



## **FAIRE-KASSENWAHL-GESETZ – GKV-FKG**

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF ZUM  
GESETZ FÜR EINE FAIRE KASSENWAHL IN DER GESETZLICHEN  
KRANKENVERSICHERUNG DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR  
GESUNDHEIT VOM 25.03.2019

18. APRIL 2019

# INHALT

---

<b>VORBEMERKUNG</b>	<b>3</b>
<b>ZU DEN REGELUNGEN DES REFERENTENENTWURFES IM EINZELNEN</b>	<b>4</b>
Zu Artikel 4, Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	4
Maßnahmen zur Regelung und Begrenzung der Werbemaßnahmen von Krankenkassen (§ 4a SGB V)	4
Regelungen zur Beseitigung von missbräuchlichen Kodier-Anreizen (§ 73b, § 83 Satz 4 sowie § 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V)	4
Öffnung der Krankenkassen für bundesweite Mitgliedschaften (§§ 143, 144 SGB V)	4
Insolvenzregelungen § 160 ff SGB V	5
Eingriffe in die Selbstverwaltung des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 217b Absatz 1, Sätze 2 und 3, Absatz 2 sowie §§ 217c, 217d und 217f SGB V)	5
Einführung regionale Merkmale, Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell) und Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten (§ 266 Absatz 2 und Absatz 8 SGB V)	5
Zusätzliche Datenfeldmeldungen (Erwerbsminderung bzw. Arztnummer) (§ 267 Absatz 2 SGB V)	6
Einführung Risikopool für Hochkostenfälle (§ 268 SGB V)	7
§ 270 Absatz 1, Satz 1 SGB V – Streichung der Programmkostenpauschale DMP	7
§ 270 Absatz 3 SGB V - Förderung Prävention aus RSA-Mitteln	9
§ 270 Absatz 3 SGB V - Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (§ 273 SGB V)	9
§ 305a SGB V – Wirtschaftlichkeitsberatung durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen	10
Zu Artikel 5 – Änderung der Risikostrukturausgleichverordnung (RSAV)	10
§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV - Einführung regionale Merkmale	10
§ 4 Absatz 1 Satz 1 RSAV - Streichung DMP-Programmkostenpauschale	10
§ 30 Absatz 1 RSAV - Zusätzliche Datenfeldmeldungen (Arztnummer)	11
§ 31 Absatz 1 RSAV - Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell)	11
§ 31 Absatz 2 RSAV - Wissenschaftlicher Beirat	11
§ 31 Absatz 4 Nummer 5 RSAV - Einführung regionale Merkmale	11
§ 37a RSAV - Einführung Risikopool für Hochkostenfälle	12
§ 38 Absatz 1 RSAV - Stärkung von Präventionsanreizen	12
§ 41 Absatz 1a RSAV - Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten	12
<b>Anhang 1: Abbildungen zur Wirksamkeit von DMP</b>	
<b>Anhang 2: Literatur</b>	

## VORBEMERKUNG

Neben der Reform des Risikostrukturausgleiches, von dem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mittelbar betroffen ist, enthält der Referentenentwurf eine Reihe von Regelungen, die direkte und indirekte Wirkungen auf die Funktion des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-System) entfalten.

Scharf kritisiert wird die ersatzlose Streichung von Anreizen zum Abschluss für strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programm; DMP) gemäß § 137f SGB V für die gesetzlichen Krankenkassen. Mit der Ausrichtung der Versorgung auf chronisch Kranke haben DMP erstmalig Praxisstrukturen und Versorgungsabläufe möglich gemacht, die nachhaltig einen Beitrag zur Bewältigung nicht nur der demographischen Entwicklung, sondern auch einen wesentlichen Versorgungsbeitrag zur Therapie der in ihrer Inzidenz und Prävalenz ständig steigenden nicht-übertragbaren (Volks-)Krankheiten wie Diabetes mellitus oder Koronare Herzkrankheit leisten. Da nach wie vor die wettbewerbliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung chronisch Erkrankte zu einem finanziellen Risiko für Krankenkassen werden lässt, birgt der Wegfall dieses, in den letzten Jahren schon deutlich reduzierten, Anreizes ein hohes Risiko, diese innovative Form der Versorgung wieder ersatzlos zu beenden.

Die in der Gesetzesbegründung angeführte Privilegierung der DMP gegenüber anderen Versorgungsformen ist insbesondere deshalb unabdingbar, da die Erarbeitung nach klar definierten Kriterien evidenzbasiert sowie systematisch erfolgt und deren Umsetzung eine leitliniengerechte Versorgung gewährleistet (siehe auch unter § 270 Absatz 1 Satz 1 SGB V – Streichung der Programmkostenpauschale DMP). Damit stellen die DMP auf nationaler Ebene konsentrierte Standards der Versorgung der großen Volkskrankheiten dar und zeigen deutliche qualitative Unterschiede zum „Flickenteppich“ anderer selektiver Vertragsformen. Die hohen Qualitätsanforderungen an die Erstellung und Umsetzung von DMP machen eine finanzielle Förderung dieser Programme unverzichtbar.

Unterstützt werden hingegen die Regelungen zur Insolvenzregelung, die im Nachgang zur Erfahrung z. B. mit der Insolvenz der City-BKK ein geordnetes Verfahren erwarten lassen. Eine kassenartenübergreifende Regelung erleichtert voraussichtlich die Handlungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung in solchen Situationen.

Von grundsätzlicher Bedeutung sind die Reformschritte, die die Organisationsstruktur des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen. Sowohl die weitgehende Vorgabe der Zusammensetzung des Verwaltungsrates unter Ausschluss ehrenamtlicher Mitglieder als auch die Begrenzung der Amtsperioden des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes sowie die Genehmigungspflicht des Verbandshaushaltes sind einschneidende Eingriffe in die Selbstverwaltung.

Voraussetzung für eine funktionale Selbstverwaltung ist, dass diese die Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen gesetzlicher Vorgaben selbstbestimmt vertreten kann. Je mehr dieser Handlungsrahmen insoweit eingeschränkt wird, dass Selbstverwaltungsorgane nachgeordnete Einrichtungen des Ministeriums werden, desto mehr geht die Funktionalität der auch in Krisenzeiten resilienten Selbstverwaltung verloren. Es ist dann nicht mehr in die Mitgliedschaft hinein vermittelbar, dass in dieser Organisationsform die Belange der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung angemessen vertreten werden können. Dieses Grundprinzip der Selbstverwaltung zu erodieren bedeutet die Abkehr von einem System, das in Wohlstands- und Krisenzeiten erheblich zur gesellschaftlichen Stabilität beiträgt und beigetragen hat.

# ZU DEN REGELUNGEN DES REFERENTENENTWURFES IM EINZELNEN

## ZU ARTIKEL 4, ÄNDERUNGEN DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

### **Maßnahmen zur Regelung und Begrenzung der Werbemaßnahmen von Krankenkassen (§ 4a SGB V)**

Werbemaßnahmen der Krankenkassen sollen klarer gefasst und von unzulässigen Maßnahmen abgegrenzt werden.

#### **Bewertung**

Die Rückführung der zumindest bei einzelnen Kassen überschießenden Werbemaßnahmen auf ein sachbezogenes Angebot an Informationen wird ausdrücklich unterstützt. Dies betrifft auch die Trennung von Maßnahmen der Werbung von der Erfüllung gesetzlicher Informationspflichten oder die Beauftragung Dritter mit Werbemaßnahmen.

### **Regelungen zur Beseitigung von missbräuchlichen Kodier-Anreizen (§ 73b, § 83 Satz 4 sowie § 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V)**

Unzulässigkeit vertraglicher Regelungen, die Diagnosekodierungen als Abrechnungsvoraussetzungen definieren.

#### **Bewertung**

Innovative Versorgungsverträge richten sich häufig an besonders betroffene oder aufgrund von Versorgungsnotwendigkeiten klar abgegrenzte Patientengruppen. Diese Patientengruppen können nur dann adäquat mit entsprechenden Versorgungsprogrammen adressiert werden, wenn deren Erkrankungsstatus auch im Vertrag selbst fest- und in der Umsetzung nachgehalten werden kann. Daraus ergeben sich zwei wesentliche Voraussetzungen:

Neben der eindeutigen Kodierung der zu versorgenden Patientengruppe müssen solche Verträge hinreichend konkrete und in ihrer Evidenz gut belegte Leistungen zur Verbesserung der Patientenversorgung beinhalten. In der Begründung des Gesetzentwurfes wird deutlich gemacht, dass mit der Regelung keine sinnvollen Verträge verhindert oder unterbunden werden sollen, sondern, dass es in erster Linie um sogenannte Kodier-Verträge geht, denen kein entsprechender Versorgungsauftrag zugeordnet ist. Sofern dieser Grundsatz erhalten bleibt, können die Reformvorschläge in der Tat neben einer verbesserten Kodierung wesentlich zu einer verbesserten Versorgungsausrichtung insbesondere von Selektivverträgen wie beispielsweise solchen nach § 73b SGB V beitragen. Handlungsleitendes Ziel ist dabei die Verbesserung der Patientenversorgung

### **Öffnung der Krankenkassen für bundesweite Mitgliedschaften (§§ 143, 144 SGB V)**

Grundsätzlich werden Krankenkassen bundesweit für Mitgliedschaften geöffnet.

#### **Bewertung**

Wie eingangs angemerkt entstehen mit dieser Gesetzesregelung bundesweit agierende Krankenkassen, die unter der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes (BVA) tätig werden. Es ist darauf zu achten, dass gelebte Regionalität durch dieses Vorgehen nicht geschwächt wird. Hierauf weisen insbesondere auch die Kassenärztlichen Vereinigungen hin. Eine einheitliche Regulierung und Überwachung für alle Kassen ist jedoch überfällig.

## **Insolvenzregelungen § 160 ff SGB V**

Das Insolvenzverfahren von Krankenkassen wird kassenartenübergreifend neu geregelt und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen diesbezüglich neue Aufgaben zugewiesen.

### **Bewertung**

Nach den Erfahrungen der Insolvenz der City-BKK erscheint das vorgeschlagene Vorgehen geeignet, ungeordnete Insolvenzen zu verhindern. Die damit einhergehende Funktionszuweisung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Prüfung der Finanzlage der Krankenkassen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen) erhält an dieser Stelle Funktionen der Selbstverwaltung und ist deshalb zu begrüßen. Gleichzeitig bedeutet dies allerdings auch eine weitere Nivellierung der Kassenlandschaft.

## **Eingriffe in die Selbstverwaltung des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 217b Absatz 1, Sätze 2 und 3, Absatz 2 sowie §§ 217c, 217d und 217f SGB V)**

Ehrenamtliche Mitglieder werden aus dem Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entfernt, Genehmigungspflicht des Verbandshaushaltes durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Begrenzung der Amtszeit des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes auf zwei Amtsperioden, Selbstanzeigepllicht des GKV-Spitzenverbandes in solchen Fällen, in denen gesetzliche Aufgaben nicht umgesetzt werden (können).

### **Bewertung**

Die Bereinigung der Selbstverwaltungsstruktur des Spitzenverbandes Bund um die ehrenamtliche Komponente gefährdet die über Jahrzehnte in wechselhaften gesellschaftlichen Situationen bewährte und stabile Struktur der Kassenselbstverwaltung. Diesen Schritt mit dem Begriff der „Professionalisierung“ zu belegen weist dabei auf ein grundsätzlich anderes Verständnis von Selbstverwaltung hin, das für das Ehrenamt offensichtlich keinen Platz mehr sieht. Gerade das Element des Interessenausgleichs zwischen Arbeitgebern und Versicherten, wie es auch in der Funktion des Verwaltungsrats zum Ausdruck kommt, ist ein wesentliches Charakteristikum der Selbstverwaltung. Zu Zeiten wirtschaftlichen Wachstums und ausgeglichener Finanzhaushalte kommt dieser Funktion möglicherweise derzeit weniger Aufmerksamkeit und Bedeutung zu, ein Umstand, der sich schnell ändern kann. Mit der Entfernung der ehrenamtlichen Mitglieder aus dem Verwaltungsrat wird eine der wesentlichen Grundfunktionen von Selbstverwaltung an dieser Stelle beseitigt.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird mit den vorgesehenen Maßnahmen immer enger an das beaufsichtigende BMG angebunden, das hier über die Rechtsaufsicht hinaus auch Funktionen einer Fachaufsicht wahrnimmt. Damit wird das erfolgreiche deutsche Modell der Selbstverwaltung weiter ohne Not gefährdet und der Weg in ein staatsnäheres System gebahnt. Auch wenn sich keine unmittelbare Betroffenheit der KBV und des KV-System aus diesen konkreten Schritten ergeben, so ist doch die Zielsetzung des Vorgehens nicht vereinbar mit dem bewährten arbeitsteiligen Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung. Aus diesem Grunde werden diese Schritte kritisch gesehen und das Ministerium um Prüfung des Vorgehens gebeten.

## **Einführung regionale Merkmale, Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell) und Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten (§ 266 Absatz 2 und Absatz 8 SGB V)**

In § 266 SGB V wird nach Absatz 1 ein neuer Absatz 2 eingefügt, der den neuen Ausgleichsfaktor „regionale Merkmale“ einführt. Zudem ist die Begrenzung der Krankheitsauswahl nach dem bisherigen § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V nicht mehr Teil der Neufassung des § 266 Absatz 2 SGB V.

- › Einbezug neuer regionaler Variablen im Modell, z. B. Anteil ambulanter Pflegebedürftiger einer Region, die die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Region beeinflussen können.
- › Durch die Abschaffung der Begrenzung auf maximal 80 Erkrankungen werden künftig alle Krankheiten berücksichtigt.

In § 266 SGB V wird Absatz 7 zu Absatz 8 und die Nummer 6 dahingehend ergänzt, dass zukünftig HMG mit den höchsten relativen Steigerungsraten im Verfahren des RSA ausgeschlossen werden können. (Vergleiche dazu die Bewertung zu § 41 Absatz 1a RSAV)

### **Bewertung regionale Merkmale**

Die Einführung regionaler Merkmale ist das Ergebnis einer langjährigen Diskussion, die insbesondere durch das vom BMG beauftragte Sondergutachten des wissenschaftlichen Beirats beim BVA (2018) ausgelöst wurde. Durch die Aufnahme dieses weiteren Risikomerkmals sollen regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen abgebaut, gleiche Wettbewerbsbedingungen geschaffen sowie sich abzeichnende Marktkonzentrationsprozesse vorgebeugt werden.

Für regionale Gesamtvertragsverhandlungen spielt die regionale Finanzierungssituation der Krankenkassen eine wichtige Rolle, z. B. für die Vergütung von förderungswürdigen Leistungen. Eine Berücksichtigung unterschiedlicher Ausgabenstrukturen der Region verbunden mit einem zielgenaueren Ausgleichsmodell ist daher zu begrüßen.

### **Bewertung Vollmodell**

Durch die Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell) werden Anreize der Krankenkassen zur Risikoselektion sowie die Manipulationsanfälligkeit von Diagnosen weiter verringert und die Zielgenauigkeit des Modells insgesamt deutlich verbessert.

Die Aufhebung der Modellbeschränkung auf 50-80 Krankheiten beseitigt nicht nur evidente Ungenauigkeiten in der Schätzung von erwarteten Leistungsausgaben der Versicherten. Die Erweiterung zum Vollmodell ändert durch verbesserte „Zielgenauigkeit“ der Zuweisungen auch die Anreizstruktur der Krankenkassen, eine mögliche hohe Deckungsquote zu erzielen. Darüber hinaus kann die Beibehaltung der Diagnosen (statt eines ATC-basierten Verordnungsmodells) als maßgeblicher Morbiditätsfaktor als Signal dafür verstanden werden, dass sich die Qualität ambulanter Diagnosen verbessert, sobald Kodierregelungen eingeführt sind, die aufsichtsrechtliche Prüfungen genauer und einheitlicher erfolgen, und die Modellausgestaltung noch vorhandene Anreize zur Prävalenzvermehrung beseitigt. Die Erweiterung zum Vollmodell ist – verbunden mit diesen Nebenbedingungen – zu begrüßen.

### **Bewertung Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten**

Dieser Mechanismus sollte sachgerechter konzipiert werden, denn er führt regelhaft zu Zuweisungskürzungen und damit sogar zu ungerechtfertigten Verzerrungen in den Zuweisungen. Vergleiche dazu die Bewertung zu § 41 Absatz 1a RSAV.

### **Zusätzliche Datenfeldmeldungen (Erwerbsminderung bzw. Arztnummer) (§ 267 Absatz 2 SGB V)**

§ 267 SGB V wird insgesamt neu gefasst und regelt in dem neuen Absatz 2 neben der zusätzlichen Datenfeldmeldung der Erwerbsminderung auch die Datenfeldmeldung der Arztnummer durch die Krankenkassen an das BVA. Die Übermittlung der Arztnummer wird zur möglichen Weiterentwicklung des RSA hinsichtlich eines Hausarzt/Facharzt HMG-Modells benötigt.

Bewertung:

Kodierte Diagnosen von Haus- und Fachärzten führen derzeit zu gleichen RSA-Zuweisungen an die Krankenkassen. In einem Hausarzt/Facharzt HMG-Modell würden Zuweisungen davon abhängig gemacht werden, ob eine Diagnose mit gleicher Kodierungstiefe von einem Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Die Einführung eines solchen Modells stößt auf grundsätzliche und fachliche Bedenken.

Grundsätzlicher Natur sind die Folgewirkungen einer differentiellen Mittelzuweisung aus dem RSA auf der Grundlage von haus- und fachärztlich kodierten Diagnosen. Aus Refinanzierungsgesichtspunkten wird damit der hausärztlichen Kodierung tendenziell ein geringerer Stellenwert beigemessen werden, was sich auch in differentiellen Investitionsentscheidungen der Krankenkassen bezüglich der haus- und der fachärztlichen Versorgung in allen Vertragsformen niederschlagen wird. Die im Referentenentwurf vorgeschlagene Differenzierung, die je nach Kodierung durch einen Hausarzt oder durch einen Facharzt bei gleicher Diagnose und Kodierungstiefe unterschiedliche RSA-Zuweisungen auslöst, wird entschieden abgelehnt.

Fachliche Bedenken betreffen die Identifikation des Arztgruppenschlüssels anhand der achten und neunten Stelle der lebenslangen Arztnummer (LANR). Hier ergibt sich ein Genauigkeitsproblem, da diese Angaben im Zusammenhang mit der Zulassung einmalig vergeben werden und wenig mit der aktuell zutreffenden Fachgruppenzuordnung der ärztlichen Leistung verbunden sind. Auch bei fachlich gleichem Leistungsspektrum können deshalb die letzten beiden Ziffern differieren und mit unterschiedlichen Fachgruppenschlüsseln verbunden sein.

### **Einführung Risikopool für Hochkostenfälle (§ 268 SGB V)**

Der § 268 SGB V wird insgesamt neu gefasst und regelt zusätzlich zum RSA die Einführung eines Risikopools für Hochkostenfälle.

- › Durch die Einführung erhalten Krankenkassen für Hochkostenfälle einen Ausgleich der Ist-Kosten in Höhe von 80 % des den Schwellenwert von 100.000 Euro (im Jahr 2021) übersteigenden Betrags, wohingegen über den RSA „nur“ standardisierte Leistungsausgaben ausgeglichen werden.
- › Dadurch werden auch Akutkosten einer Erkrankung ausgeglichen, wohingegen über den RSA „nur“ die krankheitsbedingten Folgekosten ausgeglichen werden.

### **Bewertung**

Die Einführung eines Risikopools vermindert den kassenseitigen Anreiz zur Risikoselektion gegen derartige Hochkostenfälle sowie einer Diagnosenproliferation, um die Leistungsausgaben auch versichertenindividuell decken zu können. Inwiefern eine feststehende 20%ige Deckungslücke andererseits nicht zu Versuchen führt, an der Versorgung dieser Versicherten zu sparen, sollte vom wissenschaftlichen Beirat genauer evaluiert werden.

### **§ 270 Absatz 1, Satz 1 SGB V – Streichung der Programmkostenpauschale DMP**

Die bislang aus dem RSA abgeleitete Programmkostenpauschale für Versicherte, die an DMP der jeweiligen Krankenkasse teilnehmen, entfällt künftig.

### **Bewertung**

Derzeit nehmen an den DMP ca. 7 Millionen Patientinnen und Patienten teil. Die DMP sind zu einem festen Bestandteil der Versorgung in Deutschland geworden, sie fördern nachweislich die Umsetzung leitliniengerechter Behandlung. Durch bundesweit einheitliche digitale Lösungen werden bürokratische Prozesse in den Arztpraxen erheblich reduziert. Es ist absehbar, dass die ersatzlose Streichung der Programmkostenpauschale zu einer raschen Beendigung vieler DMP-Verträge führen wird.

Die in der Gesetzesbegründung angeführte Privilegierung der DMP gegenüber anderen Versorgungsformen ist unter folgenden Gesichtspunkten unabdingbar:

- › Die DMP werden in einem strukturierten Verfahren evidenzbasiert unter Hinzuziehung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und der wissenschaftlichen Fachöffentlichkeit erstellt.
- › Alle formulierten Empfehlungen werden detailliert und transparent begründet.

- › Qualitätsgesicherte Patientenschulungen zur Stärkung des Selbstmanagements sind obligater Bestandteil der DMP.
- › Damit stellen die DMP auf nationaler Ebene konsentrierte Standards der Versorgung der großen Volkskrankheiten dar.
- › Die bundeseinheitliche digitale Dokumentation der wesentlichen Behandlungsschritte und -ergebnisse erlaubt eine nationale Darstellung der Behandlungsqualität und den Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen.

Vor diesem Hintergrund zeigen sich deutliche qualitative Unterschiede zu den selektiven Vertragsformen. Die dargestellten hohen Qualitätsanforderungen an die Erstellung und Umsetzung von DMP machen eine finanzielle Förderung dieser Programme unverzichtbar.

Der Wille des Gesetzgebers, neue DMP zu Rückenleiden und Depressionen im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) einzuführen, wurde im Koalitionsvertrag durch die explizite Forderung, diese Programme umzusetzen, erneut betont. Gemäß Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zudem künftig geeignete digitale Selbstmanagement-Programme in die DMP integrieren und entsprechende Qualitätsanforderungen definieren.

Wie aber sollen bestehende DMP gestärkt und neue umgesetzt werden ohne jede finanzielle Anreizsetzung für Kostenträger und Ärzte? Wie sollen Innovationen wie multimodale Selbstmanagementkurse bei chronischen Rückenschmerzen, qualitätsgesichertes digitales Selbstmanagement bei Depression oder Case Management für Herzinsuffizienz Eingang finden?

Im Folgenden werden die Konsequenzen aus der Abschaffung der Programmkostenpauschale in Stichpunkten zusammenfassend dargestellt:

- › Abschaffung von einheitlichen Qualitätsstandards der Versorgung der großen Volkskrankheiten.
- › Abschied von bundesweit einheitlichen Behandlungspfaden, die
  - evidenzbasiert sind,
  - von den maßgeblichen wissenschaftlichen Experten mitgestaltet werden,
  - transparent begründet sind.
- › Abschaffung von flächendeckenden qualitätsgesicherten Selbstmanagementprogrammen für Patientinnen und Patienten.
- › Abschaffung der bundesweit einheitlichen Dokumentation über Praxissoftware zu den wesentlichen Behandlungsschritten bei großen Volkskrankheiten. Die digitale Dokumentation über Praxissoftware entfällt, da sie für Software-Hersteller und Ärzte unwirtschaftlich wird, weil DMP nur noch teilweise oder gar nicht umgesetzt werden.
- › Abschaffung eines etablierten Rückmeldesystems über die Behandlungsqualität an die Ärzte.
- › Rückkehr zu zahlreichen unterschiedlichen Selektivverträgen für identische Krankheiten, das heißt unterschiedliche Einschreibungsverfahren, Dokumentation, Datenflüsse etc. mit der Folge von erheblich mehr Bürokratie für alle Beteiligten.
- › Behandlungsergebnisse können nicht mehr bundesweit einheitlich dargestellt und mit internationalen Ergebnissen verglichen werden.
- › Messung und transparente Darstellung von Versorgungsqualität bei großen Volkskrankheiten wird international seit Jahren umgesetzt. Nach Abschaffung der DMP müsste diese Struktur in Deutschland neu etabliert werden, mit hohem bürokratischem Aufwand, mit den gleichen Qualitätszielen und ähnlicher Dokumentation.

Zur Wirksamkeit der DMP liegen vergleichende wissenschaftliche Studien zu DMP-Versorgung versus Nicht-DMP-Versorgung mit folgenden Ergebnissen vor<sup>1</sup>:

- › Reduktion der Mortalität und Morbidität.

---

<sup>1</sup> Literaturverweise und weitergehende Hinweise können zur Verfügung gestellt werden

- › Reduktion von Fußamputationen, Herzinfarkten, Schlaganfällen und Erblindungen bei Diabetikern.
- › Verbesserung der Beratungsqualität und Patientenzufriedenheit bei Brustkrebs.
- › Mehr leitliniengerechte Behandlung (Medikamente, Labor, Fußuntersuchungen, Lungenfunktion).
- › Kostenreduktion.

Die bundesweiten Auswertungen der DMP-Daten der KBV zeigen, dass unmittelbar nach Eintritt in ein DMP wesentliche Risikofaktoren wie Blutdruck und Blutzuckerkontrolle deutlich verbessert werden. Selbst in der vergleichenden Analyse der Techniker Krankenkasse, die im Fazit schlechte Noten für DMP ausstellt, weisen die Autoren auf signifikant niedrigere Komplikationsraten bei besonders risikobehafteten Patienten hin.

Folglich resultiert die erhebliche Gefahr einer Verschlechterung der Versorgung durch die Abschaffung der DMP-Förderung. Die derzeitige Programmkostenpauschale stellt ohnehin einen Minimalansatz dar, da lediglich entstandene Kosten des vorvergangenen Jahres ausgeglichen werden. Vielmehr sollte ein strategisch ausgerichtetes Anreizsystem eingeführt werden, welches Krankenkassen dazu motiviert, insbesondere bei der Ausgestaltung neuer DMP in Vorleistung zu treten.

Insgesamt ist zu befürchten, dass sich die bisher durch DMP strukturierte Versorgung chronisch kranker Patienten verschlechtern wird, weil qualitativ gleichwertige Versorgungsverträge nicht mehr zustande kommen werden. Für die Ärzteschaft drohen Honorareinbußen, wenn DMP-Verträge auslaufen. Die Einführung weiterer DMP dürfte dadurch unattraktiv werden. Die ersatzlose Streichung der Zuweisungen für DMP ist daher zu überdenken.

### **§ 270 Absatz 3 SGB V - Förderung Prävention aus RSA-Mitteln**

#### **Bewertung**

Der wissenschaftliche Beirat hat sich in seinem Sondergutachten aus 2017 dagegen ausgesprochen, spezifische Präventionsaktivitäten gesondert finanziell aus dem RSA zu fördern, sofern die Finanzierung nicht durch eine entsprechende Absenkung der Grundpauschale erfolgt, und sieht für eine Berücksichtigung im Zuweisungsalgorithmus des RSA noch weiteren Forschungsbedarf. Grundsätzlich begrüßt die KBV alle Anstrengungen, Prävention und Früherkennung von Erkrankungen zu verbessern. Allerdings sollten diese nicht die Zielstellung des RSA konterkarieren.

### **§ 270 Absatz 3 SGB V - Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (§ 273 SGB V)**

Der § 273 SGB V wird neu gefasst und stärkt die Befugnis des BVA, als Durchführungsbehörde des RSA zur Sicherung der Datengrundlagen des RSA eine erweiterte Plausibilitätsprüfung an den durch die Krankenkassen für die Durchführung des RSA gemeldeten Daten vorzunehmen. Das BVA prüft die Daten auf auffällige Steigerungen im Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der übermittelten Diagnosen. Die Festlegung des Schwellenwerts für die Feststellung einer Auffälligkeit bestimmt das BVA im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

- › Die betroffene Krankenkasse muss die Plausibilität ihrer Datenmeldung nachweisen, indem tatsächliche Gründe für eine Auffälligkeit nachvollziehbar dargelegt werden.
- › Wird durch die Krankenkasse ein tatsächlicher Anstieg der Morbidität als Grund für die Auffälligkeit geltend gemacht, kann dies nur anerkannt werden, wenn auch ein entsprechender Anstieg der Leistungen vorliegt.
- › Kommt eine Krankenkasse dem nicht nach, wird durch das BVA ein Korrekturbetrag ermittelt.
- › Im Vergleich zur bisherigen Regelung entspricht dies einer Beweislastumkehr.

## **Bewertung**

Eine Verknüpfung der Morbidität mit Leistungen ist nur bedingt möglich und hängt insbesondere auch vom Pauschalierungsgrad der Leistung ab (bspw. bei einer Versichertenpauschale im Unterschied zu einer indikationsspezifischen Einzelleistungsvergütung). Dass die Verknüpfung eine notwendige Voraussetzung für eine Abwendung der Korrekturen ist, ist daher kritisch zu sehen. In diesem Zusammenhang bleibt unklar, in welcher Weise ein Korrekturbetrag ermittelt wird.

### **§ 305a SGB V – Wirtschaftlichkeitsberatung durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen**

Die KBV begrüßt, dass Beratungen von Vertragsärzten durch Krankenkassenmitarbeiter im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen zukünftig unterbunden werden sollen. Vor diesem Hintergrund sieht der vorliegende Gesetzentwurf vor, die Berechtigung der Krankenkassen nach § 305a SGB V, Vertragsärzte über Fragen zur Wirtschaftlichkeit von erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen zu beraten, zu streichen. Eine alleinige Beratung der Vertragsärzte durch die Krankenkassen hält die KBV für nicht sachgerecht. Allerdings sollten auch zukünftig vertraglich zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung und einzelnen Krankenkassen geregelte und gemeinsame Beratungen von Vertragsärzten zu verordneten bzw. veranlassten Leistungen, wie z. B. Arznei- und Heilmittel auf Basis von zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Beratungsunterlagen möglich sein. Eine entsprechende Anpassung von § 305a SGB V sollte daher in Betracht gezogen werden.

Vor dem Hintergrund der vorgesehenen gesetzlichen Regelung ist es allerdings umso wichtiger, sicherzustellen, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen die zur Erfüllung der Beratungspflicht notwendigen Daten zu verordneten bzw. veranlassten Leistungen seitens der Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Für Beratungen der Vertragsärzte zur Wirtschaftlichkeit von Arzneimittelverordnungen steht den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Daten nach § 300 Absatz 2 SGB V bereits eine geeignete Datengrundlage zur Verfügung. Für Beratungen zu weiteren verordneten bzw. veranlassten Leistungen, wie z. B. Heilmittel, Hilfsmittel oder Häusliche Krankenpflege ist es unbedingt erforderlich, Krankenkassen über eine entsprechende Anpassung von § 305a SGB V zu verpflichten, die für die Beratungen notwendigen Datengrundlagen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln.

## **ZU ARTIKEL 5 – ÄNDERUNG DER RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHVERORDNUNG (RSAV)**

### **§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV - Einführung regionale Merkmale**

Im neuen § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV wird gemäß § 266 SGB V der neue Ausgleichsfaktor „regionale Merkmale“ näher spezifiziert.

- › Die regionalen Merkmale können insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die Preisstruktur medizinischer Leistungen, die demografische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur sowie die Siedlungsstruktur am Wohnort der Versicherten umfassen.
- › Die Aufzählung dieser Bereiche ist beispielhaft und nicht abschließend.

## **Bewertung**

Vgl. Bewertung zu § 266 Absatz 2 SGB V

### **§ 4 Absatz 1 Satz 1 RSAV - Streichung DMP-Programmkostenpauschale**

In § 4 Absatz 1 Satz 1 RSAV werden die Nummern 10 und 11 aufgehoben, wodurch Zuweisungen für DMP wegfallen.

## **Bewertung**

Vgl. Bewertung zu § 270 Absatz 1 Satz 1 SGB V

### **§ 30 Absatz 1 RSAV - Zusätzliche Datenfeldmeldungen (Arztnummer)**

In § 30 Absatz Satz 1 RSAV wird die Nummer 6 als Folgeänderung zum neuen § 267 Absatz 2 SGB V ergänzt.

- › Krankenkassen sollen unter anderem neben den Diagnosen auch den Arztgruppenschlüssel der zu übermittelnden Arztnummer erheben.

## **Bewertung**

Vgl. Bewertung zu § 267 Absatz 2 SGB V

### **§ 31 Absatz 1 RSAV - Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell)**

In § 31 RSAV entfallen durch die Neufassung des Absatz 1, als Folge des Wegfalls des bisherigen § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V, die Umsetzungsregelungen zur Begrenzung der Krankheitsauswahl.

## **Bewertung**

Vgl. Bewertung zu § 266 SGB V

### **§ 31 Absatz 2 RSAV - Wissenschaftlicher Beirat**

In § 31 Absatz 2 RSAV werden als Folgeänderung zum Absatz 1 (z. B. Vollmodell) und zum neuen § 266 SGB V (z. B. Vollmodell, regionale Merkmale, Streichung HMG) die aktuellen Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats neu benannt.

- › Die Krankheitsauswahl entfällt und die regelmäßige Evaluation der Wirkung des RSA kommt hinzu.
- › Das BMG bestellt auf Vorschlag des BVA und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes einen wissenschaftlichen Beirat beim BVA.

## **Bewertung**

Die regelhafte Evaluation des Morbi-RSA durch den wissenschaftlichen Beirat ist zu begrüßen.

### **§ 31 Absatz 4 Nummer 5 RSAV - Einführung regionale Merkmale**

In § 31 Absatz 4 RSAV wird beschrieben, dass das BVA für das Versichertenklassifikationsmodell unter anderem das statistische Verfahren zur Auswahl der einzubeziehenden regionalen Merkmale und die Festlegung der Anzahl der Variablen festlegt, entsprechend dem Vorgehen im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats von 2018.

- › Es werden keine Angebotsvariablen berücksichtigt.

## **Bewertung**

Vgl. Bewertung zu § 266 Absatz 2 SGB V

### **§ 37a RSAV - Einführung Risikopool für Hochkostenfälle**

Der § 37a RSAV wird insgesamt neu gefasst und regelt die Umsetzung des Verfahrens zur Festlegung des Schwellenwertes, zur Ermittlung der Hochkostenfälle sowie den Erstattungsbetrag je Krankenkasse und die Höhe der insgesamt über den Risikopool verteilten Zuweisungen.

- › Das Nähere zum Verfahren bestimmt das BVA nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen.

#### **Bewertung**

Vgl. Bewertung zu § 268 SGB V

### **§ 38 Absatz 1 RSAV - Stärkung von Präventionsanreizen**

Der § 38 RSAV wird insgesamt neu gefasst und bestimmt in dem neuen Absatz 1 die Umsetzung des Verfahrens der Zuweisung von Pauschalen für die Teilnahme der Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen.

#### **Bewertung**

Vgl. Bewertung zu § 270 Absatz 3 SGB V

### **§ 41 Absatz 1a RSAV - Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten**

In § 41 RSAV wird ein neuer Absatz 1a eingefügt, der das Verfahren des in § 266 SGB V festgelegten Ausschlusses auffälliger HMG bestimmt.

- › HMG mit den höchsten Steigerungsraten werden nicht berücksichtigt, wobei es für seltene bzw. teure Krankheiten Ausnahmen gibt.
- › Der GKV-Spitzenverband kann feststellen, bei welchen HMG ein Anstieg medizinisch oder diagnostisch bedingt ist. Diese HMG müssen bis zum 30. September des Jahres, in dem der Jahresausgleich durchgeführt wird, dem BVA mitgeteilt werden. Die HMG werden dann nicht ausgeschlossen.

#### **Bewertung**

Durch die vorgesehenen Regelungen werden Manipulationsversuche einzelner Krankenkassen zur finanziellen Vorteilnahme verringert.

Die Streichung von HMG aufgrund festgestellter Steigerungen könnte eine „Blaupause“ für ein ähnliches Vorgehen im Klassifikationsmodell nach § 87a Absatz 5 SGB V sein. Dort wurde in den letzten zwei Jahren zum Umgang mit außergewöhnlichen Prävalenzänderungen empfohlen, nach Prüfung durch die Gesamtvertragspartner ggf. die Gewichtung bei der Zusammenführung von demografischer und diagnosebezogener Veränderungsrate geeignet anzupassen.

Diese Festlegung ist abzulehnen, da auch bei sachgerechten Steigerungsraten und damit sachgerechter Morbiditätsentwicklung nahezu immer Streichungen vorgenommen werden würden. (Lediglich in wenigen Fallkonstellationen, wenn bspw. alle HMG unterhalb des in Absatz 1a Nummer 3 festgelegten Schwellenwertes liegen, würden keine HMG gestrichen werden.)

Die Übertragung der medizinischen und diagnostischen Beurteilung von Anstiegen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen greift in eine Kernkompetenz der Ärzteschaft ein und ist inakzeptabel. Die medizinische und diagnostische Beurteilung sollte keinesfalls allein beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen liegen. Weiterhin ist die Bedingung, dass alleine eine Mitteilung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen genügt, um HMG nicht auszuschließen, als zu intransparent und unsystematisch abzulehnen. Die medizinische und diagnostische Beurteilung von überdurchschnittlichen HMG-Anstiegen sollte anhand noch zu definierender Kriterien in einem systematischen Verfahren erfolgen.

Insgesamt ist die steigende Einflussnahme des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen im Zusammenhang mit der RSA-Reform zu hinterfragen, da seine strategische Interessenlage zunehmend in Abhängigkeit mit der Interessenwahrnehmung und –ausübung z. B. in den Honorarverhandlungen auf Bundesebene gerät.

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
Tel.: 030 4005-1036  
politik@kbv.de, www.kbv.de

---

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 170.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.