



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit
für den**

**Entwurf eines Gesetzes
für eine faire Kassenwahl
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)**

Stand 16.04.2019

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Fairer Wettbewerb in der GKV	3
Organisationsrecht der Krankenkassen	4
Erneuerung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes.....	5
Kommentierung	6
Zu Artikel 4 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)	6
§§ 217b ff SGB V: GKV-Spitzenverband	6
§ 266 SGB V: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)	7
§ 267 SGB V: Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	9
§ 273 SGB V: Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich	10
Zu Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung).....	11
§ 38 RSAV: Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen	11

Grundsätzliche Anmerkungen

Ziel des vorliegenden Referentenentwurfs ist es, die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen dauerhaft zu beseitigen und die Wahlfreiheiten der Versicherten zu stärken. Dazu soll der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weiterentwickelt und parallel die wettbewerblichen Rahmenbedingungen durch eine Modernisierung des Organisationsrechts und Anpassung an die Erfordernisse einer solidarischen und fairen Wettbewerbsordnung verändert werden. Die Stärkung eines fairen Kassenwettbewerbs unterstützen die Innungskrankenkassen ausdrücklich. Dies entspricht der Zusage im Koalitionsvertrag, wonach der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterentwickelt und vor Manipulationen geschützt werden soll. Das Gesamtpaket der angedachten Änderungen ist grundsätzlich geeignet, die jahrelangen Diskussionen zu befrieden.

Als weiteren, systemfremden Bestandteil, enthält der Referentenentwurf Vorschläge für die Neuorganisation der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes. Diese Vorschläge werden von den Innungskrankenkassen entschieden abgelehnt, da sie das erfolgreiche und bewährte System der sozialen Selbstverwaltung abschaffen und erneut einen massiven Eingriff in die Rechte der Selbstverwaltung darstellen.

Fairer Wettbewerb in der GKV

Bereits seit Jahren fordern die Innungskrankenkassen die Reform des Morbi-RSA. Eine Weiterentwicklung muss dabei insbesondere gleiche Wettbewerbschancen sicherstellen, Manipulationsresistenz gewährleisten, Über- und Unterdeckungen des Morbi-RSA reduzieren, Präventionsanreize setzen sowie die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen abbauen.

Die Kombination aller im Referentenentwurf enthaltenen Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA erfüllen aus Sicht der Innungskrankenkassen grundsätzlich die oben gestellten Anforderungen und werden daher als Gesamtpaket – bestehend aus Regionalkomponente, Risikopool, Präventionspauschalen, Vollmodell inkl. Manipulationsbremse, Altersinteraktionstermen, versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten sowie der Streichung von Erwerbsminderungsgruppen und DMP-Programmkostenpauschale – begrüßt.

Die Innungskrankenkassen unterstützen dabei ausdrücklich die Stärkung der Präventionsanreize im Morbi-RSA. Die geplante Präventionspauschale ist ein richtiger Schritt, um Prävention für Krankenkassen auch finanziell attraktiver zu machen und die derzeit bestehenden Anreize gegen Prävention abzubauen. Jedoch werden ausschließlich Kosten für Maßnahmen der Sekundärprävention, also zur Früherkennung von Krankheiten,

und im Rahmen von Impfprogrammen ausgeglichen, während Maßnahmen zur Krankheitsvermeidung unberücksichtigt bleiben. Gerade hier sollte der Gesetzgeber einen zusätzlichen Anreiz schaffen, da ansonsten die Bestrebungen der Krankenkassen, in Primärprävention zu investieren, konterkariert werden - beispielsweise durch eine Begrenzung der pauschalen Zuweisungen für Präventionsleistungen auf die tatsächlich getätigten Ausgaben in diesem Bereich.

Der geplanten Einführung eines Krankheits-Vollmodells standen die Innungskrankenkassen wegen der Befürchtung von ungerechtfertigten Ausweitungen der dokumentierten Morbidität bislang skeptisch gegenüber. Es ist deshalb zu begrüßen, dass der Gesetzgeber diese Bedenken offenbar teilt und mithilfe der Manipulationsbremse ein Instrument einführt, das eben jene Morbiditätsausweitung verhindern soll. Gleichzeitig fordern die Innungskrankenkassen, dass bereits vorgenommene ungerechtfertigte Morbiditätsausweitungen rückwirkend unter Anwendung der Neuregelung finanzwirksam korrigiert werden. Eine funktionierende Begrenzung von ungerechtfertigten Ausweitungen der dokumentierten Morbidität ist zwingende Voraussetzung für die Umsetzung eines Krankheits-Vollmodells.

Die geplanten Änderungen können auch aufgrund der neu hinzukommenden Datenlieferungen frühestens zur Korrektur des Jahresausgleichs 2021 und damit erst Ende 2023 umfassend liquiditätswirksam werden. Die vom Gesetzgeber beschriebenen Wettbewerbsverzerrungen, die das Gesetz beheben will, bestehen bis dahin aber fort. Die Innungskrankenkassen fordern daher weiter eine schnelle Übergangslösung. Eine Möglichkeit wäre eine Begrenzung der Über- und Unterdeckungen nach dem Vorbild der Krankengeldzuweisungen. Damit könnten bestehende Wettbewerbsverzerrungen ohne großen Aufwand schnellstmöglich korrigiert werden.

Organisationsrecht der Krankenkassen

Zur Stärkung des fairen Wettbewerbs beinhaltet der Referentenentwurf auch die Verpflichtung zur bundesweiten Öffnung aller Krankenkassen mit Ausnahme der geschlossenen Betriebskrankenkassen. Die Aufhebung der regionalen Begrenzungen von Krankenkassen verfolgt das Ziel, eine Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis zu erreichen. Die Innungskrankenkassen haben sich immer für eine Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis ausgesprochen. Wenn jetzt der vom Gesetzgeber angedachte Weg eine bundesweite Öffnung aller Krankenkassen ist, muss es die Entscheidung der selbstverwalteten Körperschaft bleiben, über die regionale Begrenzung ihrer Markt- und Versorgungsaktivitäten selbst zu entscheiden.

Mit Blick auf das mit dem Gesetz intendierte Ziel, historisch bedingte Sonderregelungen im Organisationsrecht der Kassen für die Herstellung eines gestärkten, fairen Wettbe-

werbs abzuschaffen, nehmen die Innungskrankenkassen auch die angedachte Neugestaltung des Haftungssystems zur Kenntnis. Es darf nicht aus den Augen verloren werden, dass ein Wettbewerb auch Anbietervielfalt voraussetzt. Die Innungskrankenkassen setzen sich explizit für ein gegliedertes, regionales Krankenkassensystem ein.

Erneuerung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes

Die vorgesehenen Änderungen der Struktur des GKV-Spitzenverbandes lehnen die Innungskrankenkassen entschieden ab. Soziale und gemeinsame Selbstverwaltung sind die tragenden Säulen der deutschen Sozialversicherung. Dies gilt naturgemäß auch für die Struktur des GKV-Spitzenverbands, wo die ehrenamtlichen Selbstverwalter für eine patienten- und versichertenorientierte, verantwortliche sowie insbesondere praxisnahe Gestaltung des Gesundheitswesens sorgen. Ihr gemeinschaftliches Wirken trägt in erheblichem Maße dazu bei, den sozialen Frieden zu sichern. Der angedachte Strukturwechsel rüttelt insofern an den Grundfesten des Sozialversicherungssystems und führt zu einem weiteren, nicht hinnehmbaren Paradigmenwechsel innerhalb des Selbstverwaltungssystems.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 4 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§§ 217b ff SGB V: GKV-Spitzenverband

Beabsichtigte Neuregelung

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes soll in Größe und Zusammensetzung verändert werden. Die Regelung sieht vor, dass der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zukünftig nicht mehr aus ehrenamtlichen Vertretern der Verwaltungsräte der Krankenkassen, sondern aus Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen gebildet wird. Statt bisher 52 ehrenamtlichen Mitgliedern soll der Verwaltungsrat des GKV-SV künftig nur noch aus 40 hauptamtlichen Vorständen bestehen.

Bewertung

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf soll ein Systemwechsel für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung angestrengt und unter dem Schlagwort der „Professionalisierung“ die soziale Selbstverwaltung entmachtet werden. Zu befürchten ist, dass diese Änderung der Governance-Struktur beim GKV-Spitzenverband richtungsweisend für die gesamte gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung ist und perspektivisch bei den Kranken- und Pflegekassen sowie deren Landesverbänden gleichfalls die soziale Selbstverwaltung abgeschafft wird. Die geplanten Veränderungen an der Struktur des GKV-Spitzenverbandes stehen der im Koalitionsvertrag verabredeten Stärkung der GKV-Selbstverwaltung entgegen.

Änderungsvorschlag

Die geplante Änderung ist zu streichen.

Zu Artikel 4 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 266 SGB V: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe e

Im neuen Absatz 5 werden die beiden wesentlichen Zielvorgaben, die bei der konkreten Ausgestaltung des RSA-Verfahrens zu beachten sind, benannt.

Buchstabe i

Spätestens alle 4 Jahre sollen die Wirkungen des RSA durch den Wissenschaftlichen Beirat evaluiert werden, um auf Grundlage regelmäßig zu aktualisierender wissenschaftlicher Erkenntnisse die weitere Entwicklung des RSA beobachten und gegebenenfalls das Ausgleichsverfahren nachbessern zu können. Das BMG kann hierbei den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen.

Bewertung

Buchstabe e

Aus der Begründung zum allgemeinen Teil ergibt sich zum einen die grundsätzliche Aufgabe des RSA („Die zentrale Aufgabe des RSA ist dabei die Vermeidung von Risikoselektion als eine der Voraussetzungen für gleiche Wettbewerbsbedingungen.“ (S. 46)) sowie auch die für die Weiterentwicklung maßgebliche Zielsetzung („Der RSA wird weiterentwickelt mit dem Ziel der Stärkung fairer Wettbewerbsbedingungen, soweit diese durch den RSA bedingt sind.“ (S. 47)). Ein funktionsfähiger und fairer Wettbewerb sind demnach zentrale Ziele, die durch den RSA verfolgt werden. Eine Verankerung im Absatz 5 n.F. ist entsprechend angezeigt.

Buchstabe i

Der Risikostrukturausgleich ist eine wesentliche Säule für einen solidarischen Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine regelmäßige Evaluation seiner Wettbewerbswirkungen ist daher unerlässlich. Daher ist die vom Gesetzgeber beabsichtigte regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA grundsätzlich als ein Schritt in die richtige Richtung zu befürworten. Der Evaluationszeitraum von vier Jahren lässt allerdings wenig Spielraum, im Falle von Fehlentwicklungen frühzeitig gesetzgeberisch gegenzusteuern. Zusätzlich sollte Kassen und Kassenverbänden eine Möglichkeit zur Anhörung beim BMG bezüglich der spezifischen Themenwahl eingeräumt werden

Änderungsvorschlag

Buchstabe e

Absatz 5 n.F. ist um eine Nummer 3 zu erweitern: „faire Wettbewerbsbedingungen ermöglichen“.

Buchstabe i

Der neue Absatz 10 ist wie folgt zu fassen:

„Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs sind regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt in einem Gutachten zu überprüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen.“

Zu Artikel 4 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 267 SGB V: Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen § 267 werden die geltenden Vorgaben zur Datengrundlage des RSA mit dem Ziel einer größeren Rechtsklarheit und Übersichtlichkeit zusammenhängend geregelt. Die maßgeblichen Regelungsinhalte der bisherigen §§ 267 und 268 werden dabei übernommen.

Bewertung

Als lernendes System unterliegt der Risikostrukturausgleich einer permanenten Weiterentwicklung. Krankenkassen sind aufgrund fehlender GKV-Daten nur eingeschränkt in der Lage, Gutachternvorschläge nachzuvollziehen und eigene Vorschläge zu Weiterentwicklung des Verfahrens einzubringen. Durch die Bereitstellung eines GKV-repräsentativen Forschungsdatensatzes wird die Transparenz über die Wirkungen von Reformvorschlägen erhöht und der Diskurs um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auf eine allgemein zugängliche, wissenschaftliche Basis gestellt.

Änderungsvorschlag

§ 267 Abs. 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Für die Überprüfung der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs stellt das Bundesversicherungsamt den gesetzlichen Krankenkassen jedes Jahr bis zum 30. September rückwirkend ab dem Jahr 2018 einen Datensatz in Form einer kassenartenübergreifenden einfachen Zufallsstichprobe zur Verfügung. Zur Wahrung des Datenschutzes werden die Daten anonymisiert. Zum Schutz der Wettbewerbsinteressen der Krankenkassen wird die Zuordnung der Daten zu den einzelnen Krankenkassen eliminiert.“

Der bisherige Absatz 7 wird zu Absatz 8.

Zu Artikel 4 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 273 SGB V: Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung von § 273 wird das Prüfkonzept angepasst. Im Rahmen der Einzelfallprüfungen wird der betroffenen Krankenkasse die Obliegenheit auferlegt, die Plausibilität ihrer Datenmeldung nachzuweisen und die Gründe für eine Auffälligkeit nachvollziehbar darzulegen oder den Verdacht eines Rechtsverstößes durch vollständige Offenlegung des Sachverhaltes auszuräumen. Kommt eine Krankenkasse dieser Obliegenheit nicht nach, wird ein Korrekturbetrag ermittelt. Im Vergleich zur bisherigen Regelung entspricht dies einer Beweislastumkehr.

Bewertung

Die Verschärfung der Prüfregeln zur Auffälligkeitsprüfung ist sachgerecht. Sie erlaubt dem BVA einen größeren Spielraum in der Ausgestaltung der Prüfung. Zudem kann das BVA, wie bisher auch schon, bei konkreten Verdachtsmomenten im Einzelfall prüfen, ob eine Krankenkasse gegen die rechtlichen Vorgaben zu den RSA-Datenmeldungen verstoßen hat. In dem Fall muss nicht mehr das BVA den Sachverhalt umfassend ermitteln, sondern die Krankenkasse hat die Rechtmäßigkeit der übermittelten Daten nachzuweisen. Die im Entwurf vorgeschlagene Frist von vier Wochen bewerten die Innungskrankenkassen jedoch als zu kurz. Da die Sachverhalte, welche zu einer Auffälligkeit führen können mitunter komplex sind, sollte den Kassen etwas mehr Bearbeitungszeit eingeräumt werden.

Änderungsvorschlag

In § 273 Abs. 4 wird das Wort „vier“ durch das Wort „acht“ ersetzt.

Zu Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 19

§ 38 RSAV: Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Präventionsorientierung des RSA soll gestärkt werden, indem eine Pauschale für die Krankenkassen bei Teilnahme ihrer Versicherten an einer Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung eingeführt wird.

Bewertung

Mit der Vorsorgepauschale soll ein Anreiz für die Krankenkassen geschaffen werden, die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen durch ihre Versicherten zu fördern. Dieser positive Ansatz geht grundsätzlich in die richtige Richtung und entspricht einer langjährigen Forderung der Innungskrankenkassen. In einem von den Innungskrankenkassen in 2016 beauftragten Gutachten konnte empirisch nachgewiesen werden, dass Prävention grundsätzlich geeignet ist, Krankheitskosten zu senken. Allerdings zeigte das Gutachten auch, dass der RSA Prävention verhindert, weil der positive Effekt rückläufiger Leistungsausgaben sich durch entgangene Zuweisungen aus dem Finanzausgleich in einen Nachteil verwandelt.

Es besteht jedoch Anpassungsbedarf: Insbesondere ist nicht ersichtlich, wieso sich die Zahlung der Pauschale auf eine Vorsorgeleistung pro Jahr beschränken soll. Dies wird insbesondere bei der Kombination von Mutterschaftsvorsorge und Schutzimpfung deutlich. Für eine schwangere Versicherte, die im Laufe des Jahres an Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge teilnimmt, würde die Krankenkasse keine Ausgleichszahlung für eine Schutzimpfung erhalten. Dabei empfiehlt das Robert-Koch-Institut die Gripeschutzimpfung insbesondere bei Schwangeren. Auch bei Schutzimpfungen, die mehrere Behandlungen benötigen, ist nicht ersichtlich, wieso nur eine Behandlung durch die teilweise Gegenfinanzierung der Präventionspauschale gedeckt ist.

Die Innungskrankenkassen fordern daher die Beschränkung auf maximal eine Pauschale aufzuheben. Falls die Begründung dieser Einschränkung die Gefahr einer unbegründeten Mengenausweitung ist, so ist festzuhalten, dass die gegenwärtige Ausgestaltung sicherstellt, dass die gesamten Kosten der Präventionsleistung gedeckt werden und eine Mengenausweitung somit stets finanziell zu Lasten der Krankenkasse geht.

Änderungsvorschlag

§ 38 Absatz 1 Punkt 2 wird wie folgt ergänzt:

„Nimmt ein Versicherter in einem Ausgleichsjahr bei einer Krankenkasse mehrere Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach Satz 1 in Anspruch, erhält die Krankenkasse die Summe der Pauschalen für die einzelnen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen.“