

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 25. November 2016

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil-
und Hilfsmittelversorgung (HHVG)

I. Vorbemerkung

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung will der Gesetzgeber eine weitere Flexibilisierung der Preisfindung für Heilmittelleistungen erreichen und eine Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln, speziell im Hinblick auf die Qualität, vorantreiben.

Eine Ausweitung von Modellvorhaben im **Heilmittelbereich**, den sogenannten Blankoverordnungen für Heilmittelerbringer, bewerten die Betriebskrankenkassen als verfrüht. Die Ergebnisse der laufenden Modellvorhaben sollten abgewartet werden.

Die Betriebskrankenkassen plädieren dafür, an der Grundlohnrate als Richtwert und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität im Heilmittelbereich festzuhalten. Grundsätzlich ist die nun im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Begrenzung der Aufhebung für die Jahre 2017 und 2019 zu begrüßen. Im Hinblick auf die Ausgaben- und Preisdynamik im Heilmittelbereich, die bereits vorgenommenen Flexibilisierungsmöglichkeiten sowie Preisuntergrenzen für Heilmittel durch den Gesetzgeber in den letzten Jahren, lehnen die Betriebskrankenkassen aber auch eine befristete Entkopplung der Vergütung der Heilmittelerbringer von der Grundlohnsumme ab. Schließlich wird hierdurch auch nicht sichergestellt, dass sich die Gehaltssituation der angestellten Physiotherapeuten verbessert. Es wird hingegen ein Präjudiz für andere Leistungsbereiche geschaffen, um den Grundsatz der Beitragssatzstabilität insgesamt in Frage zu stellen.

Die Zielsetzung des Gesetzesentwurfs eine Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Bereich der **Hilfsmittelversorgung** herbeizuführen, begrüßen die Betriebskrankenkassen. Ebenso werden die im Vergleich zum Referentenentwurf konkretisierten Regelungen im Gesetzesentwurf befürwortet; beispielsweise die Stärkung des Wirtschaftlichkeitsprinzips bei der Auswahlentscheidung im Ausschreibungsprozess. Dem im Gesetzesentwurf vorgebrachten Vorschlag, auch Versicherten anderer Kassen wesentliche Vertragsinhalte im Internet zugänglich zu machen, um einen Vergleich zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen, stehen die Betriebskrankenkassen jedoch kritisch gegenüber. Dem gewollten Kassenwettbewerb über mehr Qualitätstransparenz wird diese Regelung nicht gerecht.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen eine rechtsverbindliche **Definition der Verbandmittel**, um die Versorgung der Versicherten klarer zu regeln. Die im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Definition bewerten die Betriebskrankenkassen jedoch als zu weit gefasst.

Eine **Aufwandsentschädigung der Patientenorganisationen** für die Benennung von Patientenvertretern stellt eine verdeckte Finanzierung von Patientenorganisationen dar und wird somit von den Betriebskrankenkassen als nicht sachgerecht abgelehnt. Schließlich liegt die Koordination der Patientenbeteiligung im Eigeninteresse der jeweiligen Organisation. Die Regeln-

gen zu den Reisekosten- und Aufwandsentschädigung der Patientenvertreter halten die Betriebskrankenkassen für ausreichend.

Im Zusammenhang mit den vorgesehenen gesetzlichen Änderungen im Bereich der Hilfsmittel schlagen die Betriebskrankenkassen ferner eine Ausgliederung von **Blutteststreifen** aus dem Regelungsregime der Arzneimittelversorgung und eine Verortung im Hilfsmittelbereich vor. Die Möglichkeit, die Versorgung mit Teststreifen in Hilfsmittelverträgen zu regeln, ermöglicht eine Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Daneben weisen die Betriebskrankenkassen auf weitere Schritte hin, die noch in dieser Legislaturperiode vorzunehmen sind, um **Fehlsteuerungen beim Morbi-RSA** zu beseitigen und darüber hinaus die Datenlage sowie Transparenz für die notwendige Weiterentwicklung des Ausgleichsverfahrens zu verbessern.

Im Folgenden werden die aufgeführten Punkte im Detail kommentiert.

II. Heilmittel

Modellvorhaben

Die Ausweitung der geltenden Regelung zu Modellvorhaben in § 63 Abs. 3b Satz 2 und 3 SGB V durch § 64d (neu) bewerten die Betriebskrankenkassen weiterhin als kritisch. Eine von Kassen- und Kassenseite gemeinsam und einheitliche Vereinbarung von Modellvorhaben in den Bundesländern, wie nun im Gesetzesentwurf vorgeschlagen, wird prinzipiell befürwortet. Dies gilt ebenfalls für die Verpflichtung, die Modellvorhaben wissenschaftlich zu evaluieren. Dennoch halten es die Betriebskrankenkassen für verfrüht, über die bestehende Regelung in § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 SGB V hinaus Modellvorhaben zur sogenannten „Blankverordnung“ auf alle Heilmittelbereiche und alle Bundesländer kassenartenübergreifend verpflichtend auszuweiten. Derzeit werden auf der bestehenden gesetzlichen Grundlage bereits zwei Modellvorhaben durchgeführt. Ergebnisse liegen in beiden Fällen noch nicht vor. Im Dezember letzten Jahres teilte die Bundesregierung in der Antwort auf die kleine Anfrage der Fraktion Die Linke (BT-Drs. 18/6794) mit, eine Bewertung der Ergebnisse der aktuell laufenden Modellvorhaben erst nach Vorliegen der Abschlussberichte vorzunehmen und erst dann zu prüfen, ob und inwieweit weitere Maßnahmen möglich und sinnvoll sind. Diese Einschätzung teilen die Betriebskrankenkassen.

Insbesondere wirft vorgesehene Möglichkeit, von den Vorgaben der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen, grundsätzliche Fragen auf. Die Heilmittelrichtlinie dient der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln und bildet den gesetzlichen Rahmen der Leistungspflicht der GKV. Eine flächendeckende Umgehung der Richtlinie im Rahmen der Modellvorhaben stellt deren Inhalte und damit die Maßgeblichkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses im Heilmittelbereich in Gänze in Frage. Dies stellt einen fragwürdigen Paradigmenwechsel dar. Ungeachtet dessen wäre ein Vergleich der Modellvorhaben mit der Regelversorgung kaum mehr möglich.

Zu den „Blankverordnungen“ enthält der Regelungsvorschlag bislang keine Vorgaben in Bezug auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit des Ordnungsverhaltens. Schließlich können Vertragsärzte künftig nicht mehr für die Verordnungen in der Verantwortung stehen, bei denen die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten in der Hand des Therapeuten liegt. Damit die Wirtschaftlichkeit der Versorgung jedoch auch in Zukunft gesichert ist und überprüft werden kann, sollte der Gesetzgeber eine entsprechende Regelung im Gesetz verankern.

Grundlohnsummenentkopplung

Die Herausnahme des Heilmittelbereichs aus dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird von den Betriebskrankenkassen abgelehnt. Im Vergleich zum Referentenentwurf ist die nun im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Begrenzung der Aufhebung für die Jahre 2017 bis 2019 grundsätzlich zu begrüßen, denn somit wird verdeutlicht, dass es sich hierbei um eine Sonderregelung handelt. Dennoch lehnen die Betriebskrankenkassen die Regelung im Hinblick auf die Ausgabenentwicklung der letzten Jahre ab, da sie unweigerlich zu weiteren Belastungen der Beitragszahler führen wird. Der Heilmittelbereich verzeichnet im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen seit Jahren eine besonders intensive Ausgabendynamik, die einerseits durch soziodemographischen Mengenentwicklungen begründet ist, aber andererseits auch auf Struktureffekte und Vergütungsanhebungen zurückzuführen ist. Allein in den letzten 5 Jahren sind die Heilmittelausgaben um insgesamt 1,5 Mrd. € angestiegen. Dies entspricht einer Steigerung von mehr als 30%.

Die Heilmittel-Preise haben sich in diesem Zeitraum - gemessen an den Grundlohnraten der Jahre 2011 bis 2015 - im Schnitt um +2,5% jährlich erhöht. Dieser Anstieg liegt deutlich oberhalb der beobachteten Inflationsrate. Hinzu kommen ein in den Ausgabendaten zu beobachtender Trend zu höherpreisigen Leistungen und eine durch die Demographie bedingte deutlich höhere Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen. Beide Effekte kommen den Heilmittelerbringern in Form höherer Praxisumsätzen zu Gute.

Die Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wurden bereits mit der in der 3. AMG-Novelle entfallenen Vorlagepflicht für Vergütungsvereinbarungen im Heilmittelbereich weitreichend flexibilisiert. Ungeachtet dessen sieht § 71 SGB V bereits jetzt schon eine flexible Anwendung der Grundlohnsummenbindung vor, wenn Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden können. Die Herausnahme des Heilmittelbereichs aus dem Geltungsbereich des § 71 SGB V schafft ein Präjudiz für andere Leistungsbereiche und bereitet den Boden dafür, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität insgesamt in Frage gestellt würde. Beitragssteigerungen sind dabei über höhere Zusatzbeiträge und Zuzahlungen allein von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu finanzieren. Überdurchschnittliche Vergütungssteigerungen bei Leistungserbringern bieten für die Patientinnen und Patienten hingegen keinen erkennbaren Mehrwert.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass Vergütungsanhebungen für den Praxisinhaber nicht zwangsläufig zu steigenden Gehältern bei den in der Praxis angestellten Therapeutinnen und Therapeuten führen. Die Krankenkassen haben im Rahmen der Verträge keine Steuerungs- oder Durchgriffsmöglichkeiten hinsichtlich der Angestelltengehälter.

Krankenkassen und Heilmittelverbände benötigen für zielführende Vergütungsverhandlungen geeignete Leitplanken. Ohne diese wird auch eine Schiedsperson schwerlich eine für beide Seiten akzeptable Entscheidung treffen können. Die dadurch erforderliche stetige Bemühung

des Rechtsweges dürfte einer vertragspartnerschaftlichen Zusammenarbeit von Krankenkassen und Heilmittelerbringerverbänden nachhaltig schaden.

Um die Vergütungen der Heilmittelerbringer anzuheben und Vergütungsunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen abzubauen, wurden erst kürzlich mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) Preisuntergrenzen für Heilmittel eingeführt. Diese bewirken absehbar deutliche Vergütungssteigerungen, für die bereits eine Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität gesetzlich festgelegt wurde. Die Abkopplung der Heilmittelvergütung von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen führt im Zusammenspiel mit den bereits eingeführten Heilmittelpreisuntergrenzen absehbar zu einer kontinuierlichen Preisschraube nach oben und damit für die Krankenkassen zu kaum noch planbaren Heilmittelausgaben. Der Effekt der Preisschraube ergibt sich dadurch, dass schon eine Vergütungsanhebung bei nur einem kassenseitigen Vertragspartner – auch nach einem Schiedsspruch – ausreicht, um automatisch auch die Vergütungen aller übrigen Vertragspartner deutlich - abschließend nach oben hin - anzupassen.

Vor Regelungen, die weitere Vergütungssteigerungen zum Gegenstand haben, sollten zunächst die Auswirkungen der jüngst eingeführten Heilmittelpreisuntergrenzen abgewartet werden. An der Grundlohnrate als Richtwert und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität im Heilmittelbereich sollte festgehalten werden.

III. Hilfsmittel

Akkreditierung von Präqualifizierungsstellen

Die vorgesehene Ablösung der bestehenden vertraglichen Lösung durch ein Akkreditierungsverfahren begrüßen die Betriebskrankenkassen grundsätzlich. Die nähere Spezifikation der Eignungskriterien zum Akkreditierungsverfahren nach § 126 Absatz 1a SGB V im Gesetzesentwurf ist im Vergleich zum Referentenentwurf positiv hervorzuheben.

Die Beibehaltung des aktuellen Verfahrens zur Lieferung der Daten durch die Präqualifizierungsstellen begrüßen die Betriebskrankenkassen ebenfalls.

Verträge

Die Betriebskrankenkassen befürworten die Klarstellung im Gesetzesentwurf, dass nunmehr eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln den Versicherten zur Auswahl gestellt werden muss.

Ferner begrüßen die Betriebskrankenkassen, dass bei angemessener Berücksichtigung von Qualitätsstandards in der Leistungsbeschreibung nunmehr im Rahmen der Auswahlentscheidung bei Ausschreibungen das Wirtschaftlichkeitsprinzip gestärkt wurde. Auf Ebene der Leistungsbeschreibung ist sicherzustellen, dass keine minderwertigen Produkte ausgeschrieben werden. Dies ist insbesondere durch eine entsprechende Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnis zu gewährleisten. Zusätzlich sollten die Krankenkassen die Möglichkeit haben, höhere, über das Hilfsmittelverzeichnis hinausgehende Qualitätsstandards in den Verträgen zu definieren.

Hinsichtlich der vorgesehenen Informationspflicht der Krankenkassen nach § 127 Absatz 5 SGB V begrüßen die Betriebskrankenkassen die im Gesetzesentwurf konkretisierte Regelung, dass bei Hilfsmitteln mit Genehmigungsverzicht lediglich auf Nachfrage des Versicherten informiert werden muss.

Die Pflicht zur schriftlichen Dokumentation der Beratung durch die Leistungserbringer und deren Bestätigung durch den Versicherten wird von den Betriebskrankenkassen befürwortet. Die Betriebskrankenkassen schlagen darüber hinaus vor, die Beratung in einem bundeseinheitlichen Formular zu dokumentieren, um eine Vereinfachung von Verwaltungsaufgaben zu ermöglichen.

Dem im Gesetzesentwurf vorgebrachten Vorschlag, auch Versicherten anderer Kassen wesentliche Vertragsinhalte im Internet zugänglich zu machen, um einen Vergleich zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen, stehen die Betriebskrankenkassen kritisch gegenüber. Hier wäre eine klare Definition des Begriffs „wesentliche Inhalte“ erforderlich, vor allem vor dem Hintergrund, dass die Pflege von Vertragsdatenbanken einen nicht unwesentlichen Verwaltungsaufwand erfordert.

IV. Verbandmittel

Die Betriebskrankenkassen begrüßen eine rechtsverbindliche Definition der Verbandmittel, um die Versorgung der Versicherten klarer zu regeln. Die im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Definition bewerten die Betriebskrankenkassen jedoch als zu weit gefasst.

Klassische Verbandmittel haben den begrenzten Zweck eine Wunde oder oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken oder Wundsekret aufzusaugen. Auch die feuchte Wundversorgung kann als klassische Versorgung in die Definition einbezogen werden. Allerdings werden mit der neuen Definition im Gesetzesentwurf alle derzeit am Markt befindlichen Produkte in die Versorgung mit Verbandmitteln einbezogen, unabhängig davon, ob sie den eigentlichen Zweck eines Verbandmittels erfüllen. Die Definition ist deutlich zu weit gefasst und schließt auch kritisch diskutierte Produkte automatisch in die Versorgung ein, da es den Herstellern selbst überlassen bleibt, ob sie ein Produkt als Verbandmittel deklarieren. Die Angaben werden nicht überprüft, so dass zum Beispiel auch Wundgele als Verbandmittel deklariert werden und von den gesetzlichen Krankenkassen zu zahlen sind.

Das Ziel, klassische Verbandmittel weiterhin unmittelbar zu erstatten sind, kann nur erreicht werden, wenn die Legaldefinition eng gefasst wird und dem Gemeinsamen Bundesausschuss als unabhängige Stelle die entsprechende Befugnis eingeräumt wird, Abgrenzungen von den klassischen Verbandmitteln und Eingruppierungen festzulegen. Damit würden andere Mittel zur Wundbehandlung regelhaft geprüft, um regelhaft in die GKV-Versorgung einbezogen zu werden. Zweifelhafte, zumeist komplexe Produkte sollten nicht – wie derzeit vorgesehen – in der Leistungspflicht bleiben. Diese sollte nur bestehen, wenn die Bewertung zeigt, dass die Produkte wirtschaftlich und medizinisch notwendig sind.

V. Ausgleich des Aufwands der Patientenorganisationen bei der Benennung von Patientenvertretern

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Aufwandsentschädigung der nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Organisationen für die Koordinierung der Patientenbeteiligung, lehnen die Betriebskrankenkassen als nicht sachgerecht ab. Die Koordinierung der Patientenbeteiligung liegt im Eigeninteresse der jeweiligen Organisation, der Anspruch auf eine finanzielle Aufwandsentschädigung wird somit nicht gesehen. Die bereits geregelte Reisekosten- und Aufwandsentschädigung der Patientenvertreter halten die Betriebskrankenkassen für ausreichend.

VI. Weiterer Änderungsbedarf

Überführung der Bluttteststreifen aus § 31 Absatz 1 SGB V nach § 33 Absatz 1 SGB V

Nach § 31 Absatz 1 Satz 1 SGB V haben Versicherten neben den apothekenpflichtigen Arzneimitteln auch Anspruch auf die Versorgung mit Bluttteststreifen. Die Bluttteststreifen sind damit dem Regelungsregime der Arzneimittelversorgung als sog. Geltungsarzneimittel zugeordnet, ohne selbst Arzneimittel zu sein. Die Bluttteststreifen sind damit auch Gegenstand der zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Landesapothekerverbänden geschlossenen Arzneilieferverträge nach § 129 Absatz 5 SGB V. Die Abrechnung erfolgt entsprechend der Arzneimittelabrechnung nach § 300 SGB V.

Die Bluttteststreifen sind jedoch den Arzneimitteln insofern nicht gleichzustellen, als sie stets als Verbrauchsartikel in Verbindung mit einem Blutzuckermessgerät oder einem Blutgerinnungsmessgerät verwendet werden, die als Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V Bestandteil des Hilfsmittelverzeichnisses (Produktgruppe 21: Messgeräte für Körperzustände/ -funktionen) sind und hinsichtlich der Verträge den Regelungen des § 127 SGB V unterfallen und nach § 302 SGB V abgerechnet werden.

Das Marktgeschehen stellt sich bei diesen Geräten häufig dergestalt dar, dass eine bestimmte Sorte Teststreifen nur in Verbindung mit einem bestimmten Gerät verwendet werden kann. Gerät und Teststreifen stellen damit in der Regel eine nicht trennbare Einheit dar. Da die Versorgung mit Teststreifen auf Dauer angelegt ist, liegt der Ausgabenschwerpunkt bei den Teststreifen, weniger bei den Geräten. Dies führt in der GKV zu jährlichen Ausgaben allein für Blutzuckerteststreifen von ungefähr 860 Mio. €.

Eine effektive Kostenbegrenzung ist bei den Teststreifen aufgrund der Zuordnung zu den Arzneimitteln kaum möglich. Festbeträge scheiden aus, da Teststreifen nicht der Apothekenpflicht und nicht der Arzneimittelpreisverordnung unterliegen. Die Verortung der Teststreifen in Hilfsmittelverträgen nach § 127 Absatz 2 SGB V ist nicht möglich. Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 SGB V scheiden damit ebenfalls aus. Eine analoge Anwendung von § 130a Absatz 8 SGB V greift nicht durch, da eine Substitution nach § 129 Absatz 1 Satz 3 SGB V nicht möglich ist. Ungeachtet dessen würden exklusive Vergaben von Verträgen nach § 127 Absatz 1 SGB V oder § 130a Absatz 8 SGB V an den geltenden Arzneimittellieferverträgen scheitern.

Änderungsvorschlag:

Aus § 31 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 2 SGB V werden die Wörter „und Bluttteststreifen“ gestrichen.

§ 33 Absatz 1 Satz 1 wird am Ende wie folgt ergänzt: „und auf Versorgung mit Bluttteststreifen.“

VII. Weiterer Änderungsbedarf im Morbi-RSA

1. Herstellen von Wissen und Transparenz bezüglich des RSA-Zuweisungssystems

a) Analyse des Sachstandes und Änderungsbedarfes bezüglich der Wettbewerbswirkungen des Morbi-RSA – Ergebnisse müssen im Jahr 2017 vorliegen

Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist ein wichtiges Instrument einer solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung. Zielsetzung seiner Einführung im Jahr 2009 war es, die Zielgenauigkeit des Risikoausgleiches zu verbessern und die Grundlage für einen chancengleichen Wettbewerb zu legen. Derzeit ist jedoch vielmehr eine wachsende Chancungleichheit im Wettbewerb der Krankenkassen zu beobachten. Die Deckungsquoten der Leistungsausgaben gehen nach Kassenarten, insbesondere seit dem Jahr 2013, zunehmend auseinander. Die Schieflage setzt sich in einer zunehmenden Spreizung bei den Zusatzbeiträgen fort.

Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen ist jetzt dringend eine objektive Analyse des Status Quo und der notwendigen Reformmaßnahmen im Kassenwettbewerb, also mit Blick sowohl auf die Kassen aber auch die Kassenartenebene, erforderlich.

Die Analyse muss die folgenden Bedingungen erfüllen:

- Die Ergebnisse müssen im Jahr 2017 vorliegen, um eine Grundlage für die nach den Bundestagswahlen 2017 notwendigen Gesetzesänderungen zu schaffen. Ggf. müssen sich die begutachtenden Wissenschaftler auf die bereits lange identifizierten Schwachstellen im Morbi-RSA (etwa das Fehlen eines Hochrisikopools, die Manipulationsanfälligkeit des Systems, die Krankheitsauswahl) inklusive ihrer Wechselbeziehungen konzentrieren.
- Der Fokus der Analyse muss auf den Wettbewerbswirkungen liegen und sollte daher insbesondere ordnungspolitischer Art sein. Entsprechend sollte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, ggf. unter Hinzuziehung weiterer Wissenschaftler, mit einem Sondergutachten beauftragen. Die vom Bundesversicherungsamt (BVA) bereits vorgenommenen Analysen zum Status Quo und den diversen Gutachten sind dem Wissenschaftlerteam zur Verfügung zu stellen. Grundsätzlich bedarf es keiner gesonderten Verankerung eines Gutachtenauftrages im Gesetz, da das BMG hierzu bereits ermächtigt ist. Um sicher zu stellen, dass im Jahr 2017 die notwendigen Erkenntnisse vorliegen, sollte dieser Auftrag gesetzlich verankert werden.
- Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates aus dem Jahr 2011 und die Diskussion über die Weiterentwicklung des RSA fokussiert auf die Frage, wie anhand der gängigen statistischen Gütemaße die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA einzuschätzen ist bzw. verbessert werden könnte. Nach Auffassung des Betriebskrankenkassen muss der Morbi-RSA in

einer Analyse des Status Quo und bezüglich möglicher Reformoptionen aber insbesondere im Hinblick auf qualitative/ordnungspolitische Kriterien bewertet werden, somit nach

- der Manipulationsresistenz;
- der Managementfähigkeit/Beeinflussbarkeit von Leistungsausgaben durch Kassen;
- der Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität;
- der Praktikabilität und Verwaltungseffizienz;
- der Transparenz und Akzeptanz;
- der Versorgungsneutralität und der
- Wahrung von Präventionsanreizen.

b) Regelmäßig Evaluation des Morbi-RSA sowie Analyse von RSA-Wirkungen auf den Kassen-Wettbewerb im Gesetz verankern

Wie bei vielen anderen Regelungen in der GKV bereits üblich, ist auch der Morbi-RSA sowie seine Wirkungen auf den Kassenwettbewerb regelmäßig zu evaluieren/zu analysieren. Dies ist im Gesetz zu verankern. Die Ergebnisse sind der Politik, der Wissenschaft und den Kassen zur Verfügung zu stellen, um dem lernenden System Morbi-RSA Impulse und die Richtung zur Weiterentwicklung dieses wichtigen Solidarmechanismus in der GKV geben zu können.

c) GKV-Stichproben ziehen und den Kassen und der Wissenschaft zur Verfügung stellen

Damit von Fachexperten und Wissenschaftlern sinnvoll Modellberechnungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA durchgeführt werden können, ist kontinuierlich aus den Daten der GKV-Versicherten durch das BVA eine Stichprobe zu ziehen. Diese muss in geeigneter Form sowohl den Kassen als auch der Wissenschaft zur Verfügung gestellt werden. Hierbei sind bereits erhobene und ggf. weitere Strukturdaten für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA einzubeziehen.

Alle bisherigen Vorschläge zur Verbreiterung des Wissens und zur Verbesserung der Transparenz könnten umgesetzt werden, indem der veraltete § 268 Abs. 3 SGB V entsprechend ersetzt und wie folgt gefasst würde:

§ 268 Abs. 3 SGB V (neu):

Der Risikostrukturausgleich ist hinsichtlich seiner Wirkungen regelmäßig zu überprüfen. Folgende Maßnahmen stellen dies sicher:

1. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt beim Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ein Gutachten in Auftrag mit dem Ziel, bis zum 30. September 2017 Aussagen über den Sachstand bezüglich der Wettbewerbswirkungen des Morbi-RSA für die Kassen und Kassenarten als Haftungsverbund sowie Vorschläge für etwaigen Änderungsbedarf zu erhalten. Zur Erfüllung des Gutachtenauftrags ist dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beim Bundesversicherungsamt Einsicht in die diesem nach § 268 Absatz 3 Satz 7 übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu geben. Der Sachverständigenrat kann weiteren, wissenschaftlichen Sachverstand hinzuziehen. Der Fokus des Sondergutachtens ist insbesondere auf die Wettbewerbswirkung des Morbi-RSA im Hinblick auf die Chancengleichheit der Kassen zu richten, so dass neben quantitativen vor allem ordnungspolitische Analysen vorzunehmen sind. Kriterien zur Beurteilung des Status quo sowie des Handlungsbedarfes sind vor allem
 - Manipulationsresistenz
 - Managementfähigkeit/Beeinflussbarkeit von Leistungsausgaben durch Kassen Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität
 - Praktikabilität und Verwaltungseffizienz
 - Transparenz und Akzeptanz
 - Versorgungsneutralität sowie
 - Wahrung von Präventionsanreizen.
2. Die Wirkungen des Morbi-RSA auf den Kassenwettbewerb sind vom Bundesversicherungsamt regelmäßig im zwei-Jahres-Rhythmus zu evaluieren. Die Ergebnisse aus allen vom BMG beauftragten Gutachten zur Weiterentwicklung des RSA sind dem gesundheitspolitischen Ausschuss beim Deutschen Bundestag vorzulegen. Sie sind außerdem den Kassen sowie der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen.
3. Das Bundesversicherungsamt stellt den Kassen und der interessierten Wissenschaft rückwirkend ab 2011 und danach in jährlicher Fortsetzung einen Datensatz in Form einer repräsentativen kassenartenübergreifenden Stichprobe für weitere Forschungsarbeiten und zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA zur Verfügung.

d) Diverse Vorschläge von Fachexperten zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA durch das BVA analysieren lassen und Ergebnisse transparent machen

Es liegen derzeit diverse Vorschläge von Fachexperten zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA vor. All diesen wissenschaftlichen Ausarbeitungen ist gemein, dass sie keine gemeinsame bzw. umfassende Datenbasis über die GKV zur Erstellung der Gutachten hatten. Denn vollständige GKV-Daten liegen nur dem Bundesversicherungsamt und dem GKV-SV vor, die wiederum die Daten bisher nicht zur Verfügung stellen dürfen. Somit ist eine sachgerechte Gegenüberstellung der Vorschläge derzeit nicht möglich. Daher muss das Bundesversicherungsamt beauftragt werden, die vorliegenden Vorschläge – falls noch nicht geschehen - zu analysieren und die Ergebnisse daraus bis 30. September 2017 den Kassen, dem Sachverständigenrat im Rahmen des Sondergutachtens, der Wissenschaft, dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages sowie BMG vorzulegen. Damit würde der Politik aber auch den Kassen und der Wissenschaft ein Diskurs über die notwendigen Änderungsmöglichkeiten ab dem Jahr 2018 ermöglicht.

Grundsätzlich bedarf es keiner gesonderten Verankerung eines solchen Auftrages im Gesetz, da das BMG das BVA entsprechend anweisen kann. Die Veröffentlichung der Ergebnisse kann das BMG z.B. im Rahmen einer Rechtsverordnung verankern.

2. Schaffung der Datengrundlagen bzw. Zurverfügungstellung vorhandener Daten für weitere Analysen

Zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA ist es auch erforderlich, aktuell fehlende Daten zu generieren oder bereits vorhandene Daten für die Zwecke des Morbi-RSA zur Verfügung zu stellen. Neben der Generierung der aktuell fehlenden Daten für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte müssen nach Auffassung der Betriebskrankenkassen die gesetzlichen Grundlagen für die Nutzung der Regionalkennzeichen geschaffen werden. Darüber hinaus sind, vor dem Hintergrund der nachweislichen Anreize zum right- bzw. upcoding die Kodierrichtlinien wieder einzuführen.

a) Datengrundlagen generieren für die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

In den Sondergutachten zu Auslandsversicherten und Krankengeld werden verschiedene Datenmängel adressiert. Diese sollten zeitnah behoben werden.

b) Verwendung eines Regionalkennzeichens für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

Zur Durchführung und zur Weiterentwicklung des RSA dürfen aktuell die für andere Zwecke erhobenen Regionalkennzeichen nicht berücksichtigt werden. Damit aber aussagefähige Analysen und Auswertungen zu Modellansätzen wie z.B. zur Berücksichtigung von Regionalfaktoren im RSA möglich sind, muss das Bundesversicherungsamt wieder die Regionalkennzeichen erhalten und für die Durchführung bzw. Weiterentwicklung des RSA verwenden dürfen. Die entsprechenden Paragraphen im SGB V und in der RSAV sind hierfür anzupassen.

c) Wiedereinführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung

Zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten im Rahmen der Vergütung der Vertragsärzte nutzt der Bewertungsausschuss ein Patientenklassifikationssystem auf der Grundlage der ambulanten Behandlungsdiagnosen. Wie im DRG-System ("Diagnosis Related Groups") bedarf es auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Deshalb soll die Vereinbarung von Kodierrichtlinien durch die Bundesmantelvertragspartner bis spätestens 30.06.2017 gesetzlich vorgegeben werden.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen schaffen ambulante Kodierrichtlinien (AKR) Klarheit, denn sie definieren das gültige internationale Schlüsselssystem ICD-10 klar und sorgen für Verbindlichkeit. Ambulante Kodierrichtlinien helfen damit dem Arzt bzw. Psychotherapeuten, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln. Damit kann die Morbidität der Patienten exakt abgebildet werden.

Mit Hilfe der Standardisierung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens werden außerdem aus Sicht der betrieblichen Krankenversicherung die Verschlüsselung von ambulanten Diagnosen durch klare Definitionen und Interpretationen verbessert, die Kodierqualität und Pharmakovigilanz wird erhöht sowie die Datengrundlage für RSA-Berechnung und die Plausibilisierung der Abrechnung verbessert. Des Weiteren liefern ambulante Kodierrichtlinien qualifizierte Datengrundlagen für die Versorgungsforschung, erleichtern die Messung von Qualität und helfen bei der Etablierung und Implementierung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsinstrumente.

Die gesetzgeberische Umsetzung kann erfolgen, indem in § 295 Absatz 3 SGB V ein neuer Satz 2 mit folgendem Wortlaut angefügt wird:

§ 295 Absatz 3 SGB V Satz 2 (neu):

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2017 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Abs. 6 gilt entsprechend.“

3. Kurzfristiger Änderungsbedarf zur Verringerung der Wettbewerbsverzerrungen: Streichung der Erwerbsminderungsgruppen aus dem Morbi-RSA und Begrenzung des vollständigen Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz

Trotz der notwendigen Analysen können bereits heute maßgebliche Schwachstelle des Morbi-RSA behoben werden.

a) Streichung der Gruppe der Erwerbsminderungsrentner (EMG) im Morbi-RSA

Die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner (EMG) bzw. der Bezug einer Erwerbsminderungsrente wird im Zuweisungssystem neben Alter, Geschlecht, Krankheitsgruppe etc. gesondert berücksichtigt, obwohl seit 2009 auch direkte Morbiditätsindikatoren für chronische, kostenintensive und schwerwiegende Erkrankungen abgebildet werden. Auf dieser Basis ist es heute möglich, Krankheiten, die zu einer Erwerbsminderungsrente führen, bereits mit höheren Zuweisungen zu verbinden. Ein gesonderter EMG-Zuschlag bedeutet eine Mehrfachberücksichtigung dieses Merkmals und damit eine ungerechtfertigte Mehrfachzuweisung für den gleichen Sachverhalt für diese Personengruppe.

Eine Streichung der EMG würde die Morbi-RSA Systematik vereinfachen und hätte dabei keine nachteilige Wirkung auf die Modellgüte und Zielgenauigkeit der Verteilung. Auch die Finanzmittel für diese Gruppe wären nicht – wie häufig vorgebracht - verloren. Sie würden neu über die Krankheitsindikatoren verteilt. Damit erhöhen sich RSA-konform für diese Krankheiten die Zuweisungen. Eine etwaig entstehende Unterdeckung dieser Versichertengruppe müsste – wie in anderen Gruppen des RSA auch – ggf. über Anpassungen bei den Zuschlag auslösenden Krankheiten behoben werden. Diese Regelung wäre gesetzgeberisch leicht umsetzbar. Möglich wäre dies mit einer Ergänzung des § 267 Abs. 2 Satz 3 SGB V.

§ 267 Abs. 2 Satz 3 SGB V

„Die Zahl der Personen, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches gemindert ist, wird in der Erhebung nach Satz 1 als eine gemeinsame weitere Mitgliedergruppe getrennt und nur zur Ermittlung der Zuweisungen für Krankengeld erhoben.“

Weil ein Streichen der EMG keine substantielle Veränderung des Morbi-RSA darstellt, genügt bereits eine Änderung des SGB V im Hinblick auf die Datenerhebungen der betreffenden Personen. Eine Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) ist nicht notwendig, weil das SGB V bereits den Rahmen vorgibt, in dem sich auch die RSAV verhalten muss.

b) Begrenzung des vollständigen Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz

Für den erhobenen Zusatzbeitragssatz einer Einzelkasse erfolgt derzeit ein vollständiger Einkommensausgleich unter allen im Morbi-RSA teilnehmenden Kassen. Das Ziel dieses Instrumentes sollte der Ausgleich von Grundlohnvor- und –nachteilen sein. Wenngleich dieser Solidargedanke richtig ist, ruft die Umsetzung in der Praxis ungewollte Verzerrungen hervor: Es können Fälle auftreten, in denen eine betroffene Krankenkasse einen deutlich höheren Zusatzbeitrag erheben muss, als sie müsste, wenn sie keinem vollkommenen Einkommensausgleich unterläge.

Die Betriebskrankenkassen fordern daher den Einkommensausgleich beim Zusatzbeitragssatz auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu begrenzen.