

[Faire-Kassenwahl-Gesetz \(GKV-FKG\)](#)

25.03.2019
Referentenentwurf

18.04.2019
Einreichung Stellungnahme Länder beim BMG

06.05.2019
Verbändeanhörung BMG

[Zum Download](#)
Referentenentwurf
GKV-FKG

BMG legt Referentenentwurf zum Faire-Kassenwahl-Gesetz vor

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat am 25.03.2019 seine Pläne für eine Weiterentwicklung des Krankenkassenfinanzausgleichs und des Organisationsrechts der Krankenkassen vorgestellt. Mit dem „Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG)“ kündigt er weitreichende Maßnahmen an, mit denen er den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Wahlfreiheit der Versicherten stärken will.

Um die wettbewerblichen Rahmenbedingungen im Finanzausgleich der Krankenkassen fairer zu gestalten, soll der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) unter anderem um eine Regionalkomponente und einen Risikopool ergänzt und ein Krankheits-Vollmodell eingeführt werden. Weiterhin ist geplant, das Organisationsrecht der Krankenkassen zu modernisieren, um einen freien Zugang der Versicherten zu allen Krankenkassen zu ermöglichen: Dazu sollen bislang regional begrenzte Krankenkassen mit Ausnahme eng betriebsbezogener Betriebskrankenkassen bundesweit geöffnet und die Rechtsaufsicht über alle gesetzlichen Krankenkassen bundeseinheitlich durch das Bundesversicherungsamt (BVA) ausgeübt werden.

Wettbewerbliche Rahmenbedingungen im RSA

Die Ergebnisse der beiden Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA zur „Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ (2017) und „zu den regionalen Verteilungswirkungen des RSA“ (2018) bilden die Grundlage für die geplante Fortentwicklung des Kassenfinanzausgleichs im Rahmen des GKV-FKG. Mit einer Reihe von Neuregelungen sollen die Wettbewerbsverzerrungen im Markt der gesetzlichen Krankenkassen vermindert werden, die trotz der gesetzlichen Anpassungen der vergangenen Jahre entstanden sind.

Als wesentliche Ursache für die Fehlentwicklungen benennt der Referentenentwurf strukturelle Fehldeckungen auf der Ebene einzelner Versichertengruppen und bei der regionalen Verteilung der Versicherten. Krankenkassen beispielsweise mit vielen älteren Versicherten mit zuschlagsfähigen Erkrankungen oder vielen gesunden Versicherten erhalten derzeit mehr Zuweisungen als sie für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen. In der Vergangenheit sei es zudem zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen regional begrenzten und bundesweit geöffneten Krankenkassen gekommen, da auch die regionale Verteilung der Versicherten zu Über- und Unterdeckungen führt. Der Morbi-RSA, als „lernendes System“ angelegt, soll daher folgendermaßen verändert werden:

Einführung einer Regionalkomponente

Zukünftig sollen regionale Merkmale in den Kassenfinanzausgleich einbezogen werden, da sie die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Regionen beeinflussen können. Ziel dieser Maßnahme ist der Abbau regionaler Über- und Unterdeckungen bei Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) folgt damit den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats, der festgestellt hatte, dass eine fehlende Regionalkomponente zu schweren Verzerrungen im Wettbewerb führt.

Gleichzeitig soll die Neuregelung einer weiteren Marktkonzentration in einigen Regionen vorbeugen. Auch auf diese Fehlentwicklung hatten die Wissenschaftler hingewiesen. Laut Begründung zum Gesetzentwurf sollen bei der Berechnung der Zuweisungen an die Kran-

kenkassen angebotsorientierte Faktoren wie zum Beispiel die Anzahl der Krankenhausbetten oder die Arztdichte nicht mit einbezogen werden. Auf diese Weise könne verhindert werden, dass der Risikostrukturausgleich Über- und Unterversorgung zementiert.

- **Die Einführung einer Regionalkomponente im Morbi-RSA ist eine der zentralen Forderungen der BARMER. Bisher führen regionale Unterschiede im Wettbewerb der gesetzlichen Kassen zu massiven Verzerrungen und Marktkonzentrationen. Eine Regionalkomponente verhindert den Aufbau nicht sachgerechter Finanzreserven bei einzelnen Kassen und gewährleistet, dass die Beitragsgelder zielgenauer dort hinfließen, wo sie für die Versorgung der Patienten tatsächlich benötigt werden.**

Erweiterung der Krankheitsauswahl hin zu einem Vollmodell

Der derzeitige Morbi-RSA ermittelt die Zuweisungen an die Krankenkassen anhand von Alter, Geschlecht und Morbidität der Versicherten. Dabei wird die Morbidität der Versicherten mittels ambulanter und stationärer Diagnosen sowie Arzneimittelverordnungen für maximal 80 ausgewählte Krankheiten definiert. Für die Zukunft ist geplant, dass die Krankheitsauswahl wegfällt und ein differenziertes Vollmodell mit allen Krankheiten eingeführt wird. Durch die Berücksichtigung aller Krankheiten soll verhindert werden, dass die Krankenkassen für einzelne Versichertengruppen entweder viel zu hohe oder aber nicht ausreichende Zuweisungen erhalten und damit Anreize für Risikoselektion bestehen.

- **Die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells hin zu einem differenzierten Vollmodell ist sinnvoll. Der Wissenschaftliche Beirat hatte in seinem ersten Gutachten empfohlen, die Krankheitsauswahl aufzuheben und ein Vollmodell mit allen Krankheiten einzuführen. Wichtig ist dabei, systematisch nach Schweregrad der Krankheiten zu gewichten und abzustufen. Überall, wo es möglich ist, sollten die Diagnosen über Arzneimittel abgesichert werden.**

Einführung eines Risikopools

Um Kassen bei schwerwiegenden finanziellen Belastungen aufgrund von Hochkostenfällen zu entlasten, soll ein Risikopool eingeführt werden. Damit sollen die Behandlungskosten für Patienten, die an besonders seltenen und teuren Krankheiten leiden oder deren Krankheitsverläufe extrem kostenintensiv sind, zeitgleich ausgeglichen werden. Zukünftig sollen damit auch Kostensteigerungen aufgrund von hochpreisigen, innovativen Arzneimitteltherapien aufgefangen werden. Laut Gesetzentwurf soll für den Risikopool ein Schwellenwert von 100.000 Euro als dynamisierte Größe eingeführt werden: Krankenkassen erhalten danach 80 Prozent ihrer Leistungsausgaben, die über diesem Wert liegen, aus dem Gesundheitsfonds erstattet.

- **Die Einführung eines Risikopools unterstützt die Zielsetzung des Morbi-RSA, finanzielle Belastungen zwischen Krankenkassen, die durch die Versichertenstruktur verursacht werden, auszugleichen und Risikoselektionsanreize zu vermeiden. Ein ergänzender Ausgleich ist notwendig, weil die Anzahl der Hochkostenfälle steigt. Wesentliche Gründe hierfür sind der medizinische Fortschritt und vor allem hochpreisige Arzneimittelinnovationen. Durch den Selbstbehalt wird dafür gesorgt, dass bei den Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Handeln bestehen bleibt.**

Streichung Kriterium Erwerbsminderungsrente und DMP-Programmkostenpauschale

Der Bezug einer Erwerbsminderungsrente (EMR) und die Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) waren bis zur Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 wichtige Bezugsgrößen für den Krankenkassenfinanzausgleich. Mit der direkten Morbiditätsorientierung des RSA ist laut Gesetzentwurf die Verknüpfung des DMP-Status mit den krankheitsbezogenen Zuweisungen überflüssig geworden. Daher sollen die Zuweisungen der DMP-Programmkostenpauschale gestrichen werden.

Zudem führe die Verwendung dieser Merkmale zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen und auch zu Ungleichbehandlung. Einige Personengruppen wie Selbstständige oder Nichtberufstätige hätten keinen gesetzlichen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente, so die Begründung des Gesetzentwurfs. Daher solle das Kriterium der Erwerbsminderungsrente als Risikomerkmale im RSA gestrichen werden.

- **Der Wegfall der Erwerbsminderungszuschläge und der DMP-Programmkostenpauschale ist ein richtiger Schritt. Die Verwendung von Hilfsgrößen zur Abbildung der Morbidität der Versicherten führt zu Überkompensationen und zu Wettbewerbsverzerrungen unter den Krankenkassen.**

Einführung einer Vorsorgepauschale

Krankenkassen erhalten zukünftig im Rahmen des Finanzausgleichs eine Pauschale, wenn ihre Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen. Damit sollen Anreize für die Krankenkassen geschaffen werden, ihre Versicherten zur Teilnahme von Präventionsmaßnahmen zu ermuntern. Zu den Maßnahmen, die über die so genannte Vorsorgepauschale gefördert werden sollen, gehören Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen sowie die von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlenen Schutzimpfungen.

- **Die politische Absicht, stärkere Anreize für Prävention in der Gesundheitsversorgung zu setzen, ist verständlich. Grundsätzlich ist die Berücksichtigung von Prävention im Kassenfinanzausgleich allerdings systemfremd.**

Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA

Mit einer Reihe von Maßnahmen will der Gesetzentwurf die Anfälligkeit des Kassenfinanzausgleichs für Manipulationen reduzieren. Unter anderem soll eine „Manipulationsbremse“ im RSA-Jahresausgleich eingeführt werden. Dem Bundesversicherungsamt (BVA) wird dabei die Aufgabe übertragen zu prüfen, ob in den Datenmeldungen der Krankenkassen insgesamt signifikante Steigerungen bei einzelnen Morbiditätsgruppen (HMG) und damit einhergehende erheblich erhöhte Zuweisungen zu verzeichnen sind. Den Schwellenwert, ab dem eine Auffälligkeit geprüft wird, legt das BVA bei der Durchführung des Jahresausgleichs fest. Im Ergebnis erhalten alle Krankenkassen für diese Morbiditätsgruppen keine Zuweisungen mehr. Krankenkassen, die in den Prüfungen durch das BVA auffällig werden, sollen zusätzlich mit einem Strafzuschlag sanktioniert werden.

Der GKV-Spitzenverband kann zudem dem BVA Morbiditätsgruppen vorschlagen, bei denen ein überdurchschnittlicher Anstieg der Besetzung aus medizinischen (z. B. Epidemien) oder diagnostischen Gründen (neue Verfahren) erfolgt ist. Diese Morbiditätsgruppen werden im Ausschlussverfahren nicht berücksichtigt.

Auch der im Gesetzgebungsprozess zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) zunächst zurückgenommene Änderungsantrag zur Kodierung im Rahmen von Selektivverträgen hat wie angekündigt Eingang in den Gesetzentwurf gefunden (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 4 vom 14.03.2019). So sollen vertragliche Regelungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen generell unterbunden werden, in denen „bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen“ werden.

- **Der Gesetzentwurf enthält eine Reihe wichtiger Regelungen, mit denen Manipulationen am Kassenfinanzausgleich zukünftig verhindert werden sollen. Die BARMER unterstützt diese. Es ist wichtig, dass der Gesetzgeber unter Verweis auf das TSVG und die Einführung ambulanter Kodierrichtlinien nochmals klargestellt hat, dass sämtliche Praxisverwaltungssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifiziert werden muss.**

Weitere Regelungen

Das GKV-FKG nennt weitere Reformoptionen, die ohne gesetzliche Änderung im Sozialgesetzbuch oder der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) direkt vom BVA umgesetzt werden können. Hierzu zählt auch die im GKV-FKG aufgeführte Berücksichtigung von Altersinteraktionstermen. Je nach Alter der Versicherten können Krankheiten zu unterschiedlichen Behandlungskosten für die Krankenkassen führen: Ältere Versicherte leiden oft unter mehreren Erkrankungen gleichzeitig, aber die Kosten der einzelnen Krankheiten sind geringer als bei Jüngeren. Zukünftig soll dies bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen abgebildet werden.

Anpassungen im Organisationsrecht der Krankenkassen

Bundeseinheitliche Aufsicht durch das BVA geplant

Zur Stärkung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen ist mit dem GKV-FKG eine bundesweite Öffnung aller gesetzlichen Krankenkassen geplant – mit Ausnahme einiger eng betriebsbezogener Betriebskrankenkassen. Dadurch werde im Ergebnis eine einheitliche Rechtsaufsicht erreicht, so der Gesetzentwurf. In Zukunft soll also die Rechtsaufsicht über fast alle gesetzlichen Krankenkassen bundeseinheitlich durch das BVA ausgeübt werden. Bislang kommt es aufgrund der Aufsplittung der Aufsichtszuständigkeit über die gesetzlichen Krankenkassen zwischen Bund und Ländern zu unterschiedlichen Auffassungen der Bundes- und Länderaufsichten bezüglich des Kassenhandelns.

- **Die unterschiedliche Aufsichtspraxis auf Bundes- und Länderebene führt zu wettbewerblichen Verwerfungen zwischen bundes- und landesunmittelbaren Kassen. Es ist deshalb wichtig, dass einheitliche Rahmenbedingungen bei der Rechtsaufsicht geschaffen werden, denn diese sind Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen.**

Neuordnung der Haftung

Im Falle der Schließung, Auflösung oder Insolvenz einer gesetzlichen Krankenkasse soll es in Zukunft keine vorrangige Haftung der Krankenkassen derselben Kassenart mehr geben. Das nach Kassenarten gegliederte Haftungssystem sei unter den bestehenden Wettbewerbsbedingungen nicht mehr systemgerecht, so der Referentenentwurf. Vorgesehen ist, dass dem GKV-Spitzenverband in Zukunft die Haftung obliegt, im Haftungsfall muss er die entstehenden Kosten bei allen Krankenkassen geltend machen.

Das GKV-FKG regelt auch, dass bei der Aufbringung der finanziellen Mittel primär die Mitgliederzahl und ab einer bestimmten Schwelle die Höhe der Finanzreserven der einzelnen Kassen berücksichtigt werden müssen. Mit der Neuregelung sollen Haftungsfälle wettbewerbsneutral erfolgen und die finanziellen Belastungen fair auf alle Kassen verteilt werden.

➤ **Der Vorstoß zur Neuordnung der Haftung ist richtig. Gerät eine Kasse in finanzielle Schieflage, haften bisher zunächst die Kassen der gleichen Kassenart. Diese Haftungsverbände haben mittlerweile ihre Funktionsfähigkeit verloren. Notwendig ist eine gesetzliche Haftung des gesamten Krankenkassensystems, um besonders kleine Kassen im Falle der Haftung nicht zu überfordern. Richtig ist auch, dass sich die Höhe des Sanierungsbeitrags einer Kasse anders als heute nach den Mitgliederzahlen und auch nach dem Vermögen der Kassen richten soll.**

BMG mit neuen Vorschlägen zur Apothekenversorgung

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat ein neues Eckpunktepapier für eine Reform der Apothekenversorgung vorgelegt. Im Gegensatz zum im Dezember vorgestellten Entwurf sollen Boni auf verschreibungspflichtige Medikamente vollständig untersagt werden. Zudem gibt es konkrete Vorgaben für die Vergütung pharmazeutischer Leistungen. Die Regelungen im Einzelnen:

Versandhandel bleibt erhalten – aber Verbot von Boni

Während der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln weiterhin erhalten bleiben soll, werden Boni auf solche Medikamente zukünftig verboten. Der Grundsatz gleicher Preise von Arzneimitteln in Deutschland soll Gegenstand des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung zwischen GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Apotheker werden. Damit könnten insbesondere ausländische Versandapotheken zukünftig keine Boni mehr auf verschreibungspflichtige Arzneimittel gewähren. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) reagiert damit auch auf die Forderung der EU-Kommission, das deutsche Arzneimittelgesetz an die EU-Vorschriften zum freien Warenverkehr anzupassen (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 4 vom 14.03.2019).


➤ **Der Vorschlag stellt einen konstruktiven Kompromiss dar: Der Versandhandel kann als sinnvolle Ergänzung zu den Apotheken „vor Ort“ weiter erhalten bleiben, die aktuell bestehende Diskriminierung inländischer Apotheken wird jedoch beseitigt.**

Änderungen bei der Apothekenvergütung

Im Weiteren ist vorgesehen, die Finanzmittel des Nacht- und Notdienstfonds aufzustocken: So soll die Notdienstpauschale pro abgegebener Packung eines verschreibungspflichtigen Medikaments von 16 auf 21 Cent steigen. Je geleistetem Vollnotdienst erhält ein Apotheker künftig ca. 350 Euro. Der zusätzliche Betrag, der bei der Abgabe von Betäubungsmitteln (BtM) von den Apotheken berechnet werden kann, soll von derzeit 2,91 Euro je BtM auf 4,26 Euro steigen. Die Vergütung bei der Abgabe von BtM war bereits im Rahmen des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes im Mai 2017 von 26 Cent auf 2,91 Euro erhöht worden. Die neuerliche Erhöhung trage dem verhältnismäßig höheren Dokumentationsaufwand bei der Abgabe von Betäubungsmitteln Rechnung, heißt es dazu im Eckpunktepapier.

Nr. 5 // 8. April 2019

Daneben sollen GKV-Spitzenverband und Deutscher Apothekerverband zusätzliche honorierte pharmazeutische Dienstleistungen (wie die pharmazeutische Betreuung spezifischer Patientengruppen oder Medikationsanalyse) definieren. Die Finanzierung dieser Dienstleistungen soll durch einen neuen Festzuschlag von 14 Cent je abgegebener Packung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels erfolgen.

-  **Die Forderung nach einer Erhöhung des Apothekenhonorars ist nicht nachvollziehbar. Bereits im Dezember 2017 hatte das Bundeswirtschaftsministerium in einem Gutachten zum Apothekenhonorar festgestellt, dass die flächendeckende Versorgung mit Apotheken nicht gefährdet und eine allgemeine Erhöhung der Vergütung nicht zielführend sei (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 1 vom 18.01.2018). Nicht nachvollziehbar ist zudem, dass bei den zusätzlichen pharmazeutischen Dienstleistungen – welche noch gar nicht definiert und festgelegt sind – bereits eine Vergütung durch einen neuen Festzuschlag bestimmt wurde. Hier sollten die Verhandlungen zwischen Kassen und Apothekern abgewartet werden.**

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren