



Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Ausschließlich per E-Mail:

Referat 222@bmg.bund.de

Bundesministerium für Gesundheit

HAUSANSCHRIFT

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619 -2300

FAX +49 228 619 -1841

Abteilungsleitung_3@bvamt.bund.de
www.bundesversicherungsamt.de

18. April 2019

AZ 312 – 4000 – 1155/2019
(bei Antwort bitte angeben)

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

Ihr Schreiben vom 27. März 2019

Sehr geehrte Frau Brakel,
sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesversicherungsamt (BVA) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und führt zu dem übersandten Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG) das Folgende aus:

I. Vorbemerkung

Artikel 8 des Referentenentwurfs (RefE) sieht vor, dass das Gesetz am Tag nach der Verkündung in Kraft tritt. Für die organisationsrechtlichen Änderungen, die sich auf den Umfang der Aufsichtsführung von Bund und Ländern auswirken, bedarf es ausführlicher Übergangsregelungen, um einerseits organisatorische Vorkehrungen hinsichtlich der geänderten Aufsichtszuständigkeiten treffen zu können und andererseits Rechtsunsicherheiten bei der Gestaltung und Genehmigung von Satzungen im Übergang der Aufsichtszuständigkeiten zu vermeiden. Angesichts des Umfangs der zu bedenkenden Aspekte und der Vielzahl von

Vorschriften, bei denen die Aufsichtszuständigkeit eine Rolle spielt, konnte in der vorliegenden Stellungnahme hierauf nicht näher eingegangen werden.

Entsprechender Regelungs- oder Klärungsbedarf besteht auch hinsichtlich des Inkrafttretens der einzelnen Vorschriften zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) sowie der Prüfung der diesbezüglichen Datengrundlage. Hierauf wird in den Vorbemerkungen zu den einzelnen Vorschriften hingewiesen.

II. Stellungnahme zum Gesetz im Einzelnen

Artikel 1 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

§ 51 Absatz 3, Rechtsweg

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wettbewerbsrechtliche Streitigkeiten unter den gesetzlichen Krankenkassen i.S.d. § 4a Absatz 7 SGB V (i.d.F. dieses RefE) sollen zukünftig von der Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit ausgenommen werden.

B) Stellungnahme

Bislang sind rein auf das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) bezogene Streitigkeiten den ordentlichen Gerichten zugeordnet, wie insbesondere Verfahren die die Wettbewerbszentrale betreibt. Wettbewerbliche Streitfälle auf Basis der SGB-Reglungen und auch insgesamt Aufsichtsverfahren werden nach § 51 SGG dem Sozialrechtsweg zugeordnet.

Die vorgesehene Auflösung dieser parallelen Strukturen, die sich gleichwohl z.T. auf identische Sachverhalte beziehen können, soll zu Gunsten der ordentlichen Gerichtsbarkeit erfolgen. Durch die im RefE zu § 4a Absatz 7 SGB V vorgesehene Ausweitung des Unterlassungsanspruchs der Krankenkassen untereinander, würden zukünftig alle Streitigkeiten mit einem Wettbewerbsbezug vor den Zivilgerichten ausgetragen werden. Hierbei kann im Grunde die Unterlassung jeglichen Kassenhandelns mit Blick auf den Wettbewerb, auch in allen Leistungsfragen, verlangt werden und nicht nur wie bisher die Bewerbung bestimmter Angebote.

Das BVA hält die Zuordnung dieser Streitigkeiten zu den Zivilgerichten für nicht sachgerecht. Zwar haben Zivilgerichte unumstritten weitreichende Erfahrung im Umgang mit dem UWG, es fehlt jedoch an Erfahrung und Kenntnissen im Sozialrecht. Zukünftig würden die Zivilge-

richte auch die Rechtmäßigkeit von Satzungsregelungen oder Selektivverträgen beurteilen müssen. Dies erfordert vertiefte Kenntnisse im Sozialrecht.

Die im RefE vorgesehene Zuordnung würde zwar einerseits Gleichklang in der UWG-Anwendung herstellen, aber an anderer Stelle zu einem aus unserer Sicht kritischen Auseinanderfallen der Anwendung sozialrechtlicher Sachverhalte führen. So würden Aufsichtsverfahren, auch im Wettbewerbsbereich, vor den Sozialgerichten, aber möglicherweise identische Sachverhalte in Anwendung des § 4a Absatz 7 SGB V i.d.F. des RefE vor den Zivilgerichten verhandelt.

Aufgrund der besonderen Situation der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts und der sozialrechtlichen Besonderheiten wird eine generelle Zuordnung aller Streitigkeiten der gesetzlichen Krankenkassen zu den Sozialgerichten für weitaus sachgerechter und praktikabler eingeschätzt. Die Praxis zeigt, dass die Sozialgerichte sehr wohl in der Lage sind, UWG-Tatbestände in Rechtsstreitigkeiten aufgrund von Aufsichtsanordnungen und Klagen der Krankenkassen untereinander mit wettbewerbsrechtlichem Bezug zu beurteilen.

C) Änderungsvorschlag

Von der im RefE vorgesehenen Ausnahme in § 51 Absatz 3 SGG sollte aus vorgenannten Gründen abgesehen werden. Vielmehr wird angeregt, wettbewerbliche Streitigkeiten unter den gesetzlichen Krankenkassen i.S.d. § 4a Absatz 7 SGB V ausdrücklich dem Sozialrechtsweg zuzuweisen und gleichzeitig eine Entscheidung im ersten Rechtszug durch die Landessozialgerichte vorzusehen.

Es wird daher vorgeschlagen, § 29 Absatz 2 SGG um eine weitere Nummer wie folgt zu ergänzen:

„5. die Geltendmachung von Ansprüchen nach § 4a Absatz 7 SGB V,“

Hiermit bestünde auch die identische Zuordnung zu den Landessozialgerichten wie bei aufsichtsrechtlichen Streitigkeiten.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 2

Einfügung § 4a, Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein gesetzlicher Rahmen zum Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander geschaffen werden. Dieser ist künftig zentral in § 4a vorgegeben. Die in den Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder formulierten Grundsätze wettbewerblichen Handelns der gesetzlichen Krankenkassen sollen in einer Rechtsverordnung (RVO) kodifiziert werden.

Ferner wird für Unterlassungsansprüche der Krankenkassen untereinander eine direkte Anwendbarkeit des UWG vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die Kodifizierung des zulässigen Rahmens des Wettbewerbs unter den gesetzlichen Krankenkassen ist seit langem Forderung des BVA. Die Regelung wird daher ausdrücklich begrüßt.

Absatz 3 normiert die Zielrichtung des Werbeverhaltens der Krankenkassen. Diese dürfen sowohl um Mitglieder werben, als auch ihre Leistungen darstellen, wie es bisher auch in den Wettbewerbsgrundsätzen vorgesehen ist. Die Werbung der Krankenkassen muss ihrem Status als Körperschaft gerecht werden (Rz. 5 der Wettbewerbsgrundsätze).

Es soll die Sachinformation im Vordergrund stehen, d.h. dass Werbemaßnahmen der Krankenkassen stets auch einen aufklärenden oder informierenden Anteil enthalten müssen. Werbung zur reinen Erhöhung des Bekanntheitsgrades wird damit untersagt, wodurch Marketingmaßnahmen, die ausschließlich die „Kassenmarke“ stärken sollen, zukünftig unzulässig sind.

Hierzu ist zu bemerken, dass eine gleichlautende Regelung zu einem früheren Zeitpunkt bereits Gegenstand der Wettbewerbsgrundsätze war, aber in der Überarbeitung 2006 gestrichen wurde, nachdem sie in der Praxis nicht mehr zur Anwendung kam.

Ein stärkerer Sachbezug in der Werbung wird grundsätzlich befürwortet, es ist jedoch insoweit auf praktische Umsetzungsprobleme hinzuweisen. Es ist langjährige Praxis der Krankenkassen, Werbung ohne informatorischen Inhalt zu betreiben und etwa als Sponsor von Sportveranstaltungen (Wintersport, Handball, Fußball) aufzutreten, was künftig einzustellen

wäre. Es müsste jede Form von Werbung ohne Sachbezug aufsichtsrechtlich aufgegriffen und untersagt werden. Die Marketingstrategien der Krankenkassen müssten vollständig überarbeitet werden.

Nach dem im RefE zum Ausdruck kommenden Bild des Kassenwettbewerbs ist die vorgenannte Einschränkung folgerichtig. Die Krankenkassen sollen mit ihren Versorgungskonzepten werben. Derzeit werden vielfach hohe Millionenbeträge für reine Eigenwerbung verausgabt, ohne dass den Versicherten ein Mehrwert zugutekommt (vgl. Sonderbericht Wettbewerb des BVA).

In Absatz 4 wird das BMG ermächtigt, nähere Einzelheiten durch RVO, mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln. Die Regelung kann mit Zustimmung des Bundesrates auch dem BVA übertragen werden. Dies wird ausdrücklich begrüßt. Auch eine mögliche Übertragung auf das BVA wird für sinnvoll erachtet, da die Aufsicht über die Krankenkassen aufgrund der grundsätzlich bundesweiten Öffnung künftig einheitlich durch das BVA erfolgen wird. Auch sind die meisten und wesentlichen Bestandteile der Wettbewerbsgrundsätze auf Initiative und Praxis des BVA zurückzuführen.

Durch die Regelung als RVO wird die notwendige Flexibilität gewährleistet, weil der Wettbewerb einem stetigen Wandel unterworfen ist. Hinzuweisen ist gleichwohl auf die im Absatz 2 Nr. 2 vorgesehene Berücksichtigung der Aufwandsentschädigungen für externe Dienstleister bei den Höchstgrenzen für Werbeausgaben. Nach den Bestimmungen des Kontenrahmens werden die Ausgaben für externe Werber derzeit bei den Personalkosten erfasst und ausdrücklich nicht dem sog. Werbebudget zugerechnet, das nach den Wettbewerbsgrundsätzen wiederum gedeckelt ist. Die Einführung dieser Bestimmung erfolgte mit dem Ziel einer Gleichstellung von Krankenkassen mit eigenen Vertriebsmitarbeitern (deren Personalkosten nicht zum Werbebudget zählen) gegenüber Krankenkassen mit weitestgehend externem Vertrieb. Die (erneute) Zuordnung externer Werber in das Werbebudget der Krankenkassen ist nach Auffassung des BVA sachgerecht und wird befürwortet. Zum einen bevorteilt die aktuelle Regelung die Krankenkassen, die mit einer Vielzahl externer Werber kooperieren. Zum anderen ist die Geltung des Budgets auch aus qualitativen Gründen zu befürworten, da externe Werber in erster Linie Einnahmen aus der Mitgliederwerbung generieren möchten und der Anspruch an eine umfassende Auskunft und Beratung der Neumitglieder wie ihn eine Krankenkasse hat, nicht verfolgt wird. Externe Werber richten ihr Handeln prioritär an der Gewinnmaximierung aus.

Nach Absatz 5 sind die vorgehenden Regelungen sowie die RVO auch von Arbeitsgemeinschaften und anderen Dritten einzuhalten. Dies ist auch bisher Bestandteil der Wettbewerbsgrundsätze und wird begrüßt.

Insoweit ist allerdings anzumerken, dass nach den derzeit geltenden Regelungen Werbemaßnahmen von Arbeitsgemeinschaften nicht wie kasseneigene geprüft und unterbunden werden können, weil direkte Aufsichtsmittel gegenüber Arbeitsgemeinschaften nicht zur Verfügung stehen.

Ferner kann für Arbeitsgemeinschaften und Kassenverbände aufgrund fehlender Mitgliederstatistiken und abweichender Rechnungslegungsvorschriften kein Werbebudget ermittelt werden. Hieraus folgt eine derzeit „ungedeckelte“ Mittelverwendung für Werbung durch diese Institutionen.

Bislang können Krankenkassen nach § 4 Absatz 3 S. 2 SGB V untereinander die Unterlassung unzulässiger Werbemaßnahmen verlangen. Künftig soll sich der Unterlassungsanspruch auf sämtliche Wettbewerbseinschränkungen erstrecken. Die im künftigen § 4a Absatz 7 vorgesehene Voraussetzung, dass angegriffene Maßnahmen geeignet sein müssen, „Interessen im Wettbewerb“ zu beeinträchtigen, ist gesetzlich nicht näher definiert, dürfte sich ausweislich der Begründung aber an § 8 UWG ausrichten. Mithin ist jedes Kassenhandeln als wettbewerblich relevant qualifizierbar. Dies entspricht auch der bisherigen materiellen Rechtslage und Rechtsprechung, da das UWG auch in der GKV entsprechend Anwendung findet. Insoweit handelt es sich um eine gesetzliche Klarstellung.

Gleichwohl ist insoweit auf die Problematik hinzuweisen, dass bei Rechtsstreitigkeiten über Wettbewerbsbeeinträchtigungen inzident Vertragsregelungen und von der Aufsichtsbehörde genehmigte Satzungsregelungen im Zivilprozess ausgehebelt werden könnten. Es drohen entsprechende Widersprüche zwischen sozial- und zivilrechtlicher Beurteilung von Maßnahmen, sowie Einfluss auf eine auch für die Krankenkassen verlässliche Aufsichtspraxis.

Rechtswidrige Leistungsgewährung und Betreuungsstrukturverträge, die unzulässig Einfluss auf das Kodierverhalten der Ärzte nehmen, greifen rechtswidrig in die Rechtsposition von Mitbewerbern ein. Die Krankenkassen haben aber bisher nur selten von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, unmittelbar gegen ihre Mitbewerber vorzugehen. Regelmäßig sind die Krankenkassen an die Aufsichtsbehörden herangetreten und haben diese um Unterbindung des rechtswidrigen Handelns der Mitbewerber gebeten. Auch die Wettbewerbszentrale ist vereinzelt eingeschaltet worden. Den direkten Konflikt mit Mitbewerbern scheuen die Kran-

kenkassen im Interesse der Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems, weil sich Klagen nachteilig auf das Vertragsgeschäft in der gemeinsamen Selbstverwaltung auswirken können. Daran wird sich voraussichtlich auch in der Zukunft nichts ändern.

Bei gerichtlichen Auseinandersetzungen nach § 4a Absatz 7 SGB V über Satzungsangelegenheiten ist zu beachten, dass es sich bei Satzungsregelungen um autonomes Recht handelt. Gemäß § 194 Absatz 2 Satz 2 SGB V darf eine Satzung Leistungen nur vorsehen, soweit das SGB V dies zulässt. Ein Urteilstenor, der die „Beseitigung und Unterlassung unzulässiger Maßnahmen“ im Rahmen einer Satzungsregelung feststellt, führt nicht zur Nichtigkeit dieser Satzungsregelung. Vielmehr bedarf es einer Satzungsänderung, die vom Verwaltungsrat der Krankenkasse gemäß § 197 Absatz 1 Nr. 1 SGB V beschlossen und von der Aufsichtsbehörde gemäß § 195 Absatz 1 SGB V genehmigt werden muss.

Auch ein Urteilstenor, der die „Beseitigung und Unterlassung unzulässiger Maßnahmen“ im Rahmen eines Vertrages einer Krankenkasse feststellt, der die Rechte einer anderen Krankenkasse tangiert, muss durch Änderung oder Kündigung des Vertrages umgesetzt werden.

Die Begründung des RefE zu Absatz 7 hinsichtlich der Ausführungen zu den Grenzen der staatlichen Rechtsaufsicht, der Opportunität der Aufsicht, beanstandete Rechtsverletzungen zu tolerieren, sowie des benannten Urteils des BSG vom 22. März 2005, BSGE 94, 221, erfasst nicht die Satzungsgenehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Die Grundsätze der maßvollen Rechtsaufsicht sowie die o. g. Entscheidung des BSG sind auf das Genehmigungsverfahren nach § 195 Absatz 1 SGB V nicht übertragbar. Insoweit handelt die Aufsichtsbehörde als Mitwirkungsbehörde und führt nicht Aufsicht im Sinne des § 89 SGB IV. Der Aufsichtsbehörde ist im Rahmen der staatlichen Mitwirkungsrechte ein Instrument der präventiven Kontrolle an die Hand gegeben, das im Gegensatz zu den klassischen Aufsichtsmitteln nicht erst im Nachhinein auf die Behebung eines Rechtsverstoßes hinwirkt, sondern diesen bereits im Vorfeld verhindert. Die Aufsichtsbehörde übernimmt damit einen Teil der Verantwortung für die genehmigte Satzungsregelung und kann sich dabei einer eigenen Auslegung der gesetzlichen Vorgaben nicht enthalten.

Des Weiteren zu korrigieren wäre die Aussage, dass Krankenkassen, die von vornherein nicht im Wettbewerb zueinander stehen, weil sich die Kreise der zur Mitgliedschaft berechtigten Personen nicht überschneiden, kein Interesse daran hätten, wechselseitige Rechtsverstoße zu unterbinden. Zwar ist es zutreffend, dass nicht geöffnete BKKen keine betriebsfremden Mitglieder aufnehmen können und insofern gegenüber Versicherten anderer Krankenkassen nicht am Wettbewerb teilnehmen. Sehr wohl ist das Wettbewerbsverhalten ande-

rer Krankenkassen aber für die eigenen Mitglieder dieser nicht geöffneten BKKen von Bedeutung. Denn diese Mitglieder können die geschlossene BKK verlassen und zu einer anderen Krankenkasse wechseln, deren Leistungsangebot dem Versicherten mehr zusagt. Wettbewerbswidriges Verhalten begründet für geschlossene BKKen daher die Gefahr, Mitglieder zu verlieren. Des Weiteren sollte nicht auf nicht geöffnete IKKen verwiesen werden, da alle bestehenden IKKen über eine Öffnungsklausel verfügen und zukünftig durch den RefE keine Neugründung geschlossener IKKen mehr vorgesehen ist.

Es wird darüber hinaus eine Änderung des Wortlauts der Begründung zu Absatz 7 auf Seite 58/59 hinsichtlich „gesetzlich nicht vorgesehene Leistungen“ und „Leistungsangebote, die den gesetzlichen Rahmen überschreiten“ angeregt. Satzungsregelungen, die gemäß § 11 Absatz 6 SGB V in die Satzung aufgenommen werden, überschreiten insoweit den Leistungsrahmen des SGB V, als sie eben „zusätzliche Leistungen“ darstellen. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte an Stelle des zitierten Wortlauts die Formulierung gewählt werden „Leistungen, die den Vorgaben des SGB V widersprechen“.

Wie eingangs dargelegt, spricht sich das Bundesversicherungsamt für eine Rechtswegzuweisung zu der Sozialgerichtsbarkeit aus.

C) Änderungsvorschlag

§ 4a Absätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen der Krankenkassen zu regeln im Hinblick auf ...

4. die Beauftragung und Vergütung von Mitarbeitern, Arbeitsgemeinschaften, Beteiligungs-gesellschaften von Sozialversicherungsträgern und Dritten zu Werbezwecken, ...“

„(5) Beauftragen Krankenkassen Arbeitsgemeinschaften, Beteiligungsgesellschaften von Sozialversicherungsträgern oder Dritte zu Zwecken des Wettbewerbs und insbesondere der Werbung, haben sie sicherzustellen, dass diese die für entsprechende Maßnahmen der Krankenkassen geltenden Vorschriften einschließlich der Vorgaben nach Absatz 1 bis 3 sowie der Rechtsverordnung nach Absatz 4 einhalten.“

Auf S. 58 der Gesetzesbegründung sollte im letzten Absatz der Satz „So kann etwa die Aufnahme gesetzlich nicht vorgesehener Leistungen in die Satzungen der Krankenkassen ...“ wie folgt geändert werden:

„So kann etwa die Aufnahme von Leistungen, die den Vorgaben des SGB V widersprechen, in die Satzungen der Krankenkassen...“.

Auf S. 59 der Gesetzesbegründung sollte im 2. Absatz der Satz *„Krankenkassen, die von vornherein nicht im Wettbewerb zueinander stehen, weil ...“* vollständig gestrichen werden. Ebenfalls im 2. Absatz sollten die Worte *„Leistungsangebote, die den gesetzlichen Rahmen überschreiten“* z. B. durch *„Leistungsangebote, die den Vorgaben des SGB V widersprechen“* ersetzt werden. Sodann sollte nach dem Satz *„Leistungsangebote, die den gesetzlichen Rahmen überschreiten, können Anreize für Mitgliederwechsel setzen und berühren damit unmittelbar die wettbewerblichen Interessen der konkurrierenden Krankenkassen“* folgende Sätze aufgenommen werden:

„Bei gerichtlichen Auseinandersetzungen über Satzungsangelegenheiten ist zu beachten, dass es sich bei Satzungsregelungen um autonomes Recht handelt. Gemäß § 194 Absatz 2 Satz 2 SGB V darf eine Satzung Leistungen nur vorsehen, soweit das SGB V dies zulässt. Ein Urteilstenor, der die „Beseitigung und Unterlassung unzulässiger Maßnahmen“ im Rahmen einer Satzungsregelung feststellt, führt nicht zur Nichtigkeit dieser Satzungsregelung. Vielmehr bedarf es einer Satzungsänderung, die vom Verwaltungsrat der Krankenkasse gemäß § 197 Absatz 1 Nr. 1 SGB V beschlossen und von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden muss.“

Auch ein Urteilstenor, der die „Beseitigung und Unterlassung unzulässiger Maßnahmen“ im Rahmen eines Vertrages einer Krankenkasse feststellt, muss durch Änderung oder Kündigung des Vertrages umgesetzt werden.“

Auf Seite 60 sollte bzgl. der Sätze 2 bis einschließlich 5 des 2. Absatzes klargestellt werden, dass diese Aussagen sich nicht auf Genehmigungsverfahren als staatliche Mitwirkungsakte beziehen.

Nummer 11

§ 144, Betriebskrankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 144 definiert den Begriff der BKK. Der Zuständigkeitsbereich geöffneter BKKen gemäß § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet.

B) Stellungnahme

Es wird eine Änderung des Wortlauts vorgeschlagen. Der Wortlaut „Regelungen nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4“ ist materiell rechtlich unzutreffend. Die sog. Öffnungsklausel nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V stellt *eine* Regelung dar. Mehrere Regelungen zur Öffnung einer BKK sind gesetzlich nicht vorgesehen. Anstelle des Plurals „Regelungen“ sollte daher der Singular verwendet werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 144 wird wie folgt gefasst:

„Betriebskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch den Arbeitgeber für einen oder mehrere Betriebe errichtet wurden. Der Zuständigkeitsbereich von Betriebskrankenkassen, deren Satzungen eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthalten, erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet.“

§ 151, Ausdehnung auf weitere Betriebe

A) Beabsichtigte Neuregelung

„Eine Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält, kann auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden. § 150 gilt entsprechend.“

B) Stellungnahme

Die Regelung des § 151 entspricht dem bestehenden § 149 SGB V.

§ 151 Satz 2 verweist in Gänze auf § 150 RefE. Es wird vorgeschlagen, diesen Verweis auf § 150 Absatz 1 Satz 1 zu begrenzen und einen neuen Satz 3 aufzunehmen.

Bereits bei der bestehenden Fassung des § 149 SGB V ist trotz Verweisung auf § 148 SGB V eine entsprechende Anwendung des § 148 Absatz 1 Satz 2 SGB V nicht vorgesehen. Weder die Voraussetzungen des § 148 Absatz 1 Satz 2 i. V. m. § 147 Absatz 1 SGB V noch eine Mindestmitgliederzahl nach § 148 Absatz 1 Satz 2 SGB V sind erforderlich (vgl. Baier in Krauskopf, SGB V, 101. EL November 2018, § 149, Rn. 5). Die Zustimmung der Mehrheit der im Betrieb Beschäftigten ist in der Fassung des RefE ohnehin nicht mehr vorgesehen.

Dem Antrag des Arbeitgebers auf Ausdehnung der BKK ist auch keine Satzung i. S. d. bestehenden § 148 Absatz 3 Satz 1 SGB V (nun § 150 Absatz 2 Satz 1) beizufügen. Es gilt

auch für die erweiterte BKK die bis zur Ausdehnung geltende Satzung weiter. Die Satzung muss lediglich hinsichtlich der geänderten Zuständigkeit angepasst werden. Die Aufsicht bestimmt jedoch i. S. d. § 148 Absatz 3 Satz 2 SGB V (nun § 150 Absatz 2 Satz 2) den Zeitpunkt, an dem die Ausdehnung wirksam wird. (a. a. O. Rn. 8).

Im Zuge der Überarbeitung des Organisationsrechts der Krankenkassen könnte der Verweis des § 151 auf § 150 (bzw. § 149 auf § 148 SGB V a. F.) konkretisiert werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 151 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Eine Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält, kann auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden. § 150 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Ausdehnung wirksam wird.“

§ 153, Auflösung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 153 regelt die Auflösung von BKKen entsprechend des bisher geltenden § 152 SGB V.

B) Stellungnahme

Nach der Begründung (S. 65) soll § 153 des Entwurfs dem bisherigen § 152 SGB V entsprechen.

In diesem Sinne müsste Satz 4 über den Wortlaut „Satz 1 gilt nicht“ hinaus, entsprechend der bisherigen Fassung des § 152 SGB V, um Satz 2 ergänzt werden. Da im Falle des Satzes 4 des entworfenen § 153 auch Satz 3 der Regelung („Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird“) obsolet wird, sollte auch dieser Satz 3 ausgenommen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 153 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des Arbeitgebers aufgelöst werden, wenn der Verwaltungsrat mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4

enthält. Für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber ist der Antrag nach Satz 1 von allen beteiligten Arbeitgebern zu stellen.“

§ 156, Vereinigung auf Antrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 156 fasst die bisherigen Regelungen der zwangsweisen Vereinigung von bundesweiten Krankenkassen für alle Kassenarten in einer Norm zusammen.

B) Stellungnahme

Nach der Begründung zu § 156 SGB V (S. 65 des RefE) werden die Vorschriften zur zwangsweisen Vereinigung von bundesweiten Krankenkassen einer Kassenart des ehemaligen § 168a Absatz 2 SGB V (Ersatzkassen) und des § 150 Absatz 2 Satz 2 2. Halbsatz SGB V (BKKen) zusammengefasst. Der Anwendungsbereich werde des Weiteren auf bundesweite IKKen erstreckt, für die es bislang eine solche Regelung nicht gab.

Es wird angeregt, die Begründung zu § 156 anzupassen.

Nach § 143 des RefE sind AOKen nun bundesunmittelbar. Nach der bestehenden gesetzlichen Vorgabe regelt § 145 SGB V die Vereinigung von AOKen innerhalb eines Landes auf Antrag. Mit der vollständigen Überarbeitung des ersten Abschnitts des sechsten Kapitels des SGB V entfällt diese Regelung. Nach dem Wortlaut des hier beabsichtigten § 156 werden alle „bundesunmittelbaren Krankenkassen einer Kassenart“ erfasst, d. h. auch die AOKen. Die Begründung sollte daher darauf hinweisen, dass die Regelung des § 145 SGB V zu den AOKen nunmehr ebenfalls in dem neuen § 156 aufgeht.

C) Änderungsvorschlag

Die Begründung zu § 156 SGB V wird wie folgt angepasst:

„Die zwangsweise Vereinigung von bundesweiten Krankenkassen einer Kassenart auf Antrag einer Krankenkasse ist bislang für Ersatzkassen in § 168a Absatz 2 geregelt. Für bundesweite Betriebskrankenkassen verweist der bisherige § 150 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz auf diese Regelung. Die neue Regelung zur zwangsweisen Vereinigung bundesweiter Krankenkassen nach § 156 beinhaltet für diese Kassenarten keine Rechtsänderung. Der Anwendungsbereich wird aber auf bundesweite Innungskrankenkassen erstreckt, für die es bislang eine solche Regelung nicht gab. Die Vereinigung von AOKen innerhalb eines Landes auf Antrag ist bislang in § 145 geregelt. Mit der Überarbeitung des

ersten Abschnitts des sechsten Kapitels des SGB V wird die Regelung des § 156 ebenfalls auf die AOKen erstreckt.“

§ 157, Verfahren bei Vereinigung auf Antrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 157 regelt das Verfahren bei Vereinigung auf Antrag entsprechend des bisherigen § 146 SGB V nun für alle Kassenarten einheitlich.

B) Stellungnahme

Nach der Begründung zu § 157 SGB V (S. 65 des RefE) entspreche die Norm dem bisherigen § 145 SGB V.

Der Verweis auf § 145 SGB V trifft nicht zu. § 157 RefE entspricht § 146 SGB V. Die Begründung ist entsprechend zu korrigieren.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die beabsichtigten Regelungen des § 156 und § 157 insoweit nicht konsistent sind, als dass gemäß § 156 das Bundesministerium für Gesundheit zur Vereinigung durch Rechtsverordnung ermächtigt wird („vereinigen“). Gemäß § 157 soll das Verfahren der Vereinigung durch die Aufsichtsbehörde erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Die Begründung zu § 157 wird wie folgt gefasst:

„Der neue § 157 regelt das Verfahren der Vereinigung nach dem neuen § 156 und entspricht dem bisherigen § 146.“

§ 166, Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 166 regelt die Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung oder Schließung. Absatz 1 bestimmt, dass grundsätzlich alle Krankenkassen für die nach Abwicklung der Geschäfte verbleibenden Verpflichtungen einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse haften. Eine vorrangige Haftung der jeweiligen Kassenart ist nicht mehr vorgesehen. Die primäre Verpflichtung des Arbeitgebers einer betriebsbezogenen bzw. nicht geöffneten BKK bleibt erhalten.

B) Stellungnahme

Es wird vorgeschlagen, § 166 Absatz 2 um einen Satz 5 zu ergänzen. Absatz 2 Satz 4 soll ebenfalls im Fall einer Vereinigung nach § 155 RefE gelten. Die vorgeschlagene Ergänzung beruht auf dem folgenden Sachverhalt:

Zum 1. Januar 2012 vereinigte sich eine BKK mit einer Ersatzkasse. Die BKK verfügte über keine Öffnungsregelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V. Durch die Vereinigung mit der Ersatzkasse konnte sich der Arbeitgeber der BKK seiner Haftungsverpflichtung in Höhe von 4,1 Millionen Euro zu Lasten der Allgemeinheit entziehen. Der Arbeitgeber vertrat die Rechtsauffassung, § 155 Absatz 4 Satz 8 SGB V der bisherigen Fassung finde bei Vereinigungsverfahren keine Anwendung. Der Hinweis des BVA auf § 155 Absatz 5 i. V. m. § 171a SGB V konnte nicht durchgesetzt werden. Eine eindeutige Haftungsregelung für den Fall der Vereinigung einer betriebsbezogenen BKK mit einer anderen Krankenkasse wird daher als erforderlich erachtet.

Könnten sich betriebsbezogene BKKen durch die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse der Haftung entziehen, liefe die Haftungsregelung für Arbeitgeber ins Leere.

Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass sich derzeit drei Krankenkassen in Abwicklung befinden (Airbus BKK KöRiA, City BKK KöRiA, BKK für Heilberufe KöRiA). Bis zur vollständigen Abwicklung dieser KöRiA sind lange Zeiträume veranschlagt. Die Abwicklung der City-BKK KöRiA und der BKK für Heilberufe KöRiA soll bspw. hinsichtlich des Liquidationsverfahrens im Jahr 2041, hinsichtlich der letzten auszahlenden Altersversorgungsverpflichtung im Jahr 2077 beendet werden.

Aus dem RefE des § 166 wird nicht ersichtlich, inwieweit sich die neuen Haftungsvorgaben losgelöst von der jeweiligen Kassenart auf diese laufenden Liquidationsverfahren auswirken. Eine klarstellende Regelung zu den bereits bestehenden Abwicklungsverfahren sollte ergänzt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 166 Absatz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(2) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält, nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Arbeitgeber die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind mehrere Arbeitgeber beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht das Vermögen des

Arbeitgebers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, findet Absatz 1 Anwendung. Übersteigen die Verpflichtungen einer Krankenkasse ihr Vermögen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einer Satzungsbestimmung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4, hat der Arbeitgeber den Unterschiedsbetrag innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Satzungsbestimmung auszugleichen. Dies gilt auch bei Vereinigungsverfahren gemäß § 155, wenn Betriebskrankenkassen beteiligt sind, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält.“

§ 170, Deckungskapital für Altersvorsorgeverpflichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 170 entspricht laut Begründung dem bisherigen § 171e.

B) Stellungnahme

Verordnungsgeber der Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung ist das BVA. Für die dem BVA entstehenden Ausgaben verweist § 170 Absatz 4 Satz 3 (wie bisher § 171e Absatz 3 Satz 3 SGB V) auf die entsprechende Geltung des § 271 Absatz 6 SGB V. Das BVA regt an, diese Kostenregelung zu überprüfen und zu ändern, da diese Regelung nicht umsetzbar ist.

Vorbemerkung zu Artikel 4, Nummer 19 bis 24 sowie zu Artikel 5

Mit dem RefE wird der RSA unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA beim BVA unter anderem durch die Einführung eines Krankheits-Vollmodells, einer Regionalkomponente sowie die versichertenindividuelle Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte im RSA, die Streichung des Merkmals Erwerbsminderung sowie der DMP-Programmkostenpauschale im RSA fortentwickelt. Darüber hinaus sollen die finanziellen Belastungen für einzelne Krankenkassen aus Hochkostenfällen durch die Einführung eines Risikopools reduziert und die Präventionsanreize im RSA durch die Einführung einer Vorsorge-Pauschale gestärkt werden.

Der RefE enthält keine explizite Regelung zur zeitlichen Umsetzung dieser Änderungen am Ausgleichsverfahren. Ausgehend von einem Inkrafttreten des GKV-FKG zum 31. Dezember 2019 hält das BVA als RSA-Durchführungsbehörde eine Umsetzung aller vorgeschlagenen Änderungen in der RSA-Systematik ab dem Ausgleichsjahr 2021 für realisierbar. So bestünde nur bis zum 30. September 2020 Zeit, die entsprechenden Festlegungen zum Versichertenklassifikationsmodell auszuarbeiten sowie die Überarbeitung des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bzw. zu den Erstattungen aus dem Risikopool für das Ausgleichsjahr 2021 zu entwickeln und die vorgeschriebene Anhörung des GKV-Spitzenverbands durchzuführen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der umfangreichen umzusetzenden Änderungen mit einem hohen Abstimmungsaufwand zu rechnen ist. Einige Änderungen im Zuweisungsverfahren machen zudem die Etablierung entsprechender Datenmeldungen notwendig (z.B. die Arzneimittelrabatte und die Vorsorgepauschale), so dass vor der erstmaligen Anwendung mit einem längeren zeitlichen Vorlauf zu rechnen ist. Nicht zuletzt ist es für die Haushalts- und Finanzplanung der Krankenkassen unverzichtbar, im Vorfeld die finanziellen Auswirkungen der RSA-Änderungen abschätzen zu können.

Aus den genannten Gründen und zur Herstellung von Rechts- und Planungssicherheit hält das BVA daher die Einfügung einer klarstellenden Regelung, dass die gesetzlichen Änderungen zum RSA-Verfahren frühestens und erstmalig für das Ausgleichsjahr 2021 umgesetzt werden, für essentiell. Diese sollte ausdrücklich dem Umstand Rechnung tragen, dass die Umsetzbarkeit durch das BVA stets durch die dargestellten vielfältigen technischen und terminlichen Vorgaben determiniert ist.

Nummer 19 Buchstabe b)

Einfügung § 266 Absatz 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß des neugefassten § 266 Absatz 2 SGB V wird der Bezug von Erwerbsminderungsrente bei der Risikogruppen-Zuordnung nicht berücksichtigt. Als Folge der Abschaffung der Erwerbsminderungsgruppen (EMG) im neuen § 266 Absatz 2 SGB V werden auch die §§ 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 31 Absatz 4 Satz 5 und 6 RSAV gestrichen.

In der Begründung zur Neufassung des § 266 SGB wird auf S. 75 darauf hingewiesen, dass der Wissenschaftliche Beirat im Sondergutachten von 2017 die Verwendung dieses Merkmals kritisch hinterfragt und Über- und Unterdeckungen innerhalb der betroffenen Versicherungengruppe festgestellt habe. So komme es insbesondere bei jungen Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern zu hohen Unterdeckungen und bei Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern ohne chronische Krankheiten zu hohen Überdeckungen.

Bei seinem Votum, das Merkmal der Erwerbsminderung weiterhin im RSA zu berücksichtigen habe der Beirat die beiden folgenden Aspekte jedoch zu gering gewichtet (vgl. RefE, S. 75):

1. Das Merkmal Erwerbsminderung ist das einzige sozioökonomische Merkmal im RSA und auf eine bei Einführung des RSA fehlende Morbiditätsinformation zurückzuführen.
2. Durch die Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus werden Versicherungengruppen, für die diese Information nicht vorliegt, benachteiligt (z.B. Altersrenten-Empfänger, Erwerbslose, Selbständige).

B) Stellungnahme

Die Berücksichtigung der Erwerbsminderung als Merkmal im RSA-Verfahren lässt sich inhaltlich damit begründen, dass die positiven Zuschläge für EMGs zumindest teilweise die Folgekosten von Nicht-Auswahlkrankheiten sowie eine tendenziell höhere Morbiditätslast der Betroffenen widerspiegeln. Das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats hat gezeigt, dass die ersatzlose Streichung der EMGs zu Risikoselektionsanreizen gegen Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner führen würde. Diese würden für jüngere und chronisch kranke Erwerbsminderungsrentner besonders hoch ausfallen; dementsprechend würde die oben beschriebene Unterdeckung der jüngeren, chronisch kranken Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner durch die Streichung des Merkmals noch zunehmen. Im Durchschnitt wiesen die Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner mit Streichung dieses Merkmals eine Unterdeckung von etwa 1.100 Euro jährlich auf. Daher hat der Wissenschaft-

liche Beirat sich explizit gegen eine Streichung des Merkmals Erwerbsminderungsrente ausgesprochen und eine weitere Differenzierung dieses Merkmals, etwa nach dem Alter der Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner, vorgeschlagen.

Es ist zutreffend, dass bestimmte Versichertengruppen per se keine Erwerbsminderungszeiten aufweisen können, weshalb bei diesen Personen eine Differenzierung über das Merkmal nicht möglich ist. Sofern allerdings einer Krankenkasse für diese Versichertengruppen keine vergleichbaren Merkmale vorliegen, kann sie hierüber auch keine Risikoselektion betreiben. Sollte eine Krankenkasse dagegen über vergleichbare Differenzierungsmerkmale für diese Versichertengruppen verfügen, spricht das eher dafür, auch diese Informationen in den RSA einzubeziehen.

Nummer 19, Buchstabe d), Doppelbuchstabe bb), Dreifachbuchstabe ccc)

Anfügung § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Leistungsausgaben, die über den mit diesem Gesetz (wieder) eingeführten Risikopool ausgeglichen werden, dürfen nicht auch bei der Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben im RSA berücksichtigt werden, damit ein doppelter Ausgleich verhindert wird. Zu diesem Zweck werden die Poolerstattungen bei der Regelung zur Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben explizit ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Ausführungen zu Artikel 4, Nummer 3, Neufassung § 268 SGB V verwiesen. Zur Klarstellung des Vorgehens sollte in der Begründung zur Anfügung von § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 SGB V eine Ergänzung erfolgen, aus der hervorgeht, dass die Minderung der standardisierten Leistungsausgaben um die Risikopoolerstattungen nach dieser Vorschrift nur im Jahresausgleich zu erfolgen hat.

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung zu Artikel 4, Nummer 19 Buchstabe d, Doppelbuchstabe bb, Dreifachbuchstabe ccc (§ 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 SGB V) ist der zweite Satz zur Klarstellung wie folgt zu fassen:

„Aufwendungen, die über den Risikopool ausgeglichen werden, werden im RSA bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im Jahresausgleich nicht berücksichtigt.“

Nummer 19, Buchstabe i)

Einfügung § 266 Absatz 10 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung:

Gemäß § 266 Absatz 10 SGB V n.F. überprüft der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesversicherungsamt regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, in einem Gutachten die Wirkungen des RSA.

B) Stellungnahme:

Zielsetzung dieser Regelung ist, auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse die weitere Entwicklung des RSA zu beobachten und gegebenenfalls das Ausgleichsverfahren nachbessern zu können (sh. Begründung zu Artikel 4, Nummer 19, Buchstabe i)). Um die finanziellen Auswirkungen der Neuregelungen des GKV-FKG evaluieren zu können, sollten zumindest die Ergebnisse für das erste Kalenderjahr, für das auf dieser geänderten Rechtsgrundlage das Ausgleichsverfahren (einschließlich Korrektur des Jahresausgleichs) durchgeführt wurde, dem Wissenschaftlichen Beirat und dem BVA vorliegen. Daher sollte der Zeitpunkt der erstmaligen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat konkretisiert werden.

C) Änderungsvorschlag:

Die Begründung B. Besonderer Teil zu Artikel 4, Nummer 19, Buchstabe i) wird um folgenden Satz ergänzt:

„Um die finanziellen Auswirkungen der Neuregelungen des GKV-FKG bei der Evaluation berücksichtigen zu können, erarbeitet der Wissenschaftliche Beirat das Gutachten nach § 266 Absatz 10 SGB V erstmalig nach Durchführung der Korrektur des Jahresausgleichs des Ausgleichsjahrs 2021.“

Nummer 20

Neufassung § 267 SGB V

Zu Absatz 2:

A) Beabsichtigte Neuregelung:

In § 267 Absatz 2 Satz 1 RefE. ist vorgesehen, dass die Krankenkassen dem BVA künftig zu jeder aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung übermittelten Diagnose auch den Arztgruppenschlüssel des dokumentierenden Arztes zukommen lassen. Auf Grundlage der zusätzlichen Daten soll untersucht werden, ob sich das Ausgleichsverfahren durch die Berücksichtigung der Diagnoseherkunft (haus- oder fachärztliche Versorgung) verbessern lässt.

B) Stellungnahme:

Das BVA weist darauf hin, dass durch die Differenzierung der Diagnosen nach Arztgruppennummer des dokumentierenden Arztes die Anzahl der von den Krankenkassen zu übermittelnden bzw. durch das BVA zu verarbeitenden Datensätze wesentlich ansteigen kann. Wird bei einem Versicherten eine identische Diagnose durch unterschiedliche (Fach-)Ärzte kodiert, führt dies – im Gegensatz zu heute – versichertenbezogen zu einer Mehrfachübermittlung dieser Diagnose. Hieraus kann sich ein erhöhter IT-seitiger Ressourcenbedarf sowohl bei den Krankenkassen als auch beim BVA ergeben.

Nummer 20

Neufassung § 268 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung:

Durch Neufassung des § 268 SGB V sowie Formulierung des neuen § 37a RSAV wird ein Risikopool eingeführt. Zur Vermeidung besonders schwerwiegender finanzieller Belastungen der Krankenkassen sollen deren Hochkostenfälle solidarisch finanziert werden. Zu diesem Zweck erhalten die Krankenkassen versichertenbezogen 80 Prozent der Leistungsausgaben oberhalb des nach § 268 Absatz 1 Satz 3 SGB V n.F. bestimmten Schwellenwertes aus dem Risikopool erstattet. Die Berechnung und Erstattung der Poolbeträge ist als eigenständiges Verfahren konzipiert, das „ergänzend zum RSA“ durchzuführen ist. Daher erhalten die Krankenkassen zukünftig im Jahresausgleich Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 SGB V und zusätzlich Erstattungen aus dem Risikopool nach § 268 SGB V.

Leistungsausgaben, die über den Risikopool ausgeglichen werden, dürfen nicht auch bei der Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben im RSA berücksichtigt werden, damit ein doppelter Ausgleich verhindert wird. Zu diesem Zweck werden die Poolerstattungen bei der Regelung zur Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben explizit ausgeschlossen (§ 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 SGB V). Analog hierzu erfolgt ein Ausschluss der Poolerstattungen auch bei der Definition der für den RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (§ 4 Absatz 2 Nummer 6 RSAV).

Die Durchführung des Risikopools wird auf den Jahresausgleich und dessen Korrektur begrenzt. Ein monatliches Abschlagsverfahren ist für den Risikopool nicht vorgesehen, da die Berechnung vorläufiger Risikopoolabschlagszahlungen mit erheblichem Aufwand und hohen Ungenauigkeiten einhergehen würde (siehe Begründung zu § 37a Absatz 3 RSAV, RefE S. 101).

B) Stellungnahme:

Die vorgesehene Vorgehensweise bei der Durchführung des Risikopools orientiert sich in ihren Grundzügen an den Regelungen des bis zum Ausgleichsjahr 2008 durchgeführten RSA in der Fassung des RSA-ReformG (BT-Drs. 14/6432). Bis zur Einführung des Gesundheitsfonds und der direkten Morbiditätsorientierung des RSA wurde ebenfalls ein eigenständiges Risikopoolverfahren parallel zum RSA durchgeführt.

Nach dem Verständnis des BVA ergeben sich auf Grundlage der Regelungen zum Risikopool die folgenden Verfahrensschritte:

- Da für den Risikopool kein monatliches Verfahren vorgesehen ist, wird dieser erstmalig im Rahmen des Jahresausgleichs durchgeführt (§ 37a Absatz 3 RSAV). Bis zu diesem Zeitpunkt ergeben sich keine Leistungsausgaben im Sinne des § 4 Absatz 2 Nummer 6 RSAV, d.h. die Summe der im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben beträgt 0 €.
- Daher sind sowohl bei der Bestimmung der Grundpauschale nach § 36 RSAV als auch im monatlichen Abschlagsverfahren nach § 39 RSAV die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zur Berechnung der Zu- und Abschläge zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben wie schon bislang zu berechnen. Da Poolerstattungen nach § 268 SGB V erst im Jahresausgleich anfallen, kommt es im Abschlagsverfahren zu keiner Minderung der standardisierten Leistungsausgaben im Sinne des § 266 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 SGB V.
- Die monatlichen Zuweisungen nach § 39 RSAV enthalten insofern die Ausgaben für Hochkostenfälle in voller Höhe, so dass diese vollständig über die Risikogruppen nach § 266 Absatz 2 SGB V als standardisierte Leistungsausgaben an die Krankenkassen verteilt werden. Dies bewirkt, dass Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen Hochkostenversicherten im Abschlagsverfahren nicht schlechter abgebildet werden als im bisherigen Verfahren.
- Im Jahresausgleich erfolgt anhand der von den Krankenkassen für das Ausgleichsjahr gemeldeten Leistungsausgaben eine versichertenindividuelle Aufteilung in Poolerstattungsbeträge und im RSA berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben. Durch den teilweisen Ist-Kosten-Ausgleich im Risikopool werden nun die Hochkostenfälle der Krankenkassen genauer als im bisherigen Verfahren ausgeglichen. Die Höhe der Zu- und Abschläge (insbesondere der Zuschläge für HMG mit besonders kostenintensiven Leistungsfällen) wird im Jahresausgleich niedriger ausfallen als im Abschlagsverfahren, die Höhe der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben wird im Vergleich zum Ab-

schlagsverfahren sinken. Dies wird durch die im Jahresausgleich auszuschüttenden Risikopoolerstattungen kompensiert.

- Die standardisierten Verwaltungsausgaben (§ 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V) der Krankenkassen werden sowohl im monatlichen Abschlagsverfahren als auch im Jahresausgleich (und dessen Korrektur) zu 50 Prozent anhand der Höhe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 SGB V ermittelt und zugewiesen. Das bedeutet, dass die Risikopoolerstattungen bei Ermittlung der standardisierten Verwaltungsausgaben im Jahresausgleich nicht mitberücksichtigt werden.
- Bei der Korrektur des Jahresausgleichs werden die Zuweisungen für die standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 SGB V und für die sonstigen Ausgaben nach § 270 SGB V sowie die Risikopoolerstattungen nach § 268 SGB V auf Grundlage der in § 30 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 RSAV n.F. eingeführten Korrekturmeldung der Leistungsausgaben neu ermittelt.
- Ziel der Weiterentwicklung des nach § 31 Absatz 4 RSAV jährlich anzupassenden und festzulegenden Versichertenklassifikationsmodells bleibt die möglichst genaue Modellausgestaltung im Hinblick auf den abschließenden Jahresausgleich. Die Weiterentwicklung des Modells wird sich daher an den im Jahresausgleich geltenden Rahmenbedingungen, d.h. am Ausgleich standardisierter Leistungsausgaben nach Abzug der Risikopoolerstattungen, orientieren.

Ausgehend von diesem Verfahrensablauf ergibt sich aus Sicht des BVA grundsätzlich kein Anpassungsbedarf bzgl. der Regelungen zum Risikopool; im Übrigen wird auf die Anmerkungen zu Artikel 4, Nummer 19 Buchstabe d), Doppelbuchstabe bb), Dreifachbuchstabe ccc) (§ 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 SGB V) sowie zu Artikel 5, Nummer 11), Buchstabe b), Dreifachbuchstabe ccc) (§ 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 RSAV) verwiesen.

Nummer 25

Neufassung § 273

Vorbemerkung zu den Auswirkungen auf laufende Verfahren nach § 273 SGB V

Das im Gesetzentwurf vorgesehene Verfahren unterscheidet sich in seiner Systematik derart erheblich vom aktuellen Verfahren, dass laufende Prüfungen bei einer Änderung der Rechtsgrundlage nicht mehr fortgeführt werden können. Um zu verhindern, dass die Ergebnisse der in den nächsten Monaten durchzuführenden Prüfungen mit Inkrafttreten der Neuregelung unbrauchbar werden, ist die Schaffung einer Übergangsregelung dringend erforderlich.

Begründung des § 273 (einleitender Teil):

A) Gegenstand der Begründung

Der einleitende Teil der Begründung zum § 273 SGB V n.F. umreißt Grundgedanken und Ziel der neu formulierten Prüfnorm. Das BVA hat weiterhin die RSA-Datenmeldungen auf Rechtmäßigkeit zu prüfen, erhält jedoch zusätzlichen Gestaltungsspielraum. Im Bereich der sog. Einzelfallprüfungen wird den Krankenkassen die Pflicht auferlegt, die Plausibilität ihrer Datenmeldungen nachzuweisen, andernfalls ist das BVA zur Zuweisungskürzung ermächtigt (Beweislastumkehr). Von dieser Neukonzeption wird nicht nur eine Qualitätssteigerung bei den Datenmeldungen, sondern auch eine effizientere und effektivere Ausgestaltung der Prüfungen erwartet.

B) Stellungnahme

Das BVA teilt grundsätzlich die Auffassung, dass die geplanten Änderungen die Effektivität der Prüfungen erhöhen werden. Soweit im letzten Satz der Begründung die Erwartung zum Ausdruck gebracht wird, dass die Prüfungen perspektivisch bereits vor Verwendung der Daten im Jahresausgleich erfolgen könnten, erscheint dies aus Sicht des BVA nicht erfüllbar.

Die konkrete Ausgestaltung schließt eine zeitliche Vorverlagerung des Prüfgeschehens in der beabsichtigten Form aus mehreren Gründen aus. So gibt das Verfahren zur Ermittlung eines Korrekturbetrages vor, dass der (korrigierte) Jahresausgleich bereits abgeschlossen sein muss. Denn gemäß § 43 Absatz 5 RSAV fließen die Einnahmen aus Korrekturbeträgen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich an die GKV ausgeschüttet. Diese Konstruktion setzt voraus, dass die Berechnung von Korrekturbeträgen der Zuweisungsberechnung im (korrigierten) Jahresausgleich nachgelagert ist. Andernfalls käme es gar nicht erst zu Einnahmen aus Korrekturbeträgen, weil diese schon im Jahresausgleich

verrechnet werden könnten. In jedem Fall beruht der Korrekturbetrag immer auf einer Gegenüberstellung jener Zuweisungen, die der Krankenkasse aufgrund der tatsächlich gemeldeten Daten zugestanden hätten und den Zuweisungen aufgrund der nach § 43 RSAV geschätzten Datenmenge. Die Werte des (korrigierten) Jahresausgleichs sind also stets Ausgangspunkt der Korrekturbetragsberechnung, weswegen eine Vorverlagerung ausgeschlossen ist.

Ferner sind Wechselwirkungen hinsichtlich der zu Beginn eines jeden Prüfturnus anstehenden Auffälligkeitsprüfungen mit den Ergebnissen aus dem (korrigierten) Jahresausgleich zu berücksichtigen. Diese bestehen zwischen der neu eingeführten Erheblichkeitsprüfung (Absatz 3), im Rahmen derer das BVA zukünftig zu prüfen hat, ob eine nach Absatz 2 festgestellte Auffälligkeit zu erheblich höheren Zuweisungen geführt haben kann und der ebenfalls mit dem GKV-FKG neu eingeführten sog. Manipulationsbremse (vgl. § 266 -neu- Absatz 8 Nummer 6). Diese gibt vor, dass HMGs mit besonders hohen, d. h. auffälligen Steigerungen, aus der Berechnung zum Jahresausgleich ausgeschlossen werden. Es ist anzunehmen, dass auf diese Weise ebenjene HMGs ausgeschlossen werden, deren übermäßige Steigerungen maßgeblich zur Feststellung einer statistischen Auffälligkeit bei einer einzelnen Krankenkasse beigetragen haben (können). Dies hätte zur Folge, dass eine festgestellte Auffälligkeit nach Absatz 2 ihren Erheblichkeitscharakter nach Absatz 3 verliert, weil die Auffälligkeit wegen der Manipulationsbremse nicht zu höheren Zuweisungen geführt haben kann. Für die Erheblichkeitsprüfung nach Absatz 3 muss daher zwingend das Ergebnis des (korrigierten) Jahresausgleichs abgewartet werden.

C) Änderungsvorschlag

Der letzte Satz aus dem einleitenden Teil der Gesetzesbegründung ist aus Sicht des BVA zu streichen.

Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 Satz 1 umreißt den Gegenstand der Prüfungen nach § 273 SGB V, nämlich die Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 30 Absatz 1 RSAV.

B) Stellungnahme

Absatz 1 bildet den übergeordneten Rahmen für die verschiedenen Prüfungen nach den darauffolgenden Absätzen. Allen gemeinsam ist, dass die Datenmeldungen nach § 267 Ab-

satz 1 Satz 1 und 2 geprüft werden, und zwar hinsichtlich der Einhaltung der Vorgaben des § 267 Absatz 1 Satz 3. Letzteres wird bislang jedoch für die Auffälligkeitsprüfungen nach Absatz 3 und die sich anschließenden Einzelfallprüfungen nicht ausreichend deutlich. So findet sich lediglich im Hinblick auf die Prüfung des von der Krankenkasse vorgelegten Versorgungsvertrages in Absatz 4 ein Bezug auf die Einhaltung der Vorgaben nach § 267 Absatz 1 Satz 3. Bei Vorbringen anderer tatsächlicher Gründe für eine Auffälligkeit seitens der Krankenkasse erfolgt kein entsprechender Abgleich mit den Vorgaben.

C) Änderungsvorschlag

Es wird die folgende Formulierung des Absatzes 1 Satz 1 vorgeschlagen:

„Das Bundesversicherungsamt prüft im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs die Datenmeldungen der Krankenkassen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und 2 hinsichtlich der Vorgaben nach § 267 Absatz 1 Satz 3 nach Maßgabe der folgenden Absätze.“

Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Absatz 3 wird für die Auffälligkeitsprüfungen ein zusätzlicher Schritt eingeführt, der sich an den in Absatz 2 geregelten ersten Schritt anschließt. Darin stellt das BVA fest, ob eine Auffälligkeit nach Absatz 2 zu erheblich erhöhten RSA-Zuweisungen geführt haben kann (Erheblichkeitsprüfung). Die Ausgestaltung des neuen Verfahrens obliegt dem BVA. Wie bei den Auffälligkeitsprüfungen nach Absatz 2 ist diesbezüglich ein Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband herzustellen

B) Stellungnahme

Die Einführung eines zusätzlichen Prüfschritts, der sich an dem Kriterium der potenziellen (finanziellen) Erheblichkeit einer (zunächst rein statistischen) Auffälligkeit richtet, bedeutet eine Zunahme an Komplexität gegenüber dem bestehenden Verfahren und macht zusätzliche Ermessensentscheidungen des BVA notwendig.

Die Tatsache wiederum, dass das Nähere zur Ausgestaltung des Verfahrens vom BVA im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband festzulegen ist, macht deutlich, dass es sich auch an dieser Stelle um ein standardisiertes Verfahren handeln muss und das Merkmal der Erheblichkeit letztlich quantitativ, d. h. über eine messbare Grenze definiert wird. Die Begrün-

dung, die explizit von der Einführung einer *Geringfügigkeitsschwelle* spricht, untermauert diese Schlussfolgerung.

Das BVA hält diesen Weg (standardisiertes Verfahren mit vorab definiertem Schwellenwert) grundsätzlich für sachgerecht. Eine Feststellung lediglich auf Grundlage der Auffälligkeits- sowie der sich daran anschließenden Erheblichkeitsprüfung - jedoch noch vor Abschluss der Einzelfallprüfung - zu treffen, erscheint jedoch nicht praktikabel. Kann die Krankenkasse im Rahmen der Einzelfallprüfung die tatsächlichen Gründe der Auffälligkeit ausreichend darlegen und liegt kein Rechtsverstoß vor, so wäre die Feststellung hinfällig und aufzuheben. Dies würde das Verfahren unnötig verkomplizieren. Durch eine Anpassung des Verfahrens analog zur anlassbezogenen Einzelfallprüfung nach Absatz 5, bei dem sich die Feststellung an die Einzelfallprüfung anschließt, könnte dies vermieden werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 2 sollte gestrichen werden.

Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 4 regelt die sich der Feststellung einer erheblichen Auffälligkeit nach Absatz 3 anschließende Einzelfallprüfung. Der Krankenkasse wird eine Nachweispflicht auferlegt, die tatsächlichen Gründe für die Auffälligkeit innerhalb einer einmaligen Frist von vier Wochen ausreichend darzulegen. Macht sie hierbei einen tatsächlichen Anstieg der Morbidität geltend, muss sie nachweisen, dass ein aus den Leistungsdaten nach §§ 294 bis 303 ersichtlicher korrespondierender Anstieg der erbrachten Leistungen vorliegt. Legt sie einen Versorgungsvertrag als Nachweis vor, der zu einer erhöhten Leistungsanspruchnahme von Versicherten mit bestimmten Krankheiten geführt haben kann, hat das BVA diesen wiederum hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben zur Datenverarbeitung für den RSA (§ 267 Absatz 1 Satz 3 -neu- SGB V) zu prüfen und zu bewerten.

B) Stellungnahme

Aus dem Wortlaut des Absatzes 4 ergeben sich einige Fragen, die aus Sicht des BVA einer Präzisierung bedürfen.

Generell fällt auf, dass der Begriff der Einzelfallprüfung erst in Absatz 5 eingeführt wird, obwohl es sich sowohl bei Absatz 4 als auch bei Absatz 5 zweifelsfrei um Einzelfallprüfungen handelt (s. hierzu insbesondere die Begründungen zu Absatz 4). Die fehlende Typisierung in

Absatz 4 sollte daher durch eine entsprechende Umformulierung von Satz 1 behoben werden.

Darüber hinaus sieht das BVA zusätzlichen Anpassungsbedarf, was die in Satz 1 vorgegebene Stellungnahmefrist von vier Wochen anbelangt, da sich diese in der Verwaltungspraxis als zu eng bemessen erweisen könnte: Die Krankenkassen werden mit Einleitung der Prüfung erstmalig mit dem konkreten Verdacht eines Datenmeldeverstößes konfrontiert und haben umfangreiche und vollständige Angaben über z. T. Jahre zurückliegende Sachverhalte zu machen. Diese sind ggf. durch Datenauswertungen zu untermauern, wozu auch die Hilfe Externer (z. B. von Rechenzentren) erforderlich werden kann. Ferner beschränkt sich die Darlegungsmöglichkeit der Krankenkasse auf eine einzige Gelegenheit, bevor bei nicht ausreichender Darlegung des Sachverhalts die Ermittlung eines Korrekturbetrags die unmittelbare Folge darstellt. Darüber hinaus lässt die geplante Formulierung auch dem BVA keinen Spielraum in seinem Verwaltungshandeln. Möglichkeiten einer Fristverlängerung sind offenkundig nicht vorgesehen, sollten jedoch aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität eröffnet werden. Das BVA hält daher eine flexiblere Fristenregelung für angezeigt.

Bezüglich Satz 2 der Regelung sieht das BVA inhaltlichen Konkretisierungsbedarf. Es sollte noch deutlicher herausgestellt werden, dass die Pflicht allein bei der Krankenkasse liegt, bei einem geltend gemachten tatsächlichen Morbiditätsanstieg diesen anhand einem Anstieg der erbrachten Leistungen nachvollziehbar zu begründen und zu belegen.

Darüber hinaus besteht aus Sicht des BVA eine Inkonsistenz zwischen Satz 2 und Satz 3 der Neuregelung. Satz 3 stellt auf bestehende Versorgungsverträge als potenziell anerkennebare Begründung für eine Auffälligkeit ab. In diesem Fall hat das BVA den von der Krankenkasse vorgelegten Vertrag auf die Vorgaben des § 267 Absatz 1 Satz 3 hin zu prüfen. Offen bleibt bei diesem Aufbau, ob die zusätzlichen Anforderungen, die in Satz 2 gestellt werden, auch für die Vorlage von Verträgen nach Satz 3 gelten sollen. Dies müsste aus Sicht des BVA aber sichergestellt sein. Denn wie nicht zuletzt aus der Begründung zu Absatz 4 eindeutig hervorgeht (s. dort den letzten Absatz), kann auch ein bestehender Versorgungsvertrag nur dann als ausreichende Begründung anerkannt werden, wenn dieser mit einem zusätzlichen Versorgungsangebot für Versicherte mit bestimmten Krankheiten aufwartet, das wiederum zu einer vermehrten Leistungsanspruchnahme führt. Insofern ist die in Satz 2 definierte besondere Anforderung (Morbiditätsanstieg muss durch korrespondierenden Anstieg der Leistungen nachgewiesen werden) auch auf Satz 3 zu übertragen.

Schließlich ist der Abschnitt in der Begründung, der sich mit Satz 2 befasst, aus Sicht des BVA ungenau, da er eine nicht ganz vollständige Schlussfolgerung zieht. Dort heißt es: „Ist dies nicht der Fall [Morbiditätsanstieg kann durch Anstieg der Leistungen nachgewiesen werden, Anm. d. Verf.], ist von einem veränderten Kodierverhalten der Leistungserbringer aufgrund äußerer Einflüsse auszugehen“. Diese Formulierung blendet aus, dass neben der unzulässigen Kodiereinflussnahme weitere unzulässige Vorgehensweisen als Ursachen für einen (nicht ausreichend begründeten) Morbiditätsanstieg infrage kommen, z. B. die nachträgliche Bearbeitung von nach §§ 294 bis 303 SGB V aufgezeichneten und übermittelten Leistungsdaten durch die Krankenkasse oder durch von ihr beauftragte Dritte. Diese und andere denkbare Formen der direkten Einflussnahme sind zwar aktuell im öffentlichen Bewusstsein eher in den Hintergrund getreten. Sie stellen aber weiterhin einen Tatbestand i. S. d. § 273 SGB V dar und sollten nicht außer Acht gelassen werden.

C) Änderungsvorschlag

I. Es wird vorgeschlagen, Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Hat das Bundesversicherungsamt eine erhebliche Auffälligkeit nach Absatz 3 festgestellt, leitet es eine Einzelfallprüfung bei der betroffenen Krankenkasse ein; diese hat innerhalb einer vom Bundesversicherungsamt gesetzten Frist die tatsächlichen Gründe für die Auffälligkeit darzulegen“.

II. Es wird vorgeschlagen, Satz 2 (zweiter Halbsatz) wie folgt zu fassen:

„[...] kann dies nur anerkannt werden, wenn ein aus den Leistungsdaten nach §§ 294 bis 303 ersichtlicher entsprechender Anstieg der erbrachten Leistungen nachvollziehbar von der Krankenkasse begründet und belegt wird.“

III. Es wird vorgeschlagen, Satz 3 mit einem Semikolon abzuschließen und durch folgenden Halbsatz zu ergänzen:

„[...] Satz 2 gilt entsprechend“.

IV. Es wird vorgeschlagen, Absatz 2 Satz 4 der Begründung wie folgt zu fassen:

„Ist dies nicht der Fall, hat das Bundesversicherungsamt von einem mittelbaren oder unmittelbaren Einwirken auf den Inhalt der nach §§ 294 bis 303 aufgezeichneten und übermittelten Leistungsdaten auszugehen“.

Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das BVA prüft nach Absatz 5 Satz 1 weiterhin aufgrund von konkreten Verdachtsmomenten im Einzelfall, ob eine Krankenkasse gegen die rechtlichen Anforderungen an die Datenverarbeitung für den RSA verstoßen hat. Allerdings obliegt es nicht mehr dem BVA, den Sachverhalt umfassend zu ermitteln, sondern die Krankenkasse hat innerhalb einer vom BVA zu setzenden Frist von höchstens vier Wochen alle Angaben zu machen, die das BVA zur Bewertung des Sachverhalts benötigt. Legt die Krankenkasse den Sachverhalt nicht ausreichend dar, ist von einem Verstoß auszugehen.

B) Stellungnahme

Für die Fristenregelung in Satz 3 „Das Bundesversicherungsamt setzt hierfür eine Frist von höchstens vier Wochen.“ gelten dieselben Argumente, wie sie bereits im vorangegangenen Abschnitt zu Absatz 4 dargelegt wurden.

Mit dem Verweis „Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend“ (Satz 6) wird auch für die verdachtsbezogenen Einzelfallprüfungen geregelt, dass für den Fall, dass die Krankenkasse zur Begründung der Auffälligkeit einen Versorgungsvertrag vorlegt, das BVA die Rechtmäßigkeit dieses Vertrages hinsichtlich der Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 3 prüft.

§ 273 Absatz 5 Satz 6 sollte um einen weiteren Verweis, und zwar auf Absatz 4 Satz 2, ergänzt werden. Es ist möglich, dass die Krankenkassen – ebenso wie bei der Einzelfallprüfung nach Absatz 4 – ausführen, dass ein tatsächlicher Anstieg der Morbidität ihrer Versicherten vorliegt. Auch hier sollte die Regelung gelten, dass diese Argumentation nur anerkannt werden kann, wenn ein aus den Leistungsdaten ersichtlicher korrespondierender Anstieg der erbrachten Leistungen vorliegt.

C) Änderungsvorschlag

I. Es wird die folgende Formulierung des Absatzes 5 Satz 3 vorgeschlagen:

„Das Bundesversicherungsamt setzt hierfür eine Frist.“

II. Es wird die folgende Formulierung des Absatzes 5 Satz 6 vorgeschlagen:

„Absatz 4 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.“

Absatz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Absatz 6 Satz 1 wird ausgeführt, in welchen Fällen das BVA einen Korrekturbetrag ermittelt. Legt eine nach Absatz 2 auffällige Krankenkasse mit nach Absatz 3 potentiell erhöhten Zuweisungen keine ausreichende Begründung nach Absatz 4 vor oder stellt das BVA einen Rechtsverstoß der Krankenkasse nach Absatz 5 fest, wird ein Korrekturbetrag ermittelt, um den die Zuweisungen zu kürzen sind.

B) Stellungnahme

Die Formulierung des Absatzes 6 Satz 1 ist unvollständig. Im Rahmen der Prüfung nach Absatz 4 führt nicht allein die ausreichende Darlegung, sondern die Bewertung durch das BVA zu einer Feststellung. Ferner ermittelt das BVA auch dann einen Korrekturbetrag, wenn als Ergebnis der Prüfung nach Absatz 5 von einem Rechtsverstoß gegen die Vorgaben des § 267 Absatz 1 Satz 3 auszugehen ist.

C) Änderungsvorschlag

Es wird die folgende Formulierung des Absatzes 6 Satz 1 vorgeschlagen:

„Erfolgt keine ausreichende Darlegung der Krankenkasse nach Absatz 4 Satz 1 oder stellt das Bundesversicherungsamt als Ergebnis der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 einen Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 3 fest oder ist gemäß Absatz 5 Satz 4 von einem Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 3 auszugehen, ermittelt das Bundesversicherungsamt einen Korrekturbetrag und teilt diesen der Krankenkasse mit.“

Nummer 31

§ 318

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang ist der getrennte Ausweis der Verwaltungskosten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS) sowohl bei Haushaltsaufstellung als auch bei Rechnungslegung/Jahresabschluss vom Bundesversicherungsamt zu prüfen. Künftig soll sich gemäß der Änderung in Buchstabe b) die Prüfung auf Rechnungslegung/Jahresrechnung der DRV KBS beschränken.

B) Stellungnahme

Diese Änderung ist ein Beitrag zum Bürokratieabbau und wurde vom BVA angeregt. Sie ist daher zu begrüßen.

Weiterer Gesetzänderungsvorschlag des BVA zum SGB V

Im Zuge des RefE des GKV-FKG wird eine weitere Gesetzesänderung angeregt:

§ 71 SGB V

A) Vorschlag zur Neuregelung: § 71 Absatz 7 SGB V

B) Stellungnahme

Es wird vorgeschlagen, den § 71 SGB V um einen neuen Absatz 7 zu ergänzen. Zusätzlich zu den Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V sollen dort die folgenden Versorgungsbereiche aufgenommen werden, um bei Rechtsverletzungen im Zusammenhang mit den zu schließenden Verträgen der Krankenkassen mit den jeweiligen Leistungserbringern effizient aufsichtsrechtlich tätig werden zu können.

- Verträge mit Leistungserbringern zu Heilmitteln, §§ 124 ff. SGB V
- Verträge mit Leistungserbringern zu Hilfsmitteln, §§ 126 ff. SGB V
- Verträge mit Leistungserbringern zur Versorgung mit Haushaltshilfe, § 132 SGB V
- Verträge mit Leistungserbringern zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, § 132a SGB V
- Verträge mit Leistungserbringern zur Versorgung mit Soziotherapie, § 132b SGB V
- Verträge mit Leistungserbringern zur Versorgung mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen, § 132c SGB V
- Verträge mit Leistungserbringern zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, § 132d SGB V
- Verträge über die Erbringung von Kurzzeitpflege, § 132h SGB V
- Verträge zur Versorgung mit Hebammenhilfe, § 134a SGB V

Anlass für diesen Vorschlag ist die Tatsache, dass Aufsichtsmittel in dem sensiblen Bereich wettbewerbsrelevanter Vertragsschlüsse der Krankenkassen mit Leistungserbringern vielfach ihre Wirkung nicht so entfalten können, wie es für eine angemessene Aufsichtsführung in diesem Bereich notwendig wäre. Denn da derzeit die aufschiebende Wirkung alleine durch Klageerhebung erzielt werden kann, § 86a Absatz 1 Satz 1 SGG, legen die Krankenkassen gegen aufsichtsrechtliche Bescheide im Bereich des Vertragsschlusses mit Leistungserbringern regelmäßig Klage ein. Dies führt dazu, dass sie ihre rechtswidrige Verhaltensweise ungehindert fortsetzen und sich so gegenüber den sich rechtstreu verhaltenden Krankenkassen unzulässige Wettbewerbsvorteile verschaffen können.

Zwar bestünde für die Versicherungsträger auch nach einer Abschaffung der aufschiebenden Wirkung der von ihnen eingelegten Klage die Möglichkeit, die aufschiebende Wirkung gemäß § 86b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGG gerichtlich anordnen zu lassen. Die bislang im Rahmen der Aufsichtsführung gesammelten Erfahrungen legen aber die Annahme nahe, dass die Krankenkassen in vielen Fällen die höhere Hürde der Begründung, weshalb die aufschiebende Wirkung für ihren konkreten Einzelfall wiederherzustellen ist, deutlich öfter scheuen dürften. Wäre es an den Krankenkassen, den Ausnahmefall (Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung) zu begründen, ist von einem deutlichen Rückgang des gerichtlichen Vorgehens der Krankenkassen gegen die aufsichtsrechtlichen Bescheide auszugehen.

Mit dem Entfallen der aufschiebenden Wirkung von Klagen der Krankenkassen gegen Bescheide im Bereich des Vertragsschlusses mit Leistungserbringern ginge zudem eine Signalwirkung einher, die der Geltungskraft der Aufsichtsmittel entschieden Vorschub leisten würde. Der Gesetzgeber brächte klar zum Ausdruck, dass den aufsichtsrechtlichen Bescheiden in dem äußerst wettbewerbsrelevanten und für die Leistungserbringer existenziell wichtigen Bereich eine besondere Bedeutung zukommt, bei welchen der gesetzliche Regelfall der aufschiebenden Wirkung von Rechtsbehelfen gerade nicht gelten soll. Selbst wenn es den Krankenkassen letztlich über § 86b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGG möglich ist, die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung zu erreichen, träfe nicht die Aufsicht, sondern die Krankenkassen die Pflicht den Ausnahmefall zu begründen.

Abgesehen von der präventiven Wirkung einer solchen Regelung erachtet das BVA das Entfallen der aufschiebenden Wirkung auch deshalb für notwendig, da die Verträge mit Leistungserbringern in allen Versorgungsbereichen ausgesprochen wettbewerbsrelevant sind. Stellt das Entfallen der aufschiebenden Wirkung den Regelfall dar, kommt den Aufsichtsmitteln mehr Geltungskraft zu, sodass rechtswidriges Verhalten wirkungsvoller unterbunden werden kann. Für alle weiteren der Aufsichtsbehörde unterstehenden Krankenkassen, welche sich wettbewerbsgetreu verhalten, bedeutete dies Rechtssicherheit.

Insbesondere ein Vergleich mit den Selektivverträgen (hier entfällt die aufschiebende Wirkung gemäß § 71 Absatz 6 SGB V) macht deutlich, wie wichtig eine gleichlautende Regelung auch für Verträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern für die übrigen Versorgungsbereiche ist: Anders als bei Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V kann es bei den Vertragsverhandlungen und Vertragsabschlüssen der Krankenkassen mit Leistungserbringern in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (§§ 125 Absatz 2, 127, 132 - 132d, 132h und 134a SGB V) sogar um die wirtschaftliche Existenz der Leistungserbringer gehen. Verhalten sich Krankenkassen bei Vertragsverhandlungen oder während der Vertragslaufzeit rechts-

widrig, werden durch dieses Vorgehen Leistungserbringer vom Gesundheitsmarkt ausgeschlossen, wodurch diese unmittelbar in ihren Rechten aus Art. 12 und 14 GG betroffen sind.

C) Änderungsvorschlag

Folgender Absatz 7 soll dem § 71 SGB V hinzugefügt werden:

„(7) Wird im Zusammenhang mit den nach den §§ 125 Absatz 2, 127, 132 - 132d, 132h und 134a zu schließenden Verträgen durch eine Krankenkasse Recht verletzt, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. Sie kann gegenüber der Krankenkasse insbesondere anordnen, in die Vertragsverhandlungen einzutreten, den Vertrag zu ändern oder aufzuheben. Die Krankenkasse kann den Vertrag bei einer solchen Anordnung auch außerordentlich kündigen. Rechtsbehelfe gegen Anordnungen nach den Sätzen 1 bis 3 haben keine aufschiebende Wirkung.“

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nummer 11, Buchstabe b), Doppelbuchstabe aa), Dreifachbuchstabe ccc)

Streichung in § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 RSAV

A) Beabsichtigte Neuregelung:

Die Streichung in Nummer 7 folgt aus der Streichung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme.

B) Stellungnahme

In Analogie zum früheren Vorgehen soll auch der neue Risikopool im Jahresausgleich als eigenständiges Verfahren durchgeführt werden. Ausgaben, die über den Risikopool erstattet werden, dürfen nicht gleichzeitig auch über die standardisierten Leistungsausgaben des RSA zugewiesen werden. Vor dem Hintergrund der hierzu in § 4 Absatz 2 Nummer 6 RSAV getroffenen Regelung (Abzug der Poolbeträge von den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben) ergibt sich im Zusammenhang mit der in § 30 Absatz 1 RSAV geregelten Datenmeldung nach § 267 Absatz 1 SGB V Klarstellungsbedarf. Die in § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 RSAV definierte Meldung der Leistungsausgaben wird sowohl für den RSA als auch den Risikopool verwendet. Eine Aufteilung der Leistungsausgaben auf die beiden Teilbereiche kann im Jahresausgleich erst nach Meldung der Versichertendaten und nach Festlegung des Schwellenwertes durch das BVA erfolgen. Der bisherige Verweis auf § 4 RSAV könnte aufgrund des dort in Absatz 2 Nummer 6 definierten Ausschlusses der im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben aus der Perspektive der Krankenkassen einer Meldung der vollständigen versichertenindividuellen Leistungsausgaben entgegenstehen. Zur Sicherstellung der vollständigen Meldung der Leistungsausgaben ist daher eine Ergänzung des § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 RSAV nötig.

C) Änderungsvorschlag

§ 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 4 einschließlich der Leistungsausgaben nach § 4 Absatz 2 Nummer 6.“

Nummer 11 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc)

Anfügung § 30 Absatz 1 Satz 3 und 4 RSAV

A) Beabsichtigte Neuregelung:

Es ist vorgesehen, dass die Krankenkassen die Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V sowie die tatsächlichen Rabatte und Abschläge nach §§ 130, 130a und 130c SGB V für Arzneimittel bei der Meldung der Leistungsausgaben versichertenindividuell berücksichtigen, um Verzerrungen in den Zuweisungen zu vermeiden. Für die Datenverarbeitung sollen der GKV-Spitzenverband und das BVA sicherstellen, dass der Grundsatz der Vertraulichkeit der Rabatthöhe gewahrt wird und Dritte keine Kenntnis erlangen können.

B) Stellungnahme:

Das BVA weist darauf hin, dass es die nach § 268 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 7 i.V.m. Satz 14 SGB V a.F. erhobenen Daten für die in § 303e Absatz 2 SGB V genannten Zwecke an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d SGB V sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c SGB V übermittelt. Entsprechend der Vorgabe, dass Dritte keine Kenntnis über die Rabatthöhe erlangen können, muss sichergestellt sein, dass diese Datenmeldung die Daten zur Höhe der Rabatte von der Datenmeldung nicht enthält.

C) Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, in der Begründung am Ende folgenden Satz anzufügen:

„Eine Übermittlung der Daten für die in § 303e Absatz 2 SGB V genannten Zwecke an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d SGB V erfolgt nicht.“

Nummer 11, Buchstabe e), Doppelbuchstabe aa)

Neufassung § 30 Absatz 4 Satz 2 RSAV

A) Beabsichtigte Neuregelung:

Mit Einführung des § 30 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 RSAV wird erstmalig eine Korrekturmeldung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben etabliert. Aus der Begründung ergibt sich, dass diese Korrekturmeldung künftig auch bei der Korrektur des Jahresausgleichs (§ 41 Absatz 5 RSAV) zur Neuermittlung des Risikopools, zur Neuberechnung der Zuschläge, zur Korrektur der Zuweisungen für standardisierte Verwaltungskosten sowie zur Neuermittlung der Satzungs- und Ermessensleistungen heranzuziehen ist.

B) Stellungnahme:

Die Begründung zur Einführung des § 30 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 RSAV n.F. (S. 96 RefE) ist insofern unzutreffend, als dass die Korrekturmeldung der Leistungsausgaben keine Auswirkungen auf die Korrektur der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen haben wird. Die Zuweisungen für die Satzungs- und Ermessensleistungen ergeben sich anhand der Höhe der Gesamtausgaben der Krankenkassen für diese Leistungen nach KJ1 des Ausgleichsjahres und der Anzahl der (korrigierten) Versichertentage aller Krankenkassen.

Darüber hinaus sind die beiden letzten Sätze der Begründung kritisch zu bewerten. Auch gegenwärtig steht die endgültige Höhe der Zuweisungen erst ein Jahr nach Durchführung des Jahresausgleichs fest. Die Darstellung in der Begründung ist im Ergebnis grundsätzlich auch sachgerecht. Allerdings ist es unzutreffend, dass so die „größtmögliche“ Genauigkeit bei den genannten Zuweisungen erreicht wird, da hierfür insbesondere auch die Korrektur der Diagnoseinformationen notwendig wäre. Das Erreichen größtmöglicher Genauigkeit als sachgerechtes Ziel der Korrektur des Jahresausgleichs zu benennen, widerspricht zudem dem bei Einführung des morbiditätsorientierten RSA vonseiten des BVA in Abstimmung mit dem BMG verfolgten Grundgedanken eines datensparsamen, verwaltungseffizienten Verfahrens. Mit der restriktiven Ausgestaltung der Korrekturmöglichkeiten im Rahmen des Jahresausgleichs sollte insbesondere aus den Erfahrungen mit dem Korrekturverfahren des RSA alter Ausprägung heraus ein Ausufern des stetig von Kassenseite vorgetragenen Korrekturbedürfnisses vermieden und der Forderung nach größtmöglicher Genauigkeit eine Absage erteilt werden. Verbleibende Ungenauigkeiten wurden vielmehr gerade in Kauf genommen und ihrerseits als sachgerecht angesehen.

Auch bzgl. der lange Zeit umstrittenen Bestimmung des Klagegegenstands hinsichtlich der sich aus den Korrekturen des Jahresausgleiches ergebenden Bescheidsystematik ist es in zurückliegenden Klageverfahren insbesondere auch durch den Verweis auf den (vergleichsweise geringen) Umfang der Korrektur gelungen, das vonseiten des BVA angestrebte, weil prozessökonomisch sinnvollste Abstellen allein auf den Jahresausgleichsbescheid argumentativ durchzusetzen.

Die beiden Sätze sind im Ergebnis entbehrlich, weshalb zur Vermeidung potenzieller Fehlinterpretationen deren Streichung angeregt wird.

C) Änderungsvorschlag:

In der Begründung zur Einfügung des § 30 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 RSAV n.F. (S. 96 RefE) sind im drittletzten Satz die Worte „und Satzungs- und Ermessensleistungen“ sowie die beiden letzten Sätze zu streichen.

Nummer 12, Buchstabe a)

Neufassung § 31 Absätze 1 bis 4 RSAV

Zu Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Einführung des Krankheitsvollmodells wird § 31 RSAV der Neufassung der §§ 266 und 267 SGB V folgend ebenfalls neu gefasst. Die Begrenzung der Krankheitsauswahl entfällt durch vollständige Streichung des § 31 Absatz 1 Satz 2-4 RSAV a.F. sowie die Neustrukturierung des § 31 Absatz 4 Satz 1-2 RSAV a.F..

B) Stellungnahme

Die Streichung des bisherigen § 31 Absatz 1 Satz 2-4 RSAV erfolgt mit der Intention, die Beschränkung des Versichertenklassifikationsmodells auf 50 bis 80 Krankheiten aufzuheben und ein Vollmodell einzuführen. Durch die Streichung der in § 31 Absatz 1 Satz 2 RSAV a.F. enthaltenen Wörter „prospektiv auszugestalten“, entfällt jedoch auch der auf den Ausgleich von Krankheitsfolgekosten ausgerichtete Ansatz des Versichertenklassifikationsmodells. Das BVA hält diese Vorgabe zur Wahrung von Wirtschaftlichkeits- und Präventionsanreizen jedoch weiterhin für zwingend erforderlich und geht im Übrigen – insbesondere da der RefE ansonsten keine Anhaltspunkte für eine beabsichtigte Abkehr von der Prospektivität enthält – von der plädiert daher für die Beibehaltung der bisherigen Regelung aus.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 31 Absatz 1 Satz 1 RSAV wird folgender Satz 2 angefügt:

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

Zu Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des Absatz 4 Satz 1 soll grundsätzlich dem bisherigen Satz 1 entsprechen und die Aufhebung der Krankheitsauswahl und die neue Terminologie nach den neuen §§ 266 Absatz 1 und 2 SGB V sowie § 2 RSAV berücksichtigen.

Absatz 4 Satz 7 n.F. beinhaltet eine Klarstellung, dass auch die gesonderte und differenzierte Berücksichtigung von nicht versichertenbezogenen Leistungsausgaben der Krankenkassen im Berechnungsverfahren vom Ermessen des BVA i.R.d. Festlegungen nach Satz 1 der Vorschrift umfasst ist.

B) Stellungnahme

Nach dem Verständnis des BVA macht die RSAV in der bisherigen Fassung unterschiedliche Vorgaben bzgl. der Festlegungen des Versichertenklassifikationsmodells und der sog. technischen Festlegungen, da die beiden Festlegungsbestandteile inhaltlich voneinander abzugrenzen sind.

Das Versichertenklassifikationsmodell dient zur Klassifizierung – also zur systematischen Einteilung der Risikogruppen – von Versicherten anhand feststehender, spezifischer Kriterien, die in Beziehung zum individuellen „Schadensrisiko“ eines Versicherten stehen (Risikomerkmale). Im Morbi-RSA umfasst der Begriff somit die Abgrenzung der einzelnen Risikogruppen sowie den Algorithmus, anhand dessen die einzelnen Versicherten in der GKV diesen Risikogruppen zuzuordnen sind. Die Ermittlung der Gewichtungsfaktoren sowie die Berechnung der Höhe der Zu- und Abschläge erfolgt jedoch nicht innerhalb des Klassifikationsmodells, sondern im Rahmen eines sich an die Klassifikation anschließenden Regressions- und Berechnungsverfahrens.

Diese nach wie vor sachgerechte Differenzierung lässt § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV in der Neufassung vermissen, so dass die nachfolgende Änderung vorgeschlagen wird, die eine Folgeänderung in der Begründung zu § 31 Absatz 4 Satz 7 RSAV n.F. erforderlich macht.

C) Änderungsvorschlag

I. § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt legt

- 1. für das Versichertenklassifikationsmodell die Risikogruppen,*

2. den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen sowie
3. die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und darüber hinaus
4. das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und
5. das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr

nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 30. September fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt.“

II. In der Begründung zu § 31 Absatz 4 Satz 7 RSAV n.F. (S. 97 RefE) sind die Worte

*„bei der Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells“
zu streichen.*

Nummer 19

Neufassung § 38 RSAV i.S.v. Streichung § 38 RSAV a.F.

A) Beabsichtigte Neuregelung:

Der Streichung der DMP-Programmkostenpauschale (§ 270 Absatz 1 Satz 1b SGB V a.F.) folgend entfällt auch die im § 38 RSAV a.F. enthaltene Regelung zur Bestimmung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme.

B) Stellungnahme:

Neben den eigentlichen Regelungen zur Bestimmung der Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme wird in § 38 RSAV a.F. auch die Bestimmung über das Meldeverfahren für die eingeschriebenen DMP-Versicherten geregelt. Mit Wegfall des § 38 RSAV a.F. entfällt somit auch die Regelung zur Meldung der für die Durchführung bzw. den Abschluss der laufenden Ausgleichsverfahren benötigten DMP-Versichertentage (§ 38 Absatz 2 RSAV a.F.). Es sollte aus Sicht des BVA sichergestellt werden, dass die für die Zuweisung der DMP-Programmkostenpauschale benötigte Datengrundlage bis zum endgültigen Abschluss der bei Inkrafttreten der Neuregelungen laufenden Ausgleichsverfahren – d.h. der zu diesem Zeitpunkt noch nicht durch korrigierten Jahresausgleich abgeschlossenen Ausgleichsjahre – verfügbar bleibt. Es wird daher angeregt, die Meldung der DMP-Versichertentage in § 30 RSAV, zeitlich begrenzt bis zum Abschluss der betroffenen Ausgleichsjahre, weiterhin vorzusehen.

Nummer 19

Neufassung § 38 RSAV

A) Beabsichtigte Neuregelung:

Mit dem GKV-FKG soll eine Vorsorgepauschale in den RSA integriert werden. Der neu gefasste § 38 RSAV bestimmt das Verfahren der Ermittlung von Pauschalen für die Teilnahme von Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Es ist vorgesehen, diese Untersuchungen auf Grundlage der Punktwerte im ärztlichen und zahnärztlichen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM/BEMA) in drei Stufen einzuteilen. Zur jährlichen Bestimmung der Höhe der Pauschalen für jede Stufe werden in § 38 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 RSAV Kriterien aufgeführt, die drei Bedingungen an die zu ermittelnde Höhe der Pauschalen darstellen:

1. Orientierung an den Durchschnittskosten der in der jeweiligen Stufe enthaltenen Leistungen
2. Obergrenze in Höhe von maximal 50% der Kosten der Leistung mit dem geringsten Punktwert der jeweiligen Stufe
3. Angemessenes Verhältnis zu den Kosten der Leistung mit den höchsten Durchschnittskosten der jeweiligen Stufe

Die Pauschale soll gemäß § 38 Absatz 1 Satz 2 RSAV n.F. nur einen finanziellen Anreiz für die Krankenkassen setzen, die Leistungsanspruchnahme der genannten Präventionsmaßnahmen zu fördern. Sie soll nicht zur Kostendeckung dienen.

Nach der Begründung zu § 38 RSAV n.F. (S. 102 RefE) werden Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V wegen fehlender einheitlicher Kostenbewertungen pauschal der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet. Die Höhe der Pauschale für jede der drei Stufen wird jährlich durch das BVA festgelegt. Die Bekanntgabe der Pauschale für das jeweilige Ausgleichsjahr ist in dem dem Ausgleichsjahr folgenden Jahr, mit der Veröffentlichung der Festlegungen gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV für das übernächste Ausgleichsjahr, vorgesehen.

B) Stellungnahme:

Die in § 38 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 RSAV aufgeführten Bedingungen sind aus Sicht des BVA nicht gleichzeitig erfüllbar. Zwischen den drei genannten Bedingungen besteht eine Inkonsistenz. Die Pauschale, deren Höhe aufgrund der in der zweiten Bedingung vorgesehenen Begrenzung unterhalb der Kosten der günstigsten Leistung der jeweiligen Stufen festzusetzen ist, liegt in jedem Fall weit unter den Durchschnittskosten aller Leistungen der je-

weiligen Stufe. Dies steht im Widerspruch zur ersten Bedingung, der zufolge sich die Höhe der Pauschale an den Durchschnittskosten der Leistungen innerhalb einer Stufe orientieren soll. Zudem ist fraglich, ob bzw. wie die durch die erste Bedingung begrenzte Höhe der Pauschale in ein angemessenes Verhältnis zu den Kosten der teuersten Leistung der jeweiligen Stufe zu bringen ist (dritte Bedingung). Das BVA regt mit Blick auf die genannten Inkonsistenzen der drei genannten Bedingungen nach § 38 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 RSAV eine Änderung der Regelung an.

Darüber hinaus ergeben sich folgende Anmerkungen zu den vorgesehenen Neuregelungen:

In § 38 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 Satz 1 RSAV n.F. wird die Formulierung „Leistung mit den höchsten Durchschnittskosten der jeweiligen Stufe“ verwendet. Die Durchschnittskosten einer Leistung sind jedoch identisch mit den Kosten der Leistung selbst.

Nach § 38 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 Satz 1 RSAV n.F. ist bei der Ermittlung der Höhe der Pauschale das „angemessene Verhältnis“ zu den Kosten der Leistung mit den höchsten Durchschnittskosten zu wahren. Mangels konkreter Vorgaben ist unklar, welche Maßstäbe bei der Auslegung dieser insofern zu unbestimmten Vorgabe anzulegen sind, so dass eine Konkretisierung angeregt wird.

Voraussetzung für die Durchführung des Verfahrens bei der Vorsorgepauschale ist die versichertenbezogene Meldung der Inanspruchnahme der Präventionsmaßnahmen. Gegenwärtig besteht aus Sicht des BVA Prüfbedarf, ob und bei welchen Vorsorgeleistungen ein Versichertenbezug besteht oder, sofern dieser noch nicht existiert, hergestellt werden kann.

Die Begründung zum neuen § 38 RSAV sieht vor, dass Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V aufgrund der fehlenden bundeseinheitlichen Kostenbewertungen automatisch der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet wird (siehe S. 101 RefE). Es wird angeregt, diese Regelung als vom vorgesehenen Verfahren abweichende Sonderregelung in den Gesetzestext aufzunehmen.

Das BVA sieht keinen inhaltlichen Zusammenhang zwischen der Bekanntgabe der Vorsorgepauschalen für das jeweilige Ausgleichsjahr mit den Festlegungen des Klassifikationsmodells für das übernächste Ausgleichsjahr (siehe S. 102 RefE). Zeitpunkt und Art der Bekanntmachung sollten deshalb davon losgelöst geregelt werden. Dabei sollte ein Datum vorgegeben werden, das den Krankenkassen Planungssicherheit gibt. Aus Sicht des BVA kann die Bekanntmachung bspw. bereits zum 30. April des Ausgleichsjahres erfolgen.

Nummer 20 Buchstabe c), Doppelbuchstabe aa)

Streichung § 39 Absatz 3a Satz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen §§ 5 bis 28 RSAV regeln das RSA-Altverfahren und sollen aufgehoben werden, da sie mit Einführung des Morbi-RSA gegenstandslos geworden sind. Aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 14 wird die Vorgabe des bisherigen § 39 Absatz 3a Satz 4 gegenstandslos, daher soll auch dieser Satz gestrichen werden. Durch die Anpassung im § 39 Absatz 3a ergibt sich auch Anpassungsbedarf im § 41 Absatz 4 Satz 4, im § 42 Absatz 5 RSAV n.F. und im neugefassten § 43 Absatz 5 Satz 1, hier soll der Verweis auf den § 39 Absatz 3a angepasst werden.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Streichung des § 14 Absatz 3 entfällt die Rechtsgrundlage für den Gesundheitsfonds, im Fall verspäteter Zahlungen von Krankenkassen im Rahmen der Strukturanpassungen und des Jahresausgleichs Säumniszuschläge zu erheben. Insoweit ist die im Gesetzentwurf enthaltene Begründung der fehlenden Relevanz der zu streichenden Regeln zumindest für den § 14 Absatz 3 unzutreffend. Das BVA als Verwalter des Gesundheitsfonds geht davon aus, dass sich die bislang sehr gute Zahlungsmoral der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Zahlungsverpflichtungen aus Strukturanpassungen und dem Jahresausgleich – der Gesundheitsfonds musste hierfür seit seiner Errichtung Säumniszuschläge in Höhe von lediglich rd. 1,9 Mio. Euro festsetzen - durch den Wegfall der Sanktionsregelung spürbar verschlechtern wird.

Aus der Konzeption der Strukturanpassungen und des Jahresausgleichs (§ 41 Absatz 4, § 39 Absatz 3a RSAV) ergibt sich, dass die von den „Zahlerkassen“ zu leistenden Zahlungen dazu dienen, die Ansprüche der „Empfängerkassen“ im Rahmen der Strukturanpassungen bzw. des Jahresausgleichs taggleich zu befriedigen. Das Zahlungsvolumen der Strukturanpassungen und des Jahresausgleichs beliefen sich für 2017 an den vier Fälligkeitsterminen auf insgesamt rd. 1,4 Mrd. Euro. Angesichts dieser Größenordnung können unpünktliche Zahlungen der Krankenkassen die Liquidität des Gesundheitsfonds spürbar negativ beeinflussen.

Der Wegfall der Rechtsgrundlage für die Festsetzung von Säumniszuschlägen betrifft auch Korrekturbeträge nach § 273 SGB V sowie die Festsetzung von Bereinigungs- und Korrekturbeträgen nach § 323 Absatz 4 und 5 SGB V (Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung). Nach geltender Rechtslage führt die verspätete Zahlung der vom BVA fest-

gesetzten Bereinigungs- und Korrekturbeträge zur Entstehung von Säumniszuschlägen, die Rechtsgrundlage würde aber mit der vorgeschlagenen Streichung des § 14 Absatz 3 SGB V wegfallen. Auch hier kann das BVA einen sachlichen Grund für den Wegfall nicht erkennen.

Die Einnahmen aus Säumniszuschlägen werden vom GKV-Schätzerkreis bei der Prognose der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds berücksichtigt und erhöhen das Zuweisungsvolumen an die Krankenkassen. Insoweit profitieren auch die Krankenkassen, die ihren Zahlungsverpflichtungen stets pünktlich nachkommen, von den festgesetzten Säumniszuschlägen.

Zur Vermeidung der beschriebenen negativen Folgen für den Gesundheitsfonds sollte die Rechtsgrundlage für die Festsetzung der Säumniszuschläge beibehalten werden.

C) Änderungsvorschlag

I. § 39 Absatz 3a Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Für verspätete Ausgleichszahlungen haben die Krankenkassen für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag in Höhe von 1 vom Hundert des rückständigen Betrages an das BVA zu zahlen; bei einer unverschuldeten Gutschriftverzögerung kann das BVA im Einzelfall eine abweichende Höhe bestimmen.“

II. Im Satz 6 werden die Wörter „§ 155 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 und 5“ durch die Wörter „§ 169 Absatz 4 Satz 1“ ersetzt.

Nummer 23, Buchstabe b)

Einführung § 41 Absatz 1a) RSAV

A) Beabsichtigte Neuregelung:

§ 41 Absatz 1 Satz 4 RSAV n.F. sieht bei der Durchführung des Jahresausgleichs den Ausschluss von Morbiditätsgruppen vor, bei denen im Zeitverlauf besonders hohe Steigerungsraten feststellbar sind. § 41 Absatz 1a RSAV konkretisiert, wie die auszuschließenden Morbiditätsgruppen durch das BVA zu ermitteln sind.

B) Stellungnahme:

Die vorgesehene Formulierung des § 41 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 (Unter-)Satz 2 RSAV sieht vor, dass selten auftretende HMG auch bei überdurchschnittlich hohen relativen Anstiegen der Risikogruppenbesetzung nicht aus der Berechnung des Jahresausgleichs aus-

zuschließen sind. Vor diesem Hintergrund wird dem BVA ein Ermessen bei der Festlegung eines hierbei zu beachtenden Schwellenwertes eingeräumt. Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass diese Schwelle 0,05 Prozent der Versichertenzeiten in der GKV zum Jahresausgleich nicht unterschreiten sollte. Es ergeben sich weder aus dem Verordnungstext, noch aus der Begründung weitere Kriterien für eine rechtsfehlerfreie Ermessensausübung. Überdies stellt sich die Frage, warum eine von der vorgegebenen Definition abweichende Festlegung durch das BVA erfolgen soll bzw. unter welchen Gesichtspunkten es sinnvoll ist, die 0,05-Prozent-Schwelle zu unterschreiten. Es wird daher vorgeschlagen, auf eine u.U. angreifbare Festlegung durch das BVA zu verzichten und stattdessen den in der Begründung genannten Schwellenwert in den Verordnungstext aufzunehmen.

Die Berechnung und Bescheidung des Jahresausgleichs durch das BVA hat bis zum 15. November des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres zu erfolgen, wobei dieses Verfahren einen mehrwöchigen Vorlauf in Anspruch nimmt. Die Bestimmung der nach § 41 Absatz 1 Satz 4 RSAV im Jahresausgleich auszuschließenden Risikogruppen kann erst erfolgen, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem BVA mitgeteilt hat, für welche der Risikogruppen überdurchschnittliche Steigerungsraten aufgrund medizinischer und/oder diagnostischer Entwicklungen zu erwarten sind. Dies kann nach § 31 Absatz 1a Satz 3 RSAV bis zum 30. September erfolgen. Zur Sicherstellung der fristgerechten Durchführung des Jahresausgleichs hält das BVA eine frühere Mitteilung durch den GKV-Spitzenverband für erforderlich. Im Übrigen wird vorgeschlagen, die Formulierungen in § 31 Absatz 1a Satz 3 RSAV und in der Begründung (zu Art. 5, Nummer 23 b), S. 105) dahin gehend zu harmonisieren, dass von einer Feststellungs- und Mitteilungspflicht des GKV-Spitzenverbands auszugehen ist.

C) Änderungsvorschläge:

I. § 41 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Unberücksichtigt bleiben diejenigen Risikogruppen nach Satz 1, bei denen der absolute Anstieg der Risikogruppenbesetzung den Schwellenwert von 0,05 Prozent der GKV-weiten Versichertenzeiten im Ausgleichsjahr unterschreitet.“

II. § 41 Absatz 1a Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt bis zum 31. August des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres dem BVA Risikogruppen nach § 2 Absatz 2 Nummer 2 mit, bei denen ein möglicher überdurchschnittlicher Anstieg der Risikogruppenbesetzung medizinisch oder diagnostisch bedingt ist.“

Nummer 23, Buchstabe e), Doppelbuchstabe bb)

Änderung in § 41 Absatz 4 Satz 4 RSAV

A) Beabsichtigte Neuregelung

vergleiche Ausführungen zu Nummer 20 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

B) Stellungnahme

vergleiche Ausführungen zu Nummer 20 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

C) Änderungsvorschlag

Die in Nummer 23, Buchstabe e), Doppelbuchstabe bb) RefE vorgesehene Ersetzung entfällt.

Zu Artikel 5, Nummer 23, Buchstabe f), Doppelbuchstabe bb),

Einfügung § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV

A) Beabsichtigte Neuregelung:

§ 41 Absatz 5 RSAV regelt u.a. die Korrektur des Jahresausgleichs, die sich bislang lediglich auf korrigierte Versichertenzeiten bezieht. Vor dem Hintergrund der Einführung des Risikopools (§ 268 SGB V n.F. i.V.m. § 37a RSAV n.F.) wird mit § 30 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 RSAV n.F. erstmalig eine Korrekturmeldung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben etabliert. Diese Korrekturmeldung ist lt. § 41 Absatz 5 Satz 1 RSAV n.F. nun auch bei Korrektur des Jahresausgleiches heranzuziehen.

B) Stellungnahme:

Aus der Begründung zur Änderung des § 41 Absatz 5 Satz 1 RSAV ergibt sich auf S. 105 f. des RefE, dass die Korrektur des Jahresausgleichs – im Gegensatz zum bisherigen Verfahren – zukünftig eine „Neuberechnung der Risikozuschläge“ umfasst. Dies ist aus Sicht des BVA so zu verstehen, dass zur Neuberechnung der Risikozuschläge eine erneute Regressionsrechnung auf Grundlage der neuen Leistungsausgaben (nach Abzug der neu ermittelten Risikopoolerstattungen) durchzuführen ist. Hierzu sind die Zuordnung der Versicherten zu den Versichertengruppen aus dem entsprechenden Jahresausgleichsbescheid, die korrigierten Versichertenzeiten sowie die korrigierten Leistungsausgaben heranzuziehen.

Nummer 24 Buchstabe f), Doppelbuchstabe bb)

Änderung in § 42 Absatz 7 Satz 2 RSAV a.F.

A) Beabsichtigte Neuregelung

vergleiche Ausführungen zu Nummer 20 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

B) Stellungnahme

vergleiche Ausführungen zu Nummer 20 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

C) Änderungsvorschlag

Die in Nummer 24, Buchstabe f), Doppelbuchstabe bb) vorgesehene Ersetzung entfällt.

Vorbemerkung zu Nummer 24: Auswirkungen auf laufende Verfahren nach § 42 RSAV

Mit der Regelung zum sofortigen Inkrafttreten stellt sich die Frage nach dem Übergang von altem auf neues Recht. Derzeit erfolgen noch die Prüfungen für den Turnus der Ausgleichsjahre 2013 und 2014 (Datenmeldungen Morbi-RSA nach § 42 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2; die Prüfungen nach Nummer 1 sind bereits abgeschlossen). Der kommende Prüfturnus *nach altem Recht* würde sich auf die Ausgleichsjahre 2015 und 2016 beziehen.

Die Frage nach der nächsten anstehenden Prüfung *nach neuem Recht* hängt wiederum maßgeblich von dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes ab. Tritt das Gesetz erst nach dem 15. November 2019 in Kraft, wäre das BVA verpflichtet, nach der bestehenden Regelung des § 42 RSAV den Prüfturnus mit den Ausgleichsjahren 2015 und 2016 auf Grundlage des alten Rechts noch vor diesem Stichtag einzuleiten, da andernfalls aufgrund des bestehenden Zweijahresturnus, wonach die Datenmeldungen der zwei letzten abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre einer Prüfung zu unterziehen sind, das Ausgleichsjahr 2015 aus den prüfbaren Ausgleichsjahren "herausfiele". Dies würde, da kein Ausgleichsjahr potentiell ungeprüft bleiben darf, einen Verstoß gegen § 42 RSAV darstellen. Tritt das Gesetz hingegen noch vor dem 15. November 2019 in Kraft oder würde anderweitig geregelt, dass bereits für die kommenden Prüfungen der (neu vorgesehene) Dreijahresturnus anzuwenden ist und eine Einleitung der Prüfungen für die Ausgleichsjahre 2015 und 2016 nicht bis dahin erfolgen müsste, fiel das Ausgleichsjahr 2015 auch nach dem 15. November 2019 unter die zu prüfenden Ausgleichsjahre. Dies liegt darin begründet, dass nach neuem Recht ein zu prüfendes Ausgleichsjahr aus den drei letzten Ausgleichsjahren und somit zwischen 2015, 2016 und 2017 zu wählen wären.

Die von der Umstellung auf den Dreijahresturnus erhoffte Entlastung der Prüfdienste im Hinblick auf die anstehenden Prüfungen nach § 323 SGB V im Jahr 2020 kann nur in diesem letztgenannten Szenario eintreten, da die Prüfdienste für die nächsten anstehenden Prüfungen drei statt nur zwei Jahre Zeit hätten und im Jahr 2020 keine Prüfung stattfinden müsste. Demzufolge ist eine Regelung zu suchen, nach der zum einen eine Entlastung der Prüfdienste erfolgt und zum anderen das Ausgleichsjahr 2015 nicht aus den potentiell zu prüfenden Ausgleichsjahren herausfällt.

Sollte das Gesetz nicht bis zum 15. November 2019 in Kraft treten und auch keine anderweitige Regelung (z.B. Vorsehen eines Inkrafttretens der Änderungen zu § 42 RSAV zu einem Datum vor dem 15. November 2019) bzw. Vorgabe Ihres Hauses vorliegen, dass die kommenden Prüfungen auch bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes nach einem Dreijahresturnus zu bilden sind, müssen diese auf der Grundlage des bisherigen Zweijahresturnus eines der

beiden Ausgleichsjahre 2015 / 2016 betreffen und im Sommer bzw. Herbst 2019 eingeleitet werden.

Eine weitere Übergangsregelung ist hinsichtlich der – materiell-rechtlichen – Prüfinhalte der Ausgleichsjahre zu treffen, die verfahrensmäßig bereits (ggf. – siehe oben Ausführungen zu Turnus 2015 / 2016) über die Neuregelung des § 42 RSAV geprüft werden, deren Datenmeldungen jedoch Merkmale enthalten, die nach ebendieser nicht mehr zu prüfen sind. Hierzu zählen die Versichertentage mit DMP und Versichertentage mit Erwerbsminderungsrente. Eine Übergangsregelung würde die Ausgleichsjahre 2015 bis 2020 betreffen, da die Umsetzung der Änderungen des RSA-Verfahrens ab dem Ausgleichsjahr 2021 vorgesehen ist (siehe Vorbemerkung zu Artikel 4, Nummer 19 bis 24 sowie zu Artikel 5).

Nummer 24, Buchstabe a), Doppelbuchstabe aa)

Änderung § 42 Absatz 1 Satz 1 RSAV (Verweis auf nach § 38 Absatz 2 RSAV gemeldete Daten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die nach § 38 Absatz 2 gemeldeten Daten beziehen sich nun auf den neuen § 38 Absatz 2 (Vorsorgepauschale) und nicht mehr auf die Zuweisung der Programmkostenpauschale.

B) Stellungnahme

Nach § 42 Absatz 1 RSAV haben die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen bei den Krankenkassen in ihrem Zuständigkeitsbereich bislang mindestens alle zwei Jahre die nach § 38 Absatz 2 gemeldeten Daten - zur Zuweisung der Programmkostenpauschale - zu prüfen. Die letzte Prüfung fand im Jahr 2018 für das Ausgleichsjahr 2014 statt. Bei der Streichung der Rechtsgrundlage in § 42 Absatz 4 i.V.m. § 42 Absatz 1 wäre nach Inkrafttreten der Regelung keine Prüfung der Datenmeldungen für zurückliegende Berichtsjahre mehr möglich. Maßgeblich wäre hinsichtlich der zu prüfenden Datenmeldungen dann die Beibehaltung des Verweises auf § 3 Absatz 3 Satz 7 und 8.

Sollte auch weiterhin - ggf. im Rahmen einer Regelung außerhalb des RSA - eine Förderung der Teilnahmen an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) vorgesehen werden, wären vergleichbare Regelungen zur Prüfung der ausgezahlten Fördermittel notwendig.

Nummer 24 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) Dreifachbuchstabe aaa)

Änderung § 42 Absatz 1 Satz 1 RSAV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Turnus der Prüfungen nach § 42 Absatz 1 Satz 1 wird gemäß der Neuregelung von zwei auf drei Jahre erweitert. Es werden die nach Nummer 1 und Nummer 2 benannten Daten bezogen auf eines der beiden zuletzt nach § 41 abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre auf Richtigkeit überprüft.

B) Stellungnahme

Das BVA begrüßt die Verlängerung des Prüfturnus von zwei auf drei Jahre und damit die Verringerung der quantitativen Prüfintensität. Dieser Schritt ist auch nach Ansicht des BVA durch die Ergebnisse der letzten Prüfungen zu rechtfertigen.

Mit der Erweiterung des Prüfturnus auf drei Jahre bedarf es ebenfalls einer Erweiterung der zu berücksichtigenden Ausgleichsjahre dahingehend, dass sich die Prüfungen nicht mehr auf eines der beiden letzten Jahre (wie bei dem bislang bestehenden Zweijahresturnus), sondern auf eines der drei letzten Jahre des Dreijahresturnus beziehen muss. Dadurch wäre sichergestellt, dass jeweils alle drei Jahre des Dreijahresturnus potentiell zu prüfende Ausgleichsjahre sein können.

C) Änderungsvorschlag

§ 42 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen haben bei den Krankenkassen in ihrem Zuständigkeitsbereich mindestens alle drei Jahre folgende Daten, jeweils bezogen auf eines der drei zuletzt nach § 41 abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre, auf deren Richtigkeit zu prüfen: [...].“

Nummer 24 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) Dreifachbuchstabe bbb),

Änderung § 42 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 RSAV

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Nummer 1 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Nummer 1, 2“ durch die Angabe „Nummer 1, 10“ und werden die Wörter „zweiter Halbsatz“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Die in Bezug genommene Nummer 1 des § 30 RSAV betrifft (wie bislang) die sog. Prüfung Versicherungszeiten hinsichtlich der zu prüfenden Merkmale Versichertentage (Nummer 1

n.F.), Krankengeld-Versichertentage (Nummer 10 n.F.) und dem (neu zu prüfenden) Merkmal Wohnort, bzw. amtlicher Gemeindeschlüssel (Nummer 11 n.F.).

Allerdings macht der Bezug auf die neue Fassung des § 30 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 (bislang Satz 2 zweiter Halbsatz) nicht deutlich, auf welchem Stand der Datenmeldungen seitens der Krankenkassen die Prüfungen nach § 42 RSAV aufsetzen sollen. Für die Meldung der betreffenden Merkmale sind zwei (obligatorische) Korrekturmeldungen in § 30 Absatz 4 Satz 2 RSAV n.F. vorgesehen, wobei die letzte im dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahr erfolgt. Der einfache Verweis auf § 30 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 RSAV differenziert diesbezüglich nicht. Es müsste jedoch auf die im zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahr abgegebene Meldung abgestellt werden, da mit dieser Meldung die betreffenden Merkmale abschließend korrigiert werden.

Für die ebenfalls in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 n. F. geregelte Prüfung der Datenmeldungen nach § 38 Absatz 2 n.F. (Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen) liegt darüber hinaus nur mittelbar eine Regelung der Datenmeldungen seitens der Krankenkassen vor. Das Nähere soll nach § 38 Absatz 2 Satz 1 n.F. der GKV-Spitzenverband in seiner Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V regeln. Nach § 38 Absatz 2 Satz 2 n.F. soll auch für diese Datenmeldungen § 30 Absatz 4 gelten. Das BVA geht daher davon aus, dass auch hierbei in den Prüfungen nach § 42 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 auf die endgültige Korrekturmeldung der Daten abzustellen ist.

C) Änderungsvorschlag

Folgende Formulierung des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 1 wird vorgeschlagen:

„die Angaben nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 10 und 11 aus der Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres und die nach § 38 Absatz 2 abschließend gemeldeten Daten“.

Nummer 24 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) Dreifachbuchstabe ccc),

Änderung § 42 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 RSAV

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Nummer 2 des § 42 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „zweiter Halbsatz“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Es ergibt sich an dieser Stelle die gleiche Problematik bei dem Bezug auf die Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 wie bereits hinsichtlich § 42 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 dargestellt. Auch an dieser Stelle sollte deutlich werden, dass auf die – hinsichtlich der zu prüfenden Merkmale – endgültige Korrekturmeldung der Krankenkassen (in diesem Fall diejenige aus dem dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahr) abzustellen ist.

C) Änderungsvorschlag

Folgende Formulierung des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 2 wird vorgeschlagen: „(...) und die Angaben nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 und 9 aus der Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 des dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres“.

Nummer 24 Buchstabe a)

Zur Beibehaltung von § 42 Absatz 1 Satz 3 n.F. RSAV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der bisherige § 42 Absatz 1 Satz 2 (als Satz 3 n.F.) und damit der mögliche Wechsel auf einen einjährigen Prüfturnus beibehalten wird.

B) Stellungnahme

Der bisherige Satz 2 (Satz 3 n.F.) der Vorschrift sieht vor, dass die zeitliche Prüfintensität z.B. abhängig von den (sich ggf. verschlechternden) Prüfergebnissen wieder verstärkt werden kann. Dies bezog sich bislang, auf der Grundlage eines Zweijahresturnus, folgerichtig auf die Etablierung einer jährlichen Prüfung. Durch den Wechsel auf einen Dreijahresturnus wäre eine „starre“ jährliche Prüfung ggf. nicht sachgerecht, da ggf. nur eine häufigere Prüfung (z.B. „Rückkehr“ zum Zweijahresturnus) als erster Schritt zur Steigerung der Prüfintensität nicht möglich wäre. Die Vorschrift des Satz 3 n.F. könnte daher etwas offener gefasst werden. Dies würde auch eine jährliche Prüfung nicht ausschließen.

C) Änderungsvorschlag

Folgende Formulierung des Absatzes 1 Satz 3 wird vorgeschlagen:

„Die Stellen nach Satz 1 können im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt festlegen, dass sie die Prüfungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 jeweils häufiger durchführen.“

Nummer 25

Einfügung § 43

Begründung (allgemeiner Teil)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ausweislich der Begründung zu § 43 RSAV hat die Krankenkasse die Möglichkeit, im Falle eines Rechtsverstoßes oder einer Auffälligkeit im Rahmen der Korrekturbetragsermittlung den genauen Schadensumfang glaubhaft zu machen (Satz 3 der einleitenden Begründung).

B) Stellungnahme

Der o. g. Satz aus der Begründung findet im Gesetzestext keinerlei Entsprechung: Die Berücksichtigung eines (glaubhaft gemachten) Schadensumfangs im Rahmen der Korrekturbetragsermittlung ist nach § 43 RSAV nicht vorgesehen. Vielmehr findet ein einheitliches Verfahren Anwendung, wonach auf Grundlage der letzten nicht von einer Auffälligkeit bzw. von einem Rechtsverstoß betroffenen Datenmeldung der Krankenkasse ein Korrekturbetrag ermittelt wird.

C) Änderungsvorschlag

Der entsprechende Satz ist aus der Begründung zu streichen.

Absätze 3 und 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass das BVA bei Einzelfallprüfungen aufgrund von statistischen Auffälligkeiten nach § 273 Absatz 2 den Korrekturbetrag auf Grundlage der letzten nicht von einer Auffälligkeit betroffenen Datenmeldung der Krankenkasse ermittelt (Absatz 3). Bei Einzelfallprüfungen aufgrund eines Verdachts berechnet das BVA den Korrekturbetrag auf Grundlage der letzten Datenmeldung der Krankenkasse, für die kein Rechtsverstoß festgestellt wurde (Absatz 4).

B) Stellungnahme

In beiden Fällen findet für die Ermittlung des Korrekturbetrages das Schätzverfahren Anwendung. Grundlage – so die Intention des BMG – sollte jeweils die letzte „unbeeinflusste/einwirkungsfreie“ Datenmeldung sein. Die aktuelle Gesetzesformulierung stellt hierzu auf das Merkmal der Auffälligkeit (Absatz 3) bzw. des nicht vorliegenden Rechtsverstoßes (Absatz 4) ab.

Diese Typologisierung ist jedoch unvollständig. Die Neuregelung eröffnet z. B. derzeit die Möglichkeit, im Rahmen einer Korrekturbetragsermittlung nach § 43 Absatz 4 (es liegt ein Rechtsverstoß laut § 273 Absatz 5 vor) auf eine Vorjahresdatenmeldung zurückzugreifen, obwohl für selbige auf Grundlage von § 43 Absatz 3 (festgestellte erhebliche Auffälligkeit, die nicht ausreichend begründet wurde) bereits ein Korrekturbetrag ermittelt wurde, die entsprechende Datenmeldung also gerade nicht als unbeeinflusst gelten kann.

Ziel sollte es im Rahmen der Schätzung jedoch sein, die aktuellste „unbeeinflusste“ bzw. „einwirkungsfreie“ Datenmeldung als Grundlage heranziehen zu können, unabhängig davon, aufgrund von welcher Art von Einzelfallprüfung der Korrekturbetrag zu ermitteln ist. Im Sinne der Rechtsklarheit sollte die Formulierung zur heranzuziehenden Grundlage für beide Einzelfallprüfungen daher vereinheitlicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Es wird die folgende Formulierung des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 1 vorgeschlagen:

„auf Grundlage der letzten Datenmeldung, für die bislang kein Korrekturbetrag auf Grundlage dieser Vorschrift erhoben wurde,“

Es wird die folgende Formulierung des Absatzes 4 Satz 1 Nummer 1 vorgeschlagen:

„auf Grundlage der letzten Datenmeldung, für die bislang kein Korrekturbetrag auf Grundlage dieser Vorschrift erhoben worden wurde,“

Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

vergleiche Ausführungen zu Nummer 20 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

B) Stellungnahme

vergleiche Ausführungen zu Nummer 20 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa)

C) Änderungsvorschlag

Im neuen § 43 Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „6“ ersetzt.

Weiterer Änderungsbedarf RSAV (neuer Vorschlag)

Nummer 24, Buchstabe f)

§ 42 Absatz 7 a.F. (5 n.F.)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vom BVA festgesetzten Korrekturbeträge nach § 39a und 42 RSAV werden im Status quo einschließlich der daraus erzielten Zinserträge in nächsten Jahresausgleich an die Krankenkassen ausgekehrt. Zur Ermittlung der Zinserträge muss das BVA die Korrekturbeträge gesondert anlegen. Ohne diese gesonderte Anlage würden die Korrekturbeträge aufgrund der Ausgestaltung des Auszahlungsverfahrens unmittelbar die Liquidität der Krankenkassen erhöhen. Zudem werden ggf. anfallende Zinserträge bei der Prognose der Einnahmen des Gesundheitsfonds vom GKV-Schätzerkreis berücksichtigt, insoweit fließen Zinserträge auch ohne gesonderte Geldanlage an die Krankenkassen. Konsequenterweise werden im neugefassten § 43 Absatz 5 die Zinserträge aus der Anlage der Korrekturbeträge außen vor gelassen (gleiches gilt auch für die Bereinigungs- und Korrekturbeträge nach § 323 SGB V). Daher erscheint es sachgerecht, die Streichung der gesonderten Berücksichtigung der Zinserträge im Jahresausgleich auch auf die Korrekturbeträge nach § 42 RSAV zu übertragen.

B) Stellungnahme

Sh. unter A)

C) Änderungsvorschlag

Nach Buchstabe bb) wird folgender Buchstabe cc) eingefügt:

„cc) In Satz 3 werden die Wörter „und die Zinserträge“ gestrichen.“

Artikel 8 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz soll am Tag nach Verkündung in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Zu den erforderlichen Übergangsregelungen wird auf die Ausführungen unter I. Vorbemerkungen und – zu den Vorschriften zur Durchführung des RSA – auf die Vorbemerkungen zu den einzelnen Vorschriften verwiesen.

III. Ergänzende Vorschläge/weiterer Änderungsbedarf

Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 170 SGB V entspricht laut Begründung dem bisherigen § 171e SGB V.

Der neue § 169 SGB V entspricht dem bisherigen § 171d SGB V. (vgl. Artikel 4 Nummer 11)

B) Stellungnahme

In § 12 Absatz 1a der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung (Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung, BGBl. I. 1999, S. 1627) wird auf § 171e SGB V verwiesen. Im Verordnungstext sollte die Verweisnorm angepasst werden. Dies gilt auch für den Verweis auf § 171d Absatz 1 SGB V (nach Artikel 4 Nummer 11 nunmehr § 169).

C) Änderungsvorschlag

In § 12 Absatz 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung werden die Wörter „§ 171d Absatz 1“ durch die Wörter „§ 169 Absatz 1“ und die Wörter „§ 171e“ durch die Wörter „§ 170“ ersetzt.

Änderung der SGB V – Übertragungsverordnung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 162 SGB V entspricht dem bisherigen § 171f SGB V.

Der neue § 170 SGB V entspricht laut Begründung dem bisherigen § 171e SGB V (vgl. Artikel 4 Nummer 11).

B) Stellungnahme

In der Verordnung zur Übertragung der Befugnis zum Erlass von Rechtsverordnungen nach dem SGB V auf das BVA (SGB V-Übertragungsverordnung, BGBl. I. 2010 S. 88) wird in der Eingangsformel sowie in § 1 auf § 171e und § 171 f SGB V verwiesen. Im Verordnungstext sollten die Verweisnormen angepasst werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 1 der SGB V-Übertragungsverordnung wird wie folgt gefasst:

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

Für etwaige Rückfragen stehen die Beschäftigten der zuständigen Fachreferate des Hauses gerne zur Verfügung. Der Einfachheit halber bitten wir bei Bedarf das Referat 312 anzusprechen, das diese Stellungnahme koordiniert hat und die Anfragen dann weiterleitet (Referat_312@bvtamt.bund.de, bitte einen Unterstrich zwischen Referat und **312**).

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez. Pfohl