



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2019

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Robert Paquet

Das Faire-Kassenwahl-Gesetz zwischen Provokation und Ablenkung:
Gibt es für die Aufsichtsfrage einen Ausweg aus der Hängepartie?

Auszug aus:

BARMER Gesundheitswesen aktuell 2019 (Seite 62–81)

doi: 10.30433/GWA2019-62

Robert Paquet

Das Faire-Kassenwahl-Gesetz zwischen Provokation und Ablenkung: Gibt es für die Aufsichtsfrage einen Ausweg aus der Hängepartie?

Der Beitrag beschäftigt sich mit dem aktuellen Referentenentwurf des „Faire-Kassenwahl-Gesetzes“ (FKG) vom März des Jahres 2019. Ein prominenter Ausgangspunkt der Diskussion in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist seit vielen Jahren der Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen. Um das Ziel zu erreichen, einheitliche Verhältnisse zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen zu schaffen, will der amtierende Gesundheitsminister nun tiefer als bisher in das Organisationsrecht der Krankenkassen eingreifen und diese für mehr fairen Wettbewerb bundesweit öffnen. Ob der Gesetzesentwurf seinem ursprünglichen Konzept nach dieses Ziel erreichen und umsetzen kann, soll in dieser Analyse aufgearbeitet werden.

Der Risikostrukturausgleich (RSA) hat die Diskussion in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit Jahren beherrscht und die Krankenkassen politisch blockiert und gespalten. Nach Vorlage der beiden Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats (Drösler et al. 2017 und 2018) ging es dann aber relativ fix. Der Referentenentwurf des „Faire-Kassenwahl-Gesetzes“ (FKG) datiert vom 25. März 2019. Seine Präsentation war ein politischer Paukenschlag: Denn neben den RSA-Elementen im engeren Sinne hat Minister Spahn das Thema „Aufsicht“ über die Krankenkassen in den Mittelpunkt gerückt. Die These ist: Nur wenn in dieser Hinsicht für alle Krankenkassen die gleichen Maßstäbe gelten, kann eine RSA-Reform zu einem faireren Wettbewerb führen. Um hier einheitliche Verhältnisse zu schaffen, will der Minister in das Organisationsrecht eingreifen und alle Krankenkassen bundesweit öffnen. Das hat vor allem bei den AOKen und den Ländern heftigsten Widerstand ausgelöst. Damit zeigte sich schon bald, dass das ursprüngliche Konzept des Gesetzesentwurfs nicht umsetzbar ist.

Beim Schreiben dieses Beitrags (im Juli 2019) war das Schicksal des FKG noch offen. In der weiteren Entwicklung ist nicht ausgeschlossen, dass es insgesamt scheitert oder

(wahrscheinlicher) zu einem „bescheideneren“ RSA-Reformgesetz heruntergekocht wird. Trotzdem kann man sich fragen, was aus dem bisherigen Verlauf der Debatte zu lernen ist. Sicher ist jedoch: Wenn von Spahns großem Aufschlag etwas übrig bleiben soll, muss er in Sachen Aufsicht wenigstens einen Teilerfolg nach Hause bringen.

Ein Blick in die Vorgeschichte

Mit der Einführung der Morbiditätsorientierung des RSA stellten sich Verteilungswirkungen ein, die schon bald zum Dauerstreit in der Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Bildung zweier Lager führten. Das Verhältnis der Gewinner und Verlierer bei den Bilanzen drehte sich im Vergleich zur ersten Version des RSA um. Plötzlich waren die AOKen im Plus, und die meisten Krankenkassen der anderen Krankenkassenarten kämpften mit ungenügenden Deckungsbeiträgen. Im Evaluationsgutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt (BVA) für das Jahr 2009 (Drösler et al. 2011) wurde das System allerdings bestätigt: Die Morbiditätsorientierung mithilfe der 80 Krankheiten erhöht die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben – das wurde allerdings keineswegs allgemein anerkannt. Heftig diskutiert wurden vor allem die Auswahl der Krankheiten und die Einzelheiten des Klassifikationssystems (IGES, Glaeske, Greiner 2015).

Der Beirat untersuchte bereits damals auch die „Komplettierung der Krankheitsliste“, das sogenannte Vollmodell. Dabei zeigte sich eine weitere Verbesserung der Zielgenauigkeit des RSA; allerdings waren die „Effekte aufgrund des Einflusses der Komorbiditäten teilweise widersprüchlich und nicht immer konsistent“. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass für die zusätzlich berücksichtigten Krankheiten „kein ausgefeiltes Klassifikationssystem entwickelt werden konnte“ (Drösler et al. 2011: 5).

Auch die Frage nach der Rolle der Regionen spielte bereits eine wichtige Rolle. Die damals – einmalig für das Jahr 2009 – mögliche Auswertung der Deckungsbeiträge auf Kreisebene zeigte gravierende Unterschiede. Der Beirat sprach sich jedoch gegen die Einbeziehung von Regionalfaktoren auf Länderebene aus und stellte die grundsätzliche Frage, ob der „Risikoausgleich das richtige Instrument für die Berücksichtigung regionaler Unterschiede“ sei (Seite 3). Das Weitere zur Regionalitätsfrage ließ er offen.

Ebenfalls untersucht wurde die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA. Schon damals stellte sich die Frage, ob es für die Meldung bestimmter Diagnosen Anreize gab. Der Beirat hielt allerdings nur eine „sorgfältige weitere Beobachtung“ dieser Entwicklung für angezeigt (Seite 7). In ähnlicher Weise wurde der „Zusammenhang zwischen Morbi-RSA und Präventionsaktivitäten der Krankenkassen bewertet. Es sei verfrüht, eine definitive Beurteilung zur Frage abzugeben, ob der Morbi-RSA die Prävention beeinträchtigt. Er [der Beirat] sieht es aber als erforderlich an, die Entwicklung sorgfältig weiter zu beobachten“ (ebenda). Darüber hinaus wurden die Berücksichtigung des Krankengeldes, der Auslandsversicherten und der Erwerbsminderungsrentner sowie viele weitere Elemente des RSA diskutiert.

Seitdem gab es eine lange Reihe von Gutachten, Berechnungen und Expertisen zu den genannten und weiteren Einzelfragen im RSA. Ein Dauerbrenner war das Thema der Manipulation von Zahl und Schwere der Diagnosen. Spätestens mit dem Bekanntwerden der Arbeit von Schramm (2015) zeigt sich das Potenzial einer systematischen Diagnosebeeinflussung. In der Konsequenz wurden im „Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ (HHVG) umfangreiche Maßnahmen zur Eindämmung dieser Einflüsse beschlossen. Das Gesetz ist mit den entsprechenden Vorschriften ganz überwiegend im März 2017 in Kraft getreten. Trotzdem wird weiter über einschlägige Praktiken von Krankenkassen berichtet (Weinhold et al. 2017). Das verweist auf die Rolle der Aufsicht über die Krankenkassen. Durch die gespaltene Aufsichtszuständigkeit kommt es zu einer unterschiedlichen Handhabung des geltenden Rechts, die vor allem den der Landesaufsicht unterstehenden AOKen zugutekommt.

Trotz der bereits emotional sehr aufgeladenen Diskussion wurde in den Koalitionsvertrag des Jahres 2013 keine Reform des RSA aufgenommen. Es wurde nur erwähnt, dass die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats zur Annualisierung der Kosten für verstorbene Versicherte sowie zu Untersuchungen zum Krankengeld und zu den Auslandsversicherten umgesetzt werden sollten (Koalitionsvertrag 2013: 59). Dabei wurde die Annualisierung bereits (ohne Zutun des Gesetzgebers) ab dem Jahr 2013 durch eine Gerichtsentscheidung verpflichtend (Landessozialgericht NRW vom 13. Februar 2014, L 16 KR 747/13 KL); die Gutachten zu den beiden anderen Themen wurden vom BMG alsbald ausgeschrieben und vergeben.

verarbeiten müssen. Dann wurden die für ihre Positionen passenden Punkte aufgegriffen und in politische Forderungen umgesetzt: Dadurch hat sich vereinfacht gesagt die Blockbildung stabilisiert. Die AOKen wollen das Vollmodell und kritisieren die von den Gutachtern vorgeschlagene Regionalkomponente. Ersatzkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen machen sich stark für einen Regionalfaktor und wollen die morbiditätsaffinen Komponenten zurückdrängen. Nach einem Dreivierteljahr des Wartens und Hoffens kam am 25. März mit dem FKG-Entwurf ein Paukenschlag.

Bekanntlich hatte Gesundheitsminister Jens Spahn das Gesundheitskapitel des Koalitionsvertrages nicht mitverhandelt. Sein Interesse für den Wettbewerb der Krankenkassen ist jedoch größer als bei den meisten seiner Vorgänger. Außerdem hatte er das Interesse, seine populäre Forderung nach einer zwingenden Absenkung der Zusatzbeiträge, deren Umsetzung die SPD an die „Fortentwicklung“ des RSA (bis zum 31. Dezember 2019) gebunden hatte, zu realisieren (vergleiche § 268 Absatz 5 SGB V, eingefügt durch das Versichertenentlastungsgesetz).

Daher hat das BMG sehr konsequent und schnell gearbeitet. Das Gesetz ist ordnungspolitisch in sich stimmig. Erstaunlich dabei ist, dass von dieser monatelangen Arbeit im BMG so gut wie nichts nach außen durchgesickert ist. Der Text und die Begründungen sind passagenweise sogar gut und flüssig zu lesen. Von welchem Gesetzentwurf kann man das schon sagen? Auch die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA, die die zwei Gutachten erstellt haben, können sich nicht beklagen. Sie haben eine erkleckliche Umsetzungsquote erreicht (Vollmodell; Regionalkomponente ohne Angebotsfaktoren, aber mit regionalem Clusterverfahren, das direkt in die Merkmale des Versichertenklassifikationssystems einbezogen werden soll; Übergang der Haftung von den Kassenarten auf den Spitzenverband; Abschaffung der DMP-Programmkostenpauschale und anderes). Auch die „RSA-Gutachten-Industrie“, wie sie von einigen Beteiligten selbstironisch genannt wird, hat sich insgesamt gelohnt. Die Mischung der im Gesetzentwurf berücksichtigten Elemente ist ziemlich ausgewogen.

Dass Jens Spahn anders denkt als beispielsweise sein Vorgänger Hermann Gröhe wird an seinem konzeptionellen Ansatzpunkt für dieses Gesetz deutlich. Zentrales Ziel ist

weniger die bundesweite Öffnung der AOKen an sich, sondern die damit angepeilte Vereinheitlichung der Krankenkassenaufsicht. Die dahinterstehende Einsicht ist, dass nicht nur die vielen Einzelmaßnahmen einer RSA-Reform, sondern weitere grundlegende Elemente des Krankenkassenwettbewerbs nur funktionieren können, wenn die Aufsichten einheitlich agieren. Darüber hinaus will Spahn auch mit diesem Gesetz eine populäre Wählerbotschaft verbinden: Das ist die Ausweitung der „fairen“ Wahlrechte. Es sei ungerecht, dass man nicht die passgenauen Angebote einer AOK nutzen könne, wenn man nicht in ihrem „Gebiet“ wohne. Das ist Spahns Narrativ für ein Gesetz, dessen spezielle RSA-Elemente nur die Fachleute interessieren dürfte. Auch der euphorische Name des Gesetzes passt dazu und ist von den SPD-Vorbildern inspiriert (beispielsweise vom „Gute-Kita-Gesetz“ der Familienministerin Franziska Giffey).

Allerdings hat sich Spahn mit diesem Namen sehr auf die Öffnung der AOKen kapriziert. Wenn er beim Organisationsrecht der Krankenkassen jedoch „Ballast“ abwerfen muss, wird das „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ auch einen anderen Namen bekommen.

Legaldefinition des Wettbewerbs – jedoch mit welcher Konsequenz?

Die Diskussion zum FKG zeigt einmal mehr, wie schnell man in der gesundheitspolitischen Diskussion vergisst. Das gilt für die Gegner und die Befürworter des Gesetzes gleichermaßen. Sie verbeißen sich in der Öffentlichkeit fast ausschließlich an den organisationsrechtlichen Änderungen. Dabei spielen beispielsweise die zahlreichen Publikationen zur Konzeption des Wettbewerbs in der GKV (exemplarisch Cassel et al. 2014) überhaupt keine Rolle mehr. Das gilt auch für die empirischen Befunde zum Problem der Marktbeherrschung und zu den Unterschieden im Aufsichtshandeln. Selbst die entsprechenden „Aufreger“ der vergangenen Jahre, beispielsweise der Bericht der Monopolkommission zur Krankenversicherung (Monopolkommission 2017) und der „Wettbewerbsbericht“ des BVA (Bundesversicherungsamt 2018), kommen in der Debatte kaum mehr vor.

In dieser Stimmungslage hat bisher die Definition des Wettbewerbs der Krankenkassen im FKG, die mit dem neuen § 4a in das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) eingeführt werden soll, nur wenig Beachtung gefunden. Dabei ist sie von zentraler

Bedeutung: Wenn man keinen Wettbewerb in der GKV will, braucht man auch keine Vielzahl von Krankenkassen. Wenn man Unterschiede in der Versorgung (und im Service) nicht für produktiv und fortschrittsfördernd hält, tut es auch eine Einheitskasse. Dabei gilt nach wie vor der schöne Satz, dass der RSA der „technische Kern der solidarischen Wettbewerbsordnung“ ist (Buchner und Göppfarth 2014), also über sich hinausweist, und seine Bedeutung nur aus diesem Kontext erhält. Es geht also um die Frage, warum es mehr als eine Kasse geben soll und was die Krankenkassen dann im Wettbewerb tun sollen. Hierzu bietet die Legaldefinition des Wettbewerbs erstmals einen expliziten Anker im SGB V.

Im ersten Absatz heißt es: „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.“ Dabei können sich zwar die Wettbewerbs skeptiker über das explizite Verbot der Risikoselektion freuen. Entscheidend ist jedoch, dass endlich ordnungspolitisch klargestellt wird, dass sich der Wettbewerb um Qualität und Effizienz der Versorgung drehen soll. Dabei muss es naturgemäß zu Unterschieden in der Versorgung kommen, also zu Wahlтарifen (beispielsweise zur hausarztzentrierten Versorgung) und zu Selektivverträgen etc. Dahinter steht die Erkenntnis, dass die Festschreibung der (kollektivvertraglichen) Gleichheit den Fortschritt verlangsamt und die Weiterentwicklung der Versorgung experimentelles Handeln erfordert. Man kann davon ausgehen, dass Minister Spahn diesem Gedanken wohlwollend gegenübersteht.

Das Wettbewerbskonzept für die GKV ist immer noch nicht selbstverständlich

Das ist keineswegs selbstverständlich. Denn die Wettbewerbsdefinition im FKG steht zu der bisherigen Entwicklung in einem eigenartigen Kontrast: Die „Einführung“ des Wettbewerbs in der GKV, der ab 1996 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (GSG) wirksam wurde, war von Anfang an ein ambivalentes Unterfangen. Die Politik hatte dafür in Lahnstein keineswegs ein ordnungspolitisches Konzept. Bei der Neuordnung

der Kassenzuständigkeiten konnte man nur nicht zurück zu einem allgemeinen Zuweisungssystem, sondern musste die Wahlfreiheit, die es für die Angestellten bereits gab, verallgemeinern. Die Politik ist damit nolens volens in den Wettbewerb hineingestolpert und hat erst nachträglich Überlegungen angestellt, welche Handlungsmuster daraus für die Krankenkassen entscheidend werden sollten (Paquet 2011: 12 und Jacobs 2019). Die Krankenkassenverbände haben dazu in den 1990er-Jahren die maßgeblichen konzeptionellen Vorarbeiten geleistet (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 1994).

Dementsprechend hat erst die rot-grüne Koalition mit der „Gesundheitsreform 2000“ den Vertragswettbewerb für die Kasse ernst genommen und beispielsweise Integrationsverträge (mit finanziellen Anreizen) ermöglicht. Jenseits des Versicherungsmarktes hatte der Wettbewerb jedoch nur eine kurze Blütezeit. Bereits mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007, das seinem Namen wenig Ehre machte, begann eine Phase der Restriktionen und der Rückkehr zu einer „gemeinsamen und einheitlichen“ Vertragspolitik mit dem einheitlichen Kollektivvertrag als Leitbild (Knieps und Reiners 2015). Die jüngsten Ausschreibungsverbote für Zytostatika und Impfstoffe im HHVG sind hier noch nicht der Endpunkt dieser Entwicklung. Auch mit der Neufassung des § 140a („Besondere Versorgung“) durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (verkündet am 16. Juli 2015) hat sich die Lage für die Krankenkassen nicht wesentlich verbessert. Die Handlungsmöglichkeiten haben sich kaum erweitert, die Konditionierungen aber verschärft (beispielsweise durch zusätzliche Aufsichtsrechte und die überzogenen Forderungen an Wirtschaftlichkeitsnachweise) (Reiners 2017).

Auch in der Gesetzgebung der laufenden Wahlperiode ist keine Erweiterung der wettbewerblichen Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen zu verzeichnen. Vertragswettbewerb als Steuerungsinstrument steht nicht mehr oben auf der politischen Prioritätenliste; selektivvertragliche Möglichkeiten spielen gar keine Rolle mehr (am Beispiel des Terminservicegesetzes [TSVG] siehe Paquet und Rösenberg 2018 und 2019 sowie Jacobs 2019). Allerdings könnte die Legaldefinition des FKG für den Wettbewerb in der GKV ein Schritt der Rückbesinnung auf die Frage sein, warum es überhaupt eine Vielzahl von Krankenkassen geben soll und wozu der Risikostrukturausgleich zwischen ihnen eigentlich dient.

Die Rolle der Aufsicht im Wettbewerb

Vor diesem Hintergrund ist die Begründung zu § 4a bemerkenswert: Dort wird unter anderem ausgesprochen, dass der Wettbewerb „eines klaren ordnungspolitischen Rahmens (bedarf), der einheitlich für alle Wettbewerber gilt“. Daran wird die Konsequenz geknüpft, dass die Aufsichtspraxis zur „Rechtmäßigkeit des wettbewerblichen Handelns der Krankenkassen“ nunmehr auf eine gesetzliche Grundlage gestellt wird und nicht mehr nur auf „Verwaltungsbinnenrecht“ beruht, das die Krankenkassen nicht unmittelbar verpflichtet. „Auf diese Weise wird Krankenkassen mehr Rechtssicherheit verschafft und die aufsichtsbehördliche Kontrolle erleichtert“, heißt es dort. Damit wird die Aufsicht jedoch nicht nur „erleichtert“, sondern auch ihre Verpflichtung zu einem Handeln nach „einheitlichen Maßstäben“ wird verstärkt. Als Folge wird ausdrücklich erklärt, dass sich damit die „Krankenkassen, die sich durch den Rechtsverstoß eines Konkurrenten benachteiligt sehen, unabhängig vom Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde umfassend selbst aktiv an der Rechtsdurchsetzung beteiligen (können)“ (Seite 55).

Diese Überlegung wird in den Erläuterungen zu Absatz 7 weiter zugespitzt: Auch nach geltendem Recht schließt der Unterlassungsanspruch einer Krankenkasse gegen eine andere „eine parallele Anrufung der zuständigen staatlichen Aufsichtsbehörde zur Überprüfung der Rechtmäßigkeit der streitigen Maßnahme nicht aus. Die Entscheidung der Aufsichtsbehörde hat jedoch für die Geltendmachung des Unterlassungsanspruchs keinerlei Präjudizwirkung.“ In der Begründung erwähnt das BMG (nicht ohne Grund), dass es hier gerade um solche Fälle geht, „in denen sich eine Aufsichtsbehörde mit Blick auf die Grenzen der staatlichen Rechtsaufsicht zu einem Einschreiten nicht in der Lage sieht oder sich aus Opportunitätsgründen dazu entschließt, die beanstandete Rechtsverletzung zu tolerieren“. Zwischen den Aufsichtsbehörden könne es „zu unterschiedlichen Auffassungen hinsichtlich der Frage kommen, ob sich bestimmte Verhaltensweisen von Krankenkassen noch im Bereich des ‚rechtlich Vertretbaren‘ bewegen“. Durch die neue gesetzliche Regelung würde den Krankenkassen eine (verbesserte) eigenständige Grundlage gegeben, um gegen die damit entstehenden „Wettbewerbsverzerrungen“ vorzugehen. Und damit – das ist die eigentliche Pointe – auch das „opportunistische“ Aufsichtshandeln gerichtlich anzugreifen (Zitate alle Seite 60).

In diesem Zusammenhang kommt sowohl der Frage nach der Marktbeherrschung als auch nach der bisherigen Aufsichtspraxis eine besondere Bedeutung zu. Der zentrale Hebel des FKG in diesem Kontext, nämlich die bundesweite Öffnung der Ortskrankenkassen, mag zwar gewisse Nachteile haben, auf die der Autor in einer ersten Stellungnahme zum FKG auch hingewiesen hat (Paquet 2019a). Hinter dieser Regelung des Gesetzentwurfs steht jedoch die Abwägung, dass diese Nachteile weniger schwer wiegen, als die damit ermöglichte Problemlösung im Sinne fairer Marktbedingungen und Aufsicht. Dabei sollen die Fragen der Marktbeherrschung hier nur gestreift werden (siehe ausführlicher Paquet 2019b). Das FKG regelt hier einige Dinge neu: neben den erwähnten Klagemöglichkeiten der Krankenkassen gegeneinander (§ 4a Absatz 7 SGB V) die Fusionskontrolle durch das Kartellamt (§ 158 SGB V) sowie die (sinnvolle) Rechtswegzuweisung dieser Konflikte zu den Zivilgerichten (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes in Artikel 1 FKG). Wir konzentrieren uns hier jedoch auf die Frage der Aufsicht; dabei geht es nicht um Petitessen, wie noch gezeigt wird.

Was haben Organisationsrecht und RSA miteinander zu tun?

Die Eingriffe in das Organisationsrecht der Krankenkassen erscheinen zunächst als Fremdkörper in einem RSA-Reformgesetz. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass das Organisationsrecht die Chancen im Wettbewerb verteilt, und zwar nicht nur regional. In gewisser Weise stand das Organisationsrecht (beispielsweise in Form der Wettbewerbsverzerrungen, die durch die Gründung von Betriebs- und Innungskrankenkassen hervorgerufen wurden) sogar an der Wiege des RSA. Das System der Krankenkassenarten führte bis zum Beginn der 1990er-Jahre zu einer Risikoselektion, der der RSA gerade abhelfen sollte. Bekanntlich wurde die Einführung der Wahlfreiheit der Versicherten 1996 nicht nur durch den RSA, sondern auch durch organisationsrechtliche Veränderungen flankiert: Daher sind heute alle Innungskrankenkassen (IKK) für alle Versicherten geöffnet und die meisten von ihnen bundesweit. Auch die meisten Betriebskrankenkassen (BKK) sind geöffnet, und auch hier erscheinen regionale Beschränkungen inzwischen als Ausnahmen. Die „klassische“ betriebsbezogene BKK ist heute ein Randphänomen. Selbst die Knappschaft ist bundesweit und für alle Versicherten geöffnet.

Damit spielen – aus der Perspektive der wahlberechtigten Versicherten – die Krankenkassenarten keine wesentliche Rolle mehr. Hinzu kommt, dass mit der „Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen, der Gründung des GKV-Spitzenverbandes sowie der Schaffung einheitlicher Regelungen zur Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen [...] der abnehmenden Bedeutung von Krankenkassenarten“ auch im Organisationsrecht Rechnung getragen wurde, wie in den Eckpunkten zur Präsentation des FKG zutreffend festgestellt wird (BMG 2019).

Übrig geblieben ist eigentlich nur noch der kassenartspezifische Haftungsverbund, eine naturgemäß eher unappetitliche Aufgabe, der sich die Krankenkassenverbände auch nicht gerade mit großem Enthusiasmus gewidmet haben. Dabei spielt eine Rolle, dass der Wettbewerb innerhalb der Krankenkassenarten durch die Öffnungen intensiver geworden ist. Außer eben bei den Ortskrankenkassen, die sich wegen der regionalen Zuständigkeiten kaum in die Quere kommen. Insoweit ist es nur konsequent, wenn das FKG bei der Angleichung und Entschlackung des Organisationsrechts einen Schritt weiter geht. Das Recht der Fusionen und Schließungen wird vereinheitlicht. Gründungsmöglichkeiten gibt es nur noch für BKKs (mit einer erhöhten Mindestmitgliederzahl), was angesichts der tatsächlichen Marktlage nur als freundliche Geste angesehen werden kann. Der Haftungsverbund wird allerdings – hier dem Sondergutachten des RSA-Beirats folgend – auf die Ebene des GKV-Spitzenverbandes gehoben: „Das Solidarprinzip bezieht sich [...] nicht auf Krankenkassenarten, sondern auf die Solidargemeinschaft in der gesamten GKV“ (Drösler et al. 2017: 24).

Stein des Anstoßes ist allerdings der Zusammenhang von Organisationsrecht und Aufsicht. Nach Artikel 87 GG unterstehen Sozialversicherungsträger der Landesaufsicht, wenn sich ihr Zuständigkeitsbereich nicht über mehr als drei Länder erstreckt. Bei ihren Fusionen haben die AOKen daher auch peinlichst darauf geachtet, diese Länderzahl nicht zu überschreiten, was beispielsweise die Fusion der beiden AOKen in Nordrhein-Westfalen verhindert, aber zu Zuständigkeitskuriositäten wie der AOK Rheinland-Hamburg beziehungsweise der AOK Nordwest (Westfalen und Schleswig-Holstein) geführt hat. Verständlich ist die Vorliebe für die Landesaufsicht allerdings. Das Bundesversicherungsamt ist gegenüber „seinen“ (bundesweit geöffneten)

Krankenkassen – auch im Hinblick auf die wettbewerblichen Möglichkeiten – sehr viel restriktiver als die Länder. Diese Unterschiede und ihre Relevanz für den Wettbewerb (beispielsweise in Bezug auf die Genehmigung von Selektivverträgen, Satzungsleistungen, Modellversuchen, Sondervergütungen, Wirtschaftlichkeitsnachweisen) sind vielfältig belegt (Monopolkommission 2017; Bundesversicherungsamt 2018; Wille und Thüsing 2017).

Insoweit ist die im FKG vorgesehene Öffnung der AOKen auch nicht das eigentliche Ziel des FKG, sondern – vom BMG durchaus zugestanden – die einheitliche bundesweite Aufsicht über alle Krankenkassen (BMG 2019: 6), ohne die beispielsweise die Anstrengungen zur RSA-Manipulationsbremse weitgehend ins Leere laufen würden. Mit anderen Worten: Das Konzept des FKG trägt nur in dem Maße, in dem Spahn den Ländern Zugeständnisse in Sachen Aufsicht abringt. Dann könnten die AOKen für ihn auch regional bleiben.

Dabei würde eine direkte Änderung der Aufsichtszuständigkeiten allerdings eine verfassungsändernde Zweidrittelmehrheit in Bundestag und Bundesrat erfordern. Die ist im Moment nicht in Sicht und könnte auch nicht mit Milliarden erkauf werden; dazu ist das Thema „Krankenkassenaufsicht“ nicht wichtig genug und öffentlich ohnehin schwer vermittelbar. Daher nutzt das FKG den Trick mit der Öffnung der Ortskrankenkassen. Hier wäre die Veränderung der Aufsichtszuständigkeit zwingende Konsequenz, ohne sie im Gesetz selbst erwähnen zu müssen (wodurch das FKG auch formell „zustimmungsfrei“ im Bundesrat bleibt).

Regionale Versorgung auch bei Öffnung der AOKen gesichert

Dabei ist das Spahn'sche Narrativ, es sei ungerecht, dass man nicht die passgenauen Angebote einer AOK nutzen könne, wenn man nicht in ihrem „Gebiet“ wohne, sicher nur ein Bluff (BMG 2019: 6). Ebenso wenig ernst zu nehmen ist aber auch der empörte Einwand der AOKen, nur mit ihrer regionalen Organisation könne man eine an den regionalen Versorgungsbedürfnissen ausgerichtete Vertragspolitik machen. Die Ersatzkassen entgegnen darauf zu Recht, dass die Versorgung ohnehin weit überwiegend kollektivvertraglich geregelt sei, und außerdem gebe es über 1.300 regionale Versorgungsverträge der Ersatzkassen (vdek 2019). Das ist zwar etwas widersprüchlich argumentiert:

die Besonderheit regionaler Versorgungsinitiativen zugleich zu relativieren (durch den Hinweis auf den Kollektivvertrag) und sich selbst dabei als erfolgreich darzustellen. Die Argumentation offenbart jedoch nur das tatsächliche Dilemma des (leider nur schwach ausgeprägten) Krankenkassen- beziehungsweise Versorgungswettbewerbs.

Eine nennenswerte und hinreichend verbreitete Alternative zur immer wieder beschworenen „Regelversorgung“ gibt es einzig und allein in Baden-Württemberg. Der Hausarztvertrag der dortigen AOK und der Bosch BKK (mit den anhängenden Facharztverträgen) ist sicher der Kompetenz und Hartnäckigkeit der dortigen Krankenkassenvorstände zuzuschreiben, aber auch nur möglich geworden durch besondere regionale Bedingungen auf der Seite der Vertragspartner.

Das von den AOKen beschworene Versorgungsproblem erscheint bei Licht besehen längst als gelöst: So könnte sich jede AOK für ihre neuen Versicherten (außerhalb ihres Stammgebiets) der Regionalverträge der anderen örtlichen AOKen bedienen. So wie es die Ersatz- und Betriebskrankenkassen für ihre Krankenkassenarten seit eh und je tun. Die großen Ersatzkassen haben schon seit langem 17 Gesamtverträge, die sich durchaus unterscheiden, beispielsweise nach dem (finanziell relevanten) Anteil der ausbudgetierten Leistungen und der Bedeutung von Zusatzvereinbarungen. Sie teilen diese Erfahrung der „Diversität“ – um ein Modewort zu gebrauchen – beispielsweise mit der AOK Nordost, die mit drei Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in drei strukturell höchst unterschiedlichen Ländern (Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern und mitunter für Teilregionen) Verträge schließt. Um die Sicherstellung oder Qualität der Versorgung geht es also bei dieser Auseinandersetzung gar nicht, sondern im Kern um Zuständigkeiten und Macht.

Das zeigt sich klar an den Reaktionen auf Spahns Provokation: Nicht nur die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat sich Anfang Juni 2019 gegen die Öffnung der AOKen ausgesprochen (GMK 2019). Auch diverse Briefe einzelner Gesundheitsminister und Ministerpräsidenten mit diesem Anliegen sind im BMG eingegangen. Besonders unverhältnismäßig und aufgebauscht wirkt das Thema im Brief der Ministerpräsidentenkonferenz vom 27. Juni, in dem ihre einstimmige Ablehnung der AOK-Öffnung

vorgetragen wird. Zur Begründung angeführt wird allein das wenig tragfähige Argument der regionalen Versorgungsgestaltung durch diese Krankenkassen. Bemerkenswert ist allerdings, dass die Frage der Aufsicht auch von den Ministerpräsidenten als Problem anerkannt wird. Sie schreiben, nach der schroffen Eingangskritik erscheint das fast als kleinlautes Verhandlungsangebot: „Einer stärkeren Abstimmung und Harmonisierung des Aufsichtshandelns stehen wir offen gegenüber. Das sollte unabhängig vom laufenden Gesetzgebungsverfahren zeitnah erörtert werden.“ Damit hat Spahn zumindest das Ziel erreicht, die Rolle der Aufsichten zu einem politisch hoch aufgehängten Thema zu machen.

Man kann Politik nicht gegen alle Länder machen

So schwach die Begründung der Ministerpräsidenten auch ist, so eindeutig ist die machtpolitische Konstellation: Auch wenn ein Gesetz „zustimmungsfrei“ ist, kann es durch den Bundesrat verzögert und in ein Vermittlungsverfahren gezwungen werden. Das haben die Ministerpräsidenten unmissverständlich klargemacht: Sie wollen „ihre“ AOKen behalten. Der Bundesrat kann nämlich im „zweiten Durchgang“ (also nach der Verabschiedung des Gesetzes im Bundestag) den Vermittlungsausschuss anrufen (bei dem Jens Spahn seinem Vorgänger und besonderen „Parteifreund“ Hermann Gröhe als bundestagsseitigem Vorsitzenden begegnen würde). 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 einer Zweidrittelmehrheit der Stimmen Einspruch erhebt, wäre auch im Bundestag eine Zweidrittelmehrheit notwendig, um den Einspruch zurückzuweisen. Diese Mehrheit hat die Große Koalition im Bundestag aber bekanntlich nicht. Das weiß man auch im BMG. Insoweit wird es zu Verhandlungen kommen, oder die Hängepartie dauert an. Dabei hat Spahn bisher noch nicht einmal die Zustimmung des Koalitionspartners SPD für das FKG. Überdies ist der Fortbestand der Koalition über das Jahresende 2019 höchst unsicher. Also eine höchst prekäre Situation.

Zur Lösung des Problems hilft auch nicht die Überlegung, dass die zugrunde liegende verfassungsrechtliche Regelung in Artikel 87 des Grundgesetzes nicht mehr zeitgemäß ist (Wille und Thüsing 2017: 37). Für eine neue Föderalismusreform tritt politisch derzeit

niemand ein. Die Mütter und Väter des Grundgesetzes haben sich den Krankenkassenwettbewerb nicht vorstellen können. Auch die entsprechende Relevanz der Aufsicht konnten sie nicht erahnen. Die betreffende Regelung ist somit wirklich überholt. Andererseits waren sie in einem Punkt weitsichtig. Immerhin haben sie an einem bundesweiten Begriff von Solidarität festgehalten: Die Sozialversicherung ist Bundeszuständigkeit. Die Solidarität gilt deutschlandweit.

Das ist bedeutsam, weil beim einzigen Konzept, das gegen das FKG angeführt wird, unklar ist, ob es gegen diesen Grundsatz verstößt. Es handelt sich um das von den beiden grünen Landesgesundheitsministern Manfred Lucha (Baden-Württemberg) und Kai Klose (Hessen) bereits am 4. Juni 2019 an Minister Spahn verschickte Acht-Punkte-Papier, das sich gegen die angeblich „massive Zentralisierung der Steuerungs- und Entscheidungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen“ richtet (Baden-Württemberg 2019). Gefordert wird darin eine konsequente „föderale Ausrichtung des Gesundheitswesens [...] in der Verantwortung der Länder“ sowie eine nachdrückliche „Regionalisierung der Versorgungs- und Entscheidungsstrukturen“. Garniert wird das unter anderem mit der Forderung nach der Beseitigung aller verbindlichen bundesweiten Rahmenregelungen für die ambulante ärztliche „Vergütungsgestaltung“ und für die „landesindividuelle Preisgestaltung“ der Krankenhäuser.

Zur Finanzierung gibt es in dem fragmentarischen Papier keinen Satz. Unklar bleibt, was aus dem bundesweiten Morbi-RSA werden soll und ob man zwingend regionalisierte Beitragssätze anstrebt. Mit Wettbewerb hat das Papier jedenfalls nichts am Hut; es folgt dem allgemeinen Trend der Grünen, die Lösung aller Probleme in den kleineren Einheiten zu suchen. Im Ergebnis läuft es auf regionale Einheitskassen hinaus. Unklar ist auch, was es bedeuten soll, wenn nach dem Begleitbrief „die sogenannte Regionalkomponente im Morbi-RSA“ weiterentwickelt werden soll und die „Kongruenz von Handlungs- und Finanzverantwortung“ gefordert wird.

Bewegung in der Aufsichtsfrage?

Trotz dieser Unwägbarkeiten ist ein Vorschlag ernst zu nehmen, der Minister Spahn gegebenenfalls als Ausweg aus seiner Klemme dienen könnte. Im Eckpunktepapier der

beiden Minister heißt es an erster Stelle: „Die Rechtsaufsicht für Versorgungsverträge gemäß SGB V und SGB XI wird ausschließlich dem jeweiligen Land zugeordnet [...]“. Auch wenn damit insgesamt eine neue Balance zwischen bundes- und landespolitischer Steuerung des Gesundheitswesens (und der GKV) gefunden werden müsste, könnte hier ein Ansatzpunkt zur (wenigstens teilweisen) Lösung der Aufsichtsproblematik liegen. Allerdings gerade umgekehrt wie im FKG mit der vorgesehenen Vereinheitlichung auf Bundesebene beim BVA.

Der Lucha-Klose-Vorschlag kommt im Übrigen recht nahe an die Überlegungen des früheren BVA-Präsidenten Daubenbüchel heran, nach denen die Finanzaufsicht für alle Krankenkassen beim BVA zentralisiert und die Vertrags- und Versorgungsaufsicht konsequent regionalisiert werden sollten (siehe auch Wille und Thüsing 2017: 34 und passim). Der Einwand, dass beide Seiten nicht voneinander trennbar seien, weil beispielsweise jede Vertragsregelung zwangsläufig finanzielle Konsequenzen habe, ist nicht durchschlagend. Denn alle bundesweiten Krankenkassen leben schon seit Jahrzehnten – wie oben ausgeführt – mit unterschiedlichen regionalen Verträgen. Umgekehrt ist die Finanzaufsicht (zumindest potenziell) beim BVA bereits zentralisiert, wenn das Amt denn mutig genug wäre, seine Kompetenzen als Durchführungsbehörde für den RSA auch tatsächlich auszuspielen.

Eine Alternative, nämlich die Idee „einer Clearingstelle für den Fall divergierender Rechtsauslegungen und Aufsichtsentscheidungen“, erscheint allerdings aufgrund der „großen Nähe zu einer unzulässigen Mischverwaltung aus verfassungsmäßiger Perspektive als nicht umsetzbar“ (Wille und Thüsing 2017: 39f.). Der dahinterstehende Gedanke, durch mehr Transparenz eine einheitliche Entscheidungspraxis zu befördern, sollte jedoch nicht vorschnell ad acta gelegt werden. Immerhin wäre beispielsweise die Konstruktion eines Vertragsregisters auf freiwilliger Basis denkbar, das Vergleiche erlauben und eine unterschiedliche Aufsichtspraxis sichtbar machen würde. Ein solches Register müsste – wegen des Schutzes von Geschäftsgeheimnissen der Krankenkassen (und ihrer Vertragspartner) – noch nicht einmal zur vollständigen öffentlichen Transparenz der Verträge führen. Möglich wäre die Gestaltung dieser Aufgabe auch in Form einer „Vertrauensstelle“, die die Aufsichtsentscheidungen vertraulich unter dem

Gesichtspunkt der Gleichbehandlung prüfen und nur in Einzelfällen über Abweichungen Auskunft geben würde. Die Einrichtung eines solchen Registers setzt freilich voraus, dass alle Krankenkassen zur Mitwirkung bereit wären. Andererseits böte sie für die AOKen eine Chance, durch ihre Beteiligung den Vorwurf einer ungerechtfertigten Begünstigung im Wettbewerb zu widerlegen.

Insoweit gibt es denkbare Auswege und Kompromisse. Auch wenn Minister Spahn im Moment keine große Lust mehr zu haben scheint, das FKG voranzutreiben. Denn die von ihm vorrangig gewünschte (und populäre) Beitragssatzsenkungsregel steht ja jetzt im Entwurf des MDK-Reformgesetzes (Kabinettsentwurf [vom 17. Juli 2019] eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen [MDK-Reformgesetz]). Dort wird in § 242 Absatz 1 SGB V (i.V. mit § 260 Absatz 2) vorgeschrieben, dass Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben dürfen, solange die Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage eine Monatsausgabe überschreiten. Auf der anderen Seite könnte es genau der Eindruck des Desinteresses sein, den Spahn erwecken will, um Zugeständnisse zu bekommen. Die politische Taktik ist facettenreich, und die Länder erscheinen nicht als völlig übermächtig, sondern durchaus ansprechbar, wenn's eine Nummer kleiner geht als mit der AOK-Öffnung.

Ausblick

Spahns FKG steckt insbesondere wegen seiner „Provokationen“ ziemlich fest. Dabei zeigt sich, dass es nicht gut ist, keinen „Plan B“ zu haben. Wie man das macht, zeigt etwa Arbeitsminister Hubertus Heil gerade mit dem Entwurf seines Pflegelohnverbesserungsgesetzes (BMAS 2019): Wenn kein Tarifvertrag für die Altenpflege zustande kommt, und wenn doch, sich dieser gegebenenfalls aus (verfassungs)rechtlichen Gründen nicht für allgemeinverbindlich erklären lässt, dann gibt es immer noch die Möglichkeit, über ein Verfahren mit der Mindestlohnkommission die Löhne (differenziert) anzuheben. Das sieht wie ein geschickt abgestuftes Verfahren aus und ist mit dem Koalitionspartner konsentiert.

Auch das FKG ist ein riskantes Projekt. Dabei hat Minister Spahn seinen Gesetzentwurf vor der Veröffentlichung weder mit dem Koalitionspartner noch mit den Ländern und

schon gar nicht mit den betroffenen Krankenkassen abgestimmt beziehungsweise vorsondiert. Es könnte sein, dass nicht einmal der Name des Gesetzes bleibt, was schon ein hässlicher Kratzer an seinem Image wäre – aber ist es nur Spahns Selbstherrlichkeit, die ihn treibt, oder gibt es doch die mögliche Verhandlungsmasse, die man bloß nicht vorschnell offenlegen darf? Da ist allerdings schon einiges verbraucht, was als „Geschenke“ an die Länder in Frage gekommen wäre, so beispielsweise die Medizinischen Dienste zu Landesbehörden zu machen (was gerade im MDK-Reformgesetz ohne ersichtliche „Gegenleistung“ geschieht) oder im Rahmen der integrierten Versorgung die Krankenhäuser noch stärker für die ambulante Behandlung zu öffnen.

Aber auch die RSA-kritischen Krankenkassenarten haben keinen „Plan B“. Sie klammern sich (einzeln und gemeinsam) an die Forderung, das „Gesamtpaket“ des FKG zur RSA-Reform dürfe nicht aufgeschnürt werden. Ohne politische Verbündete bleibt das jedoch ein Wunschtraum. Weder bei der SPD noch bei den Ländern zeigen sich dafür irgendwelche politischen Anknüpfungspunkte.

Insoweit kann man im Moment nur feststellen: Der erste Aufschlag für das FKG war gut begründet. Aus der Sache heraus war es auch richtig, das Organisations- und Aufsichtsrecht in den Regelungsentwurf einzubeziehen. Spahns Provokation mit der AOK-Öffnung hatte zumindest die Wirkung, die Aufsichtsproblematik über die Fachebene hinaus bekannt zu machen und auf die politische Agenda zu setzen. Was schließlich aber daraus wird, die eher schlichte Umsetzung einer Auswahl von Empfehlungen des RSA-Beirats (was die Unwuchten in der Krankenkassenkonkurrenz nicht entscheidend korrigieren dürfte) oder eine Reform, die dem Wettbewerb der Krankenkassen tatsächlich faire Bedingungen und damit neue Impulse verleiht, bleibt abzuwarten.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (1994): Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung. Ohne Ort.
- Baden-Württemberg (2019): Baden-Württemberg und Hessen stellen Alternativkonzept zum Faire-Kassenwahl-Gesetz vor, <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/baden-wuerttemberg-und-hessen-stellen-alternativkonzept-zum-faire-kassenwahl-gesetz-vor/> (Download am 19. Juli 2019).
- BMAS (2019): Bundesministerium für Arbeit und Soziales: <https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/pflegelohnverbesserungsgesetz.html> (Download am 19. Juli 2019).
- BMG (2019): Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und des Organisationsrechts. März 2019.
- Buchner, F. und Göppfarth, D. (2014): Risikostrukturausgleich als „technischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel, D., Jacobs, K., Vauth, C. und Zerth, J. (Hrsg.) (2014): Solidarische Wettbewerbsordnung. Heidelberg. S. 77 ff.
- Bundesversicherungsamt (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn.
- Cassel, D., Jacobs, K., Vauth, C. und Zerth, J. (Hrsg.) (2014): Solidarische Wettbewerbsordnung. Heidelberg.
- Drösler, S. E., Hasford, J., Kurth, B.-M., Schaefer, M., Wasem, J. und Wille, E. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Bonn.
- Drösler, S. et al. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Bonn.
- Drösler, S. et al. (2018): Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Bonn.
- GMK (2019): Gesundheitsministerkonferenz 2019: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?uid=156&jahr=2019> (Download am 8. Juli 2019).
- IGES Institut, Glaeske, G. und Greiner, W. (2015): Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1) – Kriterien, Wirkungen und Alternativen. Berlin.
- Jacobs, K. (2019): Wettbewerb an der Leine. In: Gesundheit und Gesellschaft 7–8/2019. S. 23 ff.
- Knieps, F. und Reiners, H. (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Bern.

- Koalitionsvertrag 2013: Deutschlands Zukunft gestalten – Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD. <https://www.cdu.de/koalitionsvertrag-2013> (Download am 4. Juli 2019).
- Koalitionsvertrag 2018: Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD – 19. Legislaturperiode. <https://www.cdu.de/koalitionsvertrag-2018> (Download am 4. Juli 2019).
- Monopolkommission (2017): Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75; Sondergutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Absatz 1 Satz 4 GWB. Bonn.
- Paquet, R. (2011): Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge, WISO-Diskurs der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.
- Paquet, R. und Rüsenberg, R. (2018): Fördern und Fordern: Was bringt das TSVG für die ambulante Versorgung? www.observer-gesundheit.de vom 24. September 2018.
- Paquet, R. und Rüsenberg, R. (2019): Omnibus TSVG – wer sitzt drin und wohin geht die Reise? www.observer-gesundheit.de vom 4. Februar 2019.
- Paquet, R. (2019a): Weit weg von Lahnstein, www.observer-gesundheit.de vom 29. März 2019.
- Paquet, R. (2019b): Diskussion über GKV-FKG: Schnappatmung statt Argumente, www.observer-gesundheit.de vom 25. April 2019.
- Reiners, H. (2017): Die Reformfibel 2.0 – Handbuch der Gesundheitsreformen bis Ende 2017. Berlin.
- Schramm, A. (2015): Diagnosekodierung in der Praxis. Ambulante Kodierqualität und Risikostrukturausgleich. Wiesbaden.
- Verband der Ersatzkassen – vdek (2019): Gemeinsame Öffentlichkeitsinitiative der Ersatzkassen: #regionalstark. Ersatzkassen wollen Transparenz in Regionalversorgungsdebatte bringen, Gemeinsame Pressemitteilung vom 8. Mai 2019, Berlin.
- Weinhold, I., Claus, F., Kossack, N. und Häckl, D. (2017): Gutachten zum Forschungsprojekt „Kodierwettbewerb“ – Einflussnahme auf die ärztliche Kodierpraxis und Auswirkungen der Gesetzesänderungen zur Vermeidung von Kodierbeeinflussungen gemäß HHVG. Leipzig.
- Wille, E. und Thüsing, G. (2017): 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.