

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

05.05.2009

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der 15. AMG-Novelle (BT-Drucks. 16/12256) einschließlich der Stellungnahme des Bundesrates, der Gegenäußerung der Bundesregierung und der vorliegenden Änderungsanträge

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend möchte ich zu einzelnen Aspekten des o.g. Gesetzentwurfs einschließlich der Stellungnahme des Bundesrates, der Gegenäußerung der Bundesregierung und der vorliegenden Änderungsanträge Stellung nehmen. Außerdem wird ein eigener Gesetzesvorschlag eingebracht.

Zu den Änderungsanträgen 10, 14 und 15 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD:	Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (Änderung von § 120 Abs. 3, § 268 Abs. 3 SGB V sowie Einfügung eines § 273 (neu) SGB V)
---	---

1. Das Anliegen, die Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich zu sichern, ist grundsätzlich zu begrüßen. In einer wettbewerblichen Krankenversicherung ist – so der Stand der internationalen gesundheitsökonomischen Diskussion – ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich unverzichtbar, damit die Krankenkassen sich im Wettbewerb auf die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung fokussieren. Ohne morbiditätsorientierten RSA bestehen für die Krankenkassen zu starke Anreize, sich statt dessen aktiv um Risikoselektion zu kümmern, die Chancen, die sich aus passiver Risikoselektion ergeben, zu nutzen und es bestünden zu wenig Anreize, aktiv das Versorgungsmanagement zu betreiben. Allerdings bedarf der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich einer verlässlichen Datengrundlage, die insbesondere auch eine Wettbewerbsgleichheit für die Krankenkassen realisiert. Um die Qualität der Datengrundlage zu verbessern, ist eine entsprechende Änderung der rechtlichen Grundlagen erforderlich ist.

2. Es ist zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich sachgerecht zu regeln, dass die Abrechnungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren künftig im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern erfolgen. Dadurch können Fehlerquellen reduziert und Manipulationsmöglichkeiten ausgeschlossen werden. Insofern ist Änderungsantrag 10 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, mit dem § 120 Abs. 3 Satz 3 SGB V entsprechend ergänzt werden soll, zu begrüßen.
3. Die in Änderungsantrag 14 beabsichtigte Änderung von § 268 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich zu sichern: Mit der Regelung wird klargestellt, dass – sofern Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen betroffen sind –, ausschließlich Daten für den Risikostrukturausgleich erhoben werden dürfen, die von den Krankenkassen im Rahmen der Abrechnung mit den Leistungserbringern nach den §§ 294 bis 303 SGB V erhoben wurden. Andere Erhebungen, die die Krankenkassen aus anderen Gründen und außerhalb der vorgesehenen Abrechnungswege durchführen, dürfen nicht berücksichtigt werden. Dies trägt zur Verbesserung der Wettbewerbsgleichheit und zur Verhinderung etwaiger Manipulationen von Datengrundlagen für den RSA bei.
4. Das von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD in den Änderungsantrag Nr. 15 durch Einfügung eines § 273 – neu – SGB V vorgelegte **Konzept einer Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich greift allerdings zu kurz**. Zwar ist es dabei grundsätzlich sachgerecht, eine Verpflichtung des Bundesversicherungsamtes in das Gesetz aufzunehmen, die Datenmeldungen der Krankenkassen insbesondere hinsichtlich der Zulässigkeit der Meldung von Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen (nicht etwa – wie gelegentlich zu vernehmen ist – hinsichtlich der Korrektheit der Diagnosestellung durch die Ärzte) zu prüfen, wie dies in § 273 Abs. 1 SGB V geschehen soll. Auch ist es (wie in § 273 Abs. 2 vorgesehen) sachgerecht, die Daten nach § 268 Abs. 3 Satz 14 SGB V einer Auffälligkeitsprüfung zu unterziehen und diese Prüfung als kassenübergreifende Vergleichsanalyse auszugestalten.

Notwendig erscheint es aber darüber hinaus, bei Feststellung einer Auffälligkeit in eine **Einzelfallprüfung der betreffenden Krankenkasse** einzutreten. Eine solche Einzelfallprüfung wäre auch für den Zweck angezeigt, dass das Bundesversicherungsamt auf andere Weise Kenntnis davon erlangt, dass eine Krankenkasse die Vorgaben des § 268 Abs. 3 Satz 1, 2 und 14 nicht eingehalten haben könnte. Es wäre sinnvoll für diesen Zweck vorzugeben, dass das BVA von der Krankenkasse weitere Auskünfte und Nachweise verlangen kann, insbesondere über die zugehörigen Arztnummern und die abgerechneten Gebührenordnungspositionen.

Weiterhin sollte das BVA nach Durchführung einer Einzelfallprüfung deren Ergebnisse würdigen und feststellen, ob und in welchem Umfang die betroffene Krankenkasse die Vorgaben des § 268 Abs. 3 Satz 1, 2 und 14 eingehalten hat. Sofern eine Krankenkasse diese Vorgaben nicht oder nur teilweise eingehalten hat, müsste das Bundesversicherungsamt verpflichtet werden, einen **Korrekturbetrag** zu ermitteln, um den die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 2 Satz 1 SGB V zu kürzen sind. Insbesondere erscheint es geeignet, hierzu in einem statistischen Verfahren (Regressionsanalyse) zu ermitteln, inwieweit die Normkosten einer Krankenkasse, für die die Auffälligkeits- bzw. Einzelfallprüfung

Anhaltspunkte für Datenmanipulationen ergeben hat, ihre Ausgaben übersteigen; jenseits eines zu definierenden Toleranzbereiches wäre die Differenz zwischen Normkosten und Ausgaben neben einer zusätzlichen finanziellen Sanktionierung als Korrekturbetrag von den Zuweisungen an die betreffende Krankenkasse zu kürzen; die Zuweisungen an die übrigen Krankenkassen wären entsprechend zu erhöhen.

Zwar sieht auch der Änderungsantrag Nr. 15 in § 273 Abs. 3 SGB V vor, dass das BVA mit dem GKV-Spitzenverband bis zum 31. August 2009 Vorschläge für das Verfahren zur Feststellung einer Auffälligkeit sowie eines Korrekturbetrages erarbeitet; das BMG wird verpflichtet, bis zum 31.12.09 eine entsprechende Rechtsverordnung zu erlassen. Jedoch fehlt zum einen der wichtige Zwischenschritt einer Einzelfallprüfung einer Krankenkasse, ohne den die nachfolgende Feststellung von Unregelmäßigkeiten und die Festsetzung eines Korrekturbetrages in der Luft hängen. Zum anderen ist das vorgesehene Verfahren nicht geeignet, für die akut anstehenden Datenmeldungen der Krankenkassen und das daraus resultierende Abschlagsverfahren für den RSA bereits Wirksamkeit zu entfalten.

Zu Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzentwurfs der Bundesregierung:	Bereitstellung von Arzneimitteln (Einfügung von § 52b AMG)
--	--

Die Regelung sieht vor, pharmazeutische Unternehmen zu verpflichten, eine „bedarfsgerechten und kontinuierlichen Belieferung vollversorgender Arzneimittelgroßhandlungen“ zu gewährleisten.

Die Regelung erscheint zunächst **ordnungspolitisch bedenklich**: Sie schafft ohne eine ersichtliche Notwendigkeit einen Eingriff in die Marktautonomie der Beteiligten. Sie ist darüber hinaus aber auch geeignet, missbräuchlich genutzt zu werden. Zwar soll die Belieferungspflicht darauf beschränkt sein, den „Bedarf von Patienten im Geltungsbereich dieses Gesetzes“ zu decken. Dies dürfte in der Praxis jedoch nicht umsetzbar sein. Daher besteht die Gefahr, dass Arzneimittelgroßhandlungen sich auf diesem Wege Arzneimittel beschaffen, die sich auf anderen Arzneimittelmärkten anbieten. Diese Gefahr ist insbesondere wegen der in hohem Maße administrativ verzerrten Preisgestaltungen auf den unterschiedlichen Arzneimittelmärkten nicht auszuschließen. Daher würden mit der Regel deutsche pharmazeutische Unternehmen im Ergebnis gezwungen, auf anderen Märkten aus Deutschland ausgeführte Waren anzubieten.

Zu Änderungsantrag Nr. 8 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD:	Sozialpsychiatrie- und Onkologie-Vereinbarung (Änderung von § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V)
---	---

Die Regelung verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit und für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung zu vereinbaren. Dabei ist das Nähere im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren.

Grundsätzlich sollte der Gesetzgeber nach meiner Auffassung zurückhaltend mit der Vorgabe von Regelungsinhalten für die Partner der Bundesmantelverträge sein, da die zunehmende Regelungsdichte den Charakter des selbstverwalteten Gesundheitswesens schleichend transformiert. Im konkreten Fall allerdings ist es zu begrüßen, dass der Gesetzgeber die Regelung trifft, da im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander nicht hinreichend sicherzustellen war, dass entsprechend ausreichende Vergütungen vereinbart werden.

Eigener Gesetzgebungsvorschlag:	Übermittlung RSA-Daten (Anfügung von § 87a Abs. 7 SGB V)
--	--

Ich schlage vor, folgenden Absatz 7 an § 87a SGB V anzufügen:

„Das Bundesversicherungsamt übermittelt die ihm nach § 268 Absatz 3 Satz 1, 7 und 14 übermittelten Daten im erforderlichen Umfang zum Zwecke der Vorbereitung der Beschlussfassung über Verfahren nach Absatz 5 an das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1. Das Bundesversicherungsamt und das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 vereinbaren das Nähere zu Art, Umfang, zum Zeitpunkt und zur technischen Durchführung der Datenübermittlung. Das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 hat die Daten nach Satz 1 spätestens nach 32 Monaten zu löschen.“

Begründung:

Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren nach § 87a Abs. 3 für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten jährlich bis zum 31. Oktober die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen und den mit der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf. Bei der erstmaligen Anpassung des nach § 87c Abs. 4 vereinbarten Behandlungsbedarfs für die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des Jahres 2010 sind - neben weiteren gesetzlich genannten Sachverhalten (Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen sowie Veränderungen des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor) - insbesondere auch Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten nach § 87a Abs.

4 Nr. 1 zu berücksichtigen. Für die Bestimmung der Veränderungen dieser Anpassungsfaktoren beschließt der Bewertungsausschuss nach § 87a Abs. 5 Verfahrensvorgaben. Durch die Verpflichtung des Bundesversicherungsamtes zur Datenübermittlung der für Zwecke der Durchführung des Risikostrukturausgleichs erhobenen Daten im erforderlichen Umfang an das Institut des Bewertungsausschusses wird für die Vorbereitung dieser Beschlussfassung des Bewertungsausschusses eine notwendige ergänzende Datengrundlage geschaffen. Bereits nach geltendem Recht können nach § 87a Abs. 5 Satz 3, falls erforderlich, weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden, die mit den im jeweils geltenden Risikostrukturausgleich verwendeten Morbiditätskriterien vereinbar sind. Damit diese Option genutzt wird, konkretisiert der neue Absatz 7 eine entsprechende Datenübermittlung. Bei den Daten des Bundesversicherungsamtes handelt es sich um pseudonymisierte Daten, wobei das angewandte Verfahren der Pseudonymisierung dem Institut des Bewertungsausschusses nicht bekannt ist. Über die Datenverarbeitung und –nutzung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Träger des Bewertungsausschusses zu informieren. Die Träger des Bewertungsausschusses oder weitere Sachverständige können in die Arbeiten des Instituts einbezogen werden.



Prof. Dr. Jürgen Wasem