



RSA ALLIANZ
FÜR EIN FAIRES GESUNDHEITSSYSTEM

Stellungnahme der RSA Allianz vom 18.04.2019

**zum Referentenentwurf
eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Faire-Kassenwahl-Gesetz - GKV-FKG)**

In der RSA Allianz haben sich 12 Krankenkassen aus drei verschiedenen Kassenarten – Betriebs-, Ersatz- sowie Innungskrankenkassen – und der BKK Landesverband Bayern zu einer gemeinsamen Interessensvertretung zusammengeschlossen:



www.rsa-allianz.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Referentenentwurf	4
Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	4
§ 73b Abs. 5 Satz 7 - Hausarztzentrierte Versorgung	4
§ 83 Satz 4 - Gesamtverträge.....	6
§ 140a Abs. 2 Satz 7 - Besondere Versorgung.....	7
§ 266 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)	8
§ 267 - Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA	11
§ 268 - Risikopool.....	12
§ 270 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben	13
§ 273 - Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich	15
§ 305a - Beratung der Vertragsärzte.....	17
Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)	18
§ 4 - Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben	18
§ 30 - Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	19
§ 41 - Jahresausgleich.....	20
§ 43 - Ermittlung des Korrekturbetrags.....	22

I. Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) ergreift der Gesetzgeber Maßnahmen, die durch den gegenwärtigen Risikostrukturausgleich bedingten Wettbewerbsverzerrungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verringern. Das GKV-FKG nimmt die kassenartenübergreifend geäußerte Kritik an den bislang existierenden systematischen Wettbewerbsverzerrungen auf und setzt eine Vielzahl von notwendigen und sachgerechten Maßnahmen dagegen.

Die vorgelegten Schritte zur Stärkung der Manipulationsresistenz und zum Abbau der strukturellen Defizite in der Ausgleichssystematik des Morbi-RSA sind notwendig und ausdrücklich zu begrüßen. Beide Aspekte haben in der Vergangenheit zu einer unfairen Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen geführt – mit dem Effekt einer inzwischen extrem unterschiedlichen Verteilung der Vermögenswerte innerhalb der GKV. Aus diesem Grund sollten diese in der Vergangenheit erlangten Vorteile einzelner Kassen(arten) in einem Gesetz, das die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen dauerhaft beseitigen will, berücksichtigt und entsprechend korrigiert werden.

Um künftig gleiche Startbedingungen für das neue Wettbewerbsumfeld zu gewährleisten, sollten die im Referentenentwurf vorgesehen Regelungen frühestmöglich in Kraft treten und ihre finanzielle Wirkung entfalten. Insbesondere vor dem Hintergrund der bekannt gewordenen Aktivitäten zur Beeinflussung von Diagnosen sollte die neu geschaffene Manipulationsbremse bereits ab dem Ausgleichsjahr 2018 wirken.

II. Stellungnahme zum Referentenentwurf

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 73b Abs. 5 Satz 7 - Hausarztzentrierte Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung konkretisiert die durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen, dass eine zusätzliche Vergütung für Diagnosen nicht Gegenstand von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung sein kann. Um sämtliche Umgehungsstrategien in den Verträgen zu eliminieren, sollen nun generell Regelungen unzulässig werden, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen sind. Verboten werden sowohl eine Vergütung als Gegenleistung für die Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von bestimmten Diagnosen, als auch eine Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder deren konkrete Höhe an bestimmte Diagnosen beziehungsweise an deren Anzahl geknüpft wird. Das Verbot bezieht sich insbesondere auf solche Verträge, die im Wesentlichen auf Listen von Diagnosen (nach ICD-10 oder auch auf einer ausdifferenzierten Beschreibung der Krankheit im Vertragstext gleichwertig zu einem ICD-10-Code) beruhen und soll auch für bereits geschlossene Verträge gelten.

B) Stellungnahme

Die RSA Allianz begrüßt grundsätzlich alle Maßnahmen, die zur Reduzierung der Manipulationsanfälligkeit des RSA führen. Bei der Umsetzung ist es aus unserer Sicht elementar, dass sowohl ein einheitlicher Maßstab für die Bewertung aller – seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – abgeschlossenen Verträge angesetzt wird, als auch eine rückwirkende Korrektur nach § 273 SGB V –neu– (Neubemessung der GKV-Prävalenz) erfolgt.

Die Regelung erreicht ihren Zweck nur, wenn auch diejenigen Verträge erfasst werden, die auf nicht mehr bestehenden Rechtsgrundlagen basieren, indes aber nach wie vor im Wirkbetrieb sind, z. B. Verträge nach § 73a SGB V a.F., § 73c SGB V a.F., § 140 SGB V a.F..

Auch eine nachgelagerte Prüfung auf Diagnosen, z. B. durch Abrechnungsprüfungen der Vertragspartner als untervertragliche Regelungen, muss ausgeschlossen sein. Den Vertragspartnern muss bewusst sein, dass die nachträgliche Korrektur grundsätzlich untersagt ist und zu entsprechenden Konsequenzen für die Beteiligten führt. Die durch das HHVG eingeführten Maßnahmen¹ sind verbindlich anzuwenden.

¹ vgl. Häckl et al.: Forschungsprojekt „Kodierwettbewerb“ Einflussnahme auf die ärztliche Kodierpraxis und Auswirkungen der Gesetzesänderungen zur Vermeidung von Kodierbeeinflussungen gem. HHVG:

- Verbot der zusätzlichen Vergütung für Diagnosen in Gesamt- und Selektivverträgen (Art. 1 Nr. 4b, 5, 5a, 5b, Nr. 14a HHVG / §§ 71, 73, 73b, 83 und 140a SGB V)
- Einschränkung des Bestandsschutzes bei bestehenden Betreuungsstrukturverträgen
- Verbot der nachträglichen Übermittlung von Diagnosen im Rahmen von Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen (Art. 1 Nr. 20a HHVG / § 303 SGB V)
- Verbot der Kodierberatungen durch die Krankenkassen oder beauftragte Dritte auch mittels informationstechnischer Systeme wie der Praxissoftware (Art 1 Nr. 22 HHVG / § 305a SGB V)
- Verbesserung der Prüfmöglichkeiten durch das BVA und Mitwirkungspflicht der Krankenkassen (Art. 1 Nr. 16f HHVG / § 273 SGB V)
- Einschreibeerfordernis in (auch bestehende) Betreuungsstrukturverträge nach §§ 73a und 140a SGB V
- Unzulässigkeit der Ansprache von Vertragsärzten durch Krankenkassen oder beauftragte Dritte, die darauf abzielen, das Kodierverhalten zu beeinflussen
- Beratungsverbot zur Diagnosekodierung im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsberatungen nach § 305a Satz 1 SGB V
- Verbot der Finanzierung, der Bereitstellung (entgeltlich oder unentgeltlich) oder Verpflichtung zur Nutzung von Software, die Vorschläge für Vertragsärzte zur Diagnosekodierung in elektronischer oder maschinell verwertbarer Form enthält
- Verbot der vertraglichen Verpflichtung von Zusatzkennzeichen für Diagnosen



c) Änderungsvorschlag

§ 73b Absatz 5 Satz 8 SGB V wird neu eingefügt:

„Diese Regelungen gelten auch für Verträge, die auf nicht mehr bestehenden Rechtsgrundlagen basieren, indes nach wie vor gültig sind.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 83 Satz 4 – Gesamtverträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung konkretisiert die durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen, dass eine zusätzliche Vergütung für Diagnosen nicht Gegenstand von kassenindividuellen oder kassenartenspezifischen Vereinbarungen in den Gesamtverträgen sein kann. Um sämtliche Umgehungsstrategien in den Verträgen zu eliminieren, sollen nun generell Regelungen unzulässig werden, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen sind. Verboten werden sowohl eine Vergütung als Gegenleistung für die Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von bestimmten Diagnosen, als auch eine Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder deren konkrete Höhe an bestimmte Diagnosen beziehungsweise an deren Anzahl geknüpft wird. Das Verbot bezieht sich insbesondere auf solche Verträge, die im Wesentlichen auf Listen von Diagnosen (nach ICD-10 oder auch auf einer ausdifferenzierten Beschreibung der Krankheit im Vertragstext gleichwertig zu einem ICD-10-Code) beruhen und soll auch für bereits geschlossene Verträge gelten.

B) Stellungnahme

Die RSA Allianz begrüßt grundsätzlich alle Maßnahmen, die zur Reduzierung der Manipulationsanfälligkeit des RSA führen. Bei der Umsetzung ist es aus unserer Sicht elementar, dass sowohl ein einheitlicher Maßstab für die Bewertung aller – seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – abgeschlossenen Verträge angesetzt wird, als auch eine rückwirkende Korrektur nach § 273 SGB V –neu– (Neubemessung der GKV-Prävalenz) erfolgt.

Die Regelung erreicht ihren Zweck nur, wenn auch diejenigen Verträge erfasst werden, die auf nicht mehr bestehenden Rechtsgrundlagen basieren, indes aber nach wie vor im Wirkbetrieb sind, z. B. Verträge nach § 73a SGB V a.F., § 73c SGB V a.F., § 140 SGB V a.F..

Auch eine nachgelagerte Prüfung auf Diagnosen, z. B. durch Abrechnungsprüfungen der Vertragspartner als untervertragliche Regelungen, muss ausgeschlossen sein. Den Vertragspartnern muss bewusst sein, dass die nachträgliche Korrektur grundsätzlich untersagt ist und zu entsprechenden Konsequenzen für die Beteiligten führt. Die durch das HHVG eingeführten Maßnahmen¹ sind verbindlich anzuwenden.

C) Änderungsvorschlag

§ 83 Satz 5 SGB V wird neu eingefügt:

„Diese Regelungen gelten auch für Verträge, die auf nicht mehr bestehenden Rechtsgrundlagen basieren, indes nach wie vor gültig sind.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 140a Abs. 2 Satz 7 - Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung konkretisiert die durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung eingeführten Regelungen, dass eine zusätzliche Vergütung für Diagnosen nicht Gegenstand von Verträgen der besonderen Versorgung sein kann. Um sämtliche Umgehungsstrategien in den Verträgen zu eliminieren, sollen nun generell Regelungen unzulässig werden, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen sind. Verboten werden sowohl eine Vergütung als Gegenleistung für die Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von bestimmten Diagnosen, als auch eine Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder deren konkrete Höhe an bestimmte Diagnosen beziehungsweise an deren Anzahl geknüpft wird. Das Verbot bezieht sich insbesondere auf solche Verträge, die im Wesentlichen auf Listen von Diagnosen (nach ICD-10 oder auch auf einer ausdifferenzierten Beschreibung der Krankheit im Vertragstext gleichwertig zu einem ICD-10-Code) beruhen und soll auch für bereits geschlossene Verträge gelten.

B) Stellungnahme

Die RSA Allianz begrüßt grundsätzlich alle Maßnahmen, die zur Reduzierung der Manipulationsanfälligkeit des RSA führen. Bei der Umsetzung ist es aus unserer Sicht elementar, dass sowohl ein einheitlicher Maßstab für die Bewertung aller – seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – abgeschlossenen Verträge angesetzt wird, als auch eine rückwirkende Korrektur nach § 273 SGB V –neu– (Neubemessung der GKV-Prävalenz) erfolgt.

Die Regelung erreicht ihren Zweck nur, wenn auch diejenigen Verträge erfasst werden, die auf nicht mehr bestehenden Rechtsgrundlagen basieren, indes aber nach wie vor im Wirkbetrieb sind, z. B. Verträge nach § 73a SGB V a.F., § 73c SGB V a.F., § 140 SGB V a.F..

Auch eine nachgelagerte Prüfung auf Diagnosen, z. B. durch Abrechnungsprüfungen der Vertragspartner als untervertragliche Regelungen, muss ausgeschlossen sein. Den Vertragspartnern muss bewusst sein, dass die nachträgliche Korrektur grundsätzlich untersagt ist und zu entsprechenden Konsequenzen für die Beteiligten führt. Die durch das HHVG eingeführten Maßnahmen¹ sind verbindlich anzuwenden.

C) Änderungsvorschlag

§ 140a Absatz 2 Satz 8 SGB V wird neu eingefügt:

„Diese Regelungen gelten auch für Verträge, die auf nicht mehr bestehenden Rechtsgrundlagen basieren, indes nach wie vor gültig sind.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 266 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung der §§ 266 und 268 entfällt die auf Grundlage der nach § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 bislang enthaltene Beschränkung auf 50-80 Krankheiten. Zudem erfolgt eine Vereinheitlichung auf eine in der Wissenschaft gebräuchliche Terminologie.

- b) Die bislang in den §§ 266 und 268 bzw. § 29 RSAV aufgeführten Risikomerkmale werden hier zusammengeführt. Zudem erfolgt eine nähere Bestimmung der Risikomerkmale „Morbidity“ und der „regionale Merkmale“. Zukünftig sollen bei der Zuordnung der Risikogruppen keine gesonderten Risikogruppen mehr für Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach §§ 43 und 44 SGB VI gemindert ist, gebildet werden.
- e) In dem neu eingefügten Absatz 5 werden die Ziele des Risikostrukturausgleiches definiert, die bei dessen Ausgestaltung zu beachten sind.
- h) Doppelbuchstabe aa):
Unter Satz 1 Nr. 6 wird die Ermächtigung zur Regelung des Ausschlusses von Morbiditätsgruppen mit der höchsten relativen Steigerungsrate neu eingeführt.
- i) Im neuen Absatz 10 wird festgelegt, dass der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt verpflichtet wird, die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in regelmäßigem Abstand, mindestens alle 4 Jahre, zu überprüfen. Hierbei kann das BMG den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen.

B) Stellungnahme

Die Neufassung des § 266 enthält fundamentale Änderungen am bestehenden Verfahren des Risikostrukturausgleichs. Die RSA Allianz begrüßt die Kombination der enthaltenen Vorschläge bestehend aus Einführung einer Regionalkomponente, eines Risikopools sowie von Präventionspauschalen. Die Aufhebung der Einschränkung der Krankheitsauswahl auf 50-80 Krankheiten wird mit einer Manipulationsbremse kombiniert. Zudem erfolgen die Streichung von „Erwerbsminderung“ als Risikomerkmale sowie die Streichung der DMP-Programmkostenpauschale. Wir halten diese Maßnahmen als Gesamtpaket grundsätzlich dafür geeignet, die bestehenden Über- und Unterdeckungen des Morbi-RSA zu reduzieren und somit die Wettbewerbsbedingungen wieder fairer zu gestalten.

Die RSA Allianz sieht die geplante Aufhebung der Beschränkung bei der Krankheitsauswahl auf 50-80 Krankheiten weiter kritisch. Insbesondere halten wir es für notwendig, dass nicht zu Gunsten einer schnellen Einführung ein sog. „einfaches“ Vollmodell umgesetzt wird. Vielmehr müssen zuvor die Integration der neu einzuführenden Krankheiten in das Klassifikationsmodell und der damit verbundene Aufbau von Hierarchiebeziehungen zwischen den dann existierenden HMGs erfolgen, um unzulässige Hierachieverletzungen und ungerechtfertigte Mehrfachzuweisungen zu vermeiden. Ohne eine solche Differenzierung würde insbesondere das Problem der Überdeckung Multimorbider weiter verschärft und die Manipulationsanfälligkeit des Systems noch einmal vergrößert. Zudem ist sicherzustellen, dass hierdurch keine neuen Über- und Unterdeckungen zwischen den Kassen entstehen.

Grundsätzlich sollte – insbesondere auch vor dem Hintergrund der geplanten Einführung eines Risikopools – im Berechnungsverfahren die Wirkung der Annualisierung der Leistungsausgaben

Verstorbener kritisch geprüft werden. Zudem halten wir die geplante Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien für eine wesentliche Voraussetzung, um das Ziel der Erhöhung der Manipulationssicherheit erreichen zu können.

Zu b) Die RSA Allianz begrüßt die Streichung von „Erwerbsminderung“ als Risikomerkmale ausdrücklich. Das Merkmal „Erwerbsminderung“ wird als indirekter Morbiditätsparameter im Morbi-RSA nicht mehr benötigt. Spätestens mit der Aufhebung der Beschränkung auf 50-80 Krankheiten werden künftig alle Erkrankungen der Versicherten mit dem Status „Erwerbsminderung“ abgedeckt, somit ist die vorgeschlagene Streichung eine sachlogische und richtige Schlussfolgerung. Diesbezüglich ist zu beachten, dass der wissenschaftliche Beirat im Sondergutachten aus 2017 die Streichung der Erwerbsminderung nur isoliert und eben nicht unter den Bedingungen eines Vollmodells betrachtet hat.

Die Einführung einer Regionalkomponente wird von der RSA Allianz begrüßt. Hiermit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass das regionale Ausgabenniveau für GKV-Leistungen zu einem nicht unerheblichen Teil von Faktoren beeinflusst wird, die dem Einfluss der Krankenkassen entzogen sind. Die vom BMG vorgeschlagene Ausgestaltung der Regionalkomponente ist geeignet, die bestehenden regionalen Verzerrungen im RSA zu verringern. Allerdings empfehlen wir im Einvernehmen mit den Gutachtern mittelfristig eine Erweiterung des regionalen Ausgleichs im RSA um weitere Elemente. So ist neben der Einführung der auf Ausgaben bezogenen Regionalkomponente auch die Berücksichtigung der Einnahmenseite sachlogisch. Dies könnte durch die Einbeziehung des derzeitigen Einkommensausgleichs erfolgen. Eine Reduktion des bestehenden Einkommensausgleiches zumindest auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz würde regional bedingte Schieflagen einnahmeseitig reduzieren helfen.

Zu e) Die aufgeführten Ziele des Risikostrukturausgleichs sind nachvollziehbar und sachgerecht. Aus der im Referentenentwurf enthaltenen Begründung zum allgemeinen Teil ergibt sich zum einen die grundsätzliche Aufgabe des RSA („Die zentrale Aufgabe des RSA ist dabei die Vermeidung von Risikoselektion als eine der Voraussetzungen für gleiche Wettbewerbsbedingungen.“ (S. 46)) sowie auch die für die Weiterentwicklung maßgebliche Zielsetzung („Der RSA wird weiterentwickelt mit dem Ziel der Stärkung fairer Wettbewerbsbedingungen, soweit diese durch den RSA bedingt sind.“ (S. 47)). Ein funktionsfähiger und fairer Wettbewerb sind demnach zentrale Ziele, die durch den RSA verfolgt werden. Daher sollten die „fairen Wettbewerbsbedingungen“ an dieser Stelle zusätzlich aufgeführt werden.

Zu h) Doppelbuchstabe aa): Die RSA Allianz begrüßt die Einführung einer „Manipulationsbremse“. Gerade vor dem Hintergrund der Aufhebung der Beschränkung auf 50-80 Krankheiten halten wir diese Maßnahme für zwingend erforderlich. Zu dem Verfahren verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu Artikel 5 Nummer 23 b).

Zu i) Die nunmehr gesetzlich geregelte regelmäßige Evaluation der Wirkungen des Risikostrukturausgleichs durch den wissenschaftlichen Beirat ist eine sinnvolle Maßnahme, um rechtzeitig Reformbedarf zu erkennen und damit die Qualität des Ausgleichssystems zu sichern. Wir halten es für sinnvoll und notwendig, dass einzelnen Kassen und Kassenverbänden eine Möglichkeit zur Anhörung beim BMG bezüglich der spezifischen Themenwahl eingeräumt werden sollte.

c) Änderungsvorschlag

In Artikel 4 Nr. 19 wird § 266 Absatz 2 um folgenden Satz ergänzt:

„Bei der Definition der Morbiditätsmerkmale ist auszuschließen, dass Mehrfachzuweisungen innerhalb eines Morbiditätsmerkmals entstehen.“

In Artikel 4 Nr. 19 wird § 266 Absatz 5 wie folgt gefasst:

„(5) Die Zuordnung der Risikogruppen nach Absatz 2 und die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 3 erfolgt nach Kriterien, die zugleich

1. Anreize zu Risikoselektion verringern und
2. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen sowie
3. faire Wettbewerbsbedingungen ermöglichen.“

In Artikel 4 Nr. 19 wird § 266 Absatz 10 wie folgt gefasst:

„(10) Die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs sind regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, durch den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt in einem Gutachten zu überprüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 267 - Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 267 regelt die geltenden Vorgaben zur Datengrundlage des RSA mit dem Ziel einer größeren Rechtsklarheit und Übersichtlichkeit zusammenhängend neu. Die maßgeblichen Regelungsinhalte der bisherigen §§ 267 und 268 werden dabei übernommen.

B) Stellungnahme

Der Morbi-RSA ist ausdrücklich als lernendes System angelegt. Gerade vor dem Hintergrund von RSA-Reformen mit enormer finanzieller Tragweite für die Krankenkassen ist es wichtig, deren Effekte auf Grundlage valider Daten nachzuvollziehen bzw. analysieren zu können. Durch die Bereitstellung eines GKV-repräsentativen Forschungsdatensatzes wird die Transparenz über die Wirkungen von Reformvorschlägen erhöht und der Diskurs um die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auf eine allgemein zugängliche, wissenschaftliche Basis gestellt. Dies würde den Entwicklungsprozess des RSA hin zu einem Ausgleichssystem, welches einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen ermöglicht, beschleunigen.

C) Änderungsvorschlag

§ 267 Absatz 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Für die Überprüfung der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs stellt das Bundesversicherungsamt den gesetzlichen Krankenkassen jedes Jahr bis zum 30. September rückwirkend ab dem Jahr 2018 einen Datensatz in Form einer kassenartenübergreifenden einfachen Zufallsstichprobe zur Verfügung. Zur Wahrung des Datenschutzes werden die Daten anonymisiert. Zum Schutz der Wettbewerbsinteressen der Krankenkassen wird die Zuordnung der Daten zu den einzelnen Krankenkassen eliminiert.“

Der bisherige Absatz 7 wird zu Absatz 8.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 268 - Risikopool

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neugefassten § 268 wird die Einführung eines Risikopools ab dem Ausgleichsjahr 2021 geregelt. Berücksichtigt werden sollen Fälle mit Leistungsausgaben oberhalb eines Schwellenwertes von 100.000 € (ohne Krankengeldausgaben). Der den Schwellenwert überschießende Betrag wird zu 80% ausgeglichen. Der Schwellenwert soll im Jahr 2021 100.000 € betragen und soll mit der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV fortgeschrieben werden.

B) Stellungnahme

Die Schaffung eines finanziellen Risikopools zur kassenübergreifenden Absicherung von besonders aufwändigen Leistungsfällen ist sachgerecht. Insbesondere begrüßen wir das der Regressionsanalyse vorgelagerte Verfahren zur Ermittlung der Erstattungsbeträge des Risikopools, wodurch ein Mehrfachausgleich vermieden wird. Insgesamt wird durch die Schaffung eines Risikopools das Problem von selten auftretenden Hochkostenergebnissen gelöst, die im bestehenden HMG-System nicht adäquat abgebildet werden können und schafft so eine sinnvolle Ergänzung. Durch den definierten Schwellenwert und Selbstbehalt wird dafür gesorgt, dass weiterhin der Anreiz für wirtschaftliches Verhalten bei den Krankenkassen erhalten bleibt.

Es ist vorgesehen, den Schwellenwert ab 2022 entsprechend der Veränderungsrate der monatlichen Bezugsgröße zu dynamisieren. Die Bezugsgröße stellt aber eine Einkommensgröße dar (Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung). Wir halten es für sachgerechter, die Dynamisierung an der festgestellten Entwicklung der GKV-Ausgaben zu orientieren.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 4 Nr. 20 wird § 268 Absatz 1 Satz 3 wie folgt gefasst:

„Der Schwellenwert beträgt im Jahr 2021 100.000 Euro und ist in den Folgejahren entsprechend der zum Zeitpunkt der Festlegung durch Bundesversicherungsamt zuletzt festgestellten prozentualen Veränderung der Leistungsausgaben nach § 267 Absatz 1 Satz 1 anzupassen.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 270 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Doppelbuchstaben aa): Die Aufhebung des Buchstabens b) in § 270 Absatz 1 Satz 1 führt zum Entfall der Berücksichtigung der Programmkostenpauschale für strukturierte Behandlungsprogramme bei der Berechnung der Zuweisungen.
- c) Der neu eingeführte Absatz 3 sieht vor, dass die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds jährlich eine Pauschale für jeden Versicherten erhalten, der an einer Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung oder Individualprophylaxe, die nach § 87 Absatz 1 Satz 1 abrechnungsfähig ist, oder an einer Schutzimpfung nach § 20i Absatz 1 teilgenommen hat. Die Höhe der Zuweisungen ermittelt das Bundesversicherungsamt. Die Pauschale soll Anreize zur Förderung der genannten Leistungen setzen, nicht aber die Kosten decken.

B) Stellungnahme

- a) Die beabsichtigte Streichung der Berücksichtigung der Programmkostenpauschale für strukturierte Behandlungsprogramme ist zweckmäßig, da durch die beabsichtigte Aufhebung der Begrenzung auf 50-80 Krankheiten das Morbiditätsspektrum in Gänze abgebildet wird. Darüber hinaus bestehen mittlerweile weitere Möglichkeiten der Förderung besonderer Krankheitsbilder, z.B. im Rahmen des Innovationsfonds. Deshalb kann diese aus dem Alt-RSA übernommene Sonderförderung ersatzlos gestrichen werden. Die Programmkostenpauschale geht mit einem komplexen Bereinigungsverfahren einher, sodass durch deren Streichung auch die Transparenz des Zuweisungsverfahrens insgesamt erhöht wird. Die DMP-Ausgaben differenzieren sich in Leistungsausgaben wie z. B. ärztliche Abrechnungen und Verwaltungsausgaben (z. B. Datenstellenvergütung). Es erscheint zweckmäßig, die Leistungsausgaben in den Bereich der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben des RSA zurückzuführen. Die Verwaltungskosten aus den Programmen sollten jedoch bei den Verwaltungskostenzuweisungen berücksichtigt werden. Hierbei sind Anpassungen des GKV-Kontenrahmens vorzunehmen.
- c) Die mit der geplanten Neuregelung verbundene Stärkung der Präventionsorientierung des RSA ist ausdrücklich zu begrüßen. Das bisherige RSA-Verfahren löst für Krankenkassen zur möglichen Investition in Präventionsmaßnahmen einen Fehlanreiz aus, da durch geringere Deckungsbeiträge rein finanziell Nachteile entstehen. Im Rahmen der Vorsorge und Früherkennung werden Versicherte umfänglich unterstützt, um in einem bereits frühen Stadium einer Krankheit rechtzeitig eingreifen und gegensteuern zu können. Die Einführung solcher Zuschläge verstärkt die Anreize der Krankenkassen, diese Maßnahmen weiter zu fördern und die Versicherten aufzufordern, an diesen Maßnahmen teilzunehmen. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass sich die Zuschläge tatsächlich nur auf die aktuell im Gesetzentwurf genannten gesetzlichen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen beschränken, um Fehlanreize zu vermeiden.



c) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 273 – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Prüfung nach § 273 SGB V wird neu gefasst. Das Ziel der Änderungen ist eine Verschlan-
kung der Prüfung, indem dem BVA mehr Spielraum gewährt wird.

Prüffähig sind die Meldungen nach dem neuen § 267 SGB V. Ein Schwerpunkt wird hierbei auf
die Daten des ambulanten Bereichs gelegt (im Entwurf Satz 1 Nummer 4, gemeint müsste
allerdings Satz 1 Nummer 3 sein). Hinzu kommt eine Beweislastumkehr, wonach die Kranken-
kassen innerhalb eines Zeitraums von 4 Wochen entsprechende Unterlagen beizubringen ha-
ben.

Laut Begründung zum Absatz 4 kann ein relevanter tatsächlicher Anstieg der Morbidität der
Versicherten der Krankenkasse dabei nur anerkannt werden, wenn ein korrespondierender
Anstieg der für diese Versicherten erbrachten Leistungen vorliegt. Dieser muss sich direkt aus
den Leistungsdaten nach den §§ 294 bis 303 ergeben. Ist dies nicht der Fall, ist von einem
veränderten Kodierverhalten der Leistungserbringer aufgrund äußerer Einflüsse auszugehen.

B) Stellungnahme

Insgesamt ist die Neuregelung des § 273 SGB V zu begrüßen. Die finanziellen Effekte von Ko-
dierbeeinflussungen, die auf Grundlage sog. Altverträge sowie sämtlicher Vereinbarungen ba-
sieren, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, müssen rück-
wirkend korrigiert werden. Wie bereits in der Begründung ausgeführt, muss gewährleistet sein,
dass die Bestimmung für die Ermittlung des jeweiligen Korrekturbetrags der Unzulässigkeit der
vorgenannten Vertragskonstellationen sowie sämtlicher rechtswidriger Eingriffsmaßnahmen
zur Diagnosegewinnung Rechnung trägt.

Wie bereits in den Kommentierungen zu den Änderungen der §§ 73b, 83 und 140a SGB V
ausgeführt, ist es aus unserer Sicht bei der Umsetzung elementar, dass ein einheitlicher Maß-
stab in der für die Bewertung aller – seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostruktur-
ausgleich abgeschlossenen – Verträge angesetzt wird. Ein Verweis auf die Leistungsdaten nach
§§ 294 bis 303 ersichtlicher entsprechender Anstieg der erbrachten Leistungen allein kann
zwar als Indiz gewertet werden, doch sind diese Daten, vor allen Dingen im Bereich der am-
bulanten Diagnosen inklusive der entsprechenden Datenwege und genutzter Verträge, viel
ausschlaggebender. Dies allein aus dem Grund, da die Verträge zumeist an Vergütungen von
Diagnosen gekoppelt waren und auch sind. Dies allein führt zu einem Leistungsanstieg. Wichtig
in diesem Zusammenhang ist daher, dass Datenmeldungen von Kassen, die unter anderem
Altverträge nach § 73a SGB V a.F., § 73c SGB V a.F., § 140 SGB V a.F. beinhalten, als auch
Verträge nach neuer Fassung, nicht Bestandteil einer rechtsgültigen Datenmeldung nach § 267
SGB V neuer und alter Fassung sein dürfen. Sämtliche Meldungen, die nicht den Vorgaben ent-
sprechen, müssen also rückwirkend zu einem Hochrechnungsverfahren nach § 43 RSAV –neu
– führen.

c) Änderungsvorschlag

Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt prüft die Daten nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 auf auffällige Steigerungen im Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der übermittelten Diagnosen, die nicht auf demografische Veränderungen des Versichertenbestandes zurückzuführen sind.“

Im Absatz 4 wird ein neuer Satz 3 eingefügt:

„Dabei bleiben Leistungsausgaben, die für die Kodierungen von Diagnosen entrichtet wurden, unberücksichtigt.“

Absatz 5 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 305a – Beratung der Vertragsärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Streichung der Wörter „und die Krankenkassen“ und die Aufhebung des Satzes 7 stellt klar, dass Krankenkassen unter Berufung auf § 305a Satz 1 über Berater Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen anhalten dürfen. Beratungen durch die Krankenkassen oder durch von den Krankenkassen beauftragte Dritte sind zukünftig ausnahmslos unzulässig.

B) Stellungnahme

Die Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen nach § 305a zur Verhinderung von Kodierberatungen wird ausdrücklich begrüßt. Die Abgrenzung der bislang gesetzlich zulässigen Beratung über Fragen der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von der unzulässigen Beratung im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen war in der Vergangenheit praktisch unmöglich. Die geplante Regelung schafft daher Klarheit und ist auch vor dem Hintergrund der Steigerung der Manipulationsresistenz des RSA sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 5

§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der § 4 RSAV wird für eine verbesserte Übersichtlichkeit an Änderungen des Leistungsrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst. Zudem findet eine Anpassung an die veränderten Rechtsnormen des GKV-FKG statt.

B) Stellungnahme

In der Vergangenheit kam es bei der Bewertung von Leistungsausgaben und deren Wirkungsweise im Morbi-RSA immer wieder zu Diskussionen hinsichtlich der wettbewerblichen Auswirkungen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist ein System, das auf Solidarität beruht. Dies wird sowohl an den einkommensabhängigen Beiträgen nach dem fünften Sozialgesetzbuch, als auch an solchen Aufgaben sichtbar, die alle Kassen gemeinsam und nach einheitlichen Grundsätzen zu finanzieren haben. Nur dort, wo die individuelle Versichertengemeinschaft der einzelnen Kasse im Fokus steht, die Kosten durch die einzelne Kasse beeinflussbar sind und das wirtschaftliche Handeln der Kasse möglich und geboten ist, erfolgen die Zuweisungen nach dem bestehenden Morbi-RSA.

Damit unterliegen in der GKV Umlagen jeglicher Art, die nach einheitlichen Grundsätzen ermittelt und auch einheitlich in der gesamten GKV erhoben werden, diesem Solidarprinzip. Sie sind weder von den Kassen beeinflussbar, noch unterliegen sie dem wirtschaftlichen Handeln der Einzelkasse. Nach dem Willen des Gesetzgebers sind diese in ihrer finanziellen Wirkung daher immer als wettbewerbsneutral anzusehen.

Um sicherzustellen, dass die Rückflüsse von Umlagen aus dem Gesundheitsfonds zukünftig sachgerecht an die Kassen zurückfließen, wäre eine entsprechende Rahmenregelung in der Definition der Leistungsausgaben sinnvoll, um nicht weiterhin Wettbewerbsverzerrungen hervorzurufen.

C) Änderungsvorschlag

Dem § 4 RSAV wird folgender Absatz 5 hinzugefügt:

„Versicherten- oder mitgliederbezogene Umlagen, die für Aufgaben der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eingezogen werden, sind wettbewerbsneutral aus dem Gesundheitsfonds zu finanzieren. Absatz 3 Satz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 11

§ 30 - Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

- b) Doppelbuchstaben cc): Durch die Ergänzung des neuen Satzes 3 in Absatz 1 werden die Krankenkassen verpflichtet, bei der Ermittlung der Ausgaben für Arzneimittel je Versicherten die Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V sowie die tatsächlichen Rabatte der §§ 130, 130a und 130c SGB V zu berücksichtigen. In Satz 4 wird der Verwendungszweck der übermittelten Erstattungsbeträge und Rabatte für Arzneimittel definiert und eine Kenntnisnahme Dritter über diese ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

- b) Die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im RSA ist sachlich gerechtfertigt und vermeidet die bislang bestehenden systematischen Über- und Unterdeckungen auf Versichertenebene aufgrund der pauschalen Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten. Die Wirtschaftlichkeitsanreize zum Abschluss von Rabattverträgen bleiben durch die geplante Neuregelung gleichzeitig vollständig erhalten. Durch den geplanten neuen Satz 4 wird die Vertraulichkeit der kassenindividuell erzielten Rabatthöhe gewährleistet, da die Daten zur Höhe der Rabatte durch den GKV-Spitzenverband und das BVA ausschließlich für die Durchführung des RSA verarbeitet werden dürfen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 23

§ 41 - Jahresausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Doppelbuchstaben cc): Bei der Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 genannten Risikomerkmale im Jahresausgleich sind nach Maßgabe des Absatzes 1a die Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Versichertentage, die den Risikogruppen zugeordnet sind, auszuschließen. Die Anfügung des Satzes 4 in Absatz 1 schließt entsprechende Zuweisungen, die auf Basis des Absatzes 1a berechnet werden, entsprechend aus. Näheres zum Ausschluss bestimmter Risikogruppen regelt der neue Absatz 1a.
- b) Der neu eingeführte Absatz 1a legt nach § 266 Absatz 8 Satz 1 Nr. 6 SGB V das Verfahren zum Ausschluss der Morbiditätsgruppen fest, die die höchsten relativen Steigerungsraten aufweisen.

B) Stellungnahme

- a) Die Einführung einer Manipulationsbremse, die auf Basis des neuen § 266 Abs. 7 SGB V eingeführt und in der RSAV näher definiert wird, ist eine weitere notwendige Maßnahme.
- b) Die RSA Allianz weist auf drei regelungswürdige Sachverhalte hin, die durch eine flexiblere Verfahrensweise aufgegriffen werden können. Das Bundesversicherungsamt müsste die Prävalenzentwicklung für Folgejahre auf Basis bereits angewandter Prüfungen korrigieren und nach Herkunft der Manipulationen differenzieren können. Zudem sollte die Manipulationsbremse frühzeitig zur Anwendung kommen.

Zu dem in der RSAV definierten Verfahren wird die Gefahr gesehen, dass die Manipulationsbremse durch unterschiedliche Gründe in der Praxis nicht zur Anwendung kommen könnte. Dies ist mehreren Effekten geschuldet, die ihre Ursachen bei der Aufhebung der Beschränkung auf 50-80 Krankheiten, bisherigen Upcoding-Maßnahmen einzelner Kassen und den definierten Schwellenwerten haben könnten. All diese Effekte würden ggf. dazu führen, dass die verschiedenen Faktoren in dem Modell nicht greifen. Durch die geplante Nichtbereinigung der Datengrundlagen im Rahmen der veränderten Prüfung nach § 273 SGB V – neu –, Streichung des § 39a RSAV und Implementierung einer veränderten Regelung in § 43 RSAV –neu –, bleiben zudem die Datengrundlagen für eine Bewertung der Steigerungsraten auf dem Status Quo.

Dies hätte zur Folge, dass das BVA gezwungen wäre, die Manipulationsbremse auf Basis unbereinigter Steigerungsraten zu berechnen. Je weiter eine Manipulation fortschreitet, desto niedriger wird der Zuwachs in dieser Risikogruppe, was im Extremfall nach ein oder zwei Jahren dazu führen könnte, dass eine bislang ausgeschlossene Risikogruppe, obwohl sie im laufenden Verfahren immer noch einer Manipulation unterliegt, dennoch zu entsprechenden Zuweisungen führt. Zusätzlich kann es, je nach Auslöser eines Zuschlags für eine Risikogruppe, dazu kommen, dass bei der Gültigkeit mehrerer Aufgreifkriterien die Manipulation sich nur in einem Teilbereich abspielt. Somit würden auch die Bereiche getroffen werden, die keiner Manipulation unterliegen.

Beides ließe sich dann lösen, wenn das BVA flexiblere und zielgerichtete Möglichkeiten hätte, auf diese Effekte zu reagieren. So müssen die verwendeten Datenbasen auf Grundlage der Berechnungen und Bescheidungen nach § 43 RSAV – neu – bereinigt werden. Da die Grundlage in den Festlegungen auf den Datenbasen drei Jahre vor dem Schlussausgleich beruht, dürfte dieser Zeitraum ausreichen, die Werte entsprechend anzupassen. Auch die bereits etablierte Einzelprüfung der Daten nach § 273 SGB V aus dem ambulanten und stationären Bereich könnte dazu genutzt werden, die möglichen Ausschlüsse auf getrennten Diagnosedaten aus dem ambulanten und stationären Wegen zu berechnen, sofern dies im Einzelfall nötig erscheint.

Insbesondere vor dem Hintergrund der bekannt gewordenen Aktivitäten zur Beeinflussung von Diagnosen sollte die neu geschaffene Manipulationsbremse bereits ab dem Ausgleichsjahr 2018 wirken, d. h. spätestens mit der Korrektur des Jahresausgleichs 2018 im November 2020. Damit erhält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ausreichend Zeit, um die Voraussetzungen des Absatzes 1a Satz 3 zu prüfen und dem BVA ggf. mitzuteilen.

Die Manipulationsbremse wäre mit Einführung des § 41 Absatz 1a RSAV – neu – spätestens für die Korrektur des Jahresausgleichs 2018 im November 2020 anwendbar. Da hier eine entsprechende Regressionsberechnung nach Ausschluss neu durchzuführen ist, wären die entsprechenden Verfahrensbestimmungen des BVA neu zu definieren bzw. zu ergänzen. Der § 41 Absatz 1a RSAV – neu – führt bei seiner konsequenten Anwendung zu einer Neuberechnung der Zuschläge im Rahmen einer Regression, da hier die nach den entsprechenden Berechnungen der Manipulationsbremse zu streichenden Zuschlagsgruppen nicht mehr im Schlussausgleich verteilt werden. Eine gesonderte Regelung zur zeitlichen Umsetzung im § 41 RSAV – neu – nicht vorgegeben und ist deshalb zu ergänzen.

Es wird deshalb vorgeschlagen, weitere Optionen in die Rechtsverordnung zu integrieren und so dem BVA damit Möglichkeiten zu geben, das Verfahren, dort wo es nötig ist, zielgerichteter und gerechter zu gestalten.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nr. 23 wird § 41 Absatz 1a um die Sätze 4 bis 6 ergänzt:

„Bei den Berechnungen nach Absatz 1a Satz 1 kann das Bundesversicherungsamt vorsehen, die Risikogruppenbesetzungen getrennt nach den Meldungen des § 267 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 SGB V zu berechnen und nach Absatz 1 Satz 4 auszuschließen. Das Bundesversicherungsamt hat die Daten nach Satz 1 Nummer 2 um Effekte zu bereinigen, die sich aus festgestellten Korrekturen nach § 43 Abs. 1 und 2 RSAV ergeben. Die mit [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] neugeschaffene Regelung des § 41 Absatz 1 Satz 4 RSAV ist spätestens mit der Korrektur des Jahresausgleichs 2018 im November 2020 nach § 41 Absatz 5 RSAV anzuwenden.“

Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 25

§ 43 – Ermittlung des Korrekturbetrags

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 5 fließen Korrekturbeträge weiterhin in den Gesundheitsfonds und werden im Rahmen des nächsten Jahresausgleichs über die mitgliederbezogene Veränderungsrate (mbV) zusätzlich ausgeschüttet. Für die Regelung aller weiteren Details des Verfahrens wird der GKV-Spitzenverband angehört.

B) Stellungnahme

Bedingt durch die zu begrüßende Manipulationsbremse wird die Verteilsystematik zum ersten Mal dahingehend durchbrochen, dass die Wirkung auf Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung ausgedehnt wird. Dabei wird nicht unterschieden, ob eine Kasse entsprechende Kodieraktivitäten vorgenommen hat, oder nicht. Dies ist als sachgerecht anzusehen, da die Manipulationsbremse zukunftsgerichtet das Risiko minimieren soll, dass das Ausgleichssystem durch Manipulationsaktivitäten beeinflusst wird.

Anders ist dies allerdings bei Korrekturbeträgen aus Prüfungen zu sehen, die direkt auf eine Kasse abzielen, die das Kodierverbot unterlaufen hat. Hier werden indirekt diejenigen Kassen „geschädigt“, die die Vorgaben des neuen § 267 SGB V erfüllen und keine Aktivitäten unternehmen haben, um die Zuweisungen über zum Beispiel unzulässige Vertragskonstellationen zu steigern. Erschwerend kommt hinzu, dass die bestrafte Kasse einen entsprechenden Rückfluss aus der eigenen Zahlung erhält.

Insofern erscheint es hier auch sachgerecht, die Ausschüttung nach § 43 Abs. 5 Satz 2 neu zu fassen. Es ist sicherzustellen, dass bei der Ausschüttung der festgesetzten Korrekturbeträge (inkl. der Strafzuschläge) die jeweiligen Kassen aus ihrer Zahlung keine Rückflüsse erhalten. Die Ausschüttung darf somit nicht über die mbV erfolgen, sondern sollte als separater Posten je Versicherten (der dann entsprechend zu differenzieren ist) ausgezahlt werden.

C) Änderungsvorschlag

Der § 43 Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst und um folgende Sätze ergänzt:

„Die Einnahmen nach dieser Vorschrift fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich verteilt. Die Beträge aus den Prüfungen werden durch die Versicherten der GKV geteilt. Hierbei ist sicherzustellen, dass Kassen aus ihren geleisteten Zahlungen nach Absatz 3 oder 4 keine Rückflüsse erhalten.“



RSA ALLIANZ

FÜR EIN FAIRES GESUNDHEITSSYSTEM

Kontakt:

Peter Kaetsch
(Sprecher der RSA Allianz)
c/o BIG direkt gesund
Rheinische Str. 1
44137 Dortmund
peter.kaetsch@big-direkt.de
0231.55571001