

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0239(2)neu
gel. VB zur öAnhörung am 13.02.
2017_HHVG-2
08.02.2017



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zu den Änderungsanträgen der Ausschussdruck-
sache 18(14)0226.2

sowie

zum Antrag „Fairen Wettbewerb in der solidari-
schen Krankenversicherung ermöglichen – Weiter-
entwicklung des morbiditätsorientierten Risi-
kostrukturausgleiches vorantreiben“ (Drucksache
18/10252)

anlässlich der Anhörung vor dem Gesundheitsaus-
schuss des Deutschen Bundestages am 13.2.2017

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	3
2. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen lt. Ausschussdrucksache 18(14)0226.2	5
• Änderungsantrag 1 (Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den RSA und Erhebung eines Regionalkennzeichens)	5
• Änderungsantrag 2 (Leistungsumfang der Hochschulambulanzen als Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt; Frist für Vergütungsvereinbarungen und Schiedsregelung)	10
• Änderungsantrag 3 (Folgegutachten Risikostrukturausgleich).....	11
• Änderungsantrag 4 (18-Monats-Regelung bei Meldung grenzüberschreitender Dienstleistungen mit Europäischem Berufsausweis)	15
• Änderungsantrag 5 (Notfallsanitäter).....	15
• Änderungsantrag 6 (Mutterschutz)	16
3. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen – Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vorantreiben“ (Drucksache 18/10252)	18
4. Ergänzender Änderungsvorschlag der Ersatzkassen	20

1. Vorbemerkung

Die vorliegenden fachfremden Änderungsanträge zum Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung – HHVG, aber auch der Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen – Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches vorantreiben“ rücken den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in der Krankenversicherung in den Fokus der zweiten Anhörung zum Gesetzentwurf des HHVG.

Die Erörterung im Gesundheitsausschuss wird von folgenden Maßnahmen der Regierung begleitet:

1. Mit Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 13. Dezember 2016 ist der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (BVA) beauftragt worden, bis zum 30. September dieses Jahres ein Sondergutachten unter Berücksichtigung der bisher vorliegenden RSA-Jahresausgleiche zu erstellen und darin die Wirkungen des Morbi-RSA zu überprüfen und die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA empirisch abzuschätzen. Dazu werden befristet zwei weitere Mitglieder in den Beirat berufen.
2. Mit Schreiben vom 27. Januar 2017 wurden die Krankenkassen seitens des Wissenschaftlichen Beirats darüber informiert, mit welchen Themenfeldern er sich auf Anregung des BMG befassen soll. In dem Schreiben wurde auch nach weitergehenden Themenfeldern gefragt.

Letzteres ist für die Ersatzkassen besonders relevant, weil das Thema Regionalkomponente in der Auflistung des BMG nicht aufscheint, nach Ansicht der Ersatzkassen aber unbedingt aufgegriffen werden muss. Es ist hinlänglich bekannt, dass die Kosten für die gesundheitliche Versorgung regional stark differieren. Die Ausgaben je Versicherter sind in städtischen Verdichtungsräumen deutlich höher als auf dem Land. Die Versorgungsangebote und -strukturen sind in ihrer räumlichen Verteilung aber durch die Krankenkassen so gut wie nicht beeinflussbar.

Während im Morbi-RSA die alters-, geschlechts- und krankheitsbedingten Unterschiede in der Versichertenstruktur der Krankenkassen ausgeglichen werden, findet kein Ausgleich von angebotsseitigen und strukturbedingten Unterschieden statt. Hierbei handelt es sich um einen Konstruktionsfehler. Die konkreten Versorgungsbedingungen stellen einen maßgeblichen Faktor dar, der die Ausgabenhöhe bestimmt. Deshalb müssen sie im RSA mitberücksichtigt werden.

Es ist ebenfalls hinlänglich bekannt, dass die Ersatzkassen vorgeschlagen haben, den Morbi-RSA um eine Regionalkomponente zu erweitern. Dazu müssen Regionaldaten genutzt werden können. Unter Nutzung der Postleitzahl als Re-

gionalkennziffer müssen die Regionaldaten spätestens ab dem Jahr 2017 zur Verfügung stehen, um die notwendigen Berechnungen zeitnah durchführen zu können. Für das beauftragte Sondergutachten zur Evaluation des Morbi-RSA stehen sie damit ggf. nicht mehr rechtzeitig zur Verfügung. Damit aber bereits im Sondergutachten die Effekte regionaler Ausgabendisparitäten mit berücksichtigt werden können, sind dafür die vorhandenen Daten des Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), die für 2015 ab Frühjahr 2017 vorliegen, zu nutzen.

Hierzu haben die Ersatzkassen einen Umsetzungsvorschlag gemacht. Der Umsetzungsvorschlag ist als ergänzender Änderungsvorschlag Bestandteil dieser Stellungnahme und auch in die Bewertung des Änderungsantrages 1 eingeflossen.

Eine detaillierte Stellungnahme zu den einzelnen Änderungsanträgen findet sich unter 2. Eine Stellungnahme zum Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN findet sich unter 3. Der ergänzende Änderungsvorschlag bezüglich des Regionalkennzeichens findet sich unter 4.

2. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen lt. Ausschussdrucksache 18(14)0226.2

Änderungsantrag 1

(Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den RSA und Erhebung eines Regionalkennzeichens)

Nummer 1

Sachverhalt

Die Vereinbarung einer Honorierung eines Leistungserbringers allein für ein bestimmtes Abrechnungs- oder Kodierverhalten ohne die Vereinbarung konkreter Versorgungsleistungen zu Gunsten des Versicherten soll zukünftig verhindert werden. Rechtswidrige Vertragsgestaltungen sollen rückwirkend beendet werden.

Bewertung

Unter den Voraussetzungen, dass es in Zukunft tatsächlich zu einer einheitlichen Aufsichtspraxis kommt und die Behörden in Bund und Ländern vergleichbar agieren, die ambulanten Diagnosen anhand von verbindlichen Kodier-Richtlinien nach klaren und nachvollziehbaren Kriterien verschlüsselt werden und die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA durch eine logarithmische Prävalenzgewichtung der Krankheitsauswahl wirkungsvoll reduziert wird, erscheint die Klarstellung der gegenwärtigen Rechtslage angebracht.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Nummer 2

Sachverhalt

Das gesetzliche Verbot soll zukünftig verhindern, dass Kassenärzte gegen Entgelt Diagnosen vergeben bzw. dokumentieren.

Bewertung

Das vom Gesetzgeber vorgesehene Verbot gegenüber Vertragsärzten, allein für die Vergabe oder Dokumentation von Diagnosen wirtschaftliche Vorteile zu erhalten, erscheint sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Nummer 3

Sachverhalt

Klargestellt wird, dass kassen- oder kassenartenindividuelle Vereinbarungen bzw. sogenannte Betreuungsstrukturverträge nur auf selektivvertraglicher Grundlage (§ 140a) und nicht im Rahmen von Gesamtverträgen fortgeführt oder neu vereinbart werden können.

Bewertung

Die Regelung ist sinnvoll, da sie der Rechtsklarheit dient.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Nummer 4

Sachverhalt

Zum einen wird die Auswertung und Analyse des RSA und seiner Datengrundlagen mit einer regionalen Zuordnung der Versicherten auf Basis der Erhebung des amtlichen Gemeindeschlüssels des Wohnorts ermöglicht. Zum anderen benötigt das BVA eine effektivere Prüfung der Kassen zur Feststellung von Auffälligkeiten bei Diagnosen und die sich ggf. anschließende Einzelfallprüfung bei betroffenen Krankenkassen nach § 273 Absatz 2 und 3 eine Regionalkennziffer als zusätzliches Analysemerkmal.

Bewertung

Es wird begrüßt, dass die Prüfungen durch Regionalbezug nach § 273 SGB V in Zukunft effektiver durchgeführt werden können und sollen. Ohne Regionalkennzeichen sind Auffälligkeiten bei der Diagnosevergabe nicht erkennbar, weil die Effekte in einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in bundesweiter Perspektive verwischt werden.

Die Verwendung des Regionalkennzeichens entspricht einer langjährigen Forderung der Ersatzkassen, weil dieses zusätzliche Merkmal eine notwendige Bedingung für eine effektive und erfolgreiche Prüfung nach § 273 SGB V ist. Es wird außerdem begrüßt, dass das erhobene Regionalkennzeichen auch zum Zwecke der Analyse und Weiterentwicklung des RSA verwendet werden soll.

Die Erhebung eines Regionalkennzeichens, das dem BVA für Prüfungen und weitere Analysen zum RSA zur Verfügung steht, soll aber erst ab Januar 2018 vorgesehen sein. Die konkret zu erhebenden Berichtsjahre werden dabei nicht benannt. Die so gewählte Formulierung lässt offen, ob das Regionalkennzeichen erst mit RSA-Datenmeldungen für das Berichtsjahr 2018 oder ab dem Meldejahr 2018 für frühere Berichtsjahre (z. B. ab 2016) übermittelt werden soll. Dies hat erheblichen Einfluss auf den Zeitpunkt, ab wann dem BVA erste Informationen zur Verfügung stehen und die Prüfung effektiver erfolgen kann. Sowohl zum Zwecke der Verbesserung der RSA-Prüfungen nach § 273 SGB V als auch zum Zwecke der Evaluation des RSA hält der vdek es für unabdingbar, möglichst schnell die fehlende Regionalinformation dem BVA zur Verfügung zu

stellen. Die Ersatzkassen fordern, dass das Regionalkennzeichen so schnell wie möglich, also schon für Berichtsjahr 2016 regulär im Rahmen der RSA-Satzarten erhoben wird. Die RSA-Daten für das Ausgleichsjahr 2016 werden regulär im Sommer 2017 erhoben.

Mit der vorgesehenen Regelung ist aber nicht sichergestellt, dass das Regionalkennzeichen für die per Erlass vom 13. Dezember 2016 verfügte Sonderuntersuchung des wissenschaftlichen Beirats beim BVA zum Morbi-RSA zur Verfügung steht. Dies ist aus Sicht der Ersatzkassen nicht nachvollziehbar und unbegründet. Die Erhebung kann von den Krankenkassen ohne Probleme kurzfristig realisiert werden. Denn die Postleitzahl wird als Regionalkennzeichen regelmäßig auch zum Zwecke der Versorgungsforschung (§§ 303 ff SGB V) erhoben und dem DIMDI zur Verfügung gestellt.

Der vdek hält es angesichts der offensichtlichen Wettbewerbsverzerrungen des Morbi-RSA als unabdingbar, erste Untersuchungen zur möglichen Ausgestaltung einer Regionalkomponente im RSA bereits im Rahmen des Sondergutachtens des wissenschaftlichen Beirats vorzunehmen. Hierzu kann unmittelbar auf die DIMDI-Daten 2015 nach §§ 303ff SGB V zurückgegriffen werden. Im Weiteren können die vorläufigen Erkenntnisse dann durch die regulär im Sommer 2017 zu meldenden RSA-Daten für das Ausgleichsjahr 2016, ergänzt um ein Regionalkennzeichen, zeitnah vertieft werden. Es gibt keine nachvollziehbare Begründung, warum hiermit erst 2018 begonnen werden muss. Das gilt insbesondere auch für stringenteren RSA-Prüfungen nach § 273 SGB V.

Weiterhin gibt der Gesetzgeber vor, den amtlichen Gemeindeschlüssel zu erheben. Nach Ansicht der Ersatzkassen wäre es aber besser, die Feststellung der Eignung verschiedener Ausprägungen von Regionalkennzeichen den wissenschaftlichen Untersuchungen vorzubehalten. Die Erhebung der Postleitzahl lässt im Übrigen auch die Aggregation der Daten zu. Bereits heute wird im Rahmen der Versorgungsforschung (§§ 303 ff SGB V) als Regionalkennzeichen die Postleitzahl erhoben. Auch zur Prüfung der Feststellung von Auffälligkeiten bei Diagnosedaten ist die Postleitzahl, weil kleinräumiger, besser geeignet.

Änderungsvorschlag

Der vdek schlägt folgende Formulierung für **Absatz 4 in § 268 SGB V** vor:

„(4) Die Krankenkassen erheben *für das Ausgleichsjahr 2016 und Folgejahre* versichertenbezogen *die Postleitzahl* des Wohnorts des Versicherten. Das Nähere über die zeitliche Zuordnung und das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Absatz 7 Nummer 1 und 2. § 30 Absatz 2 und 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung gilt entsprechend.“

Zusätzlich sollte der **§ 30 Absatz 1 RSAV** wie folgt angepasst werden:

„1) Für die Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erheben die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2005 jährlich neben den Daten nach § 3 folgende Angaben

versichertenbezogen:

1. Die Versicherungstage unter Angabe von Geburtsjahr und *Geschlecht sowie als Regionalkennzeichen die Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten.*

Zur Ermöglichung der Nutzung der DIMDI-Daten nach § 303ff SGB V für das Berichtsjahr 2015 für das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA wird folgende Änderung in den Paragrafen **303b und 303e SGB V** vorgeschlagen. Außerdem ist ggf. die Datentransparenzverordnung entsprechend zu aktualisieren:

„§ 303b Absatz 2 (Datenübermittlung)

(2) Die Krankenkassen ermitteln aus den bei ihnen nach § 284 Absatz 1 gespeicherten Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten (Regionalkennzeichen). Sie übermitteln die Regionalkennzeichen zusätzlich zu den Daten nach Absatz 1 Satz 1 jährlich an das Bundesversicherungsamt nach dem in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 geregelten Verfahren. Die Krankenkassen haben die Regionalkennzeichen so zu verschlüsseln, dass nur die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d in der Lage ist, die Regionalkennzeichen zu entschlüsseln und mit den Daten nach Absatz 1 zusammenzuführen. Für die Durchführung des Sondergutachtens auf Basis des Erlasses des Bundesgesundheitsministeriums vom 13. Dezember 2016 wird das BVA ermächtigt, das gemeldete Regionalkennzeichen zu nutzen. Für diesen Zweck wird dem BVA der Schlüssel der Datenaufbereitungsstelle für das Berichtsjahr 2015 zur Verfügung gestellt.

„§ 303e (Datenverarbeitung und -nutzung, Verordnungsermächtigung Absatz 1 Nr. 19 – neu

19. das BVA für die Gesamtevaluation des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im Rahmen des Sondergutachtens gemäß Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit vom 13. Dezember 2016.

Absatz 2 Nr. 7 – neu

7. Gesamtevaluation des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Die Daten werden hierzu dem BVA zu eigenen Auswertungszwecken zur Verfügung gestellt.

Nummer 5

Sachverhalt

Für den Fall, dass die Krankenkassen einer Mitwirkungspflicht im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung nach § 273 SGB V nicht nachkommen, kann das BVA ein Zwangsgeld nach § 71 Absatz 6 Satz 5 SGB V festsetzen. Bei der Festlegung der Frist, innerhalb derer die Krankenkassen die geforderten Auskünfte und Nachweise vorlegen müssen, soll das BVA einen Ermessensspielraum haben. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wird durch die Neufassung des § 273 Absatz 3 Satz 3 SGB V gewahrt. Das BVA erhält die Möglichkeit Zwangsgeld in Höhe von bis zu zehn Millionen Euro zu verhängen.

Bewertung

Wenn das BVA den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit angemessen ausübt und auf eine Gleichbehandlung von bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen achtet, ist gegen die Erhebung eines Zwangsgeldes als Druckmittel nichts einzuwenden.

Allerdings wird durch die herausgehobene Nennung anonymisierter Arztnummern sowie abgerechneter Gebührenpositionen als dem BVA im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung zu liefernde Daten das für die Prüfung zur Verfügung stehende Datenspektrum unnötig eng gefasst, was im Rahmen von Prüfungen zu Diskussionen mit den geprüften Krankenkassen führen könnte. Es wäre sinnvoll und dem Prüfergebnis förderlich, dem BVA bei Bedarf sämtliche Abrechnungsdaten auf Fallebene zu übermitteln, damit das BVA die erforderlichen Feststellungen fundiert treffen kann.

Änderungsvorschlag

In § 273 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst: *„Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei der Prüfung aufklärend mitzuwirken und weitere Auskünfte und Nachweise, insbesondere über die Abrechnungsdaten auf Fallebene, an das Bundesversicherungsamt in einer von diesem gesetzten angemessenen Frist zu liefern; legt die Krankenkasse die geforderten Unterlagen nicht innerhalb der Frist vor, kann das Bundesversicherungsamt ein Zwangsgeld entsprechend § 71 Absatz 6 Satz 5 festsetzen.“*

Nummer 6

Sachverhalt

Die Gesetzesänderung soll klarstellen, dass die Pflicht, Diagnosen bei ärztlicher Behandlung in den Abrechnungsunterlagen verschlüsselt aufzuzeichnen und zu übermitteln, einzig den Leistungserbringer trifft. Dabei ist der Leistungserbringer dafür verantwortlich, dass er die Diagnosen korrekt verschlüsselt; eine nachträgliche Änderung durch die Kassenärztliche Vereinigung oder eine nachträgliche Erhebung im Rahmen der Abrechnungsprüfungen ist unzulässig.

Bewertung

Das Ansinnen des Gesetzgebers, nachträgliche Korrekturen von Diagnosedaten insbesondere aufgrund von Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht mehr zuzulassen, ist vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Nummer 7

Sachverhalt

Die Gesetzesänderung untersagt sogenannte „Kodierberatungen“, da es im Rahmen der Regelversorgung nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben der Krankenkassen im Sinne von § 30 Absatz 1 des Vierten Buches gehört, die Vertragsärztinnen und die Vertragsärzte im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation der Diagnosen zu beraten.

Bewertung

Ein Verzicht auf die Beratung von Vertragsärzten im Hinblick auf die Diagnosekodierung ist sachgerecht, wenn dieses Verbot von allen gesetzlichen Krankenkassen beachtet und insbesondere auf regionaler Ebene durch die jeweiligen Aufsichtsbehörden durchgesetzt wird.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 2

(Leistungsumfang der Hochschulambulanzen als Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt; Frist für Vergütungsvereinbarungen und Schiedsregelung)

Sachverhalt

Implementierung des Prinzips „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ beim Leistungsumfang der Hochschulambulanzen und Setzung einer Frist bis zum 1. Juli 2017 für die Anpassung der Vergütung von Hochschulambulanzen an die bundeseinheitliche Strukturvereinbarung. Darüber hinaus wird eine Folgeregelung für die Schiedsstelle geschaffen.

Bewertung

Die Leistungen von Hochschulambulanzen nach § 117 Absatz 1 Nr. 2 SGB V können nicht mit dem Leistungsspektrum der ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V gleichgesetzt werden. Deshalb ist die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt nicht ohne weiteres auf die Leistungen der Hochschulambulanzen nach § 117 Absatz 1 Nr. 2 SGB V übertragbar.

Die Schiedsstelle hat am 9. Dezember 2016 die Grundsätze nach § 120 Absatz 3 Satz 4 SGB V als Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung (HSA-SV) mit Wirkung zum 1. Januar 2017 festgesetzt. Mit dieser Rahmenvorgabe zu den Vergütungsverhandlungen der Hochschulambulanzen verlagern sich die Verhandlungen von der Bundes- auf die Landes-/Ortsebene (§ 120 Absatz 2 Satz 4 SGB V. Diese Verhandlungen sind ab dem 1. Januar 2017 möglich und werden durch die Verhandler auf der Landes-/Ortsebene umgesetzt. Eine gesetzliche Fristsetzung für die Anpassung der Vergütung (hier: 1. Juli 2017) ist deshalb nicht notwendig. Sie ist im Übrigen zu kurz gegriffen, da es noch keine spezifi-

sche Leistungsbeschreibung gibt, die die besonderen Leistungen von Hochschulambulanzen im Vergleich zur Leistungsdokumentation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgrenzt. Die Frist sollte gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Änderungsantrag 3

(Follegutachten Risikostrukturausgleich)

Nummer 1

Sachverhalt

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA beim BVA hat in seinem Evaluationsbericht aus dem Jahr 2011 weiteren Forschungsbedarf bei der zielgerichteten Ermittlung der Zuweisungen für Krankengeld sowie für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland (Auslandsversicherte) hatten, angeregt. Die Gesetzesänderung soll die notwendigen Voraussetzungen für Follegutachten schaffen und benennt aus Sicht des Gesetzgebers notwendige Datenerhebungen und die Berichtsjahre 2016 und 2017.

Bewertung

Ein Follegutachten für Zuweisungen für Auslandsversicherte ist aus Sicht des vdek nicht notwendig, weil hier mit dem Ansatz 3 aus dem Wasem-Gutachten bereits ein sachgerechter, praktikabler und umsetzbarer Vorschlag unterbreitet worden ist.

Sollte dennoch ein Gutachten für Auslandsversicherte als erforderlich erachtet werden, ist allerdings die Frist bis zur Fertigstellung des Follegutachtens zum 31. Dezember 2019 deutlich zu lang bemessen. Bis zu einer möglichen Umsetzung der Gutachternvorschläge im Verfahren können weitere Jahre vergehen, die zu erheblichen Zuweisungsungenauigkeiten und damit kumuliert zu finanziell zunehmend stärkeren Wettbewerbsverwerfungen führen. Dieses vor dem Hintergrund, dass insbesondere das Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Absatz 3 SGB V i. V. m. § 33 Absatz 4 RSAV bereits seit über einem Jahr vorliegt und der aus Sicht der Ersatzkassen sachgerechteste Vorschlag (Ansatz 3 aus dem Wasem-Gutachten) einfach und zeitnah umsetzbar sein müsste.

Der mit dem Erstgutachten beauftragte Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, Prof. Dr. Wasem hat ja bereits mit dem vorgeschlagenen dritten Modell „Zuweisungen auf Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen“ ein hinreichend zielgenaues und prak-

tikables sowie ökonomisch und zeitnah umsetzbares Modell vorgelegt. Damit kann das Zuweisungsverfahren kurzfristig dahingehend angepasst werden, dass auf Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen (von der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland – DVKA) gemeldet) und der von den Krankenkassen unproblematisch zu erhebenden Länderkennung nach Auslandsvordrucken hinreichend zielgenaue Zuweisungen vorgenommen werden können. Der zukünftige Einbezug von Daten der DVKA und die Lieferung an das BVA werden ausdrücklich begrüßt. Von der Umsetzung dieser neuen Meldung hängt der Umsetzungszeitpunkt für die Fertigstellung des Gutachtens und die Einführung in das RSA-Klassifikationsmodell ab. Die Meldung des Grenzgängerkennzeichens und des Länderkennzeichens durch die Krankenkassen sollte problemlos bereits für das Berichtsjahr 2016 möglich sein.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die vorgegebenen späten Meldezeitpunkte „erstmal bis zum 15. Juni 2018 und letztmal bis zum 15. April 2019“ für die Thematik Auslandsversicherte unbegründet sind. Die zusätzlichen Kennzeichen können im Rahmen der regulären Datenmeldung Satzart 100 im Sommer 2017 für das Berichtsjahr 2016 bereits unproblematisch von den Krankenkassen gemeldet werden. Somit könnte das Folgegutachten zum Thema Auslandsversicherte – sofern überhaupt notwendig und abhängig von den Umsetzungsmöglichkeiten der DVKA – bereits 2017/2018 bearbeitet und fertiggestellt werden.

Der Gesetzestext gibt vor, „nicht personenbezogen die mit den Krankenkassen abgerechneten Rechnungssummen, differenziert nach dem Wohnstaat, dem Abrechnungsjahr...“ zu erheben und an das BVA zu melden. Es ist klarzustellen, was unter einem „Abrechnungsjahr“ zu verstehen ist. Auf eine Abgrenzung der Rechnungssummen nach dem „Für-Prinzip“ sollte aus Vereinfachungsgründen verzichtet werden. Entsprechend des Gutachtervorschlags von Prof. Wasem sollte die DVKA vielmehr die landesspezifischen Rechnungssummen (nach dem Zuflussprinzip), d. h. die im Ausgleichsjahr beglichenen Rechnungen, zusammenstellen. Dies ermöglicht auch erst, sinnvoll andere Alternativen mit größerem Ist-Kosten-Bezug bei den Zuweisungen zu prüfen und in Erwägung zu ziehen, da bei dieser Herangehensweise keinerlei zeitliche Abgrenzungsprobleme zwischen Abrechnungsjahren nach dem Für-Prinzip mit entsprechenden Datenunschärfen durch mögliche Schätzungenauigkeiten bestehen.

In Bezug auf das Folgegutachten Krankengeld wird eine zu enge Vorgabe von Datenmeldungen für den Forschungsauftrag nicht empfohlen. Vielfach ist unklar, ob die Krankenkassen die gesetzlich eingeforderten Angaben einheitlich und in der notwendigen Qualität übermitteln können. So wird die Datenpflege z. B. des Tätigkeitsschlüssels nach § 28a Absatz 3 Nr. 5 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sowie die dem Beschäftigungsbetrieb des Versicherten zugeordnete Betriebsnummer nach § 28a Absatz 3 Nr. 6 bei den Krankenkassen unterschiedlich sorgfältig gehandhabt. Außerdem dürfte der zusätzliche Erklärungsgewinn dieser beiden Faktoren marginal, dafür aber mit hohem Aufwand für die Krankenkassen verbunden sein. Diese Einschätzung haben auch Prof.

Wasem in seinem aktuellen Krankengeldgutachten als auch das IGES-Institut geteilt.

Außerdem ist die Qualität der Arbeitgebermeldungen in Bezug auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen nicht immer sichergestellt. Auch das korrekte sozialversicherungspflichtige Entgelt wird nicht immer vollständig an die Krankenkassen gemeldet. Gleiches gilt für die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld. Vor allem aber ist die zusätzliche Erhebung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied redundant. Die beitragspflichtigen Einnahmen sind aufgrund ihrer Datenunschärfen schlechter geeignet als die aus den Leistungsausgaben und den Daten zu Beginn und Ende des Krankengeldbezugs ermittelbaren Größe „Krankengeld je Krankengeldtag“, die Preiskomponente bei Krankengeldzuweisungen abzubilden. In § 33 Absatz 3 RSAV ist auch ausdrücklich vorgesehen, mit dieser Größe zu arbeiten. Auf die Erhebung der beitragspflichtigen Einnahmen sollte deshalb verzichtet werden, zumal hiermit ein erheblicher Aufwand bei den Krankenkassen verbunden sein könnte.

Änderungsvorschlag

In § 269 Absatz 3b sollte der zweite Satz wie folgt geändert werden:

„...Dazu erheben die Krankenkassen für die Berichtsjahre 2016 und 2017 versichertenbezogen zusätzlich zur Datenerhebung nach § 268 Absatz 3 und § 30 Absatz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung folgende zur Abbildung der Bestimmungsfaktoren nach Satz 1 erforderlichen Angaben:“

Die nachfolgenden Nummern 1 bis 3 und 7 bis 8 werden gestrichen. Aus den Nummern 4 bis 6 werden die Nummern 1 bis 3.

Zusätzlich sollte als Nummer 4 das Regionalkennzeichen (Postleitzahl) aufgenommen werden.

In § 269 Absatz 3 c Satz 3 sollte folgende Ergänzung zur Präzisierung des Begriffs Abrechnungsjahr vorgenommen werden:

„Darüber hinaus erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, nicht personenbezogen die mit den Krankenkassen abgerechneten Rechnungssummen (nach dem Zuflussprinzip), differenziert nach dem Wohnstaat, dem Abrechnungsjahr und der leistungspflichtigen Krankenkasse, und übermittelt diese an das Bundesversicherungsamt.“

In § 269 Absatz 3d sollte der erste Satz wie folgt geändert werden und ein zweiter Satz für die Datenerhebung für Auslandsversicherte eingefügt werden: (3d) Die Daten nach Absatz 3b sind dem Bundesversicherungsamt erstmals bis zum 15. Juni 2018 und letztmals bis zum 15. April 2019 zu übermitteln; für die Erhebung und Übermittlung der Daten gelten § 268 Absatz 3 Satz 2 bis Satz 9 entsprechend. Die Daten nach Absatz 3c sind in der regulären Satzart zur Meldung der Versicherungszeiten zu integrieren; für das Berichtsjahr 2016

ist eine Meldung zum offiziellen Meldetermin der betreffenden Satzart im Verlauf des Jahres 2017 vorzusehen; für die Folgejahre gilt Entsprechendes.

Nummer 2

Sachverhalt

Es wird die Vergabepaxis und die Zielsetzung für die Folgegutachten definiert. Weiterhin werden die konkreten inhaltlichen Anforderungen, die ausgewählte Modelle erfüllen sollen, dargelegt.

Bewertung

Für die gutachterliche Weiterentwicklung des Zuweisungsmodells für Krankengeld werden in der vorgesehenen Regelung teilweise bereits weitreichende Festlegungen getroffen. Ohne weitere Voraussetzungen wird in der vorgesehenen Regelung bereits festgeschrieben, dass Morbiditätskriterien einzubeziehen sind. Der Einbezug weiterer Parameter ist zu prüfen, dabei werden als Prüfkriterien nur Umsetzbarkeit und Verbesserung der Zielgenauigkeit genannt. Angesichts der bekannt gewordenen Beeinflussbarkeit von Diagnosen ist dies nicht ausreichend. Es ist zwingend erforderlich, die untersuchten Modelle auch auf ihre Manipulationsresistenz hin zu prüfen. Zudem sollte auch untersucht werden, ob die regionale Verteilung der Versicherten einen Erklärungsbeitrag für die Krankengeld-Ausgaben leistet. Um dies im Gutachten ebenfalls untersuchen zu können ist eine Erweiterung des in der Regelung vorgegebenen Untersuchungsspektrums erforderlich.

Die Ersatzkassen begrüßen, dass die in den Folgegutachten vorgeschlagenen Modelle zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden sollen und fordern erneut eine kurzfristige Umsetzung von RSA-Reformen ohne weitere Verzögerungen. Dies gilt insbesondere für die Thematik Auslandsversicherte. Hier sollte das Gutachten bis Ende 2017/Mitte 2018 vorgelegt werden. Die benötigten Daten zur Verfolgung der vorgeschlagen Modelle, insbesondere des Modells 3 des Wasem-Gutachtens können aus unserer Sicht entsprechend zur Verfügung gestellt werden. Danach sollte das neue Berechnungsverfahren für Zuweisungen für Auslandsversicherte im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten unverzüglich in die Praxis überführt werden.

Der Vorschlag, alternativ einen direkten Ausgleich der tatsächlichen Ausgaben für Auslandsversicherte anstelle eines aufwändigen Standardisierungsverfahren zu prüfen, wird mangels vorhandener Einflussmöglichkeiten auf Preis- und Leistungssteuerung durch die Krankenkassen als verwaltungseffiziente Lösung begrüßt. Negative Wirtschaftlichkeitsanreize, die in der Regel gegen einen Ist-Kostenausgleich sprechen, können in diesem Bereich aus vorgenanntem Grund nicht entstehen.

Änderungsvorschlag

§ 33a Absatz 3 und 5 RSAV werden wie folgt zu ändern:

1. In § 33a Absatz 3 RSAV werden in Satz 1 die Worte „*sind Morbiditätskriterien einzubeziehen*“ durch die Worte „*ist auch der Einbezug von Morbiditätskriterien zu prüfen*“ ersetzt.

In Satz 2 werden nach dem Wort „gemäß“ die Worte „*§ 268 Absatz 4 Satz 1*“ und nach dem Wort „Zielgenauigkeit“ die Worte „*und Manipulationsresistenz*“ eingefügt.

2. § 33a Absatz 5 RSAV erhält folgende Fassung:

(5) Das Gutachten nach den Absätzen Absatz 3b *des § 269 des* Fünften Buches Sozialgesetzbuch *ist* dem Bundesversicherungsamt bis zum 31. Dezember 2019 zu erstatten. *Das Gutachten nach Absatz 3c des § 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist bis zum 1.7.2018 vorzulegen.*

Änderungsantrag 4

(18-Monats-Regelung bei Meldung grenzüberschreitender Dienstleistungen mit Europäischem Berufsausweis)

Sachverhalt

Die Meldefrist für die Erbringung von Dienstleistungen durch Inhaber eines Europäischen Berufsausweises wird aufgrund europäischer Gesetzgebung angepasst. Die Meldung ist nun nach erstmaliger Anmeldung alle 18 Monate zu erneuern, zuvor waren es alle zwölf Monate. Dazu werden das Krankenpflegegesetz und die Bundes-Apothekerordnung entsprechend geändert.

Bewertung

Es handelt sich um die notwendige Umsetzung europäischer Gesetzgebung ins deutsche Recht. Verlängert wird lediglich die Erneuerung einer schon vorliegenden Meldung. Inhaltlich ist die Verlängerung der Frist daher vertretbar.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 5

(Notfallsanitäter)

Sachverhalt

Zur Vermeidung eines Fachkräftemangels bei Notfallsanitätern soll das Notfallsanitätergesetz geändert werden. Rettungsassistenten sollen nach einer Er-

gänzungsprüfung die Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter“ führen dürfen. Hierzu wird die geltende Stichtagsregelung angepasst.

Bewertung

Die Streichung der Stichtagsregelung, wonach auch vor dem Stichtag gewonnene Berufserfahrungen zur Anerkennung als Notfallsanitäter berücksichtigt werden können, ist zu begrüßen. Unnötige Zusatzausbildungszeiten werden vermieden, ein ausreichendes Fachkräfteangebot sichergestellt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 6

(Mutterschutz)

Sachverhalt

Privat krankenversicherte Frauen sollen finanziell während der Mutterschutzfristen abgesichert werden. Dazu werden Änderungen im Bereich des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) und des Bundeselterngeldgesetzes (BEEG) herbeigeführt. Anders als in der Sachverhaltsdarstellung des BMG werden durch die Neuregelung aber nicht ausschließlich privatversicherte Frauen berührt.

Bewertung

Zwar sind unmittelbar durch die Neuregelungen nur Frauen betroffen, die in der Privaten Krankenversicherung (PKV) eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben. Diese Frauen sollen künftig während der Mutterschutzfristen gegen die PKV einen Anspruch auf Ersatz des Verdienstauffalls in Höhe des Krankentagegeldes haben, soweit kein anderweitiger angemessener Ersatz des Verdienstauffalls beansprucht werden kann. Begünstigt werden allerdings auch GKV-versicherte Frauen, die beispielsweise wegen der Kurzzeitigkeit ihrer Beschäftigungsverhältnisse gemäß § 44 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V keinen gesetzlichen Krankengeldanspruch haben und sich deshalb (evtl. zusätzlich) für eine Krankentagegeldversicherung entschieden haben.

Im Ergebnis bedeutet dies eine Krankentagegeldzahlung während der Schutzfristen insoweit, als der Netto-Verdienstauffall nicht durch das vom BVA nach § 18 Absatz 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlte Mutterschaftsgeld (maximal 210 Euro insgesamt) und einen eventuellen Zuschuss des Arbeitgebers nach § 19 Absatz 1 MuSchG (Differenz zwischen dem täglichen Netto-Arbeitsentgelt und 13 Euro) abgedeckt ist.

Da das Mutterschutzgesetz nicht für (gesetzlich und/oder privat Versicherte) selbstständige Frauen gilt, ist die vorgesehene Änderung des § 192 VVG wegen § 3 Absatz 1 und 2 MuSchG nur auf (zusätzlich) privat versicherte Arbeit-

nehmerinnen zu beziehen. Diese werden insofern bevorzugt. Soll keine Bevorzugung (zusätzlich) privat versicherter Abeitnehmerinnen gegenüber (zusätzlich) privat versicherten selbstständigen Frauen erfolgen, müsste die Regelung entsprechend § 24i Absatz 3 SGB V gefasst werden.

In Erweiterung zum Artikel 11 müsste der vorstehenden Änderung entsprechend auch § 3 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 BEEG dahingehend erweitert werden, dass auch den PKV-versicherten Frauen während der Mutterschutzfristen gezahlte Leistungen auf das Elterngeld angerechnet werden, da sie anderenfalls gegenüber GKV-Versicherten bevorzugt wären.

Änderungsvorschlag

In § 192 Absatz 5 Satz 2 VVG sollte der Satzteil „während der Schutzfristen des § 3 Absatz 1 und 2 MuSchG“ ersetzt werden durch „während der letzten sechs Wochen vor dem mutmaßlichen Tag der Entbindung, dem Entbindungstag und für die ersten acht Wochen, bei Früh- und Mehrlingsgeburten sowie Behinderung des Kindes im Sinne von § 2 Absatz 1 SGB IX für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung“; ferner sollte der Satzteil „§ 24i Absatz 3 SGB V gilt entsprechend“ angefügt werden.

§ 3 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a BEEG sollte wie folgt gefasst werden: „in Form des Mutterschaftsgeldes nach dem SGB V, KVLG 1989 oder § 18 Absatz 2 MuSchG sowie § 192 Absatz 5 Satz 2 VVG oder“.

3. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen – Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vorantreiben“ (Drucksache 18/10252)

Sachverhalt

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stellt in ihrem Antrag fest, dass

- eine neue, unabhängige Evaluation des Morbi-RSA überfällig sei,
- bei den Krankenkassen nach wie vor erhebliche Über- und Unterdeckungen bestünden, die auf einen Reformbedarf bei der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA offenbaren
- eine Vielzahl von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA existieren und
- bereits kleine Änderungen im System des RSA zu erheblichen Verschiebungen der Finanzströme führen können.

Auf einer umfassenden Datengrundlage seien im Rahmen einer Evaluation deshalb nicht nur die Effekte einzelner Reformvorschläge, sondern auch deren Wechselwirkungen zu untersuchen. Dazu soll der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auffordern,

1. im ersten Schritt zügig die für die Evaluation des Morbi-RSA und dessen Weiterentwicklung benötigte Datengrundlage verfügbar zu machen und hierzu, soweit nötig, einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die notwendigen sozialrechtlichen Voraussetzungen zur Erhebung und Nutzung der benötigten Daten geschaffen werden,
2. im zweiten Schritt auf dieser Grundlage eine unabhängige Evaluation in Auftrag zu geben, mit der der Morbi-RSA überprüft wird und die Vorschläge zu dessen Weiterentwicklung auf ihre Wirkungen hin untersucht werden.

Bewertung

Der Antrag vom 9. November des letzten Jahres ist vom Handeln der Regierung eingeholt worden. Mit Erlass des BMG vom 13. Dezember 2016 ist der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (BVA) beauftragt worden, bis zum 30. September dieses Jahres ein Sondergutachten unter Berücksichtigung der bisher vorliegenden RSA-Jahresausgleiche zu erstellen und darin die Wirkungen des Morbi-RSA zu überprüfen und die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA empirisch abzuschätzen. Dazu werden befristet zwei weitere Mitglieder in den Beirat berufen.

Mit Schreiben vom 27. Januar 2017 wurden die Krankenkassen seitens des Wissenschaftlichen Beirats darüber informiert, mit welchen Themenfeldern er sich auf Anregung des BMG befassen soll. In dem Schreiben wurde auch nach weitergehenden Themenfeldern gefragt. Dies ist insofern relevant, als das das Thema Regionalkomponente in der Auflistung des BMG nicht aufscheint, nach

Ansicht der Ersatzkassen aber unbedingt aufgegriffen werden muss. Dazu zählt in erster Linie die Regionalkomponente.

Es ist hinlänglich bekannt, dass die Kosten für die gesundheitliche Versorgung regional stark differieren. Die Ausgaben je Versicherter sind in städtischen Verdichtungsräumen deutlich höher als auf dem Land. Die Versorgungsangebote- und -strukturen sind in ihrer räumlichen Verteilung aber durch die Krankenkassen so gut wie nicht beeinflussbar.

Während im Morbi-RSA die alters-, geschlechts- und krankheitsbedingten Unterschiede in der Versichertenstruktur der Krankenkassen ausgeglichen werden, findet kein Ausgleich von angebotsseitigen und strukturbedingten Unterschieden statt. Hierbei handelt es sich um einen Konstruktionsfehler. Die konkreten Versorgungsbedingungen stellen einen maßgeblichen Faktor dar, der die Ausgabenhöhe bestimmt. Deshalb müssen sie im RSA mit berücksichtigt werden.

Es ist ebenfalls hinlänglich bekannt, dass die Ersatzkassen vorgeschlagen haben, den Morbi-RSA um eine Regionalkomponente zu erweitern. Über diese Komponente sollen die von Versorgungsstruktur und -dichte ausgehenden Ausgabenunterschiede in den verschiedenen Versorgungsräumen ausgeglichen werden. Um von vornherein gewährleisten zu können, dass unterschiedliche Vorschläge zur Berücksichtigung der versorgungsstrukturbedingten Ausgabenunterschiede analysiert werden können, ist als Regionalkennziffer die Postleitzahl gesetzlich festzulegen.

Damit das Thema „Regionalkomponente“ im Rahmen des Sondergutachtens aufgearbeitet werden kann, ist dafür Sorge zu tragen, dass die dafür notwendigen Daten erhoben und genutzt werden können. Hierzu haben die Ersatzkassen einen Umsetzungsvorschlag gemacht. Der Umsetzungsvorschlag ist als ergänzender Änderungsvorschlag Bestandteil dieser Stellungnahme.

Grundsätzlich ist aber die Beauftragung eines Sondergutachtens zum Morbi-RSA auf Basis aktueller Daten zu begrüßen. Das Gleiche gilt für die personelle Stärkung des Wissenschaftlichen Beirats. Insofern unterstützt der vdek das Anliegen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Es kommt allerdings entscheidend darauf an, dass gesetzgeberisch Sorge dafür getragen wird, dass ein Regionalkennzeichen erhoben wird und zwar zeitnah, damit in den kommenden Analysen auch eine Regionalkomponente gerechnet werden kann.

4. Ergänzender Änderungsvorschlag der Ersatzkassen

„Einbeziehung der RSA-Reformoption „Regionalkomponente“ der Ersatzkassengemeinschaft in das Sondergutachten gemäß Erlass des BMG vom 13. Dezember 2016“

Schaffung der datentechnischen Voraussetzung für die Umsetzung des Erlasses des Bundesgesundheitsministeriums an den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim BVA vom 13. Dezember 2016 im Rahmen des XX-Gesetzes. **(Hinweis: Die Änderungsvorschläge entsprechen den zu Änderungsantrag 1 gemachten Vorschlägen)**

Sachverhalt

I. Die Ersatzkassen sprechen sich für eine Erweiterung des Morbi-RSA um eine Regionalkomponente aus. Hierfür müssen die notwendigen Datengrundlagen geschaffen werden, indem die turnusmäßigen RSA-Satzarten um ein Regionalkennzeichen (Postleitzahl) ergänzt werden. Auf dieser Basis ist es möglich, eine Regionalkomponente als weiteren Risikofaktor in den RSA einzubeziehen und simultan mit den heutigen Risikofaktoren entsprechende Zuschläge zu berechnen. Voraussetzung ist die Schaffung einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage. Ein Vorschlag findet sich im Folgenden unter Abschnitt I.

II. Um die Untersuchung von Ansätzen zur Erweiterung des RSA um eine Regionalkomponente bereits im Rahmen des Sondergutachtens des wissenschaftlichen Beirates beim BVA gemäß des Erlasses des Bundesgesundheitsministeriums vom 13. Dezember 2016 zu ermöglichen, schlägt der vdek vor, auf die von den Krankenkassen jährlich erhobenen Regionalkennzeichen (Postleitzahlen) nach § 303 ff SGB V zurückzugreifen. Diese werden im Kontext mit anderen RSA-Satzarten als Satzarten 130/131 an das BVA gemeldet, von dort an das DIMDI weitergeleitet. Da bislang für eine Nutzung dieser Daten durch das BVA eine gesetzliche Grundlage fehlt, ist hier eine entsprechende Änderung in Gesetz und Verordnung nötig, die das BVA autorisiert, diese Information zum Zwecke der anstehenden Evaluation des RSA zu nutzen. Die nächste Datenlieferung der Kassen erfolgt für das Berichtsjahr 2015 und ist dem BVA bis zum 15. April 2017 zu übermitteln. Die gesetzlichen Änderungsvorschläge finden sich unter Abschnitt II.

Änderungsvorschlag

I. Gesetzliche Grundlage zur Erweiterung des RSA um eine Regionalkomponente

1. § 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Der vdek schlägt folgende Änderung in **§ 268 Absatz 3** vor:

„3) Für die Vorbereitung der Gruppenbildung und Durchführung von Untersuchungen erheben die Krankenkassen für das Berichtsjahr 2016 und Folgejahre getrennt nach den Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 je Versicherten die

Versichertentage, das Regionalkennzeichen (Postleitzahl) und die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens in den Bereichen

Begründung

Die Regelung stellt klar, dass in der Rechtsverordnung auch die Erhebung von Daten vorgesehen werden kann, die zwar nicht unmittelbar für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs erforderlich sind, die aber benötigt werden, um die finanziellen Auswirkungen einer weiteren Entwicklung des Risikostrukturausgleichs zu überprüfen. Hierzu gehört aus Sicht des vdek insbesondere auch die Einführung einer Regionalkomponente im RSA. Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 18. Juli 2005 (25 BvF 2/01) festgestellt hat, ist der Gesetzgeber verfassungsrechtlich verpflichtet, die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs zu beobachten und gegebenenfalls nachzubessern, wenn sich herausstellt, dass er die angestrebten Ziele, die Herstellung des Solidarausgleichs zwischen den Versicherten und die wirksame Verringerung der Risikoselektionsspielräume der Krankenkassen, nicht mehr in ausreichendem Maß erreicht.

Dieser Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht kann der Gesetzgeber aber nur dann nachkommen, wenn die erforderlichen Datengrundlagen für das Sondergutachten zur Verfügung stehen.

Aus diesem Grund wird auch der Verordnungsgeber ermächtigt, in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vorzusehen, dass die Krankenkassen auch solche Daten zu erheben haben, die für die Erfüllung dieser Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht erforderlich sind.

2. Ergänzung zu § 30 Absatz 1 RSAV

Der vdek schlägt folgende Änderung des § 30 Absatz 1 RSAV vor:

§ 30 Erhebung und Verwendung von Daten für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

„(1) 1 Für die Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erheben die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2005 jährlich neben den Daten nach § 3 folgende Angaben versichertenbezogen:

1. die Versicherungstage unter Angabe von Geburtsjahr und Geschlecht sowie als Regionalkennzeichen die Postleitzahl,

Begründung

Der Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirates zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zum Jahresausgleich 2009 vom 30. Mai 2011 enthält unter anderem einen Passus über die Berücksichtigung von Regionalfaktoren. Dort wird ausgeführt: "Bei einer Beurteilung der Auswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hinsichtlich seiner regionalen Aus-

wirkungen spielen zwei Aspekte eine Rolle. Zum einen können regionale Über- und Unterdeckungen Grundlage für regionale Risikoselektionsstrategien der Krankenkassen sein. Des Weiteren können regionale Unterschiede angesichts des existierenden Wettbewerbs zwischen bundesweit kalkulierenden und regional kalkulierenden Krankenkassen zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Die Abgrenzung von sinnvollen Versorgungsregionen ist nach wie vor eine unge löste Frage."

Auch nach Auffassung des Bundesrates handelt es sich bei der Frage einer möglichen Einführung einer Regionalkomponente im Risikostrukturausgleich um eine Option für eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA, die zu einem Mehr an Verteilungsgerechtigkeit führen würde. Durch die Nichtberücksichtigung regionaler Unterschiede bei den Leistungsausgaben entstehen Wettbewerbsverzerrungen zwischen bundesweit agierenden Krankenkassen einerseits und regional aufgestellten Kassen andererseits. Dabei kommt es nicht wesentlich auf die Ländergrenzen an, sondern – wie im Evaluationsbericht ausgeführt – auf interregional differenzierte Ausgabenunterschiede. Wesentliche Voraussetzung, um überhaupt regionale Verteilungswirkungen untersuchen zu können, ist aber die statistische Erfassung von Regionaldaten der Versicherten in pseudonymisierter Form. Dies war bis 2011 auf Grundlage von §272 SGB V in Verbindung mit §34 RSAV möglich. Nachdem die Konvergenzregelung allerdings keine Wirkung mehr zeigte, ist die Datenerfassung auf dieser Rechtsgrundlage entfallen.

Daher ist nun für ein Aufgreifen der Ersatzkassenforderung nach Einführung einer Regionalkomponente eine Ergänzung des § 30 RSAV erforderlich. Diese ist von der Ermächtigungsgrundlage in §268 SGB V gedeckt und dient dem Ziel, eine sachgerechte Weiterentwicklung des Morbi-RSA zu ermöglichen.

II. Gesetzliche Grundlage zur Nutzung des Regionalkennzeichens nach §§ 303ff SGB V für das Sondergutachten gemäß BMG-Erlass vom 13.12.2016

1. § 303b SGB V Datenübermittlung

Der vdek schlägt folgende Ergänzung in § 303b Absatz 2 SGB V vor:

(2) Die Krankenkassen ermitteln aus den bei ihnen nach § 284 Absatz 1 gespeicherten Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten (Regionalkennzeichen). Sie übermitteln die Regionalkennzeichen zusätzlich zu den Daten nach Absatz 1 Satz 1 jährlich an das Bundesversicherungsamt nach dem in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 geregelten Verfahren. Die Krankenkassen haben die Regionalkennzeichen so zu verschlüsseln, dass nur die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d in der Lage ist, die Regionalkennzeichen zu entschlüsseln und mit den Daten nach Absatz 1 zusammenzuführen. Für die Durchführung eines Sondergutachtens auf Basis des Erlasses des Bundesgesundheitsministeriums vom 13. Dezember 2016 wird das BVA ermächtigt, die hierfür erforderlichen Daten zu nutzen. Für diese Zwecke wird dem BVA der

Pseudonymisierungsschlüssel der Datenaufbereitungsstelle für das Berichtsjahr 2015 zur Verfügung gestellt.

.....“

2. § 303e Datenverarbeitung und -nutzung, Verordnungsermächtigung

Der vdek schlägt folgende Ergänzung in § 303e, Absatz 1 und 2 SGB V vor:

„(1) Die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von folgenden Institutionen verarbeitet und genutzt werden, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind:

...

19. das BVA für die Gesamtevaluation des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im Rahmen des Erlass des BMG vom 13.12.2016.

(2) Die nach Absatz 1 Berechtigten können die Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeiten und nutzen:

...

7. Gesamtevaluation des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Die Daten werden hierzu dem BVA zu eigenen Auswertungszwecken zur Verfügung gestellt.“

3. Änderungen in der Datentransparenzverordnung (DaTraV)

Die Datentransparenzverordnung ist entsprechend zu aktualisieren.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 - 0

Fax: 030/2 69 31 - 2900

info@vdek.com