



**Stellungnahme des IKK e.V.
zu den Änderungsanträgen
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (Ausschussdruck-
sache:18(14)0226.2)**

**zum Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(BT-Drucksache 18/10186)**

**sowie zum Antrag der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**„Fairen Wettbewerb in der solidarischen
Krankenversicherung ermöglichen –
Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten
Risikostrukturausgleiches vorantreiben“
(BT-Drucksache 18/10252)**

Stand 08.02.2017

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen.....	3
§ 71 Beitragssatzstabilität.....	7
§ 73 Kassenärztliche Versorgung.....	8
§ 83 Gesamtverträge	9
§ 268 Absatz 4 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	10
§ 273 Absatz 3 Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich.....	11
§ 303 Ergänzende Regelungen.....	12
§ 305a Beratung der Vertragsärzte.....	13
§ 117: Hochschulambulanzen.....	14
§ 269: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte.....	15
§ 33a Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte.....	16
 Antrag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen.....	
„Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen –	
Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches vorantreiben“	17
 § 33: Hilfsmittel.....	19
§ 64d (neu): Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung	22
§ 5: Versicherungspflicht.....	23

Grundsätzliche Anmerkungen

In dieser Stellungnahme widmen wir uns vordringlich den zur Anhörung stehenden fachfremden Änderungsanträgen zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz, die sich mit der RSA-Kodierbeeinflussung, den Hochschulambulanzen und den RSA-Folgegutachten beschäftigen. Mit Blick auf den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN formulieren wir unsere Anforderungen an eine Evaluation des Risikostrukturausgleichs. Daneben nehmen wir auch zu bekannten Änderungsanträgen und weiteren neuen fachlichen Änderungsanträgen Stellung.

RSA-Kodierbeeinflussung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die geplanten Maßnahmen des Gesetzgebers, um unzulässige Kodierbeeinflussungen zu verhindern und damit Manipulationsanreize im Risikostrukturausgleich zu verringern. Die Unterbindung einer über die reguläre Vergütung hinausgehenden Vergütung für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen, die Beschränkung nachträglicher Diagnosedatenübermittlungen auf technische Übermittlungs- oder formale Datenfehler und das ausdrückliche Verbot von Kodierberatungen sind aus unserer Sicht sinnvolle und längst überfällige Klarstellungen der Rahmenbedingungen zur Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Darüber hinaus begrüßen wir auch die Verpflichtung der Krankenkassen, bei der Prüfung nach § 273 SGB V mitzuwirken. Auch wenn diese Verpflichtung bereits aus § 273 Abs. 3 Satz 3 SGB V abgeleitet werden kann, so wird die Regelung durch die nun manifestierte Sanktionierbarkeit untermauert.

Die gezielte Beeinflussung der Kodierpraxis von Vertragsärzten dient nicht der Verbesserung der Patientenversorgung, sondern ist lediglich dem betriebswirtschaftlichen Ansinnen geschuldet, höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten. Dies führt zu existenziellen Wettbewerbsverzerrungen unter den gesetzlichen Krankenkassen. Insbesondere Krankenkassen, die bereits früh sogenannte Betreuungsstrukturverträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen haben, können aktuell mit niedrigen Zusatzbeitragssätzen werben. Aus diesem Grund begrüßen wir es darüber hinaus, die Auffälligkeits- und Einzelprüfung nach § 273 Absatz 2 und 3 SGB V durch die Erhebung eines Regionalkennzeichens zu verbessern.

Auch wenn wir die beabsichtigten Gesetzesänderungen grundsätzlich befürworten, sind sie aus unserer Sicht nicht ausreichend, um die Manipulationsanreize im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu beseitigen. So bestehen auch nach Verbot der Betreuungsstrukturverträge weitere Vertragskonstellationen fort, über die auch zukünftig eine Kodierbeeinflussung vorgenommen werden kann. Dazu gehören:

- § 73b-Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung

- § 140a SGB V Verträge der Besonderen Versorgung
- § 73c SGB V Besondere ärztliche Versorgung (alte Fassung, Bestandsschutz)
- §§ 140a-d SGB V Verträge zur integrierten Versorgung (alte Fassung, Bestandsschutz)

Bei diesen Vertragsformen werden in der Regel pauschale Vergütungen für die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder vereinbart und ein definierter Behandlungsumfang festgelegt. Zur Begrenzung des Behandlungsumfangs und Kontrolle der korrekten Leistungserbringung wird die Vergütung an die Übermittlung bestimmter Diagnosen gekoppelt. Wenn die Krankenkassen als Leistungsumfang lediglich Krankheitsbilder auswählen, für die es Zuschläge aus dem Morbi-RSA gibt und die Behandlung dieser Krankheiten bei vollständiger Kodierung zusätzlich vergüten, dann ist die Wirkung identisch mit dem Effekt der Betreuungsstrukturverträge. Hier sind die vertragsprüfenden Aufsichten gefordert, zukünftig verstärkt auf eine auffällige Vertragsgestaltung zu achten.

Wir halten darüber hinaus die Einführung verpflichtender und bundesweit einheitlicher ambulanter Kodierrichtlinien für unverzichtbar, um eine möglichst valide und überregional vergleichbare Datenqualität ambulanter Diagnosen sicherzustellen.

Grundsätzlich ist und bleibt die unangemessen starke Berücksichtigung sogenannter Volkskrankheiten (wie z.B. Hypertonie) in der Krankheitsauswahl für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich das größte Einfallstor für Manipulationen. Ein von den Innungskrankenkassen in Auftrag gegebenes Gutachten zeigt, dass aus Sicht von Krankenkassen die Kodierung von Krankheiten weitaus attraktiver ist als deren Vermeidung. Zwar lohnt sich Prävention auf der Ausgabenseite durchaus. Dieser positive Effekt wird durch die Zuweisungssystematik aber mehr als aufgehoben. Solange dieser Anreiz bestehen bleibt, werden die Kassen auch in Zukunft Mittel und Wege finden, Einfluss auf ärztliche Kodierungen zu nehmen, um ihre Zuweisungen zu optimieren. Ansetzen werden sie dabei auch weiterhin zuerst bei Diagnosen weit verbreiteter Krankheiten. Durch die Verwendung der Logarithmusfunktion würde die Zuschlagsfähigkeit dieser Volkskrankheiten gesenkt. Die dafür hinzukommenden Erkrankungen wären kostenintensiver und weniger manipulationsanfällig.

Hochschulambulanzen

Die Anwendung des Verbotsvorbehalts in Hochschulambulanzen bedeutet im Ergebnis eine weitere Öffnung dieser Einrichtungen für Behandlungsmethoden, die aus gutem Grund dem stationären Bereich vorbehalten sind. Deren Anwendung ist im ambulanten Umfeld, ohne ausreichende, dauerhafte Beobachtung und Nachbetreuung mit noch er-

heblicheren Risiken als im stationären Rahmen verbunden, ohne dass ein nachgewiesener Nutzen diese Anwendung rechtfertigt. Die Innungskrankenkassen lehnen daher die Einführung des Verbotsvorbehalts für Hochschulambulanzen ab.

Follegutachten Krankengeld/Auslandsversicherte

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Beauftragung von Follegutachten für die Ermittlung zielgerichteter Zuweisungen zur Deckung der Ausgaben für Krankengeld und Auslandsversicherte.

Antrag BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die Innungskrankenkassen unterstützen grundsätzlich den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und begrüßen daher den Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit an den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt mit Erlass vom 13.12.2016, der die Erstellung eines Sondergutachtens unter Berücksichtigung der bisher vorliegenden RSA-Jahresausgleiche bis zum 30.09.2017 vorsieht.

Die Weiterentwicklung zum Morbi-RSA im Jahr 2009 hatte die Stärkung eines fairen Wettbewerbs zum Ziel: eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten sollte im Fokus des Kassenhandelns stehen. Er sollte aber auch die Chancengleichheit der Krankenkassen im Wettbewerb sicherstellen und versorgungsneutral wie auch manipulationsresistent ausgestaltet sein. Diesen Anforderungen wird der Morbi-RSA aktuell nicht gerecht. Angesichts erheblicher Über- und Unterdeckungen einzelner Kassen, die auf grundlegende Verwerfungen zwischen den Kassenarten hindeuten, ist aus Sicht der Innungskrankenkassen eine zügige Evaluation des Risikostrukturausgleichs sachgerecht.

Eine gründliche Analyse des RSA mit kurzfristig zur Verfügung stehenden Daten und Ergebnissen zum Zwecke der Berücksichtigung in Koalitionsverhandlungen im Anschluss an die Bundestagswahl 2017 ist unabdingbar. Die im Erlass des BMG vorgegebene Frist für die Vorlage des Gutachtens gilt es also unbedingt einzuhalten.

Sonstige fachliche Änderungsanträge

Die Erweiterung des Anspruchs auf Sehhilfen für Versicherte mit schwerer Sehbeeinträchtigung ist im Kern zu befürworten. Die vorgesehene Regelung geht allerdings über das von der Rechtsprechung geforderte Maß hinaus. Zudem stellt das SGB V aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht den richtigen Regelungsrahmen dar. Vielmehr halten wir es für erforderlich, den Anspruch auf Sehhilfen im Rahmen der Hilfsmittelrichtlinie zu

ergänzen. Hier könnte eine passgenaue Lösung in Anlehnung an die bisherigen Indikationen für Kontaktlinsen getroffen werden, die zudem auch für spätere Anpassungen durch die Selbstverwaltung offen wäre.

Dass eine Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nicht nur unter medizinischen Aspekten sinnvoll ist, sondern auch eine Notwendigkeit der Prüfung hinsichtlich der Zweckmäßigkeit, der Bedarfsgerechtigkeit und der Wirtschaftlichkeit besteht, ist mittlerweile unstrittig. Die Möglichkeit für Krankenkasse, externe Hilfsmittelberater zu beauftragen, sollte daher nicht gestrichen werden. Vielmehr sollte sie perspektivisch eher auf eine rechtssichere Grundlage gestellt werden.

Das Regelungsvorhaben zur Beseitigung möglicher Benachteiligungen in der KVdR für Mütter oder Väter, die ihre Beschäftigung für die Erziehung von Kindern zeitweise unterbrochen haben, ist grundsätzlich zu begrüßen. Eine ungerechtfertigte Schlechterstellung von erziehenden Elternteilen, deren Partner nicht in der GKV versichert sind, ist aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht zu vertreten. Die vorgeschlagene Regelung geht aus unserer Sicht aber zu weit und sollte auf den benachteiligten Personenkreis eingegrenzt werden.

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 - Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung

§ 71 Beitragssatzstabilität

Beabsichtigte Neuregelungen

Der Bestandsschutz bei Strukturverträgen, die der Aufzeichnung und Übermittlung von Diagnosen dienen, soll eingeschränkt werden. Es wird klargestellt, dass die dafür notwendigen aufsichtsrechtlichen Mittel zur Beseitigung von Rechtsverstößen und zur Vertragsbeendigung auch für diese Verträge gelten.

Bewertung

Verträge, deren alleiniges Ziel die Erhöhung von Zuweisungen aus dem Risikostrukturgleichgewicht darstellt, sind aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht mit dem Ziel einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten zu vereinbaren. Die Innungskrankenkassen begrüßen daher die (späte) Einsicht der Aufsichtsbehörden, die festgestellt haben, dass solche Verträge nicht die gesetzlichen Voraussetzungen für Verträge nach § 140a SGB V erfüllen. Die Anwendung bestehender aufsichtsrechtlicher Mittel zur Vertragsbeendigung solcher Verträge ist unbedingt zu unterstützen. Die Klarstellung wird daher begrüßt.

Die gezielte Beeinflussung der Kodierpraxis von Vertragsärzten dient nicht der Verbesserung der Patientenversorgung, sondern ist lediglich dem betriebswirtschaftlichen Streben der Krankenkassen nach höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds geschuldet, welche die ungerechtfertigten Ausgabensteigerungen i.d.R. überkompensieren. Dies führt zu existenziellen Wettbewerbsverzerrungen unter den gesetzlichen Krankenkassen, die irreversibel sind. Insbesondere Krankenkassen, die bereits früh sogenannte Betreuungsstrukturverträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen haben, können aktuell mit niedrigen Zusatzbeitragssätzen werben.

Auch profitieren sie ggf. weiterhin von ungerechtfertigten Diagnosen, die sich bereits in Patientenakten befinden und regelhaft wieder im Rahmen der ärztlichen Abrechnungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt werden. Die Frage, inwieweit hier eine Bereinigung gelingen kann, ist aktuell ungeklärt. Daher ist es unumgänglich, den Morbi-RSA im Hinblick auf seine Berücksichtigung solcher manipulationsanfälligen Diagnosen zu überprüfen und ihn zukünftig manipulationsresistenter auszugestalten.

Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 - Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung

§ 73 Kassenärztliche Versorgung

Beabsichtigte Neuregelungen

Es wird Vertragsärzten untersagt, ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile allein für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Bewertung

Die vorgeschlagene Regelung wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Es kann keine haltbare inhaltliche Begründung dafür geben, die bereits bestehende Verpflichtung der Vertragsärzte zur Dokumentation von Diagnosen finanziell zu unterstützen, da dies bereits im Rahmen der Gesamtvergütung abgegolten ist.

Aktuell fehlt es aber an verbindlichen Prüfmechanismen, die eine gewissenhafte und inhaltlich richtige Dokumentation durch die Vertragsärzte sicherstellen. Daher ist die Einführung von verbindlichen, ambulanten Kodierrichtlinien unumgänglich. Gleichzeitig sind aber die Kontrollinstrumente zur Einhaltung der Kodierrichtlinien ebenso wie der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich selbst so auszugestalten, dass für die Krankenkassen bei deren Einsatz nicht neue Anreize zur selektiven Anwendung der Kodierrichtlinien zum Zwecke der Zuweisungsoptimierung gesetzt werden.

Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 - Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung

§ 83 Gesamtverträge

Beabsichtigte Neuregelungen

Es wird ausgeschlossen, dass kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen als Gegenstand von Gesamtverträgen vereinbart werden können.

Bewertung

Verträge, deren alleiniges Ziel die Erhöhung von Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich ist, sind aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht mit dem Ziel einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten zu vereinbaren. Auch als Bestandteil von Gesamtverträgen sind solche Vereinbarungen aus unserer Sicht nicht zulässig und sollten folgerichtig verboten werden.

Die Neuregelung sieht einen Ausschluss der Vergütung der Diagnosekodierung für gesamtvertragliche Regelungen vor. Eine Anpassung der selektivvertraglichen Rahmenvorgaben ist nicht vorgesehen. Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns dafür aus, den Vergütungsausschluss für die Diagnosekodierung im Gesetz so präzise wie möglich zu definieren, um Interpretationsspielräume (auch im Zusammenhang mit selektivvertraglichen Regelungen) auszuschließen.

Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – Erhebung eines Regionalkennzeichens

§ 268 Absatz 4 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Beabsichtigte Neuregelungen

Die Erhebung eines Kennzeichens zur regionalen Zuordnung der Versicherten für die Prüfung nach § 273 SGB V wird ermöglicht. Dafür soll der Gemeindeschlüssel verwandt werden. Das Nähere zur Datenerhebung und –übermittlung regeln der GKV-Spitzenverband und das Bundesversicherungsamt.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Verbesserung der Datengrundlage zur Durchführung der kassenübergreifenden Vergleichsanalysen. Regionale Daten können Aufschluss über spezifische Manipulationen in regionalen Versichertenpopulationen bieten und helfen unter Umständen, die Wirkung von in der Anwendung befindlichen, zweifelhaften Selektivverträgen klarer in ihrer regionalen Wirkung zu beurteilen.

Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – Sicherung der Datengrundlagen für den RSA

§ 273 Absatz 3 Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Beabsichtigte Neuregelungen

Um die krankenkassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 SGB V zur Sicherung der Datengrundlagen für den RSA zu verbessern, wird eine Kooperationspflicht für Krankenkassen einschließlich eines Zwangsgeldes in einer Höhe von bis zum 10 Millionen Euro eingeführt.

Bewertung

Für die Innungskrankenkassen versteht sich eine vorbehaltlose und vollständige Unterstützung der Aufsichtsbehörden bei der Wahrnehmung ihrer Prüfaufgaben zur Sicherstellung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich von allein. Die Festschreibung von Mitwirkungspflichten kodifiziert daher nur, was bei den Innungskrankenkassen ohnehin gelebte Praxis ist.

Sollte es bereits Fälle von verweigerter oder verzögerter Kooperation gegeben haben, so ist auch die Einführung der Möglichkeit zur Verhängung eines Zwangsgeldes im Rahmen der Prüfungen nach § 273 SGB V folgerichtig. Es ist unumgänglich, dass alle Krankenkassen, die am Risikostrukturausgleich teilnehmen, in vollem Maße bei der Durchführung der Prüfung kooperieren.

Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6– Verhinderung unzulässiger Kodierbeeinflussung

§ 303 Ergänzende Regelungen

Beabsichtigte Neuregelungen

Es wird geregelt, dass zukünftig Korrekturen der Datenübermittlungen zu Diagnosen nach den §§ 295 und 295a SGB V nur zulässig sind, wenn technische Übermittlungs- oder formale Datenfehler vorliegen. Eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten auf Grund von Wirtschaftlichkeits- oder Abrechnungsprüfungen ist unzulässig.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen befürworten die Einschränkung von zulässigen Diagnosekorrekturen auf formale oder technische Fehler.

Die Zweckentfremdung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der KV Nordrhein hat gezeigt, dass die bestehende Möglichkeit zur nachträglichen Korrektur übermittelter Diagnosen in ambulanten Abrechnungsdaten von Krankenkassen missbraucht wurde, um Gewinnmaximierung mit der Nebenwirkung höherer Kosten in der Gesamtvergütung und entgangener Regresszahlungen zu betreiben. Durch nachträgliche Diagnosekorrekturen, die durch Verzicht auf mögliche Regressforderungen erkaufte wurden, haben die beteiligten Kassen höhere Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich erhalten. Die kassenindividuellen Zuwächse an Zuweisungen für die Kassen, die an diesem Missbrauch der Wirtschaftlichkeitsprüfungen beteiligt waren, wurden dabei auf Kosten der Solidargemeinschaft erkaufte. Bereits mit dem Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot gebietet es sich daher, entsprechende Regelungslücken zu schließen, ohne das Instrument der Wirtschaftlichkeitsprüfung dabei zu beschneiden.

Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7– Verhinderung unzulässiger Kodierbeeinflussung

§ 305a Beratung der Vertragsärzte

Beabsichtigte Neuregelungen

Es wird klargestellt, dass es nicht zu den Aufgaben der Krankenkassen in der Regelversorgung gehört, Vertragsärzte hinsichtlich der Vergabe und Dokumentation von Diagnosen zu beraten.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die vorgeschlagene Klarstellung ausdrücklich.

Kodierberatungen zum Zwecke der Diagnose- und Zuweisungsoptimierungen stellen aus Sicht der Innungskrankenkassen ein weiteres unzulässiges Instrument zur Einnahmeoptimierung von Krankenkassen im Wettbewerb dar. Die entsprechenden Aktivitäten von Kassen, die regelhaft auch im Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes Erwähnung finden, sind Ausdruck dafür, dass auf Grund der Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs das Kodierverhalten von Vertragsärzten auf Grund seiner Zuweisungsrelevanz gerade im ambulanten Sektor ein wichtiges Wettbewerbsfeld für die Krankenkassen geworden ist. Der Risikostrukturausgleich basiert zu einem erheblichen Anteil auf ungeprüften ambulanten Diagnosen, deren Dokumentation für die Kassen grundsätzlich zunächst keine direkte Ausgabenwirkung hat. Daher lohnen sich Kodierberatungen oder sogar direkte Eingriffe in die Abrechnungsdaten zum Zwecke der Vermehrung zuschlagsrelevanter Diagnosen.

Diese Fehlentwicklung ist Ausdruck der mangelnden Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs, den es daher dringend zu reformieren gilt. Damit der kassengesteuerte Kodierberater nicht der neue Pharmareferent wird, ist ein Verbot aus Sicht der Innungskrankenkassen notwendig. Grundsätzlich sollten Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung keine Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen, zu denen eine korrekte Dokumentation der Behandlungsanlässe bereits seit langem zählt.

Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6c– Leistungsumfang der Hochschulambulanzen als Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt

§ 117: Hochschulambulanzen

Beabsichtigte Neuregelung

Für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die in Hochschulambulanzen eingesetzt werden, gilt zukünftig, analog zur Regelung in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), eine Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt. Die Erlaubnis gilt auch für Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher noch keine Entscheidung getroffen hat.

Bewertung

Die Anwendung des Verbotsvorbehalts in Hochschulambulanzen bedeutet im Ergebnis eine weitere Öffnung dieser Einrichtungen für Behandlungsmethoden, die aus gutem Grund dem stationären Bereich vorbehalten sind. Deren Anwendung ist im ambulanten Umfeld ohne ausreichende, dauerhafte Beobachtung und Nachbetreuung mit noch erheblicheren Risiken als im stationären Rahmen verbunden, ohne dass ein nachgewiesener Nutzen diese Anwendung rechtfertigt. Die Anwendung von neuartigen Methoden wird in Hochschulambulanzen auch nicht standardmäßig evaluiert, so dass insgesamt noch nicht einmal der Verweis auf eine systematische Erkenntnismehrung über das Nutzenpotential neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden den gleichzeitig hohen Risiken für die Patienten gegenübersteht. Die Innungskrankenkassen lehnen daher die Einführung des Verbotsvorbehalts für Hochschulambulanzen ab.

Änderungsvorschlag

Streichung

Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16e – Folgegutachten Risikostrukturausgleich

§ 269: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

Beabsichtigte Neuregelung

Für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte werden Folgegutachten für die auf Basis des GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) erstellten Gutachten beauftragt. Ziel ist es, ausgewählte Modelle zur zielgerichteteren Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben sowie zur Deckung der standardisierten Ausgaben für Auslandsversicherte auf Grundlage der Daten aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen zu prüfen und bis zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln. Die dafür erforderlichen Datenerhebungen werden definiert und die zu berücksichtigenden Bestimmungsfaktoren beschrieben.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Beauftragung von Folgegutachten für die Ermittlung zielgerichteterer Zuweisungen zur Deckung der Ausgaben für Krankengeld und Auslandsversicherte.

Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1e (Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Follegutachten Risikostrukturausgleich

§ 33a Follegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Konkretisierungen zur beabsichtigten Ergänzung des § 269 SGB V, der Beauftragung von Follegutachten für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und zur Deckung der Aufwendungen für Auslandsversicherte. Die Gutachten sind bis 31.12.2019 zu erstellen.

Bewertung

Die Regelungen werden von den Innungskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Kritisch anzumerken ist die sehr späte Abgabefrist beider Gutachten zum 31.12.2019. Dies hat zur Folge, dass die im GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) eingeführten Sonderregelungen (§ 269 Abs. 1 und 2 SGB V) frühestens zum Ausgleichsjahr 2021 abgelöst werden.

Die Übergangsregelung für Auslandsversicherte ist aus unserer Sicht anzupassen. Die Begrenzung der Zuweisungen auf das GKV-weite Ausgabenvolumen für Auslandsversicherte sollte um Urlauberrechnungen und die Berücksichtigung von Inlandsausgaben bereinigt werden.

Änderungsvorschlag

Keiner

Antrag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen

„Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen – Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches vorantreiben“

(BT-Drucksache 18/10252)

Inhalt

Es wird festgestellt, dass eine erneute unabhängige Evaluation des Morbi-RSA überfällig sei, da die letzte umfassende Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt im Jahr 2011 veröffentlicht wurde und auf Daten von 2009 basiert. Vor dem Hintergrund, dass bereits kleine Änderungen im Ausgleichssystem des Morbi-RSA erhebliche Verschiebungen der Finanzströme zur Folge haben können, ist eine umfassende Evaluation der verschiedenen Reformoptionen angezeigt. Diese sollte nicht nur die Effekte der einzelnen Reformvorschläge auf Grundlage einer umfassenden Datengrundlage bewerten, sondern auch mögliche Wechselbeziehungen zwischen den unterschiedlichen Reformoptionen berücksichtigen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen unterstützen grundsätzlich den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und begrüßen daher den Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit an den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt mit Erlass vom 13.12.2016, der die Erstellung eines Sondergutachtens unter Berücksichtigung der bisher vorliegenden RSA-Jahresausgleiche bis zum 30.09.2017 vorsieht.

Die Weiterentwicklung zum Morbi-RSA im Jahr 2009 hatte die Stärkung eines fairen Wettbewerbs zum Ziel: eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten sollte im Fokus des Kassenhandelns stehen. Der Morbi-RSA hat sich bewährt, um Risikoselektionsanreize zu vermeiden. Er sollte aber auch die Chancengleichheit der Krankenkassen im Wettbewerb sicherstellen und versorgungsneutral wie auch manipulationsresistent ausgestaltet sein. Diesen Anforderungen wird der Morbi-RSA aktuell nicht gerecht.

Ansichts erheblicher Über- und Unterdeckungen einzelner Kassen, die auf grundlegende Verwerfungen zwischen den Kassenarten hindeuten, ist aus Sicht der Innungskrankenkassen eine zügige Evaluation des Risikostrukturausgleiches sachgerecht. Wir halten es für angemessen, zunächst auf Basis der bestehenden Datengrundlagen relevante Änderungsvorschläge so schnell wie möglich zu untersuchen. Die Erhebung

neuer Daten zur Untersuchung weiterer Fragestellung sollte aber darüber hinaus nicht vernachlässigt werden. Viele Probleme sind nur auf Basis einer erweiterten Datengrundlage zu untersuchen.

Im Hinblick auf die vom Bundesversicherungsamt und Wissenschaftlichem Beirat zugrunde gelegte Bewertungspraxis von Reformvorschlägen im Morbi-RSA ist eine starke Fokussierung auf das Kriterium der Verbesserung der Zielgenauigkeit auf Versicherten-ebene zu erkennen. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass hierfür aus der Gesundheitsökonomie bekannte Maßzahlen zum quantitativen Vergleich von unterschiedlichen Reformoptionen herangezogen werden können (R^2 , CPM, MAPE). Gleichzeitig werden andere gesetzliche Anforderungen an den Risikostrukturausgleich nicht im gleichen Maße bei der Bewertung von Anpassungsvorschlägen berücksichtigt. Aus Sicht der Innungskrankenkassen sollten die diskutierten Reformvorschläge nicht nur auf das Kriterium Vermeidung von Risikoselektion bzw. Zielgenauigkeit auf Versicherten-ebene geprüft, sondern auch im Hinblick auf Manipulationsresistenz, Versorgungsneutralität und der Wirkungen auf den Kassenwettbewerb kritisch bewertet und diskutiert werden. Insbesondere im Kontext der Überprüfung der Krankheitsauswahl sind die Aspekte Manipulationsresistenz und Versorgungsneutralität zwingend zu überprüfen – auch mit Blick auf die immer wieder diskutierte Option, auf die Krankheitsauswahl zu verzichten und stattdessen alle Krankheiten in den Ausgleich einzubeziehen.

Eine gründliche Analyse des RSA mit kurzfristig zur Verfügung stehenden Daten und Ergebnissen zum Zwecke der Berücksichtigung in Koalitionsverhandlungen im Anschluss an die Bundestagswahl 2017 ist unabdingbar. Die im Erlass des BMG vorgegebene Frist für die Vorlage des Gutachtens gilt es also unbedingt einzuhalten.

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – Anspruch auf Sehhilfen, Klarstellung zur Beauftragung externer Hilfsmittelberater

§ 33: Hilfsmittel

Beabsichtigte Neuregelungen

Der Anspruch auf Sehhilfen wird für solche Versicherten erweitert, die ohne Korrekturen auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 2 oder eine vergleichbare schwere Sehbeeinträchtigung aufweisen.

Krankenkassen ist im Zusammenhang mit der Bewilligung eines Hilfsmittels die Beauftragung externer Hilfsmittelberater zukünftig nicht erlaubt. Die Prüfung der Erforderlichkeit soll allein dem MDK vorbehalten sein.

Bewertung

Die Erweiterung des Anspruchs auf Sehhilfen für Versicherte mit schwerer Sehbeeinträchtigung ist im Kern zu befürworten. Die vorgesehene Regelung geht allerdings über das von der Rechtsprechung geforderte Maß hinaus. Zudem stellt das SGB V aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht den richtigen Regelungsrahmen dar. Vielmehr halten wir es für erforderlich, den Anspruch auf Sehhilfen im Rahmen der Hilfsmittelrichtlinie zu ergänzen. Hier könnte eine passgenaue Lösung in Anlehnung an die bisherigen Indikationen für Kontaktlinsen getroffen werden, die zudem auch für spätere Anpassungen durch die Selbstverwaltung offen wäre. Wir schlagen daher eine Streichung des Regelungsvorhabens vor.

Angesichts des Umfangs und der Vielzahl der Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis ist die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit bei der Genehmigung für kleine und mittlere Krankenkassen kaum noch leistbar.

Die Krankenkassen sind weiterhin der Auffassung, dass die medizinische Notwendigkeit unzweifelhaft allein durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft werden kann. Dies wird durch die Medizinischen Dienste flächendeckend in der erforderlichen hohen Qualität geleistet.

Eine Prüfung der technischen Eignung eines Hilfsmittels ist nur in Einzelfällen notwendig. Diese Prüfung setzt jedoch eine spezielle Expertise, die derzeit beim MDK flächendeckend nicht vorhanden ist, voraus. Es sind Fälle bekannt, in denen explizit auch in Gutachten des Medizinischen Dienstes angemerkt wird, dass eine Prüfung der techni-

schen Eignung dort nicht erfolgen kann. Der MDK verfügt nicht über die Personalausstattung, um neben der medizinischen Erforderlichkeit die Prüfung der Zweckmäßigkeit, der Bedarfsgerechtigkeit und der Wirtschaftlichkeit eines Hilfsmittels leisten zu können. Der Aufbau einer entsprechenden flächendeckenden Struktur für derartige Fälle beim MDK wäre weder wirtschaftlich, noch in einem angemessenen zeitlichen Horizont realisierbar. Folglich bleibt der bestehende Beratungs- und Prüfungsbedarf in der Hilfsmittelversorgung ohne externe Unterstützung aktuell unerfüllt.

Eine Zwischenschaltung des MDK als Auftraggeber externer Hilfsmittelberater, wie in der Begründung skizziert, ist aber als Lösungsvorschlag ebenso nicht zielführend. Diese Möglichkeit hat der MDK bereits heute, er macht davon aber wenig bis gar keinen Gebrauch. Es ist somit davon auszugehen, dass in der nahen Zukunft die Beauftragung externer Berater durch den MDK nicht in einem akzeptablen und mit den Prämissen des Patientenrechtegesetzes konformen Zeitrahmen erfolgen wird. Eine Verzögerung in der Bearbeitung von Leistungsanträgen und damit in der häufig dringend benötigten Versorgung der Versicherten wird unweigerlich die Folge sein. Die Erfahrung der vergangenen Jahre zeigt, dass eine direkte Beauftragung einer externen Hilfsmittelberatung durch Krankenkassen, die sich ausschließlich auf die technische Eignung bezieht, zu einer deutlich schnelleren Versorgung der Versicherten führt.

Ein Verzicht auf die gesetzlich vorgeschriebene Prüfung der Versorgung ist weder wirtschaftlich noch im Interesse der Versicherten. Die Ergebnisse von Pilotprojekten sind eindeutig. Eine optimale Versorgung unserer Versicherten kann nur durch eine umfassende Prüfung der Erforderlichkeit des Hilfsmittels sichergestellt werden. Dass dies häufig auch noch zu einer wirtschaftlicheren Versorgung führt, ist ein weiterer wichtiger Aspekt.

Der aktuelle Regelungsvorschlag erkennt bereits an, dass eine Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nicht nur unter medizinischen Aspekten sinnvoll ist, sondern auch eine Notwendigkeit der Prüfung hinsichtlich der Zweckmäßigkeit, der Bedarfsgerechtigkeit und der Wirtschaftlichkeit besteht. Die beabsichtigte Neuregelung ist folglich zu streichen, weil sie den einzigen insbesondere für kleine und mittlere Krankenkassen praktikablen Umsetzungsweg einer solchen Prüfung in Frage stellt.

Eine auch im Interesse der Versicherten liegende Beauftragung der externen Hilfsmittelberater durch Krankenkassen sollte perspektivisch eher auf eine rechtssichere Grundlage gestellt werden. Wir schlagen vor, dass die Möglichkeit der Beauftragung einer externen Hilfsmittelberatung unter strengen und klar definierten Qualitätskriterien gesetzlich verankert wird. Der GKV-Spitzenverband hatte daher in seiner Stellungnahme vom 15.11.2016 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung einen Regelungsvorschlag zur rechtssicheren Einbindung von externen Beratern

im Hilfsmittelbereich unterbreitet. Diesen Vorschlag unterstützen wir im Interesse einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit Nachdruck.

Änderungsvorschlag

Streichung

Änderungsantrag 5

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – Indikationserweiternde Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung – medizinische Fußpflege

§ 64d (neu): Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ergänzung in § 64d wird klargestellt, dass Krankenkassen in Fällen, in denen eine Beschränkung auf eine Grunderkrankung ausnahmsweise vorgesehen ist, die Behandlung im Rahmen von Modellvorhaben auch für andere Grunderkrankungen mit ebenso behandlungsbedürftigen krankhaften Schädigungen oder Funktionsstörungen erstatten können.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen bekräftigen ihre kritische Positionierung zur verpflichtenden Einführung der Modellvorhaben, insbesondere vor dem Hintergrund der bisher fehlenden Ergebnisse vorhandener Modellvorhaben und der damit verbundenen zu erwartenden Mehrkosten. Der personelle, organisatorische und finanzielle Aufwand steht in keinem angemessenen Verhältnis zum erwartbaren Erkenntnisgewinn. Ferner besteht auf Seiten der Ärzteschaft für Versorgungen im Rahmen der „Blankoverordnung“ kein direkter Einfluss mehr auf die Mengen- und Kostenentwicklung. Der gesetzliche Auftrag einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln bleibt jedoch bestehen, was zu Rechtsunsicherheiten und Umsetzungsproblemen bei der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen führen kann. Die Öffnung für weitere Grunderkrankungen im Rahmen der Modellvorhaben hat wiederum Kostensteigerungen aufgrund von Mengenausweitungen zur Folge. Darüber hinaus ist eine präjudizierende Wirkung auf die Regelversorgung zu erwarten. Besonders kritisch sehen wir auch die vorgesehenen Abweichungen von den Vorgaben der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Änderungsvorschlag

Streichung

(Austausch-)Änderungsantrag 8

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 0 – Anerkennung von Kindererziehungszeiten auf die Krankenversicherung der Rentner

§ 5: Versicherungspflicht

Beabsichtigte Neuregelung

Für jedes erzogene Kind, Stiefkind oder Pflegekind werden Mitgliedern drei Jahre Vorversicherungszeit in der Krankenversicherung der Rentner anerkannt.

Bewertung

Die Regelung zielt darauf ab, mögliche Benachteiligungen für Mütter oder Väter, die ihre Beschäftigung für die Erziehung von Kindern zeitweise unterbrochen haben, zu verringern. In Fällen, in denen der Ehepartner nicht in der GKV versichert ist, ist für den erziehenden Elternteil keine Familienversicherung in der GKV möglich. Dies wirkt sich für Personen mit Anspruch auf eine gesetzliche Rente nachteilig im Hinblick auf die Ermittlung der Vorversicherungszeit in der Krankenversicherung der Rentner aus. Die Erfüllung der Zugangsbedingungen in die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wird erschwert. Zugangsberechtigte müssen seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums (Vorversicherungszeit) selbst Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder familienversichert gewesen sein.

Das Regelungsvorhaben ist grundsätzlich zu begrüßen. Eine ungerechtfertigte Schlechterstellung von erziehenden Elternteilen, deren Partner nicht in der GKV versichert sind, ist auch aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht zu vertreten.

Die vorgeschlagene Regelung geht aus unserer Sicht aber zu weit. Es ist nicht sachgerecht, mit dieser gesetzlichen Regelung pauschal drei Jahre für jedes Kind auf die Vorversicherungszeit der KVdR anzurechnen. In der jetzt vorgeschlagenen Form erhalten auch Elternteile, deren Erziehungszeiten in der ersten Hälfte des Erwerbslebens lagen oder die über eine Familienversicherung weiterhin in der GKV versichert bleiben, die Anrechnung, obwohl keine Benachteiligung bestand. Dies öffnet die Tür für eine Rückkehr in die KVdR über Gebühr.

Die Neuregelung sollte zum einen auf den vorgenannten Personenkreis, also Personen mit vorheriger Versicherung in der GKV, und auch zeitlich auf Kindererziehung in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens begrenzt sein. Sofern Mitglieder/Versicherte der GKV

Kindererziehungszeiten bereits bei der Berechnung der Vorversicherungszeit mit anderen Versicherungstatbeständen (eigene Mitgliedschaft, Familienversicherung) belegt und angerechnet werden können, ist eine „erneute Anrechnung“ dieser Zeit im Rahmen dieser Pauschalierung von drei zusätzlichen Jahren je Kind aus unserer Sicht entbehrlich.

Änderungsvorschlag

Eingrenzung auf GKV-Versicherte ohne Möglichkeit der Familienversicherung mit Kindererziehungszeiten in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens