

Risikostrukturausgleich und GKV-Organisationsreform

Gesetz für eine faire Kassenwahl (GKV-FKG) – RefE vom 25.3.2019

Dr. Robert Paquet, Berlin

Spreestadt-Forum am 3. Juni 2019

Vorschau

- „**Kunststück**“: RSA mit emotionalen Wählerbotschaften zu verbinden!
- Überblick über die **drei Schwerpunkte** des FKG
 - Wettbewerb der Kassen
 - Organisationsrecht
 - RSA im engeren Sinne
- RSA: Punkt für Punkt
- Organisationsrecht (Öffnung der AOKen)
- GKV-Spitzenverband
- Ausblick

Ausgangslage

- Koalitionsvertrag: *„Unter Berücksichtigung der Gutachten des Expertenbeirats des Bundesversicherungsamtes (BVA) werden wir den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterentwickeln und ihn vor Manipulation schützen. Es wird eine regelmäßige gutachterliche Überprüfung gesetzlich festgelegt.“* (S. 103)
- Über-und Unterdeckungen, die sich verfestigt haben, führen zu Wettbewerbsverzerrungen.
- Kontext mit regional unterschiedlichen Ausgabenstrukturen.
- **Überraschung:** Neue Ziele „vollständige Wahlfreiheit für alle Mitglieder der GKV“ und GKV-Spitzenverband.
- „abnehmende Bedeutung von Kassenarten“

Wettbewerb in der GKV

- Legaldefinition des Wettbewerb in der GKV (§ 4a Abs. 1):
*„Der Wettbewerb der Krankenkassen dient dem Ziel, die Leistungen und ihre Qualität zu verbessern sowie die **Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Versorgung und ihrer Strukturen zu erhöhen**. Er muss unter Berücksichtigung der Finanzierung der Krankenkassen durch Beiträge und des sozialen Auftrags der Krankenkassen angemessen sein. Maßnahmen, die der **Risikoselektion** dienen oder diese unmittelbar oder mittelbar fördern, sind unzulässig.“*
- **Unterschiede! In der Versorgung**
- **Fusionskontrolle** durch Kartellamt (§ 158)
- Klagemöglichkeit der Kassen gegeneinander bei UWG-Verstößen (Ersatz für § 4 Abs. 3; § 69 im Verhältnis zu den Leistungserbringern)
- Rechtswegzuweisung zu den **Zivilgerichten** (SGG).

GKV-Wettbewerb - Vorgeschichte

- „Einführung“ des Wettbewerbs ab 1996 mit dem GSG 1993 „**nolens-volens**“. („Lahnstein“)
- **Vertragswettbewerb** erst ab „Gesundheitsreform 2000“. Z.B. IV-Verträge mit finanziellem Anreiz.
- Seit 10 Jahren zunehmende **Restriktionen** und tendenzielle Rückkehr zu „gemeinsam & einheitlich“ (Zytostatika, Impfstoffe, HHSg etc.)
- Auch **Neufassung des § 140a** im Jahr 2015 **ambivalent**; verschärfter Wirtschaftlichkeitsnachweis nach vier Jahren ...

Organisationsreform

- Bundesweite **Öffnung aller Krankenkassen** (insbesondere der AOKs) mit Ausnahme der betriebsbezogenen BKKs; dadurch auch **Vereinheitlichung der Aufsicht beim BVA.**
- **Angleichung** und Entschlackung des **Kassen-Organisationsrechts** bei Fusionen, Haftung und Schließung. Gründungsmöglichkeit nur noch für BKKs mit erhöhten Mindest-Mitgliederzahlen.
- **Haftungsverbund** nicht mehr nach **Kassenart**; sondern nur noch über den GKV-SV.
- **Verwaltungsrat des GKV-SV auf 40 Personen** reduziert und nur noch durch **Vorstände** der Mitgliedskassen besetzt; Frauenquote. „**Fachbeirat**“ wird verboten.

RSA-Reform

- **Vollmodell** (alle Krankheiten) und **Regionalkomponente**,
- Einführung eines **Risikopools**,
- versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten,
- Streichung des Kriteriums der **Erwerbsminderung**,
- Streichung der **DMP-Programmkostenpauschale**,
- Vorbereitung von **Hausarzt-HMGs**,
- div. Maßnahmen zur „**Manipulationsbremse**“ vor allem bei ambulanten Diagnosen,
- Einführung von verbindlichen Regelungen zur **Vergabe und Übermittlung der Diagnosen- und Prozedurenschlüssel** im ambulanten Bereich; Zertifizierung sämtlicher **Praxisverwaltungssoftware** durch die KBV; Stärkung der Prüfrechte des BVA, (z.T. bereits im TVG)
- **Präventionsanreize** im RSA durch differenzierte Pauschalen für Früherkennung, Impfungen etc.

RSA: Vollmodell vs. Regionalkomponente I

- Zentrales Thema der Kassen seit ca. 5 Jahren – **Selbstblockade**: jeweils Forderungen nach (unsicheren) Prognosen ...
- **Gewinner/Verlierer-Positionen** des „alten“ RSA kehren sich um; AOKen erwirtschaften Überschüsse und gewinnen junge Mitglieder (gleichzeitig: Multimorbidität im Alter in schwach versorgten Regionen ...). Gemengelage bei den Gründen. Frage nach der Beeinflussbarkeit? (u.a. 2 Gutachten von Ulrich/Wille für BY)
- *„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.“* (Eckpunkte) – ggf. > **800 HMGs**.

RSA: Vollmodell vs. Regionalkomponente II

- Forderung der **Ersatzkassen nach Regionalausgleich**. Jetzt im FKG: Regressionsmodell ...
- *„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, Krankenhausbettzahl) werden nicht in den Ausgleich einbezogen**, um Fehlanreize im Hinblick auf die Verstärkung von Über- und Unterversorgung zu vermeiden.“* (Eckpunkte)
- **Kritik der AOK**: Doch eine Art Ist-Ausgleich und irgendwie nicht stimmig: MV; Bremen; Frankfurt/M ...

RSA: Risikopool

- Risikopool, aus dem die Krankenkassen für jeden Versicherten 80 Prozent der Leistungsausgaben, die über 100.000 Euro pro Jahr hinausgehen, erhalten.
- *„gewinnt insbesondere aufgrund der wachsenden Bedeutung von hochpreisigen Arzneimitteltherapien, die zu einer Genesung oder langjährigen Verzögerung der Krankheit führen und somit keine für RSA-Zuweisungen relevanten Folgekosten verursachen, an Bedeutung.“* (Eckpunkte)
- Kritik: Wettbewerbswidriger **Ist-Ausgleich.**

RSA: 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.“*
- Im Gutachten des Beirats war der Vorschlag anders ...

RSA: 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.“*
- Im Jahr 2019 bei 145,32 Euro je Versichertenjahr und eingeschriebenem Versicherten. Arztbezogenen Kosten: 124,32 Euro und kassenbezogenen Verwaltungskosten: 21,00 Euro.
- RSA-Beirat empfiehlt **Abschaffung wg. Gleichbehandlung**.
- Ärzte (und z.B. Josef Hecken) befürchten Ende der DMPs ...

RSA: „Manipulationsbremse“

- **Auffälligkeiten in den Diagnosekodierungen** – insbesondere hohe Steigerungsraten: HMGs, die GKV-weit eine bestimmte Steigerungsraten überschreiten, werden als Ausgleichsvariable bei der Berechnung der Risikozuschläge des RSA im Jahresausgleich ausgeschlossen. In der Folge erhalten alle Krankenkassen für diese HMGs keine Zuweisungen mehr.
- Einführung von verbindlichen Regelungen zur **Vergabe und Übermittlung der Diagnosen- und Prozedurenschlüssel** im ambulanten Bereich; **Zertifizierung sämtlicher Praxisverwaltungssoftware durch die KBV**; Stärkung der **Prüfrechte des BVA**.
- § 73b Absatz 5 Satz 7 wird wie folgt gefasst: „Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig ...“ – Ist das **übertrieben**?
- Prüfung der „Datengrundlagen“ nach „Auffälligkeiten“ durch das BVA (§ 273)

RSA: Präventionsanreize

- *„Die Präventionsorientierung des RSA wird gestärkt ... 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.“* (Eckpunkte)
- **BVA definiert 3 Stufen** mit jeweiligen Durchschnittskosten
- Gutachten von WIG2, März 2016: Prävention ist unter den jetzigen Bedingungen aus **betriebswirtschaftlicher Sicht einer Krankenkasse nicht lohnenswert**. Trotz eines gedämpften Anstiegs der Leistungsausgaben. Vorschlag: Korrektur der **Prävalenzgewichtung** bei der Krankheitsauswahl.

Bundesweite Öffnung aller Kassen

- Vor allem AOKs betroffen. „**Faires Wahlrecht**“ als Hebel.
- *„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.** ... Durch die bundesweite Öffnung wird im Ergebnis auch eine **einheitliche Rechtsaufsicht durch das BVA erreicht...** „ (Eckpunkte)*

Wettbewerbsrelevanz der Aufsicht

- für Selektivverträge, Satzungsleistungen, Modellversuche, Sondervergütungen, Wirtschaftlichkeitsnachweise etc.
- **Monopolkommission:** „Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem“, Sondergutachten 75; Sondergutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB 2017.
- **Bundesversicherungsamt:** „SONDERBERICHT ZUM WETTBEWERB IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG“, Bonn o.J. (April 2018)
- **Prof. Dr. Eberhard Wille/Prof. Dr. Gregor Thüsing:** „Fairer Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung - Wege zur Steigerung von Wettbewerbsneutralität und Effizienz in der Kassenaufsicht – Gutachtliche Stellungnahme im Auftrag der DAK – Gesundheit“, Mannheim und Bonn im Mai 2017

Reaktionen

- **Ministerpräsidenten** (Schwesig und Ramelow)
- Vier **Gesundheitsminister** (von Bayern, Baden-Württemberg, NRW und Sachsen) wollen „ihre“ AOKs behalten. (Brief vom 18. März an Spahn).
- Im April einstimmiger **Beschluss der GMK** (Umlauf) gegen die Öffnung der AOKen.
Forderung nach mehr Einfluss der Länder auf die (regionale) Versorgungsgestaltung ... 92. GMK am 5./6. Juni 2019 in Leipzig
- **Rolle der SPD**: Sie lässt die Länder machen ...

„Einspruchsgesetz“

- Der Bundesrat kann im „zweiten Durchgang“ den VA (mit Hermann Gröhe als BT-seitigem Vorsitzenden) anrufen. Kommt es dort zu keinem Kompromiss, kann der Bundesrat gegen das Gesetz **Einspruch** erheben.
- Den Einspruch könnte der Bundestag zwar mit einfacher Mehrheit **zurückweisen**.
- Wenn der Bundesrat allerdings mit **2/3-Mehrheit** der Stimmen Einspruch erhebt, ist auch im Bundestag eine 2/3-Mehrheit notwendig, um den Einspruch zurückzuweisen.
- Mögliche „Tauschgeschäfte“ ... (MDK-Reform?)

„Kassenarten“

- **Haftungsverbund** als Rest-Aufgabe
- **Neugründungen** von BKKs und Fusionen
- **Rolle der Länder** (vor allem bei den AOKs).
- **Aufsicht:** Fähigkeiten und Absichten. Mehrere Länder ohne Aufsichtsfunktion
- **„Rollenspiel“** im GKV-SV-Verwaltungsrat und durch den „Fachbeirat“ – bestimmend für die Meinungsbildung ...
- Politiker und Öffentlichkeit sind dran gewöhnt.

GKV-Spitzenverband

- Aufgaben der Selbstverwaltung und Probleme (52 Mitglieder nach § 217c) („**Professionalisierung**“?)
- „Unvollendete“ Organisationsreform beim GKV-WSG 2007
- Status quo: „Fachbeirat“ als Parallelstruktur und Konfliktpotentiale
- 40 Vorstände „konkurrierender“ Unternehmen?
- **Legitimationskette zum G-BA**
- **Symbol der Sozialpartnerschaft**
- Funktion und Krise des Korporatismus
- Haushalt wird genehmigungspflichtig (§ 217d)

Ausblick

- FKG nach wie vor auf **Kabinetttstermin** 26.6.
- **Bundesrat** 20.9 „Erster Durchgang“
- **Inkrafttreten** Orgareform 2020. RSA ab 2021?

- Spahn „arbeitet“ in den Ländern, (einige ohne Aufsichts-Zuständigkeiten) ...
- SPD-Widerstand nicht allzu stark (GKV-SV?)
- Material für „Deals“: MDK-Reform, sektorenübergreifende Versorgung, ??

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

- **Dr. Robert Paquet**, Duisburger Str. 7, 10707 Berlin
- Fon: (030) 88 68 07 34, Mobil: (0171) 658 18 45
- rp@robert-paquet.de www.robert-paquet.de