

Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)

09.10.2019
Kabinettsbeschluss

25.03.2019
Referentenentwurf

06.05.2019
Verbändeanhörung BMG

[Zum Download](#)
Kabinettsentwurf
GKV-FKG

Bundeskabinett beschließt Reform des Morbi-RSA

Das Bundeskabinett hat heute den Gesetzentwurf für ein „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“ (GKV-FKG) beschlossen. Damit setzt die Bundesregierung das Vorhaben des Koalitionsvertrags um, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) unter Berücksichtigung der Gutachten des Expertenbeirats des Bundesversicherungsamtes (BVA) weiterzuentwickeln. Sie verfolgt dabei das Ziel, den Morbi-RSA vor Manipulation zu schützen und einen fairen Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen zu erreichen.

Der Referentenentwurf des GKV-FKG (vormals „Faire-Kassenwahl-Gesetz“) sah ursprünglich neben einer Reform des Morbi-RSA auch die bundesweite Öffnung aller bisher regional organisierten Krankenkassen vor. Aufgrund anhaltender Diskussionen um die Öffnung sowie die damit verbundene Neugestaltung der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeiten wurde das Reformpaket verändert.

Auch die im Referentenentwurf vorgesehenen Veränderungen für die Zusammensetzung des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbands wurden überwiegend zurückgenommen. Der Verwaltungsrat wird weiterhin von Ehrenamtlichen besetzt. Damit kommt die Bundesregierung den Kritikern entgegen.

Das Gesetzespaket sieht zudem weitere Regelungen zum Organisations- und Wettbewerbsrecht der Krankenkassen, zu den Strukturen des GKV-Spitzenverbands und zu einem einmaligen Rechnungszuschlag für Krankenhäuser für einen pauschalen Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal vor.


Das Gesetz tritt voraussichtlich zum Frühjahr 2020 in Kraft und wird ab 2021 für die Krankenkassen finanzwirksam. Mit dem heutigen Kabinettsbeschluss werden die Kassen zur Anwendung des Rücklagenabbaus gemäß GKV-VEG in ihrer Haushaltsplanung 2020 verpflichtet.

Hier die einzelnen Maßnahmen im Überblick:

Der Risikostrukturausgleich erhält eine Regionalkomponente

Regionale Unterschiede der Kosten- und Versorgungsstrukturen werden in der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA nicht ausreichend berücksichtigt und führen deshalb zu falschen Anreizen und Wettbewerbsverzerrungen unter den gesetzlichen Krankenkassen, so das Gutachten des wissenschaftlichen Beirats beim BVA zu den regionalen Verteilungswirkungen des RSA (2018). Um diese Fehlanreize dauerhaft zu vermeiden, sieht das GKV-FKG ab dem Ausgleichsjahr 2021 die Einbeziehung statistisch signifikanter regionaler Merkmale in den Kassenfinanzausgleich vor. Die Bundesregierung folgt dabei den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats. Auf diese Weise sollen regionale Über- und Unterdeckungen bei Krankenkassen abgebaut werden. Die Neuregelung soll zudem einer weiteren Marktkonzentration in einigen Regionen vorbeugen.

Bei der Festlegung der regionalen Merkmale für das Versichertenklassifikationsmodell ist das BVA angehalten, keine angebotsorientierten Faktoren wie zum Beispiel die Anzahl der Krankenhausbetten oder die Arztdichte mit einzubeziehen. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass der RSA Über- und Unterversorgung zementiert.

 **Die Einführung einer Regionalkomponente im Morbi-RSA ist eine zentrale Forderung der BARMER. Bestehende regional unterschiedliche Ausgabenstrukturen führen zu massiven Verzerrungen im Wettbewerb der Krankenkassen und zu erheblichen Marktkonzentrationen.**

Eine Regionalkomponente begrenzt 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 des Klassifikationsmodells hin zu einem differenzierten Vollmodell

Der Morbi-RSA ermittelt die finanziellen Zuweisungen an die Krankenkassen auf Grundlage von 80 der rund 360 Krankheiten. Doch die Risikostruktur der Versicherten soll deutlich besser abgebildet werden, wenn das gesamte Morbiditätsspektrum im RSA berücksichtigt wird. Zu diesem Ergebnis kam der Wissenschaftliche Beirat in seinem Gutachten von 2017, weshalb er empfiehlt, das Klassifikationsmodell des RSA als Vollmodell weiterzuentwickeln, in dem alle Krankheiten berücksichtigt werden.

Das GKV-FKG greift diesen Vorschlag auf: Es sieht den Wegfall der Krankheitsauswahl und die Einführung eines Vollmodells mit allen Krankheiten vor. Durch die Berücksichtigung aller Krankheiten sollen die Zuweisungen an die Krankenkassen genauer werden. Es wird verhindert, dass die Krankenkassen für einzelne Versichertengruppen entweder viel zu hohe oder aber nicht ausreichende Zuweisungen erhalten und damit Anreize für Risikoselektion bestehen. Gleichzeitig soll das RSA-Verfahren dadurch vereinfacht werden, da das aufwendige jährliche Verfahren der Krankheitsauswahl entfällt.

- **Die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells hin zu einem differenzierten Vollmodell ist sachgerecht. Damit folgt die Bundesregierung der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats. Wichtig ist dabei, systematisch nach Schweregrad der Krankheiten zu gewichten und hierarchisch abzustufen. Die Diagnosen sollten möglichst über Arzneimittel abgesichert werden.**

Einführung eines Risikopools

Das Gesetz sieht die Einführung eines Risikopools vor, mit dem schwerwiegende finanzielle Belastungen von Krankenkassen aufgrund von Hochkostenfällen zeitgleich finanziert werden sollen. Über den Risikopool werden somit hohe Akutkosten einer Erkrankung ausgeglichen, während der Morbi-RSA die krankheitsbedingten Folgekosten in den Zuweisungen abbildet.

So können Behandlungskosten für Patienten, die an besonders seltenen und teuren Krankheiten leiden oder deren Krankheitsverläufe extrem kostenintensiv sind, ausgeglichen werden. Der Gesetzentwurf weist in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die wachsende Bedeutung von neuen, kostenintensiven Therapien hin.

Die Kabinettsfassung sieht für den Risikopool einen Schwellenwert von 100.000 Euro als dynamisierte Größe vor: Krankenkassen erhalten danach 80 Prozent ihrer Leistungsausgaben, die über diesem Wert liegen, aus dem Gesundheitsfonds erstattet.

- **Da die Verteilung von Hochkostenfällen zwischen den Krankenkassen nicht gleichmäßig ist, müssen Hochkostenfälle solidarisch durch einen Risikopool ausgeglichen werden. Ein ergänzender Ausgleich ist notwendig, weil die Anzahl der Hochkostenfälle steigt und der Morbi-RSA als statistisches Verfahren nicht jede seltene Konstellation sachgerecht abbilden kann. Wesentliche Gründe hierfür sind der medizinische Fortschritt und vor allem hochpreisige Arzneimittelinnovationen. Schwellenwert und Selbstbehalt sorgen dafür, dass bei den Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Handeln besteht bleibt.**

Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA

Der Gesetzentwurf sieht eine Reihe von Maßnahmen vor, mit denen Manipulationen am Finanzausgleichssystem verhindert werden sollen. Zentral ist dabei die Einführung einer „Manipulationsbremse“ im RSA-Jahresausgleich:

Manipulationsbremse und Auffälligkeitsprüfung

Die Manipulationsbremse betrachtet alle von den Kassen für den RSA-Jahresausgleich übermittelten Daten und überprüft die Steigerungsraten bei den Morbiditätsgruppen (HMG) auf statistische Auffälligkeiten. Das BVA kann einzelne, durch überproportionale Steigerungsraten auffällig gewordene HMG im Jahresausgleich übergreifend für alle Kassen ausschließen. Der GKV-Spitzenverband kann im Gegenzug 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.


Im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung kann das BVA erweiterte Plausibilitätsprüfungen der gemeldeten RSA-Daten als Einzelfallprüfung vornehmen. Sollte der Verdacht einer Zuweisungssteigerung durch falsche Angaben bestehen und die Geringfügigkeitsschwelle überschritten sein, muss die Kasse innerhalb von drei Monaten eine Stellungnahme und Beweise für die Richtigkeit der Daten vorlegen. Stellt das BVA einen Rechtsverstoß nach Überprüfung weiterer Umstände fest, wird ein Korrekturbetrag ermittelt und eine Strafzahlung festgesetzt.

Weitere Regelungen

Weiterhin ist geplant, dass vertragliche Regelungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen generell unterbunden werden, in denen „bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen“ werden. Damit wird die ursprünglich im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vorgesehene Verschärfung der Kodierung im Rahmen von Selektivverträgen wieder aufgegriffen und umgesetzt.

Schließlich entfällt mit dem Gesetz die bislang geltende Befugnis der Krankenkassen, Vertragsärzte zu Fragen der Wirtschaftlichkeit zu beraten (§ 305a SGB V). Diese Aufgabe werden in Zukunft allein die Kassenärztlichen Vereinigungen wahrnehmen. Hiermit soll eine unzulässige Beratung bezüglich der Vergabe von Diagnosen verhindert werden.

Neu im Vergleich zum Referentenentwurf ist die Regelung, nach der das BVA damit beauftragt wird, eine Transparenzstelle für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (nach § 73b SGB V) und für Selektivverträge (nach § 140a SGB V) einzurichten. Das Verzeichnis ist öffentlich, es soll Transparenz über die Datenmeldungen schaffen und rechtswidrige Verträge verhindern.

 **Die im Kabinettsentwurf enthaltenen Maßnahmen, mit denen Manipulationen am Finanzausgleich der Kassen zukünftig verhindert werden sollen, sind zur Flankierung des Vollmodells zwingend. Dies trifft vor allem auf die Manipulationsbremse zu.**

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. Zudem muss die Kontaktaufnahme zu Ärzten mit dem Ziel der Beeinflussung der Verschlüsselung von Diagnosen gesetzlich untersagt und Zuwiderhandlungen mit spürbaren Sanktionen versehen werden.

Streichung des Kriteriums Erwerbsminderungsrente – Erhalt der DMP-Pauschale

Der Gesetzentwurf regelt den Wegfall der Erwerbsminderungsrente als Kriterium für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Noch der Referentenentwurf des GKV-FKG sah vor, dass auch die DMP-Programmkostenpauschalen im RSA nicht länger Berücksichtigung findet. Diese bleiben jedoch erhalten.

Die Abschaffung der Erwerbsminderungsrente als Risikomerkmale im Morbi-RSA wird damit begründet, dass Personengruppen wie Rentner, Nichterwerbstätige und Selbstständige keinen Anspruch auf diese Rentenart besitzen. Die Streichung führe hier einerseits zur Gleichbehandlung und beseitige gleichzeitig Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen.

➤ **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. Ihre Bedeutung hat sich jedoch durch die Morbiditätsorientierung des RSA verändert.**

Der Wegfall der Erwerbsminderungszuschläge ist ein richtiger Schritt. Auch die DMP-Programmkostenpauschale sollte abgeschafft werden, wie dies im Übrigen auch der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt. Die Verwendung von Hilfsgrößen zur Abbildung der Morbidität der Versicherten führt zu Überkompensationen und zu Wettbewerbsverzerrungen unter den Krankenkassen.

Stärkung von Präventionsanreizen durch den Morbi-RSA

Um die Präventionsorientierung des RSA zu stärken, ist die Einführung einer Vorsorgepauschale geplant. Mit dieser sollen Anreize für die Krankenkassen geschaffen werden, die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen ihrer Versicherten zu fördern: Nehmen ihre Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen teil, erhalten Krankenkassen zukünftig im Rahmen des Finanzausgleichs eine Pauschale.

Die Personengruppe, für welche die Krankenkassen eine Vorsorgepauschale erheben kann, ist eindeutig abgegrenzt. Zuschläge werden ausschließlich für versichertenindividuell abgerechnete ärztliche Regelleistungen im Bereich der Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchungen, zahnärztlicher Individualprophylaxe-Leistungen sowie Schutzimpfungen gewährt.

➤ **Die politische Absicht, stärkere Anreize für Prävention in der Gesundheitsversorgung zu setzen, ist richtig. Grundsätzlich ist die Berücksichtigung von Prävention im Kassenfinanzausgleich jedoch systemfremd.**

Haftungssystem der Krankenkassen wird neu geregelt

Der Gesetzentwurf sieht eine Neufassung des Haftungssystems der gesetzlichen Krankenkassen vor, um Verwerfungen im Wettbewerb der Kassen zu beseitigen. Kommt es zur Schließung, Auflösung oder Insolvenz einer Krankenkasse, soll es keine vorrangige Haftung der Krankenkassen derselben Kassenart mehr geben. Stattdessen haften in Zukunft alle Krankenkassen für die Verpflichtungen einer aufgelösten oder geschlossenen Kasse. Dem GKV-Spitzenverband kommt dabei die Aufgabe zu, im Haftungsfall die entstehenden Kosten auf Grundlage eines fairen Verteilungsschlüssels bei allen Krankenkassen geltend zu machen.

Bei der Aufbringung der finanziellen Mittel durch den GKV-Spitzenverband muss primär die Mitgliederzahl der Kassen berücksichtigt werden. Übersteigt der zu finanzierende Haftungsbetrag innerhalb eines Kalenderjahrs die Schwelle von 350 Mio. Euro, so wird auch

die Höhe der Finanzreserven der einzelnen Kassen einbezogen. Für den GKV-Spitzenverband wird die Möglichkeit geschaffen, zur Zwischenfinanzierung der aufzubringenden finanziellen Mittel ein zinsloses Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufzunehmen.

- **Die Neuordnung des Haftungssystems ist richtig. Gerät eine Kasse in finanzielle Schieflage, haften bisher zunächst die Kassen der gleichen Kassenart. Diese Haftungsverbände haben mittlerweile ihre Funktionsfähigkeit verloren. Deshalb ist eine gesetzliche Haftung des gesamten Krankenkassensystems notwendig, damit besonders kleine Kassen im Falle der Haftung nicht überfordert werden. 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.**

Kooperation zwischen den Aufsichtsbehörden wird gestärkt

Der Referentenentwurf des GKV-FKG sah eine bundesweite Öffnung aller gesetzlichen Krankenkassen vor. Damit wäre eine einheitliche Rechtsaufsicht über (fast) alle Kassen durch das BVA einhergegangen. Ziel der Regelung war die Stärkung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen.

Stattdessen sieht der Kabinettsentwurf nun eine Weiterentwicklung der Zusammenarbeit und des Erfahrungsaustausches der Aufsichtsbehörden vor, um das Aufsichtshandeln zu harmonisieren. Die Aufsichtsbehörden werden dazu verpflichtet, sich zweimal im Jahr zu treffen, um sich über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Gerichtsentscheidungen sowie über die von ihnen genehmigten Satzungsregelungen der Krankenkassen zu unterrichten. Den Krankenkassen wird zudem die Möglichkeit gegeben, gegen wettbewerbswidriges Verhalten anderer Krankenkassen zu klagen. Bleibt die zuständige Aufsichtsbehörde untätig, so kann eine Kasse zukünftig bei Rechtsverstößen der Wettbewerber eigenständig handeln. Klagen kann sie unter anderem auch beim Angebot unzulässiger Satzungsleistungen oder bei Manipulationen des Risikostrukturausgleichs. Im Unterschied zum Referentenentwurf geht der Rechtsweg bei Wettbewerbsklagen wegen RSA-Manipulationen nun wieder zum Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, welches auch für alle anderen Klagen aufgrund von Rechtsverstößen bei der RSA-Durchführung zuständig ist.

- **Die Aufspaltung der Aufsichtszuständigkeiten über die Krankenkassen zwischen Bund und Ländern führt zu unterschiedlichen Auffassungen der Bundes- und Länderaufsichten hinsichtlich des Kassenhandelns. Es ist deshalb wichtig, dass die Rahmenbedingungen bei der Aufsichtspraxis für bundes- und landesunmittelbaren Kassen einheitlich und verbindlich sind. Dies ist die Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb. Die von der Bundesregierung geplanten Regelungen für eine bessere Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden sind ein richtiger Schritt. Dieser reicht jedoch bei weitem nicht aus. Wirksamer wäre eine einheitliche Aufsicht für alle Kassen durch das BVA.**

BARMER Versorgungs- und Forschungskongress 2019

„Innovation und Digitalisierung im Gesundheitswesen – (un)begrenzte Möglichkeiten?“

Welche Chancen, Potenziale und Risiken birgt die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens? Im Eröffnungsvortrag zum BARMER Versorgungs- und Forschungskongress 2019 machte Prof. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, deutlich, dass amerikanische IT-Konzerne mit einem offensiven Anspruch auftreten würden, weltweit



Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der
BARMER

* Die Fontane-Studie wurde auch durch die BARMER unterstützt



Foto: www.gottfried-ludewig.de

Dr. Gottfried Ludewig
Abteilungsleiter Digitalisierung und Innovation
des BMG

Märkte zu besetzen. Dabei stellten sie die Selbstbefähigung der Patienten, ihre Gesundheit zu managen, in den Mittelpunkt ihres unternehmerischen Handelns.

Um die digitale Gesundheitsversorgung in Deutschland aktiv gestalten zu können, müsse jetzt gehandelt werden und das System umfassend weiterentwickelt werden. Die Voraussetzungen dafür seien gut, so Straub. So starte zum 01.01.2021 die elektronische Patientenakte, die Ausschreibung der BARMER dazu sei auf der Zielgeraden. Und mit dem Aufbau der Telematikinfrastruktur und dem sukzessiven Anschluss der Leistungserbringer werde in Deutschland gerade eine sichere IT-Gesundheitsinfrastruktur gebaut.

Für die Entwicklung eines digitalisierten Gesundheitswesens brauche man Mut. Den habe die BARMER in den vergangenen Jahren beispielsweise mit dem Einstieg in einen Venture Capital Fund bewiesen und werde, auch weil es viele Versicherte erwarteten, weiter digitaler Vorreiter sein. Dem Motto des Kongresses entsprechend könne Digitalisierung die Vernetzung von Versorgung und Forschung verbessern – ein Beispiel dafür sei die onkologische Forschung und die Anwendung der Ergebnisse im Sinne der Patienten, sagte Straub.

Das BMG treibt die Digitalisierung voran

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen besitze ein enormes Potenzial, um die Versorgung der Patienten zu verbessern. Davon ist Dr. Gottfried Ludewig, Abteilungsleiter Digitalisierung und Innovation des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), überzeugt. Als prägnantes Beispiel nannte er die Fontane-Studie* der Charité – Universitätsmedizin Berlin. In dieser wurde nachgewiesen, dass die telemedizinische Betreuung das Leben von Herzpatienten verlängern und die Mortalitätsrate stark senken kann.

Für das BMG stehen für die Gestaltung der Digitalisierung vier Aspekte im Mittelpunkt: Die Benennung klarer Verantwortlichkeiten, eine agile Gesetzgebung, der Nutzen der Versicherten und die Beachtung internationaler Standards. Diese Grundsätze gälten auch für das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), welches aktuell im Bundestag diskutiert werde. Die im DVG angekündigte Rechtsverordnung beispielsweise zur Umsetzung medizinischer Apps in den Arztpraxen sei bereits in der Erarbeitung – es sei damit zu rechnen, dass diese im ersten Quartal 2020 abgeschlossen werde. Weitere Vorhaben seien bereits in der Vorbereitung. Dazu gehöre ein weiteres Digitalgesetz, in dem die datenschutzrechtlichen Vorgaben für die elektronische Patientenakte klar geregelt werden sollen.

In eigener Sache

Vor einem Jahr ging das Politikportal der BARMER online. Wir berichten darin über die aktuelle Gesundheitspolitik, informieren über Gesetzgebungsprozesse und stellen zudem die Positionen der BARMER dar. Außerdem findet sich dort der Newsletter „Berlin kompakt“.

Im Sinne eines noch nutzerfreundlicheren Aufbaus haben sowohl die Startseite des Politikportals als auch die Webseiten „Meldungen“ und „Positionen“ ein neues Layout und eine neue Struktur erhalten.

Werfen Sie gerne einen Blick darauf und klicken Sie sich durch! www.barmer.de/politik

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine Gesetzgebung

BARMER

BARMER

Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Seite 6 von 6