

Paket 1

Änderungsanträge

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
16(14)Zu527(1)
zu Top 5 der TO am 27.05.2009

26.05.2009

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften
- Drs. 16/12256 -

Vorbemerkung:

Die nachfolgenden Änderungsanträge ersetzen einige Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 16(14)0527 vom 21. April 2009. Zudem wird hiermit ein Folge-Änderungsantrag zum Austauschänderungsantrag 15 - neu - vorgelegt.

Änderungsantrag 1 – neu -

(ersetzt Änderungsantrag 1 aus der Ausschussdrucksache 16(14)0527 vom 21. April 2009)

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 12a - neu -

(§ 5 Öffnung der
Krankenpflegeausbildungen für
Hauptschulabschlüsse)

Nach Artikel 12 wird folgender Artikel 12a eingefügt:

**„Artikel 12a
Änderung des Krankenpflegegesetzes**

§ 5 des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
„2. eine erfolgreich abgeschlossene zehnjährige allgemeine Schulbildung oder“

2. In Nummer 3 werden die Wörter „der Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige“ durch die Wörter „eine erfolgreich abgeschlossene neunjährige allgemeine“ ersetzt.

Begründung:

Mit der Änderung wird als Voraussetzung für den Zugang zu den Ausbildungen nach dem Krankenpflegegesetz eine zehnjährige allgemeine Schulbildung festgelegt. Dies entspricht den Vorgaben des Artikels 31 Absatz 1 der Richtlinie 2005/36/EG, die eine mindestens zehnjährige allgemeine Schulbildung als Zugangsvoraussetzung fordert.

Deutschland hat zur Zeit eine breite Basis hervorragend ausgebildeter Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger mit dreijähriger Ausbildung. Dadurch nimmt Deutschland auch im internationalen Vergleich in der Pflege einen Spitzenplatz ein. Denn in Deutschland ist gewährleistet, dass der ganz überwiegende Teil der Pflegeleistungen durch Fachkräfte durchgeführt wird. Dieses Qualitätsmerkmal, das gleichermaßen für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gilt, muss auf Dauer erhalten bleiben.

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung und um den deswegen insbesondere im Bereich der Pflege zu befürchtenden Fachkräftemangel zu vermeiden, ist frühzeitig sicherzustellen, dass auf Dauer eine ausreichende Anzahl von Bewerberinnen und Bewerbern für die Ausbildung zur Verfügung steht. Dies wird durch die Neuregelung insoweit erreicht, als der Kreis der potentiellen Bewerberinnen und Bewerber auch auf die Personen erweitert wird, die zwar keinen Realschulabschluss haben, aber nach einem Hauptschulabschluss, der nach zehn Pflichtschuljahren erreicht wird, die Voraussetzungen der EU-Richtlinie erfüllen. Die Qualität der Ausbildung, an deren Ende die Staatsprüfung steht, bleibt erhalten, da an der Ausbildung selbst und ihren Anforderungen keine Änderungen erfolgen. Damit ist sichergestellt, dass die Ausbildungsabsolventen über die für die Berufsausübung notwendigen Kompetenzen verfügen.

Die Änderung in Nummer 2 folgt aus der Änderung in Nummer 1. Da in Deutschland der Hauptschulabschluss nach neun Jahren und nach zehn Jahren erworben werden kann, sieht er wie bisher den Zugang zur Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz mit einem Hauptschulabschluss, der nach einer neunjährigen allgemeinen Schulbildung erreicht wird, zusammen mit einer Berufsausbildung vor.

Änderungsantrag 3 - neu -

(ersetzt Änderungsantrag 3 aus der Ausschussdrucksache 16(14)0527 vom 21. April 2009)

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 14a - neu -

(§ 8 Leistungsanspruch bei Beitragsverzug)

Nach Artikel 14 wird folgender Artikel 14a angefügt:

„Artikel 14a

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

§ 8 Absatz 2a des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel ... des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Im ersten Halbsatz wird das Wort „Versicherte“ durch das Wort „Mitglieder“ ersetzt.
2. Nach den Wörtern „ausgenommen sind“ werden die Wörter „Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und“ eingefügt.
3. Folgender Satz wird angefügt:
„Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.“

Begründung:

Folgeänderung zu Artikel 15 Nummer 01 (Änderung § 16 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Die in § 16 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgenommenen Klarstellungen der

Regelung über das Ruhen des Leistungsanspruchs werden für die landwirtschaftliche Krankenversicherung inhaltsgleich übernommen.

Änderungsantrag 4 - neu -

(ersetzt Änderungsantrag 4 aus der Ausschussdrucksache 16(14)0527 vom 21. April 2009)

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/ 12256 -

Zu Artikel 14b - neu -

(Beitragszuschuss der BA bei
Hilfebedürftigkeit)

Nach Artikel 14a - neu - wird folgender Artikel 14b eingefügt:

„Artikel 14b

Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

§ 26 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch - Grundsicherung für Arbeitsuchende - (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954, 2955), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Beitrag wird ferner für Personen im notwendigen Umfang übernommen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und die allein durch den Krankenversicherungsbeitrag hilfebedürftig würden.“

2. Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Für Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind und die allein durch den Pflegeversicherungsbeitrag hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen.“

Begründung:

Zu Nummer 1 (Absatz 2)

Die Regelung schließt eine Lücke in der Grundsicherung für Arbeitssuchende. Während bei freiwillig gesetzlich und privat krankenversicherten Personen der Beitrag zur Krankenversicherung übernommen wird, wenn und soweit die Versicherten allein durch die Tragung dieser Beiträge hilfebedürftig würden, besteht eine solche Regelung für gesetzlich Pflichtversicherte – in Folge eines redaktionellen Versehens – seit dem 1. Januar 2009 nicht mehr. Die Lücke wird mit der vorliegenden Änderung in der Weise geschlossen, dass der Träger der Grundsicherung die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in dem zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit notwendigen Umfang übernimmt. Damit wird der ansonsten eintretende „Drehtüreffekt“ vermieden: Ohne die Tragung der Beiträge würden die pflichtversicherten Personen hilfebedürftig; mit dem Bezug von Arbeitslosengeld II und der damit eintretenden Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder § 2 Absatz 1 Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte würde die Hilfebedürftigkeit aber sofort wieder entfallen.

Zu Nummer 2 (Absatz 3)

Das in der Begründung zu Nummer 1 zur gesetzlichen Krankenversicherung Ausgeführte gilt entsprechend im Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Auch hier sollen bei versicherungspflichtigen Personen, die allein durch die Tragung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung hilfebedürftig würden, die Beiträge übernommen werden. Dabei kommen § 26 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 3 auch dann zur Anwendung, wenn sowohl die Übernahme des Kranken- wie auch des Pflegeversicherungsbeitrages notwendig ist, um Hilfebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Regelung tritt rückwirkend zum 1. Januar 2009 in Kraft.

Änderungsantrag 5 - neu -

(ersetzt Änderungsantrag 5 aus der Ausschussdrucksache 16(14)0527 vom 21. April 2009)

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/ 12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 01 - neu -

(Leistungsanspruch bei Beitragsverzug)

In Artikel 15 wird der Nummer 1 folgende Nummer 01 vorangestellt:

,01. § 16 Absatz 3a wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 erster Halbsatz werden das Wort „Versicherte“ durch die Wörter „Mitglieder nach den Vorschriften“ ersetzt und nach den Wörtern „ausgenommen sind“ die Wörter „Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und“ eingefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.“

Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Änderungen stellen klar,

1. dass sich die Ruhensanordnung im Falle von Beitragsrückständen allein auf das zur Zahlung verpflichtete Mitglied bezieht. Der Leistungsanspruch mitversicherter Familienangehöriger bleibt hiervon unberührt. Dies ergibt sich nach Auffassung der Bundesregierung zwar bereits aus der bestehenden Formulierung; im Interesse von Rechtsklarheit und – sicherheit wird das beabsichtigte Ergebnis nunmehr jedoch eindeutig vorgegeben. Damit wird eine Anregung des Bundesrates aufgegriffen.
2. dass Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Anordnung des Ruhens des Leistungsanspruchs ausgenommen sind. Diese Untersuchungen sind auch für säumige Beitragszahler von hoher Bedeutung. Auch insoweit wird eine Anregung des Bundesrates aufgegriffen.

Zu Buchstabe b

Über die bisher im Gesetz vorgesehenen Fälle (vollständige Begleichung der Beitragsschuld bzw. Eintreten von Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch) hinaus endet das Ruhen der Leistungen auch dann, wenn eine Ratenzahlungsvereinbarung zur Zahlung der Beitragsrückstände zwischen dem Mitglied und der Krankenkasse geschlossen wird. Dies gilt allerdings nur für den Zeitraum, in dem die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Damit wird ein zusätzlicher Anreiz für Beitragsschuldner geschaffen, besondere Anstrengungen zur Tilgung angefallener Beitragsrückstände zu unternehmen.

Änderungsantrag 6 - neu -

(ersetzt Änderungsantrag 6 aus der Ausschussdrucksache 16(14)0527 vom 21. April 2009)

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 02 - neu -

(spezialisierte ambulante Palliativversorgung in stationären Hospizen)

In Artikel 15 wird nach Nummer 01 - neu - folgende Nummer 02 eingefügt:

,02. Nach § 37b Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.“

Begründung:

Mit der Klarstellung wird die zwischen Krankenkassen und den Verbänden der Hospizbewegung strittige Frage geklärt, dass der ärztliche Leistungsanteil der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) auch in stationären Hospizen erbracht werden kann. Die ärztliche Versorgung wird in den stationären Hospizen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht (§ 3 Absatz 6 Nummer 2 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, i.d.F. vom 9. Februar 1999, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize zuständigen Spitzenorganisationen). Wenn diese ärztliche Leistung nicht ausreicht, das Leistungsziel der SAPV, nämlich die angemessene medizinische und pflegerische Versorgung der Sterbenden auch in den stationären Hospizen zu gewährleisten, ist zusätzlich auch der ärztliche Leistungsanteil der SAPV zu erbringen. Näheres hierzu ist in den Verträgen nach § 132d SGB V zu regeln.

**Änderungsantrag 10 - neu -
(ersetzt Änderungsanträge 10 und 11 aus der Ausschussdrucksache 16(14)0527 vom
21. April 2009)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/ -12256

Zu Artikel 15 Nummer 6a - neu - (Sicherung der Datengrundlagen für den
Risikostrukturausgleich und Einbeziehung von
Rechenzentren bei der Abrechnung von ambu-
lanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus)

In Artikel 15 wird nach Nummer 6 folgende Nummer 6a eingefügt:

,6a. § 120 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe „Abs. 1“ durch die Angabe „Absatz 1b
Satz 1“ ersetzt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „§ 301 Absatz
3“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe „Abs. 1“ durch die Angabe „Absatz 1b
Satz 1“ ergänzt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 2 Satz 2“ durch die Angabe
„§ 301 Absatz 3“ ersetzt.

Begründung:

Zu Buchstabe a und b:

Die Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern war bisher für die Abrechnungen der Hochschulambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren, die unmittelbar mit den Krankenkassen durchgeführt werden, nicht vorgeschrieben. Dies trifft auch auf die Abrechnungen der sogenannten Fach- und Spezialambulanzen der Kinderkliniken und der Krankenhäuser mit Kinderabteilungen zu (§ 120 Absatz 1a SGB V). Für die psychiatrischen Institutsambulanzen ist diese Form der Datenübermittlung mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz durch Änderung des § 295 Absatz 1b Satz 1 SGB V bereits vorgegeben worden. Zur Sicherung der Datengrundlagen für den morbiditätsorientierten RSA ist es erforderlich, Fehlerquellen, welche die Übermittlung und Verarbeitung der Daten betreffen, zu reduzieren und Manipulationsmöglichkeiten auszuschließen. Zu diesem Zweck ist dem sonst üblichen, in nahezu allen anderen Bereichen einheitlich hohen technischen Standard auch von diesen ambulanten Leistungserbringern Rechnung zu tragen. Für bestimmte Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung unmittelbar mit den Krankenkassen beispielsweise aufgrund von Einzelverträgen abrechnen, sieht § 295 Absatz 1b Satz 1 die Übermittlung der erforderlichen Angaben an die jeweiligen Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern vor. Da dabei auch explizit inhaltlich geregelt ist, dass die in § 295 Absatz 1 genannten Daten an die jeweiligen Kassen zu übermitteln sind, ist die im bisherigen Recht vorgegebene entsprechende Geltung dieser Vorschrift entbehrlich. Für die Zielsetzung der Neuregelung ist es ausreichend, auf die entsprechende Geltung der Vorgaben des § 295 Absatz 1b Satz 1 für die in § 120 Absatz 1a und 3 genannten Leistungserbringer zu verweisen. Um die Qualität und Einheitlichkeit der Daten zu gewährleisten wird vorgegeben, dass die Regelungskompetenz auf den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft übergeht, das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen – und damit auch insbesondere die technischen und organisatorischen Einzelheiten zu den Verfahren und zum Zeitpunkt der Datenübermittlung sowie den Datenformaten – zu vereinbaren. Da die bisher nicht bestehende Verpflichtung zur Übermittlung der Daten per Datenträgeraustausch nicht mehr für das Jahr 2009 realisierbar ist, tritt diese Regelung zum 1. Januar 2010 in Kraft. Bis zu diesem Zeitpunkt sind von den Beteiligten die Vorbereitungen für die Datenübermittlung per Datenträgeraustausch zu treffen.

Änderungsantrag 12 - neu -

(ersetzt Änderungsantrag 12 aus Ausschussdrucksache 16(14)0527 vom 21. April 2009)

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 10a - neu -

(Zuweisungen für geschlossene Betriebskrankenkassen)

In Artikel 15 wird nach Nummer 10 folgende Nummer 10a eingefügt:

,10a. In § 147 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Betriebskrankenkassen nach Absatz 2 Satz 1, bei denen der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt, leiten 85 vom Hundert ihrer Zuweisungen, die sie nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c erhalten, an den Arbeitgeber weiter. Trägt der Arbeitgeber die Kosten der für die Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse erforderlichen Personen nur anteilig, reduziert sich der von der Betriebskrankenkasse an den Arbeitgeber weiterzuleitende Betrag entsprechend. Die weitergeleiteten Beträge sind gesondert auszuweisen. Der weiterzuleitende Betrag nach Satz 1 und 2 ist auf die Höhe der Kosten begrenzt, die der Arbeitgeber tatsächlich trägt.“

Begründung:

Geschlossene Betriebskrankenkassen, bei denen der Arbeitgeber die Personalkosten trägt, haben nach § 46 Absatz 3 Satz 5 SGB XI die von der Pflegekasse erstatteten personellen Verwaltungskosten an den Arbeitgeber weiterzuleiten. Es ist sachgerecht, diese Regelung sinngemäß auch auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben zu übertragen. Hierdurch werden die Wettbewerbsvoraussetzungen zwischen Betriebskrankenkassen mit Personalkostentragung

durch den Arbeitgeber und den übrigen Krankenkassen vereinheitlicht. Derzeit erhalten Betriebskrankenkassen mit Personalkostentragung durch den Arbeitgeber im Rahmen der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben Mittel zur Deckung von Personalkosten, die bei ihnen nicht anfallen. Diese Betriebskrankenkassen können diese Mittel für andere Zwecke verwenden und haben insoweit einen ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteil gegenüber den übrigen Krankenkassen. Durch die Verpflichtung zur Weiterleitung des auf die Personalkosten durchschnittlich entfallenden Anteils der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben werden die Wettbewerbsbedingungen vereinheitlicht.

Bei den Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben werden die Nettoverwaltungsausgaben standardisiert (§ 37 Absatz 1 RSAV). Soweit der Arbeitgeber die gesamten Personalkosten der Betriebskrankenkasse trägt, erfolgt die Erstattung in Höhe von 85 Prozent der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben, da dieser Anteil dem durchschnittlichen Anteil der Personalkosten an den gesamten Nettoverwaltungskosten in der GKV entspricht (siehe Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen der Jahre 2002 bis 2007 gemäß KJ1). Trägt der Arbeitgeber nur einen Teil der Personalkosten der Betriebskrankenkasse, reduziert sich der von der Betriebskrankenkasse an den Arbeitgeber weiterzuleitende Betrag entsprechend.

Durch die Verpflichtung, die weitergeleiteten Beträge gesondert auszuweisen, wird Transparenz und Nachprüfbarkeit z.B. im Rahmen der Prüfung der Jahresrechnung nach § 31 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung gewährleistet.

Die Verpflichtung der geschlossenen Betriebskrankenkassen, einen Teil ihrer Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungskosten an den Arbeitgeber weiterzuleiten, ist auf die Höhe der Kosten begrenzt, die der Arbeitgeber tatsächlich an Personalkosten trägt.

Änderungsantrag 13 - neu -

(ersetzt Änderungsantrag 13 aus der Ausschussdrucksache 16(14)0527 vom 21. April 2009)

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs.16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 10b - neu -

(Kinderfreibeträge/beitragsrechtliche
Behandlung von weitergereichtem
Pflegegeld)

In Artikel 15 wird nach Nummer 10a - neu - folgende Nummer 10b eingefügt:

,10b. § 240 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„Ebenfalls nicht zu berücksichtigen ist das an eine Pflegeperson weitergereichte Pflegegeld bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches.“

- b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Soweit bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder das Einkommen von Ehegatten oder Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, die nicht einer Krankenkasse nach § 4 Absatz 2 angehören, berücksichtigt wird, ist von diesem Einkommen für jedes gemeinsame unterhaltsberechtigten Kind, für das eine Familienversicherung wegen der Regelung des § 10 Absatz 3 nicht besteht, ein Betrag in Höhe von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße, für nach § 10 versicherte Kinder ein Betrag in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen.“

Begründung:

Zu Buchstabe a

Mit der Gewährung von Pflegegeld will der Gesetzgeber vor allem den Pflegebedürftigen ermöglichen, Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten, die ihre häusliche Pflege sicherstellen, eine finanzielle Anerkennung zukommen zu lassen.

Es stellt kein Entgelt für die von Angehörigen erbrachte Pflege dar, es soll vielmehr den Pflegebedürftigen die Möglichkeit geben, bei Bedarf die Pflegetätigkeit der Pflegeperson finanziell anzuerkennen. Dementsprechend geben die Pflegebedürftigen in aller Regel das Pflegegeld an die Pflegeperson weiter. Dabei kann das weitergereichte Pflegegeld bei der Pflegeperson auch der Sicherstellung ihres Lebensbedarfs dienen. Viele Pflegepersonen haben aufgrund der Pflege eine Erwerbstätigkeit aufgegeben oder eingeschränkt oder haben von der Aufnahme einer beabsichtigten Erwerbstätigkeit abgesehen und sind entsprechend für die finanzielle Unterstützung dankbar oder sind auch darauf angewiesen. Die Pflege ist meist sehr zeitaufwendig, mühsam und verlangt viel Opferbereitschaft. Wer zur familiären und ehrenamtlichen Pflege bereit ist, verdient Anerkennung. Das Pflegegeld ermöglicht nur eine Anerkennung, es ist von der Höhe her kein dem Aufwand entsprechender Verdienst. Diese Anerkennung soll nicht durch eine Beitragspflicht zur gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung geschmälert werden.

Der Änderungsantrag stellt daher gesetzlich klar, dass das an eine Pflegeperson weitergereichte Pflegegeld im Sinne des § 37 Absatz 1 SGB XI keine beitragspflichtige Einnahme im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft darstellt. Dies gilt auch für weitergereichtes Pflegegeld, das der Pflegebedürftige von der privaten Pflege-Pflichtversicherung, anteilig von der Beihilfe oder nach entschädigungsrechtlichen Regelungen erhalten hat, soweit es insgesamt die Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 SGB XI nicht übersteigt. Sollte der Betrag des weitergereichten Pflegegeldes höher sein, ist der darüber hinausgehende Anteil beitragspflichtig.

Zu Buchstabe b

Bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder wurden beziehungsweise werden sowohl nach den Satzungsbestimmungen der einzelnen Krankenkassen bis zum Jahresende 2008 als auch nach den seit dem 1. Januar 2009 geltenden Beitragsverfahrensgrundsätzen des GKV-Spitzenverbandes die Einnahmen des privat versicherten Ehegatten berücksichtigt.

Hierbei können auch Kinderfreibeträge berücksichtigt werden. Das hatte das Bundessozialgericht (Entscheidung vom 24. April 2002, AZ: B 7/1 A 1/00 R) für zulässig erklärt, und zwar auch dann, wenn die Kinder beitragsfrei mitversichert sind. Allerdings hat

das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung diese Anrechnung nicht zwingend vorgegeben.

Die Regelung stellt sicher, dass für jedes gemeinsame unterhaltsberechtigte Kind ein Freibetrag abzusetzen ist.

Die Höhe des Freibetrags für familienversicherte Kinder (ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße), entspricht dem Betrag, der in der Vergangenheit bei den meisten Krankenkassen als Freibetrag berücksichtigt wurde.

Für nicht familienversicherte Kinder ist ein Freibetrag von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Eine Familienversicherung ist ausgeschlossen, wenn der privat versicherte Ehegatte mehr als derzeit 4050 Euro monatlich verdient und sein Gesamteinkommen regelmäßig höher als das des Mitglieds ist. Das Kind ist dann entweder privat krankenversichert oder es besteht eine eigene freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Wert von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße (derzeit 840 Euro) entspricht dem Betrag, der für Kinder ohne eigenes Einkommen im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Beitragsbemessung in Ansatz zu bringen wäre (Mindestbeitrag).

Änderungsantrag 14 - neu -

(ersetzt Änderungsantrag 14 aus Ausschussdrucksache 16(14)0527 vom 21. April 2009)

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 11a - neu -

(Sicherung der Datengrundlagen für
den Risikostrukturausgleich)

In Artikel 15 wird nach Nummer 11 folgende Nummer 11a eingefügt:

„11a. § 268 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Sofern die Erhebung nach Satz 1 Nummer 1 bis 7 Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen beinhaltet, dürfen ausschließlich Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen verarbeitet oder genutzt werden, die von den Krankenkassen nach den §§ 294 bis 303 erhoben wurden.“

b) In dem neuen Satz 8 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

c) In dem neuen Satz 11 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.

d) In dem neuen Satz 13 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.

e) In dem neuen Satz 14 werden nach dem Wort „Datenerhebung“ ein Komma und die Wörter „Satz 2 gilt entsprechend“ eingefügt.

Begründung:

Zu Buchstabe a

Durch die Neuregelung wird klargestellt, dass Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs in Bezug auf die Leistungsbereiche der Nummern 1 bis 7 nur verarbeitet oder genutzt werden dürfen (vergleiche § 67 Absatz 6 und 7 SGB X), wenn sie unter Einhaltung der Datenübermittlung nach den §§ 294 bis 303 erhoben wurden. Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen, die außerhalb oder unter Missachtung dieser Abrechnungswege erhoben wurden, dürfen damit für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs in Bezug auf die Leistungsbereiche der Nummern 1 bis 7 nicht verarbeitet oder genutzt werden.

Unberührt bleiben Bemühungen der Krankenkassen, im Rahmen der Abrechnungsprüfung die Übereinstimmung der abgerechneten Leistungen mit den Diagnosen zu überprüfen. Zu diesem Zweck besteht in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 eine gesonderte datenschutzrechtliche Ermächtigung. Der Rahmen wird durch § 106a Absatz 3 vorgegeben, eine direkte Übermittlung von Sozialdaten zwischen Krankenkassen und Ärzten ist nicht vorgesehen.

Zu Buchstaben b bis d

Redaktionelle Folgeänderungen

Zu Buchstabe e

Mit dieser Ergänzung wird klargestellt, dass auch für die Regelungen in der RSAV gilt, dass Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen nur verarbeitet und genutzt werden dürfen, wenn sie unter Einhaltung der Abrechnungswege nach den §§ 294 bis 303 erhoben wurden.

Änderungsantrag 15 - neu -

(ersetzt Änderungsantrag 15 aus Ausschussdrucksache 16(14)0527 vom 21. April 2009)

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 1612256 -

Zu Artikel 15 Nummer 11b – neu

(Sicherung der Datengrundlagen
für den Risikostrukturausgleich)

Nach Artikel 15 Nummer 11a wird folgende Nummer 11b eingefügt:

,11b. § 273 wird wie folgt gefasst::

„§ 273

Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

(1) Das Bundesversicherungsamt prüft im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach Maßgabe der folgenden Absätze die Datenmeldungen der Krankenkassen hinsichtlich der Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14, insbesondere die Zulässigkeit der Meldung von Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen. § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 9 und § 274 bleibt unberührt.

(2) Das Bundesversicherungsamt unterzieht die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 5 einer Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit. Die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 4 und 6 bis 7 kann das Bundesversicherungsamt einer Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit unterziehen. Die Prüfung erfolgt als kassenübergreifende Vergleichsanalyse. Der Vergleichsanalyse sind geeignete Analysegrößen, insbesondere Häufigkeit und Schweregrad der übermittelten Diagnosen, sowie geeignete Vergleichskenngrößen und Vergleichszeitpunkte zugrunde zu legen, um Veränderungen der Daten und ihre Bedeutung für die Klassifikation der Versicherten nach Morbidität nach § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erkennbar zu machen. Das

Nähere, insbesondere einen Schwellenwert für die Feststellung einer Auffälligkeit, bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(3) Hat das Bundesversicherungsamt eine Auffälligkeit nach Absatz 2 festgestellt, unterzieht es die betroffene Krankenkasse insbesondere wegen der Zulässigkeit der Meldung von Diagnosedaten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 einer Einzelfallprüfung. Das Gleiche gilt auch dann, wenn bestimmte Tatsachen den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 nicht eingehalten hat. Das Bundesversicherungsamt kann von der betroffenen Krankenkasse weitere Auskünfte und Nachweise verlangen, insbesondere über die zugehörigen anonymisierten Arztnummern sowie die abgerechneten Gebührenpositionen. Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung der Daten kann das Bundesversicherungsamt bestimmen. Das Bundesversicherungsamt kann die betroffene Krankenkasse auch vor Ort prüfen. Eine Prüfung der Leistungserbringer, insbesondere im Hinblick auf Diagnosedaten, ist ausgeschlossen. Die von den Krankenkassen übermittelten Daten dürfen ausschließlich für die Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit nach Absatz 2 sowie für die Einzelfallprüfung nach diesem Absatz verarbeitet oder genutzt werden.

(4) Das Bundesversicherungsamt stellt als Ergebniss der Prüfungen nach Absatz 2 und 3 fest, ob und in welchem Umfang die betroffene Krankenkasse die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 eingehalten hat. Hat die betroffene Krankenkasse die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 nicht oder nur teilweise eingehalten, ermittelt das Bundesversicherungsamt einen Korrekturbetrag, um den die Zuweisungen nach § 266 Absatz 2 Satz 1 für diese Krankenkasse zu kürzen sind. Das Nähere über die Ermittlung des Korrekturbetrags und die Kürzung der Zuweisungen regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 mit Zustimmung des Bundesrates.

(5) Das Bundesversicherungsamt teilt der betroffenen Krankenkasse seine Feststellung nach Absatz 4 Satz 1 und den Korrekturbetrag nach Absatz 4 Satz 2 mit. Klagen bei Streitigkeiten nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung.“

Begründung:

Zu Absatz 1

§ 268 Absatz 3 enthält Vorgaben für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs. § 268 Absatz 3 Satz 1 und 14 – neu – in Verbindung mit § 30 RSAV sieht u.a. vor, dass die Krankenkassen versichertenbezogen die Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Absatz 3 SGB V, die stationären Diagnosen nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V in der Verschlüsselung nach § 301 Absatz 2 Satz 1 SGB V und die ambulanten Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu erheben haben. In § 268 Absatz 3 Satz 2 und 14 SGB V – neu – wird klargestellt, dass Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen für die Leistungsbereiche des § 268 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 7 SGB V nur verarbeitet oder genutzt werden dürfen, wenn sie nach den §§ 294 bis 303 SGB V unter Einhaltung der Datenübermittlungsvorschriften erhoben wurden.

Dem Bundesversicherungsamt (BVA) als für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zuständige Stelle wird die Befugnis eingeräumt zu überprüfen, ob die am RSA beteiligten Krankenkassen – bundesunmittelbare und landesunmittelbare – diese rechtlichen Vorgaben eingehalten haben, um die einheitliche Verwendung der Daten für den RSA sicherzustellen und Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern. Die Befugnisse der Prüfdienste bleiben unberührt.

Bereits nach der geltenden Rechtslage werden zwar Daten, die erhebliche Fehler aufweisen, bei der Ermittlung der Risikozuschläge nicht berücksichtigt (§ 30 Absatz 4 Satz 4 RSAV in der Fassung der 19. RSA-ÄndV). Bislang hatte das BVA aber keine Möglichkeit festzustellen, ob die von den Krankenkassen gemeldeten Daten unter Missachtung der Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1 und 14 – neu – erhoben wurden und damit als fehlerhaft anzusehen sind. Bei der mit dieser Vorschrift eingeführten Befugnis zur Prüfung der Datenmeldungen durch das BVA handelt es sich um eine erweiterte Plausibilitätsprüfung, die das BVA an den gemeldeten Daten vor ihrer Verwendung im RSA vornimmt. Damit soll sichergestellt werden, dass Datenmeldungen, die nicht den Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 entsprechen, nicht zu erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führen. Schwerpunkt der Prüfung wird die Meldung ambulanter Diagnosen im Hinblick auf ihre Übereinstimmung mit § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 sein.

Der Bund verfügt über die Gesetzgebungskompetenz zur Regelung des RSA in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG (Sozialversicherung). Die Einführung und Durchführung des RSA einschließlich der

durchzuführenden Prüfungen ist eine Maßnahme der Sozialversicherung und daher von der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG umfasst (vgl. BVerfGE 113, 167, 195 ff.).

Zu Absatz 2

Das BVA hat nach Satz 1 die Verpflichtung, die gemeldeten ambulanten Diagnosen einer Prüfung zu unterziehen, um Auffälligkeiten festzustellen. Nach Satz 2 hat das BVA hingegen einen Ermessensspielraum, die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 4 und 6 bis 7 SGB V einer solchen Prüfung zu unterziehen. Die von den Krankenkassen gemeldeten Daten der Krankenkassen werden dabei kassenübergreifenden Vergleichsanalysen unterzogen. Im Rahmen dieser Vergleichsanalysen werden in der Regel sowohl die prozentuale Verteilung der Merkmale innerhalb der aktuellen Datenübermittlung als auch die Veränderungsraten des betrachteten Merkmals bezogen auf die einzelnen Quartale der Datenlieferung sowie auf die Übermittlung des Vorjahres geprüft. Eine geeignete Analysegröße ist beispielsweise die durchschnittliche Zahl der Diagnosen je Versicherten, geeignete Vergleichskenngrößen die durchschnittliche Zahl der Diagnosen je Versicherten bei einer Krankenkasse im Vergleich zum GKV-Durchschnitt oder zum Durchschnitt der Krankenkassen in derselben Region. Ziel ist es, Veränderungen der gemeldeten Daten im Hinblick auf ihre Auswirkungen im Versichertenklassifikationsmodell festzustellen.

Das BVA bestimmt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere zum Prüfverfahren, insbesondere einen Schwellenwert. Damit wird sichergestellt, dass nur signifikante Abweichungen bei den gemeldeten Daten als auffällig gelten.

Zu Absatz 3

Ist eine Krankenkasse auffällig im Sinne des Absatzes 2 geworden oder erlangt das BVA auf andere Weise Kenntnis davon oder besteht aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Anfangsverdacht, dass eine Krankenkasse die Vorgaben nach § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 nicht eingehalten hat, nimmt es eine Einzelfallprüfung vor. Zu diesem Zweck kann das BVA von der Krankenkasse weitere Auskünfte und Nachweise verlangen (zum Beispiel Auskünfte über Abschluss und Inhalt von Selektivverträgen) und eine Prüfung vor Ort vornehmen. Schwerpunkt der Einzelfallprüfung wird die Meldung ambulanter und stationärer Diagnosen im Hinblick auf ihre Übereinstimmung mit § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB

V beziehungsweise § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V in Verbindung mit § 301 Absatz 2 Satz 1 SGB V sein. Die Arztnummern werden anonymisiert übermittelt. Im Rahmen der Festlegung der technischen Aufbereitung der Daten bestimmt das BVA auch die Anforderungen für die Anonymisierung der Arztnummern. Die übermittelten Gebührenpositionen lassen keine Rückschlüsse auf die Leistungserbringer zu.

Es wird klargestellt, dass das BVA keine Prüfung bei den Leistungserbringern vornehmen darf, insbesondere darf es nicht die Zulässigkeit und Richtigkeit der von den Leistungserbringern erfassten Diagnosen überprüfen. Stellt das BVA bei einer Krankenkasse einen Verstoß gegen die Vorgaben nach § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 fest, wird nach Maßgabe des Absatzes 4 ein Korrekturbetrag ermittelt, um den die Zuweisungen zu kürzen sind. Die Datenmeldungen der Krankenkassen sowie die Diagnosekodierungen durch die Leistungserbringer werden vom BVA nicht korrigiert.

Abschließend wird klargestellt, dass die von den Krankenkassen für den RSA gemeldeten Daten von BVA ausschließlich zum Zweck der Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit und der Einzelfallprüfung bei der betroffenen Krankenkasse im Sinne der Absätze 2 und 3 verwendet werden dürfen.

Zu Absatz 4

Das BVA würdigt die Ergebnisse der Vergleichsanalyse und der Einzelfallprüfung und stellt im Anschluss daran förmlich fest, ob eine Krankenkasse die Vorgaben nach § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 eingehalten hat. Im Rahmen der Würdigung hat das BVA alle Umstände zu berücksichtigen, die ihm zur Kenntnis gelangt sind. Hat das BVA einen Rechtsverstoß der Krankenkasse festgestellt, ermittelt es einen Korrekturbetrag. Um diesen Betrag sind die für die Krankenkasse vorher ermittelten Zuweisungen zu kürzen. Die Einzelheiten zur Ermittlung des Korrekturbetrags und zur Kürzung der Zuweisungen werden in der RSAV geregelt.

Zu Absatz 5

Das BVA teilt der Krankenkasse das Ergebnis seiner Prüfung sowie den ermittelten Korrekturbetrag förmlich mit. § 29 Absatz 3 Nummer 1 SGG gilt.

**Änderungsantrag 15a - neu - (weiterer Folge-Änderungsantrag zu Änderungsantrag 15
- neu -)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 17 Nummer 3 bis 5 - neu- (§ 39 RSAV Sicherung der Datengrundlagen für den
Risikostrukturausgleich)

Dem Artikel 17 werden die folgenden Nummern 3 bis 5 angefügt:

3. Dem § 39 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die nach Satz 1 und 2 ermittelte vorläufige Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird für die betroffene Krankenkasse nach § 273 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um den Korrekturbetrag nach § 39a Absatz 4 Satz 3 vermindert und für die übrigen Krankenkassen um den entsprechenden Betrag erhöht.“

4. Nach § 39 wird folgender § 39a eingefügt:

„§ 39a

Ermittlung des Korrekturbetrags

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt den Korrekturbetrag nach § 273 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die betroffene Krankenkasse nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Das Bundesversicherungsamt hat bei der Ermittlung des Korrekturbetrags auch regionale Unterschiede bei der Vergütung zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck werden die Angaben nach § 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genutzt.

(3) Die standardisierten Kosten je Versicherten mit Wohnsitz im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland für den jeweiligen Leistungsbereich werden durch ein Regressionsverfahren der Risikomerkmale nach § 29 und der Angaben nach Absatz

2 auf die tatsächlichen Ausgaben aller Krankenkassen in dem jeweiligen Leistungsbereich desselben Jahres ermittelt. Die nach Satz 1 ermittelten standardisierten Kosten je Versicherten werden für alle Versicherten der betroffenen Krankenkasse zusammen gezählt und den tatsächlichen Ausgaben dieser Krankenkasse in dem jeweiligen Leistungsbereich desselben Jahres gegenübergestellt. Ergibt die Gegenüberstellung nach Satz 2, dass die standardisierten Kosten die Ausgaben um mehr als einen dem nach Absatz 5 festzulegenden Schwellenwert entsprechenden Betrag überschreiten, wird eine Normkostenabweichung für die betroffene Krankenkasse für den jeweiligen Leistungsbereich ermittelt, indem von den standardisierten Kosten der dem Schwellenwert entsprechende Betrag und die Ausgaben abgezogen werden.

(4) Durch ein Regressionsverfahren der standardisierten Kosten je Versicherten je Krankenkasse für den jeweiligen Leistungsbereich nach Absatz 3 Satz 1 auf die Zuweisungen nach § 266 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch je Versicherten je Krankenkasse wird für alle Krankenkassen prospektiv das Verhältnis von standardisierten Kosten zu Zuweisungen ermittelt. Der Korrekturbetrag ergibt sich, indem das nach Satz 1 ermittelte Verhältnis auf die Normkostenabweichung nach Absatz 3 Satz 3 angewendet und der sich hieraus ergebende Betrag verdoppelt wird.

(5) Das Nähere zu den Regressionsverfahren nach Absatz 3 und 4 einschließlich der Festlegung des Schwellenwerts nach Absatz 3 Satz 3 sowie der Berücksichtigung des Umfangs des Verstoßes nach § 273 Absatz 4 Satz 1 und 2 bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Dabei können auch weitere oder andere als die in Absatz 3 Satz 1 genannten Merkmale in das Regressionsverfahren eingefügt werden, um eine möglichst hohe Genauigkeit der Schätzung zu erreichen.“

5. Dem § 41 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 39 Absatz 3 Satz 6 gilt entsprechend.“

Begründung:

Zu Nummer 3

§ 273 SGB V enthält Vorgaben zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich. In der RSAV wird das Verfahren geregelt, nach dem die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 2 Satz 1 SGB V um den nach § 39a Absatz 4 Satz 3 ermittelten Korrekturbetrag zu kürzen sind (§ 273 Absatz 4 Satz 3 SGB V). In dem monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 Satz 1 und 2 werden die künftigen Abschlagszahlungen nach Absatz 2 festgelegt. Im Rahmen dieser Festlegungen wird auch der Korrekturbetrag bei der betroffenen Krankenkasse in Ansatz gebracht, jeweils zum nächstmöglichen Termin nach Ermittlung des Korrekturbetrags, d.h. zu Beginn des Ausgleichsjahres oder zu den in § 39 Absatz 3 Satz 1 genannten Terminen. Die Zuweisungen für die übrigen Krankenkassen erhöhen sich um den entsprechenden Betrag.

Zu Nummer 4

Zu Absatz 1

§ 273 SGB V – neu – enthält das Verfahren zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich. Das Nähere zur Ermittlung des Korrekturbetrags regelt die RSAV in § 39a – neu.

Zu Absatz 2

Die Regelung ist erforderlich, damit regionale Unterschiede im Vergütungsniveau bei den Ausgaben in dem jeweiligen Leistungsbereich und entsprechend bei den Normkosten je Versicherten abgebildet werden können. Die Regionalkennzeichen werden im Rahmen der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (§ 34) bereits versichertenbezogen erhoben. Der Verwendungszweck wird mit dieser Vorschrift erweitert.

Die Daten werden gemäß den Vorgaben in § 30 Absatz 2 und 4 vor ihrer Übermittlung an das Bundesversicherungsamt pseudonymisiert.

Zu Absatz 3

Das Bundesversicherungsamt ermittelt in einem ersten (zeitgleichen) Regressionsverfahren die standardisierten Kosten je Versicherten für den jeweiligen Leistungsbereich.

In die Regression werden die Risikomerkmale nach § 29 sowie die Regionalkennzeichen nach Absatz 2 eingebracht und auf die GKV-weiten Leistungsausgaben des jeweiligen Leistungsbereichs bezogen, um die standardisierten Kosten je Versicherten in dem

jeweiligen Leistungsbereich zu ermitteln. Zugrunde gelegt werden dabei die gemeldeten Ausgabedaten des Leistungsbereichs, dem die zu überprüfenden Daten zuzuordnen sind (Beispiel: bei der Überprüfung ambulanter Diagnosedaten werden die Ausgaben für die ärztliche Versorgung einschließlich der nicht-ärztlichen Aufwendungen für die ambulanten Dialyse zugrunde gelegt). Anschließend werden für die Krankenkasse, für die das Bundesversicherungsamt einen Verstoß gegen Datenerhebungs- bzw. -übermittlungsvorschriften nach § 273 Absatz 4 SGB V – neu – festgestellt hat, standardisierte Kosten für den jeweiligen Leistungsbereich berechnet, indem die zuvor ermittelten standardisierten Kosten je Versicherten auf die Versichertenstruktur der Krankenkasse bezogen werden. Die so ermittelten standardisierten Kosten des betroffenen Leistungsbereichs der Krankenkasse entsprechen der Höhe der Ausgaben, die die Krankenkasse in diesem Leistungsbereich haben müsste, wenn der von ihr gemeldeten Morbidität (Versichertenstruktur) die Ausgaben zugeordnet werden, die sich im Durchschnitt aller Krankenkassen und unter Berücksichtigung der regionalen Unterschiede im Vergütungsniveau ergeben.

Diese für die betroffene Krankenkasse für den jeweiligen Leistungsbereich ermittelten standardisierten Kosten werden mit ihren tatsächlichen Ausgaben in diesem Leistungsbereich verglichen. Überschreiten die standardisierten Kosten die tatsächlichen Ausgaben, so entspricht die Normkostenabweichung der über einen Schwellenwert hinausgehenden Überschreitung. Den Schwellenwert legt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest (Absatz 5). Die Normkostenabweichung gibt wieder, in welchem Umfang die Krankenkasse im Risikostrukturausgleich eine höhere Morbidität gemeldet hat, als sich aus ihrer Ausgabenstruktur ergibt.

Zu Absatz 4

Durch ein zweites Regressionsverfahren wird die Auswirkung der gemeldeten erhöhten Morbidität auf die Zuweisungen der betroffenen Krankenkasse zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben des Folgejahres ermittelt.

Zunächst werden je Krankenkasse die standardisierten Kosten je Versicherten für den jeweiligen Leistungsbereich nach Absatz 3 Satz 1 für alle Krankenkassen anhand ihrer Versichertenstrukturen ermittelt. Diese standardisierten Kosten werden in einer Regression prospektiv auf die Zuweisungen je Krankenkasse zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten für alle Krankenkassen bezogen und so ein Verhältniswert (Funktion) ermittelt. Der so ermittelte Verhältniswert ist auf die nach Absatz 4

ermittelte Normkostenabweichung bei der betroffenen Krankenkasse anzuwenden. Der sich hieraus ergebende Betrag gibt die Auswirkungen der Normkostenabweichung bei der betroffenen Krankenkasse auf ihre Zuweisungen wieder. Der Korrekturbetrag, um den die Zuweisungen für die betroffene Krankenkasse zu kürzen sind (s. § 39 Abs. 3 Satz 6 – neu), ist das Zweifache dieses Betrags.

Die Kürzung der Zuweisungen um den doppelten Betrag wirkt Anreize für Krankenkassen entgegen, über eine unzulässige Erhebung von Morbiditätsdaten Einfluss auf die Höhe ihrer Zuweisungen zu nehmen.

Zu Absatz 5

Mit dieser Vorschrift wird das Bundesversicherungsamt ermächtigt, die Einzelheiten zu den Regressionsverfahren nach Absatz 3 und 4 einschließlich des maßgeblichen Schwellenwertes sowie der Berücksichtigung des Umfangs des Rechtsverstößes im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festzulegen.

Nach § 273 Absatz 4 SGB V stellt das Bundesversicherungsamt fest, ob und in welchem Umfang die betroffene Krankenkasse gegen die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V verstoßen hat. Liegt nur ein teilweiser Verstoß gegen diese Vorgaben vor und geht die Normkostenabweichung damit teilweise nicht auf eine unter Verstoß gegen diese Vorgaben gemeldete erhöhte Morbidität zurück, ist es sachgerecht, den Korrekturbetrag entsprechend zu verringern.

Regressionsverfahren und Regressionsmerkmale sind so festzulegen, dass eine möglichst hohe Genauigkeit der Schätzung erreicht wird. Dazu können auch weitere oder andere als die in Absatz 3 Satz 1 genannten Merkmale in der Regression berücksichtigt werden, wenn dadurch genauere Ergebnisse beziehungsweise eine hohe Genauigkeit der Schätzung erzielt werden können. Diese hohe Genauigkeit wird erreicht, wenn der Zusammenhang zwischen gemeldeten Diagnosen und Leistungsausgaben möglichst vollständig abgebildet wird, weshalb hier auch auf eine Einschränkung des Morbiditätsspektrums verzichtet werden kann. Die Regression zur Ermittlung der standardisierten Kosten nach Absatz 3 wird auf die Ausgaben des jeweiligen Leistungsbereichs beschränkt.

Zu Nummer 5

Der nach § 39a ermittelte und im Rahmen des monatlichen Ausgleichs nach § 39 Absatz 3 berücksichtigte Korrekturbetrag wird auch in den Jahresausgleich einbezogen. Nach § 273

Absatz 4 SGB V wird die Kürzung der Zuweisungen für die betroffene Krankenkasse nicht auf das monatliche Abschlagsverfahren beschränkt.