



RSA ALLIANZ
FÜR EIN FAIRES GESUNDHEITSSYSTEM

Stellungnahme der RSA Allianz vom 11.12.2019

**zum Gesetzentwurf für einen fairen Kassenwettbewerb
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)
Bundestagsdrucksache 19/15662**

In der RSA Allianz haben sich 12 Krankenkassen aus drei verschiedenen Kassenarten –
Betriebs-, Ersatz- sowie Innungskrankenkassen – und der BKK Landesverband Bayern
zu einer gemeinsamen Interessensvertretung zusammengeschlossen:



www.rsa-allianz.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zur Bundestagsdrucksache 19/15662	5
Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	5
§ 4a Absatz 7 – Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung.....	5
§ 71 Absatz 4 – Beitragssatzstabilität.....	6
§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 8 - Hausarztzentrierte Versorgung.....	8
§ 83 Satz 4 und 5 – Gesamtverträge.....	12
§ 140a Absatz 2 Satz 7 und 8 - Besondere Versorgung.....	13
§ 266 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich).....	14
§ 267 - Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA.....	18
§ 273 – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich.....	20
§ 305a – Beratung der Vertragsärzte.....	21
Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)	22
§ 2 – Risikogruppen.....	22
§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben.....	23
§ 8 – Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells.....	24
§ 19 - Ausschluss auffälliger Risikogruppen.....	25
§ 21 – Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	27
§ 27 – Übergangsregelung.....	28

I. Vorbemerkung

Der vom Bundeskabinett am 9. Oktober 2019 beschlossene Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) enthält eine Vielzahl an Maßnahmen, um die kassenartenübergreifend geäußerte Kritik an den bislang existierenden systematischen Wettbewerbsverzerrungen zu beheben.

Im Mittelpunkt des Gesetzentwurfs steht die Neuordnung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Dieser ist das wichtigste Steuerungsinstrument im solidarisch geprägten Finanzverteilungssystem der gesetzlichen Krankenkassen. Eine solche Reform ist längst überfällig, denn die Finanzverteilung in der GKV befindet sich seit vielen Jahren in einer Schiefelage. In der Folge sind enorme Wettbewerbsverzerrungen entstanden, so dass einige Kassen ungerechtfertigt Vermögen aufbauen konnten, während andere gezwungen waren, höhere Zusatzbeiträge zu erheben und Leistungen einzuschränken.

Der Gesetzentwurf enthält dabei aus Sicht der RSA Allianz mit

- der Manipulationsbremse,
- der Neufassung des Verbots der Diagnosevergütung inkl. des Arztberatungsverbots,
- der Vereinfachung der Prüfungen mit gleichzeitiger Stärkung der Kompetenzen der Durchführungsbehörde und
- der Einführung des Klagerechts der Krankenkassen untereinander inkl. der nicht aufschiebenden Wirkung von Klagen

vier elementare Komponenten, um die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA zu stärken.

Das GKV-FKG enthält darüber hinaus eine Vielzahl von notwendigen und sachgerechten Maßnahmen zum Abbau der strukturellen Defizite in der Ausgleichssystematik des Morbi-RSA. Besonders hervorzuheben sind dabei der geplante Wegfall der Sonderzuschläge für Erwerbsminderungsrentner und der erste Schritt zur Einführung einer Regionalkomponente. Auch die Einführung einer Vorsorgepauschale zur Stärkung von Präventionsanreizen, die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Abschlägen und Rabatten für Arzneimittel im RSA sowie die Einführung eines Risikopools mit dem der Regressionsrechnung vorgelagerten Verfahren zur Ermittlung der Erstattungsbeträge, sind wichtige Bestandteile des Gesetzentwurfs. Zusätzlich sollten die fairen Wettbewerbsbedingungen als Zielvorgabe bei der Verfahrensgestaltung zum RSA mit aufgenommen werden.

Sowohl die Manipulation, als auch die strukturellen Defizite, haben zu einer unfairen Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen und damit zu starken Wettbewerbsverzerrungen geführt. Die daraus resultierenden Effekte liegen klar auf der Hand und sind durch den aktuellen Jahresausgleich 2018 im November 2019 erneut bestätigt worden. Auch die extrem unterschiedliche Verteilung der Vermögenswerte innerhalb der GKV zeigt dies deutlich. Aus diesem Grund sollten diese in der Vergangenheit erlangten Vorteile einzelner Kassen(-arten) in einem Gesetz, das die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen dauerhaft beseitigen will, berücksichtigt und entsprechend korrigiert werden.

Es gilt nun, alle Komponenten so schnell wie möglich in die praktische Anwendung zu überführen. Daher schlagen wir vor, insbesondere die Manipulationsbremse und den Wegfall der Sonderzuschläge für Erwerbsminderungsrentner bereits zum RSA-Jahresausgleich 2019 (inkl. Korrekturverfahren 2018) anzuwenden und außerdem zu prüfen, ob auch weitere Reformoptionen zeitlich vorgezogen werden können. Dazu sollte eine entsprechende Möglichkeit in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) geschaffen werden.

Darüber hinaus spricht sich die RSA Allianz für die Aufnahme folgender Regelungen aus:

- Rückfluss der gekürzten Zuweisungen aus der Manipulationsbremse als Betrag je Versicherten
- Keine Rückflüsse an Kassen, die Korrekturbeträge aus Prüfungen zu entrichten haben
- Verankerung des Prinzips der Wettbewerbsneutralität von Umlagen.

II. Stellungnahme zur Bundestagsdrucksache 19/15662

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 4a Absatz 7 – Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 4a wird eine zentrale Norm geschaffen, die Verhaltensregeln für den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander aufstellt und ihre effektive Durchsetzung gewährleistet. Der Unterlassungsanspruch der Krankenkassen untereinander, welcher bisher nach dem Gesetz nur unzulässige Werbemaßnahmen erfasste, wird allgemein auf rechtswidriges Verhalten im Wettbewerb ausgedehnt. So können sich Krankenkassen, die sich durch den Rechtsverstoß eines Konkurrenten benachteiligt sehen, unabhängig vom Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde umfassend selbst aktiv an der Rechtsdurchsetzung beteiligen.

B) Stellungnahme

Die RSA Allianz begrüßt die geplante Neuregelung. Aus unserer Sicht treffen die Begründungen im Gesetzentwurf für die Notwendigkeit erweiterten Rechtsschutzes vollumfänglich zu.

Der Zweck der Einfügung des Absatzes 7 resultiert aus der Erkenntnis des Gesetzgebers, zukünftig vermeiden zu wollen, dass sich einzelne Krankenkassen im Wettbewerb einen Vorsprung durch Rechtsbruch verschaffen. Genau dies ist bislang der Fall. Daher halten wir es für dringend erforderlich, Krankenkassen eine rechtliche Möglichkeit zu geben, sich „wehren“ zu können und den wettbewerbswidrig Agierenden – ggf. im Wege einstweiligen Rechtsschutzes – in Anspruch zu nehmen.

Die Bundesregierung hat am 03.12.2019 in der Gegenäußerung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 29.11.2019 zutreffend dargestellt, dass es dem wettbewerblich rechtmäßig Handelnden möglich sein muss, den wettbewerblich fragwürdig oder gar rechtswidrig Agierenden, der im Wettbewerb ein bisher nicht bekanntes Verhalten zeigt, auf sicherer rechtlicher Grundlage in die Schranken zu weisen¹. Dies ist umso mehr von Bedeutung, da alternative Maßnahmen, die Wettbewerb kontrollieren bzw. überwachen sollen (wie z. B. Rechtsaufsicht) in aller Regel nicht oder erst mit großer zeitlicher Verzögerung greifen oder gar gänzlich unterbleiben. Der Absatz 7 verleiht der wettbewerblich benachteiligten Kasse eine selbstständige Wehrhaftigkeit, um sich gegen den sich fragwürdig verhaltenden Wettbewerber wehren zu können.

Etwaige Bedenken, wonach den Krankenkassen via Inanspruchnahme erweiterten Rechtsschutzes zusätzliche Kosten entstehen könnten und es somit zu einem Anstieg der Belastung der Gerichte kommen könnte, sollten unserer Ansicht nach den Gesetzgeber nicht davon abhalten, den Rechtsschutz zugunsten der Krankenkassen zu erweitern. Jede einzelne Krankenkasse wird abwägen, den erweiterten Rechtsschutz tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Hierbei können und müssen rechtliche und wirtschaftliche Risiken – wie bei Geltendmachung jeglicher Rechtsposition vor Gericht – abgewogen werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

¹ vgl. Bundestagsdrucksache 19/15662 Anlage 4 zu Nummer 1 Seite 152

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 71 Absatz 4 – Beitragssatzstabilität

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der eingefügten Ergänzung des § 71 Absatz 4 SGB V soll eine Regelung geschaffen werden, wonach Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung von Vergütungsvereinbarungen keine aufschiebende Wirkung haben. Die Änderung wird damit begründet, dass der Sinn und Zweck des präventiven Aufsichtsmittels „Beanstandung“, also die Verhinderung des Inkrafttretens einer als rechtswidrig beanstandeten Vereinbarung, entfallen würde, hätte eine Klage eine aufschiebende Wirkung im Verhältnis zur Beanstandung.

B) Stellungnahme

Die RSA Allianz begrüßt die geplante Neuregelung. In aller Regel führen Veränderungen der Vergütungsvereinbarungen zur Verbesserung der Vergütung der betroffenen Leistungserbringer mit der Folge, dass bei Ausbleiben der aufschiebenden Wirkung der Klage die neuen – in der Regel partiell höheren – Vergütungen sofort (letztlich vorläufig) gelten würden und zu vollziehen wären. Diese Folge bedeutet für die Krankenkassen schlicht, dass sie zunächst zahlen müssen und lediglich die Hoffnung verbleibt, bei erfolgreicher Zurückweisung der Klage ohne Rechtsgrund bezahlte Vergütung zurück zu erhalten. Führt anschließend das Hauptsacheverfahren vor den Sozialgerichten über die Rechtmäßigkeit der Beanstandung zu dem Ergebnis, dass die Maßnahme rechtmäßig war, mithin die erhöhten Vergütungen nicht zu zahlen gewesen wären, mithin Rückzahlungsansprüche der Kassen gegen Leistungserbringer oder deren Interessenvertretung (KV, KZV etc.) bestehen, so können diese – in aller Regel viele Jahre nach dem eigentlichen „Vergütungsjahr“ – nicht mehr realisiert werden.

Das Bundessozialgericht selbst hat mehrfach bekundet, dass es den Aspekt der tatsächlichen Auswirkungen einer gerichtlichen Entscheidung auch immer unter dem Gesichtspunkt betrachtet, wie sich die Entscheidung auf die Vertragsparteien auswirkt. In diesem Zusammenhang erhält die Tatsache, dass KV/KZV und HÄV in der Regel die – letztlich zu Unrecht vereinnahmten Gelder – längst an die Ärzte-/Zahnärzteschaft im Rahmen der Honorarverteilung ausgezahlt hat und Rückzahlungen aus Gerichtsentscheidungen, die Abrechnungszeiträume, die lange in der Vergangenheit liegen, betreffen, leider nicht möglich sind, weil die KV/KZV sowie HÄV nicht mehr im Besitz der zurück zu zahlenden Gelder ist, besondere Bedeutung. Diese Fälle gehen letztlich immer zu Lasten der Krankenkassen.

Dieses Manko unterstreicht die Richtigkeit der von der Bundesregierung vorgeschlagenen Änderung der Anordnung der künftig nicht mehr aufschiebenden Wirkung der Klage gegen eine Beanstandung. Hingegen ist es ein viel Leichteres, damit umzugehen, wenn die Vergütung an Leistungserbringer nachentrichtet werden müssen. Den Krankenkassen fällt eine etwaige Nachfinanzierung finanzierungstechnisch deutlich leichter als nachträgliche Finanzierung von Rückzahlungsansprüchen auf Seiten der Leistungserbringer.

Die in der Gesetzesbegründung genannten Gründe treffen aus Sicht der RSA Allianz uneingeschränkt zu. Für den Fall eines Verzichtes auf die vorgeschlagene Regelung (= keine aufschiebende Wirkung der Klage) würde – wie in der Vergangenheit – die Beanstandung weitgehend ein gänzlich stumpfes Schwert.

Die Bundesregierung hat am 03.12.2019 in der Gegenäußerung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 29.11.2019 den Sachverhalt im Übrigen nachvollziehbar zusammengefasst². Wir schließen uns dieser Beurteilung vollumfänglich an.

C) Änderungsvorschlag

keiner

² vgl. Bundestagsdrucksache 19/15662 Anlage 4 zu Nummer 6 Seite 155

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 8 - Hausarztzentrierte Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung konkretisiert die durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) eingeführten Regelungen, dass eine zusätzliche Vergütung für Diagnosen nicht Gegenstand von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung sein kann. Um sämtliche Umgehungsstrategien in den Verträgen zu eliminieren, sollen nun generell Regelungen unzulässig werden, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen sind. Verboten werden sowohl eine Vergütung als Gegenleistung für die Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von bestimmten Diagnosen, als auch eine Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder deren konkrete Höhe an bestimmte Diagnosen beziehungsweise an deren Anzahl geknüpft wird. Das Verbot bezieht sich insbesondere auf solche Verträge, die im Wesentlichen auf Listen von Diagnosen (nach ICD-10 oder auch auf einer ausdifferenzierten Beschreibung der Krankheit im Vertragstext gleichwertig zu einem ICD-10-Code) beruhen und soll auch für bereits geschlossene Verträge gelten, die insoweit innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes anzupassen sind. Durch die Übergangsfrist wird dem Vertrauen der Parteien in die Wirksamkeit solcher Vergütungsvereinbarungen, die nach bisherigem Recht zulässig waren, Rechnung getragen. Bis zur Anpassung der Vereinbarungen bzw. höchstens bis zum Ablauf der Sechs-Monats-Frist dürfen diese weiter vollzogen werden.

B) Stellungnahme

Die RSA Allianz begrüßt die beabsichtigte Änderung ausdrücklich, da das Verbot von Diagnosen als Grundlage für Vergütungen in Versorgungsverträgen einen elementaren Baustein des mit dem GKV-FKG vorgelegten Reformpakets des Morbi-RSA darstellt. Daher sind alle Maßnahmen, die das Anliegen des Gesetzgebers, künftig bei der Erstellung und Kodierung von Diagnosen im ambulanten Bereich die Manipulationsgefahr weitestgehend auszuschließen, unseres Erachtens sinnvoll und notwendig. Dieser Aspekt stellt, wie im Vorwort dargestellt, eine der vier elementaren Komponenten dar, um die Manipulationsresistenz zu stärken.

Die in der Stellungnahme des Bundesrates vom 29.11.2019 in der Anlage 3 unter Ziffer 8 vorgeschlagene Streichung dieser und unter Artikel 5 Nummer 7 und Nummer 11 ergänzenden Regelungen wird von der Bundesregierung abgelehnt³. Die Befürchtungen des Bundesrates, dass die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sowie zu den Änderungen in den anderen Versorgungsformen nach § 83 bzw. 140a SGB V gefährdet seien, werden von der Bundesregierung nicht geteilt.

Die RSA Allianz teilt die Auffassung der Bundesregierung aus fachlicher Sicht und kann die vom Bundesrat vorgetragene Argumente nicht bestätigen. Wir möchten deshalb diese Stellungnahme nutzen, um den in der Begründung zu Nummer 5 § 73 b angeführten Aspekt, der „oftmals umstrittenen Frage, ob Vergütungen „für“ Diagnosen oder für ärztliche Leistungen gezahlt werden“ noch einmal ausführlich zu erläutern.

Es ist systematisch richtig, den Vergütungsanspruch von der Dokumentation und damit von der Kodierung einer Erkrankung abhängig zu machen, soweit eine ärztliche Leistung mit einer bestimmten, tatsächlich vorliegenden Erkrankung in unmittelbarem Zusammenhang steht. So gibt es in der Regelversorgung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Abrechnungspositionen,

³ vgl. Bundestagsdrucksache 19/15662 Anlage 4 zu Nummer 8 Seite 131 bzw. Anlage 5 zu Nummer 8 Seite 156

die nur bei bestimmten ICD-10-Diagnosen abrechnungsfähig sind.

Unstrittig ist, dass Ärzte verpflichtet sind, Diagnosen zu dokumentieren. Es ist allerdings ein wesentlicher Unterschied, ob dies, wie in der Regelversorgung, bundesweit für alle gesetzlich Versicherten gleichartig geschieht, oder ob dies nur partiell bestimmte selektivvertragliche Regelungen betrifft. Aus unserer Sicht hochproblematisch wird es, wenn ein finanzieller Anreiz für den Arzt geschaffen wird, für bestimmte Krankenkassen Diagnosen zu kodieren.

Gegner dieser gesetzlichen Klarstellung führen an, dass gerade die Diagnosen als vertraglicher Anker in diesen Versorgungsformen dienen, um die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte dazu anzuhalten, Patientinnen und Patienten mit besonderer Morbidität eine über die Regelversorgung hinausgehende, besondere Versorgung zukommen zu lassen. Es sei sinnvoll, angemessen und letztlich auch im Sinne der Regelungen des SGB V wirtschaftlich, auf einer definierten, diagnosebezogenen Krankheits- beziehungsweise Diagnoseauswahl aufzusetzen, um durch ärztliche Interventionen und Leistungserbringungen bei diesen Krankheitsbildern die Versorgung der Versicherten besser zu steuern.

Dabei wird verkannt, dass das geltende Recht nach § 73b Absatz 2 Nr. 2 SGB V (HzV) eine „Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien“ vorsieht und nicht nach einzelnen Diagnosen bzw. Diagnoselisten. Diese Leitlinien beziehen sich auch heute schon auf Krankheitsbegriffe, nicht auf Diagnosen. Es steht außer Frage, dass diese Krankheitsbegriffe – und nicht etwa Diagnosen – als vertraglicher Anker dienen können, um insbesondere Versicherte mit chronischen oder multimorbiden Erkrankungen über die Regelversorgung hinaus zu behandeln. Vielmehr ist es unter den Vertragsexperten der RSA Allianz unstrittig, dass die Versorgung auch verbessert werden kann, wenn die Vergütung in den Verträgen nicht mehr auf Diagnoselisten abzielt, sondern auf evidenzbasierten Leitlinien basiert.

Fachlich kann die Argumentation, dass mit einem generellen Verbot von Diagnoselisten die an der Krankheitslast ausgerichtete steuernde Wirkung der HzV und der Verträge zur besonderen Versorgung entfallen würde, nicht nachvollzogen werden. Die Erwiderung der Bundesregierung⁴ und auch die Gesetzesbegründung gehen auf diesen Punkt explizit ein und führen aus, dass sogenannte Einschlusskriterien über spezifische Module von Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung sowie über eine vertragliche Definition von bestimmten Krankheiten und Krankheitsausprägungen in Verträgen der besonderen Versorgung weiterhin möglich ist.

Es handelt sich somit um eine Klarstellung des bestehenden Verbots und soll nun auch die Vertragskonstruktionen betreffen, welche die beabsichtigte Regelung des HHVG (kein zusätzliches Geld für Diagnosen) unterlaufen und sich primär an Diagnosekodierung und, wenn überhaupt, nur sekundär an Leitlinien orientieren.

Aus medizinischer Sicht ist der Bezug der Vergütung auf Diagnosen (im Morbi-RSA und den vertraglichen Einzelvereinbarungen) problematisch, da für die allermeisten medizinischen Diagnosen noch keine eindeutig und einheitlich definierten Kriterien in Form von Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) existieren. Eine zusätzliche Vergütung wird daher für die Ärzte immer einen „Anreiz“ darstellen, Diagnosen „großzügiger“ zu stellen. Auch für die Versicherten bedeutet dies Nachteile, da die „fälschlich“ dokumentierten Diagnosen für sie Schwierigkeiten zur Folge haben könne (z. B. beim Abschluss von privaten Versicherungen zur Berufsunfähigkeit).

⁴ vgl. Bundestagsdrucksache 19/15662 Anlage 4 zu Nummer 8 Seite 156

Die Feststellung einer ICD-Schlüsselung in den Abrechnungsdaten des Arztes steht für den Patienten nicht im Vordergrund. Sie ist weder entscheidend für den Aufwand, den der Arzt/Leistungserbringer hat, noch beeinflusst sie die Kosten für die Krankenkasse. Entscheidend für Patienten und den ärztlichen Aufwand/Kosten für die Kasse ist die erbrachte Leistung, d. h. die Diagnostik (Arzt/Labor/Geräte) und/oder Therapie (Arzt/Arzneimittel/Heilmittel etc.). Der Gesetzgeber beabsichtigt zudem, eine Übergangsregelung zu schaffen, um ausreichend Zeit für die Vertragsanpassungen zu ermöglichen. Insofern müssen ausschließlich Verträge beendet werden, welche die vertraglichen Leistungen nicht ausreichend definiert haben und Diagnosen „als Anker“ beinhalten. Diese Frist halten wir für angemessen.

Der Argumentation aus dem Antrag des Bundesrats⁵, dass die mit dem HHVG eingeführten Regelungen ausreichend sind, um Manipulationen in der selektivvertraglichen Versorgung zu verhindern, stehen wir äußerst kritisch gegenüber. Aktuell ist dies nicht der Fall, da einerseits laufende Verträge (Umsetzung vor dem HHVG) nicht oder entgegen dem Willen des Gesetzgebers angepasst worden sind und andererseits auch neu abgeschlossene Verträge weiterhin mit der Vergütung von Diagnosen die Diagnoseoptimierung zum Ziel haben. Da bei bestimmten Verträgen seit April 2017 immer noch nicht alle erforderlichen Maßnahmen zur unverzüglichen Beendigung rechtswidriger Vertragsgestaltungen vorgenommen wurden, reicht dies nicht aus, um Manipulationen zu verhindern.

Auch der vorgebrachten Annahme, dass die Versorgungsformen nach §§ 73b und 140a SGB V aufgrund des Ziels, unangemessene oder manipulierte Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auszuschließen, verschwinden, kann nicht gefolgt werden. Ein „Verschwinden von Versorgungsformen“ verkennt die Realität, da bereits unter den neuen Bedingungen (nach Umsetzung HHVG) Verträge geschlossen wurden. Vielmehr werden voraussichtlich ausschließlich die Verträge verschwinden, die eher eine Zuweisungs-/Einnahmoptimierung für Kassen bzw. Ärzte, als eine bessere Versorgung der Versicherten/Patienten zum Ziel haben.

Fazit: Die Konkretisierung des Verbots der Vereinbarungen von Vergütungen für bestimmte Diagnosen stellt eine sinnvolle und notwendige Weiterentwicklung des HHVG (2017) dar. Die beabsichtigten Änderungen sind Teil der notwendigen Komponenten zur Stärkung der Manipulationsresistenz des Morbi-RSA. Die notwendigen Ergänzungen dienen nicht dazu, bestehende gesetzliche Regelungen und versorgungstechnisch sinnvolle Versorgungsmodelle wie z. B. die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) oder die Integrierte Versorgung (IV) zu beenden. Grundintention dieser Verträge ist jedoch die Versorgungsoptimierung und die damit verbundene Fokussierung auf die leitliniengerechte Behandlung bestehender Krankheiten. Aus diesem Grund sind Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gesichtspunkten nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, weiterhin möglich, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen. Mit dieser Konkretisierung sollen insbesondere die bisher bestehenden Diagnoselisten als Voraussetzung für Vergütungen entfallen. Diese, sowie die bisher im Einsatz befindlichen Module der Arztpraxissoftware (u. a. mit Diagnosevorschlagsfunktionen) dienen augenblicklich vor allem dem Zweck des Upcodings, um eine Einnahmoptimierung der Kassen zu betreiben.

Für die RSA Allianz ist die Stärkung der Manipulationsresistenz einer der zentralen Punkte des vorliegenden RSA-Pakets. Die Beendigung der augenblicklich systemischen Fehlleitungen ist aus diesem Grund eine absolute Notwendigkeit und dient zu keinem Zeitpunkt der Veränderung oder Abschaffung von Versorgungsformen. Da der RSA ein versorgungsneutrales Instrument darstellt, ist es insbesondere wichtig, keine einzelnen Versorgungsformen besonders zu begünstigen.

⁵ vgl. Bundestagsdrucksache 19/15662 Anlage 3 zu Nummer 8 Seite 131 ff.

Die RSA Allianz schließt sich daher der Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 29. November 2019 an⁶.

C) Änderungsvorschlag

keiner

⁶ vgl. Bundestagsdrucksache 19/15662 Anlage 4 zu Nummer 8 Seite 156 ff

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 83 Satz 4 und 5 – Gesamtverträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verhindert, analog der Regelung unter Artikel 5 Nummer 5, auch in kassenindividuellen oder kassenartenspezifischen Gesamtverträgen Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen. Das Verbot bezieht sich auch auf bereits geschlossene Vereinbarungen, die insoweit innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes anzupassen sind.

B) Stellungnahme

siehe Stellungnahme zu Artikel 5 Nummer 5

Die Übergangsfrist von sechs Monaten zur Anpassung der Vereinbarungen ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 140a Absatz 2 Satz 7 und 8 - Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verhindert, analog der Regelung unter Artikel 5 Nummer 5, auch in Verträgen der besonderen Versorgung Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen. Das Verbot bezieht sich auch auf bereits geschlossene Vereinbarungen, die insoweit innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes anzupassen sind.

B) Stellungnahme

siehe Stellungnahme zu Artikel 5 Nummer 5

Die Übergangsfrist von sechs Monaten zur Anpassung der Vereinbarungen ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 266 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung der §§ 266 bis 268 entfällt die auf Grundlage der nach § 268 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 bislang enthaltene Beschränkung auf 50-80 Krankheiten. Zudem erfolgt eine Vereinheitlichung auf eine in der Wissenschaft gebräuchliche Terminologie. Als Teil der neuen Terminologie der Absätze 1 und 2 werden die Ausgleichsfaktoren als Risikomerkmale bezeichnet. Die in Absatz 2 genannten Risikomerkmale entsprechen den in den bisherigen §§ 266 Absatz 1 Satz 2 und 268 Absatz 1 in Verbindung mit dem bisherigen § 29 RSAV festgelegten Risikomerkmale, bis auf das Merkmal der Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Als wichtige Eckpunkte sehen wir folgende Änderungen an:

c) Die bislang in den §§ 266 und 268 bzw. § 29 RSAV aufgeführten Risikomerkmale werden hier zusammengeführt. Zudem erfolgt eine nähere Bestimmung der Risikomerkmale „Morbidity“ und der „regionalen Merkmale“. Zukünftig sollen bei der Zuordnung der Risikogruppen keine gesonderten Risikogruppen mehr für Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach §§ 43 und 44 SGB VI gemindert ist, gebildet werden.

f) In dem neu eingefügten Absatz 5 werden die Ziele des Risikostrukturausgleichs definiert, die bei dessen Ausgestaltung zu beachten sind.

i) Doppelbuchstabe aa), Dreifachbuchstabe ggg): Mit der Änderung des § 266 Absatz 8 Satz 1 Nr. 6 SGB V wird um den Ausschluss von Risikogruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten, die anhand der Morbidity der Versicherten gebildet werden, erweitert. Näheres zum Verfahren wird in § 18 Absatz 1 Satz 4 und dem neuen § 19 RSAV geregelt.

j) Im neuen Absatz 11 wird bestimmt, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nach den vor Inkrafttreten dieses Gesetzes maßgeblichen Vorgaben der §§ 266 bis 270 erfolgen.

B) Stellungnahme

Die RSA Allianz sieht die geplante Aufhebung der Beschränkung bei der Krankheitsauswahl auf 50-80 Krankheiten weiter kritisch. Insbesondere halten wir es für notwendig, dass nicht zu Gunsten einer schnellen Einführung ein sog. „einfaches“ Vollmodell umgesetzt wird. Vielmehr müssen zuvor die Integration der neu einzuführenden Krankheiten in das Klassifikationsmodell und der damit verbundene Aufbau von Hierarchiebeziehungen zwischen den dann existierenden HMGs erfolgen, um unzulässige Hierachieverletzungen und ungerechtfertigte Mehrfachzuweisungen zu vermeiden. Ohne eine solche Differenzierung würde insbesondere das Problem der Überdeckung Multimorbider weiter verschärft und die Manipulationsanfälligkeit des Systems noch einmal vergrößert. Zudem ist sicherzustellen, dass hierdurch keine neuen Über- und Unterdeckungen zwischen den Kassen entstehen.

Zu c) Die RSA Allianz begrüßt die Streichung von „Erwerbsminderung“ als Risikomerkmale ausdrücklich. Dieses Merkmal wird als indirekter Morbidityparameter im Morbi-RSA nicht mehr benötigt. Im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs wird über die angestrebten Maßnahmen ein erheblich höherer direkter Morbiditybezug im RSA vorangetrieben. Spätestens mit der Aufhebung der Beschränkung auf 50-80 Krankheiten werden künftig alle Erkrankungen der Versicherten mit dem Status „Erwerbsminderung“ abgedeckt, somit ist die vorgeschlagene

Streichung eine sachlogische und richtige Schlussfolgerung.

Diesbezüglich möchten wir auch darauf hinweisen, dass im Sondergutachten aus 2017 die Streichung der Sonderzuschläge für Erwerbsminderungsrentner vom Wissenschaftlichen Beirat isoliert und eben nicht unter den Bedingungen eines Vollmodells betrachtet wurde.

Behauptungen, wonach durch die Streichung des Kriteriums dem Morbi-RSA dringend benötigte Mittel für die Versorgung der Betroffenen entzogen würden, sind unzutreffend. Letztlich führt die Herausnahme der Erwerbsminderungsgruppen zu einer Stärkung der Morbiditätsorientierung, da in der Folge gerade die Zuweisungen für jene Krankheiten, die dem Erwerbsminderungsrentenbezug zu Grunde liegen, aufgewertet werden. Diese Aufwertung erfahren nunmehr alle Versicherten dieser Morbiditätsgruppe unabhängig davon, ob ein Erwerbsminderungsrentenbezug vorliegt oder nicht.

Das BMG stellt aus unserer Sicht demnach zu Recht fest, dass durch die Streichung eine Gleichbehandlung aller Versichertengruppen ermöglicht wird, und nicht wie bisher, Personen mit gleichen Erkrankungen, die keinen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente haben, systematisch unterdeckt bleiben.

Die RSA Allianz begrüßt die Einführung einer Regionalkomponente. Hiermit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass das regionale Ausgabenniveau für GKV-Leistungen zu einem nicht unerheblichen Teil von Faktoren beeinflusst wird, die dem Einfluss der Krankenkassen entzogen sind. Die vom BMG vorgeschlagene Ausgestaltung der Regionalkomponente ist geeignet, die bestehenden regionalen Verzerrungen im RSA zu verringern. Allerdings empfehlen wir im Einvernehmen mit den Gutachtern des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA mittelfristig eine Erweiterung des regionalen Ausgleichs im RSA um weitere Elemente. So könnte die Berücksichtigung der Einnahmeseite in Betracht gezogen werden, um regionale Einkommensungleichgewichte zu reduzieren.

Zu f) Die aufgeführten Ziele des Risikostrukturausgleichs sind nachvollziehbar und sachgerecht. Aus der Gesetzesbegründung zum allgemeinen Teil⁷ ergibt sich zum einen die grundsätzliche Aufgabe des RSA („Die zentrale Aufgabe des RSA ist dabei die Vermeidung von Risikoselektion als eine der Voraussetzungen für gleiche Wettbewerbsbedingungen.“) sowie auch die für die Weiterentwicklung maßgebliche Zielsetzung („Der RSA wird weiterentwickelt mit dem Ziel der Stärkung fairer Wettbewerbsbedingungen, soweit diese durch den RSA bedingt sind.“). Ein funktionsfähiger und fairer Wettbewerb sind demnach zentrale Ziele, die durch den RSA verfolgt werden. Daher sollten die „fairen Wettbewerbsbedingungen“ an dieser Stelle zusätzlich aufgeführt werden.

Zu i) Die Einführung einer Manipulationsbremse ist ein wichtiges Element zur Stärkung der Manipulationsresistenz im Risikostrukturausgleich und wird von der RSA Allianz ausdrücklich begrüßt. Dabei ist davon auszugehen, dass die Manipulationsresistenz des RSA nur durch ein Zusammenspiel aller Maßnahmen des Gesetzes verbessert werden kann. Näheres kann der Kommentierung zu Artikel 5 Nummer 7 (§ 19 RSAV) entnommen werden.

Zu j) Eine gesetzliche Festlegung, wann die einzelnen Reformen des Risikostrukturausgleichs umzusetzen sind, wurde bereits nach Vorlage des Referentenentwurfs in einigen Stellungnahmen thematisiert. Der Gesetzgeber hat nun diese Regelungslücke mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf geschlossen (zeitliche Wirkungsweise).

Die Regelungen sollen insgesamt erstmals für das Ausgleichsjahr 2021 angewendet werden. Zusätzlich verweist der neu zu schaffende Absatz 11 Satz 2 auf die entsprechend im Artikel 6

⁷ vgl. Bundestagsdrucksache 19/15662, Seite 56 ff.

Nummer 7 definierten Regelungen bezüglich der Datenmeldung nach der neuen Risikostruktur-Ausgleichsverordnung. Hiervon ist die Meldung von Abschlägen und Rabatten für Arzneimittel im Morbi-RSA betroffen. Der Gesetzgeber führt in seiner Begründung aus, dass die Vorgabe gesondert zu benennen ist, da sie nicht auf einer rechtlichen Änderung der Vorgaben zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, sondern auf Grundlage der Befugnis des Verordnungsgebers nach dem derzeitigen § 268 Absatz 3 Satz 14 beziehungsweise dem neuen im Morbi-RSA betroffenen § 267 Absatz 4 Satz 1, das Verfahren der Datenmeldungen für den RSA zu konkretisieren, beruht.

Die Konkretisierung der zeitlichen Umsetzung im Absatz 11 ist grundsätzlich zu begrüßen. Gleichwohl bedeutet dies in der Praxis, dass einzelne Reformbausteine erst mit dem Schlussausgleich des Jahres 2021 im November 2022 ihre volle finanzielle Wirkung entfalten. Bereits der aktuelle Schlussausgleich des Jahres 2018, der gerade beschieden wurde, zeigt, dass die Verwerfungen des aktuellen Ausgleichssystems ungebremst fortschreiten.

Auch die unter Artikel 5 Nummern 5, 7 und 11 ausgeführten Klarstellungen bezüglich der Diagnosevergütung ist mit einer entsprechenden „Übergangsfrist“ von sechs Monaten versehen; somit werden zusätzliche Diagnosen bis mindestens 30.06.2020 in den RSA „gemeldet“.

Parallel zum GKV-FKG befindet sich zudem ein Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) kurz vor der Umsetzung. Dort wird durch die Streichung des § 260 Absatz 5 SGB V der schrittweise Abbau überschüssiger Finanzreserven von Krankenkassen bereits ab dem Haushaltsjahr 2020 verpflichtend. Zwar sieht das GKV-FKG eine entsprechende Regelung im Artikel 5 Nummer 18 vor, dass der Abbau nur unter der Voraussetzung anzuwenden ist, dass bis Jahresende 2019 eine Beschlussfassung durch das Bundeskabinett zur Reform des RSA erfolgt ist, doch ist das Ziel des Gesetzgebers hier das Gleiche.

Die Diskrepanz zwischen dem sofortigen Vermögensabbau und der zeitlich versetzten Wirkung der zu begrüßenden Reformen wird die Wettbewerbsverzerrung weiter zunehmen lassen. Insofern wird das Ziel des Gesetzgebers, faire Wettbewerbsbedingungen zu schaffen, im Jahr 2020 nicht erreicht. Die Wettbewerbsverzerrungen nehmen zu.

Sinnvoll wäre es deshalb, diesen Effekt zeitlich abzumildern und einzelne Reformpunkte früher umzusetzen. Dies könnte durch eine entsprechende Anpassung des Absatzes 11 erfolgen, indem einzelne Umsetzungszeitpunkte durch die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung festgelegt werden können. Damit wird dem Verordnungsgeber ermöglicht, kurzfristig auf unvorhergesehene Situationen im Wettbewerb zu reagieren.

c) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nummer 20 wird § 266 Absatz 5 wie folgt gefasst:

„(5) Die Zuordnung der Risikogruppen nach Absatz 2 und die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 3 erfolgt nach Kriterien, die zugleich

1. Anreize zu Risikoselektion verringern und
2. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen sowie
3. faire Wettbewerbsbedingungen ermöglichen.“

In Artikel 5 Nummer 20 wird § 266 Absatz 11 wie folgt gefasst:

„(11) Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die

Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nach Maßgabe der §§ 266 bis 270 in der bis zum [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung, sofern in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung kein früherer Zeitpunkt definiert wird. Die Anpassung der Datenmeldung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung gemäß § 7 Absatz 1 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist ab dem Ausgleichsjahr 2021 bei den Zuweisungen nach Absatz 3 zu berücksichtigen."

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 267 - Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 267 regelt die geltenden Vorgaben zur Datengrundlage des RSA mit dem Ziel einer größeren Rechtsklarheit und Übersichtlichkeit zusammenhängend neu. Die maßgeblichen Regelungsinhalte der bisherigen §§ 267 und 268 werden dabei übernommen.

Mit dem neuen Satz 2 wird klargestellt, dass die Datengrundlage des RSA allein die nach den §§ 294 bis 303 zu Abrechnungszwecken durch die Leistungserbringer aufgezeichneten und an die Krankenkassen übermittelten Leistungsdaten sind. Eine unmittelbare Einwirkung der Krankenkassen auf den Inhalt der ihnen übermittelten Leistungsdaten und die Art und Weise der Aufzeichnung, zum Beispiel durch Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten, ist in den §§ 294 bis 303 – mit Ausnahme von § 303 Absatz 4 bei technischen Übermittlungs- oder formalen Datenfehlern - nicht vorgesehen und daher rechtswidrig. Die speziellen Verbote des § 71 Absatz 6 Satz 9, § 73b Absatz 5 Satz 7 und 8, § 83 Satz 4 und 5, § 140a Absatz 2 Satz 7 und 8 und § 303 Absatz 4 Satz 2 konkretisieren das Gebot an die Krankenkassen, die Abrechnungsdaten nach den §§ 294 bis 303 nicht zu ändern und keinen Einfluss auf Inhalt und Aufzeichnung von Leistungsdaten – insbesondere auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen - zu nehmen.

B) Stellungnahme

Aus Sicht der RSA Allianz wird die Rechtssicherheit in Bezug auf die Durchführung des RSA durch den Gesetzentwurf gestärkt. Daher sind die bislang vorgesehenen Regelungen ausdrücklich zu begrüßen.

Die Regelungen sind zur Klarstellung erforderlich, da sich die Datengrundlage des RSA nach den §§ 294 bis 303 SGB V richtet. Dabei handelt es sich um zu Abrechnungszwecken durch die Leistungserbringer aufgezeichneten und an die Krankenkassen übermittelten Leistungsdaten. Die Regelungen betreffen also die Durchführung des RSA und damit gerade nicht den Abschluss und/oder die Durchführung von leistungsrechtlichen Selektivverträgen.

Für Krankenkassen als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung besteht kein Vertrauensschutz, da diese Körperschaften des öffentlichen Rechts keine Grundrechtsträger sind; vgl. BSG vom 22.10.2014 zu B 6 KA 3/14 R und Bundestagsdrucksache 19/5593, S. 116, zu Nummer 8a der Änderungsanträge zum PpSG („Eine unzulässige Rückwirkung ist hierin nicht zu erblicken, da die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht grundrechtsfähig sind.“).

Selbst wenn man den Bedenken, die das BSG in seiner Entscheidung zu B 1 KR 11/16 R aufgeworfen und ausdrücklich offengelassen hat, folgen wollte, nämlich, dass es doch zugunsten von Krankenkassen ein verfassungsrechtliches Verbot echter Rückwirkung geben sollte, so spricht dies nicht gegen die vom Gesetzgeber geplante Maßnahme, denn diese wirkt nicht auf bereits vollständig abgeschlossene RSA-Sachverhalte, sondern bewirkt damit allenfalls eine – zulässige – unechte Rückwirkung.

Schließlich kann auch bei lediglich aufsichtsrechtlichen Genehmigungen (erst recht nicht bei bloßen aufsichtsrechtlichen Duldungen) ein rechtlich schützenswertes Vertrauen der Krankenkasse nicht begründet werden. Wie die Entscheidung des BSG vom 30.07.2019 zu B 1 KR 34/18 R zeigt, wurden aufsichtsbehördlich ausdrücklich genehmigte Satzungsregelungen einer landesunmittelbaren Krankenkasse zu verschiedenen Wahlтарifen letztinstanzlich und

rechtskräftig aufgehoben.

Auch verfassungsrechtliche Kompetenzregelungen stehen den geplanten Gesetzesänderungen nicht entgegen. Vielmehr ist seit der wegweisenden Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 18.07.2005 zu 2 BvF 2/01 (Tenor zu 1. und Urteilsdruck Nr. 147, 274) verfassungsrechtlich geklärt, dass der Risikostrukturausgleich auf der Basis der §§ 266 und § 267 SGB V mit dem Grundgesetz vereinbar ist und dieser RSA verwaltungsmäßig durch die Bundesoberbehörde Bundesversicherungsamt auch mit Wirkung für und gegen landesunmittelbare Krankenkassen durchgeführt wird. Die geplanten Regelungen dienen der Durchführung des RSA und schon aus der Natur der Sache kann bei der Durchführung des Finanzierungsverfahrens hinsichtlich der Krankenkassen keine negative Wirkung auf bereits durchgeführte Versorgungen von Versicherten eintreten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 273 – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Prüfung nach § 273 SGB V wird neu gefasst. Das Ziel der Änderungen ist eine Verschlanung der Prüfung, indem dem BVA mehr Spielraum gewährt wird.

Prüffähig sind weiterhin die Datenmeldungen der Krankenkassen für die Durchführung des RSA. Unter anderem erhält das BVA als RSA-Durchführungsbehörde ein eigenständiges anlassbezogenes Prüfrecht für Selektivverträge im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße. Die Beweislast für rechtswidriges Verhalten wird umgekehrt.

B) Stellungnahme

Die RSA Allianz begrüßt das Ziel des Gesetzgebers, mit der neuen Fassung des § 273 SGB V (u. a. eigenständiges anlassbezogenes Prüfrecht des BVA für Selektivverträge im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße, Umkehr der Beweislast für rechtswidriges Verhalten) weitere Elemente zur Stärkung der Manipulationsresistenz des Morbi-RSA einzuführen. Die finanziellen Effekte von Kodierbeeinflussungen, die auf Grundlage sog. Altverträge sowie sämtlicher Vereinbarungen basieren, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, müssen rückwirkend korrigiert werden.

Beispiele aus der Vergangenheit zeigen, dass die Aufsichtsbehörden zwar versuchen, gegen die Kodierbeeinflussung Maßnahmen zu ergreifen, diese aber teilweise ohne Erfolg bleiben bzw. unterschiedlich gehandhabt werden. Die Auswirkungen dieser Handlungsweisen können bezogen auf die Zuweisungssystematik im Morbi-RSA aber nur - wie bisher auch - zentral und einheitlich durch das BVA gemindert werden. Dazu dient die rechtliche Trennung zwischen der Bewertung des Vertrages durch die Aufsichten und die Bewertung, ob die Diagnosedaten zulässig in den RSA gemeldet werden dürfen.

Auch eine Wiederherstellung der Vorlagepflicht von Selektivverträgen entsprechend § 71 Absatz 4 SGB V in der Fassung des GKV-VStG, wie z. B. in der Beschlussfassung des Bundesrates vorgeschlagen⁸, würde das aktuelle Problem und die Interpretationsmöglichkeiten innerhalb dieses Konstrukts aus unserer Sicht nicht lösen. Das damals gültige Recht führte zu einer „Präventivvorlage“ und wurde aus Gründen der Vereinfachung des Verfahrens zum Abschluss entsprechender Verträge wieder aufgegeben.

C) Änderungsvorschlag

keiner

⁸ vgl. Bundestagsdrucksache 19/15662 Anlage 3 zu Nummer 20 Seite 143 ff

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33

§ 305a – Beratung der Vertragsärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Streichung der Wörter „und die Krankenkassen“ und die Aufhebung des Satzes 7 stellt klar, dass Krankenkassen unter Berufung auf § 305a Satz 1 über Berater Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen anhalten dürfen. Beratungen durch die Krankenkassen oder durch von den Krankenkassen beauftragte Dritte sind zukünftig ausnahmslos unzulässig.

B) Stellungnahme

Die Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen nach § 305a zur Verhinderung von Kodierberatungen wird ausdrücklich begrüßt.

Die Abgrenzung der bislang gesetzlich zulässigen Beratung über Fragen der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von der unzulässigen Beratung im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen war in der Vergangenheit praktisch unmöglich. Somit sind auch die bisher bestehenden Sanktionsmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden nur theoretischer Natur und laufen ins Leere. Ein bislang nicht einheitliches Aufsichtshandeln verschärft das Problem zusätzlich.

Daher schafft die geplante Regelung die notwendige Klarheit und ist auch vor dem Hintergrund der Steigerung der Manipulationsresistenz des RSA sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3

§ 2 – Risikogruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgaben zur Ausgestaltung der Regionalkomponente, die im § 266 SGB V (vgl. Artikel 5 Nummer 20 des GKV-FKG) gesetzlich vorgegeben werden, finden sich in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV.

B) Stellungnahme

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 29.11.2019 verschiedene Einschränkungen bei der Ausgestaltung der für eine Regionalkomponente einzubeziehenden Merkmale vorgeschlagen⁹. So sollen die Variablen, aus denen regionale Merkmale ausgewählt werden können, nur auf die Bereiche Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, Demografiestruktur, Sozialstruktur, Markt- und Wirtschaftsstruktur sowie Siedlungsstruktur begrenzt werden. Zusätzlich wurde vorgeschlagen, die Wörter „die Preisstruktur medizinischer Leistungen,“ zu streichen.

Die RSA Allianz lehnt diese Vorschläge ab, da hiermit eine Weiterentwicklung der Regionalkomponente im RSA durch das BVA unnötig behindert wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

⁹ vgl. Bundestagsdrucksache 19/15662 Anlage 3 zu Nummern 22 und 23 Seite 144 ff.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 4

§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der § 4 RSAV wird für eine verbesserte Übersichtlichkeit an Änderungen des Leistungsrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst. Zudem findet eine Anpassung an die veränderten Rechtsnormen des GKV-FKG statt und die Vorgaben des § 266 Absatz 4 Satz 2 SGB V werden operationalisiert. Der Gesetzgeber weist darauf hin, dass die Vorgaben nicht abschließend zu verstehen sind.

B) Stellungnahme

In der Vergangenheit kam es bei der Bewertung von Leistungsausgaben und deren Wirkungsweise im Morbi-RSA immer wieder zu Diskussionen hinsichtlich der wettbewerblichen Auswirkungen. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) basiert auf dem Solidarprinzip. Deutlich wird dies sowohl an den einkommensabhängigen Beiträgen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, als auch an Aufgaben sichtbar, die alle Kassen gemeinsam und nach einheitlichen Grundsätzen zu finanzieren haben. Nur dort, wo die individuelle Versichertengemeinschaft der einzelnen Kasse im Fokus steht, die Kosten durch die einzelne Kasse beeinflussbar sind und das wirtschaftliche Handeln der Kasse möglich und geboten ist, erfolgen die Zuweisungen nach dem bestehenden Morbi-RSA.

Damit unterliegen in der GKV Umlagen jeglicher Art, die nach einheitlichen Grundsätzen ermittelt und auch einheitlich in der gesamten GKV erhoben werden, diesem Solidarprinzip. Sie sind weder von den Kassen beeinflussbar, noch unterliegen sie dem wirtschaftlichen Handeln der Einzelkasse. Nach dem Willen des Gesetzgebers sind diese in ihrer finanziellen Wirkung daher immer als wettbewerbsneutral anzusehen.

Um sicherzustellen, dass die Rückflüsse von Umlagen aus dem Gesundheitsfonds zukünftig sachgerecht an die Kassen zurückfließen und nicht weiterhin Wettbewerbsverzerrungen entstehen, ist eine entsprechende Rahmenregelung in der Definition der Leistungsausgaben sinnvoll. Da der Verwalter des Gesundheitsfonds im Rahmen seiner Regelungskompetenz auf die Angaben des GKV-SV angewiesen ist und ggf. zusätzliche Angaben über etwaige Summen in den Datenmeldungen benötigt werden, ist dies im Rahmen der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 des SGB V gemeinsam zu klären.

C) Änderungsvorschlag

Dem § 4 RSAV wird folgender Absatz 5 hinzugefügt:

„Versicherten- oder mitgliederbezogene Umlagen, die für Aufgaben der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung vom GKV-SV eingezogen werden, sind wettbewerbsneutral aus dem Gesundheitsfonds zu finanzieren. Der GKV-SV bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 des SGB V das Nähere zum Verfahren“.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 8 – Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Formulierung der Ausgestaltung der Regionalkomponente, die im § 266 SGB V (vgl. Artikel 5 Nummer 20 des GKV-FKG) gesetzlich vorgegeben wird, wird durch den § 8 Absatz 4 RSAV dem Bundesversicherungsamt zugewiesen. Sie sind als Teil der jährlichen Festlegungen für das jeweilige Ausgleichsjahr zu formulieren.

B) Stellungnahme

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 29.11.2019 empfohlen, die Länder an der zukünftigen Auswahl der Merkmale für die Regionalkomponente zu beteiligen. Die Länder erwarten hierdurch, dass ineffiziente und veraltete Angebotsstrukturen identifiziert und bewertet werden¹⁰.

Der RSA hat das Ziel, die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen auszugleichen und einen auf Risikoselektion ausgerichteten Wettbewerb zulasten der Versicherten zu vermeiden. Aus Sicht der RSA Allianz überfordern alle Versuche, den RSA mit weiteren Aufgaben zu belasten, das System. Der RSA ist kein Instrument der Strukturpolitik im Gesundheitswesen.

Die RSA Allianz teilt darüber hinaus die Auffassung der Bundesregierung¹¹, dass die Beteiligung des GKV-SV an den Festlegungen durch das Bundesversicherungsamt, mit seinem Zugriff auf das bei den Krankenkassen liegende Wissen, ausreichend ist.

C) Änderungsvorschlag

keiner

¹⁰ vgl. Bundestagsdrucksache 19/15662 Anlage 3 zu Nummer 24 Seite 145 ff.

¹¹ vgl. Bundestagsdrucksache 19/15662 Anlage 4 zu Nummer 24 Seite 162

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 19 - Ausschluss auffälliger Risikogruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung des § 266 Absatz 8 Satz 1 Nr. 6 SGB V wird dieser um den Ausschluss von Risikogruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten, die anhand der Morbidität der Versicherten gebildet werden, erweitert. Näheres zum Verfahren wird in § 18 Absatz 1 Satz 4 und dem neuen § 19 RSAV geregelt.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer Manipulationsbremse ist ein wichtiges Element zur Stärkung der Manipulationsresistenz im Risikostrukturausgleich und wird von der RSA Allianz ausdrücklich begrüßt. Dabei ist davon auszugehen, dass die Manipulationsresistenz des RSA nur durch ein Zusammenspiel aller Maßnahmen des Gesetzes verbessert werden kann.

Trotz der bisherigen Maßnahmen des Gesetzgebers (HHVG und TSVG) ist davon auszugehen, dass der Risikostrukturausgleich nach wie vor manipulationsanfällig bleibt. Durch die Einführung des Vollmodells werden hochgradig anfällige Krankheiten wie z. B. Adipositas wieder ausgleichsfähig werden. Da die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung zur bundesweiten Aufsicht ersatzlos im aktuellen Gesetzesentwurf der Bundesregierung entfallen ist, kommt der Manipulationsbremse als eine der vier verbliebenen Komponenten zur Stärkung der Manipulationsresistenz eine noch größere Bedeutung zu.

Ziel der Neuregelung ist es laut dem Gesetzesentwurf, Auffälligkeiten in den Diagnosekodierungen - insbesondere hohe Steigerungsraten der sogenannten hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG), die einen Zuschlag nach § 266 Absatz 1 SGB V auslösen - so zu entschärfen, dass diese erst gar nicht zu einem finanziellen Vorteil für die entsprechenden Krankenkassen führen. Für die Krankenkassen wird dadurch zudem unsicher, ob eine Kodierbeeinflussungsmaßnahme zu positiven finanziellen Wirkungen führt, was zusätzlich eine abschreckende Wirkung entfaltet. Diese HMG sollen dann über das hier definierte Verfahren ausgeschlossen werden.

Sofern die Manipulationsbremse Auffälligkeiten in den Diagnosekodierungen und daraus folgenden Risikogruppen aufdeckt, könnte durch dieses Instrument somit sichergestellt werden, dass aus der Manipulation kein finanzieller Vorteil durch die manipulierende Kasse gezogen werden kann. Die Verteilung der Mittel sollte auf nicht manipulierte (empirisch unauffällige) Risikogruppen verlagert werden. Das fixierte Ausschüttungsvolumen des Gesundheitsfonds insgesamt bleibt unangetastet. Der Saldo der zugewiesenen Gelder über die Kassen bleibt daher gleich, so dass der GKV insgesamt kein Schaden entsteht.

Um das Ziel unter diesen Voraussetzungen nach Ansicht der RSA Allianz zu erreichen, kommt dem nach diesem Verfahren ermittelte „Ausschlussvolumen“ eine ganz besondere Bedeutung zu. Eine Entschärfung kann nur dann greifen, wenn die Verteilung der Mittel auf nicht manipulierbare risikoadjustierte Zu- und Abschläge in den entsprechenden Gruppen des Klassifikationsmodells gleichmäßig rückverteilt wird.

Der Gesetzgeber hat das Ausschlussverfahren in der Rechtsverordnung festgelegt und die einzelnen Schritte in der Begründung erörtert. Dabei ist nicht eindeutig ersichtlich, auf welchem Weg das „Ausschlussvolumen“ in die GKV wieder zurückfließt.

Das BVA ist nach aktuellem als auch nach neuem Recht für das Versichertenklassifikationsmodell verantwortlich. Der Ausschluss bezieht sich immer auf eine „Hierarchisierte Morbiditätsgruppe“ (HMG). Die Berechnung der Zuschläge für eine solche HMG unterliegt mehreren Schritten, die aufeinander aufbauend angelegt sind, sich in ihrer Wirkung gegenseitig bedingen und durch das BVA festgelegt werden.

Bei dem durch das BVA festzulegenden Verfahren ist zu regeln, wie das Zuweisungsvolumen der ausgeschlossenen Risikogruppen verteilt wird. Aus Sicht der RSA Allianz kann die maximale Wirkung dadurch erzielt werden, wenn das gekürzte Zuweisungsvolumen wettbewerbsneutral über eine Zuweisung je Versicherten im Jahresausgleich an alle Kassen zurückfließt.

Modellrechnungen auf Basis der veröffentlichten Daten zu den letzten Jahresausgleichen zeigen, dass die Manipulationsbremse auch bereits in früheren Ausgleichsjahren eine wirksame Methode gewesen wäre, die eklatanten Fehlsteuerungen des Systems zumindest zu begrenzen. Neueste Auswertungen des GKV-SV im Rahmen der Modellanpassungen für das Jahr 2020 lassen vermuten, dass das AOK-System u. a. durch das Aussetzen der Krankheitsauswahl in den Ausgleichsjahren 2018 und 2019 signifikant profitiert hat¹².

Daher kann die Manipulationsbremse nicht nur eine wichtige Begleitmaßnahme zur Einführung des Krankheitsvollmodells sein, sondern auch bereits im aktuellen Verfahren sinnvoll angewendet werden. Daher und insbesondere auch vor dem Hintergrund der bekannt gewordenen Aktivitäten zur Beeinflussung von Diagnosen sollte die neu geschaffene Manipulationsbremse bereits ab dem Ausgleichsjahr 2018 wirken, d. h. in der Korrektur des Jahresausgleichs 2018 im November 2020 angewendet werden.

Die RSA Allianz unterstützt daher die Begründung der Bundesregierung zur Beibehaltung der Manipulationsbremse¹³, sie ist aber nicht zwingend eine Begleitmaßnahme zur Einführung des Krankheitsvollmodells, sondern sollte zur Stärkung der Manipulationsresistenz bereits eher angewendet werden. Die Vorschläge hierzu sind in unserer Stellungnahme im Artikel 6 Nummer 7 ersichtlich.

C) Änderungsvorschlag

In § 18 Jahresausgleich wird folgender Absatz hinzugefügt:

„(6) Die Risikozuschläge der nach § 19 zu ermittelnden Risikogruppen werden auf den Wert Null festgelegt. Das nach § 18 Absatz 1 Satz 4 ermittelte Zuschlagsvolumen vor Ausschluss der nach § 19 zu ermittelnden Risikogruppen wird wettbewerbsneutral je Versicherten an die Kassen nach Absatz 2 verteilt.“

¹² vgl. Auswertung des GKV-SV zu den Auswirkungen der Modellanpassung 2020 vom 03.12.2019, Seite 4

¹³ vgl. Bundestagsdrucksache 19/15662 Anlage 3 zu Nummer 18 Seite 141 ff.

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 5 fließen Korrekturbeträge weiterhin in den Gesundheitsfonds und werden im Rahmen des nächsten Jahresausgleichs über die mitgliederbezogene Veränderungsrate (mbV) zusätzlich ausgeschüttet. Für die Regelung aller weiteren Details des Verfahrens wird der GKV-SV angehört.

B) Stellungnahme

Korrekturbeträge aus Prüfungen zielen direkt auf eine Kasse ab, die das Kodierverbot unterlaufen hat. Bei dem vorgeschlagenen Verfahren erhält die „bestrafte“ Kasse einen entsprechenden Rückfluss aus der eigenen Zahlung.

Insofern erscheint es hier sachgerecht, die Ausschüttung nach § 43 Absatz 5 Satz 2 neu zu fassen. Es ist sicherzustellen, dass bei der Ausschüttung der festgesetzten Korrekturbeträge (inkl. der Strafzuschläge) die verursachenden Kassen aus ihren Zahlungen keine Rückflüsse erhalten. Die Ausschüttung darf somit nicht über die mbV erfolgen, sondern sollte als separater Posten je Versicherten (der dann entsprechend zu differenzieren ist) ausgezahlt werden.

C) Änderungsvorschlag

Der § 21 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Einnahmen nach dieser Vorschrift fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich verteilt. Die Beträge aus den Prüfungen werden durch die Versicherten der GKV geteilt. Hierbei ist sicherzustellen, dass Kassen aus ihren geleisteten Zahlungen nach Absatz 1 und 2 keine Rückflüsse erhalten.“

Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 27 – Übergangsregelung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Vorschrift stellt insgesamt sicher, dass die einzelnen Reformpunkte des Morbi-RSA erst ab dem Ausgleichsjahr 2021 greifen und bis dahin die alten Rechtsnormen weitergelten. Er verweist dabei u. a. auf die neu geschaffene Regelung des § 266 Absatz 11 Satz 1 SGB V, der mit Artikel 5 Nummer 20 Buchstabe j) des GKV-FKG angepasst wird.

B) Stellungnahme

Wie bereits zum Artikel 5 Nummer 20 zu Buchstabe j) ausgeführt, ist die zeitlich versetzte Umsetzung der Reformen unter dem Aspekt der Vermögensabschmelzung und der damit einhergehenden Wettbewerbsverzerrung kritisch zu sehen. Auf Basis der von der RSA Allianz vorgeschlagenen Änderung wäre es möglich, folgende Aspekte zur Abmilderung der Wettbewerbsverzerrungen früher einsetzen zu lassen.

Bezüglich des Morbi-RSA wird von verschiedenen Seiten immer wieder die Einschätzung vorgebracht, dass mit der Festlegung eines Klassifikationsmodells für das folgende Ausgleichsjahr bis zum 30. September keine „rückwirkenden“ Änderungen an dem Ausgleichsverfahren mehr möglich sind. Dies ist fachlich und rechtlich nicht korrekt. Bereits in der Vergangenheit wurden entsprechende Regelungen vor der Korrektur eines Ausgleichsjahres umgesetzt, wie z. B. die Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener.

Dabei sind drei Voraussetzungen zu berücksichtigen, um eine frühestmögliche Umsetzung vornehmen zu können:

1. Der Jahresausgleich (im November des Folgejahres) bzw. die Korrektur des Jahresausgleiches (im November zwei Jahre nach dem Ausgleichsjahr) darf noch nicht erfolgt sein.
2. Eine entsprechende Regelung, ab welchem Ausgleichsjahr eine Änderung oder Anpassung gelten soll, muss per Gesetz klar definiert sein. Darüber hinaus muss das Bundesversicherungsamt die Möglichkeit haben, die Festlegungen und Berechnungsweisen vor dem endgültigen Abschluss des Ausgleichsjahres spätestens mit der Korrektur des Schlussausgleiches anzupassen.
3. Es darf kein „faktischer Hinderungsgrund“ in Form von zum Beispiel fehlenden Datenmeldungen/Anpassungen von existenten Datenmeldungen oder noch zu definierenden Modellen vorliegen.

Bewertet man die einzelnen Reformpunkte, so ergeben sich nach Ansicht der RSA Allianz folgende frühere Umsetzungsmöglichkeiten, so dass die wettbewerbsverzerrenden Effekte früher abgemildert werden können:

Der Ausschluss auffälliger Risikogruppen nach § 18 Absatz 3 Satz 3 i. V. m. § 19 RSAV (Manipulationsbremse), ist bereits ab dem Jahr 2020 für das Ausgleichsjahr 2018 möglich. Hierzu bedarf es nur der konsequenten Anwendung der aktuell definierten Rechtsvorschrift auf die aktuellen Klassifikationsmodelle ab dem Jahr 2018. Die Korrektur des Jahresausgleiches 2018 erfolgt erst im November des Jahres 2020 und alle erforderlichen Datengrundlagen liegen bereits vor bzw. sind entsprechend definiert.

Auch die Umsetzung des Wegfalles des Merkmals Erwerbsminderung könnte zeitlich ab dem Jahr 2020 für das Ausgleichsjahr 2018 umgesetzt werden, da hierbei nur ein Kriterium mathematisch aus der Regression genommen wird.

Würde eine Integration der vorgeschlagenen Rechtsänderung bezüglich der Umlagen vorgenommen (s. Anmerkungen zu Artikel 6 Nummer 4 zu § 4 RSAV), könnte diese auch bereits ab dem Jahr 2020 umgesetzt werden. Sofern es der GKV gelingt, die Datenmeldungen für Arzneimittelrabatte und der Präventionsanreize ab dem Jahr 2021 für das Ausgleichsjahr 2020 umzusetzen und im Juni 2021 zu melden, so könnten auch diese ihre Wirkung früher entfalten.

Eine rechtliche Einbindung, die als letzte Voraussetzung nach den o. g. Kriterien vorzunehmen wäre, ließe sich zum aktuellen Zeitpunkt im Rahmen des neugeschaffenen § 27 RSAV integrieren.

C) Änderungsvorschlag

§ 27 RSAV wird wie folgt gefasst:

„§ 27 - Übergangsregelung

(1) Nach Maßgabe des § 266 Absatz 11 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 insbesondere, dass

1. die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 bis 45 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht, kein weiteres Risikomerkmals gemäß § 2 Absatz 1 Satz 2 ist,
2. § 31 Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 4 in der bis zum [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung anzuwenden ist,
3. die §§ 14, 15 Absatz 1 bis 4 und Absatz 6 Satz 1 Nummer 2, nicht anzuwenden sind.
4. die mit [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] neugeschaffene Regelung des § 18 Absatz 1 Satz 4 und § 19 spätestens mit der Korrektur des Jahresausgleichs 2018 im November 2020 anzuwenden ist,
5. die mit [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] geschaffene Regelung des § 7 Absatz 1 Satz 3, sofern die Ausgaben für Arzneimittel einschließlich der Erstattungsbeträge nach § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Rabatte und Abschläge nach den §§ 130, 130a und 130c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bereits im Jahr 2021 übermittelt werden, für das Ausgleichsjahr 2020 anzuwenden ist,
6. die mit [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] geschaffene Regelung des § 15 Absatz 1, sofern die Angabe über die Teilnahme an den in § 270 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Leistungen nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bereits im Jahr 2021 übermittelt werden, für das Ausgleichsjahr 2020 anzuwenden ist,
7. die mit [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] neugeschaffene Regelung des § 4 Absatz 5 für das Ausgleichsjahr 2020 anzuwenden ist.

(2) Werden im Rahmen der Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 die Datenmeldungen für die Ausgleichsjahre bis einschließlich 2020 geprüft, sind

1. zusätzlich die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 aus der Datenmeldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3,
2. nicht die Angaben nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 und § 15 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2

zu prüfen. Die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 2 ist für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nicht durchzuführen.“



RSA ALLIANZ

FÜR EIN FAIRES GESUNDHEITSSYSTEM

Kontakt:

Peter Kaetsch
(Sprecher der RSA Allianz)
c/o BIG direkt gesund
Rheinische Str. 1
44137 Dortmund
peter.kaetsch@big-direkt.de
0231.55571001