



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Bundestagsdrucksache 19/15662

12.12.2019

IKK e.V.

Hegelplatz 1

10117 Berlin

030/202491-0

info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Fairer Wettbewerb in der GKV	3
Strukturen des GKV-Spitzenverbandes	5
Kommentierung	7
Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 156 SGB V– Vereinigung auf Antrag	7
§ 166 SGB V – Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung und Schließung	7
Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	9
§ 217b Absätze 4 bis 6 SGB V: Organe.....	9
Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	14
§ 217c Absätze 1 bis 5 SGB V: Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung.....	14
Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	16
§ 260 SGB V: Betriebsmittel	16
§ 266 SGB V: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)	19
§ 267 SGB V: Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	21
Zu Artikel 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung).....	22
§ 15 RSAV: Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme	22
Zu Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	24
§ 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (Berechnung der Entgelte).....	24
Fachfremde Änderungsanträge	25

Grundsätzliche Anmerkungen

Ein wesentliches Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfs ist es, die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen in der Kassenlandschaft dauerhaft zu beseitigen. 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. Das Ziel der Stärkung eines fairen Kassenwettbewerbs unterstützen die Innungskrankenkassen ausdrücklich. Dies entspricht der Zusage im Koalitionsvertrag, wonach der Morbi-RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterentwickelt und vor Manipulationen geschützt werden soll. Das Gesamtpaket der angedachten Änderungen zum Morbi-RSA inklusive der als Manipulationsbremse angedachten Maßnahmen ist grundsätzlich geeignet, die jahrelangen Diskussionen zu befrieden. Allerdings wird erst die Zeit zeigen, ob der vom Gesetzgeber im Bereich der Aufsicht eingeschlagenen Weg, tatsächlich Wirkung zeigt.

Systemfremd und in ihrer Begründung und Zielsetzung nicht nachvollziehbar bleiben hingegen die Regelungsbestandteile, welche die Neuorganisation der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes betreffen. Diese Neuregelungen werden von den Innungskrankenkassen in der vorliegenden Form abgelehnt, da sie das erfolgreiche und bewährte System der sozialen Selbstverwaltung stark beeinträchtigen 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. Aus Sicht der Innungskrankenkassen muss eine Weiterentwicklung dabei insbesondere gleiche Wettbewerbschancen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen sicherstellen, Manipulationsresistenz gewährleisten, Über- und Unterdeckungen des Morbi-RSA reduzieren, Präventionsanreize setzen sowie die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen abbauen.

Die Kombination aller im Gesetzentwurf enthaltenen Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA erfüllen aus Sicht der Innungskrankenkassen grundsätzlich die oben gestellten Anforderungen und werden daher als Gesamtpaket begrüßt.

Die Innungskrankenkassen unterstützen dabei ausdrücklich die Stärkung der Präventionsanreize im Morbi-RSA. Die geplante Vorsorgepauschale ist ein richtiger Schritt, um Prävention für Krankenkassen auch finanziell attraktiver zu machen und die derzeit bestehenden Barrieren, Präventionsmaßnahmen durchzuführen, abzubauen. Jedoch werden ausschließlich Kosten für ausgewählte Maßnahmen der Primärprävention, konkret

zur Früherkennung von Krankheiten, und im Rahmen von Impfprogrammen, ausgeglichen, während Maßnahmen zur individuellen Krankheitsvermeidung unberücksichtigt bleiben. Gerade hier sollte der Gesetzgeber einen zusätzlichen Anreiz schaffen, da ansonsten die Bestrebungen der Krankenkassen, in individuelle Gesundheitsförderung 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 stehen die Innungskrankenkassen wegen der Gefahr der ungerechtfertigten Ausweitungen der dokumentierten Morbidität immer noch skeptisch gegenüber. Es ist aber zu begrüßen, dass der Gesetzgeber diese Bedenken offenbar teilt und mithilfe von Einzelmaßnahmen eine Manipulationsbremse einführt, die 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.

Bedingt durch die massive Verzögerung in der Gesetzgebung werden die geplanten Änderungen 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, bleiben bis dahin aber weiter bestehen. Dies haben die Zahlen des Schlussausgleichs für 2018 noch einmal bestätigt. Die Innungskrankenkassen fordern daher, mit einer schnellen Übergangslösung für gleiche Bedingungen zu sorgen. Eine Möglichkeit hierfür wäre eine Begrenzung der Über- und Unterdeckungen nach dem Vorbild der Krankengeldzuweisungen, bzw. eine Überführung der zum Jahreswechsel 2021/2022 überschießenden Vermögen in den Gesundheitsfonds. Damit könnten die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen bis zum Wirksamwerden der Morbi-RSA Reform ohne großen Aufwand korrigiert werden.

Organisationsrecht der Krankenkassen

Die wettbewerbsverzerrenden Unterschiede zwischen dem Agieren von Landesaufsichten und dem Bundesversicherungsamt (BVA) versucht der Gesetzgeber mit verschiedenen Einzelmaßnahmen aufzulösen. Jedoch lässt sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht mit Sicherheit sagen, ob das Maßnahmenpaket tatsächlich zu der benötigten und von den Innungskrankenkassen eingeforderten Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis beiträgt. Mit Sorge sehen die Innungskrankenkassen das Bemühen seitens der Länder, an diesem

Punkt Veränderungen herbeizuführen und begrüßen, dass die Bundesregierung dem Ansinnen der Länder in diesem Punkt nicht gefolgt ist.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Auflösung der Haftungsverbände bewerten die Innungskrankenkassen auch im Kontext mit der angedachten Möglichkeit der zwangsweisen „Vereinigung auf Antrag“ durch das Bundesgesundheitsministerium kritisch.

Bei einer Auflösung der Haftungsverbände wird die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sich Kassen im eigenen Kassenlager weiter unterstützen und durch freiwillige Fusionen Insolvenzen/Kassenschließungen vorgebeugt wird. Die Innungskrankenkassen haben in der Vergangenheit bewiesen, dass mit diesem Instrument verantwortungsvoll umgegangen werden kann. So wurden aus über hundert Innungskassen per Fusion nunmehr sechs.

Es darf nicht aus den Augen verloren werden, dass ein Wettbewerb auch Anbietervielfalt voraussetzt. Die Innungskrankenkassen setzen sich explizit für ein gegliedertes, regionales Krankenkassensystem und die Erhaltung der Kassenarten ein und lehnen die Regelungen daher ab. Die aus den Neuregelungen ablesbare, forcierte Entwicklung hin zu einer Einheitskasse steht dem diametral entgegen und kann auch nicht damit erklärt werden, die historisch bedingten Sonderregelungen im Organisationsrecht der Kassen für die Herstellung eines gestärkten, fairen Wettbewerbs abzuschaffen. Statt die Zwangsfusion-Regel auf alle bundesweiten Kassen auszuweiten, sollte diese Regelung gestrichen werden.

Strukturen des GKV-Spitzenverbandes

Die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung sind die tragenden Säulen der deutschen Sozialversicherung. Dies gilt naturgemäß auch für den GKV-Spitzenverband, wo in einem ausgeglichen Verhältnis die ehrenamtlichen Selbstverwalter für eine patienten- und versichertenorientierte, verantwortliche sowie insbesondere praxisnahe Gestaltung des Gesundheitswesens sorgen. Ihr gemeinschaftliches Wirken trägt in erheblichen Maße dazu bei, den sozialen Frieden zu sichern.

Die Innungskrankenkassen lehnen daher die im Gesetzentwurf vorgesehenen Neuregelungen zur Organisationstruktur des GKV-Spitzenverbandes – wie den Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) und die Verkleinerung des Verwaltungsrates – ab.

Der Gesetzesentwurf verzichtet zwar auf die noch im Referentenentwurf vorgesehene Regelung, wonach der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes künftig aus hauptamtlichen Vorständen der Krankenkassen gebildet werden soll. Doch auch die neuen Regelungen führen zu einem Paradigmenwechsel innerhalb des Selbstverwaltungssystems und bergen erhebliche Risiken in sich.

Die Intention des Gesetzgebers bei der Schaffung des GKV-Spitzenverbandes war es, für den allgemein-verbindlichen, nicht-wettbewerblichen Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst sachgerechte und zügige Entscheidungen im Interesse des Gesamtsystems zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband hat diesen Anspruch bisher erkennbar überzeugend erfüllt. Die vorgesehene Neuregelung führt dazu, dass die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes auf der wettbewerblichen und nicht-wettbewerblichen Ebene wie auch auf der operativen und der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt sind – letztlich wird sogar ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert. Damit ist ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-Spitzenverbandes nicht mehr durchgängig gewährleistet. Dabei sollten es doch in erster Linie die durch die Sozialwahl bestimmten Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber sein, die über grundsätzliche Versorgungsfragen entscheiden. Eine Verschiebung dieser Aufgabe auf das hauptamtliche Gremium LKA würde mit einer weiteren Schwächung der Selbstverwaltung einhergehen. Die vorgesehene Neuregelung ist daher in dieser Form abzulehnen.

Die mit der Neuregelung zudem angestrebte Reduzierung der Sitze des Verwaltungsrates von 52 auf 40 verhindert eine adäquate Abbildung der Interessen aller Mitglieds-kassen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Der Verwaltungsrat muss daher weiterhin aus 52 Mitgliedern bestehen. Die bestmögliche Anpassung der Sitz- und Stimmenverteilung an die Versichertenproporze nach der Statistik KM 1 im Verwaltungsrat ist laut den im Gesetz vorgegebenen Kriterien nur mit 52 Sitzen zu gewährleisten. In dem Kontext der Neureglung ist es zudem für die Innungskrankenkassen nicht nachvollziehbar, dass der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, auch nach wiederhergestellter paritätischer Finanzierung des Beitragssatzes durch Arbeitgeber und Versicherte, nicht paritätisch besetzt und stattdessen an einer "virtuellen" Parität mittels unterschiedlich gewichteter Stimmrechte festgehalten wird.

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

Kommentierung

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 156 SGB V– Vereinigung auf Antrag

§ 166 SGB V – Haftung für Verpflichtungen bei Auflösung und Schließung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 156 zur zwangsweisen Vereinigung von bundesweiten Krankenkassen einer Kassenart durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates werden die geltenden Regelungen für Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen zusammengeführt sowie auf bundesweite Innungskrankenkassen erstreckt, für die bislang keine solche Regelung bestand.

Der neue § 166 regelt die Haftung, wenn das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse nicht ausreicht, um die Gläubiger zu befriedigen und die Versorgungsansprüche der Beschäftigten zu erfüllen.

Die vorrangige Haftung der Krankenkassen derselben Kassenart wird gestrichen. Künftig soll die Gemeinschaft aller Krankenkassen direkt für die Verpflichtungen einer aufgelösten, geschlossenen oder insolventen Krankenkasse eintreten. Die Landwirtschaftliche Krankenkasse bleibt dabei unverändert von der Haftungsverpflichtung ausgenommen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die Abschaffung der Primärhaftung durch die jeweils betroffene Kassenart ab. Bei einer Auflösung der Haftungsverbände wird die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sich Kassen im eigenen Kassenlager weiter unterstützen und durch freiwillige Fusionen Insolvenzen/Kassenschließungen vorgebeugt wird.

Mit der zusätzlichen Ausweitung der Möglichkeit zur zwanghaften Fusion per Rechtsverordnung einzelner Krankenkassen innerhalb einer Kassenart und damit auch auf die Innungskrankenkassen gibt sich das Bundesgesundheitsministerium die Option, Fusionen per Rechtsverordnung auf der Bundesebene anzuordnen. Dies geschieht, weil, wie oben beschrieben, die Wahrscheinlichkeit für freiwillige Fusionen durch die Auflösung der Haftungsverbände eingeschränkt würde.

Die Innungskrankenkassen lehnen die Ausweitung der Möglichkeit zur zwangsweisen Fusion per Rechtsverordnung einzelner Krankenkassen innerhalb einer Kassenart ab.

Sie steht konträr zur zuvor beschriebenen Auflösung der Haftungsverbände und lässt sich nur dadurch erklären, dass sich das Ministerium mehr Spielraum bei der Re-Strukturierung der Gesetzlichen Krankenversicherung einräumen möchte und stärker zu einer Vereinheitlichung des Systems beitragen möchte.

Bei einer Auflösung der Haftungsverbände wird die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sich Kassen im eigenen Kassenlager weiter unterstützen und durch freiwillige Fusionen Insolvenzen/Kassenschließungen vorgebeugt wird. Die Innungskrankenkassen haben in der Vergangenheit bewiesen, dass mit diesem Instrument verantwortungsvoll umgegangen werden kann. So wurden aus über hundert Innungskranken per Fusion nunmehr sechs.

Es darf nicht aus den Augen verloren werden, dass ein Wettbewerb auch Anbietervielfalt voraussetzt. Die aus den Neuregelungen ablesbare, forcierte Entwicklung hin zu einer Einheitskasse steht dem diametral entgegen. Die Innungskrankenkassen setzen sich explizit für ein gegliedertes, regionales Krankenkassensystem und die Erhaltung der Kassenarten ein und lehnen die Regelungen daher ab.

Die Innungskrankenkassen fordern zudem im Zuge der angestrebten Rechtsbereinigung, die Option der Fusion auf Antrag per Rechtsverordnung grundsätzlich entfallen zu lassen, und zwar auch für die Ersatz- und Betriebskrankenkassen, da der ursprüngliche Normzweck (Anpassung der Organisationsstrukturen an Veränderungen in der wettbewerbsorientierten Krankenversicherung, Beitragsgerechtigkeit, Abbau Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen) sich in Zeiten durchschnittlicher Zusatzbeiträge nach Einschätzung der Innungskrankenkassen überlebt hat.

Änderungsvorschlag

§ 156 SGB V ist zu streichen.

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 217b Absätze 4 bis 6 SGB V: Organe

Beabsichtigte Neuregelung

Beim GKV-Spitzenverband soll als zusätzliches gesetzliches Organ ein Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) gebildet werden:

- Der LKA soll sich zusammensetzen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Knappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkasse (insgesamt 10 Mitglieder).
- Die Mitglieder des LKA werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund gewählt; ihr Stimmenanteil bemisst sich nach den Versichertenzahlen der Mitgliedskassen ihrer Kassenarten.
- Versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen bedürfen der Zustimmung des LKA. Der LKA kann alleine keine verbindlichen Entscheidungen treffen.
- Der LKA kann im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten. In einer Geschäftsordnung kann er das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat regeln.
- Der LKA kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. Fordert der Verwaltungsrat mit der Mehrheit seiner Stimmen eine Stellungnahme des LKA an, muss der LKA die angeforderte Stellungnahme abgeben. Mitglieder des LKA sind berechtigt, an nicht-öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilzunehmen.

Bewertung

Die vorgesehene Neuregelung führt zu einer erheblichen Kompetenzeinschränkung der bestehenden Organe Verwaltungsrat und Vorstand:

In ihrer Koalitionsvereinbarung haben sich CDU/CSU und SPD auf das politische Ziel verständigt, die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu stärken. Die im Kabinettsentwurf vorgeschlagene Schaffung eines mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten LKA bewirkt mit Blick auf die soziale Selbstverwaltung das Gegenteil. Entsprechend

stößt dieser Vorschlag bei den Spitzenorganisationen der Sozialpartner, insbesondere DGB und BDA, ebenso auf berechtigte Kritik und Ablehnung, wie bereits die im Referentenentwurf formulierten Vorschläge zur gänzlichen Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband. Im Ergebnis führen diese Änderungen dazu, dass

- die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes auf der operativen, aber auch auf der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt wären – letztlich wird ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert,
- ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-Spitzenverbandes nicht durchgängig gewährleistet ist,
- Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes häufiger verzögert oder blockiert werden können,
- insgesamt die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des GKV-Spitzenverbandes (und damit in der Folge der gemeinsamen Selbstverwaltung) gemindert werden können.

Verwaltungsrat

Durch die Etablierung eines mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten LKA wird der durch die Sozialwahl legitimierte, von den Sozialpartnern paritätisch getragene Verwaltungsrat in seinen Befugnissen erheblich eingeschränkt.

Nach geltendem Recht hat der Verwaltungsrat den Vorstand zu überwachen und alle Entscheidungen zu treffen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind (§§ 197, 217b Absatz 1 Satz 3 SGB V). Dies bedeutet, dass der Verwaltungsrat mit seinen Entscheidungen Vorgaben/Leitplanken für das operative Handeln des Vorstands setzt. Diese klare Kompetenzzuweisung steht im Widerspruch zu der vorgeschlagenen Kompetenz des LKA, wonach dieser allen „versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbaren Entscheidungen“ zustimmen muss. Im Ergebnis kann der LKA Entscheidungen des Verwaltungsrates von grundsätzlicher Bedeutung im Verhältnis zum Vorstand jederzeit blockieren.

Es erschließt sich nicht, warum keine Teilnahme der Vorsitzenden des Verwaltungsrates an den Sitzungen des LKA vorgesehen ist.

Vorstand

Der Vorstand hat nach geltendem Recht den Spitzenverband zu verwalten und umfassend gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten (siehe § 217b Absatz 2 Satz 4 SGB

V). Der Vorstand hat damit eigenständig das gesamte operative Geschäft des Verbandes zu verantworten. Durch die vorgesehene Neuregelung wird die Gestaltungskompetenz des Vorstands wesentlich eingeengt. Das in § 217b Absatz 5 Satz 1 n.F. vorgesehene Zustimmungserfordernis ist derart umfassend („sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbaren Entscheidungen“), dass – bei stringenter, umfassender Übernahme der Beteiligungsmöglichkeiten durch den LKA - bedeutend weniger Raum bleibt für eigenständige, verantwortungsbewusst abgewogene Entscheidungen des Vorstands. Die Kernaufgabe des Vorstands, die verantwortliche Führung des operativen Geschäfts, wird wesentlich eingeschränkt.

Dieser Bewertung steht nicht entgegen, dass der LKA im Einzelfall auf die Zustimmung verzichten kann oder in einer Geschäftsordnung das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung festlegen und damit auch seine Beteiligungsrechte begrenzen könnte. Denn über die Geschäftsordnung bestimmt der LKA selbst, wenn auch im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat.

Wettbewerbsperspektive im LKA

Mit dem LKA werden die Vorstandsmitglieder von Krankenkassen in der Governance-Struktur des GKV-Spitzenverbandes verankert, die aufgrund ihrer gesetzlichen Aufgaben primär im Blick haben müssen, ihre jeweiligen Versicherungsträger im Sinne ihrer Mitglieder im Wettbewerb der Krankenkassen erfolgreich auszurichten. Naturgemäß wird ihre Arbeit am Erfolg ihrer jeweiligen Krankenkasse (Mitgliederentwicklung, finanzielle Stabilität) gemessen; entsprechend haben sie im Ergebnis wettbewerbliche Interessen zu verfolgen. Diese Interessenlagen können aber innerhalb der Krankenkassenlandschaft (Kassenarten) naturgemäß voneinander abweichen. Die Hervorhebung der Wettbewerbsperspektive mit der Etablierung des LKA birgt daher die Gefahr, dass bei Entscheidungen, die für die Gesamtheit des GKV-Systems von wesentlicher Bedeutung sind, Verzögerungen und Blockaden wahrscheinlicher werden.

Rechtsnormen nicht klar und widerspruchsfrei

Der Gesetzgeber ist grundsätzlich gehalten, Gesetzesnormen entsprechend des Grundsatzes der Normenklarheit zu setzen. Die vorliegende Regelung widerspricht diesem Grundsatz. Die Regelung in § 217b Absatz 5 Satz 1 n.F. stellt keine klare, abgrenzbare Aufgabenzuweisung an den LKA dar. Die gewählte Formulierung lässt eine unbeschränkte Ausdehnung des Vetorechts des LKA auf Entscheidungen des Vorstandes (und mittelbar auch des Verwaltungsrates) zu. Eine Abgrenzung der vom Verwaltungsrat zu treffenden Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung (§ 197 Absatz 1 Nummer

1b SGB V) von den in § 217b Absatz 5 Satz 1 SGB V n.F. genannten „versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen sowie Richtlinien und Rahmenvorgaben oder vergleichbare Entscheidungen“ ist schwerlich möglich.

Fazit: Die Intention des Gesetzgebers bei der Schaffung des GKV-Spitzenverbandes war es, für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst sachgerechte und zügige Entscheidungen im Interesse des Gesamtsystems zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband hat diesen Anspruch bisher erkennbar überzeugend erfüllt. Die vorgesehene Neuregelung führt dazu, dass die Verantwortlichkeiten für die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes auf der operativen, aber auch auf der Ebene von grundsätzlicher Bedeutung nicht mehr klar und eindeutig abgegrenzt wären – letztlich wird sogar ein Veto-Recht des LKA gegen Entscheidungen des Verwaltungsrates implementiert. Damit ist ein widerspruchsfreies Handeln des GKV-Spitzenverbandes nicht durchgängig gewährleistet. Die vorgesehene Neuregelung ist daher in dieser Form abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Streichen der Regelung.

Hilfsweise:

Änderung von § 217b Absätze 4 bis 6 SGB V wie folgt:

„(4) 1 Der Verwaltungsrat bildet zur Beratung des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss. 2 Die Amtsdauer entspricht derjenigen des Vorstandes. 3 Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss setzt sich zusammen aus je einem weiblichen und einem männlichen hauptamtlichen Vorstandsmitglied der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen sowie je einem Mitglied der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse. 4 Kann eine Besetzung nach den Vorgaben des Satz 2 nicht erfolgen, bleibt der entsprechende Sitz frei. 5 Dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss können zusätzlich je eine weitere Vertreterin oder ein weiterer Vertreter auf hauptamtlicher Vorstandsebene aus den Kassenarten der Orts-, Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen angehören. 6 Die Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses werden von den Mitgliedern des Verwaltungsrates der jeweiligen Kassenart im Spitzenverband Bund der Krankenkassen gewählt. 7 Der Stimmenanteil der Vertreter der Kassenart im Lenkungs- und Koordinierungsausschuss bemisst sich nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Mitgliedskassen der Kassenarten zum 1. Januar des Kalen-

derjahres, in dem die neue Wahlperiode des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beginnt. 8 Der Stimmenanteil der Kassenart wird auf die Anzahl der Sitze verteilt. Kann ein Sitz nicht besetzt werden, entfällt dessen Stimmenanteil.“

„(5) 1 Vor Entscheidungen des Vorstandes zu Versorgungs- und Vergütungsverträgen soll der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss Empfehlungen abgeben. 2 Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann im Einzelfall auf die Abgabe von Empfehlungen verzichten. 3 Der Vorstand soll die Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses bei seinen Entscheidungen berücksichtigen; weicht der Vorstand von den Empfehlungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses ab, hat er dies schriftlich zu begründen. 4 Zu sonstigen Entscheidungen des Vorstandes kann der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eine Stellungnahme abgeben. 5 Das Nähere zum Verfahren und zur Beschlussfassung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses regelt der Verwaltungsrat in einer Geschäftsordnung. 6 Vertreter des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses können an Sitzungen gesetzlicher Gremien, denen der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angehört, teilnehmen.“

„(6) 1 Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss kann zu Themen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund fallen, vor Beschlussfassungen Stellungnahmen abgeben. 2 Fordert der Verwaltungsrat mit der Mehrheit seiner Stimmen eine Stellungnahme des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses an, muss der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss die angeforderte Stellungnahme abgeben. 3 Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses sind berechtigt, an nicht öffentlichen Sitzungen des Verwaltungsrates teilzunehmen. 4 Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates sind berechtigt, an den Sitzungen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses teilzunehmen.“

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 217c Absätze 1 bis 5 SGB V: Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung

Beabsichtigte Neuregelung

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes soll in der Größe und Zusammensetzung verändert werden. Die Regelung sieht vor, dass der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zukünftig aus 40 statt bisher 52 ehrenamtlichen Vertretern und Vertreterinnen der Verwaltungsräte der Krankenkassen gebildet wird. Die Vorschlagslisten für die Wahl des Verwaltungsrates haben mindestens 40 Prozent weibliche und 40 Prozent männliche Bewerberinnen und Bewerber zu enthalten.

Die Ausnahmeregelung für die Abweichung von der paritätischen Besetzung des Verwaltungsrates (Arbeitgeber- und Versichertenvertreter) für die Ersatzkassen bleibt bestehen.

Bewertung

Auch wenn der zunächst noch im Referentenentwurf angestrebte Systemwechsel und damit die Entmachtung der sozialen Selbstverwaltung ausbleibt, verhindert die vorgesehene Reduzierung der Sitze eine adäquate Abbildung der Interessen aller Mitgliedskassen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Der Verwaltungsrat muss daher weiterhin aus 52 Mitgliedern bestehen. Die bestmögliche Anpassung der Sitz- und Stimmenverteilung an die Versichertenproporze nach der Statistik KM 1 im Verwaltungsrat ist laut den im Gesetz weiterhin vorgegebenen Kriterien nur mit 52 Sitzen zu gewährleisten.

Es ist in diesem Kontext für die Innungskrankenkassen zudem nicht nachvollziehbar, dass der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, auch nach wiederhergestellter paritätischer Finanzierung des Beitragssatzes durch Arbeitgeber und Versicherte, nicht paritätisch besetzt ist. Immer noch werden für den Verwaltungsrat mehr Versichertenvertreter als Arbeitgebervertreter benannt. Dieses Missverhältnis wird im Moment durch unterschiedlich gewichtete Stimmen ausgeglichen. Die Innungskrankenkassen fordern daher – wie für die Verwaltungsräte der neu zu konstituierende Medizinischen Dienste – die Parität von Versicherten- und Arbeitgebervertretern beim GKV-Spitzenverband herzustellen.

Änderungsvorschlag

Zu § 217c Absatz 1, 3, 4 und 5:

Die geplante Änderung ist zu streichen.

§ 217 c Absatz 2 wird wie folgt geändert:

„Die für die Krankenkassen einer Kassenart zu wählenden Mitglieder des Verwaltungsrates müssen jeweils zur Hälfte der Gruppe der Versicherten und der Gruppe der Arbeitgeber angehören. ~~Abweichend von Satz 1 ist für die Festlegung der Zahl der Arbeitgebervertreter, die für die Ersatzkassen zu wählen sind, deren Verwaltungsrat mit Arbeitgebervertretern besetzt ist, die Hälfte des Anteils der Versichertenzahlen dieser Ersatzkassen an den bundesweiten Versichertenzahlen aller Ersatzkassen zum 1. Januar des Kalenderjahres zu Grunde zu legen, in dem der Verwaltungsrat gewählt wird. Bei Abstimmungen des Verwaltungsrates sind die Stimmen zu gewichten, soweit dies erforderlich ist, um insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Versichertenvertretern und Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat herzustellen. Die Verteilung der Sitze und die Gewichtung der Stimmen zwischen den Kassenarten haben zu einer größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart zu führen. Die Einzelheiten zur Sitzverteilung und Stimmengewichtung regelt die Satzung spätestens sechs Monate vor dem Ende der Amtsdauer des Verwaltungsrates. Die Satzung kann vorsehen, dass die Stimmenverteilung während einer Wahlperiode an die Entwicklung der Versichertenzahlen angepasst wird.~~“

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 260 SGB V: Betriebsmittel

Beabsichtigte Neuregelung

Laut GKV-Versichertenentlastungsgesetz wird die gesetzlich zulässige Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen, bestehend aus Betriebsmitteln einschließlich der Rücklagen, auf einen Höchstbetrag in Höhe des 1,0-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse abgesenkt, wenn der Morbi-RSA bis 31. Dezember 2019 gesetzlich fortentwickelt wurde. Die Regelung greift nun bereits durch den Beschluss des Gesetzes im Bundeskabinett ab dem 1. Januar 2020.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnten bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum GKV-Versichertenentlastungsgesetz die Absenkung der zulässigen Obergrenzen für Finanzvermögen und die mögliche Abführung der die Obergrenze übersteigenden Beträge an den Gesundheitsfonds ab.

Tatsächlich ermöglichte die hervorragende konjunkturelle Ausnahmesituation der jüngsten Vergangenheit und die durch die meist jungen und gesunden Neuzugänge gedämpften Ausgabenzuwächse in den letzten Jahren GKV-weite Beitragssatzsenkungen. Langfristig, dies haben bereits die diesjährigen Ergebnisse des Schätzerkreises gezeigt, werden die Ausgaben der GKV wieder stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Der fallende ifo-Index, aber auch die gesenkte Konjunkturprognose der Bundesregierung deuten bereits auf ein Ende des Wirtschaftsaufschwungs hin. Auf der Ausgabe Seite haben bereits beschlossene Gesetze ihre Wirkung noch nicht vollends entfaltet. Neue Vorhaben wie die Entlastung der Betriebsrenten, die Einführung digitaler Innovationen in den ersten Gesundheitsmarkt und die Subventionierung der Pflege verstärken den Druck auf die Ausgaben ebenso wie die fortschreitende demografische Alterung. Daher wurde der vom BMG Anfang November veröffentlichte durchschnittliche Zusatzbeitrag erstmal seit zwei Jahren wieder angehoben.

Die beabsichtigte kurzfristige Abschmelzung der Finanzreserven bietet Fehlanreize zu ungerechtfertigten Ausgabenanstiegen. Mögliche Zwangsabführungen von Vermögen an den Gesundheitsfonds verschärfen diese Anreize.

Auch bedarf es in der GKV keiner zusätzlichen Förderung des Preiswettbewerbs. Krankenkassen, die von ihren Mitgliedern höhere Beiträge erheben als nötig, leisten sich bewusst einen Wettbewerbsnachteil. Durch die beabsichtigten kurzfristigen Beitragssatz-

senkungen besonders vermögender Krankenkassen würden sich aber vor allem bestehende Marktkonzentrationen, wie in Sachsen und Thüringen, verstärken.

Die erst kürzlich wieder errungene Beitragssatzautonomie wird durch diese Regelung erneut außer Kraft gesetzt. Die Festlegung der Beitragssätze in einer Kasse erfolgt in einer paritätisch besetzten Selbstverwaltung, wie sie bei den Innungskrankenkassen besteht, unter Würdigung von verschiedenen externen wie internen Gründen. Entscheidungen fallen mit Blick auf finanzielle Risiken, die sich aus dem Wettbewerb und aus gesetzlichen Vorgaben geben können, wie mit Blick auf beabsichtigte Investitionen in Versorgungsverbesserungen.

Die beabsichtigte Einführung von Vermögensobergrenzen beseitigt aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht die Problemursache. Ursächlich für die unterschiedlich verteilten Vermögen in der GKV – und damit auch die sehr hohen Finanzreserven von einem Teil der Kassen – ist die ungerechte Verteilung der Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Hier besteht echter Handlungsdruck. Insofern begrüßen wir die Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Die Verknüpfung der Morbi-RSA-Reform mit der Einführung von Vermögensobergrenzen lehnen die Innungskrankenkassen aber ab, zumal die Morbi-RSA-Reform erst ein volles Jahr später, ab 2021 zu greifen beginnt und damit erst Ende 2023 umfassend finanzwirksam wird. Dies läuft auch der Intention des Gesetzgebers entgegen, die Mitglieder der GKV zu entlasten, weil das „Übergangsjahr“ deutliche Unwirtschaftlichkeitsanreize setzt.

Als kurzfristige Übergangsregelung fordern die Innungskrankenkassen daher eine Halbierung der Über- und Unterdeckungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben im Morbi-RSA nach dem Vorbild der Zuweisungen für Krankengeldausgaben an. Darüber hinaus fordern die Innungskrankenkassen eine Abschmelzung der übersteigenden Betriebsmittel zu Gunsten des Gesundheitsfonds.

Grund dafür ist, dass eine wie auch immer geplante Reform des Morbi-RSA nicht von heute auf morgen umgesetzt werden wird. Da aber bereits jetzt die Schwere zwischen Über- und Unterdeckung immer weiter auseinander geht, ist ein Übergangsregelung zwingend notwendig, um einer insbesondere auch den Versicherten abträglichen Monopolisierung auf Kassenebene entgegenzuwirken und den dafür erforderlichen Wettbewerb zu erhalten.

Änderungsvorschlag

Zu § 260 SGB V, § 18 RSAV

§ 260 Absatz 2a wird gestrichen.

§ 260 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Übersteigen die nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 nach Ablauf des Jahres 2020 den nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 vorgegebenen Betrag, hat die Krankenkasse den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abzuführen.“

§ 18 n.F. (Jahresausgleich) RSAV

§ 18 n.F. Absatz 1 wird wie folgt ergänzt:

„Die Hälfte der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Ziffer 1 ist für das Ausgleichsjahr 2020 für jede Kasse auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkasse für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nach § 4 RSAV zu ermitteln.“

Folgeänderungen

§ 266 n.F. (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung)

§ 266 n.F. Absatz 11 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nach Maßgabe der §§ 266 bis 270 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung. Für das Ausgleichsjahr 2020 wird das bestehende Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung standardisierter Leistungsausgaben nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Ziffer 1 um ein Verfahren ergänzt, das die tatsächlichen Leistungsausgaben anteilig berücksichtigt. Die Anpassung der Datenermittlung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Risikostruktur- Ausgleichsverordnung gemäß § 7 Absatz 1 Satz 3 der Risikostruktur- Ausgleichsverordnung ist ab dem Ausgleichsjahr 2021 bei den Zuweisungen nach Absatz 3 zu berücksichtigen.“

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

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

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe f

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

Buchstabe j

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 f

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. Die explizite Nennung von Wettbewerb und Manipulationsresistenz als Untersuchungsinhalte der regelmäßigen Evaluation im neuen Absatz 10 allein ist hier nicht ausreichend, die vorgenommene Präzisierung wird von den Innungskrankenkassen als sachgerechte Klarstellung bewertet.

Buchstabe j

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

Zu § 266 SGB V Buchstabe f

Absatz 5 n.F. ist um eine Nummer 3 zu erweitern:

„faire Wettbewerbsbedingungen ermöglichen“.

Zu § 266 SGB V Buchstabe j

Der neue Absatz 10 ist wie folgt zu fassen:

„Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenkassen und die Manipulationsresistenz 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 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 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 zur 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 Absatz 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 2019 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 6 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 7

§ 15 RSAV: Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme

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 Vorsorgepauschale 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 nicht die vollständigen Kosten der Präventionsleistung gedeckt werden und eine Mengenausweitung somit stets finanziell zu Lasten der Krankenkasse geht.

Es gibt aber auch einen zweiten Kritikpunkt an der Regelung: So werden ausschließlich Kosten für ausgewählte Maßnahmen der Primärprävention, also zur Früherkennung von Krankheiten, und im Rahmen von Impfprogrammen ausgeglichen, während Maßnahmen, auch zur individuellen Krankheitsvermeidung, unberücksichtigt bleiben. Gerade hier sollte der Gesetzgeber einen zusätzlichen Anreiz schaffen, da ansonsten die Bestrebungen der Krankenkassen, in individuelle Gesundheitsförderung zu investieren, konterkariert werden.

Die Innungskrankenkassen fordern weitergehend:

- Zukünftig sollten sich die kassenindividuellen Zuweisungen für Primärprävention an den realen Ausgaben der jeweiligen Kassen orientieren. Dies sollte in Form eines gedeckelten Ist-Kostenausgleichs geschehen. Solch ein Ausgleich stärkt die Präventionsanreize für die einzelnen Kassen nachhaltig, weil ausschließlich die Echausgaben ausgeglichen werden und so Einschränkungen der Investitionen in Primärprävention keine Überschüsse mehr generieren.
- Gleichzeitig sollten alle morbiditätsorientierten Zuschläge um einen pauschalen Betrag je Versichertentag abgesenkt werden. Eine pauschale Absenkung würde Anreize zur Risikoselektion im Hinblick auf einzelne Krankheiten ausschließen, weil alle Krankheitszuschläge gleich behandelt würden.

Änderungsvorschlag

§ 15 Absatz 1 Satz 3 RSAV wird wie folgt gefasst:

„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.“

Zu Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (Berechnung der Entgelte)

Beabsichtigte Neuregelung

Nachträglich wurde der Gesetzesentwurf durch eine Regelung ergänzt, wonach bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung im Krankenhaus aufgenommen werden, im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 ein Zuschlag in Höhe von 0,3 Prozent des Rechnungsbetrags zu berechnen und gesondert auf der Rechnung auszuweisen ist. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

Durch die Regelung soll ein pauschaler Ausgleich für mutmaßlich unterfinanzierte Tarifsteigerung im Pflegedienst für die Jahre 2018 und 2019 erfolgen.

Bewertung

Die geplante Regelung ist in Gänze abzulehnen.

Die geplante Regelung geht nicht konform mit dem System der Refinanzierung der Tarifentwicklung. Ein pauschaler Zuschlag – unabhängig von der tatsächlichen Kostenauswirkung und zusätzlich zu den bestehenden Refinanzierungsregelungen im KHEntgG (§ 9 Absatz 1 iVm. § 10 Absatz 5 Satz 4) und der BPfIV (§ 3 Absatz 4) – führt zu unberechtigten, systemfremden Zusatzausgaben.

Im Rahmen der bestehenden Gesetzgebung werden alle sachlich rechnerischen Tarifauswirkungen und die daraus entstehende Unterfinanzierungen durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ermittelt sowie der berechnete Tarifausgleich vereinbart. Für die Jahre 2018 und 2019 laufen aktuell hierfür die entsprechenden Verhandlungen.

Im Übrigen besteht schon jetzt die berechnete Befürchtung, dass es nicht bei einer Einmal-Zahlung bleiben wird. So hat die DKG schon jetzt Forderungen dahingehend erhoben, dass auch in den nächsten Jahren ein entsprechender Zuschlag erfolgen soll. Einem solchen Ansinnen gilt es schon an dieser Stelle klar und deutlich entgegenzutreten.

Änderungsvorschlag

Streichen der Regelung.

Fachfremde Änderungsanträge

Änderungsanträge zum Thema „Lieferengpässen in der Arzneimittelversorgung“.

Die Vorschläge zur Erhöhung der Transparenz werden vollumfänglich mitgetragen. Einschnitte in Bezug auf das Rabattsystem sind nicht angezeigt.

Das BfArM hat noch zum 23. November 291 Meldungen über Lieferengpässe bei circa 150.000 verfügbaren Arzneimitteln in Deutschland erfasst. Grundlage der Angaben sind die beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldeten Lieferunfähigkeiten, die von den Pharmaherstellern bisher noch auf freiwilliger Basis gemeldet werden. Die Erhöhung der Transparenz über die Liefersituation ist wichtig, auch wenn nicht alle Lieferprobleme gleich ein Versorgungsproblem darstellen. Zu Unrecht wird in der Öffentlichkeit der Eindruck erweckt, dass das Rabattvertragswesen zu den Lieferengpässen führt. Fest steht vielmehr, dass in keiner der oben genannten Lieferengpass-Konstellationen ein Rabattvertrag ursächlich war.

Davon ungeachtet können in Fällen von Lieferproblemen in der Regel alternative Arzneimittel abgegeben werden, denn die Rabattverträge beziehen sich auf generisch verfügbare Wirkstoffe. Insbesondere hier greift die Abgabereihenfolge nach Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V. Dies verhindert, dass Lieferengpässe zu Versorgungslücken führen. Die alternative Abgabe ist seit langer Zeit geregelt. So bestehen funktionierende Regelungen für eine weiterhin wirtschaftliche Versorgung, in übrigen auch in Akutfällen. Rabattverträge sind nicht die Ursache der Lieferengpässe bei Medikamenten.

Im Übrigen sehen die Innungskassen in Rabattverträgen gerade die Chance, im Sinne der Patienten und Versicherten dem Problem zu begegnen, indem bei Ausschreibungen verpflichtend Preis- und Qualitätsaspekte berücksichtigt werden, etwa Vorgaben für eine doppelte Lieferabsicherung entlang der gesamten Produktionskette. Dafür müssen die Vergabevorschriften nicht geändert werden.