



FAIRER-KASSENWETTBEWERB-GESETZ - GKV-FKG

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER
BUNDESREGIERUNG FÜR EINEN FAIREN KASSENWETTBEWERB IN DER
GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG VOM 09.10.2019

12. DEZEMBER 2019

INHALT

VORBEMERKUNG	3
ZU DEN REGELUNGEN DES GESETZENTWURFES IM EINZELNEN	4
Zu Artikel 4 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	4
§ 4a SGB V - Maßnahmen zur Regelung und Begrenzung der Werbemaßnahmen von Krankenkassen	4
§ 73b, § 83 Satz 4 sowie § 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V - Regelungen zur Beseitigung von missbräuchlichen Kodier-Anreizen	4
Neu gefasster § 87a Absatz 5 Satz 11 – Dauerhafte Bereinigung jeglicher Kodiereffekte bei der Berechnung der Veränderungsraten	4
Neuer § 87a Absatz 5a SGB V – Bericht über die Veränderung der Behandlungsdiagnosen	5
§ 160 ff SGB V - Insolvenzregelungen	6
§ 266 Absatz 2 und Absatz 8 SGB V - Einführung regionale Merkmale, Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell) und Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten	6
§ 267 Absatz 2 SGB V - Zusätzliche Datenfeldmeldungen (Erwerbsminderung bzw. Arztnummer)	7
§ 268 SGB V - Einführung Risikopool für Hochkostenfälle	7
§ 270 Absatz 3 SGB V - Förderung Prävention aus RSA-Mitteln	8
§ 273 SGB V - Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich	8
§ 302 Absatz 2 – Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer	8
Zu Artikel 5 – Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV)	10
§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV - Einführung regionaler Merkmale	10
§ 7 (alt §30) Absatz 1 RSAV - Zusätzliche Datenfeldmeldungen (Arztnummer)	10
§ 8 (alt § 31) Absatz 1 RSAV - Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell)	11
§ 8 (alt § 31) Absatz 2 RSAV - Wissenschaftlicher Beirat	11
§ 8 (alt § 31) Absatz 4 Nummer 5 RSAV - Einführung regionale Merkmale	11
§ 14 (alt § 37a) RSAV - Einführung Risikopool für Hochkostenfälle	11
§ 15 (alt § 38) Absatz 1 RSAV - Stärkung von Präventionsanreizen	12
§ 19 (alt § 41 Absatz 1a) RSAV - Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten	12
Weiterer Änderungsvorschlag zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	13
§ 87a Absatz 4 SGBV – Anpassungen der Vergütung bei Anpassung der Bedarfsplanung	13

VORBEMERKUNG

Neben der Reform des Risikostrukturausgleiches, von dem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mittelbar betroffen ist, enthält der Gesetzentwurf eine Reihe von Regelungen, die direkte und indirekte Wirkungen auf die Funktion des Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-System) entfalten.

Der Gesetzentwurf ändert den § 87a Absatz 5 Satz 11 SGB V dahingehend, dass die Veränderungsdaten nunmehr dauerhaft um Kodiereffekte zu bereinigen sind, die nicht nur in den drei Jahren nach Einführung der verbindlichen Kodierregeln entstehen und öffnet die Bereinigung somit um weitere, nicht genauer definierte Kodiereffekte. Weiter ist ein neuer Absatz 5a vorgesehen, der den Bewertungsausschuss dazu verpflichtet jährlich über die Veränderungen einzelner Behandlungsdiagnosen und deren Einfluss auf die Veränderungsrate je Kassenärztlicher Vereinigung zu berichten. Eine Berechnung des Beitrags einzelner Behandlungsdiagnosen auf die Veränderungsdaten ist aufgrund des dazwischen geschalteten Modells mit Hierarchisierung und Komprimierung weder sinnvoll möglich noch zielführend.

Es wird ein Rechtsanspruch für die Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen, Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer von Rechenzentren zu erhalten, um sie für Beratungen der Vertragsärztinnen und -ärzte zur Wirtschaftlichkeit der von ihnen verordneten Leistungen nutzen zu können. Die Verpflichtung der Rechenzentren zur Übermittlung der Abrechnungsdaten auf Anforderung an die Kassenärztlichen Vereinigungen wurde von der KBV bereits seit einigen Jahren gefordert und wird daher ausdrücklich begrüßt. Zur Erfüllung ihrer Beratungspflicht benötigen die Kassenärztlichen Vereinigungen eine valide Datengrundlage, die durch eine Erweiterung der Datenlieferungen durch die Krankenkassen noch zu verbessern ist.

ZU DEN REGELUNGEN DES GESETZENTWURFES IM EINZELNEN

ZU ARTIKEL 4 – ÄNDERUNGEN DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

§ 4a SGB V - Maßnahmen zur Regelung und Begrenzung der Werbemaßnahmen von Krankenkassen

Werbemaßnahmen der Krankenkassen sollen klarer gefasst und von unzulässigen Maßnahmen abgegrenzt werden.

Bewertung

Die Rückführung der zumindest bei einzelnen Kassen überschießenden Werbemaßnahmen auf ein sachbezogenes Angebot an Informationen wird ausdrücklich unterstützt. Dies betrifft auch die Trennung von Maßnahmen der Werbung von der Erfüllung gesetzlicher Informationspflichten oder die Beauftragung Dritter mit Werbemaßnahmen.

§ 73b, § 83 Satz 4 sowie § 140a Absatz 2 Satz 7 SGB V - Regelungen zur Beseitigung von missbräuchlichen Kodier-Anreizen

Unzulässigkeit vertraglicher Regelungen, die Diagnosekodierungen als Abrechnungsvoraussetzungen definieren.

Bewertung

Innovative Versorgungsverträge richten sich häufig an besonders betroffene oder aufgrund von Versorgungsnotwendigkeiten klar abgegrenzte Patientengruppen. Diese Patientengruppen können nur dann adäquat mit entsprechenden Versorgungsprogrammen adressiert werden, wenn deren Erkrankungsstatus auch im Vertrag selbst fest- und in der Umsetzung nachgehalten werden kann. Daraus ergeben sich zwei wesentliche Voraussetzungen:

Neben der eindeutigen Kodierung der zu versorgenden Patientengruppe müssen solche Verträge hinreichend konkrete und in ihrer Evidenz gut belegte Leistungen zur Verbesserung der Patientenversorgung beinhalten. In der Begründung des Gesetzentwurfes wird deutlich gemacht, dass mit der Regelung keine sinnvollen Verträge verhindert oder unterbunden werden sollen, sondern, dass es in erster Linie um sogenannte Kodier-Verträge geht, denen kein entsprechender Versorgungsauftrag zugeordnet ist. Sofern dieser Grundsatz erhalten bleibt, können die Reformvorschläge in der Tat neben einer verbesserten Kodierung wesentlich zu einer verbesserten Versorgungsausrichtung insbesondere von Selektivverträgen wie beispielsweise solchen nach § 73b SGB V beitragen. Handlungsleitendes Ziel ist dabei die Verbesserung der Patientenversorgung.

Neu gefasster § 87a Absatz 5 Satz 11 – Dauerhafte Bereinigung jeglicher Kodiereffekte bei der Berechnung der Veränderungsdaten

Im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 11. Mai 2019 wurde die Einführung von verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2022 festgelegt. Zur Einführung solcher Vorgaben zur Kodierung hatte die KBV sich bereits seinerzeit höchst kritisch geäußert und stellt nach wie vor in Frage, ob diese Vorgaben zielführend sind.

Im Gegenzug wird mit der Änderung des § 87a Absatz 4, ab dem Verhandlungsjahr 2027 (für 2028) allein die diagnosenbezogene Veränderungsrate zur Grundlage bei der Bestimmung der Veränderung der Morbiditätsstruktur und stärkt damit den Morbiditätsbezug bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs.

Weiter wurde vom Gesetzgeber im TSVG festgelegt, dass in den drei Jahren 2024, 2025 und 2026 die Veränderungsdaten um jene Kodiereffekte zu bereinigen sind, die durch die Einführung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung in 2022 entstanden sind (§ 87a Absatz 5 Satz 11 SGB V).

Der Gesetzentwurf ändert den § 87a Absatz 5 Satz 11 SGB V dahingehend, dass die Veränderungsdaten nunmehr dauerhaft um Kodiereffekte zu bereinigen sind, die nicht nur ausschließlich durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Kodierregeln entstehen.

Bewertung

Kodiereffekte sind dann zu erwarten, wenn das Jahr der Einführung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung in die Berechnung der Veränderungsdaten eingeht oder tiefgreifende Änderungen bzw. Aktualisierungen an den verbindlichen Regelungen zur Kodierung vorgenommen wurden. Daher begrüßt die KBV einerseits die durch den Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehene Erweiterung, auch jene Kodiereffekte zu bereinigen, die durch eine nach dem Einführungsjahr 2022 erfolgte Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung entstehen.

Andererseits wird durch den Einschub des Wortes „insbesondere“ die Bereinigung durch den Gesetzentwurf auf jegliche Kodiereffekte ausgeweitet, die nicht nur durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung entstehen. Dies ist aus Sicht der KBV problematisch, da nicht festgelegt wird, um welche Kodiereffekte es sich dabei handelt und wie sie identifiziert werden können. Effekte, die durch die jährlichen Anpassungen der ICD-10-GM oder durch Richtlinien- bzw. EBM-Änderungen entstehen können, werden bereits heute bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems berücksichtigt. Ergänzend werden nun verbindliche Regelungen zur Kodierung eingeführt, um die bestehende hohe Qualität der Kodierung weiter zu verbessern. Eine über diese Anlässe hinausgehende Bereinigung der Veränderungsdaten um willkürlich definierbare Kodiereffekte steht aus Sicht der KBV im Gegensatz dazu. Diese Ausweitung ist aus Sicht der KBV weder zielführend noch sinnvoll und wird daher von der KBV abgelehnt. Vor diesem Hintergrund schlägt die KBV vor, den § 87a Absatz 5 Satz 11 dahingehend zu ändern, dass das Wort „insbesondere“ ersatzlos gestrichen wird, oder durch die Einführung der ICD-11, welche in der Begründung des GKV-FKG als ein Beispiel genannt wird, abschließend definiert wird.

Neuer § 87a Absatz 5a SGB V – Bericht über die Veränderung der Behandlungsdiagnosen

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht einen neuen Absatz 5a vor, in dem der Bewertungsausschuss dazu verpflichtet wird, einen jährlichen Bericht über die Veränderungen der Behandlungsdiagnosen und den Einfluss der jeweiligen Behandlungsdiagnose auf die Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zu erstellen.

Bewertung

Das Modell zur Berechnung der Veränderungsdaten berücksichtigt nicht die Veränderung jeder einzelnen der ca. 15.000 nach ICD-10-GM kodierten Behandlungsdiagnosen, sondern die Veränderung von (in diesem Jahr) 107 Krankheits- und Altersgruppen. Die Krankheitsgruppen werden in mehreren Schritten aus den Behandlungsdiagnosen zusammengefasst. Eine Berechnung des Beitrags einzelner Behandlungsdiagnosen auf die Veränderungsdaten ist daher nicht mehr sinnvoll möglich. Zudem werden die Veränderungen der Krankheits- und Altersgruppen schon jetzt regelhaft als „Einzelbeiträge zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten“ vom Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht.

Der Gesetzentwurf trägt somit aus Sicht der KBV in seiner jetzigen Fassung in keiner Weise zu einer erhöhten Transparenz der Entwicklung der jährlichen Veränderungsdaten bei, sondern erschwert deren Interpretation durch eine große Anzahl nicht eindeutig interpretierbarer Zahlen. Vor diesem Hintergrund wird auch diese Änderung als weder zielführend noch sinnvoll von der KBV kritisch gesehen und abgelehnt. Stattdessen könnte eine Ergänzung des vorgesehenen Berichts um kassenbezogene Analyseparameter (das sind z. B. die nach Krankenkassen gegliederten Diagnoseveränderungen) zu einer erhöhten Transparenz der

Entwicklung der jährlichen Veränderungsraten im Rahmen eines fairen Kassenwettbewerbs beitragen und wird daher von der KBV als Alternative zur Streichung des neuen Absatzes 5a vorgeschlagen.

§ 160 ff SGB V - Insolvenzregelungen

Das Insolvenzverfahren von Krankenkassen wird kassenartenübergreifend neu geregelt und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen diesbezüglich neue Aufgaben zugewiesen.

Bewertung

Nach den Erfahrungen der Insolvenz der City-BKK erscheint das vorgeschlagene Vorgehen geeignet, ungeordnete Insolvenzen zu verhindern. Die damit einhergehende Funktionszuweisung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Prüfung der Finanzlage der Krankenkassen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen) erhält an dieser Stelle Funktionen der Selbstverwaltung und ist deshalb zu begrüßen. Gleichzeitig bedeutet dies allerdings auch eine weitere Nivellierung der Kassenlandschaft.

§ 266 Absatz 2 und Absatz 8 SGB V - Einführung regionale Merkmale, Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell) und Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten

In § 266 SGB V wird nach Absatz 1 ein neuer Absatz 2 eingefügt, der den neuen Ausgleichsfaktor „regionale Merkmale“ einführt. Zudem ist die Begrenzung der Krankheitsauswahl nach dem bisherigen § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V nicht mehr Teil der Neufassung des § 266 Absatz 2 SGB V.

- › Einbezug neuer regionaler Variablen im Modell, z. B. Anteil ambulanter Pflegebedürftiger einer Region, die die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Region beeinflussen können.
- › Durch die Abschaffung der Begrenzung auf maximal 80 Erkrankungen werden künftig alle Krankheiten berücksichtigt.

In § 266 SGB V wird Absatz 7 zu Absatz 8 und die Nummer 6 dahingehend ergänzt, dass zukünftig „hierarchisierte Morbiditätsgruppen“ (HMG) mit den höchsten relativen Steigerungsraten im Verfahren des Risikostrukturausgleich (RSA) ausgeschlossen werden können. (Vergleiche dazu die Bewertung zu § 41 Absatz 1a RSAV)

Bewertung regionaler Merkmale

Die Einführung regionaler Merkmale ist das Ergebnis einer langjährigen Diskussion, die insbesondere durch das vom BMG beauftragte Sondergutachten des wissenschaftlichen Beirats beim BVA (2018) ausgelöst wurde. Durch die Aufnahme dieses weiteren Risikomerkmals sollen regionale kassenbezogene Über- und Unterdeckungen abgebaut, gleiche Wettbewerbsbedingungen geschaffen sowie sich abzeichnende Marktkonzentrationsprozesse vorgebeugt werden.

Für regionale Gesamtvertragsverhandlungen spielt die regionale Finanzierungssituation der Krankenkassen eine wichtige Rolle, z. B. für die Vergütung von förderungswürdigen Leistungen. Eine Berücksichtigung unterschiedlicher Ausgabenstrukturen der Region verbunden mit einem zielgenaueren Ausgleichsmodell ist daher zu begrüßen.

Bewertung Vollmodell

Durch die Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell) werden Anreize der Krankenkassen zur Risikoselektion sowie die Manipulationsanfälligkeit von Diagnosen weiter verringert und die Zielgenauigkeit des Modells insgesamt deutlich verbessert.

Die Aufhebung der Modellbeschränkung auf 50-80 Krankheiten beseitigt nicht nur evidente Ungenauigkeiten in der Schätzung von erwarteten Leistungsausgaben der Versicherten. Die Erweiterung zum Vollmodell ändert durch verbesserte „Zielgenauigkeit“ der Zuweisungen auch die Anreizstruktur der

Krankenkassen, eine mögliche hohe Deckungsquote zu erzielen. Darüber hinaus kann die Beibehaltung der Diagnosen (statt eines ATC-basierten Ordnungsmodells) als maßgeblicher Morbiditätsfaktor als Signal dafür verstanden werden, dass sich die Qualität ambulanter Diagnosen verbessert, sobald Kodierregelungen eingeführt sind, die aufsichtsrechtliche Prüfungen genauer und einheitlicher erfolgen, und die Modellausgestaltung noch vorhandene Anreize zur Prävalenzvermehrung beseitigt. Die Erweiterung zum Vollmodell ist – verbunden mit diesen Nebenbedingungen – zu begrüßen.

Bewertung Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten

Dieser Mechanismus sollte sachgerechter konzipiert werden, denn er führt regelhaft zu Zuweisungskürzungen und damit sogar zu ungerechtfertigten Verzerrungen in den Zuweisungen. Vergleiche dazu die Bewertung zu § 41 Absatz 1a RSAV.

§ 267 Absatz 2 SGB V - Zusätzliche Datenfeldmeldungen (Erwerbsminderung bzw. Arztnummer)

§ 267 SGB V wird insgesamt neu gefasst und regelt in dem neuen Absatz 2 neben der zusätzlichen Datenfeldmeldung der Erwerbsminderung auch die Datenfeldmeldung der Arztnummer durch die Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt (BVA). Die Übermittlung der Arztnummer wird zur möglichen Weiterentwicklung des RSA hinsichtlich eines Hausarzt/Facharzt HMG-Modells benötigt.

Bewertung

Kodierte Diagnosen von Haus- und Fachärzten führen derzeit zu gleichen RSA-Zuweisungen an die Krankenkassen. In einem Hausarzt/Facharzt HMG-Modell würden Zuweisungen davon abhängig gemacht werden, ob eine Diagnose mit gleicher Kodierungstiefe von einem Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Die Einführung eines solchen Modells stößt auf grundsätzliche und fachliche Bedenken.

Grundsätzlicher Natur sind die Folgewirkungen einer differentiellen Mittelzuweisung aus dem RSA auf der Grundlage von haus- und fachärztlich kodierten Diagnosen. Aus Refinanzierungsgesichtspunkten wird damit der hausärztlichen Kodierung tendenziell ein geringerer Stellenwert beigemessen werden, was sich auch in differentiellen Investitionsentscheidungen der Krankenkassen bezüglich der haus- und der fachärztlichen Versorgung in allen Vertragsformen niederschlagen wird. Die im Referentenentwurf vorgeschlagene Differenzierung, die je nach Kodierung durch einen Hausarzt oder durch einen Facharzt bei gleicher Diagnose und Kodierungstiefe unterschiedliche RSA-Zuweisungen auslöst, wird entschieden abgelehnt.

Fachliche Bedenken betreffen die Identifikation des Arztgruppenschlüssels anhand der achten und neunten Stelle der lebenslangen Arztnummer (LANR). Hier ergibt sich ein Genauigkeitsproblem, da diese Angaben im Zusammenhang mit der Zulassung einmalig vergeben werden und wenig mit der aktuell zutreffenden Fachgruppenzuordnung der ärztlichen Leistung verbunden sind. Auch bei fachlich gleichem Leistungsspektrum können deshalb die letzten beiden Ziffern differieren und mit unterschiedlichen Fachgruppenschlüsseln verbunden sein.

§ 268 SGB V - Einführung Risikopool für Hochkostenfälle

Der § 268 SGB V wird insgesamt neu gefasst und regelt zusätzlich zum RSA die Einführung eines Risikopools für Hochkostenfälle.

- › Durch die Einführung erhalten Krankenkassen für Hochkostenfälle einen Ausgleich der Ist-Kosten in Höhe von 80 % des den Schwellenwert von 100.000 Euro (im Jahr 2021) übersteigenden Betrags, wohingegen über den RSA „nur“ standardisierte Leistungsausgaben ausgeglichen werden.
- › Dadurch werden auch Akutkosten einer Erkrankung ausgeglichen, wohingegen über den RSA „nur“ die krankheitsbedingten Folgekosten ausgeglichen werden.

Bewertung

Die Einführung eines Risikopools vermindert den kassenseitigen Anreiz zur Risikoselektion gegen derartige Hochkostenfälle sowie einer Diagnosenproliferation, um die Leistungsausgaben auch versichertenindividuell decken zu können. Inwiefern eine feststehende 20%ige Deckungslücke andererseits nicht zu Versuchen führt, an der Versorgung dieser Versicherten zu sparen, sollte vom wissenschaftlichen Beirat genauer evaluiert werden.

§ 270 Absatz 3 SGB V - Förderung Prävention aus RSA-Mitteln

Bewertung

Der wissenschaftliche Beirat hat sich in seinem Sondergutachten aus 2017 dagegen ausgesprochen, spezifische Präventionsaktivitäten gesondert finanziell aus dem RSA zu fördern, sofern die Finanzierung nicht durch eine entsprechende Absenkung der Grundpauschale erfolgt, und sieht für eine Berücksichtigung im Zuweisungsalgorithmus des RSA noch weiteren Forschungsbedarf. Grundsätzlich begrüßt die KBV alle Anstrengungen, Prävention und Früherkennung von Erkrankungen zu verbessern. Allerdings sollten diese nicht die Zielstellung des RSA konterkarieren.

§ 273 SGB V - Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Der § 273 SGB V wird neu gefasst und stärkt die Befugnis des BVA, als Durchführungsbehörde des RSA zur Sicherung der Datengrundlagen des RSA eine erweiterte Plausibilitätsprüfung an den durch die Krankenkassen für die Durchführung des RSA gemeldeten Daten vorzunehmen. Das BVA prüft die Daten auf auffällige Steigerungen im Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der übermittelten Diagnosen. Die Festlegung des Schwellenwerts für die Feststellung einer Auffälligkeit bestimmt das BVA im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

- › Die betroffene Krankenkasse muss die Plausibilität ihrer Datenmeldung nachweisen, indem tatsächliche Gründe für eine Auffälligkeit nachvollziehbar dargelegt werden.
- › Wird durch die Krankenkasse ein tatsächlicher Anstieg der Morbidität als Grund für die Auffälligkeit geltend gemacht, kann dies nur anerkannt werden, wenn auch ein entsprechender Anstieg der Leistungen vorliegt.
- › Kommt eine Krankenkasse dem nicht nach, wird durch das BVA ein Korrekturbetrag ermittelt.
- › Im Vergleich zur bisherigen Regelung entspricht dies einer Beweislastumkehr.

Bewertung

Eine Verknüpfung der Morbidität mit Leistungen ist nur bedingt möglich und hängt insbesondere auch vom Pauschalierungsgrad der Leistung ab (bspw. bei einer Versichertenpauschale im Unterschied zu einer indikationsspezifischen Einzelleistungsvergütung). Dass die Verknüpfung eine notwendige Voraussetzung für eine Abwendung der Korrekturen ist, ist daher kritisch zu sehen. In diesem Zusammenhang bleibt unklar, in welcher Weise ein Korrekturbetrag ermittelt wird.

§ 302 Absatz 2 – Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer

Es wird ein Rechtsanspruch für die Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen, Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer von Rechenzentren zu erhalten, um sie für Beratungen der Vertragsärztinnen und -ärzte zur Wirtschaftlichkeit der von ihnen verordneten Leistungen - insbesondere Heilmittel – nutzen zu können.

Bewertung

Die Verpflichtung der Rechenzentren zur Übermittlung der Abrechnungsdaten auf Anforderung an die Kassenärztlichen Vereinigungen wurde von der KBV bereits seit einigen Jahren gefordert und wird daher ausdrücklich begrüßt. Zur Erfüllung ihrer Beratungspflicht benötigen die Kassenärztlichen Vereinigungen eine valide Datengrundlage.

Beratungen von Vertragsärzten durch Kassenärztlichen Vereinigungen zur Wirtschaftlichkeit werden insbesondere im Arzneimittel- und Heilmittelbereich durchgeführt. Da im Heilmittelbereich keine Genehmigung durch die Krankenkassen vor Inanspruchnahme der Leistung erfolgt, wird die Wirtschaftlichkeit verordneter Heilmittel im Wesentlichen im Rahmen von Auffälligkeitsprüfungen (insbesondere als Durchschnitts- oder Richtgrößenprüfungen) überprüft. Eine geeignete Information und Beratung der Vertragsärzte zu ihrem Ordnungsverhalten kann allerdings nur auf Basis aktueller und vollständiger Ordnungsdaten erfolgen.

Derzeit stellen die Abrechnungsdaten nach § 302 Absatz 2 SGB V für den Heilmittelbereich allerdings noch keine ausreichende Grundlage zur Beratung der Vertragsärzte im Hinblick auf ihr tatsächliches Ordnungsverhalten dar. Nach aktuellen Informationen der Heilmittelerbringerverbände liegt die Quote derjenigen Heilmittelerbringer, die für ihre Abrechnung Rechenzentren nach § 302 Absatz 2 Satz 2 SGB V in Anspruch nehmen, nur bei knapp 70 %. Wenn im Durchschnitt mehr als 30 % der Ordnungsdaten fehlen (je nach Arzt können dies auch mehr oder weniger sein), kann eine arztbezogene Beratung zur wirtschaftlichen Ordnungsweise wegen einer möglicherweise verzerrten Datengrundlage ggf. nicht sinnvoll durchgeführt werden.

Aus diesem Grund schlägt die KBV vor, zusätzlich zur Möglichkeit des Bezuges der Abrechnungsdaten nach § 302 Absatz 2 SGB V, die Datenübermittlung nach § 84 Absatz 5 i. V. m. Absatz 7 SGB V zu verbessern.

Gemäß der aktuellen Rechtslage hat der GKV-Spitzenverband ein Heilmittel-Informationssystem (HIS) aufgebaut, in dem quartalsweise Ordnungsstatistiken veröffentlicht werden. Darüber hinaus werden arztindividuelle Berichte an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt. Die tatsächliche Bereitstellung der Ordnungsberichte (sowohl die aggregierten als auch die Arzt-Berichte) entspricht gegenwärtig jedoch hinsichtlich Plausibilität, Vollständigkeit und fristgerechter Bereitstellung weder den Vorgaben in § 84 Abs. 5 SGB V noch den Anforderungen für eine zielgerichtete Steuerung der Heilmittelversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die ordnenden Vertragsärzte:

- › Die HIS-Daten werden, anders als es gesetzlich vorgesehen ist, nicht monatlich, sondern nur quartalsweise zur Verfügung gestellt. Nach Ablauf des Quartals sollen die Berichte spätestens 15 Wochen nach Quartalsende vorliegen, sofern keine erheblichen Lieferstörungen auftreten (offizielle Lieferfrist nach GKV-Spitzenverband). In der Vergangenheit bestanden jedoch grundsätzliche Lieferschwierigkeiten, so dass die Lieferung der arztbezogenen HIS-Daten teilweise deutlich überschritten wurden (3 Quartal 2017: 26 Wochen/ 4. Quartal 2017: 23 Wochen/ 1. Quartal 2018: 19 Wochen/ 2. Quartal 2018: 20 Wochen).
- › Die Berichte werden nur im pdf-Format veröffentlicht und sind nicht veränderbar oder maschinenlesbar. In den arzt-individuellen Berichten werden auch die durchschnittlichen Ordnungskennzahlen der jeweiligen Fachgruppe veröffentlicht, um einen Vergleich zur Fachgruppe zu ermöglichen. Die Zuordnung der Ärzte zu Fachgruppen entspricht jedoch oftmals nicht den Zuordnungen im jeweiligen KV-Bereich. Im Ergebnis sind die Werte z. B. veranlasste Ordnungsmengen nicht mit denen vergleichbar, die im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung relevant sind.
- › Die Arzt-Berichte werden darüber hinaus erst ab einer durchschnittlichen Ordnungszahl von 30 Ordnungen pro Quartal erstellt. Dies führt dazu, dass auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen keine fachgruppenspezifischen Vergleiche erstellt werden können, da ein Teil der Gesamtdaten fehlt. Ferner werden für manche Ärzte im Grenzbereich dieser Quote keine Jahresverläufe zur Verfügung gestellt. Damit stellen die HIS-Berichte aktuell kein verlässliches Steuerungsinstrument dar.

Aus Sicht der KBV sollten die HIS-Datenlieferungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Vertragsärzte monatlich erfolgen (Umsetzung der bestehenden Rechtslage). Dafür bedarf es einer verbindlichen gesetzlich festgelegten Frist. Es müssen alle abgerechneten Heilmitteldaten in einem

maschinenlesbaren Format veröffentlicht werden. Darüber hinaus müssten hier zukünftig neben den Verwaltungsdaten, die auf besondere Verwaltungsbedarfe (§ 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V) und den langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Absatz 1a SGB V) entfallen, auch die Daten differenziert aufgeführt werden, die im Rahmen der Blankoverordnung nach § 73 Absatz 11 SGB V verordnet werden. Weiterhin sollte der vom Gesetzgeber avisierte pseudonymisierte Patientenbezug auch Eingang in die HIS-Datenlieferungen an Kassenärztlichen Vereinigungen und Vertragsärzte finden, so dass auch auf Basis der HIS-Daten fallbezogene Auswertungen möglich sind.

Zusätzlicher Änderungsvorschlag

§ 84 Abs. 7 SGB V wird wie folgt angepasst:

*„Die Absätze 1 bis 6 sind für **den Heilmittelbereich** unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungs- und Abrechnungsbedingungen ~~im Heilmittelbereich~~ entsprechend anzuwenden. Veranlasste Ausgaben im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 betreffen die während der Geltungsdauer der Heilmittelvereinbarung mit den Krankenkassen abgerechneten Leistungen. Die in Absatz 5 geregelte Datenübermittlung erfolgt für die Heilmittel in artbezogener Form sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Das Nähere zur Datenübermittlung zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. **Die Daten nach Abs. 5 Satz 4 für Heilmittel umfassen sämtliche im jeweiligen Monat abgerechneten Heilmittelleistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Daten werden den Kassenärztlichen Vereinigungen in einem maschinenlesbaren Format innerhalb von 15 Wochen nach Ende des Verwaltungsmonats bereitgestellt. Das Nähere zur Datenstruktur, insbesondere zur Darstellung der Verwaltungsdaten nach § 106b Abs. 2 Satz 4; § 32 Abs. 1a SGB V und § 73 Abs. 11 SGB V legen die Vertragspartner im Vertrags nach § 82 Abs. 1 SGB V fest**“*

ZU ARTIKEL 5 – ÄNDERUNG DER RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHsverordnung (RSAV)

§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV - Einführung regionaler Merkmale

Im neuen § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV wird gemäß § 266 SGB V der neue Ausgleichsfaktor „regionale Merkmale“ näher spezifiziert.

- › Die regionalen Merkmale können insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die Preisstruktur medizinischer Leistungen, die demografische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur sowie die Siedlungsstruktur am Wohnort der Versicherten umfassen.
- › Die Aufzählung dieser Bereiche ist beispielhaft und nicht abschließend.

Bewertung

Vgl. Bewertung zu § 266 Absatz 2 SGB V

§ 7 (alt §30) Absatz 1 RSAV - Zusätzliche Datenfeldmeldungen (Arztnummer)

In 7 (alt § 30) Absatz Satz 1 RSAV wird die Nummer 6 als Folgeänderung zum neuen § 267 Absatz 2 SGB V ergänzt.

- › Krankenkassen sollen unter anderem neben den Diagnosen auch den Arztgruppenschlüssel der zu übermittelnden Arztnummer erheben.

Bewertung

Vgl. Bewertung zu § 267 Absatz 2 SGB V

§ 8 (alt § 31) Absatz 1 RSAV - Berücksichtigung des gesamten Morbiditätsspektrums (Vollmodell)

In § 8 (alt § 31) RSAV entfallen durch die Neufassung des Absatz 1, als Folge des Wegfalls des bisherigen § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V, die Umsetzungsregelungen zur Begrenzung der Krankheitsauswahl.

Bewertung

Vgl. Bewertung zu § 266 SGB V

§ 8 (alt § 31) Absatz 2 RSAV - Wissenschaftlicher Beirat

In § 8 (alt § 31) Absatz 2 RSAV werden als Folgeänderung zum Absatz 1 (z. B. Vollmodell) und zum neuen § 266 SGB V (z. B. Vollmodell, regionale Merkmale, Streichung HMG) die aktuellen Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats neu benannt.

- › Die Krankheitsauswahl entfällt und die regelmäßige Evaluation der Wirkung des RSA kommt hinzu.
- › Das BMG bestellt auf Vorschlag des BVA und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes einen wissenschaftlichen Beirat beim BVA.

Bewertung

Die regelhafte Evaluation des Morbi-RSA durch den wissenschaftlichen Beirat ist zu begrüßen.

§ 8 (alt § 31) Absatz 4 Nummer 5 RSAV - Einführung regionale Merkmale

In § 8 (alt § 31) Absatz 4 RSAV wird beschrieben, dass das BVA für das Versichertenklassifikationsmodell unter anderem das statistische Verfahren zur Auswahl der einzubeziehenden regionalen Merkmale und die Festlegung der Anzahl der Variablen festlegt, entsprechend dem Vorgehen im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats von 2018.

- › Es werden keine Angebotsvariablen berücksichtigt.

Bewertung

Vgl. Bewertung zu § 266 Absatz 2 SGB V

§ 14 (alt § 37a) RSAV - Einführung Risikopool für Hochkostenfälle

Der § 14 (alt § 37a) RSAV wird insgesamt neu gefasst und regelt die Umsetzung des Verfahrens zur Festlegung des Schwellenwertes, zur Ermittlung der Hochkostenfälle sowie den Erstattungsbetrag je Krankenkasse und die Höhe der insgesamt über den Risikopool verteilten Zuweisungen.

- › Das Nähere zum Verfahren bestimmt das BVA nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen.

Bewertung

Vgl. Bewertung zu § 268 SGB V

§ 15 (alt § 38) Absatz 1 RSAV - Stärkung von Präventionsanreizen

Der § 38 RSAV wird insgesamt neu gefasst und bestimmt in dem neuen Absatz 1 die Umsetzung des Verfahrens der Zuweisung von Pauschalen für die Teilnahme der Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen.

Bewertung

Vgl. Bewertung zu § 270 Absatz 3 SGB V

§ 19 (alt § 41 Absatz 1a) RSAV - Streichung von HMG mit hohen Steigerungsraten

In § 19 (entspricht § 41 RSAV Absatz 1a RefE) wird das Verfahren des in § 266 SGB V festgelegten Ausschlusses auffälliger HMG bestimmt.

- › HMG mit den höchsten Steigerungsraten werden nicht berücksichtigt, wobei es für seltene bzw. teure Krankheiten Ausnahmen gibt.
- › Der GKV-Spitzenverband kann feststellen, bei welchen HMG ein Anstieg medizinisch oder diagnostisch bedingt ist. Diese HMG müssen bis zum 31. August des Jahres, in dem der Jahresausgleich durchgeführt wird, dem BVA mitgeteilt werden. Die HMG werden dann nicht ausgeschlossen.

Bewertung

Durch die vorgesehenen Regelungen werden Manipulationsversuche einzelner Krankenkassen zur finanziellen Vorteilnahme verringert.

Die Streichung von HMG aufgrund festgestellter Steigerungen könnte eine „Blaupause“ für ein ähnliches Vorgehen im Klassifikationsmodell nach § 87a Absatz 5 SGB V sein. Dort wurde in den letzten zwei Jahren zum Umgang mit außergewöhnlichen Prävalenzänderungen empfohlen, nach Prüfung durch die Gesamtvertragspartner ggf. die Gewichtung bei der Zusammenführung von demografischer und diagnosebezogener Veränderungsrate geeignet anzupassen.

Diese Festlegung ist abzulehnen, da auch bei sachgerechten Steigerungsraten und damit sachgerechter Morbiditätsentwicklung nahezu immer Streichungen vorgenommen werden würden. (Lediglich in wenigen Fallkonstellationen, wenn bspw. alle HMG unterhalb des in Absatz 4 festgelegten Schwellenwertes liegen, würden keine HMG gestrichen werden.)

Die Übertragung der medizinischen und diagnostischen Beurteilung von Anstiegen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen greift in eine Kernkompetenz der Ärzteschaft ein und ist inakzeptabel. Die medizinische und diagnostische Beurteilung sollte keinesfalls allein beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen liegen. Weiterhin ist die Bedingung, dass alleine eine Mitteilung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen genügt, um HMG nicht auszuschließen, als zu intransparent und unsystematisch abzulehnen. Die medizinische und diagnostische Beurteilung von überdurchschnittlichen HMG-Anstiegen sollte anhand noch zu definierender Kriterien in einem systematischen Verfahren erfolgen.

Insgesamt ist die steigende Einflussnahme des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen im Zusammenhang mit der RSA-Reform zu hinterfragen, da seine strategische Interessenlage zunehmend in Abhängigkeit mit der Interessenwahrnehmung und –ausübung z. B. in den Honorarverhandlungen auf Bundesebene gerät.

WEITERER ÄNDERUNGSVORSCHLAG ZUR ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

§ 87a Absatz 4 SGB V – Anpassungen der Vergütung bei Anpassung der Bedarfsplanung

In § 87a Absatz 4 SGB V werden in Satz 1 in der Nummer 3 folgende Worte angefügt „oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 und § 99 Absatz 1 Satz 3 beruhen,“

Bewertung

Derzeit besteht für die Kassenärztlichen Vereinigungen keine strukturelle Möglichkeit bei den regionalen Vergütungsverhandlungen auch Änderungen in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Gleiches gilt für festgestellte Sonderbedarfe, die gemeinsam von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen entschieden werden. Auch diese Veränderungen der Versorgungsstruktur sollen künftig in den regionalen Vergütungsverhandlungen Berücksichtigung finden können.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 170.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.