

GKV-FKG – Fachliche Änderungsanträge

BE-Gespräche in 3. und 5. KW 2020

Einbringung fachlicher ÄA vor Abschluss am 12. Februar 2020

ÄA	Art.	SGB V	Stichwort	Beschreibung
1	Art. 5 Nr. 20 Art. 6 Nr. 3 Nr. 7	§ 266 RSAV § 2 § 8	Regional- komponente	<ul style="list-style-type: none"> Begrenzung der finanziellen Auswirkungen durch die Einführung der Regionalkomponente in den Risikostrukturausgleich (RSA) im Jahr 2021 auf Ebene der Länder. Streichung der Preisstruktur medizinischer Leistungen aus der beispielhaften Aufzählung der Bereiche, aus denen die regionalen Merkmale insbesondere ausgewählt werden sollen. Ermächtigung des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) zur unterjährigen (technischen) Anpassung der Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells, wenn es aufgrund von Gebietsreformen zu Änderungen der amtlichen Gemeindeschlüssel kommt.
2	Art. 5 Nr. 28	§ 293a	Vertragstrans- parenzstelle	<ul style="list-style-type: none"> Mit dem Ziel, zügig Transparenz für die Sicherung der Datengrundlagen des RSA zu erreichen, soll die Einrichtung der Vertragstransparenzstelle in einem gestuften Verfahren erfolgen. Stufe 1 dient zunächst der Kennzeichnung von Selektivverträgen mit Vertragsnummern und soll bereits 5 Monate nach Inkrafttreten veröffentlicht werden. Stufe 2 des Verzeichnisses mit sämtlichen Informationen ist bis zum 30. September 2021 zu veröffentlichen. Bei der Bestimmung der Vertragsnummer durch die Transparenzstelle sind bereits bestehende Vertragskennzeichen soweit möglich zu berücksichtigen. Eine Aktualisierung soll zukünftig vierteljährlich statt monatlich erfolgen. Klarstellung, dass auch fortgeltende Verträge auf alter Rechtsgrundlage (§§ 73a, 73c und 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V - i.d.F. am 22. Juli 2015) und zukünftige Verträge unter die Vertragstransparenzstelle fallen. Die dem BAS bei der Verwaltung der Vertragstransparenzstelle entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.
3	Art. 5 Nr. 26 Art. 6 Nr. 5 und 7	§ 273 §§ 6 und 21 RSAV	Prüfung nach § 273 SGB V und RSA- Zahlungsver- kehr	<ul style="list-style-type: none"> Konkretisierung der Anforderungen für die gesetzliche Vermutung einer rechtswidrigen Datenmeldung und der durch die betroffene Krankenkasse zu erbringenden Nachweise. Regelung der Möglichkeit der betroffenen Krankenkasse, den tatsächlichen Schadenumfang nachzuweisen. Bei der Verrechnung von Zahlungsverpflichtungen der Krankenkassen an den Gesundheitsfonds mit ihren Zuweisungen sollen zwischen Mitteilung des Zahlbetrages und Verrechnung mindestens 14 Kalendertage liegen.
4	Art. 3 Art. 5 Art. 6 Art. 8 Art. 8a Art. 10a Art. 11	§ 90 SGB IV §§ 4a, 87a, 167, 170, 175, 213, 260, 266 bis 270, 295, 307a, 318, 323, 327, 328 SGB V	Klarstellende und redaktionelle Änderungen	<ul style="list-style-type: none"> Aufhebung des Änderungsbefehls zu § 260 Absatz 5 SGB V, weil die Regelung – rechtstechnisch angepasst, aber inhaltlich identisch - bereits durch das MDK-Reformgesetz umgesetzt worden ist. Technische Anpassung bei der Vorsorgepauschale nach § 270 Absatz 4 Satz 1 SGB V: Solange für geförderte Leistungen noch keine Bewertung durch den jeweiligen Bewertungsausschuss zur Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen oder Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen festgelegt worden ist, werden diese

		<p>§§ 2, 4, 5, 7 bis 10, 12 bis 20, 22, 23, 25, 26 RSAV</p> <p>§ 1 SGB V-ÜbV</p> <p>§§ 2,4 KK-AltRückV</p> <p>Art. 33 SER-Reform</p> <p>Inkrafttreten</p>		<p>Leistungen der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redaktionelle Änderungen, insbesondere Änderung der Bezeichnung „Bundesversicherungsamt“ in „Bundesamt für Soziale Sicherung“ • Anpassung der Inhaltsübersicht des SGB V (aufgrund der Neufassung der §§ 143 ff. SGB V) • Folgeänderungen aufgrund des Inkrafttretens des Implantateregister-Errichtungsgesetzes und des MDK-Reformgesetzes. • Klarstellung zur Rückzahlung von Zuweisungen aufgrund der Aufhebung der Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms • Redaktionelle Anpassungen des Artikel 33 (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) im Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (Berichtigung eines Verweises auf das SGB XIV und Aufhebung von Anpassungen der RSAV)
5	<p>Art. 7</p> <p>Art. 7a</p> <p>Art. 11</p>	<p>§ 8 KHEntgG</p> <p>§ 8 BPflV</p> <p>Inkrafttreten</p>	<p>Rechnungszuschlag für Krankenhäuser</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der Zeitraum und die Höhe des Rechnungszuschlags für Krankenhäuser werden an dem Inkrafttreten des Gesetzes ausgerichtet. • Die Regelung gewährleistet, dass neben allgemeinen Krankenhäusern auch psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser den Rechnungszuschlag erhalten. • Auf Grund der Anpassung des Zeitraums, für den die Krankenhäuser den Rechnungszuschlag abrechnen dürfen, ist ein gesondertes Inkrafttreten dieses Artikels nicht mehr erforderlich. Der entsprechende Absatz wird daher aufgehoben.
6	<p>Art. 5 Nr. 20</p> <p>Art. 6 Nr. 7</p>	<p>§ 266</p> <p>§ 19 RSAV</p>	<p>Gesonderte Evaluationen der Regionalkomponente und der RSA-Manipulationsbremse jeweils im Jahr 2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neben der verpflichtenden Evaluation der Wirkungen des RSA auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die RSA-Manipulationsresistenz mindestens alle vier Jahre wird einmalig sowohl eine gesonderte Evaluation der Wirkungen der Einführung einer Regionalkomponente in den RSA als auch der RSA-Manipulationsbremse in zwei Gutachten im Jahr 2023 durchgeführt.
7	<p>Art. 5 Nr. 14</p>	<p>§ 217b</p>	<p>Klarstellung der Kompetenzen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses (LKA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungen des Vorstandes bedürfen nicht der Zustimmung des LKA, sondern sind im Benehmen mit dem LKA zu treffen. Der Vorstand hat die Empfehlungen des LKA zu beachten und muss im Fall einer Abweichung die Gründe hierfür gegenüber dem LKA darlegen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass dies dann nicht gilt, wenn der Vorstand Beschlüsse umsetzt, die der Verwaltungsrat im Rahmen seiner Zuständigkeit gefasst hat. Damit werden mögliche Blockaden der unterschiedlichen Gremien vermieden und die Abgrenzung der Zuständigkeiten konkretisiert.
8	<p>Art. 5 Nr. 5 Nr. 7 Nr. 11 Nr. 21</p>	<p>§§ 73b, 83, 140a, 267</p>	<p>Neuformulierung Verbot Diagnosevergütung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die bislang enthaltenen Regelungen zur Neuformulierung des Verbots der Diagnosevergütung werden gestrichen.
9	<p>Art. 5 Nr. 18a</p>	<p>§ 261</p>	<p>Mindestrücklagen von Krankenkassen absenken</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absenkung der gesetzlichen Mindestrücklage der Krankenkassen • Anhebung des Wiederauffüllbetrags bei Unterschreitung des Rücklagesolls
10	<p>Art. 5 Nr. 21</p> <p>Art. 6 Nr. 7</p>	<p>§ 267</p> <p>§ 7 RSAV</p>	<p>RSA-Datenmeldung zu haus- und fachärztlichen Diagnosen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die für Forschungszwecke für den RSA vorgesehene Datenmeldung zur Kennzeichnung von Diagnosen nach haus- oder fachärztlicher Herkunft wird gestrichen.

11	Art. 5 Nr. 15	§ 217c	Streichung der Verkleinerung des Verwaltungs- rates	<ul style="list-style-type: none">• Die bisherige Größe des Verwaltungsrates von höchstens 52 Mitgliedern bleibt erhalten, um auch weiterhin eine repräsentative Abbildung der Interessen der Mitgliedskassen im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und eine größtmögliche Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart zu gewährleisten.
----	------------------	--------	--	---

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

1	Art. 5 Nr. 20 Art. 6 Nr. 3 Nr. 7	§ 266 RSAV § 2 § 8	Regional- komponente	<ul style="list-style-type: none">• Begrenzung der finanziellen Auswirkungen durch die Einführung der Regionalkomponente in den Risikostrukturausgleich im Jahr 2021 auf Ebene der Länder.• Streichung der Preisstruktur medizinischer Leistungen aus der beispielhaften Aufzählung der Bereiche, aus denen die regionalen Merkmale insbesondere ausgewählt werden sollen.• Ermächtigung des Bundesamtes für Soziale Sicherung zur unterjährigen (technischen) Anpassung der Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells, wenn es aufgrund von Gebietsreformen zu Änderungen der amtlichen Gemeindegemeinschaften kommt.
---	--	---------------------------------	---------------------------------	--

Zu Artikel 5 Nummer 20 (§ 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 6 Nummer 3, 7
(§§ 2 und 8 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

(Regionalkomponente)

1. Artikel 5 Nummer 20 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe i Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ggg wird in Nummer 7 nach der Angabe „Absatz 5“ die Angabe „und 12“ eingefügt.

b) Buchstabe j wird folgender Absatz 12 angehängt:

„(12) Bei den Zuweisungen nach Absatz 3 werden die finanziellen Auswirkungen der Bildung von Risikogruppen anhand von regionalen Merkmalen nach Absatz 2 durch Zu- und Abschläge im Ausgleichsjahr 2021 auf 75 Prozent begrenzt. Die Begrenzung erfolgt für alle Länder jeweils einheitlich für die Summe der Zuweisungen nach Absatz 3 für die Versicherten mit Wohnsitz in einem Land. Durch die Zu- und Abschläge werden 25 Prozent der Differenz der hypothetischen Höhe der Zuweisungen nach Absatz 3 ohne Bildung von Risikogruppen anhand von regionalen Merkmalen und der Höhe der Zuweisungen nach Absatz 3 einheitlich auf die Versicherten mit Wohnsitz in einem Land verteilt.“

2. Artikel 6 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3 werden in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 die Wörter „die Preisstruktur medizinischer Leistungen,“ gestrichen.

b) In Nummer 7 wird § 8 Absatz 4 wie folgt geändert:

aa) In Satz 9 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Arzneimittelklassifikation“ die Wörter „oder das Gemeindeverzeichnis der statistischen Ämter des Bundes und der Länder“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Das Bundesamt für Soziale Sicherung legt im Versichertenklassifikationsmodell das Verfahren der Umsetzung des § 266 Absatz 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich nach § 18 fest.“

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Das Bundesministerium für Gesundheit wird durch die Anpassung ermächtigt, das Nähere zu der Umsetzung der Vorgaben des neuen Absatzes 12 in der Rechtsverordnung nach Absatz 8 Satz 1 festzulegen.

Zu Buchstabe b

Im neuen § 266 Absatz 12 wird geregelt, dass die finanziellen Be- und Entlastungen durch die Einführung der Regionalkomponente in den Risikostrukturausgleich (RSA) in einer Übergangsphase begrenzt werden. Dabei erfolgt die Begrenzung nach den Sätzen 1 und 2 auf Ebene der Länder, d.h. einheitlich für die Summe der Zuweisungen für die Versicherten mit Wohnsitz in einem Land. Die finanziellen Auswirkungen der Regionalkomponente sind im ersten Jahr auf 75 Prozent zu begrenzen. Somit werden im zweiten Jahr nach Einführung der Regionalkomponente ihre finanziellen Auswirkungen vollständig zum Tragen kommen.

Die Begrenzung wird im RSA-Verfahren im Jahresausgleich über gesonderte Zu- und Abschläge je Versicherten umgesetzt, die vom Land des Wohnsitzes des Versicherten abhängen. Die Höhe dieser

Zu- und Abschläge wird ermittelt, indem für jedes Land der Betrag, um den die finanziellen Wirkungen der Regionalkomponente begrenzt werden, auf alle Versicherten mit Wohnsitz in diesem Land aufgeteilt wird. Hierfür ist für jedes Land die Differenz der Summen der Zuweisungen für alle Versicherten mit Wohnsitz in diesem Land ohne und mit dem Ausgleichsfaktor regionale Merkmale zu ermitteln. Auf diesen Differenzbetrag ist in einem zweiten Schritt die Begrenzung der finanziellen Auswirkungen auf 75 Prozent, d.h. der Ausgleich von 25 Prozent der bei vollständiger Umsetzung der Regionalkomponente entstehenden Wirkungen, anzuwenden. Durch die gesonderten Zu- und Abschläge wird dann für jedes Land der sich ergebende Betrag der Be- oder Entlastung einheitlich auf die Versicherten mit Wohnsitz in diesem Land aufgeteilt.

Da die Regelung eine prozentuale Begrenzung der finanziellen Auswirkungen vorsieht, gleichen sich die Zu- und Abschläge vollständig aus.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Es ist nicht auszuschließen, dass durch regionale Merkmale, die die Preisstruktur medizinischer Leistungen am Wohnort eines Versicherten abbilden, auch angebotsseitige Größen abgebildet werden. Angebotsvariablen sollen jedoch nicht für die Regionalkomponente im RSA berücksichtigt werden, da dies zu problematischen Anreizeffekten führen kann. Vor diesem Hintergrund wird die Preisstruktur medizinischer Leistungen aus der beispielhaften Aufzählung der Bereiche gestrichen, aus denen die regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich insbesondere ausgewählt werden sollen. Dies führt nicht dazu, dass entsprechende Merkmale generell nicht für die Berücksichtigung im Rahmen der Regionalkomponente ausgewählt werden können. Voraussetzung für eine Berücksichtigung ist jedoch, dass eine mögliche Abbildung von angebotsseitigen Größen ausgeschlossen werden kann.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Im RSA wird als Regionalkennzeichen der amtliche Gemeindeschlüssel (AGS) des Wohnorts der Versicherten verwendet. Auf dessen Grundlage werden die Regionen den regionalen Merkmalen zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt durch das Bundesamt für soziale Sicherheit (BAS) im Rahmen der Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells nach § 8 Absatz 4 Satz 1 jährlich bis zum 30. September für das darauffolgende Ausgleichsjahr. Aufgrund von Gebietsreformen kann es jedoch im Nachgang zu dieser Festlegung zu Änderungen bei den AGS kommen. Für die von diesen Gebietsreformen betroffenen Versicherten würden die Krankenkassen im Rahmen der RSA-Datenmeldungen folglich AGS melden, die in der Festlegung nicht bereits regionalen Merkmalen zugeordnet wurden. Um zu vermeiden, dass für diese Versicherten keine regionalen Zuweisungen ausgelöst werden, wird das BAS zur unterjährigen Anpassung der Festlegung bei einer Aktualisierung

des Gemeindeverzeichnisses der statistischen Ämter des Bundes und der Länder ermächtigt. Entsprechende Anpassungen sind rein technischer Art.

Zu Doppelbuchstabe bb

Das BAS legt im Rahmen der Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells nach § 8 Absatz 4 Satz 1 auch das Verfahren der Umsetzung der Begrenzung der finanziellen Auswirkung des Ausgleichsfaktors regionale Merkmale für das Ausgleichsjahr 2021 nach dem neuen § 266 Absatz 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fest. Dabei wird bestimmt, dass die Umsetzung im Rahmen der Durchführung des Jahresausgleichs nach § 18 – und damit nicht im monatlichen Abschlagsverfahren - erfolgt. Die Durchführung des Jahresausgleichs umfasst nach § 18 Absatz 5 Satz 1 auch die Korrektur.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

2	Art. 5 Nr. 28	§ 293a	Vertragstransparenzstelle	<ul style="list-style-type: none">• Mit dem Ziel, zügig Transparenz für die Sicherung der Datengrundlagen des Risikostrukturausgleichs zu erreichen, soll die Einrichtung der Vertragstransparenzstelle in einem gestuften Verfahren erfolgen. Stufe 1 dient zunächst der Kennzeichnung von Selektivverträgen mit Vertragsnummern und soll bereits 5 Monate nach Inkrafttreten veröffentlicht werden. Stufe 2 des Verzeichnisses mit sämtlichen Informationen ist bis zum 30. September 2021 zu veröffentlichen.• Bei der Bestimmung der Vertragsnummer durch die Transparenzstelle sind bereits bestehende Vertragskennzeichen soweit möglich zu berücksichtigen.• Eine Aktualisierung soll zukünftig vierteljährlich statt monatlich erfolgen.• Klarstellung, dass auch fortgeltende Verträge auf alter Rechtsgrundlage (§§ 73a, 73c und 140a SGB V i.d.F. am 22. Juli 2015) und zukünftige Verträge unter die Vertragstransparenzstelle fallen.• Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung bei der Verwaltung der Vertragstransparenzstelle entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.
---	------------------	--------	----------------------------------	---

Zu Artikel 5 Nummer 28 (§ 293a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Vertragstransparenzstelle)

Artikel 5 Nummer 28 wird wie folgt gefasst:

,28. Nach § 293 wird folgender § 293a eingefügt:

„§ 293a

Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung und über eine besondere
Versorgung

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach den §§ 73b und 140a einschließlich der Verträge nach § 140a Absatz 1 Satz 3 (Vertragstransparenzstelle) ein. Die Vertragstransparenzstelle dient dem Zweck der Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273 und der Information der

Öffentlichkeit. Die Vertragstransparenzstelle führt ein Verzeichnis, das zu den Verträgen nach Satz 1 insbesondere Angaben über

1. die Vertragsform,
2. die vertragschließende Krankenkasse,
3. bei einem Vertrag nach § 140a die Art der vertragschließenden Leistungserbringer,
4. den Tag des Vertragsbeginns,
5. soweit erfolgt, den Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen,
6. den Tag des Vertragsendes,
7. den räumlichen Geltungsbereich des Vertrages,
8. soweit vorhanden, die dem Vertrag als Einschlusskriterien zugrundeliegenden Diagnosen,
9. die Vertragsnummer nach Satz 4

enthält. Jeder Vertrag ist durch die Vertragstransparenzstelle mit einer Vertragsnummer zu kennzeichnen. Das Verzeichnis nach Satz 3 ist vierteljährlich zu aktualisieren und in der jeweiligen aktuellen Fassung im Internet bekannt zu machen.

(2) Die erstmalige Veröffentlichung des Verzeichnisses umfasst mindestens die Angaben nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1, 2 und 9 und erfolgt bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des fünften auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats]. Die Veröffentlichung des Verzeichnisses mit sämtlichen Angaben nach Absatz 1 Satz 3 erfolgt bis spätestens zum 30. September 2021.

(3) Die Vertragstransparenzstelle bestimmt erstmalig bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des dritten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] das Nähere zu dem Verzeichnis nach Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1, insbesondere

1. Art und Aufbau des Verzeichnisses,
2. das Verfahren für die Eintragung der Verträge in das Verzeichnis,
3. Art und Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Vertragsnummer und
4. das Verfahren für die Vergabe der Vertragsnummer.

Bei der Bestimmung nach Satz 1 Nummer 3 und 4 sind bereits bestehende Vertragskennzeichen, soweit möglich zu berücksichtigen. Die Vertragstransparenzstelle bestimmt das Nähere zu dem Verzeichnis nach Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 bis zum ...[einsetzen: letzter Tag des elften auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats]. Satz 1 Nummer 1 und 2 gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle auf Anforderung spätestens bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des vierten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] die für die erstmalige Veröffentlichung des Verzeichnisses erforderlichen Angaben nach Absatz 2 Satz 1 zu übermitteln. Veränderungen der Angaben

nach Absatz 2 Satz 1 und die Angaben zu nach der erstmaligen Übermittlung vereinbarten Verträgen sind von den Krankenkassen ohne Anforderung zu übermitteln.

(5) Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle auf Anforderung spätestens bis zum ...[einsetzen: letzter Tag des vierzehnten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] die für die Veröffentlichung des Verzeichnisses nach Absatz 2 Satz 2 erforderlichen Angaben zu übermitteln. Veränderungen der Angaben und die Angaben zu nach der erstmaligen Übermittlung vereinbarten Verträgen sind von den Krankenkassen ohne Anforderung zu übermitteln.

(6) Innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe der Vertragsnummer nach Absatz 1 Satz 4 schaffen die Vertragspartner die Voraussetzungen für die softwaretechnische Umsetzung der ärztlichen Übermittlungspflicht nach § 295 Absatz 1b Satz 1 und 8.

(7) Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung bei der Verwaltung der Vertragstransparenzstelle entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.“ ‘

Begründung

Zweck der Vertragstransparenzstelle ist die Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (RSA). Um zu erreichen, dass die von der Vertragstransparenzstelle vergebenen Vertragsnummern bereits für Diagnosen des Berichtsjahres 2021 Teil der RSA-Datenmeldungen werden und somit möglichst frühzeitig genutzt werden können, ist die Einrichtung und die Veröffentlichung der Vertragstransparenzstelle in einem gestuften Verfahren erforderlich. Die Realisierung des vollumfänglichen Verzeichnisses erfolgt darauf aufbauend.

Die erstmalige Veröffentlichung des Verzeichnisses (Stufe 1) dient zunächst der Kennzeichnung von Selektivverträgen mit Vertragsnummern und soll bereits fünf Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes erfolgen. Stufe 1 des Aufbaus und der Veröffentlichung des Verzeichnisses umfasst zu jedem Vertrag mindestens die Vertragsform, die vertragschließende Krankenkasse und die von der Vertragstransparenzstelle zu vergebende Vertragsnummer. Die Vertragstransparenzstelle bestimmt das Nähere zu Stufe 1 des Verzeichnisses drei Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes. Die erforderlichen Angaben sind von den Krankenkassen spätestens vier Monate nach Inkrafttreten zu melden. Für den erstmaligen zügigen Aufbau des Verzeichnisses sind deshalb weder eine Datenbanklösung noch umfangreiche Plausibilitätsprüfungen durch die Vertragstransparenzstelle vorgesehen. Beides erfolgt erst für die zweite Ausbaustufe des Verzeichnisses nach Absatz 2 Satz 2

Das vollumfängliche Verzeichnis (Stufe 2) ist spätestens bis zum 30. September 2021 von der Vertragstransparenzstelle zu veröffentlichen. Es umfasst neben den Angaben der Stufe 1 den Tag des

Vertragsbeginns und - soweit erfolgt - den Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen oder den Tag des Vertragsendes, den räumlichen Geltungsbereich des Vertrags und – soweit vorhanden - die den Verträgen als Einschlusskriterien zugrundeliegenden Diagnosen. Im Fall des § 140a werden zusätzlich die Art der Leistungserbringer erfasst. Die Vertragstransparenzstelle bestimmt das Nähere zu Stufe 2 des Verzeichnisses elf Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes. Die erforderlichen Angaben sind von den Krankenkassen spätestens 14 Monate nach Inkrafttreten zu melden.

Die Bestimmung des Näheren durch die Vertragstransparenzstelle umfasst auch die Art und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Vertragsnummern sowie das Verfahren für deren Vergabe. Zur Erleichterung des Verfahrens sind hierbei bereits bestehende Vertragskennzeichen im Rahmen des bestehenden Datenaustausches zum Zweck der Abrechnung soweit möglich zu berücksichtigen.

Die Aktualisierung der Verzeichnisse der Stufe 1 und 2 erfolgt anstatt monatlich nur noch vierteljährlich. Somit kann der mit der Vertragstransparenzstelle einhergehende Aufwand für sämtliche Beteiligten reduziert werden, ohne dass dabei ein wesentlicher Informationsverlust entsteht.

Zudem wird klargestellt, dass auch fortgeltende Verträge auf alter Rechtsgrundlage (§§ 73a, 73c und 140a SGB V a. F.) und auch zukünftig neu abgeschlossene Verträge von der Regelung zur Vertragstransparenzstelle erfasst werden.

Zudem wird geregelt, dass die dem Bundesamt für Soziale Sicherung aufgrund der Vertragstransparenzstelle entstehenden Ausgaben aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt werden.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

3	Art. 5 Nr. 26 Art. 6 Nr. 5 und 7	§ 273 §§ 6 und 21 RSAV	Prüfung nach § 273 SGB V und RSA- Zahlungsver- kehr	<ul style="list-style-type: none">• Konkretisierung der Anforderungen für die gesetzliche Vermutung einer rechtswidrigen Datenmeldung und der durch die betroffene Krankenkasse zu erbringenden Nachweise.• Regelung der Möglichkeit der betroffenen Krankenkasse, den tatsächlichen Schadenumfang nachzuweisen.• Bei der Verrechnung von Zahlungsverpflichtungen der Krankenkassen an den Gesundheitsfonds mit ihren Zuweisungen sollen zwischen Mitteilung des Zahlungsbetrages und Verrechnung mindestens 14 Kalendertage liegen.
---	--	-------------------------------------	--	--

Zu Artikel 5 Nummer 26 (§ 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 6 Nummer 5 und 7 (§§ 6 und 21 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

(Prüfung nach § 273 und RSA-Zahlungsverkehr)

1. In Artikel 5 Nummer 26 wird § 273 wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 1 bis 3 und Absatz 3 Satz 1 und 3 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden die Wörter „ist von einem“ durch die Wörter „wird ein“ ersetzt und wird das Wort „auszugehen“ durch das Wort „vermutet“ ersetzt.
 - bb) In Satz 4 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- aa) In den Sätzen 1 und 2 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Macht die Krankenkasse die durch das Bundesamt für Soziale Sicherung verlangten Angaben nicht, nur teilweise oder nicht in der verlangten Aufbereitung, wird ein Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Satz 3 gilt nicht, wenn die Krankenkasse darlegt, dass es ihr nicht zumutbar ist, die verlangten Angaben zu machen.“
- cc) Im neuen Satz 6 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
- d) In Absatz 6 wird Satz 1 wie folgt gefasst:
„Stellt das Bundesamt für Soziale Sicherung als Ergebnis der Prüfung nach Absatz 4 oder Absatz 5 einen Rechtsverstoß fest, ermittelt es einen Korrekturbetrag, um den die Zuweisungen nach § 266 Absatz 3 für die betroffene Krankenkasse zu kürzen sind.“
- e) In Absatz 7 Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

2. Artikel 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 5 wird § 6 wie folgt geändert:
 - aa) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - bbb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt den Zeitpunkt der Verrechnung und teilt diesen der Krankenkasse mit einer Frist von mindestens 14 Kalendertagen mit.“
 - bb) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- b) In Nummer 7 wird § 21 wie folgt geändert:

- aa) In Absatz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- bb) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aaaa) Im Satzteil vor der Aufzählung wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - bbbb) In Nummer 2 werden die Wörter „die betroffenen Risikomerkmale nach § 2 Absatz 1 feststellt“ durch die Wörter „den Umfang der rechtswidrig übermittelten Daten schätzt“ ersetzt.
 - cccc) In Nummer 3 werden nach den Wörtern „Nummer 1 oder“ die Wörter „der Schätzung nach“ eingefügt und werden die Wörter „Absatz 1 Satz 1“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.
 - bbb) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann die Schätzung nach Satz 1 Nummer 2 auf einzelne Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 beschränken. Für die Ermittlung nach den Sätzen 1 und 2 kann die betroffene Krankenkasse Auskünfte und Nachweise vorlegen oder das Bundesamt für Soziale Sicherung diese verlangen.“
 - ccc) Im neuen Satz 4 wird das Wort „Ermittlung“ durch das Wort „Schätzung“ ersetzt.
 - ddd) Im neuen Satz 6 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- cc) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „nach dieser Vorschrift“ durch die Wörter „nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt und wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird die Umbenennung des Bundesversicherungsamts (BVA) in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts berücksichtigt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Formulierung zur gesetzlichen Vermutung in Absatz 4 Satz 2 wird entsprechend der Neuformulierung des Absatzes 5 ohne inhaltliche Änderung angepasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Bei der Einzelfallprüfung, die aufgrund des Verdachts einer rechtswidrigen Datenmeldung einer Krankenkasse erfolgt, werden die Voraussetzungen der gesetzlichen Vermutung, dass eine rechtswidrige Datenmeldung erfolgt ist, und der Ausschluss dieser gesetzlichen Vermutung konkretisiert. Nach dem bisherigen § 273 Absatz 3 Satz 3 und 4 sind Krankenkassen verpflichtet, an der Prüfung aufklärend mitzuwirken und auf Verlangen des BAS weitere Auskünfte und Nachweise, insbesondere über die zugehörigen anonymisierten Arztnummern sowie die abgerechneten Gebührenpositionen, in der geforderten technischen Aufbereitung zu liefern. Bei Nichtvorlage kann das BAS ein Zwangsgeld verhängen. Entsprechend dem Ziel der Anpassung des § 273, das Prüfverfahren effektiver und effizienter zu gestalten, wird die Möglichkeit eines Zwangsgelds durch die gesetzliche Vermutung abgelöst. Macht die Krankenkasse die durch das BAS verlangten Angaben nicht, nicht vollständig oder nicht in geeigneter Form, wird der Rechtsverstoß vermutet und ein entsprechender Korrekturbetrag ermittelt. Durch die Bezugnahme auf die verlangten Angaben sind der Krankenkasse die konkreten Anforderungen an den Ausschluss der gesetzlichen Vermutung bekannt. Nach der Ausnahmeregelung in Satz 4 gilt die Vermutung nicht, wenn die Krankenkasse die verlangten Angaben nicht machen kann, weil es ihr unzumutbar ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Im neuen Satz 6 wird der Verweis auf Absatz 4 Satz 4, durch den klargestellt wird, dass das BAS auch im Rahmen der verdachtsbezogenen Einzelfallprüfung vorgelegte Versorgungsverträge auf relevante Rechtsverstöße prüfen kann, berichtigt.

Zu Buchstabe d

Die Änderung von Absatz 6 Satz 1 berücksichtigt, dass aufgrund der Vorgabe von Absatz 6 Satz 3 der Korrekturbetrag an der potentiellen Höhe der Zuweisungen für die betroffene Krankenkasse vor dem Ausschluss auffälliger Morbiditätsgruppen nach § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV auszurichten ist. Der Korrekturbetrag entspricht daher nicht vollständig dem erzielten Vorteil.

Zu Buchstabe e

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Durch die Anpassung wird geregelt, dass bei einer Verrechnung von Forderungen des Gesundheitsfonds gegen die Krankenkassen die Mitteilung des Verrechnungszeitpunkts mit einer Frist von mindestens 14 Kalendertagen erfolgt. Dies dient der Liquiditätsplanung der Krankenkassen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Zu Vierfachbuchstabe aaaa

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Vierfachbuchstabe bbbb

Die Formulierung des § 21 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 wird angepasst, um zu verdeutlichen, dass das BAS nach dieser Variante den Umfang der rechtswidrigen Datenmeldung schätzt, wenn die Feststellung des konkreten Umfangs nicht innerhalb von drei Monaten möglich ist.

Zu Vierfachbuchstabe cccc

Satz 1 Nummer 3 wird an die neue Formulierung von Satz 1 Nummer 2 redaktionell angepasst. Zudem wird der Bezug auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über den Risikostrukturausgleich präzisiert.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Der neue Absatz 2 Satz 2 entspricht mit einer Formulierungsanpassung dem bisherigen § 39a Absatz 4 Satz 2. Bei dem Schätzverfahren nach Satz 1 Nummer 2 wird auf Grundlage eines Vergleichs der letzten rechtmäßigen mit der prüfgegenständlichen Datenmeldung einer Krankenkasse der Umfang der rechtswidrig gemeldeten Daten geschätzt. Die Schätzung kann dabei auf bestimmte Risikogruppen (zum Beispiel bestimmte hierarchisierte Morbiditätsgruppen) beschränkt werden, wodurch sich der zu ermittelnde Korrekturbetrag verringert. Voraussetzung ist, dass die betroffene Krankenkasse dem BAS nach Satz 3 die von der Rechtswidrigkeit betroffenen Risikomerkmale mit entsprechenden Nachweisen – zum Beispiel Vereinbarungen mit Leistungserbringern - darlegt. Ebenso kann die Krankenkasse dem BAS nach Satz 3 für die Feststellung nach Satz 1 Nummer 1 den Umfang der rechtswidrig gemeldeten Daten darlegen und nachweisen.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der neuen Formulierung des Satzes 1 Nummer 2.

Zu Dreifachbuchstabe ddd

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Das BAS bestimmt entsprechend dem bisherigen § 39 Absatz 6 das Nähere zum Schätzverfahren nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Formulierung in Absatz 3 Satz 2 wird daher präzisiert. Zudem wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

4	Art. 3 Art. 5 Art. 6 Art. 8 Art. 8a Art. 10a Art. 11	§ 90 SGB IV §§ 4a, 87a, 167, 170, 175, 213, 260, 266 bis 270, 295, 307a, 318, 323, 327, 328 SGB V §§ 2, 4, 5, 7 bis 10, 12 bis 20, 22, 23, 25, 26 RSAV § 1 SGB V-ÜbV §§ 2,4 KK- AltRück V Art. 33 SER- Reform Inkrafttre- ten	Klarstellende und redaktionelle Änderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufhebung des Änderungsbefehls zu § 260 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), weil die Regelung – rechtstechnisch angepasst, aber inhaltlich identisch - bereits durch das MDK-Reformgesetz umgesetzt worden ist. • Technische Anpassung bei der Vorsorgepauschale nach § 270 Absatz 4 Satz 1 SGB V: Solange für geförderte Leistungen noch keine Bewertung durch den jeweiligen Bewertungsausschuss zur Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen oder Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen festgelegt worden ist, werden diese Leistungen der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet. • Redaktionelle Änderungen, insbesondere Änderung der Bezeichnung „Bundesversicherungsamt“ in „Bundesamt für Soziale Sicherung“ • Anpassung der Inhaltsübersicht des SGB V (aufgrund der Neufassung der §§ 143 ff. SGB V) • Folgeänderungen aufgrund des Inkrafttretens des Implantateregister-Errichtungsgesetzes und des MDK-Reformgesetzes. • Klarstellung zur Rückzahlung von Zuweisungen aufgrund der Aufhebung der Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms • Redaktionelle Anpassungen des Artikel 33 (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) im Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (Berichtigung eines Verweises auf das Vierte Buch Sozialgesetzbuch und Aufhebung von Anpassungen der RSAV)
---	--	--	--	---

Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 90 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch), Artikel 5 Nummer 2, 8, 12, 13a, 13b, 13c, 18, 20 bis 23, 29, 34 bis 36a (§§ 4a, 87a, 167, 170, 174, 175, 213, 260, 266 bis 270, 295, 307a, 318, 323, 327, 328 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), Artikel 6 Nummer 3, 4, 5, 7 (§§ 2, 4, 5, 7 bis 10, 12 bis 20, 22, 23, 25, 26 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung), Artikel 8 (§ 1 der SGB V-Übertragungsverordnung), Artikel 8a (§§ 2,4 der Krankenkassen- Altersrückstellungsverordnung), Artikel 10a (Artikel 33 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts) und Artikel 11 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

(Klarstellende und redaktionelle Änderungen)

1. In Artikel 3 Nummer 2 wird in § 90 Absatz 5 Satz 4 das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
2. Artikel 5 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2 wird in § 4a Absatz 4 Satz 2 das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - b) In Nummer 8 Buchstabe a wird in § 87a Absatz 5 Satz 11 die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.
 - c) In Nummer 12 wird in § 167 Absatz 6 Satz 2 und § 170 Absatz 4 Satz 2 und 3 das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - d) Nach Nummer 13 werden folgende Nummern 13a, 13b und 13c eingefügt:
 - 13a. § 174 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird Absatz 1 und die Wörter „Betriebs- oder Innungskrankenkasse“ werden durch das Wort „Betriebskrankenkasse“ ersetzt.
 - b) Absatz 3 wird Absatz 2 und die Wörter „Betriebs- oder Innungskrankenkassen“ werden durch das Wort „Betriebskrankenkassen“ und die Wörter „Betriebs- oder Innungskrankenkasse“ durch das Wort „Betriebskrankenkasse“ ersetzt.
 - c) Absatz 5 wird Absatz 3.
 - 13b. In § 175 Absatz 3a Satz 1 werden die Wörter „§ 171b Absatz 3 Satz 1“ durch die Wörter „§ 160 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.
 - 13c. In § 213 Absatz 1 Satz 6 werden die Wörter „§ 164 Absatz 2 und 3“ durch die Wörter „§ 168 Absatz 1 und 2“ ersetzt.
 - e) Nummer 18 wird gestrichen.

- f) Nummer 20 wird wie folgt geändert:
- aa) Buchstabe g wird wie folgt gefasst:
- ,g) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und wie folgt geändert:
- aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Es gibt für die Ermittlung der Höhe der Zuweisung nach Absatz 3 jährlich bekannt
1. die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Risikogruppen nach Absatz 2, und
 2. die Höhe der risikoadjustierten Zu- und Abschläge.“
- bb) In den Sätzen 1 und 3 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.‘
- bb) Buchstabe h wird wie folgt geändert:
- aaa) Doppelbuchstabe aa wird wie folgt gefasst:
- ,aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und wird die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt.‘
- bbb) Doppelbuchstabe cc wird wie folgt gefasst:
- ,cc) In Satz 3 wird das Wort „Zuweisung“ durch das Wort „Zuweisungen“ ersetzt, wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und werden die Wörter „zum 1. Oktober dieses Jahres“ durch die Wörter „für dieses Jahr“ ersetzt.‘
- ccc) Folgender Doppelbuchstabe dd wird angefügt:
- ,dd) In Satz 6 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.‘
- cc) In Buchstabe i Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ggg wird in Nummer 8 das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

- dd) In Buchstabe j wird in Absatz 10 Satz 1 das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.
- g) In Nummer 21 wird in § 267 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2, 3 Satz 1, Absatz 4 Satz 2, Absatz 6 Satz 1 bis 3 und § 268 Absatz 4 Satz 1 das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.
- h) Nummer 22 wird wie folgt gefasst:
- ,22. § 269 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Wörter „die in § 267 Absatz 2 Satz 2 genannten Versichertengruppen“ durch die Wörter „Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind,“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 wird das Wort „Versichertengruppen“ durch das Wort „Risikogruppen“ ersetzt.
 - c) In Absatz 3 Satz 1 und 4 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.
 - d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
 - aa) In den Sätzen 1 und 2 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 wird die Angabe „3 und“ gestrichen.
 - cc) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 266 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 ist bei der Entwicklung der Modelle zu beachten.“
 - e) In Absatz 3c Satz 3 bis 5 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.
 - f) Absatz 3d wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt und werden die Wörter „§ 268 Absatz 3 Satz 2 bis 9“ durch die Wörter „§ 267 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt und werden

die Wörter „Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 2“ ersetzt.

- cc) In den Sätzen 4 bis 6 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - g) In Absatz 4 wird die Angabe „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.
- i) Nummer 23 wird wie folgt geändert:
- aa) In Buchstabe b wird in Absatz 2 Satz 2 und 3 das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - bb) Buchstabe c wird wie folgt gefasst:
 - ,c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“, die Angabe „§ 41“ durch die Angabe „§ 18“ und die Angabe „Buchstabe c“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „§ 41“ durch die Angabe „§ 18“ und die Angabe „Buchstabe c“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.
 - cc) In Satz 3 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - bb) In Buchstabe d wird in Absatz 4 Satz 2 das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- j) Nummer 29 Buchstabe b wird wie folgt geändert:
- a) In Doppelbuchstabe aa wird die Angabe „Nummer 7“ durch die Angabe „Nummer 8“ ersetzt.
 - b) Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:
 - ,bb) Folgende Nummer 9 wird angefügt:
 - „9. bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a, an denen eine

Kassenärztliche Vereinigung beteiligt ist, die Angabe der jeweiligen Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4.“

- k) In Nummer 34 Buchstabe b wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- l) Nummer 35 wird wie folgt gefasst:
35. § 323 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1, 6 und 7 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6“ durch die Angabe „§ 6“ ersetzt.
 - cc) In Satz 3 werden die Wörter „zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1“ durch die Wörter „bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung“ ersetzt.
 - c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In den Sätzen 1 und 2 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - bb) In Satz 5 werden die Wörter „§ 30 Absatz 2 Satz 6“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 2 Satz 3“ ersetzt.
- m) Nummer 36 wird wie folgt geändert:
- aa) Im Änderungsbefehl wird die Angabe „§§ 327 und 328“ durch die Angabe „§§ 329 und 330“ ersetzt.
 - bb) Die Angabe „§ 327“ wird durch die Angabe „§ 329“ und die Angabe „§ 328“ durch die Angabe „§ 330“ ersetzt.
- n) Nach Nummer 36 wird folgende Nummer 36a angefügt:

,36a. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zum Ersten Abschnitt des Sechsten Kapitels wie folgt gefasst:

„Erster Abschnitt	Errichtung, Vereinigung und Beendigung von Krankenkassen	
Erster Titel	Arten der Krankenkassen	§§ 143 bis 148
Zweiter Titel	Besondere Vorschriften zur Errichtung, zur Ausdehnung und zur Auflösung von Betriebskrankenkassen sowie zum Ausscheiden von Betrieben aus Betriebskrankenkassen	§§ 149 bis 154
Dritter Titel	Vereinigung, Schließung und Insolvenz von Krankenkassen	§§ 155 bis 164
Vierter Titel	Folgen der Auflösung, der Schließung und der Insolvenz“.	§§ 165 bis 170

3. Artikel 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 wird § 2 wie folgt geändert:
 - aa) In Absatz 1 Satz 1 und 3 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - bb) In Absatz 3 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und werden die Wörter „abweichend von Absatz 2 Satz 1“ durch die Wörter „und Altersgrenzen abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 3“ ersetzt.
- b) In Nummer 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe cc wird in Satz 3 das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- c) In Nummer 5 wird § 5 wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamtes“ durch die Wörter „Bundesamtes für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- d) Nummer 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) § 7 wird wie folgt geändert:

- aaa) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aaaa) In Satz 5 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - bbbb) In Satz 6 wird das Wort „zusätzlich“ durch die Wörter „ergänzend zu den Angaben nach Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
- bbb) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aaaa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesamt für Soziale Sicherung verarbeitet die Daten nach Absatz 1 Satz 1 soweit dies für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, die Durchführung des Risikopools nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist.“
 - bbbb) In Satz 4 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- ccc) In Absatz 3 Satz 1 und 3, Absatz 4 Satz 1, 3 und 4 und Absatz 5 Satz 2 und 3 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- bb) In § 8 Absatz 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 2 und 3, Absatz 4 Satz 1, 4 und 8, Absatz 5 Satz 3 und 6, § 9 Satz 2, § 10 Absatz 1 und 5 und § 12 Absatz 2 und 3 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- cc) § 13 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 13
Zuweisungen für sonstige Ausgaben“.
 - bbb) In Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- dd) In § 14 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

- ee) § 15 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- bbb) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
- „(2) Die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 werden auf Grundlage der festgelegten Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte in drei Stufen eingeteilt, die zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Die Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Leistungen nach Absatz 1 Satz 1, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres keine Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt wurde, werden der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet.“
- ccc) In Absatz 4 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
- ddd) Absatz 5 Satz 2 wird gestrichen.
- eee) Folgender Absatz 9 wird angefügt:
- „(9) Hebt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Zulassung eines Programms auf, ist die Zuweisung nach Absatz 5 Satz 1 zurückzuzahlen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann der Krankenkasse durch Bescheid die erneute Übermittlung der Datenmeldung nach Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 aufgeben und den Rückzahlungsbetrag geltend machen. Im Fall des Satz 2 fließen die Einnahmen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet.“
- ff) In § 16 Absatz 1, 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 bis 3 und 5, Absatz 4 Satz 3, Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6, § 17 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 4, § 18 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und 3, Absatz 4 Satz 1 und 4, Absatz 5 Satz 2 und 3 und § 19 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2, 4 Satz 1, Absatz 5 Satz 1, Absatz 6 Satz 1 und 2 und Absatz 7 wird das Wort

„Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.

- gg) § 20 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Absatz 1 Satz 3, Absatz 2 Satz 1 bis 3, Absatz 3 Satz 1 bis 3 und Absatz 5 Satz 1 und 2 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.
 - bbb) In Absatz 6 Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ und wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
- hh) In § 22 Absatz 1, 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.
- ii) § 23 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Absatz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.
 - bbb) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aaaa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.
 - bbbb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„§ 18 gilt entsprechend.“
- jj) In § 25 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Anlagen nach Absatz 1“ durch die Wörter „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- kk) In § 26 Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.

4. In Artikel 8 wird in § 1 das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherheit“ ersetzt.

5. Nach Artikel 8 wird folgender Artikel 8a eingefügt:

Artikel 8a

Änderung der Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung

Die Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung vom 18. Juli 2011 (BGBl. I S. 1396), die zuletzt durch Artikel 57 Absatz 28 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 wird die Angabe „§ 171e“ durch die Angabe „§ 170“ ersetzt.
2. In § 4 Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 171e“ durch die Angabe „§ 170“ ersetzt.
6. Nach Artikel 10 wird folgender Artikel 10a eingefügt:

„Artikel 10a

Änderung des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts

Artikel 33 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 2 wird nach dem Wort „Buches“ das Wort „Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
2. Die Nummern 1 und 3 werden aufgehoben.
7. Artikel 11 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „der Absätze 2 und 3“ durch die Wörter „des Absatzes 2“ ersetzt.
 - b) Absatz 3 wird aufgehoben.

Begründung

Zu Nummer 1

Durch die Änderung wird die Umbenennung des Bundesversicherungsamts (BVA) in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts berücksichtigt.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung in § 4a wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung in § 87a wird ein Verweisfehler korrigiert.

Zu Buchstabe c

Durch die Änderungen in den §§ 167 und 170 wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Artikel 5 Nummer 12 und 13.

Die Regelung des § 174 Absatz 1 wird auf betriebsbezogene Betriebskrankenkassen beschränkt, da es keine Innungskrankenkassen ohne Öffnung für alle Versicherten mehr gibt. Das Recht, eine Innungskrankenkasse zu wählen, ergibt sich für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einer Innungskrankenkasse beschäftigt sind oder dies vor dem Rentenbezug waren, aus § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 neue Fassung und Absatz 5. Wählbar ist jede geöffnete Innungskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts. Eine besondere Regelung für diese Personengruppe § 174 Absatz 1 ist somit entbehrlich. Das Gleiche gilt auch für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte nach § 174 Absatz 3, die bei einem Verband der Betriebs- und Innungskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug waren. Ihnen steht ebenfalls ein Wahlrecht nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 neue Fassung zu, so dass eine besondere Regelung im neuen Absatz 2 entbehrlich ist.

In Artikel 5 Nummer 13b und 13c werden infolge der Neufassung des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels durch Artikel 5 Nummer 12 Verweise redaktionell berichtigt.

Zu Buchstabe e

Die Änderung des § 260 Absatz 5 wird gestrichen, weil die Regelung – rechtstechnisch angepasst, aber inhaltlich identisch - bereits durch das MDK-Reformgesetz mit Inkrafttreten am 1. Januar 2020 umgesetzt worden ist. Mit der Änderung des § 260 Absatz 5 im Entwurf des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz war vorgesehen, dass Krankenkassen mit Finanzreserven, die eine durchschnittliche Monatsausgabe übersteigen, ab dem Haushaltsjahr 2020 mit dem stufenweisen Reservenabbau zu beginnen haben.

Zu Buchstabe f

Durch die Änderungen wird im Änderungsbefehl Artikel 5 Nummer 20 zusätzlich die Umbenennung des BVA in BAS in § 266 Absatz 6 Satz 1 und 3, Absatz 7 Satz 1, 3 und 6, Absatz 8 Satz 1 Nummer 8 und Absatz 10 Satz 1 umgesetzt.

Zu Buchstabe g

Durch die Änderungen wird in den §§ 267 und 268 die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Buchstabe h

Durch die Anpassungen von Artikel 5 Nummer 22 wird zusätzlich die Umbenennung des BVA in BAS in § 269 Absatz 3 Satz 1 und 4, Absatz 3a Satz 1 und 2, Absatz 3c Satz 3, 4 und 5 und Absatz 3d Satz 1, 2, 4 bis 6 umgesetzt.

Zu Buchstabe i

Durch die Anpassungen von Artikel 5 Nummer 23 wird zusätzlich in § 270 Absatz 3 Satz 1 und 3 die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Buchstabe j

Durch die Änderung wird ein Aufzählungsfehler durch das Inkrafttreten des Implantateregister-Errichtungsgesetzes korrigiert und die Formulierung in Nummer 9 neu ohne inhaltliche Änderung angepasst.

Zu Buchstabe k

Durch die Änderung wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Buchstabe l

Durch die Änderungen in Artikel 5 Nummer 35 wird berücksichtigt, dass als Teil der Neustrukturierung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die derzeitige Regelung zur Verrechnung der Forderungen des Gesundheitsfonds gegen die Krankenkassen in § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 RSAV durch den neuen § 6 RSAV ersetzt wird. In § 323 Absatz 4 Satz 2 wird daher eine redaktionelle Verweisbereinigung ohne inhaltliche Änderung vorgenommen. Zudem die Umbenennung des BVA in BAS in § 323 umgesetzt.

Zu Buchstabe m

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung erfolgt aufgrund der Besetzung der Paragraphenbezeichnungen im MDK-Reformgesetz.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung erfolgt aufgrund der Besetzung der Paragraphenbezeichnungen im MDK-Reformgesetz.

Zu Buchstabe n

Durch die neue Nummer 36a wird die Inhaltsübersicht infolge der Neufassung des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels (§§ 143 bis 170) geändert.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderungen wird die Umbenennung des BVA in BAS durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts berücksichtigt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Das BAS kann durch die Anpassung sowohl die Altersabstände nach Absatz 2 Satz 1 als auch die Altersgrenzen nach Absatz 2 Satz 3 im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen abweichend bestimmen. Zudem wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird in § 4 Absatz 3 Satz 3 die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderung wird in § 5 die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderung wird in § 5 die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Zu Vierfachbuchstabe aaaa

Durch die Änderung wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt.

Zu Vierfachbuchstabe bbbb

Die Regelung wird präzisiert. Die Krankenkassen übermitteln zukünftig für den Zweck der Datenverarbeitung nach § 217f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ergänzend zu den Angaben nach Absatz 1 Satz 3 anonymisiert je Versicherten die Angaben nach Satz 1 Nummer 7 ohne Berücksichtigung der Beträge nach Satz 3 sowie nicht versichertenbezogen die Beträge nach Satz 3 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Zu Vierfachbuchstabe aaaa

§ 7 Absatz 2 Satz 1 wird mit dem Ziel der Präzisierung neu gefasst. Die Vorgabe benennt die im SGB V festgelegten Zwecke der Verarbeitung der Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 SGB V durch das BAS in seiner Eigenschaft als RSA-Durchführungsbehörde. Dies dient der Klarstellung und als Bezugspunkt für die Regelung zur Aufbewahrungsdauer in § 7 Absatz 2 Satz 3. Die Prüfung der Richtigkeit der Daten nach § 20 und die Klärung doppelter Versicherungsverhältnisse

nach § 7 Absatz 6 sind – wie sich bereits aus § 267 Absatz 3 Satz 3 SGB V ergibt - Teil der Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) und werden daher nicht mehr gesondert aufgezählt.

Zu Vierfachbuchstabe bbbb

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Umbenennung des BVA in BAS wird in den §§ 8 bis 10 und 12 umgesetzt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Durch die Änderung wird ein redaktioneller Fehler in der Überschrift des neuen § 13 bereinigt.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Umbenennung des BVA in BAS wird in § 14 umgesetzt.

Zu Doppelbuchstabe ee

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Umbenennung des BVA in BAS wird in § 15 umgesetzt.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Durch die Änderungen in § 15 Absatz 2 wird geregelt, dass nach § 270 Absatz 4 Satz 1 SGB V geförderte Leistungen, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres noch keine Bewertung durch den jeweiligen Bewertungsausschuss zur Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen oder Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen festgelegt worden ist, im Rahmen der Zuweisungen für die Vorsorgepauschale der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet werden.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Dreifachbuchstabe ddd

Die Vorgabe des bisherigen § 15 Absatz 5 Satz 2 wird Teil des neuen Absatzes 9 und daher gestrichen.

Zu Dreifachbuchstabe eee

§ 15 Absatz 9 Satz 1 entspricht dem bisherigen Absatz 5 Satz 2. Für den Fall der Rückzahlung außerhalb der Durchführung des korrigierten Jahresausgleichs trifft der neue Satz 2 Vorgaben. So wird bestimmt, dass das BAS einer Krankenkasse bei Aufhebung der Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) die entsprechend angepasste erneute Meldung der Versichertentage mit Einschreibung in ein zugelassenes DMP aufgeben kann. Dies ist erforderlich, wenn die Aufhebung der Zulassung durch die Krankenkasse nicht mehr im Rahmen der Datenmeldungen nach Absatz 6 und der entsprechenden Fristen berücksichtigt werden kann. Im neuen Satz 2 wird zudem ausdrücklich klargestellt, dass die Rückzahlungsverpflichtung nach Satz 1 die Befugnis des BAS, dies durch Bescheid geltend zu machen, beinhaltet.

Zu Doppelbuchstabe ff

Die Umbenennung des BVA in BAS wird in den §§ 16 bis 19 umgesetzt.

Zu Doppelbuchstabe gg

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Umbenennung des BVA in BAS wird in § 20 umgesetzt.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Durch die Änderung wird die Umbenennung des BVA in BAS umgesetzt und der Verweis in § 20 Absatz 6 auf die Hochrechnung nach Absatz 5 redaktionell berichtigt.

Zu Doppelbuchstabe hh

Die Umbenennung des BVA in BAS wird in § 22 umgesetzt.

Zu Doppelbuchstabe ii

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Zu Vierfachbuchstabe aaaa

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Vierfachbuchstabe bbbb

Durch die Änderung in § 23 wird die Anpassung des bisherigen § 44 Absatz 2 Satz 2 durch das Digitale-Versorgung-Gesetz nachvollzogen, mit der das Verfahren zur Berechnung und Bescheidung

der Finanzierungsanteile der Krankenkassen am Innovationsfonds für die am RSA teilnehmenden Krankenkassen ab dem Jahr 2020 von einem monatlichen Verfahren auf ein jährliches Verfahren umgestellt wurde.

Zu Doppelbuchstabe jj

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers in § 25.

Zu Doppelbuchstabe kk

Die Umbenennung des BVA in BAS wird umgesetzt.

Zu Nummer 4

Durch die Änderung wird in der SGB V-Übertragungsverordnung die Umbenennung des BVA in BAS durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts berücksichtigt.

Zu Nummer 5

In der Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung werden redaktionelle Folgeänderungen zur Neufassung der §§ 143 ff. SGB V durch Artikel 5 Nummer 12 vorgenommen.

Zu Nummer 6

In Artikel 33 Nummer 2 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts wird die Benennung des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch in § 4 Absatz 3 RSAV redaktionell berichtigt.

Die Anpassungen der RSAV durch Artikel 33 Nummer 1 und 3 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts sind gegenstandslos. Die RSAV hat keine amtliche Inhaltsübersicht und bei § 4 RSAV handelt es sich um eine Regelung zur Zuordnung von Einnahmen und Ausgaben bei der Durchführung des RSA, die die Rechte von Personen nicht berührt. Zudem operationalisiert § 4 Absatz 3 RSAV lediglich die Vorgabe des neuen § 266 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 SGB V, was sich unter anderem aus dem Wort „insbesondere“ ergibt. Die Änderungsbefehle werden daher aufgehoben.

Zu Nummer 7 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von Artikel 11 Absatz 3.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von Artikel 5 Nummer 18.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

5	Art. 7 Art. 7a Art. 11	§ 8 KHEntg G § 8 BPfIV Inkrafttre ten	Rechnungs- zuschlag für Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none">• Der Zeitraum und die Höhe des Rechnungszuschlags für Krankenhäuser werden an dem Inkrafttreten des Gesetzes ausgerichtet.• Die Regelung gewährleistet, dass neben allgemeinen Krankenhäusern auch psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser den Rechnungszuschlag erhalten.• Auf Grund der Anpassung des Zeitraums, für den die Krankenhäuser den Rechnungszuschlag abrechnen dürfen, ist ein gesondertes Inkrafttreten dieses Artikels nicht mehr erforderlich. Der entsprechende Absatz wird daher aufgehoben.
---	--------------------------------------	---	--	--

Zu Artikel 7, 7a und 11

(Anpassung des Rechnungszuschlags für Krankenhäuser, Inkrafttreten)

1. In Artikel 7 wird § 8 Absatz 11 Satz 1 wie folgt gefasst:

„Das Krankenhaus berechnet bei Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. Mai 2020 bis zum 31. Dezember 2020 zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe von 0,42 Prozent des Rechnungsbetrags und weist diesen gesondert in der Rechnung aus.“

2. Nach Artikel 7 wird folgender Artikel 7a eingefügt:

Artikel 7a

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Dem § 8 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl I S. 2789) geändert worden ist, wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Das Krankenhaus berechnet bei Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. Mai 2020 bis zum 31. Dezember 2020 zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe von 0,42 Prozent des Rechnungsbetrags und weist diesen gesondert in der Rechnung aus. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“ ‘

3. Artikel 11 wird wie folgt gefasst:

Artikel 11
Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Die Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse vom 4. Januar 2010 (BGBl. I S. 2), die durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, tritt am Tag nach der Verkündung dieses Gesetzes außer Kraft.‘

Begründung

Zu Nummer 1

Um die Abrechnung des Rechnungszuschlags praktikabler auszugestalten, wird der Zeitraum, für den der Rechnungszuschlag abgerechnet werden kann, an dem Inkrafttreten des Gesetzes ausgerichtet. Der Zuschlag kann danach erst für Aufnahmen von Patientinnen und Patienten ab dem 1. Mai 2020 statt bislang ab dem 1. Januar 2020 abgerechnet werden. Wegen der Verkürzung des Abrechnungszeitraums wird die Höhe des Rechnungszuschlags angehoben. Daneben wird durch die Änderung klargestellt, dass der Rechnungszuschlag für Patientinnen und Patienten abgerechnet wird, die zwischen dem 1. Mai 2020 und dem 31. Dezember 2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung ins Krankenhaus aufgenommen werden.

Zu Nummer 2

Die Regelung gewährleistet, dass neben allgemeinen Krankenhäusern, für die eine entsprechende Regelung schon im Kabinettdentwurf enthalten war, auch psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser den Rechnungszuschlag erhalten. Alle Krankenhäuser zusammen erhalten durch den Rechnungszuschlag rund 250 Millionen Euro für einen pauschalen Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal.

Zu Nummer 3

Auf Grund der Anpassung des Zeitraums, für den die Krankenhäuser den Rechnungszuschlag abrechnen dürfen, durch die Änderung in Artikel 7 ist ein gesondertes Inkrafttreten dieses Artikels

nicht mehr erforderlich. Die entsprechende Streichung von Artikel 11 Absatz 2 wird durch die Neufassung des Artikel 11 umgesetzt.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

6	Art. 5 Nr. 20 Art. 6 Nr. 7	§ 266 § 19 RSAV	Gesonderte Evaluationen der Regionalkompo- nente und der RSA-Manipula- tionsbremse jeweils im Jahr 2023	<ul style="list-style-type: none">Neben der verpflichtenden Evaluation der Wirkungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die RSA-Manipulationsresistenz mindestens alle vier Jahre wird einmalig sowohl eine gesonderte Evaluation der Wirkungen der Einführung einer Regionalkomponente in den RSA als auch der RSA-Manipulationsbremse in zwei Gutachten im Jahr 2023 durchgeführt.
---	---	---------------------------	--	---

Zu Artikel 5 Nummer 20 (§ 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 6 Nummer 7 (§ 19 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

(Regelung von gesonderten Evaluationen der Regionalkomponente und der RSA-
Manipulationsbremse im Jahr 2023)

1. In Artikel 5 Nummer 20 Buchstabe j wird in Absatz 10 Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen; im Jahr 2023 sind gesondert die Wirkungen der regionalen Merkmale als Risikomerkmale im Risikostrukturausgleich zu untersuchen. Die Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen nach § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung insbesondere auf die Manipulationsresistenz und Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs einschließlich der Einhaltung der Vorgaben des § 266 Absatz 5 sind zusätzlich zu dem Gutachten nach Satz 2 zweiter Halbsatz durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung im Jahr 2023 zu untersuchen. Für den Zweck des Gutachtens nach Satz 3 ist auch die Veränderung der Häufigkeit der Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 unter Berücksichtigung der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen zu untersuchen.“

2. In Artikel 6 Nummer 7 werden in § 19 Absatz 7 nach dem Wort „Berücksichtigung“ die Wörter „des Gutachtens nach § 266 Absatz 10 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder“ eingefügt.

Begründung

Zu Nummer 1

Durch die Anpassung in § 266 Absatz 10 Satz 2 wird bestimmt, dass im Jahr 2023 eine gesonderte Evaluation der Einführung einer Regionalkomponente in den Risikostrukturausgleich (RSA) zu erfolgen hat. Dadurch können bereits die Wirkungen der erstmaligen Umsetzung im Ausgleichsjahr 2021 untersucht werden.

Als Teil der Untersuchung der Wirkungen der Regionalkomponente sollte untersucht werden, inwieweit eine Berücksichtigung der als Regionalmerkmal angedachten Faktoren auf Versichertenebene – d.h. abhängig vom Vorliegen der Faktoren als Eigenschaft der Versicherten – regionale Deckungsbeitragsunterschiede besser erklären würde. Hierfür ist es notwendig, die für die Beurteilung erforderliche Datengrundlage näher zu bestimmen. Der Beirat hat daher als Teil der ersten Evaluation der Wirkungen der Regionalkomponente im Jahr 2023 mitzuteilen, welche versichertenbezogenen pseudonymisierten Daten für diese Beurteilung zusätzlich erhoben werden müssten. Die Benennung der erforderlichen Daten auf Grundlage einer Empfehlung des Beirats ist ein notwendiger erster Schritt, da eine Vielzahl von bislang nicht im RSA auf Versichertenebene zu berücksichtigenden und teilweise auch bei den Krankenkassen nicht vorliegenden Daten benötigt werden.

Die Wirkungen des Ausschlussverfahrens für auffällige Risikogruppen nach dem neuen § 18 Absatz 1 Satz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) werden in einem gesonderten Gutachten durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ebenfalls im Jahr 2023 untersucht. Dabei sind insbesondere die Wirkungen auf die Manipulationsresistenz und die Zielgenauigkeit des RSA einschließlich der Einhaltung der beiden wesentlichen Zielvorgaben des RSA nach § 266 Absatz 5, die Verringerung von Anreizen zur Risikoselektion und die Vermeidung von Anreizen zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen, zu untersuchen. Schwerpunkt der Untersuchung der Auswirkungen des Mechanismus nach § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV ist daher, inwieweit die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Versichertenebene, nach Versichertengruppen auf Grundlage der Risikomerkmale nach § 266 Absatz 2 und auf Krankenkassenebene im Zusammenspiel mit der neuen Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums im RSA (Vollmodell) verändert wird.

Teil dieser gesonderten Untersuchung durch den wissenschaftlichen Beirat ist nach dem neuen Satz 4 auch die Analyse der Veränderungen der Häufigkeit der nach § 295 Absatz 1 Satz 2 übermittelten

Diagnosen in den Berichtsjahren, für die zum Zeitpunkt der Untersuchung Daten vorliegen. Dies schließt den Zeitraum der Einführung des Vollmodells und der Anwendung des § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV ab dem Jahr 2021 ein und ermöglicht damit einen Vergleich zu den Veränderungsraten der Jahresausgleiche bis 2020, in die die Diagnosedaten der Berichtsjahre bis 2019 einfließen.

Grundsätzlich sind aufgrund der Vorgabe, dass die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen zu berücksichtigen ist, die Wechselwirkungen zwischen den Veränderungen der Häufigkeit der nach § 295 Absatz 1 Satz 2 übermittelten Diagnosen und der jeweiligen Relevanz der Diagnosen für die Zuweisungshöhe bei der Untersuchung einzubeziehen.

Zu Nummer 2

Durch die Anpassung des § 19 Absatz 4 bezieht sich die Möglichkeit des BAS zur Anpassung der Schwellenwerte nun auch auf das Gutachten nach dem neuen § 266 Absatz 10 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

7	Art. 5 Nr. 14	§ 217b	Klarstellung der Kompetenzen des Lenkungs- und Koordinierungs- ausschusses (LKA)	<ul style="list-style-type: none">• Entscheidungen des Vorstandes bedürfen nicht der Zustimmung des LKA, sondern sind im Benehmen mit dem LKA zu treffen. Der Vorstand hat die Empfehlungen des LKA zu beachten und muss im Fall einer Abweichung die Gründe hierfür gegenüber dem LKA darlegen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass dies dann nicht gilt, wenn der Vorstand Beschlüsse umsetzt, die der Verwaltungsrat im Rahmen seiner Zuständigkeit gefasst hat. Damit werden mögliche Blockaden der unterschiedlichen Gremien vermieden und Verantwortungen klar abgegrenzt.
---	------------------	--------	---	---

Zu Artikel 5 Nummer 14 (§ 217b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Änderungen der Kompetenzen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses)

In Artikel 5 Nummer 14 werden in § 217b Absatz 5 die Sätze 1 bis 3 durch folgende Sätze ersetzt:

„Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen sind im Benehmen mit dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss zu treffen. Der Vorstand hat die vom Lenkungs- und Koordinierungsausschuss abgegebenen Empfehlungen zu beachten. Dies gilt nicht für Entscheidungen, mit denen der Vorstand Beschlüsse, die der Verwaltungsrat im Rahmen seiner Zuständigkeit getroffen hat, umsetzt. In begründeten Fällen kann der Vorstand von den Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses abweichen; in diesen Fällen teilt der Vorstand dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss seine Gründe schriftlich mit.“

Begründung

Der Zustimmungsvorbehalt bei versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes durch den Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) entfällt. Die Entscheidungen des Vorstandes haben jedoch im Benehmen mit dem LKA zu erfolgen. Der Vorstand hat die Empfehlungen des LKA grundsätzlich zu beachten und kann hiervon nur in begründeten Fällen abweichen. Durch die Verpflichtung des Vorstandes, in solchen Fällen die Gründe für die abweichende Entscheidung gegenüber dem LKA schriftlich darzulegen, wird eine möglichst große Transparenz in Bezug auf den Entscheidungsprozess hergestellt. Durch diese neue Entscheidungsstruktur behält der LKA auch

weiterhin einen wesentlichen Einfluss auf versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes und kann seine fachliche Expertise in den konkreten Entscheidungsprozess einbringen. Durch die Streichung des Zustimmungsvorbehaltes bleibt dem Vorstand aber die notwendige Flexibilität z.B. in Vertragsverhandlungen, so dass Entscheidungsprozesse nicht unnötig erschwert werden. Entscheidungs- und Handlungsblockaden werden so verhindert und Verantwortungen der einzelnen Gremien klar abgegrenzt.

Außerdem werden mit dem neuen Satz 3 die Kompetenzen des LKA in Bezug auf die Zuständigkeiten des Verwaltungsrates konkretisiert. Nach § 217b Absatz 6 Satz 1 hat der LKA das Recht, vor Beschlüssen des Verwaltungsrates eine Stellungnahme abzugeben und so seine Expertise in die Arbeit des Verwaltungsrates einzubringen. Der Verwaltungsrat ist nicht verpflichtet, die Stellungnahmen bei seinen Entscheidungen zu berücksichtigen, so dass die Kompetenzen des Verwaltungsrates durch die Einführung des LKA nicht eingeschränkt werden. Mit der Konkretisierung der Kompetenzen des LKA in § 217b Absatz 5 Satz 2 soll sichergestellt werden, dass der Vorstand bei Entscheidungen, die Beschlüsse des Verwaltungsrates umsetzen, nicht die Empfehlungen des LKA zu beachten hat und so auch in diesen Fällen ein Eingriff in die Kompetenzen des Verwaltungsrates durch den LKA nicht möglich ist.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

8	Art. 5 Nr. 5 Nr. 7 Nr. 11 Nr. 21	§§ 73b, 83, 140a, 267	Neuformulierung Verbot Diagnosever- gütung	<ul style="list-style-type: none">Die bislang enthaltenen Regelungen zur Neuformulierung des Verbots der Diagnosevergütung werden gestrichen.
---	--	--------------------------------	---	---

Zu Artikel 5 Nummer 5, 7, 11 und 21 (§§ 73b, 83, 140a und 267 des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch)

(Neuformulierung Verbot Diagnosevergütung)

Artikel 5 wird wie folgt geändert:

1. Die Nummern 5, 7 und 11 werden gestrichen.
2. In Nummer 21 werden in § 267 Absatz 1 Satz 2 die Wörter „§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 8, § 83 Satz 4 und 5, § 140a Absatz 2 Satz 7 und 8“ durch die Wörter „§ 73b Absatz 5 Satz 7, § 83 Satz 4, § 140a Absatz 2 Satz 7“ ersetzt.

Begründung

Zu Nummer 1

Vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung und des Ausbaus der Instrumente zur Stärkung der Manipulationsresistenz wird die Neuformulierung und Klarstellung des bereits mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz eingeführten Verbots der Diagnosevergütung gestrichen.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 1.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

9	Art. 5 Nr. 18a	§ 261	Mindestrück- lagen von Krankenkassen absenken	<ul style="list-style-type: none">• Absenkung der gesetzlichen Mindestrücklage der Krankenkassen• Anhebung des Wiederauffüllbetrags bei Unterschreitung des Rücklagesolls
---	-------------------	-------	--	--

Zu Artikel 5 Nummer 18a (§ 261 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Absenkung der Mindestrücklagen der Krankenkassen)

In Artikel 5 wird nach Nummer 18 folgende Nummer 18a eingefügt:

,18a. § 261 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „ein Viertel“ durch die Angabe „ein Fünftel“ ersetzt.
- b) In Absatz 4 wird die Angabe „einem Viertel“ durch die Angabe „der Hälfte“ ersetzt.

Begründung

Nach § 261 Absatz 1 hat jede Krankenkasse zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage zu bilden, deren Höhe prozentual in Abhängigkeit von der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan in der Satzung festzulegen ist (sog. Rücklagesoll). Auf die Rücklage wird zurückgegriffen, wenn die Betriebsmittel zum Ausgleich von Ausgabeschwankungen nicht ausreichen. Die Rücklage muss bislang nach § 261 Absatz 2 Satz 2 mindestens ein Viertel einer Monatsausgabe betragen.

Durch die Änderung des § 261 Absatz 2 Satz 2 wird die gesetzliche Mindestrücklage von einem Viertel auf ein Fünftel einer Monatsausgabe der Krankenkasse abgesenkt. Diese Absenkung ist angebracht, weil die aktuell noch geltende gesetzliche Mindestrücklage aus einer Zeit resultiert, in der

die Krankenkassen neben dem Ausgabenrisiko auch noch das Einnahmerisiko zu tragen hatten. Seit Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 ist jedoch das Einnahmerisiko von den Krankenkassen auf den Gesundheitsfonds übergegangen. Unerwartete konjunkturell bedingte unterjährige Beitragsmindereinnahmen gehen seit dem Jahr 2009 vollständig zu Lasten des Gesundheitsfonds und werden durch die Liquiditätsreserve aufgefangen. Die Krankenkassen erhalten die vorab zugesicherten Zuweisungen in monatlich gleichen Teilbeträgen. Insofern sind sie auch von den unterjährigen Schwankungen der Einnahmen nicht mehr betroffen.

Die derzeitige Mindestrücklage von einem Viertel einer Monatsausgabe entspricht daher nicht mehr dem tatsächlichen Mindestbedarf der Krankenkassen, um ihre Leistungsfähigkeit sicherzustellen. Eine Absenkung auf ein Fünftel einer Monatsausgabe gewährt den Krankenkassen größere Handlungsspielräume bei Ihrer Haushaltsplanung.

Nach § 261 Absatz 4 sind die Krankenkassen, die ihr Rücklagesoll nach § 261 Absatz 2 Satz 1 unterschreiten, nach bisheriger Rechtslage verpflichtet, bis zur Erreichung des Rücklagesolls einen Betrag von mindestens einem Viertel des Rücklagesolls im Haushaltsplan einzustellen, um ihre Rücklage schrittweise wieder aufzufüllen. Dieser Vorgang wiederholt sich gegebenenfalls in den darauf folgenden Haushaltsjahren, bis das Rücklagesoll wieder erreicht ist.

Angesichts der Absenkung der gesetzlichen Mindestrücklage nach § 261 Absatz 2 Satz 2 und der zu erwartenden damit einhergehenden Verringerung des in den Satzungen der Krankenkassen festgelegten Rücklagesolls ist es umso wichtiger, dass bei einer Unterschreitung des Rücklagesolls eine möglichst schnelle Wiederauffüllung stattfindet. Dementsprechend wird der im Haushaltsplan vorzusehende Mindestbetrag zur Wiederauffüllung der Rücklage bis zur Erreichung des Rücklagesolls von einem Viertel auf die Hälfte des Rücklagesolls im Haushaltsjahr erhöht. Damit wird der zeitliche Rahmen zur Wiederauffüllung der Rücklage verkürzt. Dies dient insbesondere bei starker Unterschreitung des Rücklagesolls dazu, den Zustand der rechtswidrigen Unterschreitung des Rücklagesolls kurzfristiger zu beheben und die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen zu sichern.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

10	Art. 5 Nr. 21 Art. 6 Nr. 7	§ 267 § 7 RSAV	RSA- Datenmeldung zu haus- und fachärztlichen Diagnosen	<ul style="list-style-type: none">• Die für Forschungszwecke für den Risikostrukturausgleich (RSA) vorgesehene Datenmeldung zur Kennzeichnung von Diagnosen nach haus- oder fachärztlicher Herkunft wird gestrichen.
----	---	--------------------------	--	--

Zu Artikel 5 Nummer 21 (§ 267 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 6 Nummer 7 (§ 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

(RSA-Datenmeldung zu haus- und fachärztlichen Diagnosen)

1. In Artikel 5 Nummer 21 werden in § 267 Absatz 2 die Wörter „und zu den Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 den Arztgruppenschlüssel der nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zu übermittelnden Arztnummer“ gestrichen.
2. In Artikel 6 Nummer 7 werden in § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 die Wörter „der Arztgruppenschlüssel der nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu übermittelnden Arztnummer,“ gestrichen.

Begründung

Zu Nummer 1

Die für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in § 267 Absatz 2 vorgesehene Übermittlung der Haus- oder Facharztkenennung zu den Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird gestrichen.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung infolge der Streichung in Nummer 2.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

BT-Drs. 19/15662

11	Art. 5 Nr. 15	§ 217c	Streichung der Verkleinerung des Verwaltungsrates	<ul style="list-style-type: none">Die bisherige Größe des Verwaltungsrates von höchstens 52 Mitgliedern bleibt erhalten, um auch weiterhin eine repräsentative Abbildung der Interessen der Mitgliedskassen im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und eine größtmögliche Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart zu gewährleisten.
----	------------------	--------	--	---

Zu Artikel 5 Nummer 15 (§ 217c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Streichung der Verkleinerung des Verwaltungsrates)

Artikel 5 Nummer 15 wird wie folgt gefasst:

,15. § 217c Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Jede Vorschlagsliste hat mindestens 40 Prozent weibliche und 40 Prozent männliche Bewerberinnen und Bewerber zu enthalten“

b) In Satz 12 wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.“

Begründung

Um auch zukünftig eine bestmögliche Abbildung der Sitz- und Stimmenverteilung an die Versichertenproporze im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu erreichen und damit auch eine adäquate Abbildung der Interessen der Mitgliedskassen zu gewährleisten, wird auf die Reduzierung der Mitgliederzahl des Verwaltungsrates in § 217c Absatz 1 verzichtet.