

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten den Referentenentwurf zum GKV-FKG auf der Basis des sozialanwaltschaftlichen Ansatzes ihrer Arbeit, dass die gesamte Bevölkerung und insbesondere vulnerable, sozial benachteiligte Gruppen unterschiedslos Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung haben. Vor diesem Hintergrund teilt die BAGFW das Ziel einer Modernisierung einzelner Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere die Einführung eines Krankheitsvollmodells für den Risikostrukturausgleich, die Einführung einer Präventionspauschale, die Maßnahmen zur hausärztlichen Kodierung, sowie die geplante wissenschaftliche Begleitforschung.

Aus Sicht der BAGFW sind vorgesehene Regelungen zur Wettbewerbsordnung der Kassen zu kritisieren. und in Verbindung mit weitergehenden Strukturreformen zum Wohle der Patient*innen zu betrachten. Auch ein optimierter Risikostrukturausgleich kann bestehende Qualitätsprobleme der Versorgung nicht lösen: Isolierte ordnungspolitische Maßnahmen, wie im vorliegenden Gesetzentwurf, drohen hier im Gegenteil, praktisch relevante Versorgungsprobleme weiter zu verschärfen: Zum Beispiel wirkt der prominent angeführte Verweis auf zu hohe Zuweisungen für multimorbide ältere Versicherte irreführend: Alte multimorbide Menschen sind aufgrund ihrer komplexen, sektorenübergreifenden Bedarfe, aber auch innerhalb des SGB V von Unter-, Über- und Fehlversorgung besonders betroffen. Bereits aktuell ist diese Versichertengruppe im Kassenwettbewerb nicht attraktiv, trotz der genannten vergleichsweise hohen Zuweisungen. Die Profilierung einzelner Kassen durch innovative Versorgungskonzepte gerade für diese Personengruppe hält sich weiterhin in Grenzen. Auch die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen mit drohenden Risikoselektionsanreizen gegen Erwerbsminderungsrentner konterkariert das vorgebliche Ziel einer solidarischen Wettbewerbsordnung zulasten einer bereits gegenwärtig von Versorgungsungleichheit nachteilig betroffenen Versichertengruppe.

Weitere Personengruppen sind mit dem Ziel einer solidarischen und zugangsgerechten Versorgung zu berücksichtigen. Zu denken ist insbesondere an die Versorgung im ländlichen Raum oder an Menschen mit komplexen Hilfebedarfen, die keine oder keine koordinierten Hilfen erhalten (z.B. alte multimorbide Menschen, Menschen mit Behinderungen, Teilgruppen von Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen, die in Armut leben bzw. Menschen mit psychischen Erkrankungen und mit Abhängigkeitserkrankungen).

Für diese Personengruppen fordert die BAGFW zum Teil langjährig einen besseren Zugang zu Leistungen, die Behebung von Umsetzungsdefiziten und die Aufnahme fachlich dringend wünschenswerter Leistungen in den Leistungskatalog der GKV bzw. die dafür notwendige Gesundheitssystementwicklung wie etwa die Fallbegleitung von Menschen mit komplexen Bedarfen oder die Vergütung von sektorenübergreifender Vernetzungs- und Kooperationsarbeit.

All diese hinlänglich bekannten Probleme werden alleine durch wettbewerbliche Maßnahmen nicht gelöst. Derzeit werden aber aus Sicht der BAGFW solche wettbewerblichen Steuerungselemente überbetont, was bereits jetzt Fehlentwicklungen mit sich bringt. In der Konsequenz werden Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen oftmals nicht gezielt auf Patient*innengruppen mit den höchsten Bedarfen ausgerichtet, die Bewilligungspraxis der Kostenträger erschwert den Akteuren vor Ort oftmals die Wahrnehmung einer umfassenden populationsbezogenen Versorgungsverantwortung eher als dass sie diese befördert. Seit Jahren weist die BAGFW, wie viele andere Akteure auf die damit verbundenen Probleme hin, zum Beispiel der Überversorgung bei gleichzeitiger Unterversorgung, auf die Fragmentierung von Angeboten, die Überbewertung von Technologien im Verhältnis zur personalen Zuwendung zum kranken Menschen. Auch den mit diesem Gesetzentwurf politisch gewollten und neu kodifizierten Preiswettbewerb unter den Krankenkassen sieht die BAGFW deshalb kritisch.

Die BAGFW vertritt deshalb den Standpunkt, dass Wettbewerb nur ein Element in einem Mix gesundheitspolitischer Steuerungsinstrumente darstellen sollte. Ein preisorientierter Kassenwettbewerb, den auch das GKV-VEG mit dem dort vorgesehenen Abschmelzen der Beitragsreserven angebahnt hat, wird abgelehnt. Der Wettbewerb der Krankenkassen sollte sich an der Qualität der Leistung messen lassen. Der Gesetzgeber sollte Systematiken schaffen, die einen Wettbewerb um die beste Versorgung hervorrufen. Die bestehenden und vorgesehenen Strukturen befördern hingegen die Preiskonkurrenz unter den Krankenkassen. Andere zu reformierende Elemente für eine gesundheitspolitische Steuerung, sind eine funktionierende Gesundheits- und Sozialberichterstattung als Basis für eine sektorenübergreifende, regional bezogene und gemeinwohlorientierte Rahmenplanung.

Die durch die bundesweite Öffnung der Kassen angestrebte Zentralisierung sieht die BAGFW kritisch. Statt einer Zentralisierung der Aufsichtsfunktion beim Bundesversicherungsamt setzt die BAG FW sich für eine Neuordnung der Rechtsaufsicht insofern ein, als dass eine funktionale Teilung im Hinblick auf Versorgungsfragen einerseits auf Länderebene und im Hinblick auf Finanzierungsfragen andererseits auf Bundesebene erfolgen sollte.

Reform der Strukturen des GKV-Spitzenverbands

Mit dem Referentenentwurf wird die Absicht verfolgt, die Strukturen des GKV-Spitzenverbands zu professionalisieren, die Verbindung zum operativen Geschäft der Mitgliedskassen zu verbessern. Um diese Anliegen zu verwirklichen, wird (durch Änderung des § 217b SGB V) bestimmt, dass die Mitglieder des Verwaltungsrats einem Vorstand einer Mitgliedskasse angehören müssen; korrespondierende Regelungen bzw. Folgebestimmungen werden ebenfalls verändert.

Diese Veränderungen kritisiert die BAGFW: Zwar wird durch die Mitgliedschaft der Vorstände der Einzelkassen in den Verwaltungsrat die Verbindung zu den Einzelkassen enger geknüpft, jedoch zugleich die Rolle der Selbstverwaltung und der Sozialpartnerschaft damit fundamental geschwächt.

Die BAGFW setzt sich für einen Erhalt bzw. eine Reform der Selbstverwaltung als wichtiges Element des Sozialstaats ein, gerade auch in der gewollten Distanz der Sozialversicherung zu unmittelbaren Staatsorganen. Eine Reform des GKV-Spitzenverbands sollte die Selbstverwaltung nicht schwächen, Ziel muss es stattdessen sein, auf Basis einer funktionierenden Selbstverwaltung die Interessen der Versicherten besser und transparenter zur Geltung zu bringen.

Des Weiteren wird bestimmt, dass die Amtszeit der Vorstandsmitglieder auf zwei Wahlperioden beschränkt wird. Diese Regelung kann nach Auffassung der BAGFW Elemente der Innovation und der Partizipation stärken.

Grundsätzlich begrüßt wird die Bestimmung (ebenfalls in § 217b) zur Einbeziehung von Frauen in den Vorstand des GKV-Spitzenverbands (nämlich mindestens eine Frau und ein Mann im dreiköpfigen Vorstand). Die Veränderung des § 217c SGB V bestimmt die Zusammensetzung des Verwaltungsrats. Neben den 20 Mitgliedern, die die größten Kassen entsenden, werden 20 Mitglieder von der Mitgliederversammlung gewählt, davon je die Hälfte mit Männern und Frauen. Diese Quotierung ist halbherzig, denn sie kann nicht verhindern, dass u.U. nicht mehr als 25% der Mitglieder des Verwaltungsrats Frauen sind. Um diese Minderrepräsentanz abzuschwächen, schlägt die BAGFW eine Regelung vor, nach der die einzelnen Mitgliedskassen stattdessen alternierend einen Mann oder eine Frau (oder Geschlecht divers) zu entsenden haben. Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber auch Frauenquoten für weitere Führungspositionen im Gesundheitswesen einführen. Frauen sind auch in Führungspositionen von Krankenkassen, ihren Verbänden, den öffentlich-rechtlichen

Körperschaften der Ärzte- und Zahnärzteschaft sowie weiteren Organisationen der Selbstverwaltung unterrepräsentiert.

In den §§ 217d SGB V wird weiterhin bestimmt, dass der vom Vorstand aufgestellte Haushaltsplan der Zustimmung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf. In dieser Bestimmung drückt sich ein großes Misstrauen gegenüber der Rechtstreue des GKV-Spitzenverbands aus. Die BAGFW ist dagegen der Auffassung, dass grundsätzlich davon auszugehen ist, dass der GKV-Spitzenverband rechtskonform handelt. Die geltenden Bestimmungen des § 217f g SGB V geben der Aufsichtsbehörde diverse Möglichkeiten, gegen rechtswidrige Beschlüsse einzuschreiten. Die im Referentenentwurf vorgesehenen neuen Berichtspflichten (in § 217f SGB V) des GKV-Spitzenverbands gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit sind geeignet, zudem darzulegen, dass und warum der GKV-Spitzenverband zugewiesene Aufgaben nicht rechtzeitig umsetzt.

Exkurs: Vorschlag zur Erweiterung der Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes

Die BAGFW hat bereits in ihrer Stellungnahme zum Pflegepersonalstärkungsgesetz 2018 ausgeführt, dass die dem GKV-Spitzenverband Bund zugewiesenen Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung bei der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge ((nach §137d SGB V) und zum Entlassmanagement (nach § 39, 40 SGB V) bei der stationären Rehabilitation in Spannung stehen zu den wirtschaftlichen Anforderungen, die an die Leistungserbringer gestellt werden. Dies wurde im Zusammenhang mit dem Reha-Entlassmanagement darin deutlich, dass sich GKV-Spitzenverband und Leistungserbringer erst vor dem erweiterten Bundesschiedsamt zu einem Rahmenvertrag verständigen konnten; strittiger Punkt war eine von den Leistungserbringern geforderte Passage zu möglichen Mehrkosten des Reha-Entlassmanagements. Auch die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in der Ausgestaltung und Umsetzung des QS-Reha-Verfahrens leiden darunter, dass kostenrelevante Vereinbarungen getroffen werden, Vergütungsfragen jedoch in den Ländern zwischen der jeweiligen Klinik und den Kassen beantwortet werden. Bei Anerkennung der grundsätzlichen Aufgabenzuschreibungen zwischen Bundes- und Einrichtungsebene wird es jedoch für notwendig erachtet, dass auf Bundesebene Grundsätze für die Vergütung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vereinbart werden zwischen dem Leistungsträger bzw. dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenverbänden der Reha-Leistungserbringern.

Um der Einhaltung des Rehabilitationsrechts willen wird vorgeschlagen, eine diesbezügliche Bestimmung in das SGB IX – mit Verweisen in die speziellen Sozialgesetzbücher der Reha-Leistungsträger aufzunehmen. Die BAGFW verweist auf in diesem Zusammenhang auch auf ihre weiteren Anliegen, die in ihrer Stellungnahme vom Pflegepersonalstärkungsgesetz formuliert sind, nämlich die Forderung, dass Tarifierhöhungen in die Vergütungssätze zu übernehmen sind und tarif- bzw. kirchenrechtliche Verträge Voraussetzung für einen Versorgungsvertrag mit einem Rehabilitationsträger sein müssen. Mit diesen Regelungen soll ein ruinöser Wettbewerb der Kliniken auf Kosten der Mitarbeitenden und Patienten verhindert werden.

Wettbewerb der Krankenkassen (§ 4a SGB V RefE)

Durch die Einführung des neuen § 4a SGB V wird in den Eingangsvorschriften des SGB V erstmalig gesetzlich festgestellt, dass Krankenkassen miteinander im Wettbewerb stehen. Als Ziel des Wettbewerbs wird neben der Verbesserung der Qualität der Versorgung auch die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und die Steigerung der Effizienz der Strukturen erwähnt. Damit wird das Element des Preiswettbewerbs im SGB V erstmalig kodifiziert. Dies lehnt die Freie Wohlfahrtspflege entschieden ab. Das aus Sicht der Wohlfahrtspflege dringend erforderliche Wirtschaftlichkeitsgebot der Leistungen ist bereits in § 2 Absatz 1 SGB V kodifiziert. Einer darüber hinausgehenden gesetzlichen Festlegung bedarf es nicht. Aus den Absätzen 3 bis 7 des neuen § 4a SGB V wird dann jedoch ersichtlich, dass der eigentliche Zweck der neuen Norm darin besteht, die Regelungen des Wettbewerbs, die bisher in § 4 Absatz 3 Satz 2 SGB V, der mit diesem Gesetz aufgehoben wird, schon kodifiziert waren, mit dem Gesetzentwurf auf Grundsätze der Werbung hin fokussiert werden sollen. Das auch weiterhin für die Krankenkassen im Wettbewerb geltende Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb hat auch heute schon zur Folge, dass Werbungen, die sich an Verbraucher richten, so gestaltet sein müssen, dass sachbezogene Informationen im Vordergrund stehen. Vor diesem Hintergrund ist Absatz 3 des § 4a SGB V absolut entbehrlich. In Absatz 4 wird bestimmt, dass das BMG das Nähere zur Art und Inhalt der Werbung sowie den Werbeausgaben einschließlich der Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge regelt. Mit diesen detaillierten Regelungen tritt das Element der Werbung um Mitglieder in einer Weise in den Vordergrund, die für einen Wettbewerb öffentlich-rechtlicher Körperschaften, wie sie die Krankenkassen darstellen, nicht angemessen und würdig ist. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege halten die bisherigen Vorschriften des § 4 zur Regelung des Wettbewerbs für ausreichend und setzen sich daher für eine ersatzlose Streichung des neuen § 4a SGB V ein.

Bundesweite Öffnung der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, Vereinigung und Insolvenz von Krankenkassen

Der Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung sieht in den §§ 143-145 eine bundesweite Öffnung der bislang regional organisierten Allgemeinen Ortskrankenkassen sowie noch nicht bundesweit geöffneter BKKen und IKKen vor. Nach dem neuen § 149 SGB V wird durch die Erhöhung der Mindestbeschäftigtenzahl von 1000 auf 5000 in einem Betrieb als Voraussetzung der Gründung einer Betriebskrankenkasse die Möglichkeit zur Errichtung von Kleinstkrankenkassen reduziert. Die gesetzlichen Weichenstellen befördern die Zentralisierung der Krankenkassenlandschaft. Es ist zu erwarten, dass sich dadurch der Wettbewerb unter den Krankenkassen weiter verschärft. So werden beispielsweise junge gesunde Mitglieder einer regionalen AOK mit einem höheren Zusatzbeitrag möglicherweise in eine AOK mit niedrigeren Zusatzbeiträgen wechseln. Regionale Kassen, die fachlich sinnvolle Programme für Personengruppen mit hohen und komplexen Bedarfen aufbauen, d.h. durch höhere Ausgaben Wettbewerbsnachteile in Kauf nehmen, drohen durch die Neuregelungen bestraft zu werden. Durch die Zentralisierung wird auch die Anzahl der Betriebskrankenkassen

abnehmen, weil diese z.T. auf regionale Arbeitgeber basierenden Krankenkassen eine bundesweite Ausdehnung betriebswirtschaftlich nicht überleben werden. Langfristig wird dadurch die Anzahl der Krankenkassen durch Marktberreinigung noch weiter reduziert. Fraglich ist, wie sich diese Zentralisierung mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit verträgt. So ist davon auszugehen, dass die regionalen AOKen bei einer bundesweiten Öffnung für Versicherte in anderen Bundesländern in gewissem Maße neue Geschäftsstellen eröffnen würden.

Der Trend zur gesetzlich verordneten Zentralisierung zieht sich wie ein Faden durch das gesamte Sechste Kapitel des SGB V, das mit dem Referentenentwurf neu justiert wird. So bleibt es zwar bei der „Kann-“ Regelung, nach der das BMG auf Antrag einer Kassenart durch Rechtsverordnung einzelne Krankenkassen der jeweiligen Kassenart nach Anhörung der betroffenen Kassen vereinigt werden kann (§ 156 Absatz 1), aber § 156 Absatz 2 ermächtigt das BMG, diese Vereinigung vorzunehmen, wenn durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Kassenarten verbessert werden kann und eine freiwillige Vereinigung innerhalb von 12 Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist. Es wird im Gesetz nicht näher definiert, anhand welches Kriteriums gemäß § 156 Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz beurteilt werden soll, ob und wie die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen durch die Vereinigung verbessert werden kann. In der Gesetzesbegründung wird darauf hingewiesen, dass eine vergleichbare Regelung bereits für die Ersatzkassen in § 168a Absatz 2 gegeben sei. Dort ist die Regelung jedoch nur als „Kann“-Möglichkeit des BMG ausgestaltet; eine Entscheidungsmöglichkeit, wie jetzt in § 156 Absatz 2 SGB V RefE statuiert, obliegt in § 168a dem BMG nicht. Dem BMG erwachsen somit bei der Gestaltung der Krankenkassenlandschaft weitgehende Kompetenzen.

Der Logik der Zentralisierung folgt auch das Verfahren zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen, das in § 163 SGB V RefE geregelt wird. Bisher waren die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen dafür zuständig, den Zeitpunkt zu bestimmen, wann eine Krankenkasse geschlossen werden muss. Nun wird der GKV-Spitzenverband gemäß § 163 Absatz 1 SGB V RefE verpflichtet, die Finanzlage der Krankenkassen auf der Grundlage der jährlichen und vierteljährlichen Rechnungsergebnisse zu überprüfen und ihre Leistungsfähigkeit zu bewerten. Das konkrete Verfahren zur Bewertung der Leistungsfähigkeit soll in der Satzung des GKV-Spitzenverbands bestimmt werden. Wird die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse nach der Bewertung als gefährdet bewertet und ist die Leistungsfähigkeit dauerhaft bedroht, ist die Krankenkasse über geeignete Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit zu beraten und zugleich ist die Aufsichtsbehörde über die Situation zu unterrichten (§ 163 Absatz 1 SGB V RefE). Zur Abwendung der Insolvenz hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ggf. finanzielle Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen der Krankenkassen zu leisten (§ 164 SGB V RefE). Die finanziellen Mittel, die erforderlich sind, um die von Insolvenz bedrohte Kasse zu stützen, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 164 Absatz 3 durch Bescheid von seinen Mitgliedskassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse geltend machen. Das korrespondiert mit der Regelung, dass die Haftungsrisiken im Falle der Insolvenz auf den Spitzenverband

Bund der Krankenkassen übergehen und von allen Krankenkassen nach einem der Höhe der Haftungssumme entsprechenden differenzierten Verfahren zu tragen sind (§§ 166, 167 SGB V RefE).

Im Fazit begünstigen die Neuregelungen der Kassenlandschaft den schon existierenden Trend zur Konzentration der Krankenkassen und konterkarieren die im Titel des Gesetzes proklamierte faire Kassenwahl der Versicherten.

Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich wird durch Einführung eines Krankheitsvollmodells, einer Regionalkomponente und eines Risikopools sowie durch Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung und der DMP-Programmpauschale weiterentwickelt. Des Weiteren sollen Arzneimittelrabatte künftig versichertenindividuell berücksichtigt werden. Prävention soll durch Einführung einer Vorsorge-Pauschale in den RSA gestärkt werden.

Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Gutachten 2017 dargelegt, dass die von den Krankenkassen nicht beeinflussbare Risikostruktur der Versicherten durch ein Krankheitsvollmodell besser abgebildet werden kann als durch die bisherigen ausgewählten 50-80 Krankheiten. Mit diesem Schritt lassen sich die Überdeckungen bei den Zuweisungen gesunder Versicherter und die Unterdeckungen von Versicherten mit Krankheiten außerhalb des Auswahl-Spektrums des RSA besser abbilden, was von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege nachdrücklich begrüßt wird.

Streichung der Erwerbsminderungsgruppen

Eine ersatzlose Streichung der Erwerbsminderungsgruppen, wie in § 2 Absatz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung RefE vorgenommen, wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege hingegen nicht unterstützt. Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA hat in seinem Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleichs 2017 festgestellt, dass eine ersatzlose Streichung dieses Kriteriums schwerwiegende Risikoselektionsanreize gegen Erwerbsminderungsrentner ergeben würde, da sie eine durchschnittliche Unterdeckung von über 1.100 Euro zur Folge haben würden. Das Gutachten hat aufgezeigt, dass die Unterdeckungen für jüngere und chronisch kranke Erwerbsminderungsrentner/innen sogar noch höher ausfallen würden. Daher befördert die Streichung des Kriteriums eine negative Risikoselektion und den Wettbewerb um junge gesunde Versicherte. Dies widerspricht dem Solidarprinzip und wird daher von der Freien Wohlfahrtspflege abgelehnt. Die BAGFW setzt sich dafür ein, stattdessen die Erwerbsminderungsgruppen im Klassifikationssystem als Kriterium zur Schweregraddifferenzierung beim Risikomerkmale Morbidität zu nutzen. In einem ersten Schritt sollten die heutigen Abgrenzungen der Altersgruppen von Erwerbsminderungsrentnern verbessert werden, um die genannten Verzerrungen, die zu Unter- bzw. Überdeckungen führen, zu beseitigen. Auch der Begründung des Gesetzentwurfs zur Streichung des Kriteriums, dass beispielsweise Bezieher/innen von Altersrenten, die vom Kriterium der Erwerbsminderung nicht profitieren könnten, nicht von den Folgen

einer Streichung betroffen seien, kann auf der Grundlage der Ergebnisse des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats nicht gefolgt werden: So würden beispielsweise Frauen über 65 Jahre mit einem Absinken der Zuschläge zu den Alters-Geschlechtsgruppen rechnen müssen, da mit einem Wegfall der Zuschläge für die Erwerbsminderungsrente alle Zuschläge ansteigen, bei denen besonders hohe Korrelationen zur Erwerbsminderung bestehen.

Streichung der DMP-Programmpauschale

Ebenso kritisch gesehen wird die Streichung der DMP-Programmkostenpauschale für die Dokumentation und Koordination der DMPs, die gleichfalls in § 270 Absatz 1 SGB V RefE sowie korrespondierend in § 2 Absatz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung RefE vorgenommen wird. Die DMP-Programmpauschale deckt nicht das Morbiditätsrisiko der Versicherten ab, sondern die zusätzlichen arzt- und verwaltungsbezogenen Ausgaben zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines DMPs. Von einer Streichung der Programmkostenpauschale gehen nach dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats nur geringe Effekte aus: kleine und mittelgroße Krankenkassen würden leicht profitieren und die Überdeckungen der großen, DMP-starken Krankenkassen leicht sinken. Die in der Begründung zum Referentenentwurf erwähnten Effekte einer verbesserten Zielgenauigkeit auf Krankenkassenebene fallen somit marginal aus. Eine Streichung der Programmpauschale könnte hingegen negative Anreizeffekte zur Durchführung der Programme zur Folge haben. Da die DMPs sich als Erfolgsmodell für chronisch kranke Patient/innen erwiesen haben, müsste eine Streichung der DMP-Programmpauschale zumindest mit einer gesonderten Förderung außerhalb des Risikostrukturausgleichs einhergehen.

Einführung einer Präventionspauschale

Die Freie Wohlfahrtspflege begrüßt hingegen ausdrücklich, dass die Ausgaben der Krankenkassen für die Prävention durch die Einführung einer berücksichtigungsfähigen Präventionspauschale in § 270 Absatz 3 SGB V RefE für Gesundheits- und Früherkennung, Mutterschaftsvorsorge und zahnärztliche Individualprophylaxe im Risikostrukturausgleich besser berücksichtigt werden können. Es sollte im Gesetz klargestellt werden, welche Untersuchungen in die Pauschalen einbezogen werden. So ist z.B. unklar, ob Gruppenprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen von der Pauschale erfasst ist. Um den Krankenkassen wirklich Anreize für die Prävention zu geben, sollten neben Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen auch medizinische Vorsorgeleistungen (§§ 23, 24) einbezogen werden. Neben den Kosten für die Prävention sollten auch die Kosten für die Rehabilitation stärker berücksichtigt werden.

Datenerhebung für ein Hausarzt-HMG-Modell

Bei der Datenerhebung für den Risikostrukturausgleich sollen die Krankenkassen künftig auch zu den vertragsärztlichen Diagnosen zwischen Haus- und Fachärzten differenzieren, indem die Daten nach Arztnummer an das Bundesversicherungsamt übermittelt werden sollen (§ 267 Absatz 2 SGB V RefE). Damit soll laut Gesetzesbe-

gründung die Grundlage für eine Überprüfung der Zuschläge für die hausärztliche Versorgung gelegt werden, um die Manipulationsresistenz des RSA zu stärken, indem Verträge zur Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung weniger attraktiv würden. Die BAGFW begrüßt diesen Ansatz zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung nachdrücklich.

Einführung einer regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat

Die Einführung einer regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat wird ausdrücklich begrüßt. Auf diese Weise können die Auswirkungen von Reformmaßnahmen, die eine wesentliche Wirkung auf den Morbi-RSA entfalten, wissenschaftlich bewertet werden. Ein Beispiel hierfür wäre die mit dem TSVG beschlossene Einführung von verbindlichen Vorgaben zur Vergabe von Schlüsseln im ambulanten Bereich. Darüber hinaus sollte eine gesetzliche Normierung eingeführt werden. Sollten im Zuge von Analysen rund um die Ausgestaltung des Morbi-RSA durch den wissenschaftlichen Beirat oder das Bundesversicherungsamt Erkenntnisse entstehen, die auf Versorgungslücken für bestimmte Patientengruppen bzw. Leistungsangebote hindeuten, sollten diese verpflichtet werden, hierüber dem BMG, dem G-BA und Vertretern von betroffenen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen Bericht zu erstatten.

Regionalkomponente

Die Zielsetzungen des Gesetzgebers mit der Einführung einer Regionalkomponente Marktkonzentrationsprozesse zu verhindern und Wettbewerbsnachteile abzuschaffen, werden begrüßt. Bei der Ausgestaltung der Regionalkomponente sollte hinsichtlich der Berücksichtigung des Angebotes das belgische RSA-System zum Vorbild genommen werden. Dieses verfolgt das Ziel, Kosten, die durch unterschiedliche Angebotsstrukturen entstehen, nicht auszugleichen.

Risikopool

Die Einführung eines Risikopools wird durch die BAGFW begrüßt. Dieser trägt dazu bei, dass einer Risikoselektion gegenüber Versicherten entgegengewirkt wird. Es ist sachgerecht, dass Kosten, die über den Risikopool ausgeglichen werden, nicht mehr in die Berechnung der Zuweisungen des RSA einfließen.

Ergänzende Maßnahmen zur Manipulationsresistenz des RSA

Bis zum Inkrafttreten der Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Diagnosen- und Prozedurenschlüssel und der Zertifizierung der Praxisverwaltungssoftware sollen die Vergütungen der Selektivverträge zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b) und zur Besonderen Versorgung (§ 140a) von den Diagnosen entkoppelt werden, um zu vermeiden, dass über diese Verträge Diagnosen und nicht Leistungen vergütet werden. Dieser Ansatz wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege ausdrücklich unterstützt. Sachgerecht ist in diesem Zusammenhang auch die Änderung in § 305a Satz1 SGB V RefE, wonach die Beratungsaufgabe über Fragen der Wirt-

schaftlichkeit nunmehr allein den Kassenärztlichen Vereinigungen und nicht mehr den Krankenkassen obliegen soll. Die Gesetzesbegründung weist darauf hin, dass Krankenkassen in Einzelfällen trotz des gesetzlich bestehenden Verbots Vertragsärzt/innen zur Vergabe und Dokumentation bestimmter Diagnosen unter Berufung auf die nach § 305a SGB V mögliche Beratung angehalten haben.

Berlin, 18.04.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)

Verena Holtz (gesundheit@paritaet.org)

Dr. Anja Dieterich (anja.dieterich@diakonie.de)