

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0197(14)

gel. VB zur öAnhörung am 26.09.

2016_PsychVVG

21.09.2016



BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85

10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-111

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

—
Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 21. September 2016

—
zum

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung
der Versorgung und der Vergütung für psychi-
atrische und psychosomatische Leistungen
(PsychVVG)

I. Vorbemerkung

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die Transparenz über das Leistungsgeschehen zu verbessern und die Finanzierungsverhandlungen auf eine neue Grundlage zu stellen.

Die mit dem Gesetz verbundene Abkehr von der bisher geplanten Anwendung des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) als Preissystem bedauern die Betriebskrankenkassen. Darüber hinaus kritisieren sie die erneute Verlängerung der Optionsphase um ein weiteres Jahr. Ein vollständiger Umstieg aller Krankenhäuser wäre bereits früher möglich. Er ist zwingend notwendig zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems.

Zu begrüßen ist, dass aktuelle Probleme hinsichtlich der Personalausstattung der Krankenhäuser im Gesetzentwurf adressiert werden. Hierbei muss die tatsächliche Vorhaltung der verpflichtenden Mindestpersonalausstattung inkl. Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel sichergestellt werden.

Die Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, beurteilen die Betriebskrankenkassen kritisch. Es ist nicht ersichtlich, wie insbesondere in akuten Krankheitsphasen außerhalb vollstationärer Behandlung eine medizinisch notwendige aber wirtschaftliche Behandlung und Betreuung durch das Krankenhaus sichergestellt werden kann.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich den Aufbau einer Standortidentifikation und eines Standortverzeichnis. Diese sind für die Umsetzung zahlreicher, im KHSG beschlossener Maßnahmen notwendig und u.a. für Transparenz und Qualitätssicherung unverzichtbar. Die Vorlaufzeit für eine verpflichtende Anwendung sollte jedoch von vier auf zwei Jahre reduziert werden.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen darüber hinaus ausdrücklich, dass der im Referententwurf noch vorgesehene gesetzliche Auftrag zur Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung im Gesetzentwurf entfallen ist. Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen liegt es im Interesse der Vertragspartner auf Bundesebene, eine stete Verbesserung der Effizienz und eine Aufwandsminderung der Prüfverfahren anzustreben. Mit der Streichung ist allerdings leider auch die beabsichtigte Prüfung der Strukturmerkmale entfallen. Diese ist nach Auffassung der Betriebskrankenkassen jedoch erforderlich und sollte an anderer Stelle gesetzlich geregelt werden.

Die geplante Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017 ist ein richtiger Schritt. Hierdurch werden Mehrausgaben, die u.a. durch zahlreiche gesetzliche Änderungen der vergangenen Jahre in der GKV entstanden sind bzw. künftig finanzwirksam werden, z.T. aufgefangen.

Die Änderungsanträge bezüglich der Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im RSA begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich. Damit stellt der Gesetzgeber den im GKV-FQWG bereits formulierten Willen klar, dass die Regelungen ab dem Ausgleichsjahr 2013 anzuwenden waren.

Daneben weisen wir auf weitere Schritte hin, die noch in diesem Gesetz bzw. dieser Legislaturperiode vorzunehmen sind, um Fehlsteuerungen beim Morbi-RSA zu beseitigen und darüber hinaus die Datenlage sowie Transparenz für die notwendige Weiterentwicklung des Ausgleichsverfahrens zu verbessern. Konkret sind dies

- die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen aus dem Morbi-RSA,
- eine Begrenzung des vollständigen Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes,
- die Verwendung eines Regionalkennzeichens im Morbi-RSA und die Wiedereinführung der Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung,
- die Herstellung von Wissen und Transparenz bezüglich des RSA-Zuweisungssystems durch
 - die Analyse des Sachstandes und Änderungsbedarfes bezüglich der Wettbewerbswirkung des Morbi-RSA auf die Kassen sowie Kassenarten als Haftungsverbund durch ein vom BMG z.B. an den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vergebenes Gutachten mit Abgabefrist beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis Mitte 2017,
 - die Verankerung einer regelmäßigen Evaluation des Morbi-RSA im SGB V verbunden mit einer Berichtspflicht an den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages und dem BMG sowie einer Veröffentlichungspflicht und damit Sicherstellung von Transparenz für die gesetzlichen Kassen und der interessierten Wissenschaft,
 - die Verpflichtung des Bundesversicherungsamtes, kontinuierlich einen Datensatz in Form einer repräsentativen kassenartenübergreifenden Stichprobe für weitere Forschungsarbeiten und zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA im Sinne eines „lernenden Systems“ zur Verfügung zu stellen. Starten müsste dies mit einem rückwirkend Datensatz ab 2011,
 - die Verpflichtung des Bundesversicherungsamtes (BVA), die von etlichen Fachexperten in den letzten Monaten vorgelegten Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA hinsichtlich ihrer Wirkung – soweit noch nicht geschehen - zu analysieren und die Ergebnisse den Kassen, der interessierten Wissenschaft, dem Gesundheitsausschuss des Bundestages und dem BMG bis spätestens Mitte 2017 zugänglich zu machen.

Im Folgenden werden die aufgeführten Punkte im Detail kommentiert.

II. Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen

Der Referentenentwurf sieht vor, die Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen von einem Preis- auf ein Budgetsystem umzustellen. Diese soll ab 2017 verpflichtend angewandt werden - in den Jahren 2018 und 2019 budgetneutral. Danach soll eine Budgetfortschreibung unter Berücksichtigung von bestimmten Werten und Merkmalen stattfinden.

Anwendung und Optionsphase

Die Verzögerung bei der verpflichtenden Anwendung der PEPP-Entgeltsystematik ab 2018 wird kritisiert. Eine einheitliche Teilnahme aller Krankenhäuser wäre bereits schneller möglich und würde damit zeitnah die notwendige Transparenz zum tatsächlichen Leistungsgeschehen schaffen. Schließlich ist dies die Grundlage für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik. Zu begrüßen ist die Verkürzung der Optionsanreize ab 2017 durch die Umsetzung des einfachen Veränderungswertes.

Budgetneutrale Phase

Die Weiterführung der budgetneutralen Phase in den Jahren 2018 und 2019, wie bereits mit dem PsychEntgG vorgesehen, ist ein geeignetes Instrument um wirtschaftliche Risiken, die sich lediglich aus dem Umstieg auf das neue Entgeltsystem ergeben können, zu vermeiden. Gleichzeitig können Erfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem, dem damit verbundenen Leistungs- und Mengengerüst sowie deren Anforderungen an die Kodierung gesammelt werden. Dafür ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen die vorgesehene zweijährige Phase ausreichend.

Mindererlösausgleiche

Der Gesetzentwurf sieht eine dauerhafte Verbesserung der Mindererlösausgleiche ab 2017 von 20 % auf 50 % vor, um Schätzfehlerrisiken und Probleme mit unzureichender Kodierqualität zu mindern. Dies wird von den Betriebskrankenkassen abgelehnt. Krankenhäuser würden dadurch einen dauerhaften Fehlanreiz gegen gute Kodierqualität und realistische Leistungsplanung erhalten.

Budgetfindung

Im Rahmen der Budgetfortschreibung soll lt. Gesetzentwurf der vereinbarungsfähige Gesamtbetrag in Höhe des um den Veränderungswert erhöhten Gesamtbetrags des Vorjahres beschränkt werden. Diese Obergrenzenregelung wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt.

Ebenfalls begrüßt wird die vorgesehene Vorgabe für das Krankenhaus, zur Finanzierung leistungsbezogener strukturellen Besonderheiten eine Auskunft vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu erfragen.

Auch die vorgesehene Regelung, zur Berücksichtigung der Kostenentwicklungen und der Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Vereinbarung des Budgets wird positiv bewertet.

Berücksichtigung der Vorgaben zur Personalausstattung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen den Auftrag an den G-BA, Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung in der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausversorgung festzulegen und deren verbindliche Wirksamkeit ab dem 01.01.2020.

Wichtig ist jedoch nicht nur, die Vorgaben im Rahmen der Finanzierung zu berücksichtigen (Soll), sondern die Finanzierung auch in Abhängigkeit der Umsetzung zu setzen. Andernfalls würde die Regelung den Krankenhäusern Fehlanreize bieten, z.B. zur Vorhaltung unbesetzter Stellen. Die Krankenkassen haben in der Vergangenheit wiederholt den vollständigen Personalbedarf nach Psych-PV finanziert, ohne dass die Krankenhäuser flächendeckend die finanzierten Stellen auch vollumfänglich mit Personal besetzt haben. Dies ist sowohl versorgungspolitisch als auch vor dem Hintergrund zweckentsprechender Mittelverwendung von Beitragsgeldern zu vermeiden. Es ist demnach klarzustellen, dass nicht zweckentsprechend verwendete Mittel von den Krankenhäusern zurückzuzahlen sind.

In diesem Zusammenhang halten die Betriebskrankenkassen die vorgesehene Nachweispflicht zum Personalmitteleinsatz der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen für zwingend notwendig. Nur so kann eine Überprüfung erfolgen, ob die verbindlichen Vorgaben des G-BA zur personellen Mindestausstattung durch die Krankenhäuser eingehalten werden und das für die Behandlung in der notwendigen Versorgungsqualität erforderliche sowie von den Krankenkassen finanzierte Personal vorgehalten wird.

Die Vorgaben zur Personalausstattung nach Psych-PV und die Nachweispflicht sollten bis zum Inkrafttreten der Vorgaben des G-BA für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen umgesetzt werden. Dies sollte auch für Psychosomatiken gelten, deren Personalausstattung derzeit nicht nach den Vorgaben der Psych-PV vereinbart wird. Nur so sind ein Ab-

gleich des notwendigen, des finanzierten und des tatsächlich vorhanden Personals möglich und Rückzahlungsverpflichtungen umsetzbar.

Zur Herstellung der notwendigen Transparenz in diesem Bereich, werden die geplanten Maßnahmen sowohl in Art (Wirtschaftsprüfertestat, Datenübermittlung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG) als auch in Umfang und Detaillierungsgrad (z.B. Nachweis über vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert in Berufsgruppen mit entsprechender Angabe zum Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen) ausdrücklich benötigt und daher von den Betriebskrankenkassen begrüßt.

Berücksichtigung der Ergebnisse eines Krankenhausvergleichs

Aufgrund der nicht mehr vorgesehenen Konvergenz kommt der Berücksichtigung der Ergebnisse des Krankenhausvergleiches in Verbindung mit den Anpassungsvereinbarungen eine hohe Bedeutung zu, um ein Auseinanderdriften der Entgelte und Budgets der einzelnen Krankenhäuser zu vermeiden. Es muss Ziel sein, diese Instrumente dazu nutzbar zu machen, perspektiv eine Annäherung von individuellen Entgelthöhen und Krankenhausbudgets zu erreichen. Relevante Abweichungen vom maßgeblichen Vergleichswert sollten daher stets einer besonderen Darlegungspflicht der Krankenhäuser zu den Gründen der Überschreitung bedürfen. Der in der Gesetzesbegründung konkretisierte Schwellenwert von einem Drittel ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen daher nicht angemessen und zu streichen.

III. Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Der BKK Dachverband steht der Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als Teil der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V kritisch gegenüber.

Grundsätzlich unterstützen die Betriebskrankenkassen die Optimierung bestehender Versorgungskonzepte insbesondere auch zur Verbesserung einer ambulanten wohnortnahen Versorgung ihrer Versicherten ergänzend zum stationären Versorgungsangebot. Vor diesem Hintergrund beteiligen sich die Betriebskrankenkassen an zahlreichen Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V. Dabei zielen diese Modellvorhaben nicht nur auf eine verbesserte Patientenversorgung oder sektorenübergreifenden Leistungserbringung, sondern beinhalten auch die psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld. Gemäß § 65 SGB V haben die Krankenkassen bzw. deren Verbände eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben zu veranlassen. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es angezeigt, die Evaluationsergebnisse abzuwarten und zu bewerten. Erst im Anschluss kann

über die Etablierung alternativer Versorgungsansätze, beispielhaft im häuslichen Umfeld, befunden werden.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es fraglich, wie eine sachgerechte umfassende psychiatrische Behandlung und Betreuung insbesondere in den vom Gesetzgeber adressierten akuten Krankheitsphasen außerhalb vollstationärer Behandlung erfolgen kann. Insbesondere die Sicherstellung der medizinisch notwendigen aber wirtschaftlichen Vorhaltung des erforderlichen multiprofessionellen Behandlungsteams durch das Krankenhaus wird angezweifelt. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine organisatorisch praktikable Leistungserbringung in der notwendigen Intensität und Dichte der Behandlung nicht ohne Mehrkosten im Vergleich zur vollstationären Krankenhausversorgung erreichbar.

Widersprüchlich ist es für die Betriebskrankenkassen ebenfalls, dass die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung einer vollstationären Behandlung entsprechen soll, die Delegation an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern jedoch möglich sein darf. Dies scheint aus Sicht der Betriebskrankenkassen medizinisch fachlich nicht sachgerecht. Gleichzeitig wird befürchtet, dass es zu Verlagerungen von PIA-Leistungen in die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung kommt und damit Leistungsverlagerungen entgegen der Zielsetzung der Gesetzgebung vom ambulanten in den stationären Sektor stattfinden.

Da mit dem beabsichtigten Vorgehen keine Vernetzung der Versorgung erreicht werden kann, lehnen die Betriebskrankenkassen ab, eine Leistungserbringung im häuslichen Umfeld als Krankenhausleistung zu definieren. Diese Art der Leistungserbringung sollte nicht als Teil der Krankenhausbehandlung, sondern vielmehr als ambulante Behandlung, z.B. als Teil des Leistungsspektrums psychiatrischer Institutsambulanzen, etabliert werden. Die klare leistungsrechtliche Trennung ambulanter und stationärer Leistungen würde Streitigkeiten und eine systemfremde Finanzierung außerklinischer Leistungen über Krankenhausbudgets vermeiden. Dennoch würde sie eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung ermöglichen.

IV. Standortidentifikation und Standortverzeichnis

Im Gesetzentwurf wird der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine bundeseinheitliche Definition des Krankenhausstandorts zu vereinbaren. Auf dieser Grundlage soll ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte geführt werden.

Diese Regelung wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Bisher ist die Verwendung des Institutionskennzeichens unzureichend und bildet lediglich das Krankenhaus in seiner Gesamtheit ab. Somit ist keine Differenzierung von Krankenhaus, Standort oder Ambu-

lanzen möglich. Die mangelnde Identifikationsmöglichkeit führt zu Problemen u.a. bei der Prüfung von Versorgungsaufträgen.

Die Forderung nach einer Standortidentifikation war von Seiten der GKV bereits im Stellungnahmeverfahren zum Krankenhausstrukturgesetz gestellt worden, denn sie ist die Grundlage für die Umsetzung von dessen Regelungen (Sicherstellungszuschlag, Notfallversorgung, Zentren sowie Qualitätssicherungs- und –abschläge, Fixkostendegressionsabschlag). Auch bei der Förderung von Standortschließungen durch den Strukturfonds ist die Standortidentifikation von hoher Bedeutung.

Die Kombination von Standortidentifikation und –verzeichnis ist unverzichtbar. Mit der Verwendung im Rahmen der Datenmeldung schafft das Kennzeichen Transparenz über die Strukturen der Leistungserbringung und des Versorgungsgeschehens für alle beteiligten Akteure.

Die Verwendung der Kennzeichen im Rahmen der Abrechnung, u.a. für die Prüfung des Versorgungsauftrags und der Qualitätsvorgaben, ist überfällig. Die vom Gesetzgeber vorgesehene verpflichtende Anwendung wird daher ebenfalls begrüßt. Jedoch bedarf es nicht der langen Vorlaufzeit von vier Jahren, wie im Entwurf angedacht: Eine frühere Umsetzbarkeit ist notwendig und auch realisierbar. Daher fordern die Betriebskrankenkassen, eine verpflichtende Anwendung bereits ab dem 01.01.2019 gesetzlich zu fixieren.

V. Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung

Im Gesetzentwurf ist der im Referentenentwurf noch vorhandene gesetzliche Auftrag zur Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung entfallen. Dies begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich. Trotz zum Teil sehr unterschiedlichen Positionen konnte die bisherige Prüfverfahrensvereinbarung - nach deren Kündigung durch die DKG - in konstruktiven Verhandlungen zwischen DKG und GKV im Februar 2016 neu vereinbart werden.

Die angepasste Prüfverfahrensvereinbarung tritt am 01.01.2017 in Kraft. Dabei ist es den Krankenkassen und den Krankenhäusern auch gelungen, sicherzustellen, dass das Prüfverfahren ab diesem Zeitpunkt im Rahmen des elektronischen Datenaustausches zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern erfolgen kann. Dies trägt zu einer bedeutenden Aufwandsminderung bei.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen haben sowohl die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen eine intrinsische Motivation, die Abrechnungsprüfung stets effizient und effektiv zu gestalten. Ein Eigenantrieb zur Weiterentwicklung des Prüfverfahrens sollte den Vertragspartnern auf Bundesebene daher unterstellt werden. Mit der Möglichkeit zur Kündigung der neuverhandelten Prüfverfahrensvereinbarung erstmalig zum 31.12.2018 haben beide Seiten auch ein entsprechendes Instrument auf eine Änderung des bisherigen Verfahrens, soweit notwendig, hinzuwirken. Dazu sollte jedoch sowohl den Leistungserbringern als auch den Kostenträ-

gern die Möglichkeit gegeben werden, ausreichend Erfahrung mit dem gemeinsam vereinbarten Prüfverfahren ab dem 01.01.2017 zu sammeln und dieses hinsichtlich des Bedarfs an Modifikationen zu bewerten.

Ebenfalls wird von Seiten der Betriebskrankenkassen darauf hingewiesen, dass die am 03.02.2016 zwischen der DKG und der GKV vereinbarte Prüfverfahrensvereinbarung nach dem Willen der Vertragspartner Gültigkeit für die Abrechnung nach dem KHEntgG und der BPfIV - also für somatische, psychiatrische und psychosomatische Leistungen - entfaltet. Somit besteht bereits zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen eine gültige Vereinbarung für die Abrechnungsprüfung der Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen. Sollten sich im Rahmen der praktischen Anwendung Hinweise ergeben, spezielle Regelungsinhalte zur Abrechnung von psychiatrischen und psychosomatische Leistungen formulieren zu müssen, können diese von den Vertragspartnern in die bestehende Prüfverfahrensvereinbarung aufgenommen werden.

Die Betriebskrankenkassen sehen daher keinen Bedarf einer gesonderten Prüfverfahrensvereinbarung und begrüßen die Streichung.

Durch die Streichung ist allerdings auch die Prüfung der Strukturmerkmale entfallen. Die Prüfung der Strukturmerkmale ist auch außerhalb der Psychiatrie / Psychosomatik wichtig und muss daher an anderer Stelle gesetzlich geregelt werden.

VI. Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017

Die geplante Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017 wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Hierdurch werden Mehrausgaben, die u.a. durch zahlreiche gesetzliche Änderungen der vergangenen Jahre in der GKV entstanden sind bzw. künftig finanzwirksam werden, z.T. aufgefangen.

VII. Änderungsanträge zum und weiterer Änderungsbedarf im Morbi-RSA

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Änderungsanträge zur Klarstellung zu den Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im RSA ausdrücklich. Damit konkretisiert der Gesetzgeber den im GKV-FQWG bereits formulierten Willen, dass die Regelungen ab dem Ausgleichsjahr 2013 anzuwenden waren. Er hält damit auch fest, dass die Zuweisungen für die Jahre 2013 und 2014 für Auslandsversicherte und Krankengeld bereits in diesem Sinne vom BVA durchgeführt wurden.

Bereits heute ist jedoch absehbar, dass diese gesetzgeberische Klarstellung nicht vor Urteilsverkündung des BSG¹ - voraussichtlich am 25.10.2016 - erfolgen kann. Auch vor diesem Hintergrund muss aus Sicht der Betriebskrankenkassen das Gesetzgebungsverfahren genutzt werden, um kurzfristig Systemfehler des Morbi-RSA zu beheben und so die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zu reduzieren. Eine Lösung wäre die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen aus dem Morbi-RSA.

Darüber hinaus sehen die Betriebskrankenkassen notwendige Änderungen bezüglich des vollständigen Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz, den fehlenden Regionalkennzeichen und Kodierrichtlinien sowie hinsichtlich der mangelnden Transparenz des Zuweisungssystems, was seine Weiterentwicklung im Sinne eines „lernenden Systems“ verhindert.

Streichung der Erwerbsminderungsgruppen aus dem Morbi-RSA

Die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner (EMG) bzw. der Bezug einer Erwerbsminderungsrente wird im Zuweisungssystem neben Alter, Geschlecht, Krankheitsgruppe etc. gesondert berücksichtigt, obwohl seit 2009 auch direkte Morbiditätsindikatoren für chronische, kostenintensive und schwerwiegende Erkrankungen abgebildet werden. Auf dieser Basis ist es heute möglich, Krankheiten, die zu einer Erwerbsminderungsrente führen, bereits mit höheren Zuweisungen zu verbinden. Ein gesonderter EMG-Zuschlag bedeutet eine Mehrfachberücksichtigung dieses Merkmals und damit eine ungerechtfertigte Mehrfachzuweisung für den gleichen Sachverhalt für diese Personengruppe.

Eine Streichung der EMG würde die Morbi-RSA Systematik vereinfachen und hätte dabei keine nachteilige Wirkung auf die Modellgüte und Zielgenauigkeit der Verteilung. Auch die Finanzmittel für diese Gruppe wären nicht – wie häufig vorgebracht - verloren. Sie würden neu über die Krankheitsindikatoren verteilt. Damit erhöhen sich RSA-konform für diese Krankheiten die Zuweisungen. Zudem wäre sie gesetzgeberisch leicht umsetzbar. Möglich wäre dies mit einer Ergänzung des § 267 Abs. 2 Satz 3 SGB V.

§ 267 Abs. 2 Satz 3 SGB V

„Die Zahl der Personen, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches gemindert ist, wird in der Erhebung nach Satz 1 als eine gemeinsame weitere Mitgliedergruppe getrennt und nur zur Ermittlung der Zuweisungen für Krankengeld erhoben.“

¹ Revisionsverfahren B 1 KR 11/16 R: „Ist der Jahresausgleichsbescheid 2013 des Bundesversicherungsamtes gegenüber einer Krankenkasse rechtmäßig, wenn es die Zuweisungen für Auslandsversicherte aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter Berücksichtigung des zum 01.08.2014 in Kraft getretenen Rechts begrenzt hat?“

Weil ein Streichen der EMG keine substantielle Veränderung des Morbi-RSA darstellt, genügt bereits eine Änderung des SGB V im Hinblick auf die Datenerhebungen der betreffenden Personen. Eine Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) ist nicht notwendig, weil das SGB V bereits den Rahmen vorgibt, in dem sich auch die RSAV verhalten muss.

Begrenzung des vollständigen Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz

Für den erhobenen Zusatzbeitragssatz einer Einzelkasse erfolgt derzeit ein vollständiger Einkommensausgleich unter allen im Morbi-RSA teilnehmenden Kassen. Das Ziel dieses Instrumentes sollte der Ausgleich von Grundlohnvor- und -nachteilen sein. Wenngleich dieser Solidargedanke richtig ist, ruft die Umsetzung in der Praxis ungewollte Verzerrungen hervor: Es können Fälle auftreten, in denen eine betroffene Krankenkasse einen deutlich höheren Zusatzbeitrag erheben muss, als sie müsste, wenn sie keinem vollkommenen Einkommensausgleich unterläge.

Die Betriebskrankenkassen fordern daher den Einkommensausgleich beim Zusatzbeitragssatz auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu begrenzen.

Wiedereinführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung

Zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten im Rahmen der Vergütung der Vertragsärzte nutzt der Bewertungsausschuss ein Patientenklassifikationssystem auf der Grundlage der ambulanten Behandlungsdiagnosen. Wie im DRG-System ("Diagnosis Related Groups") bedarf es auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Deshalb soll die Vereinbarung von Kodierrichtlinien durch die Bundesmantelvertragspartner bis spätestens 30.06.2017 gesetzlich vorgegeben werden.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen schaffen ambulante Kodierrichtlinien (AKR) Klarheit, denn sie definieren das gültige internationale Schlüsselssystem ICD-10 klar und sorgen für Verbindlichkeit. Ambulante Kodierrichtlinien helfen damit dem Arzt bzw. Psychotherapeuten, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln. Damit kann die Morbidität der Patienten exakt abgebildet werden.

Mit Hilfe der Standardisierung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens werden außerdem aus Sicht der betrieblichen Krankenversicherung die Verschlüsselung von ambulanten Diagnosen durch klare Definitionen und Interpretationen verbessert, die Kodierqualität und Pharmakovigilanz wird erhöht sowie die Datengrundlage für RSA-Berechnung und die Plausibilisierung der Abrechnung verbessert. Des Weiteren liefern ambulante Kodierrichtlinien qualifizierte Datengrundlagen für die Versorgungsforschung, erleichtern die Messung von Qualität und helfen bei

der Etablierung und Implementierung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsinstrumente.

Die gesetzgeberische Umsetzung kann erfolgen, indem in § 295 Absatz 3 SGB V ein neuer Satz 2 mit folgendem Wortlaut angefügt wird:

§ 295 Absatz 3 SGB V Satz 2 (neu):

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2017 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Abs. 6 gilt entsprechend.“

Verwendung eines Regionalkennzeichens für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

Zur Durchführung und zur Weiterentwicklung des RSA dürfen aktuell die für andere Zwecke erhobenen Regionalkennzeichen nicht berücksichtigt werden. Damit aber aussagefähige Analysen und Auswertungen zu Modellansätzen wie z.B. zur Berücksichtigung von Regionalfaktoren im RSA möglich sind, muss das Bundesversicherungsamt wieder die Regionalkennzeichen erhalten und für die Durchführung bzw. Weiterentwicklung des RSA verwenden dürfen. Die entsprechenden Paragraphen im SGB V und in der RSAV sind hierfür anzupassen.

Herstellen von Wissen und Transparenz bezüglich des RSA-Zuweisungssystems

Folgende Maßnahmen müssen ergriffen werden, um zur Versachlichung der Debatte um Strukturänderungen am Zuweisungssystem des RSA beizutragen und die Modellierung von Änderungsvorschlägen auf Basis einer gemeinsam nutzbaren, objektive Datenlage zu ermöglichen:

Folgende Vorschläge werden der Einfachheit halber folgend zusammengefasst dargestellt:

- a) *Analyse des Sachstandes und Änderungsbedarfes bezüglich der Wettbewerbswirkungen des Morbi-RSA – Ergebnisse müssen Mitte 2017 vorliegen und*
- b) *Regelmäßig Evaluation des Morbi-RSA sowie Analyse von RSA-Wirkungen auf den Kassenwettbewerb im Gesetz verankern und*
- c) *GKV-Stichproben ziehen und den Kassen und der Wissenschaft zur Verfügung stellen*

Die Schieflage im Kassenwettbewerb muss objektiv bewertet werden. Dabei ist zu überprüfen, ob der Morbi- RSA den Wettbewerb unter den Kassen fördert oder verzerrt. Ein Blick auf Kassen- aber auch Kassenartenebene ist notwendig, da diese im Haftungsverbund agieren. In diesem Sinne sollte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen des Gesund-

heitswesens oder ein anderes Konsortium aus Wissenschaftlern vom BMG mit einem Gutachten beauftragt werden. Er muss zum einen den Sachstand darstellen. Aus den relevanten Erkenntnissen sind dann die Handlungsfelder für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA darzustellen. Die Ergebnisse müssen bis zum 30. Juni 2017 vorliegen, damit eine Grundlage für die nach den Bundestagswahlen notwendigen Gesetzesänderungen besteht. Grundsätzlich bedarf es keiner gesonderten Verankerung eines Gutachtauftrages im Gesetz, da das BMG hierzu bereits ermächtigt ist. Um sicher zu stellen, dass bis Ende 2017 die notwendigen Erkenntnisse vorliegen, sollte dieser Auftrag gesetzlich verankert werden.

Wie bei vielen anderen Regelungen in der GKV bereits üblich, ist auch der Morbi-RSA sowie seine Wirkungen auf den Kassenwettbewerb regelmäßig zu evaluieren/zu analysieren. Dies ist im Gesetz zu verankern. Die Ergebnisse sind der Politik, der Wissenschaft und den Kassen zur Verfügung zu stellen, um dem lernenden System Morbi-RSA Impulse und die Richtung zur Weiterentwicklung dieses wichtigen Solidarmechanismus in der GKV geben zu können.

Damit von Fachexperten und Wissenschaftlern sinnvoll Modellberechnungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA durchgeführt werden können, ist kontinuierlich aus den Daten der GKV-Versicherten durch das Bundesversicherungsamt eine Stichprobe zu ziehen. Diese muss in geeigneter Form sowohl den Kassen als auch der Wissenschaft zur Verfügung gestellt werden. Hierbei sind bereits erhobene und ggf. weitere Strukturdaten für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA einzubeziehen.

Alle Vorschläge zur Verbreiterung des Wissens und zur Verbesserung der Transparenz könnten umgesetzt werden, indem der veraltete § 268 Abs. 3 SGB V entsprechend ersetzt und wie folgt gefasst würde:

§ 268 Abs. 3 SGB V (neu):

Der Risikostrukturausgleich ist hinsichtlich seiner Wirkungen regelmäßig zu überprüfen. Folgende Maßnahmen stellen dies sicher:

1. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt beim Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ein Gutachten in Auftrag mit dem Ziel, bis zum 30. Juni 2017 Aussagen über den Sachstand bezüglich der Wettbewerbswirkungen des Morbi-RSA für die Kassen und Kassenarten als Haftungsverbund sowie Vorschläge für etwaigen Änderungsbedarf zu erhalten. Zur Erfüllung des Gutachtauftrags ist dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beim Bundesversicherungsamt Einsicht in die diesem nach § 268 Absatz 3 Satz 7 übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu geben.

2. Die Wirkungen des Morbi-RSA auf den Kassenwettbewerb sind vom Bundesversicherungsamt regelmäßig im zwei-Jahres-Rhythmus zu evaluieren. Die Ergebnisse aus allen vom BMG beauftragten Gutachten zur Weiterentwicklung des RSA sind dem gesundheitspolitischen Ausschuss beim Deutschen Bundestag vorzulegen. Sie sind außerdem den Kassen sowie der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen.
3. Das Bundesversicherungsamt stellt den Kassen und der interessierten Wissenschaft rückwirkend ab 2011 und danach in jährlicher Fortsetzung einen Datensatz in Form einer repräsentativen kassenartenübergreifenden Stichprobe für weitere Forschungsarbeiten und zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA zur Verfügung.

d) Diverse Vorschläge von Fachexperten zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA durch das BVA analysieren lassen und Ergebnisse transparent machen

Es liegen derzeit diverse Vorschläge von Fachexperten zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA vor. All diesen wissenschaftlichen Ausarbeitungen ist gemein, dass sie keine gemeinsame bzw. umfassende Datenbasis über die GKV zur Erstellung der Gutachten hatten. Denn vollständige GKV-Daten liegen nur dem Bundesversicherungsamt und dem GKV-SV vor, die wiederum die Daten bisher nicht zur Verfügung stellen dürfen. Somit ist eine sachgerechte Gegenüberstellung der Vorschläge derzeit nicht möglich. Daher muss das Bundesversicherungsamt beauftragt werden, die vorliegenden Vorschläge – falls noch nicht geschehen - zu analysieren und die Ergebnisse daraus bis 30. Juni 2017 den Kassen, der Wissenschaft, dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages sowie BMG vorzulegen. Damit würde der Politik aber auch den Kassen und der Wissenschaft ein Diskurs über die notwendigen Änderungsmöglichkeiten ab dem Jahr 2018 ermöglicht.

Grundsätzlich bedarf es keiner gesonderten Verankerung eines solchen Auftrages im Gesetz, da das BMG das BVA entsprechend anweisen kann. Die Veröffentlichung der Ergebnisse kann das BMG z.B. im Rahmen einer Rechtsverordnung verankern.