

**Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)
zum Entwurf eines Gesetzes
für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)**

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten den Gesetzentwurf 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 sollten. 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, den Erhalt der DMP-Programmpauschale sowie die geplante wissenschaftliche Begleitforschung. Es fehlt weiterhin ein Mechanismus im Risikostrukturausgleich (RSA), der einen Anreiz für Kassen setzt, sich langfristig für eine gute Versorgung ihrer Versicherten einzusetzen. Hierzu gilt es ein Sondergutachten zum Zusammenhang zwischen dem RSA und dem Bereich der Prävention zu beauftragen.

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 Versicherungengruppe im Kassenwettbewerb nicht attraktiv, trotz der genannten vergleichsweise hohen Zuweisungen. Die Angebote einzelner Kassen durch innovative Versorgungskonzepte für diese Personengruppe halten sich weiterhin in Grenzen. Auch die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen mit drohenden Risikoselektionsanreizen gegen Erwerbsminderungsrentner konterkariert das vorgebliche Ziel einer solidarischen Wettbewerbsordnung.

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 langfristig 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. 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. Die BAGFW vertritt deshalb den Standpunkt, dass Wettbewerb nur ein Element in einem Mix gesundheitspolitischer Steuerungsinstrumente darstellen sollte. Ein preisorientierter Kassenwettbewerb 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. Dazu kann auch der vom Bundesrat geforderte neue § 68c zur Förderung regionaler Versorgungsinnovationen einen Beitrag leisten. Bei der geplanten Vertragstransparenzstelle ist es wesentlich, dass weitere Informationen für Versicherte hinzugefügt werden, damit diese einen Beitrag hin zu einem Wettbewerb um die Beste Versorgung leisten kann. Zentral für eine gesundheitspolitische Steuerung sind außerdem eine funktionierende Gesundheits- und Sozialberichterstattung als Basis für eine sektorenübergreifende, regionale und gemeinwohlorientierte Planung. Die Abkehr von einer kassenartenbasierten Haftungssystematik erhöht das Risiko, dass Krankenkassen in Insolvenz gehen werden, da die neue Haftungssystematik weniger präventiv ausgerichtet ist, als die derzeitige bestehende Regelung. Dies ist besonders kritisch für Versicherte.

Die Freie Wohlfahrtspflege kritisiert, dass mit der geplanten Refinanzierung von Tarifsteigerungen in der krankenhäuslichen Pflege allein die Pflege im Krankenhausbereich gestärkt wird. Unberücksichtigt bleiben die Langzeitpflege sowie die ambulante Pflege und Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen. Dies wird eine Abwanderung von Pflegepersonal in Krankenhäuser begünstigen. Um dies zu verhindern, gilt es die geplante Regelung entsprechend auszuweiten. Ausdrücklich begrüßt wird, dass der Gesetzgeber sich des Themas der Lieferengpässe annimmt und Regelungen vorsieht, die ein frühzeitigeres Erkennen von Lieferengpässen ermöglichen sollen.

B. Bewertung einzelner Regelungen des Gesetzentwurfes

Reform der Strukturen des GKV-Spitzenverbands

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass der Gesetzentwurf von der Regelung des Referentenentwurfs Abstand genommen hat, wonach im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands künftig keine ehrenamtlichen Vertreter aus den Verwaltungsräten der Kassen hätten vertreten sein können, da dies einen schweren Eingriff in die Selbstverwaltung der Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter/innen bedeutet hätte.

Grundsätzlich begrüßt wird ebenfalls die Bestimmung (§ 217b) zur Einbeziehung von Frauen in den Vorstand des GKV-Spitzenverbands (mindestens eine Frau und ein Mann im dreiköpfigen Vorstand).

Nach § 217b Absatz 4ff. soll mit dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss ein neues Organ der Selbstverwaltung geschaffen werden. Ziel einer Reform muss es sein, die Selbstverwaltung zu stärken und die Interessen der Versicherten besser und transparenter zur Geltung zu bringen. Das neue Gremium führt eher zu einer Verzögerung und Blockade der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des GKV-Spitzenverbands, denn der durch Sozialwahlen legitimierte Verwaltungsrat wird durch die weitreichenden Kompetenzen des neuen Lenkungs- und Koordinierungsausschusses in seinen Befugnissen erheblich eingeschränkt. Nach geltendem Recht hat der Verwaltungsrat den Vorstand zu überwachen (§ 197 Absatz 1 Nummer 1a) und alle Entscheidungen zu treffen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind (§ 197 Absatz 1 Nummer 1b). Mit dieser Vorschrift kollidiert § 217b Absatz 5 Satz 1, wonach alle versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zu Verträgen, Richtlinien und Rahmenvorgaben künftig der Zustimmung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses bedürfen. Durch die Kompetenzüberschneidung zwischen Verwaltungsrat und dem neuen Gremium wird es daher zu Blockaden und damit zu Verzögerungen in der Entscheidungsfindung kommen – zu Lasten der Versicherten. Die neue Regelung ist mit dem Grundsatz der Normenklarheit, für welche der Gesetzgeber zu sorgen hat, daher nicht vereinbar.

Mit § 217c Absatz 1 Satz 1 SGB V wird der Verwaltungsrat von derzeit höchstens 52 auf höchstens 40 Mitglieder verkleinert. Davon muss jede Vorschlagsliste mindestens 40 Prozent weibliche Bewerberinnen und männliche Bewerber enthalten. Da die Frauen im Verwaltungsrat gegenwärtig stark unterrepräsentiert sind, ist diese Regelung geeignet, den Frauenanteil wirksam zu erhöhen. Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber auch Frauenquoten für weitere Führungspositionen im Gesundheitswesen einführen. Frauen sind auch in Führungspositionen in Verwaltungsräten und Vertreterversammlungen von Krankenkassen, ihren Verbänden, den öffentlich-rechtlichen Körperschaften der Ärzte- und Zahnärzteschaft sowie weiteren Organisationen der Selbstverwaltung unterrepräsentiert. Die Anzahl der Mitglieder des Verwaltungsrats muss aus Sicht der BAGFW auch weiterhin den Versichertenproporz widerspiegeln, was durch die bisherige Höchstzahl von 52 Mitgliedern im Verwaltungsrat gewähr-

leistet war. Da die jeweiligen Krankenkassenarten im neuen Lenkungs- und Koordinierungsausschuss jeweils nur zwei Mandate haben dürfen bzw. die Knappschaft Bahn-See und die landwirtschaftliche Krankenkasse je einen Sitz, besteht die Gefahr, dass die Mitglieder des Ausschusses lediglich die Interessen ihrer eigenen Kassenart im Blick haben. Die Verteilung des Stimmgewichts nach der bundesweiten Versichertenzahl führt zudem dazu, dass bestimmte Kassenarten immer eine Sperrminorität hätten; auch dies lehnen wir ab. Wir begrüßen, dass der Bundesrat die Schaffung des neuen Gremiums aus den genannten Gründen ebenso ablehnt.

In § 217d Absatz 4 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 § 217g SGB V geben der Aufsichtsbehörde diverse Möglichkeiten, gegen rechtswidrige Beschlüsse einzuschreiten. Die im Gesetzentwurf 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.

Änderungsbedarf:

Streichung von § 217b Absatz 4ff
Streichung von § 217d Satz 2-4

Wettbewerb der Krankenkassen (§ 4a SGB V GE)

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 genannt. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist bereits in § 2 Absatz 1 und in § 12 SGB V kodifiziert. Aus den Absätzen 3 bis 7 des neuen § 4a SGB V wird 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 (UWG) beinhaltet jedoch heute schon, dass Werbungen, die sich an Verbraucher richten, so gestaltet sein müssen, dass sachbezogene Informationen im Vordergrund stehen. 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 § 4a ein.

Änderungsbedarf:

Streichung des § 4a GE und Beibehaltung des geltenden § 4 SGB V (mit Ausnahme der Bestimmungen in § 4 Absatz 4 Satz 2, 4 und 5 , die gegenstandslos geworden sind).

Vereinigung. Insolvenz und Haftung von Krankenkassen (§§ 155- 169; §§ 265a und 265b SGB V GE)

Einer Logik der Zentralisierung folgt das Verfahren zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen, das in § 163 SGB V GE 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 GE verpflichtet, die Finanzlage der Krankenkassen auf der Grundlage der jährlichen und vierteljährlichen Rechnungsergebnisse zu überprüfen und ihre Leistungsfähigkeit zu bewerten (§ 164 SGB V GE). 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 GE). Das bisherige System der Primärhaftung innerhalb der Kassenarten setzt die Anreize so, dass die Kassen der jeweiligen Kassenart ein Interesse am Erhalt einer gefährdeten Kasse haben. Es setzt einen Anreiz präventiv zu agieren und Insolvenzen zu verhindern. Die Haftungsverbände der Kassenarten haben sich bewährt. Das hier vorgesehene Haftungssystem erhöht die Gefahr, dass es zu Insolvenzen von Krankenkassen kommt. Die Insolvenz einer Krankenkasse hat vielfältige negative Auswirkungen für deren Versicherte. Daher wird die vom Gesetzgeber vorgesehene Ausgestaltung eines nicht präventiv ausgerichteten Haftungssystems stark kritisiert.

Die Regelung liefert keinen Anreiz zur Rettung einer gefährdeten Kasse, sei es durch finanzielle Unterstützung oder durch Fusion. § 265b, der die freiwilligen Hilfen der Kassen der jeweiligen Kassenart im Haftungsfall vorsah, und der mit diesem Gesetzentwurf gestrichen und durch die Regelungen des § 166ff. ersetzt werden soll, hat sich in der Praxis bewährt und ist daher zu erhalten.

Änderungsbedarf:

Streichung der geänderten Haftungssystematik und Beibehaltung einer kassenartenbasierten Haftungssystematik.

Hilfsweise:

Sollte der Gesetzgeber an einer zentralisierten Lösung festhalten, schließen wir uns den Forderungen des Bundesrates an, der den alten § 265b in einem neuen § 164a modifiziert. Dieser Formulierung sowie den vom Bundesrat vorgeschlagenen Ergänzungen der Absätze 4 und 5 in § 163 SGB V GE, die die bisher bewährte Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen am Verfahren der Haftungsprävention nicht erst bei drohender Insolvenz oder Schließung vorsehen, schließen wir uns ausdrücklich an.

Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich wird durch Einführung eines Krankheitsvollmodells, einer Regionalkomponente und eines Risikopools sowie durch Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung weiterentwickelt. Des Weiteren sollen Arzneimittelrabatte künftig versichertenindividuell berücksichtigt werden. Prävention soll durch Einführung einer Vorsorge-Pauschale im 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 (§§ 266 Absatz 2 SGB V, 267 Absatz 1, § 2 Absatz 1 RSAV)

Eine ersatzlose Streichung der Erwerbsminderungsgruppen, wie in § 2 Absatz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung GE 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. Gleichzeitig ist bei einer Regelung, welche die Erwerbsminderungsgruppen zur Schweregraddifferenzierung in den RSA einbezieht, sicherzustellen, dass durch die Altersinteraktionstermen keine Doppelzahlung für die Erwerbsminderungsgruppen aus dem RSA erfolgt.

Erhalt der DMP-Programmpauschale (§ 266 Absatz 7 Nummer 3 SGB V, § 15 RSAV)

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass die DMP-Programmpauschale wieder in den Morbi-RSA aufgenommen wurde; dafür hatten sie sich in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf eingesetzt. 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. Eine Streichung der Programmpauschale hätte hingegen negative Anreizeffekte zur Durchführung der Programme zur Folge gehabt

Einführung einer Präventionspauschale (§ 270 Absatz 3 SGB V, § 15 RSAV)

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 GE für Gesundheits- und Früherkennung, Mutterschaftsvorsorge und zahnärztliche Individualprophylaxe im Risikostrukturausgleich besser berücksichtigt werden. Im Gesetz ist im Unterschied zum Referentenentwurf jetzt klargestellt, welche Untersuchungen in die Pauschalen einbezogen werden, wie die BAGFW gefordert hatte. 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.

Mit Blick auf die Sekundär- und Tertiärprävention gilt es zu prüfen, welche weiteren Maßnahmen dazu beitragen könnten, dass diese durch eine veränderte Ausgestaltung des RSA im Interesse der Krankenkassen liegen (siehe Forderungen im folgenden Absatz).

Einführung einer regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat (§ 266 Absatz 10 SGB V)

Die Monopolkommission hat in ihrer Stellungnahme zum FKG hervorgehoben, dass der RSA in seiner geplanten künftigen Ausgestaltung weiterhin eine Hürde für den Bereich der Prävention darstellt. Es heißt „in der bestehenden Form untergräbt der Morbi-RSA aber die Anreize der Kassen, die Versicherten langfristig optimal zu versorgen und somit Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und Folgeerkrankungen vorzubeugen“ (siehe: <http://bit.ly/PräventionFKG>, Seite 4). Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Sekundär- und die Tertiärprävention. Es fehlt aktuell ein Mechanismus, der Kassen, bei denen eine niedrigere Rate an Morbiditätsverschlechterung vorliegt, belohnt. Die Monopolkommission schlägt daher vor, den wissenschaftlichen Beirat beim BVA damit zu beauftragen, zu prüfen, ob ein Korrekturfaktor auf Basis der Inzidenzrate denkbar wäre und gegebenenfalls Vorschläge für eine Umsetzung zu unterbreiten.

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.

Damit die Erkenntnisse des Wissenschaftlichen Beirates der Verbesserung der Versorgung dienen, gilt es eine zusätzliche Berichtspflicht vorzusehen. 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 und dem G-BA Bericht zu erstatten.

Änderungsbedarf:

§ 8 Abs. 2 Nummer 3 RSAV

3. dem BMG und dem G-BA berichtet, wenn er im Zuge seiner Arbeit Erkenntnisse über Versorgungslücken gewinnt.

§ 8 wird Abs. 6 angefügt

(6) Der wissenschaftliche Beirat erstellt bis 2024 ein Sondergutachten zu Auswirkungen des RSA auf den Bereich der Prävention. Hierbei prüft er Möglichkeiten zur Einführung eines Korrekturfaktors auf Basis der Inzidenzrate und weitere Möglichkeiten zur Stärkung der Prävention.

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 GE). Damit soll laut Gesetzesbegründung die Grundlage für eine Überprüfung der Zuschläge für die haus- und fachärztliche Versorgung gelegt werden, um das Ausgleichsverfahren zu verbessern. In der Begründung wird nicht erläutert, worin die Verbesserung bestehen könnte. Die „Eckpunkte“ zu diesem Gesetz haben dazu ausgeführt, dass identische Diagnosen von Haus- und Fachärzten derzeit zu gleichen Zuschlägen führten, obwohl die hausärztliche Versorgung bei vielen Krankheiten in der Regel zu niedrigeren Ausgaben führt. Die Einführung einer Hausarzt-HMG könne diese unterschiedlichen Kostenstrukturen in Zukunft berücksichtigen, indem Zuschläge in Abhängigkeit davon bezahlt werden, ob eine Diagnose vom Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Dazu müsse zunächst eine entsprechende Datengrundlage geschaffen werden, was mit § 267 Absatz 2 Satz 2 erfolgt. Würden die Daten zu diesem Zweck genutzt, würde damit eine Schwächung der hausärztlichen Versorgung einhergehen, was von der BAGFW entschieden abgelehnt wird. Eine unterschiedliche Kostenstruktur ist daher vor dem Hintergrund der fachpolitisch gewollten Stärkung der hausärztlichen Versorgung zu akzeptieren.

Regionalkomponente (§ 266 Absatz 2 SGB V; § 2 Absatz 1 RSAV)

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 (§ 268 SGB V)

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

Wir schließen uns der Einschätzung des Bundesrates an, dass die in 2017 mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz getroffenen Veränderungen zur Verhinderung von Manipulationen im selektivvertraglichen Bereich ausreichen. Die geplante Verschärfung, die eine Vertragsgestaltung mit Blick auf konkrete Diagnosen verhindern würde, birgt die Gefahr die Ausgestaltung von Selektivverträgen zu blockieren. Sachgerecht ist die Änderung in § 305a Satz 1 SGB V GE, wonach die Beratungsaufgabe über Fragen der Wirtschaftlichkeit 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.

Vertragstransparenzstelle (§ 293a SGB V)

Zurzeit ist der Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen monetären Wettbewerb bestimmt. Dies schadet der Versorgung. Es gilt Maßnahmen zu ergreifen, die den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen an der Qualität der Leistung ausrichten. Hierzu gilt es beim Aufbau der Vertragstransparenzstelle neben den Prüfungsbedarfen des Bundesversicherungsamtes die Informationsbedürfnisse der Versicherten in den Fokus zu rücken und weitere Informationen zu ergänzen. Wichtig ist darüber hinaus, dass die Informationen perspektivisch in das noch aufzubauende Nationale Gesundheitsportal integriert werden. Es gilt eine Vertragstransparenzstelle zu schaffen, die weitere besondere Versorgungsangebote transparent macht. Hierbei sind die folgenden Versorgungsangebote aufzunehmen:

- Angebote der spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V)
- Versorgungsangebote, die durch den Innovationsfonds gefördert werden
- Modellvorhaben gemäß § 63 und § 64 sowie Modellprojekte zur Prävention (§ 20g), zur Arzneimittelversorgung (§ 64a), zur Versorgung psychisch kranker Menschen (§ 64b), zum Screening auf 4MRGN (§ 64 c), zur Heilmittelversorgung (§ 64 d)

Es ist sicherzustellen, dass das Verzeichnis gemäß den Bedarfen der Versicherten ausgestaltet wird. Hierfür ist eine Suchfunktion einzurichten, die eine Suche nach Erkrankung, Ort, Leistungserbringer und Krankenkasse ermöglicht. Zur Ausgestaltung des Verzeichnisses gilt es Patientenvertreter (gemäß der Patientenbeteiligungsverordnung) zu beteiligen. Hierfür ist mehr Zeit für die Einrichtung der Transparenzstelle vorzusehen.

Es ist wichtig, dass das Verzeichnis weitere Informationen enthält, wie:

- Eine patientenverständliche Erläuterung der Diagnosen
- Kontaktdaten für Versicherte (bei Interesse an dem Vertrag)
- Beschreibung des Vertragsinhaltes, der über die Regelversorgung hinaus geht
- Einschlusskriterien, die über Diagnosen hinaus gehen

Der Gesetzgeber sollte die Chance ergreifen beim Aufbau der Vertragstransparenzstelle ebenfalls zentral eine Übersicht zu schaffen, die Versicherten einen Vergleich ermöglicht von:

- Satzungsleistungen der Kassen
- Bewilligungsquoten der Kassen

Änderungsbedarf:

- (1) Das Bundesversicherungsamt richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach § 73b, **92a, 116b**, sowie §140a (Vertragstransparenzstelle) **so wie über Modellvorhaben gemäß § 20g, § 63, § 64, § 64a, § 64b, § 64c und**

§ 64d ein. Die Vertragstransparenzstelle dient dem Zweck der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273, **der Orientierung von Patientinnen und Patienten** und der Information der Öffentlichkeit. Die Vertragstransparenzstelle führt ein Verzeichnis, das zu den Verträgen nach Satz 1 insbesondere Angaben über

1. Die Vertragsform
 2. Die vertragschließende Krankenkasse und bei einem Vertrag nach § 140a die Art der vertragsschließenden Leistungserbringer,
 3. Den Tag des Vertragsbeginns und soweit erfolgt den Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen und den Tag des Vertragsendes,
 4. Den räumlichen Geltungsbereich des Vertrags,
 5. ~~Soweit vorhanden~~ die dem Vertrag ~~als Einschlusskriterien~~ zugrundeliegenden **Einschlusskriterien. Beinhalten die Einschlusskriterien** Diagnosen, **so sind diese verständlich darzustellen**,
 6. Die Vertragsnummer nach Satz 4
 7. **Die Versorgungsinhalte, die über die Regelversorgung hinaus gehen** enthält. Jeder Vertrag ist durch die Vertragstransparenzstelle mit einer Vertragsnummer zu kennzeichnen. Das Verzeichnis nach Satz 3 ist monatlich zu aktualisieren und in der jeweiligen aktuellen Fassung im Internet bekannt zu machen. **Eine Suchfunktion nach Erkrankung, Ort und Krankenkasse ist bereit zu stellen.** Die erstmalige Veröffentlichung erfolgt bis spätestens zum ... [einsetzen: letzter Tag des ~~fünften~~ **neunten** auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats].
- (2) Die Vertragstransparenzstelle bestimmt **im Benehmen mit den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen gemäß § 140f** bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des ~~dritten~~ **sechsten** aus das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] das Nähere zu dem Verzeichnis nach Absatz 1, insbesondere
1. Art und Aufbau des Verzeichnisses,
 2. Das Verfahren für die Eintragung der Verträge in das Verzeichnis
 3. Art und Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Vertragsnummer und
 4. Das Verfahren für die Vergabe der Vertragsnummer
 5. **Die Integration der Daten der Kassentransparenzstelle gemäß § 293b**
- (3) Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle auf Anforderung spätestens bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des ~~vierten~~ **siebten** auf das Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Monats] die für den Aufbau des Verzeichnisses erforderlichen Daten nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 und 5 und **§ 293b** zu übermitteln. (...)

Kassentransparenzstelle § 293b

(1) Das Bundesversicherungsamt richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Satzungsleistungen und Bewilligungsquoten der gesetzlichen Krankenkassen ein.

Förderung regionaler Versorgungsinnovationen – Stellungnahme Bundesrat (§ 68 c SGB V)

Der Bundesrat fordert als Ergänzung zu Artikel 5 als neue Nummer 3b die Einführung eines § 68c SGB V zur Förderung regionaler Versorgungsinnovationen. Danach sollen die Krankenkassen in Regionen, in denen eine Unterversorgung besteht oder droht oder ein besonderer Versorgungsbedarf besteht, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, zugelassenen Leistungserbringern sowie mit Anbietern von digitalen Anwendungen Versorgungsinnovationen vereinbaren. Als Beispiele benennt der Bundesrat den Aufbau und Betrieb von regionalen Gesundheitszentren oder integrierten Einrichtungen zur Kurzzeitpflege, die gemeinsam von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen betrieben werden. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstützen diese Forderung mit Nachdruck. Zu denken ist dabei auch an die Schaffung Integrierter Gesundheitszentren, in denen niedergelassene Ärzte und Pflegekräfte interprofessionell zur Verbesserung der Versorgungssituation zusammenarbeiten. Die Schließung von Vereinbarungen oder Verträgen zur Förderung regionaler Versorgungsinnovationen sollte dabei aber nicht gegebene oder drohende Unterversorgung voraussetzen.

Änderungsbedarf:

In § 68c soll in Satz 1 vor den Wörtern „eine ärztliche Unterversorgung“ das Wort „insbesondere“ eingefügt werden.

Artikel 7: Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes Tarifsteigerungen in der Pflege (§ 8 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Die BAGFW begrüßt das Ziel, dass etwaige nicht refinanzierte Tarifsteigerungen in der krankenhäuslichen Pflege über einen Zuschlag ausgeglichen werden. Wie wir jedoch schon im Zuge der Konzertierte Aktion Pflege kritisch angemerkt haben, weist das Pflege-Personalstärkungsgesetz (PpSG) ein Ungleichgewicht zwischen den Maßnahmen zur Personalverbesserung in der Altenpflege, der häuslichen Krankenpflege und denen im Krankenhaus auf. Im Krankenhaus wird z.B. jede zusätzliche Stelle in der Pflege finanziert. In stationären Pflegeeinrichtungen werden dem Verteilungsschlüssel nach § 8 Abs. 6 SGB XI entsprechend lediglich 0,5 bis 2 Pflegestellen refinanziert. Ambulante Pflegedienste und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind völlig unberücksichtigt. Mit der vorgeschlagenen Refinanzierung bei Tarifsteigerungen im Krankenhaus setzt sich diese Ungleichheit fort. Hier werden weitere Voraussetzungen geschaffen, die eine Abwanderung von Pflegepersonal in die Krankenhäuser begünstigen. Deshalb ist aus unserer Sicht eine Finanzierungsregelung analog des Ausgleichs für Tarifsteigerungen im Krankenhaus auch

für Einrichtungen der Langzeitpflege sowie für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erforderlich.

Zur Finanzierung der Tarifsteigerungen innerhalb der pflegerischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses schlagen wir eine Auflösung oder Umwidmung des Pflegevorsorgefonds vor. Der Fonds verfügt mit 3,7 Mrd. € über ausreichende Mittel, um die Zusatzkosten für einen Umstellungszeitraum zu refinanzieren. So können tarifliche Steigerungen bzw. Steigerung tarifähnlicher Bezahlung vollständig refinanziert werden

Berlin, 12.12.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)
Verena Holtz (gesundheit@paritaet.org)