

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0239(14)
gel. VB zur öAnhörung am 13.02.
2017_HHVG-2
09.02.2017



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.02.2017

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG);
hier: Änderungsanträge lt. Ausschussdrucksache
18(14)0226.2**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zu Änderungsantrag 1	3
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	3
§ 71 Beitragssatzstabilität	3
§ 73 Kassenärztliche Versorgung	4
§ 83 Gesamtverträge	5
§ 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches	7
§ 273 Sicherung der Datengrundlagen des Risikostrukturausgleichs	9
§ 303 Ergänzende Regelungen	10
§ 305a Beratung der Vertragsärzte	11
II. Stellungnahme zu Änderungsantrag 2	12
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	12
§§ 117, 120 SGB V Leistungsumfang der Hochschulambulanzen als Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt; Frist für Vergütungsvereinbarungen und Schiedsregelung	12
III. Stellungnahme zu Änderungsantrag 3	14
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	14
§ 269 Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte	14
Zu Artikel 1e (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)	16
Änderung von § 33a der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	16
IV. Stellungnahme zu Änderungsantrag 5	17
Zu Artikel 1h – Änderung des Notfallsanitätäergesetzes	17

I. Stellungnahme zu Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 71 Beitragssatzstabilität

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V gelten Verträge, die vor der seit dem 23.07.2015 geltenden Neufassung des § 140a SGB V auf Grundlage der nach den §§ 73a, 73c und 140a SGB V in der am 22.07.2015 geltenden Fassung abgeschlossen wurden, fort. Mit der Ergänzung des § 71 Abs. 6 SGB V um einen Satz 8 wird klargestellt, dass die aufsichtsrechtlichen Mittel zur Beseitigung von Rechtsverstößen und zur Vertragsbeendigung nach § 71 Abs. 6 SGB V auch für diese Verträge gelten.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Klarstellung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 2

§ 73 Kassenärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Neuregelung wird es 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.

B) Stellungnahme

Die korrekte und vollständige Vergabe und Dokumentation von Diagnosen durch den Arzt ist die Voraussetzung und Grundlage der Behandlung von Patienten und damit vollumfänglich Gegenstand und Inhalt der regulären Vergütung. Das Verbot der Entgegennahme einer zusätzlichen Vergütung oder anderweitiger wirtschaftlicher Vorteile ist somit sachgerecht. In Ergänzung wird es für erforderlich erachtet, auf ein einheitliches und qualitätsgesichertes Kodierverhalten der Ärztinnen und Ärzte hinzuwirken. Die Einführung verbindlicher Kodierrichtlinien für die ambulante Versorgung stellt hierfür eine sinnvolle flankierende Maßnahme dar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 3

§ 83 Gesamtverträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung des § 83 SGB V werden kassenindividuelle und kassenartenspezifische Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen als Teil der Gesamtverträge untersagt. Ausgenommen hiervon wird der vertragszahnärztliche Bereich, da eine Dokumentation und Übermittlung von Diagnosen nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nur für den vertragsärztlichen Bereich vorgegeben ist.

Ferner werden den Aufsichtsbehörden aufsichtsrechtliche Mittel zur Beseitigung von Rechtsverstößen im Rahmen des Abschlusses von Gesamtverträgen gegenüber den Krankenkassen nach § 71 Abs. 6 SGB V eingeräumt.

B) Stellungnahme

Das Verbot der Annahme einer zusätzlichen Vergütung für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen (vgl. ÄA zu Artikel 1 Nr. 2) wird folgerichtig ergänzt durch ein Verbot kassenindividueller und kassenartenspezifischer Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen als Teil der Gesamtverträge.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Ergänzender Änderungsvorschlag

§ 87a SGB V Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

A) Notwendige Neuregelung

Die Dokumentation und Übermittlung von Diagnosen durch die Vertragsärzte berührt auch die diagnosebezogene Veränderungsrate, mit der die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung angepasst wird. Da die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 2 SGB V in der Datengrundlage, auf der mit dem jeweils geltenden Modell des Klassifikationsverfahrens die diagnosebezogenen Raten bestimmt werden, neben der Morbiditätsstruktur der Versicherten immer auch Veränderungen in der Dokumentation der an sich gleichen tatsächlichen Morbidität abbilden, sind zur Vermeidung von Fehlschätzungen im Rahmen der Berechnungen nach § 87a Absatz 5 Satz 3 SGB V die diagnosebezogenen Raten um diese Effekte zu bereinigen.

B) Änderungsvorschlag

In § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V wird nach dem Wort „anzuwenden“ der Punkt gelöscht und folgender Halbsatz eingefügt

„; die diagnosebezogenen Raten sind um durch eine Veränderung der Dokumentation der Morbiditätsstruktur bedingte Anteile zu bereinigen.“

Nr. 4

§ 268 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 1. Januar 2018 werden die Kassen verpflichtet, den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnorts des Versicherten zu erheben und im Rahmen der Datenübermittlungen für den Risikostrukturausgleich pseudonymisiert zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Die Erhebung des amtlichen Gemeindeschlüssels soll gemäß Begründung des Änderungsantrags sowohl Zwecken der Auswertung und Analyse des Risikostrukturausgleichs dienen, als auch die Basis der Prüfungen nach § 273 SGB V zur Sicherung der Datengrundlagen des Risikostrukturausgleichs erweitern.

Es ist anzumerken, dass im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zur Datentransparenz nach den §§ 303a bis 303e SGB V die für den Risikostrukturausgleich erhobenen Daten der Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt der Datenaufbereitungsstelle nach § 303d SGB V (DIMDI) bereitgestellt werden. In diesem Zusammenhang wird auch die Postleitzahl des Versicherten nach § 303b Abs. 2 SGB V im Rahmen eines separaten Verfahrens durch die Krankenkassen erhoben und gesondert verschlüsselt über das BVA an das DIMDI übermittelt. Durch die beabsichtigte Neuregelung wären somit zukünftig zwei getrennte Erhebungs-, Übermittlungs- und Verschlüsselungsverfahren für den gleichen Sachverhalt, die Übermittlung eines Regionalkennzeichens als Teil der für den RSA erhobenen Daten, durchzuführen. Dieses ist aus verwaltungsökonomischer Sicht nicht sinnvoll. Durch die beabsichtigte Regelung des § 268 Abs. 4 SGB V (neu) erübrigt sich die gesonderte Übermittlung eines Regionalkennzeichens nach § 303b Abs. 2 SGB V. Zur Sicherstellung einer gleichbleibenden Datenqualität und Harmonisierung beider Regelungen wird daher vorgeschlagen, § 303b Abs. 2 SGB V zu streichen und in § 268 Abs. 4 SGB V (neu) anstelle des amtlichen Gemeindeschlüssels die Übermittlung der detaillierter differenzierenden Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten vorzusehen.

In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass die bereits heute dem DIMDI vorliegenden und mit den RSA-Datenmeldungen verknüpfbaren versichertenbezogen erhobenen Angaben zur Postleitzahl einmalig für zeitnähere Analysen dem Bundesversicherungsamt zur Verfügung gestellt werden könnten. Voraussetzung hierfür wäre eine entsprechende Ergänzung des § 303b SGB V.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die in einem Kalenderjahr durchgeführten Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich lediglich für Zwecke des monatlichen Abschlagsverfahrens das jeweilige Kalenderjahr, jedoch in der Regel Vorjahre betreffen. Daher sollte in der Begründung zur vorgeschlagenen Neuregelung klargestellt werden, dass die Postleitzahl ab dem 01.01.2018 für alle Jahre zu erheben ist, für die im jeweiligen Jahr eine versichertenbezogene Datenmeldung erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

Dem § 268 SGB V wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(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.“

§ 303b Abs. 2 wird gestrichen.

Nr. 5

§ 273 Sicherung der Datengrundlagen des Risikostrukturausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Neuregelung werden die Krankenkassen zur Mitwirkung bei der Aufklärung von Auffälligkeiten im Rahmen der Prüfungen nach § 273 SGB V verpflichtet. Zudem wird dem BVA die Möglichkeit der Festsetzung von Zwangsgeldern nach § 71 Abs. 6 SGB V bei fehlender Mitwirkung einer Krankenkasse eröffnet.

B) Stellungnahme

Zur Sicherung der Datengrundlagen des Risikostrukturausgleiches sind die Prüfungen nach § 273 SGB V auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes unverzichtbar. Die beabsichtigten Neuregelungen sollen das Prüfverfahren zur Sicherung der Datengrundlagen im Risikostrukturausgleich stärken. Dies gilt unabhängig davon, dass dem GKV-Spitzenverband keine Erkenntnisse über konkrete Fälle fehlender Mitwirkung von Krankenkassen bei Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 Absatz. 3 SGB V vorliegen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 6

§ 303 Ergänzende Regelungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung des § 303 SGB V sind zukünftig Korrekturen der Datenübermittlungen zu Diagnosen nach den §§ 295 und 295a SGB V nur zulässig, wenn technische Übermittlungs- oder formale Datenfehler vorliegen.

B) Stellungnahme

Die Möglichkeit, Datenübermittlungen zu korrigieren, wenn technische Übermittlungs- oder formale Datenfehler vorliegen, ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Nr. 7

§ 305a Beratung der Vertragsärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung wird die Beratung eines Vertragsarztes hinsichtlich der Vergabe und Dokumentation von Diagnosen durch die Krankenkasse oder einen von ihr beauftragten Dritten zukünftig untersagt.

B) Stellungnahme

Im Kontext der mit den Änderungen der Nummern 1 bis 3 und 5 des Änderungsantrags verfolgten Zielsetzung, eine monetär bestimmte Kodierbeeinflussung zu verhindern, ist das Verbot einer Kodierberatung durch Krankenkassen oder durch von ihnen beauftragte Dritte eine nachvollziehbare Ergänzung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

II. Stellungnahme zu Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6a und 6b

§§ 117, 120 SGB V Leistungsumfang der Hochschulambulanzen als Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt; Frist für Vergütungsvereinbarungen und Schiedsregelung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass für den Leistungsumfang der Hochschulambulanzen künftig der Verbotsvorbehalt analog der stationären Versorgung gilt.

B) Stellungnahme

Damit wären auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der Versorgung durch Hochschulambulanzen zugelassen, deren medizinischer Nutzen und deren Risikoprofil für die Patientinnen und Patienten unklar sind. Die in der Begründung geführte Argumentation, dies sei sachgerecht, da die Überweisung in die Hochschulambulanz in der Regel durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolge und die Patientinnen und Patienten an schweren und komplexen Erkrankungen leiden, ist nicht schlüssig. Gerade Patientinnen und Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen sollten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden, von denen sie auch nachweislich profitieren.

Die Erbringung von Leistungen ohne Nutznachweis in Hochschulambulanzen wird darüber hinaus damit begründet, dass eine vergleichbare Regelung bereits in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b existiere. Dies ist nicht zutreffend. Im Gegensatz zu der vorgesehenen Regelung zu Hochschulambulanzen erfolgt bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eine vorausgehende inhaltliche Auseinandersetzung mit den medizinisch erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den G-BA. Der Leistungsumfang für Leistungen nach § 116b wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL) und seinen Anlagen bestimmt. Der definierte Leistungsumfang wird regelmäßig überprüft und ggf. angepasst. Darüber hinaus stellen die Vorgaben in den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur spezialfachärztlichen Versorgung definierte Anforderungen an die Qualifikation, Struktur und Prozesse der Leistungserbringer und Leistungserbringung, welche gegenüber den erweiterten Landesausschüssen angezeigt und überprüft werden.

Eine vergleichbare Definition des Leistungsumfangs sowie deren Vorgaben zu strukturellen und qualifikatorischen Voraussetzungen für die Leistungserbringung von Hochschulambulan-

zen existiert nicht. Jede Hochschulambulanz definiert ihren Leistungsumfang zunächst selbst. Dies birgt auch das Risiko der Entstehung regional unterschiedlicher Versorgungsangebote für gleiche Patientengruppen.

Die Regelung sollte gestrichen werden. Sofern doch Leistungen ohne Nutznachweise erbracht werden sollen, wäre sicherzustellen, dass diese identifiziert und im Rahmen von Studien erbracht werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung

III. Stellungnahme zu Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 269 Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Ergänzungen zu § 269 SGB V werden Folgegutachten für die bereits auf Grundlage der mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) erstellten Gutachten für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hatten, vorgesehen. Es wird sichergestellt, dass den Gutachtern die hierfür erforderlichen Daten zur Verfügung stehen. Die über die bisherigen Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich hinausgehenden und nach Erkenntnissen der vorliegenden Erstgutachten erforderlichen weiteren Datenerhebungen durch die Krankenkassen und den GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, werden definiert und zeitlich konkretisiert. Die Zweckbindung dieser zusätzlichen Datenerhebung wird festgelegt.

Für den Bereich Krankengeld und Auslandsversicherte werden die zu untersuchenden Ausgleichsmodelle hinsichtlich der zu verwendenden Bestimmungsfaktoren beschrieben. Für beide Bereiche sollen Ausgleichsmodelle bis zur Umsetzungsreife entwickelt werden.

Die Folgegutachten sind bis zum 31. Dezember 2019 vorzulegen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Weiterführung der bereits mit Inkrafttreten des GKV-FQWG begonnenen Analyse möglicher Ausgleichsmodelle bzw. deren Bestimmungsfaktoren für zielgerichtete Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für den Bereich Krankengeld und für Versicherte mit überwiegendem oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland. Die beabsichtigten Neuregelungen berücksichtigen die Forschungsergebnisse der bereits vorliegenden Erstgutachten nach § 268 Abs. 3 SGB V. Die durch diese Gutachten geforderten und für weitere Analysen notwendigen Datenerhebungen durch die Krankenkassen bzw. den GKV-Spitzenverband werden aufgegriffen und definiert. Diesbezüglich ist anzumerken, dass für einzelne Daten derzeit nur unzureichende Erkenntnisse über die Datenqualität vorliegen. Ins-

besondere bezüglich der zu übermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen ist darauf hinzuweisen, dass die den Krankenkassen vorliegenden Daten stark abhängig sind vom Meldeverhalten der Arbeitgeber und der Bundesagentur für Arbeit. Fehlerhafte Datenmeldungen der Arbeitgeber bzw. der Bundesagentur für Arbeit können nur durch diese, nicht aber durch die Krankenkassen, korrigiert werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Zu Artikel 1e (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 2

Änderung von § 33a der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zur beabsichtigten Ergänzung des § 269 SGB V werden in § 33a RSAV Regelungen für die Beauftragung und Inhalte der Folgegutachten für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte vorgesehen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 1 dieses Änderungsantrages.

C) Änderungsvorschlag

keiner

IV. Stellungnahme zu Änderungsantrag 5

Zu Artikel 1h – Änderung des Notfallsanitättergesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht die Streichung der Stichtagsregelung vor. Dies bedeutet, dass nun auch die Personen, die eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Rettungsassistentin oder Rettungsassistent nachweisen, bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 Nummer 2 und 3, die Erlaubnis erhält, die Berufsbezeichnung „Notfallsanitäterin“ oder „Notfallsanitäter“ zu führen, wenn sie innerhalb von sieben Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes die staatliche Ergänzungsprüfung besteht. Bislang konnten nur Tätigkeiten, die zum Stichtag des Inkrafttretens des Gesetzes nachgewiesen waren, angerechnet werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung hat Auswirkungen auf die Dauer der notwendigen Zusatzausbildungen und kann die Kosten für die Ausbildung bzw. die notwendigen Zusatzausbildungen von Rettungsassistentinnen bzw. -assistenten zu Notfallsanitäterin bzw. zum Notfallsanitäter für alle Beteiligten reduzieren. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diesen Änderungsvorschlag.

C) Änderungsvorschlag

keiner

**Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes
vom 08.02.2017**

**zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
"Fairen Wettbewerb in der solidarischen
Krankenversicherung ermöglichen –
Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten
Risikostrukturausgleiches vorantreiben"
(Drucksache 18/10252)**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Antragsinhalt	3
II. Sachstand und Stellungnahme	4

I. Antragsinhalt

Ausgehend von den Feststellungen der Antrag stellenden Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, dass

- eine erneute unabhängige Evaluation des Morbi-RSA überfällig sei, da die letzte umfassende Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt auf Basis der Daten des Ausgleichsjahrs 2009 im Jahr 2011 veröffentlicht wurde,
- nach wie vor von den Kassen nicht beeinflussbare zum Teil erhebliche Über- und Unterdeckungen bei unterschiedlichen Versichertengruppen bestünden, die Reformbedarf bei der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA offenbarten,
- bereits eine Vielzahl von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA existiere,
- bereits kleine Änderungen im Ausgleichssystem erhebliche Verschiebungen der Finanzströme zur Folge haben könnten,

sei es unerlässlich, die verschiedenen Reformoptionen einer umfassenden Evaluation zu unterziehen, die nicht nur die Effekte der einzelnen Reformvorschläge auf Grundlage einer umfassenden Datengrundlage bewertet, sondern auch mögliche Wechselbeziehungen zwischen den unterschiedlichen Reformoptionen berücksichtigt. Daher solle der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auffordern,

1. im ersten Schritt zügig die für die Evaluation des Morbi-RSA und dessen Weiterentwicklung benötigte Datengrundlage verfügbar zu machen und hierzu, soweit nötig, einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die notwendigen sozialrechtlichen Voraussetzungen zur Erhebung und Nutzung der benötigten Daten geschaffen werden,
2. im zweiten Schritt auf dieser Grundlage eine unabhängige Evaluation in Auftrag zu geben, mit der der Morbi-RSA überprüft wird und die Vorschläge zu dessen Weiterentwicklung auf ihre Wirkungen hin untersucht werden.

II. Sachstand und Stellungnahme

Zwischenzeitlich wurden zu dem im Antrag vorgebrachten Anliegen seitens des Bundesministeriums für Gesundheit sowie seitens der Regierungsfractionen Maßnahmen getroffen, die die Verbesserung der wissenschaftlichen Evidenz über die Wirkungen des Morbi-RSA zum Ziel haben und damit die Grundlage für nachfolgende gesetzliche Änderungen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches bilden sollen.

1 Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats

Mit einem Erlass des BMG vom 13.12.2016 wurde der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches beim Bundesversicherungsamt beauftragt, bis zum 30.09.2017 in einem Sondergutachten unter Berücksichtigung der bisher vorliegenden RSA-Jahresausgleiche die Wirkungen des Morbi-RSA zu überprüfen sowie die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA empirisch abzuschätzen. Befristet für die Dauer der Erstellung des Sondergutachtens werden zwei weitere Mitglieder in den Wissenschaftlichen Beirat berufen. Vorgeslagen wurden seitens des Bundesversicherungsamtes die Herren Prof. Dr. Wynand van de Ven, Rotterdam, und Prof. Dr. Achim Wambach, Mannheim.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist sowohl die Beauftragung zur Erstellung eines Sondergutachtens zum Morbi-RSA auf Basis aktueller Daten sowie grundsätzlich die personelle Stärkung des Wissenschaftlichen Beirats zu begrüßen.

Mit Schreiben vom 27.01.2017 wurde der GKV-Spitzenverband seitens des Wissenschaftlichen Beirats darüber informiert, dass sich der Beirat auf Anregung des Bundesministeriums für Gesundheit – neben deskriptiven Auswertungen des RSA – mit Analysen zu folgenden Themenfeldern befassen soll:

- Prävalenzgewichtung bzw. Wegfall der Krankheitsauswahl
- Ausgleich von Morbiditätsrisiken im RSA (u.a. Auswirkungen einer Streichung des Risikomerkmals „Erwerbsminderungsrentner“ und der DMP-Pauschale)
- Unterschiedliche Ausgabenstrukturen
- Unterschiedliche Varianten zur Einführung eines Risikopools
- Manipulationsresistenz des RSA
- Präventionsanreize im RSA
- Berücksichtigung der Verwaltungsausgaben im RSA

Der GKV-Spitzenverband wurde gebeten, der Geschäftsstelle des Beirats weitere Themenfelder zu benennen, soweit aus den Reihen der Krankenkassen weitere Vorschläge vorlägen. Der GKV-Spitzenverband wird den Beirat über ergänzende Vorschläge der Krankenkassen unterrichten.

2 Regionaldaten für RSA-Analysen

Mit einer im Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 24.01.2017 zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) vorgesehenen Änderung des § 268 SGB V werden die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2018 verpflichtet, den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnorts des Versicherten zu erheben und im Rahmen des RSA-Verfahrens zu übermitteln. Diese Daten sollen u.a. für Zwecke der Auswertung und Analyse des Risikostrukturausgleichs und seiner Datengrundlagen im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen zum Risikostrukturausgleich im Auftrag vom BMG oder BVA die regionale Zuordnung der Versicherten möglich machen.

Zur Bewertung der Rechtsänderung wird auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (Ausschussdrucksache 18(14)0226.2) verwiesen.

3 Folgegutachten Krankengeld und Auslandsversicherte

Mit dem Änderungsantrag 3 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 24.01.2017 zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) werden in den §§ 269 SGB V und 33a RSAV die Rechtsgrundlagen für die Erstellung von Folgegutachten für die bereits auf Grundlage des geltenden § 269 SGB V erstellten Gutachten geschaffen, die sich bereits mit den Zuweisungen für das Krankengeld und für Auslandsversicherte befassen.

Für die über die bisherigen RSA-Datenmeldungen hinausgehenden und nach den Erkenntnissen der vorliegenden Erstgutachten erforderlichen weiteren Datenerhebungen durch die Krankenkassen und den GKV-Spitzenverband – für den Bereich des Krankengeldes insbesondere Daten über beitragspflichtige Einnahmen, Diagnosen, Leistungsausgaben und Tätigkeitsschlüssel, für den Bereich der Auslandsversicherten insbesondere Grenzgänger- und Länderkennzeichen sowie abgerechnete Rechnungssummen der DVKA – werden gesetzlich spezifiziert.

Zu diesen vorgesehenen Rechtsänderungen wird auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (Ausschussdrucksache 18(14)0226.2) verwiesen.

4 Fazit

Der GKV-Spitzenverband unterstützt das Anliegen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und begrüßt in diesem Sinne zugleich sowohl die Initiative des BMG zur umfassenden Evaluation des Morbi-RSA inklusive der empirischen Bewertung der relevanten Vorschläge zur Weiterentwicklung desselben, als auch die mit den vorliegenden Änderungsanträgen der Regierungsfractionen vorgesehenen Rechtsänderungen zur Erstellung der erforderlichen Folgegutachten zu den Zuweisungen für das Krankengeld und für Auslandsversicherte.