

**Änderungsbedarf und Lösungsvorschläge  
der BARMER Ersatzkasse  
zum Entwurf eines  
Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der  
Gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)**

Bundestags-Drucksache 16/3100

**vom 24. Oktober 2006**

**Stellungnahme  
der BARMER Ersatzkasse**

# **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

## **Inhalt**

### **Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Nr. 8, § 13 SGB V – Kostenerstattung

Nr. 12, § 20 c SGB V - Förderung der Selbsthilfe

Nr. 37, § 62 SGB V – Belastungsgrenze

Nr. 46, § 73c SGB V - Besondere ambulante ärztliche Versorgung

§§ 83 ff. SGB V - Anpassung der vertragszahnärztlichen Vergütung

Nr. 55, §§ 85 a ff. - Ambulante vertragsärztliche Vergütung

Nr. 84, § 115b SGB V - Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Nr. 85, § 116b SGB V Abs. 2 - Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Nr. 90 und 91; § 124 - Zulassung - und § 125 - Rahmenempfehlungen und Verträge

Nr. 119, § 140a SGB V - Integrierte Versorgung

Nr. 120, § 140b SGB V - Verträge zu integrierten Versorgungsformen

Nr. 121, § 140d SGB V - Anschubfinanzierung, Bereinigung

Nr. 149, § 217 a ff. – Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Nr. 182, § 271 SGB V - Gesundheitsfonds

Nr. 185, § 275 SGB V - Begutachtung und Beratung MDK

### **Artikel 5 – Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**

Nr. 8, § 44 SGB IV – Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane

### **Artikel 38 – Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

Nr. 6, § 31 RSAV - Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Vorbemerkung**

Unabhängig von einer umfassenden gesundheitspolitischen Stellungnahme und Bewertung des Gesetzentwurfs zum Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht die BARMER Ersatzkasse wichtigen Änderungsbedarf an konkreten Bestimmungen im Gesetzentwurf. Im Einzelnen werden die nachfolgenden Änderungen vorgeschlagen.

## **Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 8, § 13 SGB V – Kostenerstattung**

#### **Neuregelung und Problem**

Vorgesehen sind eine Streichung der Beratungspflicht der Krankenkassen, eine Streichung der Begrenzung auf den ambulanten Bereich sowie eine Streichung der 1-jährigen Bindung des Versicherten bei Wahl der Kostenerstattung. Insbesondere durch den Wegfall der 1-jährigen Bindung an Kostenerstattung, kann diese sich massiv ausweiten. Die Versicherten erhalten die Möglichkeit, situativ zu entscheiden, ob sie eine Leistung im Wege der Sachleistung oder im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen. Berechtigte Befürchtungen bestehen, dass dies vor allem zu einer von der Ärzteschaft initiierten Ausweitung der Kostenerstattung führen wird. Die effektive Steuerung über Sachleistungen wird geschädigt und Kontrollmöglichkeiten für eine wirtschaftliche Leistungserbringung gehen verloren.

Die Versicherten erhalten eine Erstattung maximal in Höhe der Vertragssätze (Basis EBM) und werden somit erhebliche Eigenanteile zu tragen haben. Die Akzeptanz der GKV wird beeinträchtigt. Des Weiteren wird die Regelung die Bürokratie ausweiten. Es entsteht ein erhöhter Arbeitsaufwand für die Kassen. Neben der Berechnung und Anweisung der Erstattungsbeträge, wird aufgrund der teilweisen enormen Differenz zwischen Rechnungs- und Erstattungsbetrag ein intensiver Beratungsbedarf der Versicherten entstehen. Diese Beratungen werden in der Regel konfliktbeladen sein.

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Änderungsvorschlag**

Vor allem auf die situative Wahl der Kostenerstattung sollte verzichtet werden. Aus Gründen des Patientenschutzes ist auch an der Beratungspflicht der Krankenkassen fest zu halten. Die Sätze 2, 3 und insbesondere 10 des § 13 Abs. 2 SGB V sollten daher bestehen bleiben.

Änderung:

Nr. 8 (Wegfall § 13 Abs. 2 Satz 2, 3 und 10) sollte gestrichen werden.

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Nr. 12, § 20 c SGB V - Förderung der Selbsthilfe**

#### **Neuregelung und Problem**

Die Vorgabe, mindestens 50 Prozent der Fördermittel für eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen, schränkt den individuellen Gestaltungsspielraum der Kassen massiv ein. Bereits bestehende und bewährte Förderstrukturen werden ausgehebelt. Die Entscheidung über die Verwendung der Versichertengelder sollte bei der einzelnen Kasse verbleiben.

#### **Änderungsvorschlag**

Auf die Vorgabe, 50 Prozent der Mittel für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen, sollte verzichtet werden.

Änderung:

Nr. 12, § 20c Abs. 3 Satz 3, 4 und 5 (Vorgaben Gemeinschaftsförderung) sollten gestrichen werden.

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Nr. 37, § 62 SGB V – Belastungsgrenze**

#### **Neuregelung und Problem**

Die grundsätzliche Intention, die Prävention sowie das gesundheitsbewusste Verhalten zu fördern, wird begrüßt. Die Koppelung dieses Vorhabens an die Höhe der Belastungsgrenze setzt dies aber nicht sachgerecht um. Zahlreiche Ungereimtheiten und Ungerechtigkeiten laufen dem Vorhaben zuwider. Zudem wird der bürokratische Prüfaufwand deutlich erhöht. Nur stichpunktartig folgende „Knackpunkte“:

- § 62 sieht stets die Beurteilung einer Haushaltsgemeinschaft vor, hier erfolgt keine versichertenbezogene Betrachtung. (Beispiel: Ehepaar mit einem schwerwiegend chronisch kranken, dauerbehandelten Kleinkind. Herabsetzung auf die 1%-Belastungsgrenze der gesamten Familie ganz unabhängig von der Nicht-Inanspruchnahme der genannten Früherkennungsuntersuchungen durch die Eltern, die im Rahmen der Festsetzung der Belastungsgrenze nicht geprüft würde, da die Beurteilung auf das chronisch kranke Familienmitglied abstellt)
- altersabhängige Ungleichbehandlung (infolge der Geburts-Stichtagsregelung)
- geschlechtsspezifische Ungleichbehandlung durch unterschiedliche Altersgrenzen für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen und Männern
- krankheitsspezifische Ungleichbehandlung (Krebs, bzw. DMP-fähige Erkrankungen)

#### **Änderungsvorschlag**

Anstelle der Malusregelung werden alternative Bonusprogramme zur Förderung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und strukturierten Behandlungsprogrammen (über die bisherigen Satzungsleistungen hinaus) für geeigneter gehalten. Die Koppelung an die Belastungsgrenze sollte wegen der damit verbundenen Imponderabilien aufgegeben werden.

Nur wenn diese Alternativforderung nicht aufgegriffen wird, sollte der § 62 SGB V noch ergänzt werden. Zur Vermeidung der vorerwähnten Unbilligkeiten bzw. zur

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

Eindämmung des damit verbundenen erheblichen bürokratischen Aufwandes wird eine Nachbesserung vorgeschlagen.

Änderung:

Nr. 37 (Änderung § 62) sollte ggf. wie folgt gefasst werden:

„a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die nach dem 31. März 1972 geborenen chronisch kranken Versicherten beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, wenn diese die in § 25 Abs.1 genannten Gesundheitsuntersuchungen regelmäßig in Anspruch genommen haben oder an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen.“

bb) Im Satz 2 „Die Krankenkassen sind verpflichtet, .....hinzuweisen.“ werden die Wörter „...und 2...“ gestrichen.

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Nr. 46, § 73c SGB V - Besondere ambulante ärztliche Versorgung**

#### **Neuregelung und Problem**

Die Regelung bietet weitreichende Möglichkeiten zum Abschluss von Verträgen über besondere Versorgungsformen. Voraussetzung ist nur, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen von Beschlüssen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Der Umstand wird zu einem marketingrelevanten Wettbewerb zwischen den Kassen mit positiven und negativen Auswüchsen führen.

Kritisch wird dieser Sachverhalt, weil im Gegensatz zu Vorentwürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen als potentielle Vertragspartner nach § 73 c aufgenommen wurden. Die Krankenkassen werden kaum in der Lage sein, Vertragsangebote der KVen auszuschlagen, weil diese durch ihre marktbeherrschende Stellung einen potentiellen Wettbewerb um eine bessere Versorgung ausbremsen können.

Noch problematischer wird eine Beteiligung der KVen dadurch, dass diese durch den § 73 c keine Interesse mehr haben, neue Leistungen in den Katalog der gesetzlichen Kassen zu überführen, weil sie sich diese Leistungen zusätzlich über einen Vertrag nach 73 c vergüten lassen können.

#### **Änderungsvorschlag:**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden als Vertragspartner nach § 73c SGB V gestrichen.

Änderung:

Nr. 46 (Einfügung § 73 c) Abs. 3 Satz 1 Ziffer 4 entfällt.

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **§§ 83 ff. SGB V - Anpassung der vertragszahnärztlichen Vergütung**

- Keine Regelung im GKV-WSG enthalten-

#### **Problem**

Für den vertragszahnärztlichen Bereich ist entgegen der vertragsärztlichen Vergütung keine Angleichung der Honorare über alle Kassenarten vorgesehen. Damit werden unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds die historisch bedingten Schieflagen im Wettbewerb zwischen den Kassenarten fortgeschrieben. Da die Ersatzkassen nach wie vor eine höhere Vergütung (ca. 10%) als die AOKen zahlen, ist diese Fortschreibung abzulehnen. Um gleiche Ausgangsbedingungen im Wettbewerb herzustellen, muss daher eine Punktwertangleichung zwischen den Kassenarten erfolgen.

Als Lösung hierfür bietet sich an, die Punktwertabstände nach dem Vorbild des Festzuschuss-Systems im Zahnersatzbereich zu nivellieren. Um die Akzeptanz einer Angleichung bei der Zahnärzteschaft zu erhöhen und Umsetzungsprobleme zu vermeiden, wäre ein Wegfall der Obergrenzen tolerabel. Ausgabensteigerungen in nennenswertem Umfang sind aufgrund anderer Steuerungswirkungen nicht zu erwarten.

#### **Änderungsvorschlag (Neueinfügung)**

Honorarregelungen der §§ 83 ff. SGB V

Neben den §§ 82 Abs. 2, 83 Satz 1 sowie 85 Abs. 1 Satz 1, in die redaktionelle Anpassungen eingefügt werden müssten, wird § 85 SGB V wie folgt gefasst:

Absatz 2 Satz 2 lautet:

„Die Gesamtvergütung ist das Ausgabevolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen; sie ist auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen zu vereinbaren.“

Satz 7 wird gestrichen. Es werden folgende Sätze angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der KZBV jeweils bis zum 30.09. eines Kalenderjahres für das Folgejahr, erstmals bis zum 30.9.2008 für das Jahr 2009 die Höhe der Punktwerte für die BEMA-Teile 1, 2, 3 und 4 sowie für den Bereich der Früherkennung und der Individualprophylaxe. Für die erstmalige

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

Vereinbarung ermitteln die Vertragspartner nach Satz 1 die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert des Jahres 2008 in den BEMA-Teilen nach Satz 1 gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Soweit Punktwerte für das Jahr 2008 bis zum 30.6.2008 von den Vertragspartnern nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2007 unter Anwendung der für das Jahr 2008 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für das Jahr 2008 wird der durchschnittliche Punktwert nach den Sätzen 7 und 8 unter Anwendung der für das Jahr 2008 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gilt § 71 Abs. 1 bis 3.“

Absatz 3 wird gestrichen.

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Nr. 55, §§ 85 a ff. - Ambulante vertragsärztliche Vergütung**

#### **Neuordnung und Problem**

Eine Neuregelung der ambulanten ärztlichen Vergütung wird ausdrücklich unterstützt, da das derzeitige System die Versorgungsrealität nur ungenügend abbildet. Bei der Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen ist allerdings zwingend zu beachten, dass dieser Systemwechsel erst dann vollzogen wird, wenn auch der Morbi-RSA eingeführt werden kann. Dieser Aspekt ist insbesondere deshalb zu beachten, weil die Vorarbeiten bei beiden Systemen wahrscheinlich einen völlig unterschiedlichen Zeitbedarf voraussetzen.

In den Gremien, die sich derzeit mit der Umsetzung der morbiditätsorientierten Vergütung auseinandersetzen, herrscht die einhellige Meinung vor, dass die vorgesehenen gesetzlichen Vorgaben nicht in dem vorgegebenen Zeitrahmen umsetzbar sind. Der Gesetzgeber handelt sich mit der derzeitigen Formulierung eine ungelöste Baustelle für die nächsten Jahre ein. Die Bestimmungen werfen so viele Probleme auf, dass es den Parteien, die an einer Neuregelung keine Interesse haben, sehr leicht fallen wird, das komplette Verfahren zu boykottieren.

#### **Änderungsvorschlag:**

- ∞ Der Gesetzgeber benennt jetzt nur einige Rahmenbedingungen (z.B. Morbiditätsrisiko bei den Kassen, Vereinheitlichung der Punktwerte, Euro-Gebührenordnung, Pauschalisierung usw.)
- ∞ Der Gesetzgeber benennt Gutachter, der unter den genannten Rahmenbedingungen ein Vergütungssystem bis zum 30.06.2007 in seinen Grundzügen definiert.

Es erfolgt eine Neuformulierung der §§ 85a, 85b und 87 SGB V im Herbst 2007.

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Nr. 84, § 115b SGB V - Ambulantes Operieren im Krankenhaus**

- Keine Regelung im GKV-WSG enthalten -

#### **Problem**

Das GKV-WSG sieht keine Möglichkeiten für einzelvertragliche Regelungen in diesem Segment vor.

#### **Änderungsvorschlag (Neueinfügung)**

Das Ambulante Operieren im Krankenhaus ergänzt den Sicherstellungsauftrag der niedergelassenen Ärzte (BT-Drucks. 12/3608). Insofern sind die dortigen Möglichkeiten der zukünftigen Einzelvertragsgestaltung analog des neuen § 73c SGB V auch auf den § 115b SGB V zu übertragen (Wettbewerb der Leistungserbringer).

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Nr. 85, § 116b SGB V Abs. 2 - Ambulante Behandlung im Krankenhaus**

#### **Neuregelung und Problem**

Die Vertragskompetenz der Kassen entfällt. Krankenhäuser sind zu Leistungen nach § 116b SGB V zugelassen, wenn und soweit im Rahmen der Krankenhausplanung eine Eignung festgestellt wurde. Die Krankenhäuser teilen den Krankenkassen lediglich die erbringbaren Leistungen (nach EBM) mit. Eine Bedarfsprüfung ist nicht vorgesehen.

Der Gesetzentwurf zum § 116 b SGB V entspricht nicht den Zielen der Reform. Die Möglichkeit einzelvertraglicher Regelungen wird weiter eingeschränkt. Eine Zulassung auf Antrag im Rahmen der Krankenhausplanung schließt Wettbewerb der Leistungserbringer aus. Die Verbesserung der Versorgung besonders seltener Erkrankungen durch Schaffung von Behandlungsschwerpunkten wird durch die allgemeine Zulassung nicht umgesetzt. Die bereits festgelegte Einzelvergütung nach EBM schafft zusätzliche Aufwände in der Abrechnungsprüfung.

#### **Änderungsvorschlag**

Beibehaltung des aktuellen Standes mit Vertragskompetenz der Kassen (Wettbewerb der Leistungserbringer).

Ergänzend eine gesetzliche Verankerung der Möglichkeit von Budgetbereinigung um eine Doppelfinanzierung auszuschließen.

Änderung:

Nr. 85 (Erweiterung § 116b) sollte gestrichen werden.

Ergänzung des bestehenden § 116b Abs. 5 SGB V

„Sofern im Rahmen von Vereinbarungen nach Absatz 1 Leistungen erbracht werden, die bislang in der Vertragsärztlichen Versorgung erbracht wurden, ist die gesamtärztliche Vergütung gem. § 85 SGB V entsprechend zu bereinigen.“

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Nr. 90 und 91; § 124 - Zulassung - und § 125 - Rahmenempfehlungen und Verträge**

#### **Neuregelung und Problem**

Die in § 125 Abs. 2 SGB V vorgesehene Flexibilisierung des Vertragsgeschehens und die damit verbundene Möglichkeit kasseneigener Verträge mit Leistungserbringern, Verbänden oder Zusammenschlüssen von Leistungserbringern, ist grundsätzlich zu begrüßen. Qualitätssteigerungen und Wirtschaftlichkeitspotentiale werden sich allerdings nur erzielen lassen, wenn parallel den Kassen auch Zuweisungen zu den (kasseneigenen) Vertragspartnern ermöglicht werden. Wenn nach wie vor jeder zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden kann, dürfte bei den potentiellen künftigen (kasseneigenen) Vertragspartnern kaum eine Motivation zu einem gesonderten Vertragsverhältnis bestehen.

Eine Zuweisung wird aber nur bei Wegfall des bestehenden Kontrahierungszwanges möglich sein.

#### **Änderungsvorschlag**

Nr. 90 Buchstabe a (Neueinfügung in § 124 Abs. 1 SGB V) wird neu gefasst. Die bisher folgenden Buchstaben verändern sich:

(1) Heilmittel, die als Dienstleistung abgegeben werden, insbesondere Leistungen der Physikalischen Therapie, der Sprachtherapie oder der Ergotherapie dürfen an Versicherte nur von Leistungserbringern abgegeben werden, die

- die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen,
- über eine Praxisausstattung verfügen, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet,
- einen Vertrag gem. § 125 Abs. 2 SGB V besitzen.

Die weiteren Absätze müssten dann entsprechend geändert bzw. angepasst werden.

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Nr. 119, § 140a SGB V - Integrierte Versorgung**

#### **Neuregelung und Problem**

zu a) Das nur völlig unzureichend definierte Kriterium einer „bevölkerungsbezogenen Flächendeckung“ bedarf unbedingt einer Legaldefinition, die über die in der Gesetzesbegründung formulierten Kriterien hinausgeht und Rechtsklarheit schafft. Da die Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung zur Geltendmachung der Anschubfinanzierung ab dem 01.01.2007 an das Merkmal der „bevölkerungsbezogenen Flächendeckung“ anknüpft, besteht andernfalls die Gefahr, dass die Klärung des Begriffs in einer Vielzahl von Verfahren letztendlich durch die Sozialgerichte erfolgen wird.

Zudem wäre es sachgerecht, die bevölkerungsbezogene Flächendeckung lediglich als eine Vertragsoption in der Integrierten Versorgung vorzusehen.

#### **Änderungsvorschlag**

Zu Nummer 119 Buchstabe a (§ 140a SGB V) wird die Begründung um eine Legaldefinition „bevölkerungsbezogene Flächendeckung“ ergänzt.

Nr. 119 Buchstabe a (Änderung § 140a) wird im eingefügten Satz das Wort „sollen“ durch das Wort „können“ ersetzt.

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Nr. 120, § 140b SGB V - Verträge zu integrierten Versorgungsformen**

#### **Neuregelung und Problem**

zu a) Der Gesetzentwurf enthält bislang noch keine Präzisierung des Begriffs der „sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften“ (vgl. § 140b Abs. 1 Nr. 1 zweiter Halbsatz). Die Interpretation dieses Begriffs hat in der Vergangenheit bekanntlich zu rechtlichen Auseinandersetzungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt, deren Rechtshängigkeit zur Zeit fortbesteht. Daher besteht das dringende Erfordernis herauszustellen, dass sämtliche im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringer gleichberechtigte originäre Vertragspartner der integrierten Versorgung sind, mithin insbesondere die Mitwirkung von Apotheken an der integrierten Versorgung nicht auf die bloße Möglichkeit einer Beteiligung an von Dritten geschlossenen Verträgen zur Integrierten Versorgung beschränkt ist.

Die Aufnahme von Pflegeeinrichtungen in Integrationsverträge als gleichberechtigte Vertragspartner entspricht den Forderungen der BARMER und ist grundsätzlich zu begrüßen. Die jetzige Regelung lässt die Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen nur über die Pflegekasse zu, also in einer nicht gleichberechtigten Art und Weise. Auch die ansonsten in der integrierten Versorgung übliche Verschiebung von Zuständigkeiten bei teilnehmenden Leistungserbringern ist bei Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung nicht möglich. Da eine Trennung von Leistungen der Krankenversicherung und solchen der Pflegeversicherung oftmals nicht exakt vorgenommen werden kann, wird dies den Abschluss von Verträgen mit Pflegeeinrichtungen deutlich erschweren.

#### **Änderungsvorschlag**

Nr. 120 Buchstabe a, § 140b (Einfügung Verträge zur integrierten Versorgung) wird wie folgt gefasst:

§ 140b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Leistungserbringern“ die Wörter

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

„...einschließlich der Apotheker,..“ eingefügt.

bb) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 wird eingefügt:

"5. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage § 92b des Elften Buches,"

cc) Die bisherige Nummer 5 wird Nummer 6.

### **Ergänzung Begründung**

Zu Nummer 120 Buchstabe a (§ 140b) wird wie folgt ergänzt:

Die Änderung in Nummer 1 dient der Klarstellung, dass wie schon nach bisheriger Rechtslage auch Apotheker unter den Anwendungsbereich der Vorschrift fallen. Integrationsverträge können daher auch allein zwischen Krankenkasse, Apotheker und nur einem weiteren im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringer geschlossen werden. Da sich in § 140b Absatz 1 SGB V aus der Benennung der Vertragspartner auch die Leistungssektoren der integrierten Versorgung ergeben, unterstreicht die Änderung, dass die im Rahmen eines Integrationsvertrages vereinbarte Zusammenarbeit zwischen einem Apotheker und einem weiteren im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringer sektorübergreifend erfolgt.

Durch die neue Nummer 5 wird der Gedanke der Integration über die Verzahnung einzelner Sektoren innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus auf eine bessere Verzahnung von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung ausgedehnt. Die Krankenkassen erhalten daher die Möglichkeit, Verträge mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen nach dem SGB XI zu schließen, um damit eine die Versicherungszweige übergreifende Leistungserbringung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung zu ermöglichen. Die Kranken- und Pflegekassen haben jeweils ihre Leistungen im Rahmen ihrer Zuständigkeit zu finanzieren. Die Pflegekassen sind daher an den Vertragsschlüssen zu beteiligen. Zu den weiteren Einzelheiten vgl. § 92b SGB XI.

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Nr. 121, § 140d SGB V - Anschubfinanzierung, Bereinigung**

#### **Neuregelung und Problem**

zu a) Die Kriterien zur Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung bedürfen einer trennschärferen Formulierung. Dies gilt zum einen für den Begriff der „Verträge zur Ermöglichung einer bevölkerungsbezogenen Flächendeckung“ (siehe auch § 140a SGB V). Zum anderen wird aus der Einschränkung des Abs. 1 Satz 4 (Verträge, die vor dem 01.04.2007 abgeschlossen worden sind) nicht klar, wie Vertragsänderungen im Unterschied zu originären Vertragsabschlüssen zu bewerten sind.

Die in Absatz 1 Satz 5 begründete Ausweitung der Nachweispflicht wird für die Krankenkassen eine kaum zu handhabende Flut von Anfragen produzieren. Der Zusatznutzen gegenüber dem bisherigen Verfahren über die Registrierungsstelle wird nicht deutlich. Zudem widerspricht er der Regelung des neuen Absatz 2 Satz 8: Danach erfolgt gegenüber Krankenhäusern keine „Spitzabrechnung mehr“, so dass auch kein berechtigtes Interesse von Krankenhäusern an der Information über die Verwendung der Mittel besteht. Die Regelung sollte auf eine turnusmäßige Auskunftspflicht gegenüber der Registrierungsstelle beschränkt werden.

#### **Erhöhung Anschubfinanzierung (§ 140d Abs. 1 SGB V)**

(Keine Regelung im GKV-WSG enthalten)

Die Förderung der integrierten Versorgung wird mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zwar verlängert (bis 31.12.2008), allerdings wird auf eine Aufstockung der Anschubfinanzierung - bislang bei 1 v.H. - verzichtet. Um die bestehenden Angebote in den nächsten beiden Jahren zielgerichtet ausbauen und entsprechende Investitionen tätigen zu können, muss auch der Umfang der Fördermittel erhöht werden.

#### **Änderungsvorschlag**

Nr. 121 Buchstabe a (Vertragsänderungen § 140d) sollte wie folgt gefasst werden:

§ 140d wird wie folgt geändert:

## Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006

Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

"Sie dürfen nur für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen verwendet werden; dies gilt nicht für Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben. Mittel der Anschubfinanzierung dürfen nur für Verträge, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung der Versicherten ermöglichen, verwendet werden. Satz 2 und 3 gilt nicht für Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen worden sind. Allein maßgeblich für die Frage, wann ein Vertrag abgeschlossen wurde, ist das Datum der Vertragsunterzeichnung. Spätere Vertragsänderungen bleiben unberücksichtigt. Die Krankenkassen müssen zweimal jährlich gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen. Dies geschieht durch Auskunft gegenüber der gemeinsamen Registrierungsstelle."

bb) Im bisherigen Satz 5 werden die Wörter „sowie an die einzelnen Krankenhäuser“ gestrichen.

Zur Förderung der integrierten Versorgung sollen die Krankenkassen in den Jahren 2007/2008 (und bis zum Entfallen der Budgets) jeweils Mittel bis zu 5 v.H. aus der ambulanten Gesamtvergütung und den Krankenhausbudgets einsetzen können.

Änderung:

In § 140 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird daher nach den Worten „.....bis zu 1 v. H.....“ eingefügt:

„und in den Jahren 2007 und 2008 jeweils Mittel bis zu 5 v.H.“

## Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006

### Nr. 149, § 217 a ff. – Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

#### Neuregelung und Problem

Es fehlt eine Regelung zur Beschlussfassung im Verwaltungsrat des neuen Spiv Bund. Da Ungleichgewichte bei der zahlenmäßigen Besetzung zwischen den Kassenarten (zum Nachteil der Ersatzkassen) bestehen, ist eine anteilmäßige Anpassung der Zahl der Vertreter im Verwaltungsrat erforderlich.

Bei der bislang vorgesehenen Verteilung der Mitglieder des Verwaltungsrates (§ 217c SGB V) sind die Ersatzkassen bezogen auf ihre bundesweiten Marktanteile nach Versicherten deutlich unterrepräsentiert. (8 Vertreter entsprechen 25 % der Stimmanteile bei rd. 33 % Marktanteil). Demgegenüber sind alle anderen Kassenarten überrepräsentiert, insbesondere Seekasse/Knappschaft/Landwirte mit ihren 2 Vertretern (zur Verteilung nach Marktanteilen siehe **Anlage**).

**Alternativ** ist auch eine Stimmengewichtung nach Kassenarten (bundesweite Versichertenzahlen) möglich. Bislang ist eine Stimmengewichtung nur für die Wahl der Verwaltungsratsmitglieder durch die Mitgliederversammlung vorgesehen. Schon bei der Wahl des Vorstandes ist der notwendige Proporz nach Kassenarten nicht gewahrt. Wenn der Gesetzgeber einer Stimmengewichtung nach Kassenarten folgt, dann muss in einem zweiten Schritt – der nicht zwingend vom Gesetzgeber vorzugeben ist – gesichert werden, dass die bundesweiten Versichertenanteile der Einzelkassen berücksichtigt werden.

Eine Klärung des Beschlussverfahrens im Verwaltungsrat in der noch zu erstellenden Satzung ist problematisch. Eine gesetzliche Vorgabe erscheint hier sinnvoll.

Im Nachfolgenden bieten sich folgende Alternativen zur Besetzung mit Versichertenvertretern bzw. zur Stimmengewichtung für Beschlüsse im Verwaltungsrat an.

## Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006

### Änderungsvorschlag

Eine Berücksichtigung der Kassenarten nach Versichertenanteil im Bund ist für den Verwaltungsrat (mehr/weniger Sitze auf Versichertenseite oder bei der Stimmengewichtung) erforderlich. An der paritätischen Besetzung wird festzuhalten sein.

### Erste Alternative (Änderungen bei den Versichertenanteilen)

Die Zahl der Versichertenvertreter der Ersatzkassen wird um drei weitere Sitze auf elf Vertreter erhöht. Um die paritätische Besetzung des 32-köpfigen Gremiums zu gewährleisten, entfallen an anderer Stelle drei Versichertenvertreter. Es wird vorgeschlagen, dass

- BKKen nur einen Versichertenvertreter und
- IKKen und See-Krankenkasse/Knappschaft/Landwirte keinen Versichertenvertreter entsenden.

Änderung:

Nr. 149, § 217c SGB V (Wahl des Verwaltungsrates) wird in Abs. 1 Satz 1 Ziffer 2 das Wort „acht“ durch das Wort „elf“ ersetzt;

in Ziffer 3 wird das Wort „zwei“ durch das Wort „einen“ ersetzt;

in Ziffer 4 werden die Wörter „einen Versichertenvertreter und“ gestrichen;

in Ziffer 5 werden die Wörter „einen Versichertenvertreter und“ gestrichen.

### - Variante mit anderer Verteilung der Versichertenvertreter

Die Zahl der Versichertenvertreter der Ersatzkassen wird um drei weitere Sitze auf elf Vertreter erhöht. Es entfallen wiederum drei Versichertenvertreter bei anderen Kassenarten. Die Kürzung an anderer Stelle könnte hier wie folgt gestaltet sein:

- AOKen entsenden drei Versichertenvertreter
- BKKen nur einen Versichertenvertreter und
- See-Krankenkasse/Knappschaft/Landwirte keinen Versichertenvertreter.

Änderung:

Nr. 149, § 217c SGB V (Wahl des Verwaltungsrates) wird in Abs. 1 Satz 1 Ziffer 1 das Wort „vier“ durch das Wort „drei“ ersetzt,

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

in Ziffer 2 das Wort „acht“ durch das Wort „elf“ ersetzt;

in Ziffer 3 wird das Wort „zwei“ durch das Wort „einen“ ersetzt;

in Ziffer 5 werden die Wörter „einen Versichertenvertreter und“ gestrichen.

### **Zweite Alternative (Stimmengewichtung nach Kassenarten)**

Es erfolgt eine Stimmengewichtung nach Versichertenzahlen (Statistik KM6) auf Basis der Kassenartenanteile. Die vorgeschlagene Besetzung des Verwaltungsrates nach Kassenarten bleibt bestehen. Die aktuellen gerundeten Stimmenanteile sind:

AOK 36 %, (auf 12 Vertreter)

Ersatzkassen 33 %, (auf 8 Vertreter)

BKK 20 %, (auf 7 Vertreter)

IKK 7 % (auf 3 Vertreter)

See-KK/Knappschaft/Landwirte 4 %, (auf 2 Vertreter).

(Siehe auch **Anlage**).

Innerhalb der Kassenarten (mit Ausnahme der Ersatzkassen) erfolgt eine anteilige Stimmengewichtung nach Versicherten- und Arbeitgebervertretern. Zudem ist in einem weiteren Schritt – nicht zwingend vom Gesetzgeber vorzugeben – eine Berücksichtigung der bundesweiten Versichertenanteile einer vertretenen Einzelkasse vorzusehen.

### **Änderung**

Nr. 149, § 217c SGB V (Wahl des Verwaltungsrates) wird Absatz 8 eingefügt:

(8) Bei Beschlüssen durch den Verwaltungsrat sind die Stimmen der Versicherten- und Arbeitgebervertreter zu gewichten. Die Gewichtung orientiert sich an der bundesweiten Anzahl der Versicherten der jeweiligen Kassenart. Maßgebend sind die Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 des vorherigen Jahres. Die Gewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 jährlich zum 1. Januar anzupassen. Das Nähere zur Beschlussfassung regelt die Satzung.

## Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006

### Anlage zu Nr. 149, § 217 a ff.

#### – Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Mitglieder im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund						
Überprüfung der Anzahl der Mitglieder im VWR						
Kassenart	Versicherte 01.07.06 KM 6	Versichertenanteil 01.07.06		Mitglieder im VWR gerundet gem. Versicherte der Kassenart	Mitglieder im VWR gem. § 217c Abs. 1 SGB V, nach GKV_WSG	Über- /Unter- deckung
AOK	24.971.233		35,5%	11	12	1
BKK	14.331.086		20,4%	7	7	0
IKK	5.061.074		7,2%	2	3	1
See	75.318		3,5%	1	2	1
LKK	906.816					
KBS	1.443.393					
EKArb	1.702.669		33,4%	11	8	-3
EKAng	21.806.567					
GKV	70.298.156		100,0%	32	32	0

## Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006

### Nr. 182, § 271 SGB V - Gesundheitsfonds

#### Neuregelung und Problem

Wenn die Liquiditätsreserve nicht ausreicht, um alle Zuweisungen nach § 266 Abs. 1 Satz 1 zu erfüllen, leistet der Bund dem Gesundheitsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel. Das Darlehen ist im Haushaltsjahr zurückzuzahlen. *Der Gesundheitsfonds hat durch geeignete Maßnahmen die jahresendliche Rückzahlung sicherzustellen. (...)*

Es handelt sich um eine dem Grunde nach zwingend notwendige und trotzdem nur angedeutete Regelung. Reichen die Mittel des Gesundheitsfonds nicht aus, um die Zuweisungen an die Krankenkassen zu bedienen (was aufgrund des unsymmetrischen Anpassungs-„korridors“ für den allgemeinen Beitragssatz zwangsläufig häufig so sein wird) müssen die Zuweisungen an die Kassen gekürzt werden, um die Liquiditätshilfe des Bundes nicht dauerhaft und in steigendem Umfang in Anspruch zu nehmen. Die Kürzung der Zuweisungen an die Kassen ist bei erheblichen Fehlbeträgen die einzig „geeignete“ Maßnahme.

In dem Umfang, in dem Zuweisungen gekürzt werden, findet überhaupt kein RSA zwischen den Kassen mehr statt. Erfolgt die Kürzung z.B. linear, d.h. alle Zuweisungen werden um 5 % gekürzt, so hat eine Krankenkasse mit vielen Alten und Kranken eine besonders hohe Kürzungslast zu tragen, die sie aufgrund der voraussichtlich bescheidenen Einkommensverhältnisse ihrer Versicherten auch besonders schlecht über den kassenindividuellen Zusatzbeitrag decken kann. Aufgrund der bekannten Problematik bei der Überforderungsklausel kann daher bereits eine Kürzung der Zuweisungen um 5 % der Jahres-Zuweisung bei Kassen mit vielen Geringverdienern zur ad hoc-Zahlungsunfähigkeit führen.

#### Ergänzungsvorschlag in Begründung

Daher sollte die Auswahl der Kürzungsverfahren (denn ausgerechnet die lineare Kürzung liegt als einfachstes Verfahren natürlich nahe) für das BVA beschränkt und der Begriff „geeignet“ weiter spezifiziert werden. Hierfür erscheint ein zusätzlicher Passus in der Begründung ausreichend. Die Begründung sollte wie folgt gefasst werden:

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

Zu Nummer 182, § 271 zu Absatz 3 SGB V (Begründung) sollte lauten:

Für den Fall, dass die Liquiditätsreserve nicht ausreicht, bei unterjährigen Einnahmeschwankungen die erforderlichen Zuweisungen nach § 266 Abs. 1 Satz 1 zu decken, leistet der Bund ein vorübergehendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel, die vom Gesundheitsfonds spätestens zu Jahresende zurückzuzahlen ist. *Der Gesundheitsfonds hat geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung dieser Rückzahlung zu ergreifen. Soweit dies zu Kürzungen von Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 SGB V führt, sind diese so durchzuführen, dass sich rechnerisch eine betragsmäßig gleiche Belastung der Mitglieder aller Krankenkassen ergibt.* Im Startjahr des Fonds erforderliche Liquiditätsdarlehen sind spätestens zum Ende des Folgejahres zurückzuzahlen. Das Darlehen kann durch ein Vorziehen des monatlichen Bundeszuschusses nach § 221 SGB V vermieden werden.

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **Nr. 185, § 275 SGB V - Begutachtung und Beratung MDK**

#### **Neuregelung und Problem**

Im Rahmen der Krankenhaus-Abrechnungsprüfung haben Krankenkassen eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 EUR/Fall an die Krankenhäuser zu zahlen, wenn die MDK-Einzelfallbegutachtung keine Minderung nach sich zieht.

Der MDK soll die Einzelfallprüfung dem Krankenhaus spätestens 6 Wochen nach Eingang der Rechnung anzeigen. Es handelt sich um eine Art Verfallsfrist, so dass danach keine Rückforderungsansprüche gegenüber den Krankenhäusern mehr geltend gemacht werden können.

#### **Änderungsvorschlag**

Die Zahlung der Aufwandspauschale ist in Abhängigkeit des Prüfergebnisses von der Kasse oder vom Krankenhaus zu zahlen.

Änderung:

Nr. 185 Buchstabe a (Änderung § 275) sollte wie folgt gefasst werden:

Nach Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist innerhalb einer Frist von 24 Monaten nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Korrektur des Abrechnungsbetrages oder der Rechnungsinhalte (Kodierung) führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zu entrichten. Falls die Prüfung zu einer Korrektur der Rechnung führt, hat das Krankenhaus der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zu entrichten.“

## **Artikel 5 – Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 8, § 44 SGB IV – Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane**

#### **Neuregelung und Problem**

Die Bestimmung sieht vor, dass Ersatzkassen bei der Fusion mit einer Kasse anderer Kassenart die paritätische Selbstverwaltung einführen müssen. Damit wird die politisch intendierte Entwicklung in Richtung verstärkter Fusionen für die Ersatzkassen erheblich erschwert. Faktisch wird für die Ersatzkassen ein neues organisationsrechtliches Hindernis aufgebaut. Der rein versichertenbezogene Verwaltungsrat einer Ersatzkasse müsste bei Fusion ggf. über seine personelle „Halbierung“ entscheiden.

Da bei kassenartenübergreifenden Fusionen die Verwaltungsräte der Kassen wählen können, welcher Kassenart die neue vereinigte Krankenkasse angehört, sollte damit auch eine Entscheidung über die Zusammensetzung der Selbstverwaltung (paritätisch/rein versichertenbezogen) erfolgen. Fällt die Entscheidung auf die Kassenart „Ersatzkasse“ sollte dann auch das bisherige Organisationsrecht der Ersatzkassen gelten.

#### **Änderungsvorschlag**

Mit der Erklärung der Verwaltungsräte fusionierender Kassen über die Kassenartzugehörigkeit (nach § 171a SGB V) erfolgt auch eine Entscheidung über die Zusammensetzung der Selbstverwaltung. Die Vorschrift in Nr. 8 zu § 44 SGB IV ist daher verzichtbar.

Änderung:

Nr. 8, § 44 Abs. 1 Nr. 3 (Einfügung Zusammensetzung Selbstverwaltung) sollte gestrichen werden.

## **Artikel 38 – Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

### **Nr. 6, § 31 RSAV - Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells**

#### **I. Problem und Stellungnahme**

Auf die Darstellung der detaillierten Neuregelung wird hier verzichtet bzw. kann dem Artikel 38 des GKV-WSG entnommen werden.

Weder die Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten noch die „Zulassungsvoraussetzung“ eines Übersteigens der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um 50 % ist sachlich zu begründen.

Krankheiten können ohnehin bereits aus statistischen Gründen in einem morbiditätsorientierten RSA nur dann Berücksichtigung finden, wenn sie in signifikanter Weise prospektiv Kostenbelastungen für eine Krankenkasse verursachen. In diese Menge einzuschneiden heißt, eine Krankenkasse mit einer unterdurchschnittlichen Zahl von Betroffenen der im „Filterungs“- Prozess entfallenen Krankheit weiterhin Vorteile aus dieser Tatsache ziehen zu lassen<sup>1</sup>. Hiermit wird das Interesse der Krankenkassen, medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle neue Versorgungsformen zu entwickeln für die nicht berücksichtigten Krankheiten nicht gestärkt, vielmehr eine Abwehr dieser Betroffenen durch die Krankenkassen weiterhin gefördert.

Das Argument einer höheren Planungssicherheit für die Krankenkassen durch eine „gefilterte“ Umsetzung eines morbiditätsorientierten RSA kann nicht überzeugen. Die Planungssicherheit erhöht sich gerade nicht, wenn in sich stimmige Gruppierungsverfahren anhand sachfremder Höchstzahlen oder Mindestprozentsätze willkürlich beschnitten werden. Auch ist ein Anspruch von Krankenkassen mit einer unterdurchschnittlichen Zahl von Kranken auf die durch die Filterung verursachten Mehreinnahmen nicht erkennbar. Mitnahmeeffekte aus einem unvollständigen Risikoausgleich erfüllen in einem wettbewerblichen Gesundheitswesen keinerlei (positive) Funktion, nicht funktionale Eigentumsrechte

---

<sup>1</sup> Dies muss nicht immer eine Zahlerkasse des heutigen RSA- Verfahrens sein (siehe weiter unten).

## Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006

auf bisher erhaltene Subventionen können Krankenkassen als Organe mittelbarer Staatsverwaltung regelmäßig nicht geltend machen.

Welche Folgen willkürliche Höchstzahlen oder Mindestprozentsätze für das Verfahren haben können, zeigt das Beispiel der 50 %- Schwelle: Innerhalb der GKV als Ganzes werden die durchschnittlichen Ausgaben maßgeblich von der Altersstruktur bestimmt<sup>2</sup>. Benutzt man für den Vergleich nach Abs. 1 Satz 3 der geplanten Vorschrift den Durchschnittswert aller Versicherten als Maßstab, könnten häufige Krankheiten jüngerer Versicherter, z.B. Asthma, die Vorgabe nicht erfüllen. Dies würde geschehen obwohl die Betroffenen gegenüber Gleichaltrigen (deren Durchschnittsausgaben bei weniger als der Hälfte des Wertes für alle Versicherten liegen) ein mehr als doppelt so hohes Kostenrisiko darstellen. Berücksichtigt man das Alter hingegen, könnte eine Krankheit wie Diabetes II die Hürde nicht mehr nehmen. Dies liegt daran, dass bei Alterskrankheiten wie dieser der Anteil der Betroffenen so hoch ist, dass die Kosten der Diabetes II nicht nur die Durchschnittskosten der Kranken, sondern auch die Durchschnittskosten aller Versicherten in den entsprechenden Altersstufen maßgeblich bestimmen.

Im Ergebnis könnte man sich also entscheiden, ob aufgrund eines sachfremden Mindestprozentsatzes mit Asthma die für Kinder gefährlichste und am schnellsten zunehmende Volkskrankheit nicht berücksichtigt wird oder mit Diabetes II eine Krankheit, die aufgrund ihrer direkt zurechenbaren Kosten und ihrer Folgeschäden inzwischen für bis zu 20 % der Ausgaben der GKV verantwortlich gemacht wird. Beides wäre offensichtlicher Unsinn und der daraus folgende Fehlanreiz für die Krankenkassen den Betroffenen (bzw. ihren Eltern) nicht zu vermitteln.

Falls der Schwellenwert im parlamentarischen Verfahren als unverzichtbar gilt, ist der Vergleich nach Abs. 1 Satz 3 zumindest so durchzuführen, dass die Durchschnittskosten einer Krankheitsgruppe mit den alters- und geschlechtsadjustierten Durchschnittskosten all jener Versicherten verglichen werden, die an keiner der in die Untersuchung einbezogenen Krankheiten leiden.

## Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006

Zudem ist insbesondere auch eine möglichst konkrete Fassung des Begriffs „Krankheit“ anzustreben. Dieser ist zwar im Gesamtkontext der RSAV bzw. des SGB V inhaltlich bereits relativ bestimmt: Danach ist „Krankheit“ ätiologisch, d.h. ursachenorientiert zu betrachten und abzugrenzen, verschiedene Symptome gehören zur selben Krankheit, wenn sie auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind (z.B. Urteil des BSG vom 7.12.2004 (B 1 KR 10/03 R) m.w.N.).

Dementsprechend gibt es auch keine „DMP- Krankheit“ oder irgendeine andere im SGB V konkret benannte Krankheit, die nicht einen eigenen ätiologischen Ursachenkomplex darstellen würde.

Daher wäre dem Grunde nach die Befürchtung abwegig, die maximal achtzig Krankheiten könnten auf der untersten Stufe des ICD 10 definiert werden, sodass die Maximalzahl noch nicht einmal zur Abbildung der heutigen DMP- Krankheiten ausreichen würde. In der Systematik der bestehenden RSAV bzw. des bestehenden SGB V einzig vernünftig ist eine Orientierung an den Gruppen des ICD mit wenigen Ausnahmen (z.B. Neubildungen, hier Kapitelebene).

Eine Abweichung vom allgemeinen Sprachgebrauch der RSAV / des SGB V hinsichtlich des Begriffs Krankheit ist in der Formulierung „eng abgrenzbar“ gerade nicht zu sehen, da es um Ab-, nicht um Eingrenzung geht. Besonders gut abgrenzbar sind Krankheiten aber gerade dann voneinander, wenn sie als Ursachenkomplexe definiert werden. Krankheiten unterhalb der Gruppenebene des ICD 10 sind in der Mehrzahl der Fälle sicherlich vom behandelnden Arzt, aber nicht mehr aufgrund einer statistischen Auswertung von Leistungsdaten abgrenzbar.

Insbesondere die Zeit nach den Urteilen des BSG vom 24.1.2003 hat jedoch gezeigt, dass von einem „vernünftigen“ Umgang mit dem RSA seitens mancher Krankenkassen, die ihre Wachstumschancen durch diesen beschnitten sehen, nicht ausgegangen werden kann. Vielmehr wird auch weiterhin eine möglichst große Anzahl behaupteter Umsetzungsfehler gerichtshängig gemacht, die nach den o.g. Urteilen eine Rechtswidrigkeit von RSA- Bescheiden von vornherein nicht begründen können. Ggf. wird gehofft durch Zufall oder durch Zermürbung des zuständigen SG

---

<sup>2</sup> Auf der Ebene einer Einzelkasse, die entweder von Risikoselektion profitiert oder unter dieser gelitten hat, ist die Altersstruktur zur

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

oder LSG im Instanzenweg eines Tages ein positives Urteil zu erhalten, welches dann wie der Beschluss des bayerischen LSG von 1996 als Beweis der „Umstrittenheit“ des RSA ins Feld geführt werden kann. Konkretheit in jeder Formulierung der RSAV erhöht daher die Rechtssicherheit des RSA und vermindert die Verschwendung von Beitragsgeldern der Versicherten für unnötige und fruchtlose Rechtsstreitigkeiten.

Hierbei ist zu beachten, dass gerade die Sachfremdheit der den zukünftigen RSA eingrenzenden Kriterien „Höchstzahl der Krankheiten“ und „50%- Schwellenwert“ die Rechtssicherheit gefährdet. Denn es würde z.B. eine „Herausfilterung“ des infantilen Asthma - aufgrund des 50%- Schwellenwertes - in besonderer Weise (klagefreudige) heutige so genannte Zahlerkassen treffen (Grund hierfür ist eine auch unter Berücksichtigung der Altersstruktur ungewöhnliche Prävalenzverteilung dieser Krankheit). Der von diesen Kassen getragene Glaube, jede Verminderung der statistischen Aussagekraft des zukünftigen RSA begünstige sie und fördere ihren auf Selektion ausgerichteten „Wettbewerb“, ist naiv. Wirken die zustande gekommenen Eingrenzungen der Qualität des zukünftigen RSA gegen diese Kassen, ist weniger mit Einsicht als mit einer weiteren Erhöhung der für die Versicherten kostspieligen juristischen Auseinandersetzungen zu rechnen.

Die Einrichtung eines interdisziplinär zusammengesetzten wissenschaftlichen Beirates und die ihm zugewiesenen Aufgaben sind sachgerecht. Da durch die Vorschläge des wissenschaftlichen Beirats die Zielgenauigkeit des RSA und damit die wettbewerblichen Rahmenbedingungen der Krankenkassen maßgeblich bestimmt werden, ist jedoch sicherzustellen, dass dieser wettbewerbsneutral – d.h. durch unabhängige Wissenschaftler - besetzt wird.

### **II. Änderungsvorschlag A**

Die Begrenzung auf 50-80 Krankheiten ist sachlich nicht zu begründen. Dies gilt ebenso für die Begrenzung auf Krankheiten, deren Ausgaben 50% der durchschnittlichen Ausgaben übersteigen. Beide Regelungen sind zu streichen. Hieraus ergibt sich folgender Änderungsbedarf:

---

Erklärung von Durchschnittsausgaben natürlich gerade nicht geeignet.

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

Artikel 38 § 31 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das nach Satz 1 an die gesetzliche Krankenversicherung angepasste Klassifikationsmodell ist prospektiv auszugestalten.“

Artikel 38 § 31 Abs. 1 Satz 3 und 4 entfallen

Artikel 38 § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 entfallen

Artikel 38 § 31 Abs. 2 Satz 3 entfällt

Artikel 38 § 31 Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt legt den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungungsverfahren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres, erstmals bis zum 1. Juli 2008 fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Morbiditätsgruppen für Erwerbsminderungsrentner werden für Versicherte gebildet, die während des überwiegenden Teils des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten haben. Bei der Bildung von Altersgruppen kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen von § 2 Abs. 3 Satz 1 abweichende Altersabstände bestimmen.“

***Sofern diesem Änderungsvorschlag A nicht entsprochen wird und die Begrenzung auf 50-80 Krankheiten sowie die Begrenzung auf Krankheiten, deren Ausgaben die durchschnittlichen Ausgaben um 50% der Durchschnittsausgaben überschreiten, beibehalten wird, müssen zumindest die nachfolgenden Regelungen aufgenommen werden. Diese stellen in einem mehrstufigen Auswahl- und Filterungsverfahren sicher, dass die epidemiologisch und ökonomisch relevanten Erkrankungen berücksichtigt, Unklarheiten in der Umsetzung und damit Rechtsunsicherheiten vermieden werden.***

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

### **- Änderungsvorschlag B**

In Artikel 38 § 31 Abs. 1 werden die Sätze 3 und 4 wie folgt ersetzt:

„Krankheiten nach Satz 2 sind die Gruppen innerhalb der Kapitel der ICD-10. Abweichend hiervon werden für folgende Erkrankungen die Krankheiten auf der ICD-Kapitelebene festgelegt : „Neubildungen“, „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“, „angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“, „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“.“

Artikel 38 § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr.2 wird durch folgenden Wortlaut ersetzt:

„ 2. bis zum 31. Oktober 2007 ein Gutachten zu erstatten hat, in dem für eine Vorauswahl der nach Absatz 1 Satz 2 zu bestimmenden Krankheiten unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 1 Satz 3 und 4 hundert Gruppen bzw. Kapitel vorgeschlagen werden, die Erkrankungen mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensiven chronischen Diagnosen beinhalten, und“

Artikel 38 § 31 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt formuliert:

„Bei der Erfüllung der in Satz 1 genannten Aufgaben hat der wissenschaftliche Beirat die in Absatz 1 genannten Kriterien zu beachten“.

Artikel 38 § 31 Abs. 2 nach Satz 3 werden folgende Sätze 4 und 5 angefügt:

„Hierbei ist zu beachten, dass die ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffe insbesondere die Krankheitsfälle mit schwerwiegendem Verlauf bzw. kostenintensive chronische Erkrankungen identifizieren. Arzneimittelwirkstoffe, die bei mehreren Diagnosen verordnet werden, sind jeder betroffenen Diagnose zuzuordnen. Das Dialysekennzeichen wird einer Arzneimittelverordnung gleichgestellt.“

Artikel 38 § 31 Abs. 3 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Der wissenschaftliche Beirat wird durch unabhängige Wissenschaftler besetzt.“

Artikel 38 § 31 Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt identifiziert die Versicherten mit den entsprechenden Krankheiten anhand der vom wissenschaftlichen Beirat zur Identifikation

## **Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG vom 24.10.2006**

vorgeschlagenen Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe. Hierbei erfolgt die Identifikation dieser Versicherten bei stationären Behandlungen anhand der Krankenhausdiagnosen und bei ambulanten Behandlungen anhand der verordneten Arzneimittelwirkstoffe, die im Zusammenhang mit einer entsprechenden ambulanten Diagnose verordnet wurden. Auf dieser Basis ermittelt das Bundesversicherungsamt die durchschnittlichen Kosten je Versicherten mit dieser Krankheit. Liegen diese durchschnittlichen Kosten jeweils um 50 vom Hundert (Schwellenwert) über den durchschnittlichen Kosten derjenigen Versicherten gleichen Alters, Geschlechts und Erwerbsminderungsstatus, die keine der entsprechenden Krankheiten aufweisen, kann die Krankheit für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs durch das Bundesversicherungsamt ausgewählt werden. Sofern mehr als 80 Krankheiten den Schwellenwert übersteigen, erfolgt aus den Krankheiten nach Satz 4 eine Auswahl der 80 Krankheiten anhand der epidemiologischen und ökonomischen Bedeutung. Erfüllen weniger als 50 Krankheiten dieses Kriterium, so hat der wissenschaftliche Beirat zusätzliche Krankheiten für eine ergänzende Auswahl durch das Bundesversicherungsamt nach Satz 4 und 5 vorzuschlagen. Die Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelwirkstoffe, die der Identifikation der nach Satz 4 bis 6 ausgewählten Krankheiten dienen, werden in dem vom Bundesversicherungsamt ausgewählten Klassifikationsmodell berücksichtigt. Das Bundesversicherungsamt legt diese zur Bildung der Morbiditätsgruppen zu Grunde und legt den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres, erstmals bis zum 30. Juni 2008, fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Morbiditätsgruppen für Erwerbsminderungsrentner werden für Versicherte gebildet, die während des überwiegenden Teils des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten haben. Bei der Bildung von Altersgruppen kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen von § 2 Abs. 3 Satz 1 abweichende Altersabstände bestimmen.“