

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

ONLINE
AUSZUG



Herz, Hirn & Telemedizin

■ MORBI-RSA

Die Politik sieht genauer hin, wie der Finanzausgleich den Wettbewerb der Kassen verzerrt. Ein Riegel gegen Kodiermanipulationen ist schon da.

■ BILDSCHIRM-DOKTOR

Das Smartphone des Patienten wird zum wichtigsten Instrument telemedizinischer Versorgungskonzepte.



ÜBERRASCHUNGEN IN DER GESETZGEBUNG

WER HÄTTE DAS GEDACHT?

Von Anne-Kathrin Klemm, Leiterin der Abteilung Politik

In Anbetracht der allgemeinen großpolitischen Entwicklungen drängt sich die Frage „Wer hätte das gedacht?“ in den letzten Wochen und Monaten immer häufiger auf. Beispielhaft seien das beinahe tägliche Augenreiben bezüglich der alternativen Fakten aus der Trumpschen Traumfabrik und die unvermutete Sympathie-Welle der SPD wegen ihres neuen Kanzlerkandidaten genannt. Doch auch in dem kleineren, aber dennoch wichtigen GKV-Kosmos geschehen aktuell Dinge, die vor kurzem noch kaum jemand für möglich gehalten hätte.



© Laurence Mouron / Canopy / Getty Images

Die Kassen richten ihren Blick natürlich zunächst auf die jüngsten Eingriffe des BMG und der großen Koalition in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Dieses nicht nur sprachlich sperrige Konstrukt, das aber immerhin 215 Mrd. Euro in der GKV umverteilt, steht politisch, wenn es sich verhindern lässt, nicht auf der Agenda. Und so schien noch im November 2016 sämtliches gemeinsame Mühen von BKK, IKK, Knappschaft und vdek umsonst, die endlich ein Gutachten zur Evaluation der Auswirkungen des aktuellen Morbi-RSA auf den Weg gebracht sehen wollten. Schließlich liegt das letzte Gutachten mit Daten aus dem Jahr 2009 schon seit 2011 ohne erneute Betrachtung lange zurück. Die Kassenwelt hat sich seitdem sichtbar weitergedreht und doch dient es noch immer als Basis für die Aussage des BVA und anderer Bewahrer des Status quo „Der Morbi-RSA war noch nie so gut wie jetzt“. Doch trotzdem die Zahlen von Zusatzbeiträgen, Vermögen

und Deckungsquoten ein anderes Bild sprechen, hallte das Credo „Auf keinen Fall noch in dieser Legislaturperiode“ allerorten wider – befeuert durch die mahnende Stimme aus dem AOK-System, bloß nichts zu überstürzen, alles sei gut, wie es ist. Und dann überschlugen sich fast die Ereignisse nach dem „Schummel-Bekenntnis“ der TK. Plötzlich waren der Morbi-RSA und seine Fehlanreize zum Up- oder Rightcoding in aller Munde. Es entstand der Eindruck, dass die Frage „Wer hätte gedacht, dass es diese Anreize gibt und von dem ein oder anderen perfektioniert umgesetzt wird?“ von allen mit „Ich nicht!“ beantwortet würde. Dabei ist das Überraschende eher, wie viele Kenner und Akteure der GKV plötzlich von den Heerscharen von Praxisberatern oder diesem Vorgehen einzelner Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen nichts gewusst haben wollen. Selbst letztere waren, obwohl Vertragspartner genau jener Verträge, auch sehr überrascht. Und so kam es,

» Verbot des Versandhandels –
und das für einen Anteil von 0,95 %
des Gesamtmarktes der GKV. «

dass im November die ebenfalls empört-überrascht reagierenden Landesaufsichten, die die Betreuungsstrukturverträge zuvor z. T. genehmigt hatten, mit der Bundesaufsicht solche Kodiermanipulationen brandmarkten und gesetzliche Riegel forderten. Und damit nicht genug: Im Dezember 2016 wurde auch der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt mit einer Evaluation des Morbi-RSA und der Analyse von möglichen Weiterentwicklungen des RSA beauftragt. Zu Letzterem zuerst: Er bekam zusätzlich zum Auftrag die klare Vorgabe, bis September 2017, also zeitgerecht für die Koalitionsverhandlungen, ein Ergebnis vorzulegen. Und er bekam eine Liste von Kriterien und zu begutachtenden Themen sowie zwei den Beirat ergänzende Gutachter mit auf den Weg, was der Beiratsvorsitzende zunächst als klaren Affront betrachtete. Ob er dies noch tut, entzieht sich der Kenntnis der Autorin. Die konstituierende Sitzung vom 20. Februar 2017 lässt nicht darauf schließen. Die Akzeptanz des Gutachtenergebnisses dürfte die Beteiligung der beiden hinzu berufenen Gutachter jedoch steigern, denn beide sind ausgewiesene Experten in ihren Feldern. Dass die Liste der Gutachtenthemen und der von BKK, IKK, Knappschaft und vdek gemeinsam vorgebrachten Kriterien eines Gutachtens vom Beirat eher als Vorschlag betrachtet wird denn als Vorgabe, machten

der Beirat und auch die parlamentarische Staatssekretärin im BMG an verschiedenen Stellen bereits deutlich. Doch der Beirat wäre gut beraten, wenn die Modelle zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA sich nicht nur an statistische Maße klammern, sondern auch Auswirkungen auf den Wettbewerb der Kassen und Kassenarten im Haftungsverbund betrachten würden.

Und um dieser RSA-Maßnahme noch einen drauf zu setzen, ergriff das BMG noch die Chance, das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) dafür zu nutzen, dass der besagte gesetzliche Riegel zur Reduktion von Kodiermanipulationen in Versorgungsverträgen in den fachfremden Änderungsanträgen verankert wurde. Solange ambulante Diagnosen ein wichtiges Kriterium für den Morbi-RSA sind bzw. ihre Qualität nicht signifikant verbessert wird, wird es dabei ein Stück weit um die Behandlung von Symptomen gehen. Ob dies wenigstens gelingt, wird maßgeblich davon abhängen, ob die Einhaltung der Regelungen auch von allen Aufsichten, egal ob Bund oder Land, einheitlich nachgehalten und also auch überprüft wird. Und noch eine – aus Sicht mehrerer Kassenarten angenehme – Überraschung steckte im HHVG: Ab Sommer 2017 werden wieder die Regionalkennzeichen dem BVA zugänglich gemacht. Idealerweise reicht dies zeitlich auch für den Einbezug der Daten

in die Analysen der regionalen Wirkungen auf die Zuweisungen im RSA im Sondergutachten des Beirates. Positiv ist auch, dass die Folgegutachten zum Thema Krankengeld und Auslandsversicherte ebenfalls auf den Weg gebracht wurden. Dafür, dass es mit Stand November 2016 nichts Gesetzgeberisches mehr zum Morbi-RSA geben sollte, ergriff die große Koalition ein wahres Füllhorn an Maßnahmen. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob dies die politisch erhoffte Ruhe in die RSA-Debatte bringen wird, denn natürlich werfen die Bundestagswahl und etliche Landtagswahlen alle Akteure auf den Plan, sich hierfür entscheidend zu positionieren.

Zumindest verwunderlich ist im politischen Gesundheitsgeschäft hingegen immer wieder die Beobachtung, wie sehr sich Realität und Wahrnehmung voneinander unterscheiden können. Dies war in den vergangenen Wochen wiederholt beim Thema Morbi-RSA zu beobachten, wo sich der Verband der AOK, immerhin mit der Aufgabe der Interessenvertretung aller AOK betraut, sich selbst als einzig objektiven Akteur in diesem Thema benannte. Alle anderen seien interessengeleitet. Ach so?! Fast genauso schief war es, im Januar 2017 auf dem Neujahrsempfang der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in der Ansprache des Vorstandes an die Versammelten die Worte zu hören: „Das

Jahr 2016 war ein besonders erfolgreiches für die KBV.“ War da nicht gerade noch die Diskussion um das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz im Gange? Und wer war nochmal Verursacher für ein Gesetzgebungsverfahren, das dann neben der KBV auch den GKV-Spitzenverband und den Gemeinsamen Bundesausschuss treffen sollte und dessen Auswirkungen auf Aufsichtsbehörden-Interpretation auf Kassenebene noch nicht abzuschätzen sind? Eine Antwort erübrigt sich.

Dass die anstehenden Wahlen Stilblüten treiben, die klar den politischen Gesetzmäßigkeiten folgen, das dürfte wiederum niemanden überraschen. Ein Beispiel hierfür ist das nun in einen Referentenentwurf gegossene Versandhandelsverbot. Kaum war das EUGH-Urteil verkündet, dass die in Deutschland geltende Preisbindung für verschreibungspflichtige Medikamente und das damit zusammenhängende Rabattverbot für ausländische Versandapotheken nicht zulässig ist, lief die gut geölte Lobby-Maschinerie des Apothekenverbandes an. Unterschriftenaktionen, das Androhen von Plakataktionen zu besten Wahlkampf-Zeiten, ein Beschwören von massivem Apothekensterben insbesondere im ländlichen Raum – und schon war ein Verbot des Versandhandels im Raum. In Zeiten der ansonsten als Zukunft des Gesundheitswesens verbal beschworenen

Digitalisierung ist dieses Vorgehen vielleicht nicht überraschend, aber dennoch nicht nachvollziehbar. Und das Ganze für einen Markt, der 0,95% des Gesamtmarktes der GKV ausmacht.

Und sind nicht gerade die Apotheken auf dem Land geschätzte Partner und Berater der Patienten? Ohne wirkliche Belege lautet hier die schlicht vorgetragene Kausalität: Ländliche Versorgung bedeutet Armut der Leistungserbringer und Konkurrenz bedeutet sofortiges Schließen und damit Versorgungswüste. Die Chance, in bereits bestehendes Versorgungs-Ödland per Versandhandel ggf. die notwendigen Medikamente zu bringen, spielt hingegen keine Rolle. Noch ist der Koalitionspartner SPD von der vorgetragenen Kausalität nicht überzeugt. Und so ringt man um Kompromisse oder politisch relevante Gegenleistungen.

Und in die gleiche, leicht resignierte Rubrik „Überraschung!“ fällt ebenfalls die Beobachtung, wie einfach es anscheinend für die DKG ist, mit dem Potenzial einer ordentlichen Portion Wahlkampf-Ungemach auf die Agenda der Politik zu kommen – zuletzt beobachtet im Rahmen der Anhörung zu den fachfremden Änderungsanträgen zum HHVG und in Bezug auf das Entlassmanagement. Dieses hatte der Gesetzgeber im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gesetzlich verankert, um die Versorgung von Patienten zwischen

den stationären und ambulanten Bereich durchgängiger und damit besser zu machen. Von Anfang an rang dann die Selbstverwaltung darum, die Details auszuarbeiten. Ein Schiedsamt wurde bemüht und – Überraschung – der Unterlegene fackelt nicht lange, beugt sich nicht dem Urteil, sondern wendet sich wieder an die Politik – return to sender. Und statt, dass diese auf die Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung und die Wege dort verweist, nimmt sie den Faden wieder auf und denkt über neue Regelungen im Sinne des Unterlegenen nach. Hut ab, das ist eine erfolgreiche Lobbyarbeit. Omnibus für diese Überlegungen soll nun der „Gesetzentwurf zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften“ werden. Dass nicht schon das HHVG die von der DKG ersehnte Veränderung gebracht hat, ist der SPD zu verdanken, die von diesem Vorstoß in der Tat überrascht wurde. Man kann nur hoffen, dass ihr – im GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz klar formuliertes – Bekenntnis zur Selbstverwaltung hält und sie dieses das Thema, vielleicht mit einer Regelung, dass Klagen keine aufschiebende Wirkung haben, wieder vor die Füße legt. Schließlich sprechen gute Argumente dafür, dass man das Entlassmanagement genauso umsetzt, wie man sich in der Schiedsstelle verständigt hat. Das bedeutet, dass alle

Patienten die in stationärer Krankenhausbehandlung sind, auch einen Anspruch auf Entlassmanagement inklusive einer regelhaften Betrachtung auf nachstationären Versorgungsbedarf haben. Und die anekdotische Evidenz, dass dies so und nicht anders notwendig ist, ließe sich wunderbar am Beispiel einer Odyssee des Vorstandsvorsitzenden des BKK Dachverbandes belegen, die einem einfachen Armbruch nach Glatteisbegegnung folgte. Kritisch war nicht die gute Versorgung im Krankenhaus, sondern eben die fehlende Überleitung in den ambulanten Bereich. Ginge es nach dem Willen der DKG, wäre Entlassmanagement etwas für Feiglinge und dem Krankenhaus überließe man bitte die Entscheidung, welcher Patient es da draußen schon alleine schafft.

Es bleibt also abzuwarten, welche weiteren Themen das Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften bereichern werden und dadurch auch diesen sperrigen Gesetzesnahmen bald flüssig hersagen lassen. Oder wird eines der anderen noch anstehenden Gesetzgebungsverfahren als Omnibus genutzt? Vielleicht das Samenspenderregister- oder das Betriebsrentenstärkungsgesetz?

Das Pflegeberufegesetz eignet sich dafür zumindest nicht. Zu verschieden sind immer noch die Meinungen zwischen

den großen Koalitionären zur Frage der generalistischen Ausbildung von Pflegekräften in Pflegeheimen und Krankenhäusern. Würde dieses Gesetzgebungsverfahren der sogenannten Diskontinuität zum Opfer fallen, also nicht mehr rechtzeitig genug vor Ende der Legislaturperiode verabschiedet werden, wäre es doch überraschend. Zu sehr haben beide Seiten sich dafür eingesetzt, dass die Pflegeberufausbildung geändert bzw. gestärkt wird. Nur eben jeder anders.

Andererseits: Auch das Präventionsgesetz benötigte mehrere Anläufe, bevor es überraschend ruhig und glatt im Jahr 2015 die parlamentarischen Hürden nahm. Kaum einer hätte gedacht, dass dies dem damals noch neuen Gesundheitsminister so gut gelingen würde. Auch, dass dieser innerhalb kürzester Zeit mit einer noch nie dagewesenen Schlagzahl den sehr detailliert verhandelten Koalitionsvertrag abarbeiten und sich innerhalb kürzester Zeit so tief in die GKV-Themen einwühlen würde, hat manchen überrascht. Dass ihm dabei das Amt so sehr ans Herz gewachsen ist, dass er es gerne in der nächsten Regierungskoalition weiterführen und dafür Prestige-Ministerien wie das des Inneren dankend ablehnen würde, wie er kürzlich auf dem Presseabend des BMG verkündete, führt zurück zur Ausgangsfrage: Wer hätte das gedacht? ■

BETRIEBSKRANKENKASSEN

SIE HABEN INTERESSE AN DIESEM MAGAZIN?

Alle zwei Monate erscheint unser Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen in gedruckter Form. Auf unserer Online Plattform www.bkk-dachverband.de finden Sie ausgewählte Artikel der einzelnen Ausgaben.

Sollten Sie Interesse an der vollständigen Printausgabe haben, können Sie diese kostenlos bei uns anfordern.



VOLLSTÄNDIGE AUSGABE KOSTENLOS ANFORDERN:

www.bkk-dachverband.de/bkkmagazinkontakt

Stefan Lummer

stefan.lummer@bkk-dv.de

+49 30 2700 406 303
