

# VERBRAUCHER BRAUCHEN TRANSPARENZ ÜBER DAS AGIEREN DER EINZELNEN KRANKENKASSEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)

23. April 2019

**Impressum**

*Verbraucherzentrale*

*Bundesverband e.V.*

*Team*

*Gesundheit und Pflege*

*Rudi-Dutschke-Straße 17*

*10969 Berlin*

*Gesundheit@vzbv.de*

# INHALT

|  |          |
|--|----------|
| <b>I. ZUSAMMENFASSUNG</b>  | <b>3</b> |
| <b>II. EINLEITUNG</b>  | <b>4</b> |
| <b>III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN</b>      | <b>6</b> |
| 1. Transparenz über das Agieren der Krankenkassen schaffen.....    | 6        |
| 2. Verhinderung der Einflussnahme auf die Diagnosekodierung.....   | 8        |
| 3. Selbstverwaltung im Gesundheitswesen stärken .....              | 9        |
| 4. Finanzielle Anreize zur Stärkung von Präventionsmaßnahmen ..... | 9        |

# 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. Besonders positiv bewertet der vzbv die bereits seit langem geforderte Etablierung einer einheitlichen Aufsicht über die Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt, 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.

Damit aber 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 vzbv weiteren und grundlegenden Handlungsbedarf. Neben den für Verbraucherinnen und Verbraucher<sup>1</sup> 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 konkreten 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. Ebenso können Krankenkassen 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 Veröffentlichungs- und Evaluationspflicht zu allen Selektivverträgen der Krankenkassen. Diese würde auch eine öffentliche Kontrollmöglichkeit mit Blick auf mögliche Manipulationen der ärztlichen Diagnosekodierung eröffnen.

---

<sup>1</sup> Die gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden 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 den Krankenkassen zielgenauer zur Verfügung stehen, die sie für die Behandlung 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 weitreichende 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 eine einheitliche Aufsicht der gesetzlichen Krankenkassen zu gewährleisten.

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.
- ❖ Die Berücksichtigung von Altersinteraktionstermen im Ausgleichsmodell, um Über- und Unterdeckungen in Abhängigkeit von Alter und Schwere der Erkrankung zu reduzieren.
- ❖ Die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen und der Disease-Management-Programmkostenpauschale.
- ❖ Die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten.
- ❖ Die Einführung einer Regionalkomponente ohne angebotsseitige Faktoren wie Arztdichte oder Krankenhausbettenzahl.
- ❖ Die Einrichtung eines Risikopools, um die finanzielle Belastung aus Hochkostenfällen abzumildern.
- ❖ Die Berücksichtigung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (Vorsorge-Pauschale).

### b) Spezifische Maßnahmen zur Verhinderung der Einflussnahme auf die Diagnostik

- ❖ Morbiditätsgruppen (HMGs), die GKV-weit eine bestimmte Steigerungsrate überschreiten und eine Manipulation vermuten lassen, werden aus dem Jahresausgleich ausgeschlossen (Manipulationsbremse).
- ❖ Die Datengrundlage für zukünftig möglicherweise unterschiedliche Zuschläge bei Diagnosen durch Haus- oder Facharzt wird geschaffen. Verträge, die das Kodierverhalten von Hausärzten beeinflussen, sollen so nicht mehr attraktiv sein.

- ❖ Bis zur Anwendung der im Terminservice- und Versorgungsgesetz beschlossenen Kodierrichtlinien und der erfolgten Zertifizierung der Praxissoftware erfolgt eine Entkopplung der Vergütung von Selektivverträgen von spezifischen Diagnosen.
- ❖ Ein Verbot der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen.
  - c) Anpassung des Wettbewerbsrahmens der Krankenkassen
- ❖ Die regionale Beschränkung von Krankenkassen wird aufgehoben. Für das Gros der Krankenkassen gilt dadurch zukünftig eine einheitliche Rechtsaufsicht durch das Bundesversicherungsamt (BVA).
- ❖ Die Verhaltensregeln für Werbemaßnahmen der Krankenkassen werden klarer definiert.
- ❖ Der kassenartenbezogene Haftungsverbund wird abgeschafft.
- ❖ Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, untereinander gegen wettbewerbswidriges Verhalten zu klagen.

Darüber hinaus sieht der vorliegende Referentenentwurf eine regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA (alle vier Jahre) durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vor. Außerdem sind Änderungen in den Strukturen des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) geplant. Neben einer Erhöhung des Anteils von Frauen in den Gremien sieht der Entwurf vor, dass der Verwaltungsrat des GKV-SV nicht mehr, wie bisher, aus ehrenamtlichen Vertretern der Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen, sondern aus Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen, gebildet wird.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) führt am 6. Mai 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 gesetzlichen Krankenversicherungen 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.<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup>

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 wichtigen Anpassungen am RSA-Modell und zur Erhöhung der Manipulationsresistenz des Morbi-RSA 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.

<sup>2</sup> Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 7: [https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180403Sonderbericht\\_web.pdf](https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180403Sonderbericht_web.pdf) (abgerufen am 11. April 2019).

<sup>3</sup> Ebenda, S. 77 ff.

Der vzbv schließt sich daher der Forderung der ehemaligen Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Ingrid Fischbach, an, die Widerspruchszahlen aller Krankenkassen zu veröffentlichen. Dies fordert auch das Bundesversicherungsamt in seinem Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.<sup>4</sup> Im Rahmen einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des vzbv sprachen sich 2017 ebenso 78 Prozent der befragten Verbraucher für eine Veröffentlichung dieser Zahlen aus.<sup>5</sup> 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).<sup>6</sup> Dieser Aspekt gewinnt auch vor dem Hintergrund der geplanten Regelungen zur bundesweiten Öffnung der bisher lediglich regional geöffneten Kassen noch zusätzlich an Bedeutung. Um eine Abwägung zwischen Preis, Servicequalität und (regionalen) Versorgungsangeboten einer Krankenkasse treffen zu können, benötigen Verbraucher vergleichbare Informationen – etwa zu bestehenden Selektivverträgen. Dies gilt insbesondere, da sich zumindest mittelfristig die Versorgungsangebote der bisher regional geöffneten Krankenkassen weiterhin voraussichtlich auf ihre angestammten Regionen fokussieren werden.

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 speziellen medizinischen Apps und weiteren 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.<sup>7</sup> 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 ebenso etwa eine vollständige Darstellung der verbraucherrelevanten Aspekte durch Online-Portale, wie z. B. der Stiftung Warentest, ermöglichen.

---

<sup>4</sup> Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 150: [https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180403Sonderbericht\\_web.pdf](https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180403Sonderbericht_web.pdf) (abgerufen am 11. April 2019).

<sup>5</sup> 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](https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/10/11/ergebnisse_forsa_meinungen_zur_gkv.pdf) (abgerufen am 10. April 2019).

<sup>6</sup> Vgl. u.a. Pressemitteilung 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 17. April 2019).

<sup>7</sup> Vgl. u.a. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2014): Unterstützung von Patienten mit Behandlungsfehlverdacht. Ergebnisse der Befragung von Krankenkassen: [https://www.verbraucherzentrale.nrw/sites/default/files/migration\\_files/media231404A.pdf](https://www.verbraucherzentrale.nrw/sites/default/files/migration_files/media231404A.pdf) (abgerufen am 17. April 2019).

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.

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. Dies kann aus Sicht des vzbv nicht die Zielsetzung eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung sein.

## 2. 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, obwohl weitere flankierende Maßnahmen, wie die Einführung verbindlicher Kodierrichtlinien, 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 einzurichten<sup>8</sup>. Diesem Vorschlag schließt sich der vzbv an. Auch den konkurrierenden Krankenkassen gäbe das die Möglichkeit der gegenseitigen Kontrolle. Im Kontext der geplanten Neuregelungen zum Klagerecht der Krankenkassen untereinander aufgrund von wettbewerbswidrigem Verhalten, wäre diese ergänzende Transparenzmaßnahme folgerichtig.

Von übergreifender Bedeutung ist in diesem Zusammenhang das Ziel der Schaffung einer einheitlichen Rechtsaufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt. Ein einheitliches Agieren der Aufsicht ist aus Sicht des vzbv ein wichtiger und notwendiger Schlüssel für die ausgegebene Zielsetzung des vorgelegten Gesetzes: Die Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die damit verknüpfte bundesweite Öffnung bislang nur in einzelnen Bundesländern für Versicherte wählbarer Krankenkassen erhöht die Wahloptionen

<sup>8</sup> 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](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf) (abgerufen am 11. April 2019).

der Versicherten und ist daher grundsätzlich positiv einzustufen. Regionale Versorgungskonzepte – egal ob unter länder- oder bundesweiter Aufsicht – stellen jedoch für viele Verbraucher ein relevantes Kriterium bei der Wahl ihrer Krankenkasse dar, so dass auch unter diesem Gesichtspunkt die Schaffung von Transparenz und somit die Stärkung des Qualitäts- gegenüber dem reinen Preiswettbewerb von erheblicher Bedeutung für die zukünftige Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ist.

### **3. SELBSTVERWALTUNG IM GESUNDHEITSWESEN STÄRKEN**

Die Selbstverwaltung ist ein grundlegendes Prinzip der Organisation des Gesundheitswesens in Deutschland. Alle Beteiligten übernehmen dadurch Verantwortung für die Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass im Verwaltungsrat des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen von diesem Prinzip abgewichen wird. Die Mitglieder sollen nicht mehr, entsprechend der solidarischen Finanzierung, ehrenamtliche Versicherten- und Arbeitgebervertreter sein, sondern müssen dem Vorstand einer Mitgliedskrankenkasse des GKV-SV angehören. Diese strukturelle Veränderung der Spitzenorganisation der Krankenkassen hat Symbolwirkung und schwächt die Selbstverwaltung insgesamt.

Die soziale Selbstverwaltung ist die Grundlage dafür, dass Betroffeneninteressen in die Entscheidungen im Gesundheitswesen eingehen. Das ist eine wichtige Voraussetzung für ein an den Versicherten und Patienten orientiertes Gesundheitswesen. Der vzbv sieht die geplant Neuregelung daher kritisch und sieht stattdessen den Bedarf von mehr Transparenz und einer Stärkung der ehrenamtlichen Vertreter in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens, damit sie den Hauptamtlichen auf Augenhöhe begegnen können. Dies ist angesichts der zunehmenden Aufgabenstellungen – gerade im Bereich der Vertretung von Patienteninteressen – von grundsätzlicher Bedeutung für alle Bereiche der Selbstverwaltung.

### **4. FINANZIELLE ANREIZE ZUR STÄRKUNG VON PRÄVENTIONSMAßNAHMEN**

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.

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 lebensstilassozierten chronischen Erkrankungen eine grundsätzliche Bedeutung. Auch den Krankenkassen kommt bei dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe eine wichtige Rolle zu.

Im Finanzausgleich bestehen für die Krankenkassen allerdings bisher kaum betriebswirtschaftlichen Anreize, in Präventionsmaßnahmen für ihre Versicherten zu investieren. Die Kosten einer Erkrankung werden im System des Morbi-RSA ausgeglichen. Im nun vorgesehenen Modell hat eine hohe Inanspruchnahmerate von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen einen positiven finanziellen Effekt für die Krankenkassen.

Die Umsetzung der grundsätzlich richtigen Stärkung muss jedoch im Detail betrachtet werden, um Fehlsteuerungen durch finanzielle Anreize möglichst bereits im Vorfeld erkennen und verhindern zu können. So sollte u.a. 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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> 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](https://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/fachbereiche/patienteninformation/stellungnahme_dnebm_080630) (abgerufen am 9. April 2019).

<sup>10</sup> Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/774/> (abgerufen am 9. April 2019).