



Entwurf eines „Gesetz für eine faire Kassenwahl in der GKV“ („Faire- Kassenwahl-Gesetz)

- Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und des Organisationsrechts -

Mit der Umsetzung der Lahnsteiner Beschlüsse durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) grundlegend modernisiert. Durch einen solidarischen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist die Gesundheitsversorgung seitdem auf einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet. Zugleich wurde die freie Kassenwahl für die Mitglieder der GKV ermöglicht. Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen war dabei die Einführung eines Risikostrukturausgleichs (RSA), der die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen ausgleichen und einen auf Risikoselektion ausgerichteten Wettbewerb zulasten der Versicherten vermeiden sollte. Mit der Einführung der direkten Morbiditätsorientierung des RSA zum 1. Januar 2009 wurden die Zielgenauigkeit des RSA erhöht und Wettbewerbsverzerrungen reduziert.

Parallel dazu wurden mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV von 2009 die historisch gewachsenen Organisationsformen der Krankenkassen und ihrer Verbände an die neuen wettbewerblichen Rahmenbedingungen angepasst. Mit der Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen, der Gründung des GKV-Spitzenverbandes sowie der Schaffung einheitlicher Regelungen zur Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen wurde der abnehmenden Bedeutung von Kassenarten und den Anforderungen an einen fairen Wettbewerbsrahmen auch im Organisationsrecht der Krankenkassen Rechnung getragen.

Ungeachtet dieser wichtigen Schritte bestehen jedoch weiterhin Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. So sind die Zuweisungen für multimorbide, ältere Versicherte sowie gesunde Versicherte zu hoch und für andere Gruppen zu niedrig. Durch regional unterschiedliche Ausgabenstrukturen entstehen ebenfalls erhebliche Über- bzw. Unterdeckungen, die in einem bundesweit einheitlichen Finanzierungssystem zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen regional begrenzten und bundesweit geöffneten Krankenkassen führen können. Auch Hochkostenfälle sind häufig unterdeckt. Zusammen mit Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung können diese Deckungsbeitragsunterschiede zu Wettbewerbsverzerrungen führen.

Um die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen dauerhaft zu beseitigen, ist es notwendig, den mit dem Gesundheitsstrukturgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeschlagenen Weg konsequent fortzusetzen und die wettbewerblichen Rahmenbedingungen im RSA sowie im Organisationsrecht zu modernisieren und an die Erfordernisse einer solidarischen und fairen Wettbewerbsordnung anzupassen.

Der RSA wird daher systematisch weiterentwickelt mit dem Ziel, strukturelle Fehldeckungen auf der Ebene von Versichertengruppen zu reduzieren, um dadurch Risikoselektionsanreize und Wettbewerbsverzerrungen weiter zu verringern. Hierzu wird u.a. ein Krankheits-Vollmodell eingeführt. Um Wettbewerbsverzerrungen zu verringern, die sich aus regional unterschiedlichen Ausgabenstrukturen ergeben, wird eine Regionalkomponente ergänzt. Zudem wird ein Risikopool eingeführt. Darüber hinaus werden die Manipulationsresistenz und die Präventionsorientierung des RSA gestärkt.

Durch die bundesweite Öffnung bislang regional begrenzter Krankenkassen wird der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz begonnene Reformprozess konsequent weitergeführt und die vollständige Wahlfreiheit für alle Mitglieder der GKV geschaffen. Dadurch werden zugleich Wettbewerbsverzerrungen verringert, die durch bundesweit einheitliche Zuweisungen bei regional unterschiedlichen Ausgabenstrukturen entstehen. Als Ergebnis der Öffnung der Krankenkassen ergibt sich zudem eine bundesweit einheitliche Aufsicht, wodurch Wettbewerbsverzerrungen aufgrund unterschiedlichen Aufsichtshandelns beseitigt werden. Darüber hinaus werden die Verhaltensregeln für den Wettbewerb und insbesondere für Werbemaßnahmen der Krankenkassen genauer festgelegt sowie die Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander gestärkt. Weiterhin werden die Verwerfungen im Wettbewerb beseitigt, die durch die historisch entstandenen Haftungsregelungen verursacht werden. Dazu wird die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen derselben Kassenart abgeschafft und eine Kostentragung aller Krankenkassen auf Grundlage eines fairen Verteilungsschlüssels eingeführt. Schließlich werden die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes weiterentwickelt, um eine engere Anbindung an das operative Geschäft und die angemessene Repräsentanz von Frauen in den Entscheidungsgremien sicherzustellen.

1. Weiterentwicklung des RSA

Einführung eines Krankheits-Vollmodells

Die Begrenzung des RSA auf 50-80 Krankheiten, die bei der Einführung der Morbiditätsorientierung des RSA als Übergangslösung vorgegeben wurde, wird aufgehoben und stattdessen das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt (sog. Vollmodell). Auch im Vollmodell ergeben sich nur dann RSA-Zuschläge, wenn die Erkrankung mit Folgekosten im Jahr nach der Diagnosestellung einhergeht. Durch das Vollmodell werden für einen Großteil der Versicherten Über- und

Unterdeckungen verringert, wodurch Anreize zur Risikoselektion, Differenzen zwischen den Deckungsbeiträgen der Krankenkassen und somit Wettbewerbsverzerrungen verringert werden. Das RSA-Verfahren wird vereinfacht, da das aufwendige jährliche Verfahren der Krankheitsauswahl entfallen kann. Die neu hinzukommenden Krankheiten werden dabei bereits zu hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) differenziert eingeführt.

Altersinteraktionsterme

Bisher erhalten junge Versicherte mit hoher Morbidität tendenziell zu niedrige und ältere, multimorbide Versicherte tendenziell zu hohe Zuweisungen. Bei unterschiedlichen Versichertenstrukturen führt dies zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. Mit Altersinteraktionstermen wird berücksichtigt, dass Krankheiten je nach Alter zu unterschiedlichen Behandlungskosten führen können. Dazu werden die bisherigen Morbiditätszuschläge über Zu- oder Abschläge angepasst. Über- und Unterdeckungen in Abhängigkeit vom Alter und dem Grad der Multimorbidität der Versicherten werden reduziert.

Streichung der Erwerbsminderungsgruppen

Das Kriterium Erwerbsminderung wird im RSA nicht mehr als Risikomerkmale verwendet, da einige Personengruppen wie Rentnerinnen und Rentner, Nichterwerbstätige und Selbständige dieses Kriterium per se nicht erhalten können, selbst wenn sie von einer Krankheit mit einem identischen Schweregrad wie eine Person mit Erwerbsminderungsstatus betroffen sind. Durch die Streichung wird eine Gleichbehandlung aller Versichertengruppen ermöglicht.

Streichung der DMP-Programmkostenpauschale

Durch die Einbeziehung direkter Morbiditätsinformationen in den RSA im Jahr 2009 wurde die unmittelbare Verknüpfung des DMP-Status mit den krankheitsbezogenen Zuweisungen überflüssig. Für die programmbedingten Aufwendungen (z.B. Dokumentations- und Koordinationsleistungen) erhielten die Krankenkassen nur noch eine DMP-Programmkostenpauschale. Die nun erfolgende Streichung der Zuweisungen der DMP-Programmkostenpauschale führt zu einer verbesserten Zielgenauigkeit auf Krankenkassenebene. Zudem geht die DMP-Programmkostenpauschale mit einem komplexen Bereinigungsverfahren einher, sodass durch deren Streichung auch die Transparenz des Zuweisungsverfahrens im RSA insgesamt erhöht wird.

Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im RSA

Das Verfahren wirkt genauer als die bisherige pauschale Berücksichtigung eines durchschnittlichen Arzneimittelrabattfaktors je Krankenkasse. Es werden Verzerrungen in den Zuweisungen beseitigt, weil die tatsächlichen Arzneimittelausgaben in die Berechnung einfließen. So werden Wettbewerbsverzerrungen auf Krankenkassenebene beseitigt. Wirtschaftlichkeitsanreize zum Abschluss von Rabattverträgen bleiben bestehen.

Krankengeld und Auslandsversicherte

Der mit dem GKV-FQWG begonnene, mehrstufige Forschungsprozess mit dem Ziel genauerer Zuweisungen in den Bereichen Krankengeld und Auslandsversicherte wird fortgesetzt. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat in beiden Bereichen Folgegutachten vergeben, in denen auf Grundlage der Erstgutachten ausgewählte Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen geprüft und zur Umsetzungsreife weiterentwickelt werden sollen. Die Ergebnisse der Gutachten werden Ende 2019 vorliegen.

Einführung einer Regionalkomponente in den RSA

Der RSA wird um eine Regionalkomponente erweitert. Hierfür werden regionale Variablen (wie z. B. der Anteil der ambulant Pflegebedürftigen in einer Region) in den RSA einbezogen, die einen hohen statistischen Erklärungsgehalt für die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede aufweisen. Regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen werden dadurch abgebaut und im Ergebnis gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen geschaffen. Zudem kann Marktkonzentrationsprozessen vorgebeugt werden, die sich in einigen Bundesländern abzeichnen. Im Gegensatz zu einem regionalen Ist-Kostenausgleich (Kreismodell) bleiben in einem Modell mit regionalen Variablen Wirtschaftlichkeitsanreize erhalten. Angebotsorientierte Faktoren (wie Arztdichte, Krankenhausbettenzahl) werden nicht in den Ausgleich einbezogen, um Fehlansätze im Hinblick auf die Verstärkung von Über- und Unterversorgung zu vermeiden.

Risikopool

Durch einen den RSA ergänzenden Risikopool können finanzielle Belastungen für einzelne Krankenkassen, die sich aus Hochkostenfällen ergeben, gemindert werden. Dies gewinnt insbesondere aufgrund der wachsenden Bedeutung von hochpreisigen Arzneimitteltherapien, die zu einer Genesung oder langjähriger Verzögerung der Krankheit führen und somit keine für RSA-Zuweisungen relevanten Folgekosten verursachen, an Bedeutung. Daher wird ein Risikopool eingeführt, aus dem die Krankenkassen für jeden Versicherten 80 Prozent der Leistungsausgaben, die über 100.000 Euro pro Jahr hinausgehen, erhalten. Da nicht die gesamten Mehrkosten erstattet werden, bleibt ein Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten erhalten. Begleitend wird eine Prüfung der für den Risikopool verwendeten Leistungsdaten eingeführt.

Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA

Manipulationsbremse im RSA-Jahresausgleich

Auffälligkeiten in den Diagnosekodierungen – insbesondere hohe Steigerungsraten, bei denen anzunehmen ist, dass sie auf Maßnahmen zur Beeinflussung der Kodierung durch die Krankenkassen beruhen – dürfen nicht zu einem finanziellen Vorteil für die entsprechende Krankenkasse führen. Daher werden hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die GKV-weit eine bestimmte Steigerungsraten überschreiten, als Ausgleichsvariable bei der Berechnung der Risikozuschläge des

RSA im Jahresausgleich ausgeschlossen. In der Folge erhalten alle Krankenkassen für diese HMGs keine Zuweisungen mehr.

Datenerhebung für ein Hausarzt-HMG-Modell

Identische Diagnosen von Haus- und Fachärzten führen derzeit zu gleichen Zuschlägen, obwohl die hausärztliche Versorgung bei vielen Krankheiten in der Regel zu niedrigeren Ausgaben führt. Mit der Einführung einer Hausarzt-HMG könnten diese unterschiedlichen Kostenstrukturen in Zukunft berücksichtigt und Zuschläge in Abhängigkeit davon gezahlt werden, ob eine Diagnose vom Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Bei niedrigeren Zuschlägen für Hausarzt-HMGs würden Verträge zur Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung weniger attraktiv und die Manipulationsresistenz des RSA so gestärkt. Es wird zunächst die entsprechende Datengrundlage geschaffen (Kennzeichnung der haus- und fachärztlichen Diagnosen), um dieses Modell überprüfen zu können.

Weitergehende Maßnahmen außerhalb des RSA

- Vorgaben von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Diagnosen- und Prozedurenschlüssel im ambulanten Bereich zur Sicherstellung von Qualität und Einheitlichkeit der Diagnosekodierung, um der Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens durch die Krankenkassen entgegenzuwirken (*Umsetzung bereits im TSVG erfolgt*)
- Zertifizierung der Praxisverwaltungssoftware, um krankenkassenindividuelle Module zur Beeinflussung des Kodierverhaltens zu verhindern (*gemeinsame Umsetzung mit der Einführung von Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Diagnosen- und Prozedurenschlüssel im TSVG*)
- Bis zum Inkrafttreten der Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Diagnosen- und Prozedurenschlüssel und der Zertifizierung der Praxisverwaltungssoftware: Entkopplung der Vergütung für Selektivverträge von Diagnosen, um zu vermeiden, dass über diese Verträge Diagnosen und nicht Leistungen vergütet werden
- Verbot der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen, um Einfallstore für illegale Kodierberatung zu schließen
- Klagerechte der Krankenkassen untereinander bei wettbewerbswidrigem Verhalten, um Manipulationen konkurrierender Krankenkassen auch bei Untätigkeit der Aufsichtsbehörden zu unterbinden - *siehe auch unter 2.* -
- Stärkung und Vereinfachung der Prüfung nach § 273 SGB V zur Sicherung der Datengrundlage für den RSA. U.a. erhält das BVA als RSA-Durchführungsbehörde ein anlassbezogenes Prüfrecht für Selektivverträge im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße. Die Beweislast bei der Aufklärung von Rechtsverstößen und erheblichen Auffälligkeiten in den RSA-Daten wird umgekehrt.

Stärkung von Präventionsanreizen durch den RSA

Die Präventionsorientierung des RSA wird gestärkt, indem eine Vorsorge-Pauschale in den RSA eingeführt wird. Die Krankenkassen erhalten so einen Anreiz, die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen ihrer Versicherten zu fördern. Die Krankenkasse erhält für jeden Versicherten eine Pauschale, sobald eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung oder eine Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 SGB V in Anspruch genommen wurde. Um die unterschiedlichen Kosten der verschiedenen Vorsorgeleistungen abzubilden, legt das BVA dazu verschiedene Gruppen von Leistungen entsprechend ihrer Kosten fest.

Einführung einer regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA wird gesetzlich beauftragt, alle vier Jahre eine Evaluation des RSA durchzuführen, um möglichen Weiterentwicklungsbedarf zu ermitteln. Zusätzlich kann der Beirat auch anlassbezogen mit der Prüfung von Einzelfragen durch BMG und BVA beauftragt werden.

2. Fortentwicklung des Organisationsrechts der Krankenkassen

Erweiterung der Wahlrechte der Versicherten: Bundesweite Öffnung der Krankenkassen

Der Wettbewerb wird dadurch gestärkt, dass die Wahlrechte der Versicherten zwischen den Krankenkassen erweitert werden. Diese sind derzeit noch durch die regionale Begrenzung vieler Krankenkassen beschränkt. Dafür werden die gesetzliche regionale Begrenzung der AOKen und die gesetzliche Begrenzung der geöffneten BKKen und IKKen auf Gebiete, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen, gestrichen. Krankenkassen, die durch ihre regionale Begrenzung bisher Vorteile aus unterdurchschnittlichen regionalen Ausgabenstrukturen ziehen konnten und daher unterdurchschnittliche Zusatzbeitragssätze anbieten, werden für Mitglieder aus dem gesamten Bundesgebiet wählbar. Dadurch werden Wettbewerbsvorteile, die sich derzeit aus unterdurchschnittlichen regionalen Ausgabenstrukturen ergeben, perspektivisch verringert. Durch die bundesweite Öffnung wird im Ergebnis auch eine einheitliche Rechtsaufsicht durch das BVA erreicht, die weitere Wettbewerbsverzerrungen durch Unterschiede im Aufsichtshandeln beseitigt. Dies gilt nicht für die nicht geöffneten BKKen, die durch ihren starken Bezug zu ihrem Trägerunternehmen geprägt sind und insoweit einen anderen, begrenzten Versorgungsauftrag erfüllen. Diese bleiben nur für die Beschäftigten des Trägerunternehmens wählbar.

Neues Haftungssystem

Unter den bestehenden Wettbewerbsbedingungen ist das nach Kassenarten gegliederte Haftungssystem nicht mehr systemgerecht. Auch zwischen den Krankenkassen einer Kassenart findet Wettbewerb statt. Das bisherige Haftungssystem der Krankenkassen wird daher abgeschafft und eine wettbewerbsneutrale Neuordnung angestrebt. Insbesondere wird die sogenannte Haftungskaskade mit primärer Haftung der übrigen Krankenkassen einer Kassenart abgeschafft: Bei

Schließung, Auflösung oder Insolvenz von Krankenkassen haftet zukünftig der GKV-Spitzenverband, der die entstehenden Kosten dann bei allen Krankenkassen geltend macht. Bei der Aufbringung der Mittel ist die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenkassen zu berücksichtigen. Das neue Haftungssystem führt dazu, dass Haftungsfälle wettbewerbsneutral sind und sich die finanziellen Belastungen eines Haftungsfalls auf alle Krankenkassen fair verteilen.

Wettbewerbsregeln und Klagerechte der Krankenkassen untereinander

Die Verhaltensregeln für den Wettbewerb der Krankenkassen und insbesondere für Werbemaßnahmen werden genauer festgelegt. Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) wird als Mindeststandard für verbindlich erklärt. Maßnahmen der Risikoselektion werden untersagt. Bei Werbung muss die Sachinformation im Vordergrund stehen. Die Unterlassungsansprüche und Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander bei wettbewerbswidrigem Verhalten werden ausgeweitet. Krankenkassen, die sich durch einen Rechtsverstoß eines Konkurrenten benachteiligt sehen, können unabhängig vom Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde selbst aktiv werden. Dies gilt künftig etwa auch beim Angebot unzulässiger Satzungsleistungen oder bei RSA-Manipulationen. Für Klagen wird der Rechtsweg zu den mit der Anwendung des UWG erfahrenen Zivilgerichten eröffnet.

Erneuerung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes

Die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes werden modernisiert. Um eine Professionalisierung zu erreichen und die Anbindung an das operative Geschäft der Mitgliedskassen zu unterstützen, wird der Verwaltungsrat künftig nicht mehr aus ehrenamtlichen Vertretern, sondern aus Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen gebildet. Darüber hinaus werden verbindliche Quotenregelungen geschaffen, die eine angemessene Repräsentanz von Frauen in den Entscheidungsgremien (Vorstand und Verwaltungsrat) fördern.