

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen

in Kooperation mit Prof. Dr. Florian Buchner, Hochschule Kärnten

Stellungnahme zum Regierungsentwurf des GKV-FKG:

Grundrichtung stimmt, Nachbesserungsbedarf besteht

12. Dezember 2019

1. Allgemeine Bemerkungen:

Der vorliegende Gesetzentwurf zum GKV-FKG nimmt wesentliche Teile des „Sondergutachtens“ und des „Regionalgutachtens“ auf, die der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) beim Bundesversicherungsamt unter Vorsitz von Prof. Wasem 2017 und 2018 vorgelegt hat. Dies ist zu begrüßen, da insoweit der RSA zielgerichtet weiterentwickelt wird. Der Gesetzentwurf enthält darüber hinaus weitergehende Regelungen, die differenziert zu beurteilen sind. Nicht alle Regelungen des Gesetzentwurfs folgen den Empfehlungen des Gutachtens – und so tragen auch nicht alle Regelungen cum grano salis zu einer sachgerechten Weiterentwicklung des RSA bei.

Neben der inhaltlichen Weiterentwicklung sieht der Gesetzentwurf eine weitgehende Neukodifikation der RSA-bezogenen Regelungen des SGB V und der Risikostrukturausgleichsverordnung vor. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen, da diese Rechtsquellen insbesondere nach Einführung des Gesundheitsfonds und dem Übergang zur Morbiditätsorientierung des RSA nur noch schwer zu lesen waren. Die Neukodifikation ist sorgfältig gemacht und gibt das politisch Gewollte in gut verständlicher Form und technisch korrekt wieder.

Im Folgenden gehen wir nur auf ausgewählte Regelungen des Gesetzentwurfs ein.

2. Regelungen zur Thematik „Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens durch Krankenkassen“

Der Gesetzentwurf sieht eine Reihe von Regelungen zur Thematik „Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens durch Krankenkassen“ vor. Bemühungen, Manipulationen bei ärztlichen Kodierungen durch Krankenkassen zu verhindern, sind grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings ist uns wichtig darauf hinzuweisen, dass die Untersuchungen des Wissenschaftlichen Beirats keine Anhaltspunkte für flächendeckendes Upcoding sondern im

Wesentlichen für Right-Coding gezeigt haben: So sind die Prävalenzen, die mit GKV-Daten gemessen werden, in den Fällen, in denen eine entsprechende Überprüfung möglich war, nicht höher gewesen als die Versorgungsepidemiologie durch dem GKV-System externe Datenquellen (insbesondere: Bevölkerungsgesundheitsstudien) ermittelt. Der Verdacht, in erheblichem Umfang seien Versicherte „kränker“ gemacht worden als zutreffend, lässt sich mit den insoweit sehr sorgfältigen Analysen des Wissenschaftlichen Beirats nicht belegen.

Auf einige Aspekte der vorgesehenen Regelungen soll im Folgenden näher eingegangen werden.

a. „Keine Vergütung für Diagnosen“

An mehreren Stellen des SGB V wird nachgeschärft, dass keine Vergütungen für Diagnosen gezahlt werden sollen, z.B. durch die Neuformulierung von § 73b Abs. 5 Sätze 7ff SGB V. Das Anliegen der Bundesregierung ist hierbei durchaus verständlich. Allerdings besteht bei einer restriktiven Auslegung der Vorschrift durch die Aufsichten die Gefahr, dass sinnvolle Versorgungssteuerung nicht mehr möglich ist. Denn Versorgungsverträge nehmen notwendigerweise im allgemeinen spezifische Krankheiten in den Fokus. Dass Versicherte an den entsprechenden Krankheiten leiden, ist daher zwingendes Einschlusskriterium in entsprechende Verträge. Würden solche Verträge nicht mehr möglich sein, würde die von der Gesundheitspolitik gewollte Verbesserung der Versorgung insbesondere auch durch Selektivverträge beeinträchtigt werden. Insofern besteht das Risiko, dass die Änderungen über das Ziel hinausschießen.

Wir schlagen daher eine Neuformulierung vor, die das politisch Gewollte klarer zum Ausdruck bringt. Beispielhaft an § 73b Abs. 5 Sätze 7ff (Änderungen/Anfügung unterstrichen, wegfallender Text durchgestrichen; gilt für die anderen Stellen im Gesetzentwurf mit vergleichbarem Inhalt entsprechend):

„Vereinbarungen, die eine Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen als Voraussetzung für Vergütung vorsehen, sind unzulässig; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt. Vereinbarung, die vor dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1] zustande gekommen sind, sind bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] anzupassen. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden und über die Leistungen der Regelversorgung hinaus gehen, sind zulässig.“

Mit der Neuformulierung in Satz 7 erster Halbsatz wird klargestellt, dass das Verbot sich auf die Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen bezieht.

Durch die vorgeschlagene Anfügung von Satz 9 wird klargestellt, dass Vergütungen für über die Regelversorgung hinausgehende Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patienten mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, möglich bleiben.

b. „Manipulationsbremse“

Der Gesetzentwurf sieht in § 266 Abs. 8 SGB V n.F. den Ausschluss der Risikogruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten vor. In § 19 RSAV n.F. ist geregelt, dass hierfür ein Schwellenwert von 0,05 % der Versichertenzeiten gilt. Dem GKV-Spitzenverband soll ein Vetorecht gegen den Ausschluss eingeräumt werden, wenn der Diagnosenanstieg „medizinisch oder diagnostisch bedingt ist.“

Auch wenn das Grundanliegen des Vorschlages verständlich ist, erscheint die Regelung insgesamt jedoch problematisch. So ist zunächst fraglich, inwieweit ein Algorithmus, welcher Morbiditätsgruppen für alle Krankenkassen aus der Zuweisung streicht, in der Lage ist, den unterstellten vorhandenen Vorsatz für manipulative Aktivitäten einzelner Krankenkasse zu begrenzen. Im (allerdings eher unrealistischen) Fall, dass keinerlei Manipulationen stattfänden, würden willkürlich bis zu 5 % umsatzstarker und damit versorgungsrelevanter HMGs gestrichen. Die Regelung ist auch vor dem Hintergrund zu würdigen, dass die kassenindividuellen Prüfverfahren (§ 273 SGB V) mit dem Gesetzentwurf weiterentwickelt werden.

Dass Krankheiten mit hohen Prävalenzanstiegen künftig quasi automatisch künftig nicht mehr im RSA berücksichtigt werden, macht zumindest einen Teil des Fortschritts durch den Übergang zum Vollmodell zunichte und ist insoweit kontraproduktiv. Denn mit der Umverteilung der durch die Streichung der HMGs frei werdenden Mittel auf die übrigen Variablen geht immer auch ein Abbau der Morbiditätsorientierung einher, weil ein Teil dieser Mittel über Alter und Geschlecht verteilt wird und daher Beiträge zu einer Überbezahlung Gesunder geleistet werden. Dies schafft neue Anreize zur Risikoselektion. Daher plädieren wir dafür, die Regelung zu streichen.

Alternativ ist als Mindestkorrektur zwingend erforderlich, die Regelung weiter zu entwickeln. Insbesondere muss die Vetomöglichkeit des GKV-Spitzenverbandes ausgebaut werden. Bislang ist vorgesehen, dass dieser widersprechen kann, wenn der Anstieg medizinisch oder diagnostisch bedingt ist. Dies ist keinesfalls ausreichend. So kann ein Prävalenzanstieg auch aus Katalogeffekten bei ambulanten und stationären Kodierrichtlinien und im DRG-System sowie bei Änderungen im RSA (Neuzuschnitt von HMGs) resultieren. Das Vetorecht des GKV-Spitzenverbandes ist zwingend auf Anstiege infolge von Katalogeffekten zu erweitern.

c. Verbot der Beratung der Ärzte über verordnete Leistungen durch Kassen

Das Anliegen der Bundesregierung, „Kodiermanipulationen“ durch Krankenkassen zu vermeiden ist – wie bereits ausgeführt – legitim und nachvollziehbar und wird von uns unterstützt. Der Vorschlag der Bundesregierung, in diesem Zusammenhang die bisher in § 305a SGB V vorgesehene Aufgabe auch der Krankenkassen, Vertragsärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen zu beraten, zu streichen, geht weit über das Ziel hinaus und ist daher abzulehnen. Die beabsichtigte Änderung ist unverhältnismäßig und schüttet das Kind mit dem Bade aus. Der im Rahmen der Aufgabe nach § 305a SGB V realisierte Dialog zwischen den jeweiligen Vertragsärzten und einer Krankenkasse ist notwendig und unverzichtbar; er dient nicht nur der Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit, sondern auch der Qualität und der Patientensicherheit. Die vorgesehene Änderung von § 305a SGB V ist daher zu streichen.

3. Übergang zum „Vollmodell“ im RSA berücksichtigter Erkrankungen

Mit der Neufassung der §§ 266, 267 SGB V sowie der Neukodifizierungen in der RSAV wird der Übergang von einem auf 50-80 Auswählerkrankungen bezogenen RSA-Modell zu einem „Vollmodell“ aller Erkrankungen vollzogen.

Der Wissenschaftliche Beirat hat sich in seinem Sondergutachten 2017 ausführlich mit der Frage der Krankheitsauswahl beschäftigt. Er hat einerseits festgestellt, dass bei einer Begrenzung der in den RSA einbezieharen Erkrankungen der aktuelle Auswahlalgorithmus von seiner Leistungsfähigkeit den alternativ diskutierten Auswahlansätzen (Stichwort: Logarithmus statt Quadratwurzel) überlegen ist. Andererseits aber hat er festgestellt, dass ein Fortfall der Begrenzung im Rahmen eines „Vollmodells“ einen weiteren wichtigen Schritt insbesondere in Richtung eines Abbaus der Überdeckungen für „Gesunde“ und der Unterdeckungen für „Kranke“ leistet. Daher hat sich der Beirat eindeutig für den Übergang zum Vollmodell ausgesprochen.

Diese Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats ist nach wie vor sachgerecht; wir begrüßen daher nachdrücklich den Übergang zum Vollmodell. Wir möchten auch an dieser Stelle deutlich machen, dass die sog. „Manipulationsbremse“ den Übergang zum Vollmodell konterkarieren würde und wir sie auch daher ablehnen.

In der Diskussion ist verschiedentlich geäußert worden, durch ein Vollmodell würden die Ansatzmöglichkeiten für Beeinflussung von Kodierverhalten durch Krankenkassen erweitert. Dies trifft für sich genommen zu. Auf der anderen Seite gilt allerdings auch, dass die Kosten-Nutzen-Relation von entsprechenden Aktivitäten für die Krankenkassen sich beim Übergang zum Vollmodell durch die deutlich niedrigeren Beträge der Zuweisungen für einzelne Erkrankungen reduziert; zumal bei besonders teuren Erkrankungen durch den Risikopool ebenfalls eine deutliche Reduktion der Zuweisungen über die entsprechenden HMGs bewirkt wird. Zudem ist auf die zahlreichen Instrumente zu

verweisen, die der Gesetzentwurf gegen regelwidrige Einflussnahme auf Kodierverhalten der Ärzte vorsieht.

Teilweise wird der Übergang zum Vollmodell mit dem Hinweis abgelehnt, praktisch würde es in der Umsetzung im Klassifikationsmodell ohnehin nicht für alle Krankheiten Zuweisungen geben, deswegen sollte der Schritt zum Vollmodell nicht vollzogen werden. Dieses Argument ist nach unserer Auffassung nicht tragfähig. Es ist sachlich gerechtfertigt, beim Bilden von Hierarchisierten Morbiditätsgruppen einzelne Gruppen auf Null zu setzen, wenn sie keine statistisch signifikante Zuweisung generieren. Im Ausgangsmodell der Anpassungsarbeiten des BVA sollten jedoch alle Krankheiten (Vollmodell) in die Analysen einfließen.

4. Streichung der Erwerbsminderungsvariable

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Erwerbsminderungsstatus künftig keine Risikovariablen im RSA mehr sein soll.

In der verbandspolitischen Landschaft ist die Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus seit Einführung des RSA umstritten gewesen und die Intensität der Debatte hat mit Übergang zum Morbi-RSA 2009 zugenommen. Der Wissenschaftliche Beirat hat sich daher in seinem Sondergutachten 2017 sehr umfassend mit der Thematik beschäftigt. Im Ergebnis stellt er nachdrücklich fest, dass eine Streichung der Variablen nicht sachgerecht ist, weil die betroffenen Versicherten dann deutlich (im Durchschnitt über 1.000 Euro pro Person und Jahr) unterdeckt sind. Allerdings sieht der Wissenschaftliche Beirat Weiterentwicklungspotenziale darin, die Erwerbsminderungsvariablen als Schweregrad-Indikator für die Morbiditätsgruppen zu verwenden. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die mit dem Erwerbsminderungsstatus einhergehenden Mehrausgaben zwischen den verschiedenen Erkrankungen unterschiedlich sind. Um die hohen Unterdeckungen bei jungen Erwerbsminderungsrentnern zu beheben, wurde als erster Schritt eine bessere Altersabgrenzung für diese Versicherten angeregt.

Wir halten die der Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats weiterhin für richtig. Die Streichung der Erwerbsminderungsvariable ist nicht sachgerecht. Die Begründung des Gesetzentwurfs läuft ins Leere. Insbesondere ist die Begründung, für gleichkranke Versicherte ohne dieses Statusmerkmal gäbe es ebenfalls keine erhöhten Zuweisungen, nicht sachgerecht – diese Versicherten können wegen fehlenden Statusmerkmals nicht als Gruppe identifiziert werden, daher kann die Krankenkasse auch nicht gegen sie Risikoselektion betreiben. Die Verschlechterung der Zielgenauigkeit des RSA auf Basis einer solchen fehlgeleiteten Argumentation ist nicht zu rechtfertigen.

Die Regelung sollte daher im parlamentarischen Verfahren modifiziert werden: Im Klassifikationsmodell sollte der Erwerbsminderungsstatus als Schweregrad-Indikator

berücksichtigt werden, im Einstieg könnte eine stärkere Altersdifferenzierung der Erwerbsminderungsvariablen vorgenommen werden.

5. Einführung eines Regionalfaktors

Der Gesetzentwurf sieht die Einführung eines Sets von Regionalvariablen in das RSA-Klassifikationsmodell vor. Konkret ist (wie sich insbesondere aus der Gesetzesbegründung ergibt) vorgesehen, den vom Wissenschaftlichen Beirat im Regionalgutachten im Rahmen einer umfassenden Untersuchung vorgeschlagenen Ansatz des „regionalstatistischen Direktmodelles“ umzusetzen. Der Wissenschaftliche Beirat hatte hierbei eine Variante, bei der Angebotsvariablen berücksichtigt werden (M1) und eine Variante, bei der Angebotsvariablen nicht berücksichtigt werden (M2) vorgeschlagen. Der Begründung zum Gesetzentwurf ist zu entnehmen, dass die Bundesregierung ein Modell ohne Angebotsvariablen (M2) umsetzen möchte.

Wir begrüßen die Umsetzung eines regionalstatistischen Modelles als Direktmodell ohne Angebotsvariablen. Auch begrüßen wir, dass die Bundesregierung die Überlegungen des Wissenschaftlichen Beirats zu einem ergänzenden regional-orientierten Unterdeckungsausgleich nicht aufgegriffen hat. Solch ein ergänzender Ausgleich würde den RSA in die Nähe eines Ausgabenausgleichs rücken und die Wirtschaftlichkeitsanreize empfindlich mindern.

Allerdings möchten wir anmerken, dass wir es begrüßen würden, wenn der Gesetzgeber solche Variablen, die auch auf Individualbasis in den RSA einbezogen werden könnten, nicht in Form einer Regionalvariable sondern als individuelle Risikomerkmale berücksichtigen würde. Ein solcher Vorrang von Individual- vor Regionalvariablen kann die Zielgenauigkeit des RSA stärker verbessern. Um dies an einem Beispiel zu erläutern: Die Variable „(ambulante) Pflegebedürftigkeit“ wird voraussichtlich eine erklärende Variable bei Regionalanalysen sein (so ergab es sich zumindest im Regionalgutachten des Beirats), da in Kreisen mit anteilig überdurchschnittlich vielen Pflegebedürftigen tendenziell Unterdeckungen vorliegen. Allerdings werden diese Unterdeckungen in der Tendenz durch die Pflegebedürftigen als Individuen ausgelöst, so dass es sachgerechter wäre, Pflegebedürftigkeit als Individualmerkmal in den RSA einzubeziehen. Dies ist im konkreten Fall datentechnisch auch möglich (und datenschutzrechtlich unproblematisch), da die SGB XI-Daten einer Pflegekasse für den RSA mit den SGB V-Daten der entsprechenden Krankenkasse zusammengespielt werden können. Bei anderen statistisch mit regionalen Fehldeckungen korrelierenden Variablen findet sich dagegen keine Entsprechung in Individualdaten, so dass diese dann als Regionalvariablen in den RSA aufgenommen werden sollten.

6. Bonus für Teilnehmer an Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

Der Regierungsentwurf sieht die Einführung von „Bonus“-Zuweisungen für Teilnehmer an Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen vor. Damit sollen für die Krankenkassen Anreize gesetzt werden, die Teilnahme ihrer Versicherten an solchen Maßnahmen zu motivieren.

Der Wissenschaftliche Beirat hat sich in seinem Sondergutachten ausführlich mit der Thematik „RSA und Prävention“ befasst. Er stellt fest, dass es ein Spannungsverhältnis zwischen Risikoausgleich für Erkrankungen und Präventionsanstrengungen durch die Krankenkassen gibt. Im Ergebnis sieht der Wissenschaftliche Beirat als sachgerecht an, eine eventuelle Förderung von Vorsorgeaktivitäten nicht innerhalb des RSA sondern parallel dazu durch gesonderte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vorzunehmen.

Es ist daher zu begrüßen, dass die vorgesehene Förderung von Vorsorge nicht zu einer Bereinigung der RSA-Zuweisungen führt, sondern (nach § 18 Abs. 2 RSAV n.F.) über die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen erfolgt.

7. Risikopool

Der Gesetzentwurf sieht die (Wieder-)Einführung eines Risikopools vor: Liegen die Leistungsausgaben eines Versicherten im Jahr über 100.000 Euro soll der übersteigende Betrag zu 80% aus dem Gesundheitsfonds als Risikopool finanziert werden. Nur die um die Erstattungen aus dem Pool für die entsprechenden Versicherten bereinigten Leistungsausgaben gehen anschließend bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben in die RSA-Berechnungen ein.

Der Wissenschaftliche Beirat hatte sich in seinem Sondergutachten zurückhaltend zur Wiedereinführung eines Risikopools geäußert. Insbesondere hatte er auf den deutlich erhöhten Kontrollaufwand bei einer Erstattung auf Ist-Ausgaben-Basis und auf die mangelnden Wirtschaftlichkeitsanreize hingewiesen. Auch mit Blick auf die Wirtschaftlichkeitsanreize hatte der Wissenschaftliche Beirat einen an Unterdeckungen nach RSA anstelle eines an Leistungsausgaben vor RSA ansetzenden Risikopool für besser geeignet angesehen.

Wir halten die Wertung des Wissenschaftlichen Beirats weiterhin für richtig und sehen einen Unterdeckungen-Risikopool für sachgerechter an als einen Leistungsausgaben-Risikopool. Wir konzедieren, dass der Leistungsausgaben-Risikopool in der Handhabung einfacher ist als der an Unterdeckungen nach RSA ansetzende Risikopool. Gleichwohl sollte wegen der besseren Anreizwirkungen die vorgesehene Regelung in § 268 SGB V n.F. entsprechend angepasst und auf einen Risikopool für verbleibende hohe Unterdeckungen nach RSA umgestellt werden.

Beide Ansätze können die in den letzten Monaten intensiver diskutierten Probleme im Umgang mit sehr teuren Arzneimittelinnovationen abschwächen – wobei auch hier die Wirtschaftlichkeitsanreize bei einem an Unterdeckungen ansetzenden Risikopool stärker sind als bei einem an Leistungsausgaben ansetzenden Risikopool.

8. Absenkung von Zusatzbeiträgen zum Abbau von Rücklagen

Artikel 1 Nr. 18 des Regierungsentwurfs sieht vor, dass § 260 Absatz 2a und 4 SGB V ab dem 1. Januar 2020 anzuwenden sind. Krankenkassen mit die Obergrenze übersteigenden Rücklagen und Betriebsmitteln sind danach gezwungen, diese binnen drei Jahren durch Absenkung der Zusatzbeiträge abzubauen, danach noch vorhandene Überschreibungsbeträge sind an den Gesundheitsfonds abzuführen. Die aus dem GKV-VEG stammenden Regelungen waren bislang daran geknüpft, dass der RSA bis zum 31.12.2019 gesetzlich fortentwickelt wurde. Dieses Erfordernis soll nunmehr gestrichen werden.

Die Änderung begegnet erheblichen Bedenken. Sie wird auf kurze Sicht zu deutlichen Zusatzbeitragssatzsenkungen bei einigen Krankenkassen führen. Aller Erfahrung nach wird es in deren Folge zu einer hohen Zahl von Kassenwechslern insbesondere auch von Krankenkassen mit überdurchschnittlichen Zusatzbeiträgen kommen. Es ist auch hinreichend belegt, dass solche zusatzbeitragsinduzierten Kassenwechsler im Durchschnitt deutlich günstigere Risiken für die Krankenkassen sind, also positive Deckungsbeiträge aufweisen. Bei einem Abgang solcher Versicherter in größerer Zahl verschlechtert sich daher die finanzielle Situation der betroffenen Krankenkassen mit überdurchschnittlichen Zusatzbeiträgen und sie müssen dies Zusatzbeiträge weiter erhöhen. Dies bedingt weitere Kassenwechsel. Insofern kann die Regelung zu einer sich selbst verstärkenden Dynamik führen. Die Regelung kann auch zu einer Verzerrung im Wettbewerb zwischen regionalen und bundesweiten Krankenkassen führen, deren Beseitigung andererseits gerade mit der Einführung der Regionalfaktoren ein Schwerpunkt des Gesetzes ist.

Selbst wenn die Regelung erst dann in Kraft gesetzt würde, wenn die RSA-Reform liquiditätswirksam geworden ist, ist die beschriebene Dynamik nicht auszuschließen. Denn die sehr unterschiedliche Rücklagensituation besteht auch dann noch; sie trifft aber auf eine geänderte laufende Liquiditätssituation durch die RSA-Reform. In jedem Falle aber ist es nicht zu verantworten, sie wirksam werden zu lassen, ohne dass die RSA-Reform liquiditätswirksam geworden ist.

Die Verpflichtung, ab 1.1.2020 oberhalb der Höchstgrenze liegende Rücklagen und Betriebsmittel abzubauen, ohne dass der RSA gesetzlich weiterentwickelt wurde, ist daher zu streichen. Stattdessen ist als Voraussetzung zu fordern, dass die RSA-Reform liquiditätswirksam geworden ist. Dies wird erst 2021 der Fall sein.

9. Abschaffung der zweistufigen Haftungskaskade

Der Regierungsentwurf sieht die Abschaffung der zweistufigen Haftungskaskade, nach der zunächst bei finanziellen Schieflagen Kassen der gleichen Kassenart und im zweiten Schritt organisiert über den GKV-Spitzenverband sämtliche Krankenkassen haften, vor. In diesem Zusammenhang werden auch die Regelungen zu finanziellen Hilfen (§§ 265a, 265b SGB V) abgeschafft.

Mit der Einführung eines einstufigen Haftungssystems greift der Gesetzgeber eine entsprechende Überlegung des Wissenschaftlichen Beirats in seinem Sondergutachten auf. Der Beirat hatte festgestellt, dass ein wesentliches Kennzeichen des Kassenwettbewerbs auch der Wettbewerb innerhalb der Kassenarten sei. Vor diesem Hintergrund sei eine primäre Haftung bei Insolvenz oder Schließung durch Kassen der gleichen Kassenart wenig begründbar. Sachgerecht sei vielmehr ein einstufiges Haftungssystem, organisiert über den GKV-Spitzenverband.

Die Beseitigung der Haftungskaskade und den Übergang zu einem einstufigen Haftungssystem begrüßen wir.

10. Fazit

Wir fassen die wesentlichen Punkte unserer Stellungnahme zusammen:

- Der vorliegende Gesetzentwurf zum GKV-FKG nimmt wesentliche Teile des „Sondergutachtens“ und des „Regionalgutachtens“ des Wissenschaftlichen Beirats auf. Insoweit erfolgt durch den Gesetzentwurf überwiegend eine zielgerichtete Weiterentwicklung des RSA. Einige Regelungen tragen allerdings nicht zu einer sachgerechten Weiterentwicklung des RSA bei.
- Die Neukodifikation der einschlägigen Vorschriften in SGB V und RSAV trägt zur Verständlichkeit des Morbi-RSA bei und ist zu begrüßen.
- In § 73b Abs. 5 Sätze 7ff muss klargestellt werden, dass die Vergütung für die Vergabe bestimmter Diagnosen unzulässig ist, dagegen Vergütungen für über die Regelversorgung hinausgehenden Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, zulässig bleiben.
- Der Ausschluss der Risikogruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten (§ 266 Abs. 8 SGB V n.F. i.V.m. § 19 RSAV n.F.) zu streichen.

Alternativ ist zumindest die Vetomöglichkeit des GKV-Spitzenverbandes auszubauen. Sie muss zwingend auch Anstiege infolge von Katalogeffekten umfassen.

- Die vorgesehene Änderung von § 305a SGB V (keine Wirtschaftlichkeitsberatung der Vertragsärzte mehr durch Krankenkassen) ist ersatzlos zu streichen.
- Der Übergang zum „Vollmodell“ im RSA berücksichtigter Erkrankungen wird nachdrücklich unterstützt.
- Die Streichung der Erwerbsminderungsvariable ist abzulehnen. Anstelle dessen sollte der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirates aufgegriffen werden: Im Klassifikationsmodell sollte der Erwerbsminderungsstatus als Schweregrad-Indikator berücksichtigt werden; im Einstieg ist eine stärkere Altersdifferenzierung der Erwerbsminderungsvariable zielführend.
- Wenn ein Regionalfaktor eingeführt werden soll, ist die Umsetzung eines regionalstatistischen Modelles als Direktmodell ohne Angebotsvariablen zu begrüßen. Allerdings sollte ein Vorrang von Individual- vor Regionalvariablen normiert werden.
- Es ist zu begrüßen, dass die von der Bundesregierung als erforderlich angesehenen „Bonus“-Zuweisungen für Teilnehmer an Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen außerhalb des RSA und risikoneutral aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden.
- Wir erachten einen an Unterdeckungen nach RSA ansetzenden Risikopool für sachgerechter als einen an hohen Leistungsausgaben vor RSA ansetzenden Risikopool und schlagen eine entsprechende Änderung der in § 268 SGB V n.F. vorgesehenen Regelung vor.
- Die Verpflichtung, ab 1.1.2020 oberhalb der Höchstgrenze liegende Rücklagen und Betriebsmittel abzubauen, ohne dass der RSA gesetzlich weiterentwickelt wurde, ist zu streichen. Die Regelungen des § 260 Abs. 2a und 4 SGB V dürfen frühestens 2021 wirksam werden.
- Die Beseitigung der Haftungskaskade und der Übergang zu einem einstufigen Haftungssystem sind sachgerecht.