

Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)

13.02.2020

2./3. Lesung Bundestag

vs. 13.03.2020

2. Durchgang Bundesrat

Am Tag nach Verkündung
Inkrafttreten

Bundestag beschließt Reform des Morbi-RSA

Am 13.02.2020 hat der Bundestag das „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“ (GKV-FKG) in 2./3. Lesung beschlossen. Damit setzt die Koalition aus CDU/CSU und SPD das Vorhaben des Koalitionsvertrags um, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weiterzuentwickeln.

Kernelemente der Reform des Morbi-RSA sind die Einführung einer Regionalkomponente zur Reduzierung von Wettbewerbsverzerrungen aufgrund regionaler Ausgabenunterschiede, die Erweiterung der Krankheitsauswahl hin zu einem differenzierten Vollmodell in Verbindung mit einer „Manipulationsbremse“ sowie die Einführung eines Risikopools für Hochkostenfälle (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 12/2019). Außerdem sieht das GKV-FKG neben Änderungen im Organisationsrecht der Krankenkassen sowie in den Governance-Strukturen des GKV-Spitzenverbandes auch fachfremden Änderungsbedarf unter anderem bei der Arzneimittelversorgung vor.

Das nicht-zustimmungspflichtige Gesetz soll am 13.03.2020 im 2. Durchgang im Bundesrat beraten werden und tritt noch im Frühjahr 2020 in Kraft. Die Regelungen werden im Jahr 2021 für die Kassen finanzwirksam.

➔ **Die von der Bundesregierung getroffenen Regelungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA beinhalten die richtigen Komponenten, um einen funktionsfähigen und fair ausgestalteten Wettbewerbsrahmen in der GKV zu schaffen. Die wesentlichen Elemente des GKV-FKG, wie die Regionalkomponente, das ausdifferenzierte Vollmodell in Verbindung mit einer Manipulationsbremse sowie der Risikopool stellen die Weichen für eine strategisch sinnvolle Weiterentwicklung des Kassenfinanzausgleichs und setzen die richtigen Impulse für einen fairen Wettbewerb der Krankenkassen um die beste Versorgung der Versicherten.**

Hier die wichtigsten Änderungen im parlamentarischen Verfahren:

Einführung einer Regionalkomponente mit Übergangsphase im Jahr 2021

Anders als noch in der Kabinettsfassung des Gesetzentwurfs geplant, wird die Regionalkomponente im ersten Jahr (2021) noch nicht vollumfänglich, sondern mit einer Finanzwirkung von 75 Prozent umgesetzt. Ab dem Jahr 2022 werden die finanziellen Auswirkungen der Regionalkomponente dann vollständig zum Tragen kommen. Gleichzeitig wurde die ursprünglich in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) beispielhaft genannte Aufzählung der Preisstruktur medizinischer Leistungen gestrichen. Die Regierungskoalition hatte sich bereits im Vorfeld darauf verständigt, keine angebotsseitigen Variablen in der Regionalkomponente zu berücksichtigen.

Hintergrund der Einführung einer Regionalkomponente ist es, regionale Unterschiede bei den Ausgabenstrukturen und die daraus resultierenden Wettbewerbsverzerrungen unter den gesetzlichen Krankenkassen auszugleichen. Auf diese Weise sollen regionale Über- und Unterdeckungen bei Krankenkassen abgebaut und einer weiteren Marktkonzentration in einigen Regionen vorgebeugt werden. Künftig werden hierfür statistisch signifikante regionale Merkmale in den Kassenfinanzausgleich einbezogen. Die Koalition folgt damit Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS), etwa bei der Festlegung der regionalen Merkmale für das Versichertenklassifikationsmodell keine angebotsorientierten Faktoren einzubeziehen. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass der RSA Über- und Unterversorgung zementiert.

Zum Download

Beschlussempfehlung und
Bericht GKV-FKG

- Mit der Einführung einer Regionalkomponente im Morbi-RSA wird eine zentrale Forderung der BARMER umgesetzt. Es wird gewährleistet, dass die Beitragsgelder in Zukunft zielgenauer dort hinfließen, wo sie tatsächlich für die Versorgung der Versicherten benötigt werden. Die Regionalkomponente wird dazu führen, dass die regionalen Unterschiede der Ausgabenstrukturen in der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA in Zukunft besser berücksichtigt werden.

Gesonderte Evaluation der Regionalkomponente und der RSA-Manipulationsbremse

Im Kabinettsentwurf war bislang eine verpflichtende Evaluation der Wirkungen des RSA mindestens einmal in vier Jahren vorgesehen. Neu ist, dass die beiden Elemente Regionalkomponente und RSA-Manipulationsbremse einmalig gesondert in zwei Gutachten bereits im Jahr 2023 für das erste Ausgleichsjahr 2021 evaluiert werden sollen.

Der Wissenschaftliche Beirat soll für die Regionalkomponente untersuchen, welche regionalen Merkmale auf Versichertenebene regionale Deckungsbeitragsunterschiede besser erklären würden und welche versichertenbezogenen pseudonymisierten Daten für eine bessere Beurteilung zusätzlich erhoben werden müssten. Für die RSA-Manipulationsbremse sind insbesondere die Wirkungen auf die Manipulationsresistenz, die Zielgenauigkeit des RSA, die Verringerung von Anreizen zur Vermeidung von Risikosektion und der medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung zu untersuchen.

- Die einmalige gesonderte Evaluation der Regionalkomponente und der RSA-Manipulationsbremse im Jahr 2023 ist sachgerecht. So können die Wirkungen der neuen Elemente bereits im Jahr nach ihrer erstmaligen Umsetzung untersucht werden. Damit kann auf mögliche Fehlwirkungen in der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA frühzeitig reagiert werden.

Neuformulierung des Verbotes von Diagnosevergütungen wird gestrichen

Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen haben sich die Koalitionsfraktionen darauf verständigt, das ursprünglich vorgesehene Verbot von Diagnosevergütungen im Rahmen von Selektivverträgen zu streichen. Vertragliche Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, in denen „bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen“ werden, sollten laut Kabinettsfassung des Gesetzentwurfs generell verboten und damit sämtliche Umgehungsstrategien in Verträgen unterbunden werden. Die bereits mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) eingeführte Regelung zum Verbot von Diagnosevergütungen sollte neuformuliert und strenger umgesetzt werden. Bereits damals hatte der Gesetzgeber auf Vorwürfe zur Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA reagiert. In der Aufsichtspraxis wurden allerdings nach wie vor Verträge identifiziert, die über Extra-Vergütungen Kodieranreize setzen könnten, um letztlich finanzielle Mittel aus dem Morbi-RSA zu generieren. Mit der Streichung bleibt es nun bei dem im HHVG geregelten Status quo.

- Die bereits im HHVG getroffene Rechtslage ist grundsätzlich sachgerecht, um Diagnosevergütungen in Selektivverträgen zu unterbinden. Jedoch werden die Regelungen von den Aufsichtsbehörden für bundes- und landesweit tätige Krankenkassen teilweise unterschiedlich ausgelegt. Einheitliche und verbindliche Rahmenbedingungen der Aufsichtspraxis sind aber zwingende Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb. Auch wenn das GKV-FKG richtige Anpassungen zur Harmonisierung der Aufsicht vorsieht, reichen die Regelungen bei Weitem nicht aus. Wirksamer wäre eine einheitliche Aufsicht für alle Kassen durch das BAS.

Dauerhafte Absenkung der Mindestreserve der Krankenkassen

Die Krankenkassen müssen zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage bilden und dies in ihrer Satzung festlegen. Im Gesetzgebungsverfahren haben sich die Koalitionsfraktionen auf eine dauerhafte Absenkung der gesetzlichen Mindestrücklagen der Krankenkassen geeinigt. Musste die Mindestreserve bislang mindestens ein Viertel (25 %) einer Monatsausgabe betragen, so wird sie künftig auf ein Fünftel (20 %) einer Monatsausgabe abgesenkt. Gleichzeitig werden die Krankenkassen verpflichtet, bei Unterschreitung der Mindestreserve diese schneller wieder aufzufüllen; der zeitliche Rahmen zur Wiederauffüllung des Rücklagesolls wird verkürzt.

➤ **Die dauerhafte Absenkung der Mindestreserve ermöglicht den Krankenkassen größere Handlungsspielräume bei ihrer Haushaltsplanung. Die Begrenzung der Mindestrücklage auf ein Viertel einer Monatsausgabe war nicht mehr zeitgemäß. Sie stammte aus einer Zeit, in der die Krankenkassen ihr Einnahmerisiko noch vollständig zu tragen hatten. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 trägt dieses Risiko jedoch nicht mehr die einzelne Krankenkasse, sondern der Fonds als Ganzes.**

Maßnahmen gegen Arzneimittel-Lieferengpässe

In einer Reihe fachfremder Regelungen haben sich die Koalitionsfraktionen auf ein Maßnahmenpaket zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln verständigt. So wird eine Ermächtigungsgrundlage geschaffen, damit die Bundesoberbehörden vorsorglich oder im Falle eines versorgungsrelevanten Lieferengpasses geeignete Maßnahmen anordnen können. Dazu zählen etwa die Kontingentierung von Arzneimitteln oder die Anordnung von Maßnahmen zur Lagerhaltung.

Daneben wird ein Beirat zu Lieferengpässen bei Arzneimitteln beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingerichtet. Seine Aufgabe ist es, die Versorgungslage zu beobachten und zu bewerten. Das BfArM wird verpflichtet, eine aktuelle Liste versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe zu erstellen. Diese sowie gemeldete Lieferengpässe soll das Institut auf seiner Internetseite bekannt machen. Darüber hinaus werden die Apotheken berechtigt, bei Nichtverfügbarkeit eines Rabattarzneimittels, ein anderes wirkstoffgleiches, auch nicht rabattiertes Arzneimittel, abzugeben. Um Patienten in diesem Zusammenhang vor finanziellen Belastungen zu schützen, werden die Kassen verpflichtet, künftig etwaige Mehrkosten zu übernehmen, wenn das wirkstoffgleiche Austauschpräparat nicht zu einem bestehenden Festbetrag verfügbar ist.

➤ **Die Regelungen zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln sind grundsätzlich sinnvoll und können mehr Transparenz schaffen, um Arzneimittel-Lieferengpässen entgegenzuwirken.**

Die Neuregelung zum Schutz vor finanziellen Belastungen der Patienten im Fall der Nichtverfügbarkeit eines Rabattarzneimittels sind nachvollziehbar. Wichtig ist, dass die wirtschaftlichen Folgen der Neuregelung zur erweiterten Abgabeberechtigung durch die Apotheker engmaschig evaluiert werden.

BMG legt Patientendaten-Schutzgesetz vor

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat aktuell den seit Langem erwarteten Referentenentwurf eines „Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telema-

Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG)

04.02.2020
Referentenentwurf

tininfrastruktur“ (Patientendaten-Schutzgesetz – PDSG) vorgelegt. Dieser enthält grundlegende Änderungen des SGB V und regelt die Rechte von Patienten an ihren Daten umfassend neu. Teile dieser Regelungen sollten bereits im Digitale-Versorgung-Gesetz umgesetzt werden, wurden jedoch in der Ressortabstimmung mit dem Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz auf ein späteres Gesetz vertagt und sollen nun mit dem PDSG eingeführt werden.

ePA-Umsetzung: Versicherte haben Hoheit über ihre Daten


Mit dem Gesetzentwurf wird klargestellt, dass die elektronische Patientenakte (ePA) vom Versicherten geführt wird und ihre Nutzung freiwillig bleibt. Der Versicherte entscheidet selbst, welche Daten gespeichert und ob diese wieder gelöscht werden sowie wer in welchem Zeitraum darauf zugreifen darf. Aus Sicherheitsgründen werden die Zugriffe auf die ePA außerdem für zwei Jahre protokolliert.

Geregelt wird daneben, wie Versicherte mit geeigneten Endgeräten (z. B. Smartphones) auf ihre ePA zugreifen können. Spätestens ab dem 01.01.2022 wird es ein entsprechendes Berechtigungskonzept für den Zugriff der Leistungserbringer auf die Dokumente in der ePA geben. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ab dem 01.01.2022 die ePA nach dieser Vorgabe anzubieten. Da dieses Berechtigungskonzept zum eigentlichen Start der ePA am 01.01.2021 noch nicht vorliegen wird, müssen Krankenkassen ihre Versicherten umfassend über die Zugriffsmöglichkeiten informieren.

Ab dem 01.01.2022 werden zudem die Speicherung von Impfausweis, Mutterpass, U-Heft für Kinder und das Zahn-Bonusheft in der ePA obligatorisch. Die Versicherten erhalten ab dem Jahr 2022 bei einem Wechsel der Krankenkasse außerdem einen gesetzlichen Anspruch auf Übertragung ihrer Daten. Gleichzeitig müssen die bei der Kasse gespeicherten Daten auf die ePA übertragen werden, sofern der Versicherte dies wünscht.

Um auch Versicherten die Vorteile der ePA anbieten zu können, die nicht über geeignete Endgeräte verfügen, müssen Krankenkassen in ihren Geschäftsstellen Terminals installieren, an denen Versicherte auf ihre ePA zugreifen können.

Schließlich erhalten Versicherte die Möglichkeit, Daten aus ihrer ePA freiwillig der medizinischen Forschung zur Verfügung zu stellen.

 **Es ist richtig, dass der Gesetzentwurf die volle Souveränität der Versicherten über ihre Gesundheitsdaten regelt. Auch die Vorgaben zur Löschung von Daten und Protokollierung von Zugriffen auf die ePA sind sinnvoll. Bis zur Einrichtung des Berechtigungskonzepts müssen die Kassen ihre Versicherten zurecht über die abgestufte Einführung der ePA informieren. Die dafür vorgesehenen Vorgaben erscheinen wenig nutzerfreundlich. Um die zeitlichen Vorgaben zur Einrichtung der ePA-Funktionen zu erfüllen, sind die Krankenkassen von den Spezifikationen der gematik und der KBV abhängig. Gesetzlich festgelegte zeitliche Vorgaben sind deshalb auch für diese Institutionen nötig.**

Finanzierungsanreize für Leistungserbringer

Patienten erhalten mit dem Gesetzentwurf einen Anspruch darauf, ihre ePA von ihrem Arzt füllen und regelmäßig pflegen zu lassen. Damit die ePA bei allen beteiligten Leistungserbringern zeitnah einsetzbar ist, sieht der Gesetzentwurf für das Befüllen der Akte eine zusätzliche Finanzierung vor. So erhalten Ärzte einen einmaligen Vergütungsanspruch in Höhe von 10 Euro, Krankenhäuser sollen ebenfalls Zuschläge in gleicher Höhe erhalten. Auch für Apotheker ist für die Unterstützung der Versicherten bei der Nutzung ihrer ePA eine Vergütung vorgesehen.

- Mit den Regelungen im PDSG behält der Gesetzgeber das bisherige System einer vollständigen Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) durch die Versicherungsgemeinschaft bei. Sinnvoller wäre es jedoch, die Leistungserbringer an der Finanzierung zu beteiligen, um stärkere Effizianzanreize im System zu setzen. Zusätzliche Mittel für Leistungserbringer für das erstmalige Befüllen der ePA oder die Unterstützung der Versicherten bei der Nutzung ihrer ePA sind nicht gerechtfertigt.

Telematikinfrastruktur wird weiterentwickelt

Die TI und deren Anwendungen erhalten ein eigenes Kapitel im SGB V. Darin wird der gematik unter anderem vorgegeben, eine App für das e-Rezept zu entwickeln. Versicherte sollen mit der App Zugriff auf das e-Rezept erhalten und es in einer Apotheke ihrer Wahl einlösen können. Die Selbstverwaltung wird beauftragt, eine elektronische Lösung für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (Grünes Rezept) zu vereinbaren. Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge erhalten schließlich den Auftrag, digitale Überweisungsscheine einzuführen. Die Notfalldaten und die Daten zum elektronischen Medikationsplan sollen weiterhin sowohl auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) als auch in der ePA gespeichert werden.

- Die parallele Speicherung von Medikationsplan und Notfalldatensatz auf der eGK und ePA kann dazu führen, dass Daten nicht synchronisiert werden und der Nutzen der zentralen Dokumentation damit verloren geht. Mit der Festlegung für ein e-Rezept trifft der Gesetzgeber die Grundsatzentscheidung, die nötige Software durch die gematik bereitstellen zu lassen. Darüber hinaus muss die e-Rezept-App aber auch in die ePA-Apps der Kassen integrierbar sein, damit Versicherte auch darüber e-Rezepte abwickeln können.

Umfassende Interoperabilität soll gewährleistet werden

Ein Ziel der Einführung einer ePA ist die sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer. Auch diesem Grundgedanken trägt der Gesetzentwurf Rechnung. Damit die medizinischen Daten in der ePA einrichtungs- und sektorenübergreifend ausgewertet werden können, werden international gebräuchliche medizinische Terminologien zur Verfügung gestellt.

Die gematik erhält den Auftrag, die Interoperabilitätsvorgaben zur Dokumentation der Notfalldaten in der ePA so fortzuschreiben, dass diese mit internationalen Standards kompatibel sind.

- Die Sicherstellung der Interoperabilität ist eine Grundvoraussetzung für den reibungslosen Austausch von Daten und Informationen sowie die dringend nötige sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer. Richtig ist auch die Vorgabe des Gesetzgebers zum Einsatz international üblicher Standards.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren