

# Perspektive GKV

Ausgabe Dezember 2016

**Stand der Dinge**  
Apothekenmarkt

**Schwerpunkt**  
Morbi-RSA - Kodieren

**Standpunkt**  
Selbstverwaltung  
**KKH intern**  
Berliner Dialog zur  
Zweitmeinung

Seite 1

Seite 2

Seite 3

## Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

2016 war ein gesundheitspolitisch immens spannendes Jahr. Diverse Themen standen und stehen teilweise noch im Fokus – die Selbstverwaltung, der Bereich der Hilfs- und Heilmittel sowie der Arzneimittel – um nur einige zu nennen. Es gab viel zu kritisieren, einiges zu begrüßen. Insbesondere der Start des Innovationsfonds sollte hier genannt werden, er bietet den Akteuren die Chance neue Projekte auszuprobieren und die Regelversorgung qualitätssteigernd weiterzuentwickeln. Trotzdem bleibt aus Sicht einer Einzelkasse das wichtigste Reformthema unangefasst! Wir haben nach wie vor im GKV-System erhebliche Finanzierungsasymmetrien zwischen den Einzelkassen. Die Gründe liegen in der Finanzierungssystematik des System, dem Morbi-RSA. Die Probleme sind vielfältig - diverse Gutachten belegen dies. Stellvertretend seien nur die falsche Krankheitsauswahl, die zu der derzeit intensiv diskutierten Manipulationsanfälligkeit des Systems geführt hat oder die nicht vorhandene Regionalisierung des Morbi-RSA, deren Ergebnis die Bevorteilung einiger Regionalkassen ist. Als Resultat finden wir zunehmend ein System von Krankenkassen vor, die sich in finanzstarke und -schwache Kassen einteilen lassen müssen. Keine noch so gute Managementleistung kann gegen diese Ungleichheit ankommen. Daher ist es unabdingbar und da wiederholen wir unseren Appel an die Politik so lang es nötig ist, zeitnah und mit Blick auf die nächste Bundestagswahl eine Evaluation des Finanzierungssystems zu beauftragen. Nur so kann zum Beginn der nächsten Legislaturperiode ein sinnvoller Reformprozess angeschoben werden. Aber jetzt erst einmal bleibt mir nur noch, Ihnen viel Spaß bei der Lektüre unserer neuesten Ausgabe der Perspektive GKV sowie mit Blick auf die bevorstehende Weihnachtszeit frohe Festtage und einen guten Rutsch ins neue Jahr zu wünschen.



Ingo Kailuweit, Vorstandsvorsitzender

## Stand der Dinge

Apothekerlandschaft – quo vadis?

Ein folgenreiches Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) wirbelt die alt eingesessene und starre Apothekenlandschaft auf. Die deutsche Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verstöße gegen Unionsrecht, so der EuGH. Dies zwingt den deutschen Gesetzgeber nun wohl zum schnellen Handeln.

Folgt man den aktuellen Verlautbarungen hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) einen Referentenentwurf für ein Verbot des Apothekenversandhandels mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln vorgelegt. Damit würde Gröhe seine schützende Hand über die mächtige deutsche niedergelassene Apothekerschaft legen. Eine große Chance auf mehr Wettbewerb im starren Apothekenmarkt und auf ein Update in Richtung Digitalisierung (immerhin lobt sich das BMG seines eHealth-Gesetzes) wäre, wahrscheinlich auf viele Jahre hinaus, vertan.

Die Apotheker vor dem Wettbewerb abzuschotten, ist der sichere Weg in den Systemstillstand, verbunden mit Qualitätseinbußen. Dies sollte nicht Ziel der Gesundheitspolitik sein.



### Schwerpunkt

## Morbi-RSA

### Wie Fehlanreize das Kodieren wichtiger machen als die nachhaltige Gestaltung der Versorgung

Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (kurz: Morbi-RSA) ist im Moment im Zentrum diverser gesundheitspolitischer Debatten. Sein politischer Auftrag ist eigentlich klar umrissen, er soll Morbiditätsrisiken ausgleichen und so einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gewährleisten. Bei der Umsetzung dieses Ziels haben die politischen Entscheidungsträger einen bis heute wirksamen Fehler begangen, indem sie im § 268 SGB V „kostenintensive Fälle“ als gleichfähige Fälle benannt haben, ohne zu spezifizieren, was unter Kostenintensität zu verstehen ist.

Ein 2008 erstelltes Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (BVA) setzte den Schwerpunkt noch auf **individuell** teure Erkrankungen (z.B. Lungenerkrankungen oder Hämophilie), doch wurde dieses Gutachten von den damaligen Entscheidungsträgern nicht anerkannt. Die Gewichtung wurde in der Folge fatalerweise auf **volkswirtschaftlich** teure Erkrankungen wie Diabetes u.ä. verschoben. Wenn man nun beachtet, dass für die Höhe der Geldzuweisung aus dem Morbi-RSA die Kodierung des Arztes die relevante Aktivität ist, hätte den politischen Akteuren eigentlich klar sein müssen: diese Entscheidung schafft einen Anreiz für Kassen, mittels Right- oder Upcoding die eigene Einnahmesituation erheblich zu verbessern!

Das Upcoding ist somit finanziell deutlich lukrativer geworden als die (Weiter-)Entwicklung wirksamer Versorgungsmodelle.

Die Strategie durch Upcoding die eigene Einnahmesituation zu verbessern ist i. Ü. nicht nur bei Krankenkassen erkennbar. Seit der Einführung der DRGs im stationären Bereich gibt es dort ähnliche Anreizstrukturen. Nicht ohne Grund steigt seit Jahren die durch die Prüfungen der Krankenkassen erzeugten Kürzungen der Krankenhausabrechnungen.

Die aktuelle Empörung über die vor allem von regional starken Kassen praktizierte Einflussnahme auf die Kodierpraxis ist groß. Alle fordern nun den Ausgleich manipulationsresistenter auszugestalten. Vorschläge gibt es einige, wobei viele am Problem vorbeizielten:

- Ein Vorschlag lautet, die Beschränkung der Krankheiten auf derzeit 80 Krankheiten aufzuheben und einen Vollausschlag durchzuführen. Dies würde die Manipulationsanfälligkeit aber nicht verringern sondern vielmehr vergrößern. Zum einen sind dann die heute ausgeglichenen und nachgewiesenermaßen manipulationsanfälligen Krankheiten weiterhin im Ausgleich enthalten. Dies nicht genug kommen nun weitere Krankheiten hinzu, die dem kreativen Kodierer sicher weitere Betätigungsoptionen verschaffen.
- Ein zweiter Vorschlag zielt auf die Wiedereinführung ambulanter

Kodierrichtlinien ab. Auch dies, obwohl kassenseitig oft gefordert, wird das beschriebene Problem nicht lösen. Der Arzt bleibt, Kodierrichtlinien hin oder her, für die Indikationsstellung verantwortlich und wird diese sicher im besten Wissen durchführen. Trotzdem werden ihm weiterhin Fehler unterlaufen. Dies gepaart mit dem Up-Coding-Anreiz dürfte entsprechende Kassen nicht davon abhalten, weiter auf Ärzte einwirken zu wollen.

Aus unserer Sicht sieht der Königsweg zur Lösung der Manipulationsanfälligkeit des GKV-Finanzausgleichs anders aus. Die Kodierung von Volkskrankheiten, denen man nebenbei erfolgreich auch durch Präventionsmaßnahmen begegnen kann, ist kaum manipulationsresistenter zu gestalten. Zu indifferent ist hier das Krankheitsbild, zu subjektiv die Bewertung der Krankheitsschwere. Bei der Krankheitsauswahl sollte man sich besser auf besonders kostenintensive Erkrankungen beschränken, denn bei diesen gibt es keine zwei Meinungen zur Kodierung. Die hierfür notwendige Umstellung von der Wurzel- auf die Logarithmusfunktion wurde bereits durch Gutachten in ihrer richtigen Wirkweise bestätigt. Für diesen Ansatz ist nicht einmal ein aufwändiges Gesetzgebungsverfahren nötig. Kurzfristig ist die Umstellung im Rahmen des jährlich vom BVA durchzuführenden Verfahrens zur Anpassung der Krankheitsauswahl umzusetzen. Ein klar geäußertes politischer Wille sollte reichen, um die notwendigen Umstellungen seitens des BVA anzustoßen.

Die Besuche von Hunderten von ambulanten AOK-Beratern in bundesdeutschen Arztpraxen könnten damit von heute auf morgen ein Ende finden. Denn wie sagte schon das BVA in seinen Jahresberichten: In jeder Arztpraxis können Fehler beim Kodieren passieren. Für den Morbi-RSA wird dies erst dann zu einem Problem, wenn einzelne Kassen hier tätig werden und sich auf diese Weise finanzielle Vorteile sichern. Diese Art von Ungleichgewicht ist auch dank der unterschiedlichen Verfahrensweisen von Bundes- und Landesaufsichten längst Wirklichkeit geworden!

## Standpunkt zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz

Das Prinzip der Selbstverwaltung ist Grundbaustein in der Organisation und Aufgabenausführung der Krankenversicherung als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die Krankenkassen waren stets autonom in ihrer Aufgabenwahrnehmung und verantworteten sachkundige Entscheidungen orientiert an der Lebenswirklichkeit der Bürger unter Partizipation von Versicherten und Arbeitgebern, sowie ehrenamtlich engagierten Mitbürgern. Somit ist die Selbstverwaltung ein Zeichen von demokratischer Mitsprache und gesellschaftlicher Stabilität. Der ursprüngliche Gesetzentwurf für ein Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (GKV-SVSG) drohte dieses Verständnis zu untergraben. Der mittlerweile vorgelegte Kabinettsbeschluss greift erfreulicherweise einzelne Kritikpunkte auf. Trotzdem stellen einige der geplanten

Maßnahmen eine Grundsatzverletzung der Subsidiarität dar.

Erfreulich ist, dass die geplante Weiterentwicklung der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hin zu einer Fachaufsicht gänzlich entfallen ist. Der Einsatz eines so genannten „Entsanden für besondere Angelegenheiten“ wird nun zwar eingeschränkt, aber leider mit einer nicht abschließenden Liste von Gründen, die weiterhin ergänzt werden kann. Dies stellt einen starken Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung dar. Ferner hat das BMG seine Legitimation in die Satzungsregelungen der Spitzenverbände einzugreifen, auf die Regelungen beschränkt, die rechtswidrig sind. Dass Klagen gegen entsprechende Anordnungen keine aufschiebende Wirkung haben, schränken den Spielraum

der Selbstverwaltung unnötig ein.

Eine zusätzlich aufgenommene Regelung betrifft die Genehmigung von Vorstandsdienstverträgen. Das BMG erhält das Recht eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der finanziellen Auswirkungen einzufordern. Letztlich bedeutet dies eine weitere Einschränkung der Personalhoheit der Selbstverwaltung.

Trotz der Abschwächung einiger Vorhaben bewirkt das Gesetz einen Ausbau der Aufsichts- und Durchgriffsrechte des BMG. Zu einer Stärkung der Selbstverwaltung führt dieses Gesetzesvorhaben damit nicht. Es bleibt nun den Parlamentariern vorbehalten, Änderungen im Sinne der Selbstverwaltung vorzunehmen.

## KKH Kaufmännische Krankenkasse intern Berliner Dialog zur Zweitmeinung

Im Rahmen des 21. Berliner Dialoges der KKH stellte der Vorstandsvorsitzende Ingo Kailuweit die Notwendigkeit der rechtlichen Konkretisierung des Zweitmeinungsangebots in den Fokus.

Eine Ausweitung dieses Angebots ist von enormer Wichtigkeit, denn es führt dem Patienten ein Leistungsangebot zu, welches teils deutlich über das Standardleistungsangebot der GKV hinausreicht.

Versicherte können durch Zweitmeinungsprogramme bei schwierigen Indikationen und damit zusammenhängenden Therapieempfehlungen ihres Arztes oftmals mit einem zusätzlichen Netzwerk an spezialisierten Ärzten und Therapeuten in Kontakt treten, um eine zusätzliche ärztliche Meinung zu erhalten.

Basierend auf Auswertungen der laufenden Zweitmeinungsangebote der KKH und Befragungen der KKH-Versicherten zeigt sich, dass dieses

Angebot für beide Seiten, sowohl für den Patienten als auch für die Kasse, einen nachweisbaren Mehrwert darstellt. Kassen profitieren von einem zielführenderen Ressourceneinsatz und Patienten können oftmals einen schmerzhaften operativen Eingriff zu Gunsten einer alternativen und mindestens ebenso wirksamen Behandlung vermeiden. Eine Befragung von Teilnehmern am KKH-Zweitmeinungsangebot zeigt deutlich, dass bei „81 Prozent der Teilnehmer, denen ursprünglich eine OP (am Rücken) empfohlen wurde, auch nach über einem Jahr keine Rückenoperation notwendig war“, so der Vorstand. Je nach Situation könnten derartige Zweitmeinungsangebote den Patienten mehr Sicherheit bei ihrer bisherigen Therapie geben oder Risiken durch unnötige Eingriffe ersparen, war eine der wesentlichen Erkenntnisse dieses Berliner Dialogs.

Das Angebot der KKH wurde seitens der Versicherten so gut angenommen, dass es auf die Bereiche Schulter-, Hüft-, Knie-, Herz-OP und die Krebstherapie ausgeweitet wurde. Die Einholung der Zweitmeinung erweist sich also als ein zunehmend wichtiger werdender Baustein für mehr Qualität im Gesundheitswesen. Die Ergebnisqualität, also der Zustand des Versicherten nach der Behandlung, ist die wichtigste Bemessungsgrundlage für den Erfolg der Gesundheitsversorgung.

Die politischen Bestrebungen zum verpflichtenden Ausbau der Zweitmeinung werden von der KKH begrüßt. Diese dürfen jedoch nicht die bereits aufgebauten und sehr effektiven Angebote der Kassen einschränken.

Zur Präsentation [hier](#).

### Impressum

Perspektive GKV – Der gesundheitspolitische Newsletter der KKH

Berliner Büro der KKH Kaufmännische Krankenkasse

Redaktion: Hogne-Holm Heyder (v.i.S.d.P.), Schumannstraße 2, 10117 Berlin

Falls Sie den Newsletter abbestellen möchten, senden Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff "Abbestellen; Newsletter - Berliner Büro der KKH" an [politik@kkh.de](mailto:politik@kkh.de)