

BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 08. Februar 2017

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU
und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung
der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfs-
mittelversorgungsgesetz, HHVG)

und zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grü-
nen „Fairen Wettbewerb in der solidarischen Kran-
kenversicherung ermöglichen - Weiterentwicklung
des morbiditätsorientierten Risikostrukturaus-
gleichs vorantreiben“ (Drucksache 18/10252)

Inhalt

I.	Vorbemerkung	3
II.	Detailkommentierung	4
	Änderungsantrag 1: RSA - Kodierbeeinflussung	4
	a) Nutzung von Regionalkennzeichen für den RSA	4
	b) Ergebnisse der Prüfungen nach §273 SGB V transparent machen	8
	c) Verbot der Vergütung von Diagnosen in Gesamtverträgen (§ 83 Nummer 5a neu SGB V).....	8
	Änderungsantrag 3: Folgegutachten zum RSA (§ 269 SGB V; § 33 RSAV)	9
III.	Weiterer Änderungsbedarf	11
	Weitere Maßnahmen zur Reduzierung der Manipulationsanfälligkeit des RSA	11
	a) Wiedereinführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung	11
	b) Kodierbeeinflussung durch Praxissoftware	12
	c) Ambulante Diagnosen im Morbi-RSA	12
	Rechtssichere Einbindung externer Hilfsmittelberater	13
IV.	Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen - Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vorantreiben“ (Drucksache 18/10252).....	16

I. Vorbemerkung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich, dass in das Heil und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) nun auch Maßnahmen zur manipulationsresistenteren Ausgestaltung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) in das SGB V aufgenommen werden sollen. So soll die Diagnosebeeinflussung durch die Einschränkung des Bestandschutzes für Betreuungsstrukturverträge, das Verbot von zusätzlicher Vergütung von Diagnosen in Gesamtverträgen, von nachträglicher Diagnoseübermittlung und von Kodierberatung unterbunden werden.

Zudem sollen die Prüfungen nach § 273 SGB V zur Sicherung der Datengrundlagen für den RSA über die Einführung einer Kooperationspflicht für Krankenkassen, einschließlich eines Zwangsgeldes, verbessert werden. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen ab 2018 Regionalkennzeichen für Zwecke der Auswertung und Analyse des RSA sowie zur Sicherung der Datengrundlage für den RSA erheben. Auf Basis dieser Daten können auch wissenschaftliche Untersuchungen zum RSA im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesversicherungsamtes erfolgen.

Die Betriebskrankenkassen befürworten diese Maßnahmen dem Grundsatz nach, möchten zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des RSA jedoch die nachfolgenden Ergänzungen bzw. Änderungen vorschlagen. Die Betriebskrankenkassen geben zudem zu bedenken, dass die Anreize zur Manipulation so lange vorhanden sein werden, wie an den ambulanten Diagnosen zur Abbildung ambulanter Morbidität festgehalten bzw. die Qualität der Kodierung nicht entscheidend verbessert wird.

II. Detailkommentierung

Änderungsantrag 1: RSA - Kodierbeeinflussung

a) *Nutzung von Regionalkennzeichen für den RSA*

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich, dass das Regionalkennzeichen nun auch für Zwecke der Auswertung und Analyse des RSA sowie zu Sicherung der Datengrundlage für den RSA erhoben werden soll. Mit dem vorliegenden Änderungsantrag wird bislang jedoch nur die Erhebung des Regionalkennzeichens ab Anfang 2018 geregelt. Wissenschaftliche Untersuchungen von Ansätzen zur Erweiterung des RSA um eine Regionalkomponente sollen nach Auffassung der Betriebskrankenkassen aber bereits im Rahmen des Sondergutachtens des Wissenschaftlichen Beirates erfolgen. Insofern sind die vorliegenden Änderungsanträge entsprechend zu ändern bzw. zu ergänzen.

Folgende Varianten sind hierbei aus Sicht der Betriebskrankenkassen denkbar:

Variante 1: Vorziehen der Erhebung des Regionalkennzeichens auf den Mai 2017

Änderungsvorschlag:

Dem §268 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Krankenkassen erheben vom 1. Mai 2017 an versichertenbezogen den amtlichen Gemeindeschlüssel und die Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten. Das Nähere über die zeitliche Zuordnung und das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2. § 268 Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.“

Begründung:

Um wissenschaftliche Untersuchungen von Ansätzen zur Erweiterung des RSA um eine Regionalkomponente bereits im Rahmen des Sondergutachtens des Wissenschaftlichen Beirates zu ermöglichen, muss eine Erhebung von Regionalkennzeichen ab dem 1. Mai 2017 erfolgen.

Darüber hinaus ließe der achtstellige amtliche Gemeindeschlüssel zwar gute Analysen in ländlichen Räumen zu, wäre aber für Ballungsgebiete zu ungenau. So gibt es etwa für kreisfreie Städte, wie z.B. Berlin, nur eine einzige amtliche Gemeindeschlüsselnummer. Die Postleitzahl ließe hier hingegen differenziertere Betrachtungen zu. Damit daher alle möglichen und bereits in der Diskussion befindlichen Modelle durch den Wissenschaftlichen Beirat betrachtet werden können und einige durch die Festlegung allein auf den amtlichen Gemeindeschlüssel nicht bereits vorab ausgeschlossen werden, sind zusätzlich auch die Postleitzahlen zu erheben. Dies ließe sich ohne zusätzlichen Mehraufwand für die Krankenkassen umsetzen, da die Krankenkassen die Postleitzahl bereits regelmäßig an das DIMDI für Forschungszwecke übermitteln. Sollte der Gesetzgeber nur ein Kennzeichen für die regionale Zuordnung der Versicherten erheben wollen, sind die Postleitzahlen, weil kleinräumiger, besser geeignet.

Variante 2: Erhebung des Regionalkennzeichens ab 2018 (a) und gesetzliche Grundlage zur Nutzung der jährlich erhobenen Regionalkennzeichen (Postleitzahlen) nach § 303 ff SGB V für die anstehende Evaluation (b)

a)

Änderungsvorschlag:

Dem §268 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Krankenkassen erheben vom 1. Januar 2018 an beginnend mit den Datenmeldungen für die Korrektur des Ausgleichsjahres 2016 versichertenbezogen den amtlichen Gemeindeschlüssel und die Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten. Das Nähere über die zeitliche Zuordnung und das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der Daten nach Satz 1 bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Bestimmung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und 2. § 268 Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.“

Begründung:

Der Änderungsantrag regelt die Erhebung des Regionalkennzeichens ab dem 1. Januar 2018. Damit nach dem Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirates im Herbst

2017 zeitnah die notwendigen Daten für eine etwaige gesetzliche Regelung zur Berücksichtigung der exogenen Regionalkomponenten zur Verfügung stehen, ist klarzustellen, dass die Regelung sich bereits auf die Datenmeldung für die Korrektur der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds des Ausgleichsjahres 2016 bezieht. Diese liegen im April 2018 vor.

Darüber hinaus ließe der achtstellige amtliche Gemeindegemeinschaftszahl zwar gute Analysen in ländlichen Räumen zu, wäre aber für Ballungsgebiete zu ungenau. So gibt es etwa für kreisfreie Städte, wie z.B. Berlin, nur eine einzige amtliche Gemeindegemeinschaftszahlnummer. Die Postleitzahl ließe hier hingegen differenziertere Betrachtungen zu. Damit daher alle möglichen und bereits in der Diskussion befindlichen Modelle durch den Wissenschaftlichen Beirat betrachtet werden können und einige durch die Festlegung allein auf den amtlichen Gemeindegemeinschaftszahl nicht bereits vorab ausgeschlossen werden, sind zusätzlich auch die Postleitzahlen zu erheben. Dies ließe sich ohne zusätzlichen Mehraufwand für die Krankenkassen umsetzen, da die Krankenkassen die Postleitzahl bereits regelmäßig an das DIMDI für Forschungszwecke übermitteln. Sollte der Gesetzgeber nur ein Kennzeichen für die regionale Zuordnung der Versicherten erheben wollen, sind die Postleitzahlen, weil kleinräumiger, besser geeignet.

b)

Änderungsvorschlag:

1. Ergänzung in § 303b Absatz 2 SGB V:

„...“

(2) Die Krankenkassen ermitteln aus den bei ihnen nach § 284 Absatz 1 gespeicherten Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten (Regionalkennzeichen). Sie übermitteln die Regionalkennzeichen zusätzlich zu den Daten nach Absatz 1 Satz 1 jährlich an das Bundesversicherungsamt nach dem in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 geregelten Verfahren. Die Krankenkassen haben die Regionalkennzeichen so zu verschlüsseln, dass nur die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d in der Lage ist, die Regionalkennzeichen zu entschlüsseln und mit den Daten nach Absatz 1 zusammenzuführen. Für die Durchführung eines Sondergutachtens auf Basis des Erlasses des Bundesgesundheitsministeriums vom 13. Dezember 2016 wird das Bundesversicherungsamt

ermächtigt, die hierfür erforderlichen Daten zu nutzen und zusammenzuführen. Dazu übermittelt die Vertrauensstelle nach § 303c den Schlüssel für die Zusammenführung der Daten nach § 303b Abs. 1 mit den Daten nach § 303b Abs. 2 an das Bundesversicherungsamt.

....“

2. Änderungen in der Datentransparenzverordnung (DaTraV)

Die Datentransparenzverordnung (DaTraV) ist in § 4 Abs. 2 und § 5 Abs. 6 entsprechend anzupassen.

Begründung:

Um die Untersuchung von Ansätzen zur Erweiterung des RSA um eine Regionalkomponente bereits im Rahmen des Sondergutachtens des wissenschaftlichen Beirates beim BVA gemäß dem Erlass des Bundesgesundheitsministeriums vom 13. Dezember 2016 zu ermöglichen, wird vorgeschlagen, auf die von den Krankenkassen jährlich erhobenen Regionalkennzeichen (Postleitzahlen) nach § 303 ff SGB V zurückzugreifen. Diese werden im Kontext mit anderen RSA-Satzarten als Satzarten 130/131 an das BVA gemeldet, von dort an das DIMDI weitergeleitet. Da bislang für eine Nutzung dieser Daten durch das BVA eine gesetzliche Grundlage fehlt, ist hier eine entsprechende Änderung in Gesetz und Verordnung nötig, die das BVA autorisiert, diese Information zum Zwecke der anstehenden Evaluation des RSA zu nutzen. Die nächste Datenlieferung der Kassen erfolgt für das Berichtsjahr 2015 und ist dem BVA bis zum 15.4.2017 zu übermitteln.

Die Betriebskrankenkassen schlagen mit der Änderung konkret das Folgende vor: Die im Lieferprozess befindlichen Daten 2015 werden nach Plan an das BVA geliefert. Anders als aktuell gesetzlich vorgegeben, wird dem BVA aber der Schlüssel zur Zusammenführung der PLZ-Daten mit den sonstigen RSA-Daten von der Vertrauensstelle zur Verfügung gestellt, damit entsprechende Regionalanalysen durchgeführt werden können. Die Erlaubnis dazu wird explizit ins Gesetz aufgenommen.

b) Ergebnisse der Prüfungen nach §273 SGB V transparent machen

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass das Instrument der Prüfung nach § 273 SGB V durch die vorgesehenen Maßnahmen geschärft wird. Über die vorgesehene Änderung in § 268 Abs. 4 neu SGB V sollen zudem künftig auch regionale Auffälligkeiten festgestellt werden können.

Die Betriebskrankenkassen regen darüber hinaus an, dass, sofern eine Krankenkasse die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 nicht oder nur teilweise eingehalten hat, das BVA die Prüfergebnisse in seinen Geschäftsbericht aufnimmt. Dabei sollten auch Hinweise enthalten sein zur Art der Vertragspartner der Kassen (Ärzteverbände, Kassenärztliche Vereinigungen, etc.) und wann dieser Vertrag aufsichtsrechtlich genehmigt worden war.

c) Verbot der Vergütung von Diagnosen in Gesamtverträgen (§ 83 Nummer 5a neu SGB V)

Mit der neuen Nummer 5a wird klargestellt, dass kassenindividuelle oder kassenartenübergreifende Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Gesamtverträge sein können. Insofern werden diese eingeschränkt. Es erschließt sich den Betriebskrankenkassen allerdings nicht, warum dieses Verbot sich nur auf die Gesamtverträge, nicht aber auch auf Selektivverträge, etwa nach § 73b SGB V, beziehen soll. Eine Beeinflussung der ärztlichen Kodierung mit dem Ziel, Diagnosen zu optimieren und so zusätzliche Zuweisungen aus dem Morbi-RSA zu erhalten, sollte unabhängig von dem zugrundeliegenden Vertragsverhältnis (Kollektiv- oder Selektivvertrag) unterbunden werden. Dies sollte daher für alle selektivvertraglich geschlossenen Verträge gelten.

Änderungsantrag 3: Folgegutachten zum RSA (§ 269 SGB V; § 33 RSAV)

Änderungsvorschlag:

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich, dass der Auftrag für ein Folgegutachten zu den Themen Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte erfolgt. Insbesondere das Thema Krankengeld ist für die Betriebskrankenkassen von besonderer Relevanz, da das Volumen der Fehlzuweisungen im Krankengeld hier unverhältnismäßig hoch ausfällt und damit starke wettbewerbsverzerrende Wirkung entfaltet.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen zudem ausdrücklich, dass der sogenannte Preiseffekt über die beitragspflichtigen Einnahmen im Folgegutachten abgebildet und berücksichtigt werden soll, da die Höhe des Krankengeldes als Lohnersatzleistung unmittelbar vom Einkommen der betroffenen Versicherten abhängt.

Die Betriebskrankenkassen plädieren jedoch dafür, die Datenmeldungen und den Gutachtentermin vor allem bei dem Folgegutachten zum Krankengeld um ein Jahr vorzuziehen. Dazu bedarf es anstelle zweier Meldetermine lediglich eines Meldetermins für die Bereitstellung der Daten spätestens zum 15. April 2018.

Sofern die Fertigstellung des Gutachtens zu einem früheren Zeitpunkt nicht möglich ist, schlagen die Betriebskrankenkassen vor, bis zur Vorlage des Gutachtens, den Istkostenanteil von 50% gem. § 41 Abs. 1 Satz 3 RSAV bis zur Umsetzung eines neuen Modells angemessen zu erhöhen.

Begründung:

Eine Bereitstellung der Datenmeldungen gem. § 269 Abs. 3b SGB V (Folgegutachten Krankengeld) ist bereits zu einem früheren Zeitpunkt möglich, da die benötigten Datengrundlagen größtenteils für die Erstgutachten gem. § 269 Abs. 3 Satz 1 SGB V für einen großen und repräsentativen Teil der gesetzlichen Krankenkassen ermittelt wurden.

Die Betriebskrankenkassen schlagen entsprechend vor, die Begutachtung auf der Datenbasis der Berichtsjahre 2015 und 2016 vorzunehmen. Die dafür erforderlichen Daten werden aufgrund der Hinzunahme der Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen (§ 269 Abs. 3b Satz 2 Nr. 1-3 SGB V) indes nicht bis zum Meldetermin 15. Juni 2017 bereitgestellt werden können. Stattdessen regen die Betriebskrankenkassen an, anstelle zweier Meldetermine lediglich einen Meldetermin vorzusehen und festzulegen, dass

die Daten bis spätestens zum 15. April 2018 bereitzustellen sind. Das Gutachten könnte damit bereits zum 31.12.2018 vorliegen.

Sollte der gewählte Gutachtentermin sich nicht vorverlegen lassen, so erhöht sich nach Auffassung des BKK Dachverbandes die Notwendigkeit, den Istkostenanteil von 50% gem. § 41 Abs. 1 Satz 3 RSAV bis zur Umsetzung des neuen Modells angemessen zu erhöhen, um die nachweislich verzerrenden Effekte bei den Zuweisungen für die in der GKV einzig relevanten Geldleistung adäquat zu reduzieren und damit die Wettbewerbsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen langfristig nicht weiter zu belasten. Zahlreiche Krankenkassen müssen seit Einführung des Risikostrukturausgleichs über den verzerrenden Zuweisungseffekt im Krankengeld die Minderzuweisungen anderweitig – i.d.R. über den Zusatzbeitragssatz – kompensieren. Bei einer Fertigstellung des Gutachtens zum 31.12.2019 wäre die Umsetzung eines neuen Modells frühestens im Klassifikationsmodell 2021 möglich, ohne Übergangsregelung würde dies die Wettbewerbsverzerrungen weiter verstärken.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Weitere Maßnahmen zur Reduzierung der Manipulationsanfälligkeit des RSA

a) Wiedereinführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung

Zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten im Rahmen der Vergütung der Vertragsärzte nutzt der Bewertungsausschuss ein Patientenklassifikationssystem auf der Grundlage der ambulanten Behandlungsdiagnosen. Wie im DRG-System ("Diagnosis Related Groups") bedarf es auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Deshalb soll die Vereinbarung von Kodierrichtlinien durch die Bundesmantelvertragspartner bis spätestens 31.12.2017 gesetzlich vorgegeben werden. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen schaffen ambulante Kodierrichtlinien (AKR) Klarheit, denn sie definieren das gültige internationale Schlüsselssystem ICD-10 klar und sorgen für Verbindlichkeit. Ambulante Kodierrichtlinien helfen damit dem Arzt bzw. Psychotherapeuten, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln. Damit kann die Morbidität der Patienten exakt abgebildet werden. Mit Hilfe der Standardisierung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens werden außerdem aus Sicht der betrieblichen Krankenversicherung die Verschlüsselung von ambulanten Diagnosen durch klare Definitionen und Interpretationen verbessert, die Kodierqualität und Pharmakovigilanz wird erhöht sowie die Datengrundlage für RSA-Berechnung und die Plausibilisierung der Abrechnung verbessert. Des Weiteren liefern ambulante Kodierrichtlinien qualifizierte Datengrundlagen für die Versorgungsforschung, erleichtern die Messung von Qualität und helfen bei der Etablierung und Implementierung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsinstrumente.

Änderungsvorschlag:

Einfügen eines § 295 Absatz 3 SGB V Satz 2 (neu):

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2017 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Abs. 6 gilt entsprechend.“

b) Kodierbeeinflussung durch Praxissoftware

Änderungsvorschlag:

1. Einfügung eines §71 a (neu):

„Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern dürfen keine softwaregestützten Diagnose- und Kodiervorschläge für den Vertragspartner beinhalten. Die Krankenkassen haben auf Verlangen der zuständigen Aufsichtsbehörde bezüglich der Einhaltung Nachweise zu erbringen.“

Begründung:

Um eine weitere Möglichkeit der Manipulation von Kodierungen auszuschließen, muss gewährleistet werden, dass auch die Praxissoftware keinen Ansatzpunkt für die Kodierbeeinflussung bietet.

c) Ambulante Diagnosen im Morbi-RSA

Die Betriebskrankenkassen begrüßen das Ansinnen des Gesetzgebers, den Morbi-RSA manipulationsresistenter auszugestalten. Die Betriebskrankenkassen weisen aber darauf hin, dass die Anreize zur Manipulation so lange vorhanden sein werden, wie an den ambulanten Diagnosen zur Abbildung ambulanter Morbidität festgehalten wird bzw. die Kodierqualität so schlecht und schwer überprüfbar ist. Aus diesem Grund verzichtet beispielsweise die Schweiz auf das Hinzuziehen ambulanter Diagnosen im Risikostrukturausgleich. Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen sollten daher Modelle, die die ambulante Morbidität über alternative Satzarten, etwa die Arzneimittelverordnungen, abbilden, Gegenstand der nun anstehenden Evaluation des Morbi-RSA sein.

Rechtssichere Einbindung externer Hilfsmittelberater

Die Betriebskrankenkassen fordern eine rechtssichere Einbindung von externen Hilfsmittelberatern.

Gerade für kleinere und mittlere Kassen ist die Einbeziehung von externen Hilfsmittelberatern von immenser Bedeutung. Sie beauftragen bedarfsweise und im Einzelfall in Ergänzung zur sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK externe Hilfsmittelberater, um komplexe orthopädie-, reha- und medizintechnische Versorgungen oder auch eine Versorgung mit Hörhilfen und Sehhilfen beurteilen zu können. Hierbei prüfen externe Hilfsmittelberater aus technischer Sicht die Erforderlichkeit und Geeignetheit der beantragten Versorgung im Einzelfall unter Berücksichtigung der konkreten Lebensumstände des Versicherten und beraten diesen ggf. auch. Dieses Know-how können insbesondere kleinere und mittlere Kassen aber auch der MDK (häufig) nicht abbilden.

Die externen Hilfsmittelberater berücksichtigen dabei die vom behandelnden Arzt und/oder vom MDK bereits vorgebrachten sozialmedizinischen Aspekte. Die Prüfungen durch externe Hilfsmittelberater enden mit einer Empfehlung an die Krankenkasse. Die eigenständige Entscheidungsvollmacht über Art und Umfang der Hilfsmittelversorgung verbleibt uneingeschränkt bei der beauftragenden Krankenkasse.

Änderungsvorschlag:

Zur rechtssicheren Einbindung von externen Beratern im Hilfsmittelbereich wird folgender Regelungsvorschlag unterbreitet.

Nach § 197b wird folgender § 197c eingefügt:

§ 197c Beauftragung externer Hilfsmittelberater

(1) Die Krankenkassen können ergänzend zur Erfüllung der in § 275 Absatz 3 Nummer 1 genannten Aufgabe, insbesondere zur Klärung technischer Fragen, auch externe Hilfsmittelberater mit der Prüfung beauftragen, durch welche Hilfsmittel unter Berücksichtigung der Versorgungsziele nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und der individuellen Verhältnisse des Versicherten eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet wird. Die Aufgaben des MDK gemäß § 275 bleiben hiervon unberührt. § 276 Absatz 1 gilt entsprechend.

(2) Wenn es für die Prüfung nach Absatz 1 und die Beratung des Versicherten erforderlich ist, können die von den Krankenkassen beauftragten externen Hilfsmittelberater diese Tätigkeiten auch im Wohnbereich des Versicherten vornehmen.

(3) Die von den Krankenkassen beauftragten externen Hilfsmittelberater sind berechtigt, Sozialdaten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Prüfung und Beratung nach Absatz 1 und 2 erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Hilfsmittelberater von der Krankenkasse erteilten Auftrags benötigen. Die Sozialdaten sind nach fünf Jahren zu löschen; § 304 Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Der externe Hilfsmittelberater hat der beauftragenden Krankenkasse das Ergebnis seiner Prüfung und Beratung nach Absatz 1 und 2 zu übermitteln und dabei eine am Versorgungsbedarf des Versicherten orientierte Empfehlung auszusprechen, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich ist; § 35 SGB I gilt entsprechend. Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Prüfung und Beratung sowie die Versorgungsempfehlung nur den Personen zugänglich gemacht werden, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt bis zum tt.mm.jj. Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den externen Hilfsmittelberatern. Die Richtlinien regeln insbesondere Folgendes:

1. das Nähere zu den Aufgaben der externen Hilfsmittelberater nach Absatz 1 und 2,
2. die Anforderungen an die Qualifikation und die Neutralität der externen Hilfsmittelberater einschließlich des Verfahrens zum Nachweis der Anforderungen und
3. die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Prüfungs- und Beratungsverfahren.

(6) Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des BMG. Sie sind für die Krankenkassen verbindlich.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 08.02.2017 zu den Änderungsanträgen zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz



§ 284 wird wie folgt geändert:

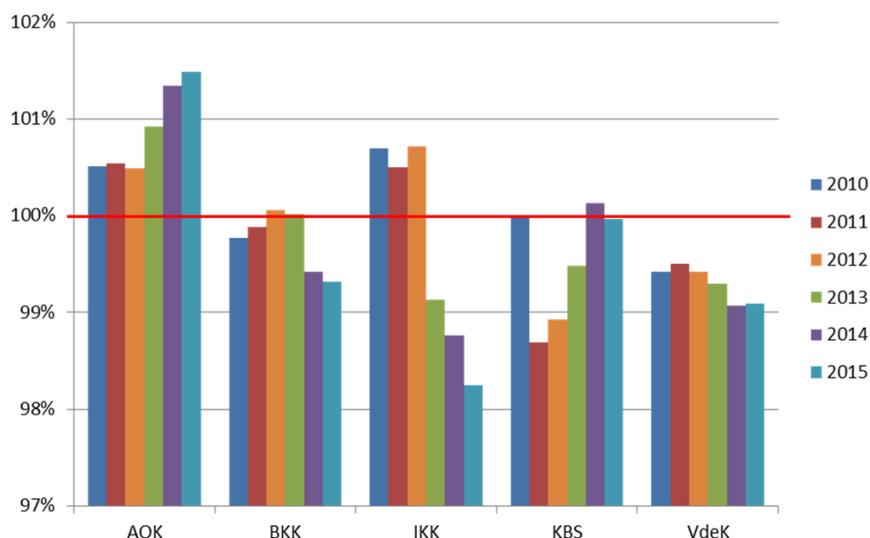
In Absatz 1 Nummer 7 werden vor dem Komma die Wörter „und der externen Hilfsmittelberater (§ 197c)“ eingefügt.

IV. Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung ermöglichen - Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vorantreiben“ (Drucksache 18/10252)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen den vorliegenden Antrag als wichtigen Impuls zur Reform der Morbi-RSA. Sie stimmen mit der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen überein, dass „[...] Die Über- und Unterdeckungen auf kassenindividueller sowie auf Kassenartenebene [...] eine Spreizung [zeigen], welche über das durch unterschiedlich effizientes Verwaltungshandeln erklärable Maß hinausgeht.“

Konkret entwickelten sich die Deckungsquoten nach Kassenarten seit dem Jahr 2010 wie folgt:

Deckungsquoten für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben
MRSA-Schlussausgleich 2010 bis 2015 nach Kassenarten



Die Fraktion Bündnis 90/die Grünen betont folglich den Reformbedarf des Morbi-RSA, dessen Ziel eine Verbesserung der Zielgenauigkeit auf versichertenindividueller Ebene und die Verringerung von Fehlanreizen sein muss.

Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass der Morbi-RSA auch anderen Zielsetzungen genügen sollte. Allen voran sollte der Morbi-RSA für faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen sorgen. Die dargestellte wachsende Spreizung zwischen den Deckungsbeiträgen ist nicht Ausdruck eines fairen, sondern vielmehr eines zunehmend verzerrten Wettbewerbs. Überdeckte Kassen erzielen Wettbewerbsvorteile durch teils weit unterdurchschnittliche Zusatzbeiträge. Die Betriebskrankenkassen halten daher ihre, gemeinsam mit weiteren Kassenartenverbänden erhobene Forderung aufrecht, die Wirkungen des Morbi-RSA im Rahmen der anstehenden Evaluation auch aus ordnungspolitischer Perspektive zu betrachten.

Zudem schlagen die Betriebskrankenkassen, ebenfalls im Verbund mit anderen Kassenartenverbänden vor, neben der Vermeidung von Risikoselektion bzw. der Zielgenauigkeit der Zuweisungen folgende Kriterien im Rahmen einer Analyse des Status quo und bezüglich möglicher Weiterentwicklungsoptionen anzulegen:

- Manipulationsresistenz
- Managementfähigkeit/Beeinflussbarkeit von Leistungsausgaben durch Kassen
- Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität
- Praktikabilität und Verwaltungseffizienz
- Transparenz und Akzeptanz
- Versorgungsneutralität
- Wahrung von Präventionsanreizen.