



Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE
von Menschen mit Behinderung,
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
(BAG SELBSTHILFE)**

zum

**Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in
der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-FKG)**

**- Anhörung im Bundesministerium für Gesundheit
am
6. Mai 2019 -**

Als Dachverband von 117 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE, dass das System des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hin zu einem Vollmodell weiterentwickelt wird. Die BAG SELBSTHILFE hatte ein solches Modell bereits bei der Schaffung des Systems gefordert, da sie das Risiko sah, dass Menschen mit bestimmten - nicht im

MorbiRSA gelisteten oder unzureichend abgebildeten - Erkrankungen in der Versorgung benachteiligt würden, etwa durch fehlende Selektivverträge oder gar durch Strategien der Krankenkassen, die entsprechenden Versicherten durch Leistungseinschränkungen aus der Kasse zu drängen. Letztere Befürchtung hat sich glücklicherweise nur in einzelnen Fällen bei Erkrankungen bewahrheitet, die zwar im MorbiRSA gelistet, aber sehr hochpreisig waren und deren Erstattung durch die Zuordnung zu einer Krankheitsgruppe in keinem Verhältnis zu den tatsächlichen Leistungsausgaben stand (z.B. Mukopolysaccharidosen eines bestimmten Typs: Erstattung der Krankheitsgruppe ca. 1.400 €; die Kosten für die Enzymersatztherapie lagen im sechsstelligen Bereich; die Höhe der Erstattung wurde später erfreulicherweise geändert). Das Beispiel zeigt jedoch auch, dass die Zielgenauigkeit auch bei einem Vollmodell mit hierarchisierten Morbiditätsgruppen gerade bei seltenen teuren Erkrankungen nicht ausreichend sein wird, da deren Kosten durch ihre geringe Prävalenz in der Gruppe zu wenig zu Buche schlagen; vor diesem Hintergrund wird explizit die **Schaffung des Hochrisikopools begrüßt**, da dieser die Problematik der hochpreisigen seltenen Erkrankungen ein Stück weit entschärft. Aus Patientensicht stellt der Hochrisikopool eine wichtige Ergänzung zum Vollmodell mit HMG dar, dessen Zielgenauigkeit eben auch bestimmte Grenzen hat - gerade bei seltenen teuren Erkrankungen.

Ablehnend steht die BAG SELBSTHILFE jedoch der Streichung der DMP-Programmpauschale gegenüber; aus ihrer Sicht steht dieses Vorhaben im Widerspruch zu der im Koalitionsvertrag festgelegten Absicht, die Disease Management Programme für chronisch Kranke zu stärken; vielmehr dürfte die Streichung zu einer Schwächung der DMP Programme führen. Nach § 137f SGB V sind DMPs wesentlicher Bestandteil einer kontinuierlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung von chronisch Kranken. Um diese sicherzustellen, werden gleichzeitig hohe Standards hinsichtlich der Ausgestaltung von DMPs formuliert. Vorrangiges Ziel der DMP war es, die Versorgung von chronisch Kranken zu verbessern und gleichzeitig eine effektive und wirtschaftliche medizinische Versorgung zu gewährleisten. Finanzielle Defizite in der Versorgung chronisch Kranker (Über-, Unter- und Fehlversorgung) sollten u.a. durch bessere Koordinierung der Behandlungsprozesse über die Grenzen

der einzelnen Versorgungssektoren hinweg kompensiert und eine Optimierung dieser Prozesse auf der Grundlage medizinischer Evidenz realisiert werden.¹

Ob die DMPs diese Zielstellungen erreichen, ist jedoch leider angesichts der unzureichenden Datengrundlagen unklar, vor allem hinsichtlich der Kosteneffektivität.² Aufgrund der hohen Anlauf- und Entwicklungskosten stellen DMPs damit eine unsichere Investition für Krankenkassen dar.³ Auf der anderen Seite ist davon auszugehen, dass die hochwertige Ausgestaltung der Programme durch den GBA auf der Grundlage von Leitlinien dafür sorgt, dass ein Nutzen für die Versorgung der chronisch Kranken besteht; auch die Effekte verschiedener Studien weisen in diese Richtung.⁴ Insoweit ist die Programmpauschale aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ein notwendiges Anreizsystem, um die Implementierung von DMPs zu fördern, die einen wichtigen Baustein in der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen darstellen können. Es steht zu befürchten, dass eine Abschaffung dieser Pauschale zu einer erheblichen Verringerung der DMP Programme in der Praxis führen wird; vor diesem Hintergrund wird die dringende Notwendigkeit ihrer Beibehaltung gesehen. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE wird die Abschaffung der Programmpauschale auch nicht durch den Ausgleich der zugrundeliegenden Morbidität kompensiert, da diese nur den unstreitig bestehenden ärztlichen bzw. Verwaltungsaufwand für die Durchführung der Programme ausgleichen soll, nicht jedoch zusätzliche Gelder für die Behandlung der zugrundeliegenden Grunderkrankungen bereitstellt.⁵

Zu den Regelungen des Entwurfs im Einzelnen:

¹ Busse, 2004, S. 62 zit. nach Sondergutachten zu den Wirkungen des MorbiRSA des Wissenschaftlichen Beirates zur Weiterentwicklung des RSA 2017, S. 512 ff.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf

² So auch das Sondergutachten, MorbiRSA, 2017, S. 516,

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf

³ Sondergutachten MorbiRSA, 2017, S. 516, zit:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf

⁴ Sondergutachten, a.a.O.

⁵ So auch das Sondergutachten, MorbiRSA, 2017, S. 515.

1. Beschränkung des Wettbewerbs und der Werbemaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen (Ar. 4, § 4a SGB V)

a. Verbot von Maßnahmen des Wettbewerbs zur Risikoselektion (§ 4a Abs. 1 S. 3 SGB V)

Zu Recht wird im vorliegenden Entwurf festgelegt, dass wettbewerbliche Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar bzw. mittelbar fördern, unzulässig sind. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist diese Regelung logische Konsequenz des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 SGB V. Danach dürfen die Krankenkassen keine Leistungen gewähren, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind; Patienten haben keinen Anspruch auf derartige Leistungen. Wettbewerbliche Leistungen, die diese Anforderungen nicht erfüllen, sind damit bereits unwirtschaftlich. Insoweit wird die Regelung als Klarstellung explizit begrüßt, zumal sie die GKV vor unsinnigen Ausgaben bewahrt und damit mittelbar auch chronisch Kranke schützt, die normalerweise bisher nicht zu derjenigen Gruppe gehören, welche durch wettbewerbliche Maßnahmen gewonnen werden sollen.

b. Begrenzung der Werbemöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen (§ 4a Abs. 3, 4 SGB V)

Auch die Begrenzung der Werbung insbesondere in finanzieller Hinsicht wird positiv gesehen. Gerade für chronisch Kranke war es in der Vergangenheit immer wieder frustrierend zu sehen, wie offenbar von „ihrer“ Krankenkasse hohe Werbeausgaben mit niedrigem Informationsgehalt getätigt wurden, während die aufgrund von Ausschreibungen erfolgten Pauschalen bei Hilfsmitteln bei ihrer Krankenkasse sanken und sie oft Aufzahlungen leisten mussten, um die für sie notwendige Qualität weiterhin zu erhalten. Insoweit wird es für wichtig angesehen, dass die Ausgaben zu werblichen Zwecken begrenzt bleiben und sich die Krankenkassen auf ihre eigentlichen Aufgaben konzentrieren.

2. Maßnahmen gegen Betreuungsstrukturverträge (Art. 4 §§ 73b Abs. 5 S. 7, 83 Abs. 4, 140a Abs. 2 SGB V)

Die Maßnahmen des § 73 Abs. 5 S. 7 und § 140a Abs. 2 werden in ihrer Zielrichtung sehr begrüßt, da das Upcoding und die dadurch erfolgte Verzerrung des Wettbewerbs mittelbar auch Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen schaden kann. Es bleibt aber unklar, ob durch die Begrenzung der Kodierung auf ICD 10- Kapitelübersichten nicht einige sinnvolle Selektivverträge unzulässig werden, die bestimmte, spezielle Patientengruppen im Blick haben und die nicht durch Kapitelbeschreibung oder Obergruppen (Dreisteller) erfasst werden können, sondern in einem Viersteller enthalten sind. So gab es etwa - vor der Aufnahme der OCT in den EBM - zahlreiche sinnvolle Selektivverträge für diese Untersuchungsmethode für verschiedene Indikationen (z.B. AMD), die jedoch nicht unter eine Kapitelüberschrift zu fassen waren, sondern mit einem Viersteller hätten beschrieben werden müssen. Insoweit wird darum gebeten zu prüfen, ob diese Selektivverträge nicht nach der vorgesehenen Gesetzesform u.U. unzulässig wären; es wird darum ange-regt, zumindest in der Gesetzesbegründung darauf hinzuweisen, dass die Verknüpfung von medizinisch sinnvollen Leistungen und Codes auch bei (vier- und fünfstel-ligen) Untergruppen möglich ist.

Die vorgesehene Neuregelung des § 83 Abs. 4 wird begrüßt.

3. Erstreckung sämtlicher Krankenkassen auf das gesamte Bundesgebiet - mit Ausnahme bestimmter BKKen (§§ 143 ff SGB V)

Die vorgesehene Erstreckung des Zuständigkeitsbereiches aller Krankenkassen auf das gesamte Bundesgebiet erhöht die Wahlmöglichkeiten der Versicherten - sowohl im Hinblick auf die Zusatzbeiträge als auch im Hinblick auf das Leistungsgeschehen - und wird von daher begrüßt.

Auch die dadurch erfolgende Vereinheitlichung der Aufsicht erscheint sinnvoll; gerade der Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in den gesetzlichen Krankenkassen hat gezeigt, wie wichtig eine funktionierende Auf-sichtspraxis auch für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen

ist (siehe etwa die Beispiele im Sondergutachten des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der GKV, S. 119 ff.). Das Bundesversicherungsamt verweist selbst auf die unterschiedliche Personalsituation in den Landesbehörden, welche sicherlich einer der entscheidendsten Parameter für die Ausgestaltung der Aufsicht sein dürfte. Auch die Monopolkommission hat die unterschiedliche Aufsichtspraxis des Bundesversicherungsamtes und der Länderaufsichten bereits kritisiert.⁶ Der Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zeigt zudem, dass sich in manchen Punkten (etwa der Chroniker-Pauschale, S. 46) keine Übereinstimmung zwischen Bundesversicherungsamt und Ländern treffen ließ.

Unabhängig von der Frage der Aufsicht sollte es jedoch aus der Sicht von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen dringend mehr Transparenz im selektivvertraglichen Leistungsgeschehen geben. Dies schlägt im Übrigen auch das Bundesversicherungsamt vor. So sollen Selektivverträge einerseits den Qualitätswettbewerb fördern, andererseits ist es für Patientinnen und Patienten kaum durchschaubar, bei welchen Leistungen die Krankenkassen Selektivverträge haben. Beispielsweise ist kaum feststellbar, welche Krankenkassen bei welchen Indikationen die PET/PET-CT erstatten; die Folge ist, dass sich Betroffene oft in Foren darüber austauschen, ob sie diese erstattet erhalten oder nicht. Wenn eine Krankenkasse nicht mit der Erstattung wirbt, können Betroffene kaum klären, welche Krankenkassen die für sie wichtige Leistung erstatten. Insoweit sollte - entsprechend den Normen im Hilfsmittelbereich - eine Regelung getroffen werden, wonach die wesentlichen Inhalte der entsprechenden Selektivverträge im Internet auf der Homepage der jeweiligen Krankenkasse veröffentlicht werden sollen.

Auch der Vorschlag des Bundesversicherungsamtes, die Vorlagepflicht für Selektivverträge wieder einzuführen, wird als sinnvoll erachtet.

⁶ Monopolkommission, Sondergutachten zum Wettbewerb im deutschen Krankenversicherungssystem, 2017, S. 52f.

4. Geschlechtsspezifische Besetzung des Vorstands und des Verwaltungsrates der GKV- Spitzenverbandes (Art. 4, § 217b Abs. 2 S. 2, 217c Abs. 4 SGB V)

Die angemessene Repräsentanz von Frauen in Führungspositionen des Gesundheitswesens ist bisher noch nicht ansatzweise ausreichend umgesetzt. Vor diesem Hintergrund werden die Regelungen als ein wichtiger erster Schritt zur Verwirklichung dieses Ziels begrüßt. Hinzu kommt folgendes: In Anbetracht der Tatsache, dass insbesondere der Vorstand, aber auch der Verwaltungsrat, wichtige Entscheidungen treffen müssen, die - auch im Rahmen des Stimmrechts im Gemeinsamen Bundesausschuss - spezifisch nur Frauen oder nur Männer betreffen (etwa organisiertes Screening auf Gebärmutterhalskrebs, Prostatakrebscreening), ist es wichtig, dass beide Geschlechter angemessen repräsentiert sind und die jeweiligen geschlechtsspezifischen Aspekte und Priorisierungen damit berücksichtigt werden. Auch aus diesem Grund wird die vorgesehene Regelung begrüßt.

5. Begrenzung der Amtszeit des Vorstände des GKV-Spitzenverbandes auf zwei Wahlperioden (Art. 4, § 217b Abs. 2 S. 3 SGB V)

Seitens der BAG SELBSTHILFE bestehen Zweifel, ob durch die vorgesehene Amtszeitbegrenzung der Vorstände des GKV-Spitzenverbandes innovative Ideen und Nachwuchskräfte gefördert werden. Vielmehr steht zu befürchten, dass das Gegenteil eintritt. Gerade jüngere Vorstandskandidaten werden sich bei einer derartigen Begrenzung nicht auf diese Posten bewerben, da sie befürchten müssen, sich nach Ablauf der zwei Wahlperioden eine neue Tätigkeit suchen zu müssen, die ähnlich ausgestaltet ist; dies dürfte angesichts dessen, dass derartige Tätigkeiten dünn gesät sind, schwierig werden.

Ferner dürfte auch fraglich sein, ob durch die vorgesehene Begrenzung der Amtszeit innovative Maßnahmen gefördert werden. Häufig ist für die Durchsetzung von derartigen Maßnahmen nicht nur eine intensive Kenntnis der fachlichen Bedingungen notwendig, sondern auch eine gute Einschätzung der Interessenlagen und Prioritäten der jeweiligen Organisationen und handelnden Personen. Um solche Kenntnisse zu erhalten, ist jedoch meist eine längere Erfahrung in einem derartigen Pos-

ten erforderlich; hinzu kommt, dass ein ständiger Wechsel Innovationen eher verhindern dürfte, da man dann nur noch eine - für das Gesundheitswesen - verhältnismäßig kurze Phase zwischen Einarbeitung und voraussichtlichem Ende der Tätigkeit hat, in der innovative Ideen eingebracht und umgesetzt werden können.

Vor diesem Hintergrund wird die vorgesehene Regelung nicht als zielführend angesehen. Es wird darauf hingewiesen, dass auch die vorgesehene Amtszeitbegrenzung des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses aus Gründen der Kontinuität der Aufgabenwahrnehmung wieder zurück genommen wurde.

6. Regelungen zur Neugestaltung des Morbi-RSA, Hochrisikopool, Abschaffung der DMP-Programmpauschale (Art. 4 Nr. 19, 20, Art. 5)

a. Ausgestaltung als Vollmodell

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt ausdrücklich, dass das System des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hin zu einem Vollmodell weiterentwickelt wird; sie hatte ein solches Vollmodell bereits im Jahr 2009 bei der Schaffung des MorbiRSA gefordert.

b. Hochrisikopool

Wie eingangs dargestellt, ist aber die Zielgenauigkeit des MorbiRSA auch bei einem Vollmodell mit hierarchisierten Morbiditätsgruppen gerade bei seltenen teuren Erkrankungen nicht unbedingt umfassend gewährleistet, da deren Kosten durch ihre geringe Prävalenz in der Gruppe zu wenig zu Buche schlagen; vor diesem Hintergrund wird von der BAG SELBSTHILFE explizit die **Schaffung des Hochrisikopools begrüßt**.

Nicht nachvollziehen kann die BAG SELBSTHILFE jedoch, dass nicht die Ist- Kosten, sondern nur 80 Prozent der anfallenden Kosten erstattet werden. In vielen Fällen dürften kaum Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sein, so dass diese Begrenzung dazu führen dürfte, dass die entsprechenden Patienten nach wie vor als Kostenfaktor wahrgenommen werden- mit entsprechenden negativen Konsequenzen. Vor die-

sem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE festzulegen, dass die Kosten in voller Höhe erstattet werden.

c. DMP- Programmpauschale

Die BAG SELBSTHILFE lehnt die vorgesehene Streichung der DMP- Programmpauschale ab. Der Sachverständigenrat hatte in seinem Gutachten für eine konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001 eine Reihe von Faktoren identifiziert, die Unter-, Über und Fehlversorgung im Kontext von chronischen Krankheiten begünstigen. Hauptursachen für die defizitäre Versorgung chronisch Kranker seien, so der Rat, die Nicht-Berücksichtigung neuester medizinischer Evidenz, die mangelnde Kooperation und Koordination zwischen den Versorgungssektoren und die unzureichende Einbindung des Patienten in den Behandlungsprozess.⁷ Eine gesonderte Förderung neben dem RSA kann auch die (...) angesprochenen, nach Auffassung von Teilen des Wissenschaftlichen Beirats im Sondergutachten ggfs. zu niedrigen Anreize zur Durchführung von Prävention und Therapie, in diesem Fall zur Durchführung von DMPs, steigern.⁸

Diesem Befund stimmt die BAG SELBSTHILFE zu; auch aus ihrer Sicht stellen die DMPs mit ihrer Einbindung der Patienten (Schulungsprogramme) und der Orientierung an den Leitlinien einen wichtiger Baustein zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen dar. Zu berücksichtigen ist dabei, dass in manchen Erkrankungsbereichen nur weniger als die Hälfte der „normalen“ Behandlungen leitliniengerecht erfolgt.

Aufgrund des bisher noch nicht eindeutig wissenschaftlich festgestellten Nutzens und vor allem der Effektivität der DMPs bedarf es aus den oben dargestellten Gründen nach wie vor eines Anreizsystems, damit auch weiterhin DMPs in der Versor-

⁷ Sachverständigenrat 2001, zit nach Sonderbericht des Sachverständigenrates, Sondergutachten zum MorbiRSA, S. 514,

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf

⁸ Wissenschaftlicher Beirat, Sondergutachten zum MorbiRSA, 2017, S. 514,

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf

gung ankommen. Vor diesem Hintergrund wird dringend um Beibehaltung der entsprechenden Regelung gebeten.

Langfristig wäre es jedoch wichtig und notwendig, über eine umfassende und vergleichende Evaluation der Programme eine sichere Datengrundlage über den Nutzen und die Effektivität der Programme zu erhalten. Erst wenn dieser Nutzen und die Effektivität nachgewiesen ist, sollte über eine Streichung der Programmpauschale nachgedacht werden.

Unabhängig von der Ausgestaltung der Anreizsysteme für die DMPs im MorbiRSA wird angeregt, den Gesetztext zu den DMPs dahingehend zu präzisieren, dass eindeutig klargestellt wird, dass Schulungsprogramme für Patientinnen und Patienten notwendiger Bestandteil der DMPs sind; hierzu gibt es immer wieder Diskussionen, die durch eine derartige Klarstellung abgekürzt werden können.

d. Einführung eines Regionalfaktors

Die Einführung eines Regionalfaktors in der vorgesehenen Form wird als sachgerecht angesehen; insbesondere wird begrüßt, dass einige versorgungsrelevante Faktoren (z.B. Arztdichte, Krankenhausbetten) nicht einbezogen werden, da andernfalls auch aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE das Risiko besteht, dass eine bestehende Unterversorgung langfristig festgeschrieben wird.

e. Präventionsanreize

Die vorgesehene Regelung wird begrüßt. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass mit der Streichung der DMP-Programmpauschale wiederum Anreize zur Tertiärprävention von Menschen mit chronischen Erkrankungen zurückgenommen werden. Aus den genannten Gründen wird dies nicht für sinnvoll gehalten.

f. Erweiterung der aufsichtsrechtlichen Befugnisse des BVA als RSA- Durchführungsbehörde

Die vorgesehenen Regelungen zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung werden begrüßt.

Berlin, 18.04.2019