

Übersicht Inhalte GKV-FKG

Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen soll durch das GKV-FKG fairer und zielgenauer als bisher ausgestaltet werden. Hierzu wurden Regelungen zur Haftung der Krankenkassen füreinander, Verhaltensregeln für den Wettbewerb der Kassen untereinander sowie Strukturen im Spitzenverband Bund der Krankenkassen und bei der Aufsicht angepasst.

Das Gesetz wurde am 13.02.2020 im Bundestag in 2. und 3. Lesung mit den Stimmen der Fraktionen von SPD, CDU/CSU, FDP und B90/Die Grünen beschlossen. Dagegen haben gestimmt die Fraktionen der Linken und der AfD. Das GKV-FKG soll voraussichtlich Ende März/Anfang April 2020 in Kraft treten. Es bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Zu den wichtigsten Regelungen im Detail:

Haftungsregeln

Verwerfungen im Wettbewerb, die durch die historisch entstandenen Haftungsregelungen verursacht sind, werden beseitigt. Heute zahlen bei der Auflösung, Schließung oder Insolvenz einer Kasse zuerst die anderen Krankenkassen der gleichen Kassenart. Künftig wird die Last fair unter allen Krankenkassen verteilt.

Verhaltensregeln für den Wettbewerb

Die Verhaltensregeln für den Wettbewerb und insbesondere für Werbemaßnahmen werden klarer und verbindlicher definiert. Auch die Unterlassungsansprüche und Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander bei wettbewerbswidrigem Verhalten werden ausgeweitet.

Strukturen des GKV-Spitzenverbandes

Um eine engere und transparentere Anbindung an das operative Geschäft der Krankenkassen zu unterstützen, werden die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes weiterentwickelt. Dazu wird ein neuer Lenkungs- und Koordinierungsausschuss geschaffen, der mit Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen besetzt ist. Künftig soll es auch eine Frauenquote in den Entscheidungsgremien geben.

Aufsichtsbehörden

Die bisher geltenden Rahmenbedingungen für den Erfahrungs- und Meinungsaustausch der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenkassen werden konkretisiert, um Transparenz, Abstimmung und Kooperation zwischen den Aufsichtsbehörden auf Bundes- und Landesebene zu stärken.

Geplante Öffnung der AOKn gestrichen

Das eigentlich als "Faire-Kassenwahl-Gesetz" entworfene Gesetz wurde im Laufe des Abstimmungsprozesses in "Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz" umbenannt. Hintergrund ist, dass Spahn zunächst geplant hatte, das Wahlrecht für Versicherte zu erweitern. Hierzu sollten die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) über ihre aktuelle Regionalität hinaus geöffnet und dadurch bundesweit für alle Versicherten wählbar werden (vgl. "Links zum Thema"). Nach massiver Gegenwehr von AOK und einigen Ländern ließ Spahn von dem Plan ab. Auch die in der Konsequenz angedachte einheitliche Aufsicht für alle Krankenkassen wird dadurch nicht kommen. Auch künftig werden AOKn also von Landesbehörden beaufsichtigt, überregionale Kassen dagegen vom BAS, dem Bundesamt für soziale Sicherung (vgl. "Links zum Thema"). Seitens der unter BAS-Aufsicht stehenden Kassen wurden in der Vergangenheit jedoch immer wieder wettbewerbsrelevante Unterschiede in der Aufsichtspraxis kritisiert. Hierzu sieht das GKV-FKG nunmehr lediglich Konkretisierungen in den Rahmenbedingungen für den Erfahrungs- und Meinungsaustausch der Aufsichtsbehörden vor.

Risikostrukturausgleich (RSA)

Die Ausgestaltung des Finanzausgleichs der gesetzlichen Krankenkassen soll systematisch weiterentwickelt und zielgenauer werden durch:

Regionalkomponente: Regionale Über- und Unterdeckungen im Finanzausgleich sollen abgebaut und somit gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen geschaffen werden. Zudem wird durch die Regionalkomponente der Marktkonzentration einzelner Kassen entgegengewirkt.

Krankheits-Vollmodell: Künftig wird das gesamte Krankheitsspektrum (statt bisher 50 bis 80 Krankheiten) im RSA berücksichtigt. Das soll die Zielgenauigkeit des Finanzausgleichs erhöhen und Über- und Unterdeckungen für den Großteil der Versicherten verringern.

Risikopool: Hochkostenfälle werden dadurch abgedeckt, dass die Krankenkassen für jeden Leistungsfall 80 Prozent der Leistungsausgaben erstattet bekommen, die über 100.000 Euro pro Jahr hinausgehen.

Präventionsausgaben: Die Präventionsorientierung im RSA wird gestärkt, indem eine Vorsorge-Pauschale eingeführt wird. Damit wird der Anreiz für Krankenkassen gestärkt, die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen ihrer Versicherten zu fördern.

Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten: Systematische Über- und Unterdeckungen sollen vermieden und Wettbewerbsverzerrungen beseitigt werden. Wirtschaftlichkeitsanreize zum Abschluss von Rabattverträgen durch die Krankenkassen bleiben erhalten.

Stärkung der Manipulationsresistenz bei der Diagnosestellung

Eine Manipulationsbremse soll sicherstellen, dass sich eine so genannte "Kodierbeeinflussung" (Upcoding) künftig nicht mehr lohnt: Wenn die Diagnosekodierungen bei bestimmten Krankheiten auffällig stark steigen, bekommen alle Krankenkassen hierfür keine Zuweisungen mehr.

Die Prüfkompetenzen des Bundesamtes für soziale Sicherung (BAS) werden deutlich erweitert: Das neue schlagkräftigere Prüfkonzept mit einer Umkehr der Beweislast ist rückwirkend ab dem Jahr 2013 anzuwenden.

Es wird eine Vertragstransparenzstelle für Selektivverträge der Krankenkassen eingerichtet, um Transparenz über Verträge zu schaffen und Zusammenhänge mit statistischen Auffälligkeiten in den RSA-Datenmeldungen erkennen zu können.

Pauschaler Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen für Pflegepersonal in den Krankenhäusern

Um für die Jahre 2018 und 2019 etwaige nicht refinanzierte Tarifsteigerungen in der Pflege zu finanzieren, erhalten die Krankenhäuser einmalig rund 250 Millionen Euro. Die zusätzlichen Mittel werden den Krankenhäusern schnell und ohne relevanten zusätzlichen bürokratischen Aufwand zur Verfügung gestellt. Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen werden durch eine einmalige Entnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kompensiert.

Lieferengpässe bei Arzneimitteln

So soll Lieferengpässen bei Arzneimitteln künftig entgegengewirkt werden:

Meldepflicht: Für Pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen werden Meldepflichten gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu versorgungsrelevanten Arzneimitteln eingeführt. Die Informationen zu verfügbaren Lagerbeständen, zur Produktion und zur Absatzmenge helfen dem BfArM die Versorgungslage bei bestimmten Arzneimitteln besser einschätzen und angemessen reagieren zu können.

Lagerhaltung: Um Lieferengpässe zu vermeiden oder abzumildern, können zukünftig die Bundesoberbehörden für versorgungskritische Arzneimittel zum Beispiel Vorgaben zur Lagerhaltung erteilen. Diese Vorgaben richten sich an pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen.

Kennzeichnung: Arzneimittel, die in Deutschland abgegeben werden, müssen in deutscher Sprache gekennzeichnet sein. Im Ausnahmefall dürfen künftig auch Arzneimittel angewendet werden, die in einer anderen Sprache gekennzeichnet sind. Aus Gründen der Arzneimittelsicherheit wird diese Ausnahmemöglichkeit auf versorgungsrelevante Arzneimittel beschränkt, die vom Arzt unmittelbar bei Patienten angewendet werden.

Rabattarzneimittel: Bei Rabattverträgen der Krankenkassen mit pharmazeutischen Herstellern sind die Apotheken verpflichtet, diese besonders preisgünstigen Arzneimittel abzugeben. Sollten diese rabattierten Arzneimittel in der Apotheke nicht zur Verfügung stehen, sollen Apotheker künftig auch vergleichbare Arzneimittel abgeben dürfen. Ist das vergleichbare Arzneimittel teurer als der Festbetrag, trägt nicht der Versicherte die Mehrkosten (Aufzahlung), sondern die Krankenkasse.

Beirat: Die Versorgungslage mit Arzneimitteln soll künftig ein Beirat beim BfArM kontinuierlich beobachten und bewerten. Dieser Beirat besteht u.a. aus Vertretern der Ärzte- und Apothekerschaft der pharmazeutischen Industrie, der Patienteninteressen und der Kassen. Der Beirat berät die Bundesoberbehörden beim Ergreifen geeigneter Maßnahmen.