

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)123(28)

gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 -

GKV-FKG

13.12.2019

verbraucherzentrale

Bundesverband

VERBRAUCHER BRAUCHEN TRANSPARENZ ÜBER DAS AGIEREN DER EINZELNEN KRANKENKASSEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG),

zu ausgewählten Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

sowie zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln

12. Dezember 2019

Impressum

Verbraucherzentrale

Bundesverband e.V.

Team

Gesundheit und Pflege

Rudi-Dutschke-Straße 17

10969 Berlin

Gesundheit@vzbv.de

Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG	3
II. EINLEITUNG	4
III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN	6
1. Transparenz über das Agieren der Krankenkassen schaffen.....	6
2. Einheitliche Aufsicht von grundsätzlicher Bedeutung für den Wettbewerb in der GKV.....	8
3. Verhinderung der Einflussnahme auf die Diagnosekodierung.....	9
4. Finanzielle Anreize zur Stärkung von Vorsorgemaßnahmen.....	10
5. Keine höheren Kosten für Verbraucher bei Lieferengpässen.....	10

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der vorliegende Gesetzentwurf umfasst wichtige Reformschritte zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Grundlage der Änderungen am Zuweisungsmodell sind zwei fundierte Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf weitere Anpassungen am Wettbewerbsrahmen der Krankenkassen vor. Positiv bewertet der vzbv die geplanten Maßnahmen zur Verhinderung einer Einflussnahme der Krankenkassen auf die ärztliche Diagnosekodierung sowie die regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, um Unwuchten im Risikostrukturausgleich frühzeitig erkennen und korrigieren zu können.

Sehr kritisch bewertet der vzbv, dass im Gegensatz zum Referentenentwurf des Gesetzes und auf Druck der Bundesländer, nun keine einheitliche Aufsicht über die Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt (BVA) mehr vorgesehen ist. Aus Sicht des vzbv ist eine einheitliche Aufsicht eine Grundvoraussetzung für einen fairen Wettbewerb in der GKV.

Damit das in diesem Gesetzentwurf formulierte Ziel des fairen Kassenwettbewerbs, als einem Wettbewerb um den besten Service und die beste Versorgung, erreicht werden kann, sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) weiteren und grundlegenden Handlungsbedarf. Neben den für Verbraucherinnen und Verbraucher¹ bereits aktuell leicht verfügbaren und abrufbaren Informationen zu den Kosten (Zusatzbeiträge der einzelnen Krankenkassen) müssen ihnen zeitnah Informationen über das Genehmigungsverhalten der einzelnen Krankenkassen sowie deren konkrete Service-, Beratungs- und Leistungsangebote zur Verfügung gestellt werden. Umfassende Informationspflichten für Krankenkassen sind unerlässlich, um eine Vergleichbarkeit für Verbraucher zu schaffen. Nur so ist eine fundierte Wahl einer Krankenkasse durch Verbraucher möglich. Krankenkassen können nur unter diesen Bedingungen um Service und Leistungen konkurrieren und nicht allein um den Preis.

Diese Informationen müssen für Verbraucher leicht nachvollziehbar und vergleichbar dargestellt werden, zum Beispiel in einem unabhängigen Online-Portal. Darüber hinaus fordert der vzbv eine Evaluationspflicht zu allen Selektivverträgen der Krankenkassen.

¹ Die im weiteren Text gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf Personen aller Geschlechter. Wir bitten um Verständnis für den weitgehend Verzicht auf Doppelbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

II. EINLEITUNG

Bereits in der vergangenen Legislaturperiode wurde der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt mit der Erstellung zweier Gutachten zur Beurteilung relevanter Reformoptionen des Finanzausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen beauftragt. Die mittlerweile vorliegenden Gutachten sind die wissenschaftliche Grundlage für die im Gesetzentwurf vorgesehenen Reformschritte zur Weiterentwicklung des Finanzausgleichs. Ziel ist es, die Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds so zu gestalten, dass sie zielgenauer den Krankenkassen zur Verfügung stehen, die sie für die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten benötigen, und damit Wettbewerbsverzerrungen zu reduzieren.

Der Morbi-RSA ist eine notwendige Voraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Er soll Risikoselektion durch die Kassen verhindern. Über umfangreiche Anpassungen am statistischen Modell zur Verteilung der Finanzmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinaus sieht der nun vorliegende Gesetzentwurf weitere Regelungen zum Wettbewerbsrahmen in der GKV vor – insbesondere auch, um eine Einflussnahme auf die ärztliche Diagnosedokumentation, die Grundlage der Verteilung der Mittel im Morbi-RSA, zu verhindern und um das Handeln der verschiedenen Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenkassen zu harmonisieren.

Im Detail enthält der Gesetzentwurf die folgenden wesentlichen Regelungen:

- a) Neuerungen am Regressionsmodell des Morbi-RSA
 - ❖ Die Einführung eines Krankheits-Vollmodells, das heißt, die Berücksichtigung des gesamten Krankheitsspektrums im Finanzausgleich der Krankenkassen.
 - ❖ Die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen.
 - ❖ Die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten.
 - ❖ Die Einführung einer Regionalkomponente ohne angebotsseitige Faktoren wie Arztdichte oder Krankenhausbettanzahl.
 - ❖ Die Einrichtung eines Risikopools, um die finanzielle Belastung aus Hochkostenfällen abzumildern.
 - ❖ Die Berücksichtigung der Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (Vorsorge-Pauschale).
- b) Spezifische Maßnahmen zur Verhinderung der Einflussnahme auf die Diagnosekodierung
 - ❖ Morbiditätsgruppen (HMGs), die GKV-weit eine bestimmte Steigerungsrate überschreiten und eine Manipulation vermuten lassen, werden aus dem Jahresausgleich ausgeschlossen (Manipulationsbremse).
 - ❖ Das Verbot der Diagnosevergütung wird neu formuliert.
 - ❖ Ein Verbot der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen.
 - ❖ Die Prüfung nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Sicherung der Datengrundlage wird vereinfacht. Die Kompetenzen des Bundesversicherungsamts (BVA) werden gestärkt (u. a. Sonderprüferecht bei Selektivverträgen im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße).

- Das BVA richtet eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach § 73b sowie § 140a (Vertragstransparenzstelle) ein.
 - c) Anpassung des Wettbewerbsrahmens der Krankenkassen
- Die Verhaltensregeln für Werbemaßnahmen der Krankenkassen werden klarer definiert.
- Der kassenartenbezogene Haftungsverbund wird abgeschafft.
- Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, untereinander gegen wettbewerbswidriges Verhalten zu klagen.
- Der gesetzliche Rahmen zur Zusammenarbeit und zum Erfahrungsaustausch der Aufsichten wird konkretisiert.

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf eine regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA (alle vier Jahre) durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vor.

Die vorliegenden Änderungsanträge zum Gesetzentwurf betreffen insbesondere Themen der Arzneimittelversorgung. Aus Verbrauchersicht besonders relevant sind hier die geplanten Maßnahmen zur Verhinderung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln.

Der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen sieht u. a. vor, ein unabhängiges und qualitätsgesichertes Monitoring der Krankenkassen zu etablieren, das Verbrauchern eine Bewertung und den Vergleich der Versorgungsleistung und -qualität von Krankenkassen ermöglicht.

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages führt am 18. Dezember 2019 eine Verbändeanhörung zum vorliegenden Gesetzentwurf durch. Der vzbv bedankt sich für die Möglichkeit, zu den geplanten Neuregelungen aus Verbrauchersicht Stellung nehmen zu können. Im Folgenden werden einzelne Regelungen des Gesetzentwurfs, die für Verbraucher von besonderer Relevanz sind, diskutiert.

III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN

1. TRANSPARENZ ÜBER DAS AGIEREN DER KRANKENKASSEN SCHAFFEN

Ziel der wettbewerblichen Ausrichtung des Systems der GKV ist es, ein Konkurrenzverhältnis herzustellen, um Innovationen im Gesundheitswesen und Serviceorientierung gegenüber den Versicherten zu fördern. Dies führt aber zwangsläufig zu einem Spannungsfeld zwischen öffentlich-rechtlichem Versorgungs- und Verwaltungsauftrag und kassenindividuellen Marketingstrategien zur Positionierung im Wettbewerb.²

Der vzbv begrüßt daher, dass im neuen § 4a SGB V die Ziele und Leitplanken des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung klar definiert und entsprechende Regeln, etwa zu Werbemaßnahmen der Kassen, formuliert werden. Besonders begrüßt der vzbv das klare Bekenntnis zu einem Krankenkassenwettbewerb, der sich an Qualität, Wirtschaftlichkeit und Effizienz orientiert, und das explizite Verbot aller Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese fördern. Das Bundesversicherungsamt etwa hatte zum Beispiel darauf hingewiesen, dass sich auch die Präventionsangebote von Krankenkassen, häufig vor Marketing-Gesichtspunkten konzipiert, vielfach an die für Krankenkassen spezifischen attraktiven Zielgruppen richten. Das ist nur ein Beispiel, wie in der GKV indirekte Risikoselektion stattfindet.³

Bisher konzentriert sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen noch in hohem Maße auf den Preis als wesentlichen Faktor. Der vzbv bewertet angesichts dessen die vorgeschlagenen Neuregelungen als nicht ausreichend. Über die wichtige Reform des Risikostrukturausgleichs hinaus sieht der vzbv weitergehenden Handlungsbedarf.

Ein Grundproblem wird mit dem vorgelegten Gesetz nicht angegangen und bleibt somit weiterhin bestehen. Neben den Angaben zu den erhobenen Zusatzbeiträgen der einzelnen Krankenkassen gibt es kaum transparente und für Verbraucher vergleichbare Informationen zur Versorgungs-, Leistungs- und Servicequalität der Krankenkassen. Insbesondere besteht keine Transparenz über die Leistungsbewilligungen und -ablehnungen der einzelnen Kassen. Entsprechend ist bei der Kassenwahl derzeit eine fundierte Abwägungsentscheidung, die Preis und Qualität einer Krankenkasse einbezieht, nicht möglich.

Um den Qualitätswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu fördern, müssen die Einzelkassen verpflichtet werden, mindestens einmal jährlich Informationen zu ihrem individuellen Genehmigungsverhalten zu veröffentlichen, also unter anderem transparent zu machen, wie viele Widersprüche von Versicherten gegen nicht genehmigte Leistungen einer Krankenkasse erfolgreich waren.

Der vzbv schließt sich daher der Forderung der ehemaligen Patientenbeauftragten, Ingrid Fischbach, sowie der amtierenden Patientenbeauftragten der Bundesregierung,

² Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 7: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180404Sonderbericht_web.pdf (abgerufen am 6. Dezember 2019).

³ Ebenda, S. 77 ff.

Prof. Dr. Claudia Schmidtke, an, die Widerspruchszahlen aller Krankenkassen zu veröffentlichen. Dies fordert auch das Bundesversicherungsamt in seinem Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.⁴ Im Rahmen einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des vzbv sprachen sich 2017 ebenso 78 Prozent der befragten Verbraucher für eine Veröffentlichung dieser Zahlen aus.⁵ Vereinzelt gehen Krankenkassen hier bereits auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten ein und veröffentlichen Angaben zur ihrem Genehmigungsverhalten. Was fehlt, sind konkrete verbindliche Pflichten und Vorgaben, die für die Versicherten eine Vergleichbarkeit aller Kassen ermöglichen.

Ebenso wichtig sind für Verbraucher detaillierte Informationen zu den Service-, Beratungs- und Leistungsangeboten der einzelnen Krankenkassen (78 Prozent).⁶ Um eine Abwägung zwischen Preis, Servicequalität und (regionalen) Versorgungsangeboten einer Krankenkasse treffen zu können, benötigen Verbraucher vergleichbare Informationen – etwa zu bestehenden Selektivverträgen.

Nicht zuletzt macht auch die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen die Notwendigkeit von mehr Transparenz bezüglich der Leistungen der einzelnen Krankenkassen sehr deutlich. Einzelne innovative Krankenkassen übernehmen beispielsweise bereits Kosten von digitalen Anwendungen. Verbindliche detaillierte Informationen sowie vergleichbare und grundlegende Übersichten für Verbraucher fehlen jedoch bislang. Verbraucher benötigen für eine fundierte Wahlentscheidung – ausgehend von ihren jeweiligen individuellen Bedürfnissen – einfache und verlässliche Informationen, um sich einen Überblick über die vorhandenen unterschiedlichen Angebote aller für sie wählbaren Krankenkassen zu verschaffen. Aber auch bei den grundlegenden Service- und Beratungsleistungen der Kassen sind in der Praxis spürbare Unterschiede zu verzeichnen.⁷ Anstelle von vergleichbaren und verständlichen Informationen treffen Versicherte aber auch hier leider häufig auf nicht ausreichende allgemeine oder werbende Hinweise. Veröffentlichungspflichten können hier Abhilfe schaffen und eine vollständige Darstellung der verbraucherrelevanten Aspekte durch Online-Portale, wie z. B. der Stiftung Warentest, ermöglichen.

Damit Verbraucher verbindliche und vergleichbare Informationen über das Agieren der einzelnen Krankenkassen erhalten, fordert der vzbv eine verpflichtende Veröffentlichung von Informationen zu deren Service-, Beratungs- und Leistungsangeboten. Dies umfasst insbesondere auch alle Selektivverträge der Kassen, die außerdem verpflichtend unabhängig evaluiert werden sollten. Negativ evaluierte Verträge sollten konsequenterweise aus der Versorgung ausscheiden.

⁴ Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180404Sonderbericht_web.pdf (abgerufen am 6. Dezember 2019).

⁵ vzbv, Meinungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, repräsentative Umfrage im Auftrag des vzbv, September 2017: https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/10/11/ergebnisse_forsa_meinungen_zur_gkv.pdf (abgerufen am 9. Dezember 2019).

⁶ Vgl. u.a. Pressemeldung des vzbv vom 13.10.2017: vzbv fordert umfangreiche Informationspflichten für Krankenkassen, <https://www.vzbv.de/pressemitteilung/vzbv-fordert-umfangreiche-informationspflichten-fuer-krankenkassen> (abgerufen am 9. Dezember 2019).

⁷ Vgl. u.a. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2014): Unterstützung von Patienten mit Behandlungsfehlerverdacht. Ergebnisse der Befragung von Krankenkassen: https://www.verbraucherzentrale.nrw/sites/default/files/migration_files/media231404A.pdf (abgerufen am 9. Dezember).

Gelingen kann die gewünschte Stärkung des Qualitäts- gegenüber dem Preiswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung nur, wenn Patienten die ihnen von den Krankenkassen angebotenen Versorgungsangebote beurteilen, das heißt vor allem vergleichend zur Grundlage von qualitätsgesicherten Wahlentscheidungen machen können. Müssen die Krankenkassen beispielsweise die Inhalte von Selektivverträgen weiterhin nicht veröffentlichen, wird es nur Wettbewerb um behauptete Qualität geben, die den Versicherten wenig nützt. Als Auswahlkriterium bleibt den Versicherten dann weiterhin nur der kassenindividuelle Zusatzbeitrag.

Den Antrag der Fraktion Bündnis90/Die Grünen ‚Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln‘ bewertet der vzbv wie folgt:

Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Dominanz des Preiswettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und dem ausdrücklichen Wunsch der Verbraucher nach mehr Transparenz und vergleichbaren Informationen zu den Versorgungsleistungen und der Versorgungsqualität der einzelnen Krankenkassen, begrüßt der vzbv den vorliegenden Antrag zu mehr Qualitätstransparenz für Versicherte ausdrücklich. Der vzbv unterstützt außerdem die im Antrag formulierten Anforderungen an ein Monitoring: dieses muss unabhängig und qualitätsgesichert erfolgen. Sehr positiv bewertet der vzbv auch die im Antrag vorgeschlagenen Versichertenbefragungen um die Servicequalität der Krankenkassen zu erheben.

Mehr Transparenz für Verbraucher ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung des Qualitätswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der vzbv hält es darüber hinaus für notwendig, Versorgungsinnovationen stärker zu unterstützen, insbesondere mit Blick auf die sektorenübergreifende Versorgung. Noch immer gelingt sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen nur im Einzelfall – üblicherweise außerhalb der Regelversorgung. Es fehlt ein schlüssiges Gesamtkonzept, das Reha, Pflege, und therapeutische Professionen genauso berücksichtigt wie die individuelle Lebenssituation und soziale Bedarfe des Patienten. Das Anliegen, ein Gutachten in Auftrag zu geben, das geeignete Stellschrauben identifiziert, um das Engagement der Krankenkassen hier zu erhöhen, unterstützt der vzbv. Ziel muss es dabei sein, letztlich die Regelversorgung aller gesetzlich Versicherten zu verbessern.

2. EINHEITLICHE AUFSICHT VON GRUNDSÄTZLICHER BEDEUTUNG FÜR DEN WETTBEWERB IN DER GKV

Eine einheitliche Aufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen ist aus Sicht des vzbv ein zentraler Schlüssel für die Zielsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfes: die Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sehr kritisch sieht der vzbv daher die entsprechenden Änderungen im Vergleich zum Referentenentwurf. Hier war noch eine einheitliche Aufsicht durch das BVA vorgesehen. Nun wird lediglich eine weitere Harmonisierung und Abstimmung des Handelns der verschiedenen Aufsichtsbehörden angestrebt, welche sich jedoch größtenteils an der bisher schon gängigen Praxis der Aufsichtsbehördentagung orientiert.

Nicht zuletzt die Praxis der Krankenkassen, Einfluss auf die ärztliche Kodierung der Diagnosen zu nehmen und dadurch Wettbewerbsvorteile zu erzielen, hat gezeigt, dass die derzeitigen Aufsichtsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung unzureichend sind. Sie müssen gestärkt und unter einem Dach gebündelt werden, um ein

einheitliches Vorgehen – zu jeder Zeit – zu gewährleisten. Auch der Verweis auf das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb und dessen Kodifizierung im Spezialfall SGB V ersetzt eine effektive und ressourcenstarke Aufsicht der Krankenkassen keinesfalls. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung sind Krankenkassen im Wettbewerb besonderen Bedingungen unterworfen, die über die des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb hinausgehen:

- ❖ Krankenkassen werden aus Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber finanziert,
- ❖ Gesetzlich sind sie zu einer sparsamen und wirtschaftlichen Mittelverwendung verpflichtet
- ❖ Der Wettbewerb muss ihrem sozialen Auftrag angemessen sein.⁸

3. VERHINDERUNG DER EINFLUSSNAHME AUF DIE DIAGNOSEKODIERUNG

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht umfangreiche Maßnahmen zur Verhinderung der Einflussnahme auf die Diagnosekodierung durch Vertragsärzte vor. In den vergangenen Jahren hatten Krankenversicherungen immer wieder Verträge geschlossen, die einzig die Kodierung einer ärztlichen Diagnose vergüteten. Dieser Vergütung stand jedoch keine Versorgungsleistung für Versicherte und Patienten gegenüber. Der vzbv begrüßt daher die geplanten umfangreichen Maßnahmen. Weitere flankierende Maßnahmen, wie die Einführung verbindlicher Kodierrichtlinien, sind bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz beschlossen wurden.

Um auch bei den Selektivverträgen mehr Transparenz und ein Instrument öffentlicher Kontrolle zu schaffen, greift der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs den Vorschlag von Transparency International auf, ein zentrales Register für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten im ambulanten Bereich einzurichten⁹. Dass diese Forderung vom Gesetzgeber aufgegriffen wurde und nun im vorliegenden Gesetzentwurf eine bundesweite Transparenzstelle für Verträge nach § 73b sowie § 140a beim BVA vorgesehen ist, bewertet der vzbv sehr positiv.

Die Stelle schafft primär mehr Transparenz für die Aufsichtsbehörden. Bisher gibt es keine umfassende Transparenz über das Vertragsgeschehen der Krankenkassen in diesen Bereichen, selbst für die Aufsichtsbehörden nicht. Auch den konkurrierenden Krankenkassen gibt das die Möglichkeit der gegenseitigen Kontrolle. Im Kontext der geplanten Neuregelungen zum Klagerecht der Krankenkassen untereinander aufgrund von wettbewerbswidrigem Verhalten, ist diese Transparenzmaßnahme folgerichtig.

Für Verbraucher schafft eine solche Stelle jedoch nicht die notwendige Transparenz. Die für die Wahlentscheidung der Verbraucher relevanten Informationen werden nicht umfassend genug zur Verfügung gestellt. Hier sind weitere Transparenzvorgaben für die Krankenkassen dringend geboten (siehe oben).

⁸ Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/20190617_Gemeinsame_Wettbewerbsgrundsätze_GKV_inkl._Ergaenzungsbeschlüsse_01.pdf (abgerufen am 9. Dezember 2019).

⁹ Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2017, S. 537: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf (abgerufen am 9. Dezember 2019).

4. FINANZIELLE ANREIZE ZUR STÄRKUNG VON VORSORGE- UND FRÜHERKENNUNGSMÄßNAHMEN

Zur Förderung der Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sollen Krankenkassen zukünftig eine Pauschale für jeden Versicherten erhalten, der an einer Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung sowie Individualprophylaxe (die nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V abrechnungsfähig ist) oder an einer Schutzimpfung (nach § 20i Absatz 1 SGB V) teilgenommen hat.

Die Umsetzung der Stärkung der Vorsorge- und Früherkennung im RSA muss im Detail betrachtet werden, um Fehlsteuerungen durch finanzielle Anreize möglichst bereits im Vorfeld erkennen und verhindern zu können. So sollte bei der Durchführung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nicht die Erhöhung der Inanspruchnahmequote im Mittelpunkt stehen, sondern eine informierte Entscheidung für oder gegen eine Untersuchung. Hierzu sind objektive und gut verständliche Informationen wichtig, die über Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen der Untersuchungen aufklären.¹⁰

An dieser Stelle braucht es zwingend klare und eindeutige rechtliche Vorgaben, in welcher Form und Häufigkeit Krankenkassen in Zusammenhang mit Präventions- oder Früherkennungsmaßnahmen an ihre Versicherten herantreten dürfen. Wichtig sind daneben geeignete und einheitliche Patienteninformationen, wie sie u.a. kürzlich zur Untersuchung auf Gebärmutterhalskrebs in der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme festgelegt wurden.¹¹

Der vzbv begrüßt ausdrücklich, dass im vorliegenden Gesetzentwurf das Thema Prävention im Kontext des Morbi-RSA aufgegriffen wird. Prävention und Gesundheitsförderung haben in einer Gesellschaft des langen Lebens und vor dem Hintergrund der stetig steigenden Prävalenzen von lebensstilassoziierten chronischen Erkrankungen eine grundsätzliche Bedeutung. Auch den Krankenkassen kommt bei dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe eine wichtige Rolle zu. Von übergeordneter Bedeutung wäre hier eine Stärkung der wichtigen Primärprävention, hier gibt es für die Krankenkassen bisher keine Anreize zu investieren. Die Kosten einer Erkrankung werden im System des Morbi-RSA ausgeglichen. Früherkennungsuntersuchungen zählen jedoch nicht zur Primärprävention.

5. KEINE HÖHEREN KOSTEN FÜR VERBRAUCHER BEI LIEFERENGPÄSSEN

Lieferengpässe sind ein zunehmendes Problem in der Arzneimittelversorgung, das Verbraucher in besonderem Maße verunsichert. Der vzbv begrüßt daher, dass der Gesetzgeber die Problematik mit dem Änderungsantrag 4 zum Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz adressiert.

Die geplanten Maßnahmen, insbesondere ein intensiviertes Monitoring der Versorgungssituation, strengere Meldevorschriften und die neuen Befugnisse der zuständigen Bundesoberbehörden (z. B. Anordnung zur Lagerhaltung oder Kontingentierung), bewertet der vzbv als wichtige erste Schritte zur Vermeidung von Lieferengpässen. Die künftige Entwicklung der Lieferengpässe muss jedoch eng überwacht werden. Ggf.

¹⁰ Kriterien zur Erstellung von Patienteninformationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen des Netzwerks evidenzbasierte Medizin e. V.: https://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/fachbereiche/patienteninformation/stellungnahme_dnebm_080630 (abgerufen am 6. Dezember 2019).

¹¹ Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/774/> (abgerufen am 6. Dezember 2019).

müssen umfangreichere Maßnahmen, etwa eine stärkere Verpflichtung der Hersteller, die Lieferfähigkeit sicherzustellen, erwogen und kurzfristig umgesetzt werden.

Für Verbraucher darf ein Lieferengpass nicht zu Nachteilen führen: weder hinsichtlich einer unangemessenen Verzögerung der Versorgung noch hinsichtlich zusätzlicher Kosten etwa aufgrund der Festbetragsregelungen oder Rabattverträgen und damit verbundenen Zu- oder Aufzahlungen. Dies sollte auch gesetzlich klar geregelt werden.