (Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln) 	35
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Zu Änderungsantrag 5 (Gesetzlicher Abschlag für Schutzimpfungen als Satzungsleistung) 	36
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> • Zu Änderungsantrag 7 (Weiterführung der Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen) 	37
3. Ergänzender Änderungsbedarf.....	38
<ul style="list-style-type: none"> • 1. Betriebsmittel und Rücklagen: Mindestreserven bei den Krankenkassen 	38
<ul style="list-style-type: none"> • 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 Einnahmeloosung 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. Konsequenter 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 Kodieranreize 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 Finanzausgleichsverfahren 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-FKG 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 Mitglieds-kassen 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 Kabinetentwurf 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 Regelung 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 Koordinierungsausschusses sind berechtigt, an nicht-öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilzunehmen. Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates sind berechtigt, an den Sitzungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses teilzunehmen.“

Zu Artikel 5 Nr. 15

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

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.

Zu Artikel 5 Nr. 16

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

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.

Zu Artikel 5 Nr. 16

§ 217f (Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)

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 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 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.

Zu Artikel 5 Nr. 21

§ 267 Absatz 3 Satz 2 (Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich, Aufbewahrung Pseudonymisierungsschlüssel)

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 Absatz 3 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 1 SGB 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.

Artikel 6 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Zu Artikel 6 Nr. 7 Abschnitt 2

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

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.

Zu Artikel 6 Nr. 7 Abschnitt 3
§ 14 Absatz 4 (Risikopool)

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.“

Zu Artikel 6 Nr. 7 Abschnitt 3

§ 15 Absatz 4 (Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme)

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.

Zu Artikel 6 Nr. 7 Abschnitt 3
§ 19 Absatz 6 (Ausschluss auffälliger Risikogruppen)

Beabsichtigte Neuregelung

Das Verfahren, nach dem die gemäß dem neuen § 18 Absatz 1 Satz 4 auszu-schließenden 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.

Zu Artikel 6 Nr. 7 Abschnitt 3

§ 21 (Ermittlung des Korrekturbetrages nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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 Abgaberegelnungen, 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.

Zu Änderungsantrag 5
(Gesetzlicher Abschlag für Schutzimpfungen als Satzungsleistung)

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 § 171 d 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 3 und 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