

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur zweiten Anhörung des Gesundheitsausschusses
am 13.02.2017**

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Heil- und Hilfsmittelversorgung
- (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - (HHVG))
Hier: Änderungsanträge 1 bis 3 neu**

BT.-Drs. 18/10186 und Ausschuss-Drs. 18/(14)0226.2

und zu den

Entwurfsvorschlägen der Änderungsanträge 2 „Hilfsmittelberater durch
Krankenkassen“, 6 „Behandlungsfehler“, 10 „Hilfsmittelverträge“ und
12 „Innovative Hilfsmittel/G-BA“ sowie Änderungsantrag 7 Austausch
„Beiträge von Ärzten im Rettungsdienst“

sowie zum

Antrag der Grünen: Fairen Wettbewerb in der solidarischen Kranken-
versicherung ermöglichen – Weiterentwicklung des morbiditätsorien-
tierten Risikostrukturausgleiches vorantreiben.

BT-Drucksache 18/10252

Stand 07.02.2017

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	- 4 -
II. Änderungsanträge	- 8 -
Änderungsantrag 1: Zu Artikel 1 Nummer 4b, 5, 5a, 16d, 16f, 20a, 22 (§§ 71, 73, 83, 268, 273, 303, 305a SGB V) Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens	- 8 -
Nr. 4b § 71 SGB V Beitragssatzstabilität.....	- 8 -
Nr. 5 zu a) § 73 SGB V Kassenärztliche Versorgung	- 9 -
Nr. 5a § 83 SGB V Gesamtverträge.....	- 10 -
Nr. 16d § 268 SGB V Versichertenbezogene Erhebung eines Regionalkennzeichens im Morbi-RSA.....	- 11 -
Nr. 16f § 273 SGB V Mitwirkungspflichten im Rahmen der Prüfungen nach § 273 SGB V.....	- 13 -
Nr. 20a § 303 SGB V Ergänzende Regelungen Abrechnungen	- 14 -
Änderungsantrag 2: Zu Artikel 1 Nummer 6a und 6b (§§ 117, 120 SGB V) Leistungsumfang der Hochschulambulanzen als Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt; Frist für Vergütungsvereinbarungen und Schiedsregelung)	- 16 -
Nr. 6a § 117 SGB V Hochschulambulanzen	- 16 -
Nr. 6b § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	- 18 -
Änderungsantrag 3: Zu Artikel 1 Nummer 16e und Artikel 1e (§ 269 des fünften Buches Sozialgesetzbuch; § 33a Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) Folgegutachten Risikostrukturausgleich	- 19 -
Artikel 1 Nr. 16e § 269 Abs. 3a - d SGB V Folgegutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte .	- 19 -
Artikel 1e § 33a RSAV Folgegutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte.....	- 21 -
Entwurf Änderungsantrag 2: Nr. 2 § 33 SGB V Keine Beauftragung externer Hilfsmittelberater durch Krankenkassen (nur durch MDK)	- 24 -
Entwurf Änderungsantrag 6: Artikel 1 Nr. 4a § 66 SGB V Behandlungsfehler	- 26 -
Entwurf Änderungsantrag 10: Nr. 10 / § 127 SGB V Hilfsmittelverträge – Vertragsanpassung an Hilfsmittelverzeichnis; Ausschreibungen; Beratung; Rahmenempfehlung zur Durchführung und Abrechnung der Versorgung.....	- 29 -
Entwurf Änderungsantrag 12: Nr. 14 § 139 SGB V Innovative Hilfsmittel/G-BA	- 32 -
Entwurf Änderungsantrag 7 Austausch: Artikel 1a und 1b - neu § 23c SGB IV und §§ 2, 135 SGBV VII Notärztliche Versorgung im Rettungsdienst als Nebentätigkeit.....	- 34 -
III: Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht der AOK-Gemeinschaft	- 35 -
Gesetzliche Regelung zur (Wieder-)Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien.....	- 35 -

IV . Antrag der Grünen

Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen –
Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches
vorantreiben - 38 -

I. Vorbemerkung

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt ausdrücklich, dass die Regierungskoalition mit den vorgesehnen Änderungsanträgen verhindern will, dass Diagnoseinformationen missbräuchlich verändert werden. Denn die ambulanten Diagnoseinformationen sind für vielfältige Anforderungen an Versorgungsplanung und -steuerung sowie an die Abrechnung ambulanter Leistungen in der GKV unerlässlich. Darüber hinaus besitzen sie eine wichtige Funktion für die Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die die Krankenkassen nach den Vorgaben des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) erhalten.

Ambulante Kodierrichtlinien einführen – Anreiz zur Verbesserung der Diagnosequalität setzen

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sind die vorgelegten gesetzlichen Änderungen ausreichend, um eine missbräuchliche Veränderung von Diagnosen zu verhindern. Um die Diagnosequalität weiter zu verbessern, bittet die AOK-Gemeinschaft die Abgeordneten der Regierungskoalition darum, im Rahmen des HHVG ambulante Kodierrichtlinien verbindlich einzuführen und deren Umsetzung sicherzustellen. Denn die Unterbindung einer missbräuchlichen Veränderung von Diagnosen erfordert in der Praxis auch eine klare Vorgabe, wie eine richtige Kodierung zu erfolgen hat. Kodervorgaben im ambulanten Bereich sind mit den aus dem stationären Bereich bereits langjährig genutzten Verfahren vergleichbar und würden zu sektorübergreifend gleichen Standards führen.

Darüber hinaus ist es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft auch erforderlich klarzustellen, dass sich die Neuregelungen des § 303 Abs. 4 SGB V ausschließlich auf die Übermittlung von i.S.d. Gesetzes missbräuchlich nachträglich veränderten Diagnosen beziehen. Denn alle gesetzlichen Krankenkassen erhalten von den Kassenärztlichen Vereinigungen regelmäßig Datenkorrekturen zur ambulanten Leistungserbringung einschließlich deren Diagnosen. Diese sogenannten „Austauschlieferungen“ erfolgen unabhängig von den in § 303 Abs. 3 SGB V genannten Gründen und stellen sicher, dass den gesetzlichen Krankenkassen die Informationen nach §§ 295 und 295a SGB V vollständig vorliegen. Würden diese Austauschlieferungen untersagt, wäre die sprunghafte Verschlechterung der Datenqualität in der ambulanten ärztlichen Versorgung die Folge. Im Rahmen der beabsichtigten Neuregelung des § 303 Abs. 4 SGB V ist daher klarzustellen, dass die Austauschlieferungen hiervon nicht betroffen sind.

Auffälligkeitsprüfung mit sachgerechtem Regionsbezug weiterentwickeln

Die AOK-Gemeinschaft hat sich bereits in der Vergangenheit wiederholt dafür eingesetzt, die Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 SGB V um eine regionale Komponente zu erweitern (vgl. zuletzt unsere Stellungnahme zum BVA-Entwurf der Dritten Bestimmung zur kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung nach § 273 Abs. 2 Satz 5 SGB V vom 07.06.2013). Dieses Anliegen wird weiterhin unterstützt. Hierfür ist es erforderlich zu ermitteln, in welchem Bezirk einer kassenärztlichen Vereinigung eine Diagnose gestellt wurde. Eine Erhebung des Wohnortes des Versicherten wird dieser Zielstellung hingegen nicht gerecht.

Für nicht näher bezeichnete weitere Analysen des Morbi-RSA ist beabsichtigt, den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnortes des Versicherten zu erheben. Der amtliche Gemeindeschlüssel ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft jedoch ungeeignet. Rund ein Drittel der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland lebt in einer Großstadt (> 100.000 Einwohner). Diesen Versicherten würde immer der gleiche Gemeindeschlüssel zugeordnet, völlig unabhängig da-

von, ob der Versicherte in einem Stadtteil mit hoher oder niedriger Dichte an medizinischer Infrastruktur oder in einem wohlhabenden oder armen Stadtteil wohnt. Oder anders dargestellt: Während alle Berliner genau mit einem Gemeindeschlüssel erfasst sind, werden für das bevölkerungsärmere Mecklenburg-Vorpommern mehrere Gebiete unterschieden. Dabei gilt aber: Die Unterschiede innerhalb einer Großstadt sind genauso groß (wenn nicht größer) als zwischen Stadt und Land. Der amtliche Gemeindeschlüssel ist für eine sozial-räumliche und angebotsbezogene regionale Betrachtung daher alleine ungeeignet. Stattdessen ist die Postleitzahl als Kennzeichen zur regionalen Differenzierung des Wohnortes des Versicherten zu verwenden.

Die AOK-Gemeinschaft spricht sich daher dafür aus, für Zwecke der Auffälligkeitsprüfung nach § 273 SGB V die Information zur Diagnoseherkunft (Bezirk der kassenärztlichen Vereinigung) zu erheben. Soweit für Analysezwecke zusätzlich der Wohnort des Versicherten erhoben wird, ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft die Erhebung der Postleitzahl erforderlich. Die Erhebung ausschließlich des amtlichen Gemeindeschlüssels des Wohnortes des Versicherten wird entschieden abgelehnt, da sie Analysen eher behindert als ermöglicht.

Wissenschaftliche Evaluation richtig – aber Wirtschaftlichkeitsanreize setzen

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt grundsätzlich die mit der Neuregelung in § 269 SGB V und § 33a RSAV beabsichtigte Beauftragung von Fol gegutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld. Die mit dem GKV-FQWG vorgezeichnete, systematische und auf der Grundlage wissenschaftlicher Expertise betriebene Weiterentwicklung dieser Zuweisungsbereiche des Morbi-RSA wird dabei stringent und zielgerichtet weitergeführt. Richtig ist auch, dass - wie vom Gesetzgeber vorgesehen – ein konkreter, umsetzungsfähiger Vorschlag zur Neugestaltung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte eingefordert wird. Der angestrebte Bearbeitungszeitraum erscheint auch unter Berücksichtigung der vielfältigen und neuartigen GKV-Datenerhebungen realistisch.

Während die Vorgehensweise uneingeschränkt zu unterstützen ist, sind die hiermit verbundenen inhaltlichen Vorgaben in einigen Punkten unzureichend und für eine zielgerichtete Weiterentwicklung ungeeignet. Nach wie vor nicht zielführend ist die Beibehaltung der IST-Kostenausgleiche bei Krankengeld und Auslandsversicherten. Diese IST-Kostenausgleiche sind ausschließlich als Übergangsregelung mit dem GKV-FQWG eingeführt worden. Deshalb müssen nach Abschluss der nun beabsichtigten Fol gegutachten die Zuweisungen zwingend wieder als standardisierte Leistungsausgaben und ohne IST-Kostenausgleiche berechnet werden. Auch sind separate IST-Kostenausgleiche als nicht zielführend abzulehnen, denn IST-Kostenausgleiche setzen Fehlanreize in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Genauso für den Bereich der Krankengeldzuweisungen müssten hingegen starke Wirtschaftlichkeitsanreize gesetzt werden, wie das Sondergutachten des Sachverständigenrats Gesundheit zum Thema Krankengeld aus dem Jahr 2015 zeigt und worauf bereits im Rahmen des GKV-FQWG nachrichtlich der Gesetzesbegründung hingewiesen wurde. Dies gilt auch für IST-Kostenausgleiche bei Auslandsversicherten. Vor diesem Hintergrund lehnt die AOK-Gemeinschaft auch die weitere Befassung mit einem Krankengeld-Hochrisikopool im Rahmen der Fol gegutachten und einen separaten Ausgleich für Kinderkrankengeld ab.

Hochschulambulanzen: Gleiche Voraussetzungen in der ambulanten Versorgung gewährleisten

Der bisher für Hochschulambulanzen als Teilnehmer an der ambulanten ärztlichen Versorgung gültige Grundsatz des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt, soll durch den Grundsatz der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt ersetzt werden. Hierdurch sollen zukünftig auch solche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand des Leistungsumfangs von Hochschulambulanzen sein, die bisher nur dann im ambulanten Bereich zur Anwendung kommen durften, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss einen entsprechenden positiven Beschluss gefasst hatte.

Eine solche pauschale Umstellung des Grundsatzes des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt für Hochschulambulanzen ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nicht erforderlich, da der Leistungsumfang regelmäßig überprüft und angepasst wird. Insofern erfolgt eine inhaltliche Auseinandersetzung mit medizinisch erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Gemeinsamen Bundesausschuss. Darüber hinaus führt die vorgesehene Regelung tendenziell zu einer Benachteiligung von anderen Leistungserbringern, wie z. B. ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V, anstelle der in der Begründung beabsichtigten Gleichstellung.

Behandlungsfehlermanagement erhalten – Patientenrechte wirksam unterstützen

Mit dem Änderungsantrag Nr. 6 zu § 66 SGB V soll eine Klarstellung der Art der Unterstützungsleistungen der Krankenkassen im Rahmen der Unterstützung bei Behandlungsfehlern erfolgen, um „Unsicherheiten hinsichtlich des Umfangs der Datenerhebungsbefugnis der Krankenkassen ... auszuräumen“. Leider wird mit der vorliegenden Ergänzung des § 66 SGB V dieses Problem nicht gelöst, d.h. die dringend benötigte Klarstellung wird nicht erreicht. Die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, MDK und Krankenkassen wird vielmehr erschwert und bedeutet für die von der AOK-Gemeinschaft bislang geleistete, von den Versicherten gewünschte und geschätzte Unterstützung der Versicherten bei Behandlungs- und Pflegefehlern (§§ 66 SGB V, 115 Abs. 3 SGB XI) eine massive Verschlechterung, da insbesondere mit zeitintensiven Diskussionen zur Auslegung der Norm und zum Zusammenhang zu § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V gegenüber den Leistungserbringern zu rechnen ist. Grund dafür ist insbesondere, dass mit der Neuregelung des § 66 SGB V in der vorgeschlagenen Form eine dritte Ermächtigungsnorm zur Sozialdatenerhebung im Rahmen der Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern geschaffen würde. Die AOK-Gemeinschaft plädiert weiterhin für eine Änderung § 276 SGB V, siehe Stellungnahme zu ÄA 6.

Sicherstellung der notärztlichen Versorgung gewährleisten

Der vorgelegte Änderungsantrag sieht vor, dass Einnahmen aus der Tätigkeit als Notarzt im Rettungsdienst bei Vorliegen bestimmter Umstände von der Beitragspflicht der Sozialversicherung auszunehmen sind und somit die Statusprüfung „abhängig Beschäftigter“ durch die Rentenversicherung Bund entfällt. Nicht gelöst wird hierdurch jedoch die grundsätzliche Problematik, dass die Tätigkeit im Rettungsdienst aufsichtsrechtlich als abhängiges Beschäftigungsverhältnis bewertet wird und somit alle für Arbeitnehmer relevante Rechtsvorschriften, vor allem die Vorgaben zur Einhaltung der Höchstgrenzen der Arbeitszeit, durch den Träger des Rettungsdienstes berücksichtigt werden müssen.

Die AOK-Gemeinschaft ist auch auf Grundlage divergierender Sozialgerichtsurteile nicht der Auffassung, dass es sich bei den hier tätigen Ärztinnen und Ärzten um „abhängig beschäftigte Angestellte“ handelt. Für eine freiberufliche Tätigkeit spricht vielmehr, dass z. B. der Honorarnotarzt den Umfang seiner Tätigkeit selbst bestimmt und im Rahmen des Notarzteinsatzes keine Weisungsgebundenheit besteht, da der Notarzt hier ausschließlich den Regeln der ärztlichen Kunst unterworfen ist. Deshalb appelliert die AOK-Gemeinschaft an die Mitglieder der Regierungskoalition, diesen Änderungsantrag nicht zu beschließen, sondern das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu beauftragen, eine entsprechende arbeitsrechtliche Klarstellung zu bewirken.

II. Änderungsanträge

Änderungsantrag 1: Zu Artikel 1 Nummer 4b, 5, 5a, 16d, 16f, 20a, 22 (§§ 71, 73, 83, 268, 273, 303, 305a SGB V) Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung, Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich und Erhebung eines Regionalkennzeichens

Nr. 4b § 71 SGB V Beitragssatzstabilität

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll das mit dem GKV-VSG erweiterte und verschärzte aufsichtsrechtliche Instrumentarium in § 71 Absatz 6 SGB V auch auf Einzelverträge, die nach § 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V dem Bestandsschutz unterliegen (z. B. sog. Strukturverträge), ausgeweitet werden.

B Stellungnahme

Aus Sicht des Gesetzgebers ist die Regelung konsequent. Die AOK-Gemeinschaft lehnt vor dem Hintergrund der Ablehnung der mit dem GKV-VSG eingeführten verschärfenden Regelungen des § 71 Absatz 6 diese Neuregelung ebenfalls ab.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Nummer 4b

Nr. 5 zu a) § 73 SGB V Kassenärztliche Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzten allein für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen keine zusätzliche Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vor- teile sich versprechen oder sich gewähren lassen oder selbst versprechen oder gewähren.

B Stellungnahme

Die Änderung wird befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5a § 83 SGB V Gesamtverträge

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird klargestellt, dass kassenindividuelle oder kassenartspezifische Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Gesamtverträge sein können.

B Stellungnahme

Die klarstellende Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist die Formulierung des Satzes 3 der Begründung zu Nr. 5a „...Klargestellt wird, dass kassen- oder kassenartenindividuelle Vereinbarungen bzw. sogenannte Betreuungsstrukturverträge nur auf selektivvertraglicher Grundlage (§ 140a) und nicht im Rahmen von Gesamtverträgen fortgeführt oder neu vereinbart werden können...“ zu präzisieren.

Gemäß § 83 SGB V schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Gesamtverträge über die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort in ihrem Bezirk einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen. Die Landesverbände der Krankenkassen schließen die Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart. Durch den Änderungsantrag soll zukünftig explizit die Möglichkeit einer zusätzlichen Vergütung von Diagnosen in kassenartenindividuellen oder kassenartspezifischen Gesamtverträgen ausgeschlossen werden. Die Begründung kann jedoch dahingehend interpretiert werden, dass künftig grundsätzlich keine kassen- oder kassenartenindividuellen Vereinbarungen im Rahmen von Gesamtverträgen möglich sind. D.h. die Norm könnte ggf. über die gesetzlich intendierte Klarstellung des Ausschlusses von zusätzlichen Vergütungen von Diagnosen hinaus verstanden werden.

C Änderungsvorschlag

Satz 3 der Begründung wird wie folgt gefasst:

„Klargestellt wird, dass kassen- oder kassenartenindividuelle Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht im Rahmen von Gesamtverträgen fortgeführt oder neu vereinbart werden können.“

Nr. 16d § 268 SGB V Versichertenbezogene Erhebung eines Regional-kennzeichens im Morbi-RSA

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung regelt die Erhebung des amtlichen Gemeindeschlüssels des Wohnortes des Versicherten im Rahmen des Morbi-RSA beginnend ab dem 01.01.2018. Dieses Regionalkennzeichen soll für die Prüfung nach § 273 SGB V sowie Analysen im Morbi-RSA verwendet werden.

B Stellungnahme

Das mit der Neuregelung verbundene Ziel, die Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 SGB V um eine regionale Komponente zu erweitern, ist zu unterstützen. Hierfür ist es erforderlich zu ermitteln, in welchem kassenärztlichen Versorgungsbereich eine Diagnose gestellt wurde. Eine Erhebung des Wohnortes des Versicherten wird dieser Zielstellung hingegen nicht gerecht. Für nicht näher bezeichnete Analysen des Morbi-RSA ist beabsichtigt, den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnortes des Versicherten zu erheben. Der amtliche Gemeindeschlüssel ist für regionale Analysen nur mit Einschränkung geeignet. Rund ein Drittel der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland lebt in einer Großstadt (> 100.000 Einwohner). In Großstädten lebenden Versicherten würde immer der gleiche Gemeindeschlüssel der jeweiligen Stadt zugeordnet, völlig unabhängig davon, ob der Versicherte in einem Stadtteil mit hoher oder niedriger Dichte an medizinischer Infrastruktur oder in einem wohlhabenden oder armen Stadtteil wohnt. Oder anders dargestellt: Während alle Berliner genau mit einem Gemeindeschlüssel erfasst sind, werden für das bevölkerungsärmere Mecklenburg-Vorpommern zahlreiche Gebiete unterschieden. Dabei gilt aber: Die Unterschiede innerhalb einer Großstadt sind genauso groß (wenn nicht größer) als zwischen Stadt und Land. Der amtliche Gemeindeschlüssel ist für eine sozial-räumliche und angebotsbezogene regionale Betrachtung daher ungeeignet. Stattdessen ist die Postleitzahl als Kennzeichen zur regionalen Differenzierung des Wohnortes des Versicherten zu verwenden.

Die AOK-Gemeinschaft spricht sich daher dafür aus, für Zwecke der Auffälligkeitsprüfung nach § 273 SGB V die Information zur Diagnoseherkunft (Bezirk der kassenärztlichen Vereinigung) zu erheben. Soweit für Analysezwecke zusätzlich der Wohnort des Versicherten erhoben wird, ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft die Erhebung der Postleitzahl erforderlich. Die Erhebung des amtlichen Gemeindeschlüssels des Wohnortes des Versicherten wird abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 4 wird wie folgt gefasst:

(4) Die Krankenkassen erheben vom 1. Januar 2018 an versichertenbezogen die Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten. Das Nähere über die zeitliche Zuordnung und das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2. § 268 Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.

Begründung:

Für Zwecke der Auswertung und Analyse des Risikostrukturausgleichs und seiner Datengrundlagen sind eine regionale Zuordnung der Versicherten und damit die Erhebung fünfstelliger Postleitzahl des Wohnorts durch die Krankenkassen notwendig. Auf Grundlage dieser Daten können wissenschaftliche Untersuchungen zum Risikostrukturausgleich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit oder des Bundesversicherungsamts (BVA) erfolgen. Versicherte, die ihren Wohnsitz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland haben, sind bei der Erhebung nicht zu erfassen. Für die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung der Daten gelten die Vorgaben nach § 268 Absatz 3 Satz 7 entsprechend. Damit ist der Datenschutz für die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung dieser personenbezogenen Daten sichergestellt. Hinsichtlich der technischen Fragen der Erhebung und Übermittlung der Daten bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere im Einvernehmen mit dem BVA in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2; zur Aufwandsverringerung kann dort auch bestimmt werden, dass die Übermittlung der neu zu erhebenden Daten gemeinsam mit den Daten zur Durchführung des RSA erfolgen soll.

Nach Artikel 1 Nr. 4 wird Nr. 4a eingefügt und wie folgt gefasst:

Nach Nummer 16c wird folgende Nummer 16d eingefügt:

16d. Dem § 30 Abs. 1 Nummer 6 RSAV wird folgender Halbsatz ergänzt:

„einschließlich der Information über den Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung.“

Begründung:

Für die Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (§ 273) ist die regionale Zuordnung der Diagnosen zu den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erforderlich. Das Bundesversicherungsamt benötigt für seine Prüfung zur Feststellung von Auffälligkeiten und die Einzelfallprüfung bei betroffenen Krankenkassen nach § 273 Absatz 2 und 3 diese Information als zusätzliches Analysemerkmal, um bei der Untersuchung der von den Krankenkassen übermittelten Daten auch regionale Auffälligkeiten in Bezug auf die Raumeinheit „KV-Bezirk“ feststellen zu können. Dies verbessert zum Beispiel die Möglichkeit, Auffälligkeitsprüfungen im Hinblick auf die Entwicklung der übermittelten Diagnosekodierungen nach abrechnungsrelevanten Gebietseinheiten durchzuführen. Auch regional durchgeführte, unzulässige Nacherfassungen von Diagnosen können so besser erkannt werden. Die Information, in welchem KV-Bezirk die Diagnosestellung erfolgt ist, ist hierfür besser geeignet als die Erhebung einer Rauminformation zum Wohnort des Versicherten.

Nr. 16f § 273 SGB V Mitwirkungspflichten im Rahmen der Prüfungen nach § 273 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung stellt klar, dass die Krankenkassen zur Mitwirkung im Rahmen der Prüfung nach § 273 SGB V verpflichtet sind und konkretisiert die dabei auf Anforderung bereitzustellenden Daten. Zugleich ermöglicht sie dem Bundesversicherungsamt ein Zwangsgeld gegen Krankenkassen zu verhängen, die ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen.

B Stellungnahme

Die beabsichtigten Neuregelungen stärken das Prüfverfahren zur Sicherung der Datengrundlagen im Risikostrukturausgleich und sind daher zu begrüßen. Die Neuregelungen sind geeignet, die bundesweit einheitlichen Prüfverfahren des § 273 SGB V zu beschleunigen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 20a § 303 SGB V Ergänzende Regelungen Abrechnungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Ergänzung des § 303 SGB V um einen neuen Absatz 4 enthält ein Verbot der Übermittlung nachträglich ergänzter oder geänderter Diagnosen im Rahmen des Datenträgeraustausches nach § 295 SGB V an die Krankenkassen. Zugelassen sind zukünftig ausschließlich Korrekturen, wenn technische Übermittlungs- oder formale Datenfehler aufgetreten sind.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung steht im Kontext der weiteren Änderungen in Artikel 1, die richtigerweise das Ziel verfolgen, die ambulanten Diagnosen vor missbräuchlichen Veränderungen zu schützen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für die im ambulanten Bereich erforderliche Verbesserung der Diagnosequalität und führt auch dazu, dass die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA nicht durch missbräuchlich veränderte Diagnosen verfälscht werden. Allerdings wird übersehen, dass - unabhängig von technischen Übermittlungs- oder formalen Datenfehlern und unabhängig von einer nachträglichen und missbräuchlichen Veränderung von Diagnosen – der Datenträgeraustausch nach § 295 SGB V in der Praxis durch eine Vielzahl von Austauschlieferungen geprägt ist. Diese Austauschlieferungen stellen ein Regelverfahren dar und sind nicht an technische oder formale Fehler der Datenübermittlung gebunden. Aufgrund der Komplexität des Abrechnungsverfahrens und der Vielzahl der erforderlichen Datenübermittlungen zwischen den Ärzten und den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen selbst (sogenannte Bereichsfremde Abrechnungsfälle) werden die Datenmeldungen nach § 295 SGB V regelmäßig durch Austauschlieferungen ersetzt – so lange, bis die Abrechnungsinformationen vollständig und bereichsübergreifend gemeldet sind. Die vorgeschlagene Neuregelung würde dieses Verfahren der Austauschlieferungen nun ausschließen, was mit einem deutlichen und ungewollten Verlust an Datenqualität in der ambulanten ärztlichen Versorgung einhergeht. Die Neuregelung ist daher so zufassen, dass Austauschlieferungen auch zukünftig erfolgen können, wobei sicherzustellen ist, dass die Austauschlieferungen keine missbräuchlich veränderten Diagnosen enthalten.

C Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 20a wird wie folgt gefasst:

„Dem § 303 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„Eine nachträgliche Veränderung von Diagnosedaten insbesondere auch aufgrund von Prüfungen gemäß §§ 106 bis 106c, Unterrichtungen nach § 106d Abs. 3 Satz 2 und Anträgen nach § 106d Absatz 4 ist im Rahmen der Datenübermittlung nach den §§ 295 und 295a sowie 303 Abs. 3 unzulässig. Das Nähere regeln die Vertragspartner.“

Begründung:

Die Pflicht, Diagnosen bei ärztlicher Behandlung in den Abrechnungsunterlagen verschlüsselt aufzuzeichnen und zu übermitteln, trifft einzig den Leistungserbringer. Dabei ist der Leistungserbringer dafür verantwortlich, dass er die Diagnosen korrekt verschlüsselt (§ 295 Absatz 1). Die vom Leistungserbringer an die Kassenärztliche Vereinigung zur Abrechnung der Leistungen übermittelten Diagnoseschlüssele sind daher von der Kassenärztlichen Vereinigung unverändert an die Krankenkasse zu übermitteln. Die vorbehaltlose und umfassende Möglichkeit zur Kor-

rektur und Ergänzung der für die Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen den Krankenkassen von den Leistungserbringern – einschließlich der Kassenärztlichen Vereinigungen – übermittelten Diagnosedaten, sind entsprechend der gesetzlichen Intention restriktiv zu handhaben, um missbräuchliche nachträgliche Veränderungen der dokumentierten Diagnoseschlüssel auszuschließen. Dies stellt die Regelung klar. Korrekturen und Ergänzungen der Abrechnungsinformationen sind nur im Rahmen der bestehenden Verfahren zur Vervollständigung der Abrechnungen (Austauschlieferungen) sowie in berechtigen Ausnahmefällen bei technischen Übermittlungs- oder formalen Datenfehlern möglich. Insbesondere wird klargestellt, dass nachträgliche Erhebungen von Diagnosedaten im Rahmen der Prüfungen nach den §§ 106 bis 106d unzulässig sind. Eine Korrektur von fehlerhaft oder unvollständig übermittelten administrativen Daten der Leistungserbringer (z. B. Institutionskennzeichen oder Arztnummer) und der Versicherten (Angaben nach § 291 Absatz 2 Satz 1) bleibt davon unberührt.

Änderungsantrag 2: Zu Artikel 1 Nummer 6a und 6b (§§ 117, 120 SGB V) Leistungsumfang der Hochschulambulanzen als Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt; Frist für Vergütungsvereinbarungen und Schiedsregelung)

Nr. 6a § 117 SGB V Hochschulambulanzen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisher für Hochschulambulanzen als Teilnehmer an der ambulanten ärztlichen Versorgung gültige Grundsatz des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt wird durch den Grundsatz der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt ersetzt. Hierdurch können zukünftig Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand des Leistungsumfangs von Hochschulambulanzen sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen seiner Beschlüsse nach § 137c keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

B Stellungnahme

Der Änderungsantrag wird abgelehnt.

Begründet wird die Einführung der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt für Hochschulambulanzen durch den Gesetzgeber mit der Erweiterung des Versorgungsumfangs durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz auf Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch eine Hochschulambulanz bedürften. Dies sei folglich vergleichbar mit der Regelung in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b.

Diese Argumentation ist sachlich nicht korrekt. Der Behandlungsumfang für Leistungen nach § 116b wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL) und seinen Anlagen bestimmt. Die inhaltliche Ausgestaltung dieser Richtlinie erfolgt durch die beteiligten Trägerorganisationen. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 116b Abs. 1 Satz 3 können als Gegenstand des zu definierenden Leistungsumfangs in den Beratungsprozess eingebracht werden und erhalten Gültigkeit durch Wirksamwerden der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der definierte Leistungsumfang wird regelmäßig überprüft und ggf. angepasst. Insofern erfolgt eine inhaltliche Auseinandersetzung mit medizinisch erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 137c keine ablehnende Entscheidung getroffen hat, im Rahmen der Bestimmung des Leistungsumfangs für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss selbst. Darüber hinaus stellen die Vorgaben in den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur spezialfachärztlichen Versorgung besondere Anforderungen an die Qualifikation, Struktur und Prozesse der Leistungserbringer und Leistungserbringung, welche gegenüber den erweiterten Landesausschüssen angezeigt und überprüft werden.

Eine analoge Beschlusskaskade für die Definition des Leistungsumfangs sowie deren Vorgaben zu strukturellen und qualifikatorischen Voraussetzungen für die Leistungserbringung von Hochschulambulanzen existiert nicht. Im Gegenteil, die Verhandlungen zur Vergütung der Leistungen werden zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich individuell mit den jeweiligen Hochschulen geführt. Einen einheitlichen Standard bzw. eine Normierung des Leistungsumfangs (auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137c SGB V) für Hochschulambulanzen, analog der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, ist somit nicht vorhanden. Jede Hochschulambulanz definiert

ihren Leistungsumfang zunächst selbst. Dies birgt zum einen das Risiko der Entstehung regional unterschiedlicher Versorgungsangebote für gleiche Patientengruppen, z.B. bedingt ggf. durch abweichende Festlegungen von Schiedsstellen. Zum anderen werden Anreize zur Entwicklung von Umgehungsstrategien existierender Vorgaben in den einzelnen Versorgungssektoren weiter verschärft und gefördert. Die Heterogenität in der ambulanten Versorgung von Patienten gleicher Erkrankung wird durch diese Umgehungsstrategien weiter befördert.

Darüber hinaus führt die vorgesehene Regelung tendenziell zu einer Benachteiligung von Leistungserbringern anstelle der in der Begründung beabsichtigten Gleichstellung. Berechtigte Leistungserbringer nach § 116b sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser. Das könnte bedeuten, dass Hochschulkliniken im Rahmen der Leistungserbringung nach § 117 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137c erbringen dürfen, jedoch im Rahmen der Leistungserbringung nach § 116b diese Leistungen aufgrund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschuss nicht erbringen dürfen. Eine Benachteiligung entstünde bei ambulanter Versorgung einer weitgehend gleichen Patientenklientel (nach § 117 SGB V bzw. nach § 116b SGB V) durch stationäre Leistungserbringer zudem zwischen Hochschulkliniken nach § 108 Nr.1 SGB V und Krankenhäusern nach § 108 Nr. 2 und 3 SGB V.

Die Hochschulambulanzen als Teil eines Krankenhauses nach § 106 Nr. 1 SGB V sind ermächtigt ambulante Leistungen zu erbringen. Insofern besteht bereits heute schon für diese Institutionen grundsätzlich die Möglichkeit Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137c SGB V bei Vorliegen eines medizinischen Erfordernisses stationär zu erbringen.

Des Weiteren wird in der Begründung ausgeführt, dass der Zugang zu den Hochschulambulanzen in der Regel eine Überweisung eines Facharztes voraussetzt. Diese Aussage ist allein für Personen nach § 117 Absatz 1 Nr. 2 zutreffend. Kein Überweisungserfordernis gilt für Personen nach § 117 Abs. 1 Nr. 1. Der formale Zugang (grundsätzliches Überweisungserfordernis), wie in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b vorgesehen ist, somit lediglich für Personen nach § 117 Absatz 1 Nr. 2 anzuwenden. Die beabsichtigte Neuregelung der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt soll jedoch für beide Personengruppen gelten.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Nummer 6a

Nr. 6b § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

zu Buchstabe a)

Mit der Neuregelung wird eine Frist zur Berücksichtigung der auf Bundesebene festgelegten Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 bei der Vereinbarung der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen auf Landesebene aufgenommen. Die Vereinbarungen sind erstmalig bis zum 01. Juli 2017 und jeweils sechs Monate nach Inkrafttreten der Anpassung der Grundsätze nach Abs. 3 Satz 4 anzupassen.

zu Buchstabe b)

Die Regelung stellt klar, dass die Anpassungen der Vergütungsvereinbarungen aufgrund der neu aufgenommenen Frist zur Umsetzung der Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 im Wege des Antragsverfahrens durch die Schiedsstelle festgelegt werden können.

B Stellungnahme

zu Buchstabe a)

Die Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt. Die Frist zur erstmaligen Umsetzung (01. Juli 2017) wird vor dem Hintergrund des aktuell noch andauernden Gesetzgebungsverfahrens zum Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung als schwer erreichbar eingeschätzt. Die Frist zur erstmaligen Umsetzung sollte daher verlängert werden.

zu Buchstabe b)

Die Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt

C Änderungsvorschlag

zu Buchstabe a)

In den Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4“ durch die Wörter „Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 erstmalig [sechs Monate nach Datum des Inkrafttreten HHVG] und danach jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Anpassung der Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.

zu Buchstabe b)

Keiner

Änderungsantrag 3: Zu Artikel 1 Nummer 16e und Artikel 1e (§ 269 des fünften Buches Sozialgesetzbuch; § 33a Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) Fol gegutachten Risikostrukturausgleich

Artikel 1 Nr. 16e § 269 Abs. 3a - d SGB V Fol gegutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung beinhaltet die Beauftragung von Fol gegutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld (§ 269 Abs. 3b SGB V) und für Auslandsversicherte (§ 269 Abs. 3c SGB V) einschließlich der Erhebung der hierfür erforderlichen Daten sowie das Verfahren der Durchführung der GKV-weiten Datenmeldung (§ 269 Abs. 3d SGB V).

B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt grundsätzlich die mit der Neuregelung in § 269 SGB V i. V. m. der Neuregelung zu Artikel 1e (§ 33a RSAV) beabsichtigte Beauftragung von Fol gegutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld. Die mit GKV-FQWG eingeleitete systematische Weiterentwicklung in diesen Zuweisungsbereichen wird damit fortgeführt und durch die GKV-weite Erhebung der hierfür erforderlichen Daten ausreichend empirisch unterstützt. Problematisch ist allerdings, dass die Zielsetzung für die Weiterentwicklung der Krankengeldzuweisungen – ausweislich der Begründung zur korrespondierenden Neuregelung in Artikel 1e - konkret die Möglichkeit für eine Prolongierung der GKV-FQWG-IST-Kostenausgleiche und/oder neue IST-Kostenausgleich für Krankengeldzuweisungen vorsieht. IST-Kostenausgleiche setzen Fehlanreize und sind auch nicht geeignet, die Besonderheit von ausgeprägten Über-/Unterdeckung zu lösen. So stellt das Gutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V fest, dass es sich häufig um statistische Ausreißer gerade bei kleinen Krankenkassen handelt und die Über-/Unterdeckungen sich bei den Krankenkassen von Jahr zu Jahr abwechseln (vgl. Punkt. 7.5.1). In einer mehrjährigen Betrachtung wäre ein Risikopool also nicht erforderlich.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist in dem Fol gegutachten – aufbauend auf den Zwischenergebnissen des Gutachtens nach § 269 Abs. 3 SGB V – auch zu untersuchen, welche Interdependenzen zwischen den beiden zentralen Einflussgrößen Morbidität und Einkommen bestehen. Aufgrund der sehr geringen Ausgaben in Höhe von rund 200 Mio. Euro soll Kinderkrankengeld – wie bislang – im Rahmen des Krankengeldmodells zugewiesen werden. Würde ein separates Kinderkrankengeldzuweisungsmodell angestrebt, müsste dies mit erheblichem Aufwand und auf der Grundlage gesonderter Informationen, die die Leistungsinanspruchnahme erklären können, entwickelt werden. So müssten mindestens zusätzlich die Informationen über Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres im Haushalt und zur Beschäftigungssituation der Erziehungsberechtigten erhoben werden.

Um Fehlanreize in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit in Folge der Weiterentwicklung der Krankengeldzuweisungen zu verhindern, ist es erforderlich, dem in Artikel 1e konkretisierten Gutachterauftrag mehr Freiheitsgrade zuzuordnen und insbesondere auf die Zielstellung der Analyse und Entwicklung von IST-Kostenausgleichen zu verzichten.

Die für die empirische Fundierung der Gutachten angestrebte Datenerhebung entspricht in wesentlichen Inhalten den Empfehlungen des Gutachtens nach § 269 Abs. 3 SGB V. Allerdings wurde hierbei festgestellt, dass insbesondere Einkommensinformationen nicht für alle krankengeldberechtigten Mitglieder vollständig bzw. in ausreichender Qualität vorliegen. Deshalb ist es richtig, dass die Datenerhebung auf untergesetzlicher Ebene konkretisiert wird, so dass auf einer validen Datengrundlage weitere Analysen erstellt werden können. So wurde im Rahmen des Gutachtens festgestellt, dass die vorliegenden Einkommensinformationen von Arbeitslosen und hauptberuflich Selbstständigen nur eine unzureichende Grundlage für eine Einkommenseinstufung für die Berechnung von kalendertäglichen Krankengeldzahlbeträgen bildet, da bislang für viele der Selbstständigen und ALG-I-Empfänger keine allumfassenden Einkommensinformationen gemeldet werden konnten (z. B. Hinzuerdienste, Selbstauskunft des Versicherten), die für die Krankengeldzahlung nicht angesetzt werden. Auch wurde herausgearbeitet, dass die tatsächlich gezahlten kalendertäglichen Krankengeldbeträge nicht immer durch die übermittelten Einkommensinformationen selbst bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nachgebildet werden können. Ursächlich sind verschiedene Faktoren wie z. B. die Kenntnis über ggf. längere Entgeltfortzahlung oder die fehlende Abbildungsmöglichkeit der 70 %/90 %-Günstigkeitsregel. Die geforderte Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch ist zu begrüßen. Allerdings stehen den Krankenkassen diese Informationen nicht vollumfänglich zur Verfügung. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass auch für weiterer Versichertengruppen (Künstler und Publizisten nach dem KSVG, Teilnehmer an Maßnahmen der berufsfördernden Rehabilitation mit Bezug von Übergangsgeld), Einkommensinformationen erhoben werden müssen, für deren Datenerhebung gegenwärtig keine gesonderte Vorschrift formuliert wird. Um eine vollständige und sachgerechte Erhebung der Daten in der Praxis umzusetzen, ist es daher erforderlich, dass das Nähtere auch hierzu durch das Bundesversicherungsamt und den GKV-Spitzenverband im Rahmen der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V festgelegt wird (vgl. Neuregelung in Abs. 3d).

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es fraglich, ob tatsächlich Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen erhoben werden müssen. Diese werden für die Modelle des Gutachtens nach § 269 Abs. 3 SGB V nicht berücksichtigt, da sie nur für eine Teilmenge der krankengeldberechtigten Mitglieder mit einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegen und die Diagnosen auf der AU-Bescheinigung im Vergleich zu Diagnosen nach §§ 295 und 301 SGB V eine geringere Qualität aufweisen.

C Änderungsvorschlag

Keiner, vergleiche jedoch unsere Stellungnahme zu Artikel 1e des Änderungsantrages Nummer 3.

Artikel 1e § 33a RSAV Fol gegutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung beinhaltet die Beauftragung von Fol gegutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld (§ 33a Abs. 3 RSAV) und für Auslandsversicherte (§ 33a Abs. 4 RSAV) und konkretisiert die Vorgaben der Neuregelungen in § 269 Abs. 3a - d SGB V in Bezug auf die Auswahl und Beauftragung der Gutachter (§ 33a Abs. 1 und 2 RSAV).

B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt grundsätzlich die beabsichtigte Beauftragung von Fol gegutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld. Die Vergabe der Gutachten an Personen oder Personengruppen mit besonderem Sachverstand in Bezug auf diese Fragestellung ist zielführend. Richtig und unverzichtbar ist auch die in Abs. 2 getroffene Festlegung, dass für die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte die gesetzlichen Zielen des Morbi-RSA maßgeblich sind, nämlich die Orientierung an durchschnittlichen Leistungsausgaben [standardisierte Leistungsausgaben], die Ver ringerung der Anreize zur Risikoselektion und der Vermeidung von Anreizen zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung [Wirtschaftlichkeitsanreize]. Im Widerspruch hierzu stehen allerdings Teile der inhaltlichen Konkretisierungen des Gutachterauftrags – insbesondere zur Weiterentwicklung der Krankengeldzuweisungen. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist dies nicht erforderlich, da bereits in Artikel 1, Neuregelung zu § 269 SGB V sowie in Abs. 2 vorgegeben ist, dass die Ergebnisse des Gutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V den Ausgangspunkt für das Fol gegutachten darstellen. Weiter können diese Regelungen zu einer Prolongierung der GKV-FQWG-IST-Kostenausgleiche und neuen Krankengeld-IST-Kostenausgleichen führen. IST-Kostenausgleiche setzen jedoch Fehlanreize und sind auch nicht geeignet, die Besonderheit von ausgeprägten Über-/Unterdeckung zu lösen. So stellt das Gutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V i. fest, dass es sich häufig um statistische Ausreißer gerade bei kleinen Krankenkassen handelt und die Über-/Unterdeckungen sich bei den Krankenkassen von Jahr zu Jahr abwechseln (vgl. Punkt. 7.5.1). In einer mehrjährigen Betrachtung wäre ein Risikopool also nicht erforderlich.

Demgegenüber wird versäumt, wichtige offene Fragestellungen des Erstgutachtens im Fol gegutachten zu untersuchen, insbesondere welche Interdependenzen zwischen den beiden zentralen Einflussgrößen Morbidität und Einkommen bestehen. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist zudem ein gesondertes Verfahren für Kinderkrankengeldzuweisungen entbehrlich, allein aufgrund der sehr geringen Ausgaben von rund 200 Mio. Euro in diesem Leistungsbereich.

Um Fehlanreize in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit in Folge der Weiterentwicklung der Krankengeldzuweisungen zu verhindern, ist es erforderlich, dem in Artikel 1e konkretisierten Gutachterauftrag mehr Freiheitsgrade zuzuordnen und insbesondere auf die Zielstellung der Analyse und Entwicklung von IST-Kostenausgleichen zu verzichten.

Auch in Bezug auf die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte ist es unverständlich, warum IST-Kostenausgleich angestrebt werden. Der Gutachtervorschlag beinhaltet bereits einen indirekten IST-Kostenausgleich, da er länderspezifische Durchschnittsausgaben adressiert. Eine weitere Deckelung der Zuweisungen im Sinne des § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV

ist damit ebenso wenig erforderlich wie die Durchführung eines IST-Kostenausgleichs auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen. Dieser 100%-ige IST-Kostenausgleich widerspricht in den in §33 a Abs. 2 RSAV formulierten Vorgaben. Besonders kritisch ist auch, dass der Gesetzgeber die vom Gutachter aufgegriffene Problematik der Inlandsausgaben von Auslandsversicherten nicht aufgreift. Darüber hinaus sind im Rahmen des Fol gegutachtens auch zu untersuchen, wie die im Erstattungsweg erbrachte Leistungen im Ausland und Kosten von Auslandsversicherten bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Drittstaat einzubeziehen sind. Hierzu ist Klarstellungsbedarf für das Fol gegutachten zwingend erforderlich.

C Änderungsvorschlag

In Änderungsantrag Nummer 3 ist in Artikel 1 Nummer 2 die Neuregelung zu Artikel 1e abzändern, in dem folgende Formulierung zu § 33a Abs. 3 RSAV nebst Begründung vorgesehen wird:

„(3) Im Fol gegutachten nach § 269 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen insbesondere die im Gutachten nach § 33 Absatz 3 enthaltenen Modelle überprüft und weiterentwickelt werden, bei denen die Zuweisungen für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 und § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage standardisierter Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzter Krankengeldzahlbeträge ermittelt werden; bei der Standardisierung der Krankengeldbezugszeiten sind Morbiditätskriterien einzubeziehen.“

Begründung:

In den Absätzen 3 und 4 wird jeweils dargelegt, welche inhaltlichen Anforderungen die ausgewählten Modelle erfüllen müssen.

Absatz 3 bestimmt, dass im Fol gegutachten für Krankengeld insbesondere Modelle geprüft und weiterentwickelt werden sollen, die die Zuweisungen für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V auf Grundlage standardisierter Krankengeldbezugszeiten Bezugszeiten (Mengenkomponente) und versichertenindividueller Krankengeldzahlbeträge (Preiskomponente) ermitteln. Die Morbidität ist bei der Standardisierung zu berücksichtigen, wobei das Gutachten überprüfen soll, wie diese Morbidität am besten abgebildet werden kann. Zusätzlich ist zu überprüfen, welche Interdependenzen zwischen der Höhe der auf Grundlage des Einkommens geschätzten kalendertäglichen Krankengeldzahlbeträge und Morbidität der krankengeldberechtigten Mitglieder bestehen (Bezugsdauer). Entsprechend der Ergebnisse des Gutachtens nach § 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V ist zu untersuchen, welche weiteren Einflussfaktoren die Höhe der Krankengeldausgaben einer Krankenkasse zusätzlich beeinflussen könnten (wie Tätigkeitsschlüssel und der Branchenschlüssel) und ggf. in die Modelle einzubeziehen sind.

In Änderungsantrag Nummer 3 ist in Artikel 1 Nummer 2 die Neuregelung zu Artikel 1e abzändern, in dem folgende Formulierung zu § 33a Abs. 4 RSAV nebst Begründung vorgesehen wird:

„(4) Im Fol gegutachten nach § 269 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen die Modelle zur landesspezifischen Differenzierung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf Grundlage der Erkenntnisse des Gutachtens nach § 33 Absatz 4 geprüft und weiterentwickelt werden. Dabei ist auch zu prüfen, auf welche Weise die inländischen Ausgaben von Auslandsversicherten, im Erstattungsweg erbrachte Leistungen im Ausland und Kosten von Auslands-

versicherten bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Drittstaat berücksichtigt werden können.

Begründung:

Absatz 4 gibt die Anforderungen für das Folgegutachten für den Bereich der Auslandsversicherten vor. Das Gutachten nach § 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V stellt fest, dass sich die Ausgaben niveaus der Krankenkassen für die Leistungsinanspruchnahme von Auslandsversicherten (Sachleistungsaushilfe) erheblich zwischen den verschiedenen Ländern unterscheiden. Daher sollen Ansätze geprüft werden, nach denen die Zuweisungen für Auslandsversicherte landespezifisch zu differenzieren sind. Die konkrete Beschreibung der hierzu nötigen Daten und das Nähere zu deren Übermittlung hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V bzw. in der gesonderten Bestimmung nach § 269 Absatz 3c Satz 4 SGB V im Einvernehmen mit dem BVA umzusetzen. Weiter ist ein Verfahren zu entwickeln, auf welche Weise die Inlandsausgaben von Auslandsversicherten und die Kosten von Auslandsversicherten bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Drittstaat (d.h. außerhalb des ausländischen Wohnstaates und nicht in Deutschland) bei der Berechnung der Zuweisungen berücksichtigt werden können. Neben Sachleistungen sind hier auch Geldleistungen (z.B. in Form von Krankengeldzahlungen) sowie Kostenerstattungen an die im Ausland eingeschriebenen Versicherten mit einzubeziehen. Soweit die Zuweisungen auf Grundlage der Auslandsausgaben aus vergangenen Ausgleichsjahren ermittelt werden, ist zu prüfen, wie die zwischenzeitlichen länderspezifischen Ausgabenentwicklungen für die Zuweisungsberechnung einbezogen werden können.

Entwurf Änderungsantrag 2: Nr. 2 § 33 SGB V Keine Beauftragung externer Hilfsmittelberater durch Krankenkassen (nur durch MDK)

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird in dem Änderungsantrag geregelt, dass die Krankenkassen mit der Prüfung der Erforderlichkeit, der medizinischen Notwendigkeit, technischen Eignung und Wirtschaftlichkeit ausschließlich den MDK beauftragen können. Die Hinzuziehung externer Expertise kann durch den MDK gemäß § 279 Abs. 5 SGB V erfolgen. Die Beauftragung externer Hilfsmittelberater durch die Krankenkassen wird als nicht zulässig erklärt.

B Stellungnahme

Unter fachlichen und insbesondere unter prozessualen Gesichtspunkten wird diese Regelung kritisch respektive als nicht umsetzbar angesehen. Zudem wird durch die Neuregelung ein in der Versorgungspraxis insbesondere aus Patientensicht bewährtes und niedrigschwellig etabliertes Angebot zur Generierung einer fachlich versierten Zweitmeinung im unmittelbaren Nutzungsumfeld des Versicherten ersatzlos entfallen.

In Erfüllung bzw. Umsetzung der vom Gesetzgeber erlassenen Vorgaben über die Versorgung mit Hilfsmitteln gesetzlich Krankenversicherter können die Krankenkassen in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Klärung der Frage, ob das Hilfsmittel aus (sozial-)medizinischer Sicht erforderlich ist (vgl. § 275 Abs. 3 SGB V), beauftragen.

Bei der Vorschrift des § 275 Absatz 3 SGB V handelt es sich nicht um eine Gebotsnorm gegen die verstoßen werden könnte. Vielmehr handelt es sich um eine bloße Aufgabenzuweisung an den MDK, was sich aus ihrer systematischen Stellung und ihrem klaren Wortlaut ergibt. Auch der Zeitpunkt der Einbindung des MDK in den Entscheidungsprozess ist nicht geregelt. So ist es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft durchaus zulässig und versorgungsprozessual auch sinnvoll, Versorgungen ausschließlich unter produkttechnischen Aspekten prüfen zu lassen, da die sozialmedizinische Notwendigkeit per se gegeben ist (beispielsweise Beinprothesenfertigung als Folgeversorgung). Folglich ergänzt die Inanspruchnahme privater, technischer Beraterdienste die sozialmedizinische Bewertung des MDK im Einzelfall durch die Prüfung der Versorgung unter den Prämissen der technischen Umsetzbarkeit, Sinnhaftigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Versorgung.

Die Notwendigkeit sozialmedizinischer Bewertungen resp. Begutachtungen tritt also in etlichen Fallkonstellationen von Hilfsmittelversorgungen in den Hintergrund, da die formale Feststellung des Anspruches auf eine Hilfsmittelversorgung im Kontext der einschlägigen Gesetze und der bestehenden Rechtsprechung nur deklaratorischen Charakter hat.

Bei einer Beauftragung resp. Einbindung von externen Hilfsmittelfachberatern geht es um die Optimierung der Hilfsmittelversorgung einschließlich einer Bewertung, ob die Hilfsmittelversorgung im Sinne des § 12 SGB V wirtschaftlich ist. Dies kann vom MDK, schon allein aufgrund ihrer unterschiedlichsten organisatorischen und personellen Aufstellungen, nicht flächendeckend gewährleistet und demnach geleistet werden.

Des Weiteren sind originär die Krankenkassen „Herr des Antrags-/Verwaltungsverfahrens“. Sie entscheiden über die Notwendigkeit der Einbindung von technischer und/oder sozialmedizinischer Expertise, um für den Versicherten/den Antragsteller zu einer leistungsrechtlich korrekten Entscheidung kommen zu können.

Auch die jeweiligen Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen werden ausschließlich im bzw. durch Auftrag der Krankenkassen tätig. Medizinische Dienste der Krankenversicherungen können allein schon unter prozessualen Aspekten nicht einschätzen, ob eine Beauftragung externer Hilfsmittelberater erforderlich ist.

Darüber hinaus findet eine Ungleichbehandlung zwischen Krankenkassen, die technische Hilfsmittlexpertise bei sich fest angestellt haben und denen, die diese nicht vorhalten (können) statt. Gleichsam ist diese Ungleichbehandlung auf die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen adaptierbar; auch hier gibt es unterschiedlichste personelle Aufstellungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen.

Im Übrigen korrespondiert der nunmehr vorliegende Regelungsinhalt nicht mit dem anderer Gesetzgebungen: Die Bundesregierung hat im „Pflegeneuausrichtungsgesetz“ und „Patientenrechtegesetz“ die Rolle und Bedeutung „anderer unabhängiger Gutachter“ gestärkt.

C Änderungsvorschlag

Es ist eine dem jeweiligen realen Antrags- und Versorgungsprozess entsprechende Präzisierung dieses Änderungsantrages erforderlich.

Entwurf Änderungsantrag 6: Artikel 1 Nr. 4a § 66 SGB V Behandlungsfehler

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag ÄA 6 soll nach den Ausführungen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD im § 66 SGB V eine Klarstellung der Art der Unterstützungsleistungen der Krankenkassen im Rahmen der Unterstützung bei Behandlungsfehlern erfolgen, um „Unsicherheiten hinsichtlich des Umfangs der Datenerhebungsbefugnis der Krankenkassen ... auszuräumen“.

B Stellungnahme

Hintergrund dessen ist die Neuregelung des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V, wonach die Leistungserbringer in den Fällen, in denen die Krankenkassen oder der MDK für eine gutachterliche Stellungnahme oder Prüfung gemäß § 275 Absatz 1 bis 3 SGB V Daten angefordert haben, verpflichtet sind, diese Daten unmittelbar an den MDK – und nicht mehr an die Kasse – zu übersenden. Dies erfolgt seit dem 01.01.2017 im Rahmen des Mitteilungsmanagements, das das sog. Umschlagverfahren abgelöst hat.

Diese Norm steht im Widerspruch zu § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, der für die Krankenkassen die Befugnis regelt, Sozialdaten zu erheben und zu speichern, soweit diese für die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern benötigt werden. Ein Zusammenhang mit einer Begutachtung durch den MDK wird in dieser Norm nicht hergestellt.

Mit der nunmehr beabsichtigten Ergänzung des § 66 SGB V wird dieses Problem indes nicht gelöst, d.h. die dringend benötigte Klarstellung nicht erreicht. Die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, MDK und Krankenkassen wird vielmehr erschwert und bedeutet für die von der AOK bislang geleistete und von den Versicherten gewünschte und geschätzte Unterstützung der Versicherten bei Behandlungs- und Pflegefehlern (§§ 66 SGB V, 115 Abs. 3 SGB XI) eine massive Verschlechterung, da insbesondere mit zeitintensiven Diskussionen zur Auslegung der Norm und zum Zusammenhang zu § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V gegenüber den Leistungserbringern zu rechnen ist. Grund dafür ist insbesondere, dass mit der Neuregelung des § 66 SGB V in der vorgeschlagenen Form eine dritte Ermächtigungsnorm zur Sozialdatenerhebung im Rahmen der Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern geschaffen würde.

Im Wortlaut der Formulierungshilfe entsteht zudem der Eindruck, dass ein Teil der bislang von den Kassen vorgenommen Unterstützung auf die Versicherten verlagert wird, was im Hinblick auf schwerstgeschädigte und ältere Patienten, insbesondere aber auch bei geschädigten Kindern kaum sachgerecht sein dürfte. Es ist zu befürchten, dass Leistungserbringer die Norm dahingehend interpretieren, dass es sich um ein kaskadenartiges Verfahren handelt, bei dem zunächst der Versicherte versucht, Unterlagen bei zubringen und die Kasse lediglich die Dokumente anfordern kann, die dem Versicherten nicht vorliegen/nicht übersandt wurden. Zwar wird in der Begründung ausgeführt, dass die Unterlagen, die über die MDK-Begutachtung hinaus von den Kassen zur Unterstützung der Versicherten benötigt werden, auch von den Kassen angefordert werden können, allerdings muss aus der rein praktischen Erfahrung heraus konstatiert werden, dass den wenigsten Leistungserbringern die Texte der Gesetzesbegründungen vorliegen. Auch sollte eine Neuregelung Unsicherheiten beseitigen und nicht neue Fragestellungen aufwerfen, die nur mit erheblichem Zeitaufwand von allen Beteiligten zu klären sind.

Das darüber hinaus geforderte „Verlangen“ des Versicherten verunsichert insofern, als die Unterzeichnung der Schweigepflichtentbindungserklärung die Einwilligung und das Begehr zur Anforderung der Unterlagen durch die Kasse bereits impliziert. Die Definition des darüber hinaus geforderten „Verlangens“ ist im Formulierungsvorschlag nicht enthalten, so dass sich neben der Frage des notwendigen Inhalts die des Nachweises stellt, da z.B. nur ein Bruchteil der Unterstützungsbegehren schriftlich gegenüber der Kasse vorgetragen werden.

Die vorgeschlagene Neufassung des § 66 SGB V bezieht sich inhaltlich indes nur auf die „Anforderung weiterer Unterlagen bei Leistungserbringern“ – ausdrücklich nicht geregelt ist, ob die Kassen diese Unterlagen auch erhalten dürfen - § 276 Absatz 2 Satz 2 bestimmt nun etwas Anderes.

Zur Begründung der beabsichtigten Änderung des § 66 SGB V wird ausgeführt, dass diese notwendig sei, da die Art der Unterstützungsleistungen der Kasse bislang „gesetzlich nicht näher geregelt sei“. Diese Betrachtungsweise lässt außer Acht, dass es hierzu einerseits eine Vielzahl von Rechtsprechung gibt, die flankierend den Umfang bestimmt und andererseits den Kassen ein Spielraum verbleibt, in dem sie die Unterstützung entsprechend ausgestalten kann. Die beschriebenen „Unsicherheiten im Hinblick auf den Umfang der Datenerhebungsbefugnis der Krankenkassen“ entstand erst mit der Neuregelung des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V im Rahmen des KHSG.

Nicht nachvollziehbar sind die Ausführungen dahingehend, dass es für eine sozialmedizinische Begutachtung den Kassen an der notwendigen Kompetenz fehle. Medizinische Expertise ist in den Krankenkassen regelmäßig vorhanden. In § 275 Absatz 3 Nr. 4 SGB V ist daher nachvollziehbar auch normiert, dass die Krankenkassen im Rahmen der Unterstützung von Versicherten nach § 66 SGB V den MDK involvieren können.

Eine erhebliche Schlechterstellung des Versicherten bedeuten indes die Ausführungen zu § 277 Absatz 1 Satz 1 SGB V, wonach der MDK aufgrund der vermeintlich fehlenden medizinischen Kompetenz bei den Krankenkassen diesen lediglich das Ergebnis seiner Begutachtung und die erforderlichen Angaben zum Befund, „d.h. die Informationen, die zur Plausibilitätsprüfung des Ergebnisses der Begutachtung notwendig sind“, mitzuteilen hat. In der Formulierungshilfe wird auf das „Ergebnis einer gegebenenfalls erfolgten Begutachtung durch den Medizinischen Dienst“ abgestellt.

Es ist jedoch im Versicherteninteresse geradezu schädlich, wenn die Kasse nicht das vollständige Gutachten zur Prüfung und weitergehenden Beratung des Versicherten erlangt. Sowohl der Kasse als auch dem Versicherten ist damit die Möglichkeit einer Prüfung des Gutachtens auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit genommen, so dass zum einen die Gefahr besteht, dass von vornherein aussichtslose Rechtsstreite geführt werden, die nicht nur Ressourcen der Gerichtsbarkeit verbrauchen, sondern auch den Versicherten unnötig emotional und finanziell belasten oder zum anderen berechtigte Schadensersatzansprüche aufgrund eines fehlerhaften Gutachtens nicht weiterverfolgt werden.

C Änderungsvorschlag

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt es sehr, dass für die nach § 66 SGB V zu leistende Unterstützung der Kassen bei Behandlungsfehlern im Hinblick auf die Neuregelung des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V durch das KHSG ein Handlungsbedarf gesehen wurde, sieht aber mit der Neufassung des § 66 SGB V keine hinreichende Problemlösung und votiert daher auch weiterhin für eine Änderung des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V wie folgt:

„Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachterliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungs- und Pflegefehlern (§§ 66 SGB V und 115 Abs. 3 Satz 7 SGB XI) bleibt hiervon unberührt.“

Entwurf Änderungsantrag 10: Nr. 10 / § 127 SGB V Hilfsmittelverträge – Vertragsanpassung an Hilfsmittelverzeichnis; Ausschreibungen; Beratung; Rahmenempfehlung zur Durchführung und Abrechnung der Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

1. Schnelle Umsetzung neuer Qualitätsanforderungen aus dem Hilfsmittelverzeichnis in der Vertrags- und Versorgungspraxis; Recht zur Vertragsanpassung oder Kündigung bei wesentliche Änderungen
Es wird zum einen klargestellt, dass in den Verträgen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte (§ 139 Abs. 2 SGB V) zugrunde zu legen sind. Zum anderen wird geregelt, dass bei, nach Abschluss des Vertrages durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses geänderte Anforderungen nach § 139 Abs. 2 SGB V, eine wesentliche Änderung der Verhältnisse vorliegt, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung berechtigt.
2. Deutlichere Fassung der Vorgaben zur Berücksichtigung von zusätzlichen Qualitätskriterien bei der Vergabe von Ausschreibungsverträgen; Anhebung des Gewichtungsfaktors für qualitative Aspekte auf 50%
In Abs. 1b wird das Wort „erschöpfend“ durch das Wort „bereits“ ersetzt. Die gesetzliche Gewichtung der Zuschlagskriterien, die nicht den Preis oder die Kosten betreffen, wird mit 50% festgesetzt. Das Verhältnis zwischen Leistungsbeschreibung und Zuschlagskriterien wird durch die Einfügung des Wortes „bereits“ klargestellt.
3. Redaktionelle Änderungen zu Beratungspflichten der Leistungserbringer gegenüber Versicherten
Es wird klargestellt, dass die Beratungspflicht der Leistungserbringer sich nicht auf die „medizinische“ Notwendigkeit erstreckt und dass die Versicherten über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten vor der Wahl der Hilfsmittel und zusätzlicher Leistungen zu informieren sind.
4. Frist bis Ende 2017 für Rahmenempfehlungen zur Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Hilfsmittelversorgung
Es werden zeitliche Vorgaben zum Abschluss der nach § 127 Abs. 6 SGB V vorgesehenen Rahmenempfehlungen geschaffen. Erfolgt keine Einigung bis zu diesem Zeitpunkt, wird ein Schiedsverfahren nach den Vorgaben des § 127 Abs. 1a Satz 2 bis 4 SGB V etabliert.

B Stellungnahme

Zu 1:

Die Anpassung der Verträge nach Überarbeitungen des Hilfsmittelverzeichnisses ist heute bereits gängige Praxis. Die nun ergänzend bekundete Regelungsabsicht, geänderte Qualitätsanforderung zeitnah als Untergrenze in den Verträgen umzusetzen und damit den Versicherten zukommen zu lassen, erscheint insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeiten zur Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses nachvollziehbar. Die vorgesehene Regelung differenziert jedoch nicht danach, ob es sich um eine wesentliche Änderung der Qualitätsanforde-

rung handelt, die dazu führt, dass das Festhalten der Vertragspartner am bestehenden Vertrag nicht zumutbar ist.

Die vorgeschlagene Regelung in ihrer jetzigen Formulierung ist dahingehend interpretierbar, dass auch bei der Zumutbarkeit der Fortsetzung des Vertrages, zum Beispiel weil die geänderten Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses weiterhin dem Vertragsinhalt entsprechen, ein Anpassungs- oder Kündigungsrecht der Vertragsparteien besteht. Dies geht über die Intention des Gesetzgebers hinaus, der vielmehr beabsichtigt klarzustellen, dass geänderte Qualitätsanforderungen nach § 139 Abs. 2 SGB V auch bei bestehenden Verträgen zeitnah als Untergrenze zugrunde gelegt werden und damit den Anspruch der Versicherten auf eine qualitätsgesicherte Versorgung nach § 33 SGB V entsprechend der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses sicherzustellen. Die Anpassungs- oder Kündigungsberechtigung soll daher auch nur für Verträge gelten, die die wesentlich geänderten Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Abs. 2 SGB V nicht mehr mindestens umfassen. Dies baut auf dem Gedanken auf, dass eine nennenswerte Abweichung des jeweiligen bestehenden Vertrages zu der relevanten Hilfsmittelverzeichnisfortschreibung gegeben ist. Dies ist wiederum Anhaltpunkt für die Frage der Zumutbarkeit des Festhaltens am Vertrag, die insoweit im Einzelfall zu prüfen ist. Auf die Zumutbarkeit des Festhaltens an der vertraglichen Regelung stellt auch § 59 SGB X ab, der in der Begründung des Änderungsantrages in Bezug genommen wird.

Zur Klarstellung und Vermeidung einer grundlegenden Gefährdung der Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit von Verträgen, durch die Regelung von Anpassungs- und Kündigungsrechten bei jeder Änderung der Qualitätsanforderungen nach § 139 Abs. 2 SGB V sollte die Formulierung bei Beibehaltung des grundsätzlichen Regelungsziels wie unter C genannt, klargestellt werden.

Zu 2:

Die Klarstellung des Verhältnisses zwischen Leistungsbeschreibung und Zuschlagskriterien durch das Wort „bereits“ wird begrüßt.

Die AOK-Gemeinschaft hatte in seiner Stellungnahme zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages zum HHVG am 30.11.2016 eine alternative Regelungsmöglichkeit vorgeschlagen, der unter fachlich-inhaltlichen Aspekten auch weiterhin der Vorzug gegeben wird. In der Begründung des Vorschlags wurden unter anderem auf folgende Aspekte der Änderungen in § 127 Abs. 1b hingewiesen, die durch die grundsätzliche Beibehaltung des ursprünglichen Regelungsgedankens und auch mit dem Änderungsantrag weiterhin bestehen bleiben:

Auch nach der nunmehr beabsichtigten gesetzlichen Formulierung ergibt sich ein Widerspruch zu Absatz 1b Satz 2, der allgemeingültig fordert, dass der Preis nie das alleinige Zuschlagskriterium sein darf. In den Fällen, in denen Qualitätsanforderungen in der Leistungsbeschreibung formuliert sind.

Zudem sind die in Absatz 1b Satz 3 aufgeführten Kriterien für eine Bestimmung des besten Preis-Leistungsverhältnisses bei Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich zumeist nicht geeignet. Diese nahezu wörtlich aus § 58 Absatz 2 Vergabeordnung übernommenen Kriterien berücksichtigen – abgesehen von der Qualität und dem Preis – nicht die Charakteristika der Hilfsmittelversorgung.

Zudem finden bei Versorgungen mit einem hohen Dienstleistungsanteil oder der individuellen Anfertigung von Hilfsmitteln, bei denen Kriterien wie etwa die Zugänglichkeit der Leistung,

Kundendienst und technische Hilfe relevant sein können, Ausschreibungen wegen der man gelnden Zweckmäßigkeit in der Regel gar nicht statt.

Im Übrigen sei noch darauf hingewiesen, dass es sich bei einigen der genannten Kriterien, wie Qualifikation oder Organisation, um Eignungskriterien handelt, die in den Empfehlungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V abschließend geregelt sind.

Zu 3:

Bei beiden Aspekten handelt es sich um begrüßenswerte Klarstellungen.

Zu 4:

Schiedsverfahren sind als Schlichtungsinstanz im Hilfsmittelbereich bisher nicht vorgesehen. Die vorgesehene Frist zum Abschluss einer Rahmenempfehlung bis zum 31.12.2017 sollte, angesichts der vielfältigen, anderen im HHVG vorgesehenen Aufgaben, insbesondere der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Abs. 9 SGB V, die unmittelbar den Versicherten zugutekommt, großzügiger bemessen werden. Es wird vorgeschlagen die Frist auf den 30.06.2019 zu ändern.

C Änderungsvorschlag

Schnelle Umsetzung neuer Qualitätsanforderungen aus dem Hilfsmittelverzeichnis in der Vertrags- und Versorgungspraxis; Recht zur Vertragsanpassung oder Kündigung bei wesentliche Änderungen

Der § 127 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen; werden nach Abschluss des Vertrages die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte nach § 139 Absatz 2 durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert, liegt darin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die die Vertragsparteien unter den Voraussetzungen von § 59 SGB X zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt.“

Entwurf Änderungsantrag 12: Nr. 14 § 139 SGB V Innovative Hilfsmittel/G-BA

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei Hilfsmitteln, für die ein Antrag auf Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis gestellt wurde, kann der Spaltenverband Bund der Krankenkassen den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei der Frage hinzuziehen, ob es sich bei dem Hilfsmittel um einen untrennbaren Bestandteil einer Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode handelt. Der G-BA hat hierzu 6 Monate Zeit. Kommt der G-BA zu dem Schluss, dass es eine neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist, erfolgt automatisch eine Methodenprüfung nach §135 Absatz 1 Satz 1 SGB V, sofern der Hersteller seinen Antrag auf Eintrag ins Hilfsmittelverzeichnis nicht zurückzieht.

B Stellungnahme

Teil 1 wird begrüßt. Der Spaltenverband Bund der Krankenkassen kann bei der Frage, ob es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode handelt, frühzeitig den G-BA in die Klärung einbeziehen.

Die automatische Methodenprüfung durch den G-BA nach § 135 Abs. 1 Satz 1 ist hingegen problematisch. Anträge auf Methodenprüfung sind nur dann sinnvoll, sofern eine ausreichende Evidenz aus wissenschaftlichen Studien vorliegt, so dass es eine begründete Chance gibt, dass der G-BA die Untersuchungs- und Behandlungsmethode in den vertragsärztlichen Leistungskatalog der GKV aufnimmt. Ansonsten besteht das Risiko, dass der G-BA ein Bewertungsverfahren durchführen muss, für das nicht die notwendigen Grundlagen vorliegen. Ferner ist auch bei Antragstellung zu klären, ob die Methode auch am Krankenhaus angewendet werden kann, so dass aufgrund gültiger Rechtsprechung durch das BSG (B 1 KR 44/12 R – BSGE) neben dem Antrag nach § 135 Abs. 1 Satz 1 auch ein Antrag nach § 137c gestellt werden müsste. Besteht eine unzureichende Evidenz bei vorliegendem Potential eines Nutzens, könnte ein Antrag nach § 137e gestellt werden, den auch Hersteller stellen können. Kämen das IQWiG und der G-BA bei der Prüfung des Potentials zu dem Ergebnis, dass die Evidenz bereits für eine Bewertung nach § 135 Abs. 1 Satz 1 ausreicht, so würde eine Beratung nach § 135 Abs. 1 Satz 1 und ggf. § 137c eingeleitet.

Auch die Regelung, dass der Hersteller durch Rücknahme seines Antrags auf Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis ein Methodenbewertungsverfahren wieder stoppen kann, erscheint fragwürdig. Die Entscheidung, ob ein Antrag auf Methodenprüfung gestellt werden soll, sollte weiterhin bei den antragsberechtigten Institutionen liegen, um eine Überforderung des G-BA zu vermeiden; bei einem Antrag nach § 137e sind auch die Hersteller antragsberechtigt.

C Änderungsvorschlag

Streichen von Satz 3.

Dem § 139 Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Hält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Prüfung des Antrags eine Klärung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für erforderlich, ob der Einsatz des Hilfsmittels untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode ist, holt er hierzu unter Vorlage der ihm vorliegenden Unterlagen sowie einer Begründung seiner Einschätzung eine Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses ein. Die Auskunft ist innerhalb von 6 Monaten zu erteilen.“

Entwurf Änderungsantrag 7 Austausch: Artikel 1a und 1b - neu § 23c SGB IV und §§ 2, 135 SGBV VII Notärztliche Versorgung im Rettungsdienst als Nebentätigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Es soll für Ärztinnen und Ärzte, die ihre notärztliche Tätigkeit im Rettungsdienst neben einer Beschäftigung mit einem Mindestumfang von 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes ausüben eine Ausnahmeregelung geschaffen werden, die vorsieht, dass die Einnahmen aus der Tätigkeit als Notärztin bzw. Notarzt nicht beitragspflichtig sind.

B Stellungnahme

Die notärztliche Versorgung wird überwiegend durch im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte bzw. durch niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Rahmen einer Nebentätigkeit sichergestellt. Ob es sich bei dieser Nebentätigkeit um eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit handelt, wird abhängig vom jeweiligen Einzelfall – unterschiedlich bewertet. So urteilten das LSG Baden-Württemberg und das LSG Berlin-Brandenburg, dass es sich um eine selbstständige Tätigkeit handelt. Das LSG Niedersachsen und das LSG Mecklenburg-Vorpommern nahmen eine abhängige, also sozialversicherungspflichtige, Beschäftigung an. Insbesondere das Urteil des LSG Mecklenburg-Vorpommern führte zu einer intensiven öffentlichen Diskussion der Frage des sozialversicherungspflichtigen Status der notärztlichen Tätigkeit und führte zu einer erheblichen Verunsicherung der am Rettungsdienst Beteiligten.

Unabhängig von der übergeordneten sozialversicherungsrechtlichen Bewertung ist fraglich, ob der Vorschlag des Änderungsantrages, die notärztliche Tätigkeit aus der Beitragspflicht herauszunehmen, überhaupt geeignet ist, das Problem der Aufrechterhaltung der notärztlichen Versorgung zu lösen. Das Problem liegt nicht in der Beitragspflicht oder im Sozialrecht, sondern vielmehr im auf alle Arbeitnehmer anzuwendenden Arbeitsrecht. Die mit der ausdrücklichen Freistellung von der Beitragspflicht verbundene Annahme, dass ansonsten aber die für alle Arbeitnehmer relevanten Rechtsvorschriften gelten, lässt befürchten, dass insbesondere das Arbeitszeitgesetz nun auch für alle Notärztinnen und Notärzte zur Anwendung kommen. Angesichts der dann zu beachtenden Höchstarbeitszeit für Haupt- und Nebentätigkeit würde sich die mögliche Einsatzdauer des einzelnen Arztes erheblich verkürzen und eine Vielzahl von zusätzlichen Notärzten nötig. Neben den zusätzlichen Kosten wäre angesichts der aktuellen Engpässe fraglich, ob sich diese Ärzte tatsächlich rekrutieren lassen. Auf diese Befürchtungen hat das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern im Nachgang der Entscheidung des LSG Mecklenburg-Vorpommers mit einem Erlass zur Ausnahme von Ruhezeitvorschriften für im Rettungsdienst tätige Notärztinnen und Notärzte reagiert, der die Voraussetzungen eine Ausnahmebewilligung nach § 15 Abs.2 Arbeitszeitgesetz regelt.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung. Eine zur Aufrechterhaltung der bisherigen notärztlichen Versorgung zielführende Lösung kann nicht ausschließlich im Sozialrecht verortet werden sondern bedarf zumindest einer ergänzenden arbeitsrechtlichen Klarstellung.

III: Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht der AOK-Gemeinschaft

Gesetzliche Regelung zur (Wieder-)Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien

Dieser Gesetzesvorschlag sieht die Einführung ambulanter Kodierrichtlinien unter folgenden Prämissen vor:

- Entwicklung ambulanter Kodierrichtlinien (AKR) auf Grundlage der AKR von 2010 und den aktuellen Deutschen Kodierrichtlinien durch die Partner des Bundesmantelvertrags mit Unterstützung durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBA)
- Aufgrund der sektorenübergreifenden Bedeutung ist eine größtmögliche Übereinstimmung mit den Deutschen Kodierrichtlinien (stationärer Sektor) zu sichern
- Zur einheitlichen Kodierung erfolgt die Kodierung grundsätzlich endstellig
- Zur Vermeidung einer zusätzlichen Bürokratie ist eine Unterstützung bei der AKR-konformen Kodierung durch die Praxisverwaltungssoftware (PVS) sicherzustellen
- Überprüfung der Einhaltung der Kodierrichtlinien durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

1. Vorschläge zum Änderungsbedarf

- § 295 Abs. 3 SGB V Anfügen der nachfolgenden Sätze

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren erstmalig bis zum xx.xx.xxxx Richtlinien für die einheitliche Anwendung und Vergabe der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Dokumentation, Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (ambulante Kodierrichtlinien) als Bestandteil dieser Verträge; § 87 Abs. 6 gilt entsprechend. Diese Richtlinien sind in bestimmten Zeitabständen durch die Vertragsparteien nach Satz 1 zu aktualisieren. Die Umsetzung der Richtlinien nach Satz 2 gilt entsprechend für Leistungserbringer nach Abs. 1b sowie nach §115b, §117, §118a, §119, §119c und §27b Abs. 3 Nr. 4 und 5. Für die Dokumentation und elektronische Abrechnung haben die jeweiligen elektronischen Programme Informationen nach Satz 2 zu enthalten.“

Begründung:

Die verbindliche Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien bis zum xx.xx.xxxx durch die Bundesmantelvertragspartner führt zu einer Erhöhung der Transparenz des vertragsärztlichen Leistungsgeschehens und gewährleistet eine einheitliche Kodierung im ambulanten Sektor. Mit der Regelung in Satz 2 zweiter Halbsatz wird klargestellt, dass die aufsichtsrechtlichen Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit auch auf die Vereinbarung dieser Richtlinien Anwendung finden. Die Richtlinien sind regelmäßig weiterzuentwickeln. Es gelten die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung. Satz 4 stellt insofern klar, dass die Richtlinien gleichfalls für Verträge nach § 140a, 73b, bei Leistungserbringung nach §115b, für Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2, für Hochschulambulanzen nach § 117, für psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118, für Geriatrische Institutsambulanzen

nach § 118a, für Sozialpädiatrische Zentren nach § 119, für Medizinische Behandlungszentren nach § 119c, sowie für die nach § 27b Abs. 3 berechtigten Leistungserbringer anzuwenden sind. Bereits heute schon wird die Vergabe und Dokumentation der Diagnoseschlüssel im Krankenhaus durch die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) unterstützt. Krankenhausärzte, welche auch ambulante Leistungen erbringen können, sind mit diesem Regelwerk vertraut. Insofern sind bei der Ausgestaltung der Richtlinien für den ambulanten Bereich die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) zu berücksichtigen und eine inhaltliche Konkordanz zwischen den Richtlinien anzustreben. Die Aufnahme von Informationen der ambulanten Kodierrichtlinien in die Informationssysteme unterstützt die bereits bestehende Verpflichtung der Ärzte zur Kodierung und führt gleichzeitig zu einer Entlastung des administrativen Aufwands in der Praxis.

- § 295 Abs. 1 Satz 2

Vor dem Wort „verschlüsseln“ werden die Worte „vollständig und endständig“ eingefügt.

Begründung:

Eine vollständige und endständige Kodierung (bis zur letzten Stelle des Kodes) führt zu einer verbesserten Einschätzung des ambulanten Leistungsgeschehens und trägt somit zu einer Steigerung der Transparenz in der Versorgung bei. Des Weiteren erfordern sektorenübergreifende Qualitätssicherung, Entlassmanagement und elektronische Patientenakte für aussagekräftige Bewertungen eine einheitliche und endständige Kodierung; auch durch Hausärzte, durch Fachärzte außerhalb ihres Fachgebiets und bei Notfällen. Bei noch nicht abgeschlossener Diagnosestellung bietet der ICD-10 GM auch bei endständiger Kodierung entsprechende Kodes.

- § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V Anfügen eines Halbsatzes

Nach dem Wort „anzuwenden“ werden die Worte „; die diagnosebezogenen Raten sind um Veränderungen in der Dokumentation der Morbiditätsstruktur aufgrund der Einführung und Anpassung der Richtlinien nach § 295 Abs. 3 Satz 2 zu bereinigen.“ angefügt.

Begründung:

Veränderungen der Morbiditätsstruktur, die im Zusammenhang mit der Einführung sowie der Anpassung der Richtlinien gemäß § 295 Abs. 3 Satz 2 durch z.B. Veränderungen in der Dokumentation von Diagnosen bedingt sind, stellen keine Veränderungen der tatsächlichen Morbidität dar. Die diagnosebezogenen Raten sind deshalb um diese auf die Einführung bzw. der Anpassung der ambulanten Kodierrichtlinien ergebenden Kodiereffekte zu bereinigen.“

- § 106d Abs. 2 Satz 1 – i.d.F. ab 01.01.2017 (bisheriger § 106a Abs. 2 Satz 1) Anfügen eines Halbsatzes

Nach dem Wort „Plausibilität“ werden die Worte „, die Prüfung der Umsetzung der Richtlinien gemäß § 295 Abs. 3 Satz 2“ angefügt.

Begründung:

Die ergänzende Formulierung stellt klar, dass die korrekte Anwendung der Richtlinien nach § 295 Abs. 3 Satz 2 (ambulante Kodierrichtlinien) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft wird.

2. Optional ergänzender Änderungsbedarf

- § 87 Abs. 2d Satz 1 SGB V

Nach dem Wort „Dokumentationsverpflichtung“ werden die Wörter „ einschließlich der Dokumentation nach § 295 Abs. 3 Satz 2“ eingefügt.

Begründung:

Es wird klargestellt, dass die Dokumentationsverpflichtung auch Regelungen nach § 295 Abs. 3 Satz 2 beinhaltet.

Allgemeine Begründung

Das Fehlen ambulanter Kodierrichtlinien führt dazu, dass die Qualität der ambulanten Diagnoseverschlüsselung - auch und besonders im Gegensatz zu der Qualität der stationären Diagnosen - nicht für alle GKV-Aufgaben ausreichend ist. So wird z.B. die Prüfung der Richtigkeit der Leistungsabrechnung oder Arzneimittelverordnung dadurch erschwert, dass Diagnoseinformationen fehlen oder Versicherten nicht zugeordnet werden können. Diese für die Praxis relevanten Probleme erscheinen gegenwärtig zweitrangig im Vergleich zur Diskussion um die Verwendung ambulanter Diagnosen im Morbi-RSA, wo fehlende, falsche oder missbräuchlich veränderte Diagnosen zu zu niedrigen oder zu hohen Zuweisungen an die Krankenkassen führen. Damit das Solidarprinzip und der Wettbewerb funktionieren, ist ein funktionierender Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen durch den Morbi-RSA erforderlich. Dessen Zielgenauigkeit hängt dabei ab von der Qualität der ambulanten Diagnosen. Gerade für kranke Versicherte werden bei fehlenden oder ungenauen Diagnosen regelmäßig zu niedrige Zuweisungen berechnet, was besonders Krankenkassen mit einer hohen Morbiditätslast betrifft. In der Folge stehen weniger finanzielle Ressourcen für effiziente Versorgungsprogramme für kranke Versicherte zur Verfügung: Der Wettbewerb würde - entgegen der Zielsetzung – nicht mehr über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sondern über Risikoselektion geführt. Um eine hohe Qualität der ambulanten Diagnosen zu erreichen ist es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nicht nur erforderlich, die missbräuchliche Veränderung von Diagnosen zu sanktionieren sondern auch Anreize für eine einheitliche Diagnosequalität zu schaffen.

IV . Antrag der Grünen: Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen – Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches vorantreiben

A Antrag

Der Beschlussantrag fordert die Bundesregierung auf, die Datengrundlage für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA zu schaffen, eine unabhängige Evaluation des Morbi-RSA durchzuführen und Weiterentwicklungsvorschläge hinsichtlich ihrer Wirkung zu prüfen.

B Stellungnahme

Der Antrag fördert eine systematische Weiterentwicklung des Morbi-RSA im Sinne eines „lernenden Systems“ und wird daher von der AOK-Gemeinschaft unterstützt. Als Voraussetzung für die Weiterentwicklung ist sinnvoller Weise zunächst eine wissenschaftliche Evaluation des heutigen Morbi-RSA durchzuführen auf deren Grundlage dann auch die Weiterentwicklungsvorschläge bewertet werden können. Wie im Antrag formuliert, ist es unverzichtbar, dass hierfür die erforderlichen Daten erhoben und für die wissenschaftliche Evaluation verwendet werden. Ohne eine gute Datengrundlage sind eine Evaluation des Morbi-RSA und die Bewertung von Weiterentwicklungsoptionen nicht möglich. Richtiger Weise wird darauf hingewiesen, dass die Bewertung der Weiterentwicklungsoptionen entsprechend der Zielsetzungen des Morbi-RSA erfolgen muss: Nämlich die Vermeidung von Risikoselektionsanreizen – konkret: Die Reduzierung von Über- und Unterdeckung der Ausgaben durch Zuweisungen in Bezug auf einzelne Versichertengruppen – und die Stärkung von Wirtschaftlichkeitsanreizen.

Dem Anliegen des Antrags wird in großen Teilen durch den zwischenzeitlich erfolgten Evaluationsauftrag des BMG vom 13.12.2016 sowie die vorliegenden Entwürfe einer gesetzlichen Neuregelung zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte sowie zur Erhebung eines Regionalkennzeichens entsprochen [vgl. Änderungsanträge 1 und 3 zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)]. Keine Entsprechung finden die inhaltlichen Hinweise in Bezug auf die Einbeziehung sozio-ökonomischer Informationen zur Weiterentwicklung der Zuweisungen, da hierfür die Erhebung der erforderlichen Daten nicht umgesetzt wird.