

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Stand: 18.06.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(13)
vom 20.06.03

15. Wahlperiode**

**Stellungnahme
des AOK-Bundesverbandes
zum Entwurf
eines Gesetzes zur
Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG**

BT-Drs. 15/1170

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Inhalt

- I. Grundsätzliche Bewertung*
- II. Bewertung der GKV-Finanzsituation und der finanziellen Auswirkungen des GMG*
- III. Finanztableau*
- IV. Stellungnahmen zu Einzelregelungen*

Artikel 3 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 4a – neu – Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 5 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 5a Änderung der Reichsversicherungsordnung

Artikel 9 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Artikel 12 Änderung des Arzneimittelgesetzes

Artikel 13 Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen

Artikel 14 Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Artikel 15 Änderung des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiet des

Heilwesens

Artikel 16 Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Artikel 17 Änderung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG)

Artikel 23 Gesetz zur Übergangsregelung zur Neuorganisation der

vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Neuorganisation

der Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

I. Grundsätzliche Bewertung

1. Einleitung

Die AOK begrüßt den Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems, soweit es sich darauf bezieht, die Qualität der Gesundheitsversorgung dauerhaft zu verbessern und die Effizienz des Mitteleinsatzes zu erhöhen. Allerdings wird es mit den vorgesehenen Regelungen nicht gelingen das deutsche Gesundheitswesen dauerhaft finanziell zu stabilisieren.

Die im Entwurf enthaltenen Regelungen zur Neujustierung von Kollektiv- und Einzelverträgen werden kurz- und voraussichtlich auch mittelfristig nicht zur Modernisierung des Gesundheitswesens in erheblichem Ausmaß beitragen. Dennoch wird die hier gefundene Lösung begrüßt, weil erstmalig im ambulant-ärztlichen Bereich Vertragswettbewerb in einem Einzelvertragssystem ermöglicht wird. Begrüßt werden auch die vorgesehenen Regelungen zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung. Hierzu zählen insbesondere die Liberalisierung der Vertriebswege und die Abrechnungsmöglichkeiten vor allem durch die Einführung des Versandhandels, die Änderung der Arzneimittelpreisverordnung, die Aufhebung des Mehrbesitzverbots für Apotheker sowie die Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen sowie der Aufbau einer vierten Hürde im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Bewertung für den GKV-Markt. Das alles sind notwendige, längst überfällige strukturenverändernde Maßnahmen.

Die vorgesehenen Reformen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung, wie z. B. die Verpflichtung der Ärzte zur Fortbildung oder die Einführung eines differenzierten Qualitätsmanagements in Praxen sind notwendig, um die medizinische Versorgung konsequent

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

und nachhaltig auf qualitätsorientierte Aspekte zu focusieren. Gleiches gilt auch für die beschriebenen Aufgaben eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin. Allerdings wird die Kompetenzverlagerung von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf ein staatsnahes Zentrum abgelehnt. Die vorgesehene Neuerrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin ist ordnungspolitisch bedenklich und aufgrund neuer bürokratischer Strukturen nur mit zusätzlichen Kosten verbunden. Die AOK schlägt deshalb gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine selbstverwaltungsnahe Lösung mit einem unabhängigen Institut vor.

Ausdrücklich begrüßt wird auch die vorgesehene Abschaffung von Organisationsprivilegien für bestimmte Krankenkassen. Der Entwurf stellt zudem einen ersten Schritt für globale Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten durch die Verbesserung von Datengrundlagen und Datentransparenz dar. Dies ist als erste Stufe für mehr

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Transparenz im Kern zu begrüßen. Die Datentransparenz auf Kassenseite muss aber noch verbessert werden, um bessere Steuerungsmöglichkeiten zu erhalten. Die Regelungen im Entwurf ersetzen daher aus AOK-Sicht das notwendige Datentransparenzgesetz nicht. Ein Datentransparenzgesetz ist insbesondere für einen Vertragswettbewerb und für die neuen Versorgungsformen eine unverzichtbare Voraussetzung. Darüber hinaus fehlen Informations- und Transparenzrechte der Krankenkassen.

Dauerhafte finanzielle Stabilität wird in der GKV mit diesem Gesetzesentwurf nicht zu gewährleisten sein. Damit wird ein wesentliches Reformziel der Bundesregierung, die dauerhafte Senkung der Lohnnebenkosten, verfehlt. Maßnahmen, die allein an der Ausgabenseite ansetzen, reichen für eine dauerhafte Stabilisierung der GKV-Finanzgrundlagen nicht aus. Zwar sieht der Gesetzentwurf Ansätze zur Stabilisierung der Einnahmenseite, z. B. bei der Beitragsbemessung in der Krankenversicherung der Rentner und perspektivisch bei der Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen vor, doch werden diese Maßnahmen allein die GKV-Financen nicht nachhaltig stabilisieren können. Zur kurzfristigen Stabilisierung der GKV-Financen bleibt festzuhalten, dass das anvisierte Einsparvolumen nach Berechnungen der AOK um rd. 2,6 Mrd. € niedriger ausfallen wird als im Gesetzentwurf angegeben.

2. Vertragswettbewerb

Die AOK fordert seit Jahren einen stärkeren und flexibleren Vertragswettbewerb der Leistungserbringer. In ihren zehn Thesen zur Zukunft des Vertragswettbewerbs hat sie deutlich gemacht, dass die Ausweitung von Wettbewerb auf die Leistungserbringer in allen Versorgungsbereichen durch eine weitgehende Liberalisierung des Vertragssystems ein unverzichtbares Instrument zur Produktivitätssteigerung in der Gesundheitsversorgung ist. Damit sowohl für Leistungserbringer als auch für Krankenkassen ein Anreiz für Wettbewerb um die beste Qua-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

lität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung entsteht, müssen passende ordnungspolitische und rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die im GMG gefundene Lösung der Einzelverträge, wonach zunächst Vertragswettbewerb für neu im Vertragssystem einsteigende Fachärzte zugelassen wird, ist ein erster, aber nicht ausreichender Schritt den Vertragswettbewerb in der GKV auszuweiten. Da die im System verbleibenden Fachärzte entscheiden können, ob sie zukünftig einen Einzelvertrag abschließen oder im System des Kollektivvertrages verbleiben wollen, kommt der Vertragswettbewerb erst mittel- bis langfristig zum Tragen. Auch die Vorgabe, dass die Grundsätze zur Vergütung und ihre Struktur auf Spitzenverbandsebene gemeinsam und einheitlich gestaltet werden sollen, schränkt den Vertragswettbewerb bereits ein. Notwendig sind zudem präzise Budgetbereinigungsvorschriften, die ein Ziel des Vertragswettbewerbs, „Abbau von Überkapazitäten“, unterstützen.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Das im Gesetzentwurf zugrunde liegende Konzept zur Schaffung von Vertragswettbewerb bedarf einer grundsätzlichen Diskussion, bei der auch Alternativen zu prüfen sind. So könnten die Krankenkassen zum Beispiel berechtigt werden, Leistungs- und Versorgungsbereiche zu benennen, die aus dem Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen herausgenommen werden. In Betracht kommt insbesondere die Bereiche, die Überkapazitäten aufweisen und dadurch zu unnötig hohen Kosten führen. Die Krankenkassen sollen hier das Recht erhalten, diejenigen Leistungserbringer unter Vertrag zu nehmen, die für eine qualitativ gute und wirtschaftliche Versorgung benötigt werden. Durch diesen Vertragswettbewerb könnten Überkapazitäten abgebaut und dadurch verursachte Kosten eingespart werden.

Die Stärkung der hausärztlichen Versorgung ist seit längerem ein wichtiges Ziel, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Ob eine gesetzliche Verpflichtung, wonach die Krankenkassen ihren Versicherten die Möglichkeit für die Teilnahme an einem Hausarztssystem einräumen sollen, zur Stärkung des Hausarztssystems beiträgt, ist allerdings fraglich. Die AOK spricht sich nicht für ein verpflichtendes Hausarztssystem aus. Bevorzugt wird ein wettbewerbliches Modell. Sofern die im GMG-Entwurf gefundene Lösung beibehalten wird, ist es wichtig, dass die Anforderungen an ein solches Hausarztssystem, und hier vor allem die Qualitätsanforderungen, klar und stringent gesetzlich geregelt werden. Außerdem darf der vorgesehene Versichertenbonus im Verhältnis zu den Bonis bei der integrierten Versorgung und den DMPs diese „höherwertigen“ Versorgungsformen nicht konterkarieren. Der Bonus kann vor diesem Hintergrund für das Hausarztssystem auch ganz entfallen.

Durch die vorgesehenen Änderungen im Bereich der integrierten Versorgung können neue Impulse gesetzt werden, um zukünftig eine von bürokratischen Fesseln befreite „alternative Regelversorgung“ umzusetzen. Allerdings sollte der Grundsatz der Beitragssatzstabilität

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

nicht durchbrochen werden. Es können nicht per Gesetz Subventionsversprechungen abgegeben werden. Um auch zukünftig nicht mit den gleichen bürokratischen Hindernissen wie in der Vergangenheit zu arbeiten, sollten die grundsätzlich zu begrüßenden Budgetbereinigungsvorschriften präzise formuliert werden. Problematisch ist allerdings, dass für den stationären Sektor keine Budgetbereinigung vorgesehen ist. Hier wäre eine Bereinigung entweder budget- oder DRG-bezogen vorzunehmen. Die Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung wird grundsätzlich begrüßt, wobei aber keine Überversorgungsstrukturen initiiert werden dürfen.

Die vorgesehene Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung ambulanter Leistungen kann zum Abbau von Versorgungsdefiziten beitragen. Allerdings ist zu beachten, dass bereits das geltende Recht die Beteiligung von Krankenhäusern bzw. Krankenhausärzten an der vertragsärztlichen Versorgung vorsieht, wenn anders die notwendige Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Die im Rahmen

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

entsprechender Ermächtigungen erbrachten ambulanten Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung finanziert. Dies müsste auch für die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung gelten. Damit die sinnvolle Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen nicht zu einem zusätzlichen Ausgabenrisiko für die Krankenkassen wird, ist vor allen Dingen die Finanzierung von Doppelstrukturen zu vermeiden, und müssen die Krankenkassen frei entscheiden können, ob sie einen Versorgungsauftrag mit einem Krankenhaus über die Erbringung ambulanter Leistungen abschließen wollen oder nicht.

Die neue Funktion eines Beauftragten zur Bekämpfung der Korruption als Ansprechpartner für Bürgerinnen und Bürger sowie für Einrichtungen und Beschäftigte des Gesundheitswesens wird als Initiative gegen Korruption im Gesundheitswesen begrüßt. Die Einrichtung eines Beauftragten auf Bundesebene ist sachgerecht.

3. Verbesserung der Arzneimittelversorgung

Die vorgesehenen Regelungen im Arzneimittelbereich werden begrüßt. Vor allen Dingen die Liberalisierung der Vertriebswege und der Abrechnungsmöglichkeiten vor allem durch die Einführung des Versandhandels, die Aufhebung des Mehrbesitzverbots für Apotheker, die Änderung der Arzneimittelpreisverordnung, die Rabattpreisfindungsregelungen im Rahmen vereinbarter Versorgungsformen, die Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen und der Aufbau einer vierten Hürde im Sinne einer Kosten-Nutzen-Bewertung als nachgeschaltete Zugangskontrolle zum GKV-Markt.

Hinsichtlich des Aufbaus einer vierten Hürde wird allerdings kritisch gesehen, dass der Gesetzentwurf vorsieht, die Kompetenz für die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln an ein „Deutsches Zent-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

rum für Qualität in der Medizin“ (DZQ) zu vergeben. Neben der grundsätzlichen Kritik an der Einrichtung eines selbstverwaltungsfernen Zentrums (siehe Punkt 5.) sind vor allem die weitgehenden Entscheidungsrechte des Zentrums über die Tätigkeit des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen zu kritisieren.

Einem Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel kann zugestimmt werden, obwohl dadurch grundsätzlich die Gefahr besteht, dass teure verschreibungspflichtige Mittel zum Einsatz kommen können. Durch die Herausnahme nicht rezeptpflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungsumfang der GKV, könnten eine Vielzahl von hochwirksamen Wirkstoffen, wie z. B. ASS (Asperin), das zur Schmerzbehandlung und Infarktprophylaxe verordnet werden kann, medizinisch bewährte und wirtschaftliche Behandlungen nicht mehr durch die GKV finanziert werden. Solche möglichen versorgungspolitisch kontraproduktiven Entwicklungen müssen über Richtlinien gemildert werden. Es wird auch darauf hingewiesen, dass die beabsichtigten finanziellen Wirkungen nochmals deutlich reduziert werden, wenn durch Inkrafttreten der Positivliste ein nicht unerheblicher Teil der Arzneimittel aus der Leistungspflicht herausgenommen würde. Dann dürften die Entlastungen unter 1 Mrd. € liegen.

4. Zahnersatz

Grundsätzlich begrüßt der AOK-Bundesverband den Vorschlag, den Zahnersatz auf therapiebezogene Festzuschüsse umzustellen. Dabei ist insbesondere hervorzuheben, dass zentrale Gestaltungselemente nach Sachleistungsprinzip beibehalten werden (Erstellung eines kostenfreien Heil- und Kostenplan durch den Zahnarzt, vorherige Genehmigung dieses Plans durch die Krankenkassen, Abrechnung der Festzuschüsse über die KZV, Verbleib der Festzuschüsse als Vergütungsbestandteil in den höchst zulässigen Gesamtvergütungen, Beibehaltung des bisherigen Leistungsniveaus, Bildung von getrennten Leis-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

tungskomplexen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen der prothetischen Versorgung). Die Bewertung der Festzuschüsse durch gesamtvertragliche Regelung berücksichtigt die länder- und kassenartenspezifische Besonderheiten besser als eine Regelung auf Bundesebene. Das Bundesgesundheitsministerium sollte Verunsicherungen in der Bevölkerung entgegenreten, damit keine Vorzieheffekte entstehen.

5. Neuerrichtung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“

Die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen halten das im Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz (GMG) vorgeschlagene **Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin** für wenig erfolgversprechend. Eine solche Kompetenzverlagerung von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf ein staatsnahes Zentrum ist ordnungspolitisch bedenklich und aufgrund neuer bürokratischer Strukturen mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Die gemeinsame Selbstverwaltung gewährleistet, trotz mancher berechtigter Kritikpunkte, die größtmögliche Versicherten- und Versorgungsnähe in der Ausgestaltung des Gesundheitswesens. Gleichzeitig entlastet die demokratisch legitimierte gemeinsame Selbstverwaltung den Staat von zahlreichen Einzelaufgaben. Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für die Bewertung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen der GKV müssen in einer Hand bleiben.

Aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungsmäßigkeit der Festsetzung von Festbeträgen kann gefolgert werden, dass die Konkretisierung des gesetzlichen Leistungsrahmens durch die Selbstverwaltung verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist; diese Grundsatzentscheidung ist jenseits der Festbetragsfestsetzung auf die anderen Rechtsbereiche und Zuständigkeit der Selbstver-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

waltung übertragbar und somit ein richtungsweisender Impuls für das Prinzip der Steuerung von Wirtschaftlichkeit und Qualität durch die Selbstverwaltung.

Notwendige Reformmaßnahmen müssen vor allen Dingen die Handlungsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung verbessern, damit diese zeitnah effektiver und effizienter den medizinischen Nutzen und die Qualität sowie die Wirtschaftlichkeit der Leistungen bewerten kann. Die AOK vertritt die Auffassung, dass die im GMG dazu genannten Aufgaben (Erstellung evidenzbasierter Leitlinien, pflegerischer Standards und wissenschaftlicher Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen, Abgabe von Empfehlungen an die Bundesausschüsse, Bereitstellung von Informationen für Bürgerinnen und Bürger über Leistungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen) in veränderter Form (insbesondere durch Verzicht auf Leitlinienerstellung zugunsten der Darstellung und Bewertung von Leitlinien) und veränderter Finanzierungszuständigkeiten der gemeinsamen Selbstverwaltung erreicht werden können. Dafür sollte ein ***Deutsches Zentrum/Zentralausschuss für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung*** geschaffen werden, dem ein unabhängiges Institut zuarbeitet. Das Deutsche Zentrum/Zentralausschuss für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der GKV ist aus den bestehenden Selbstverwaltungs-Institutionen Koordinierungsausschuss, Bundesausschüsse und dem Ausschuss Krankenhaus zu entwickeln.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind der Auffassung, dass mit ihrem Vorschlag eines Zentrums/Zentralausschuss für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung und des ihm zuarbeitenden unabhängigen Instituts, die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung entscheidend verbessert werden und dem An-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

liegen der Politik nach unabhängiger Qualitätsbewertung und –sicherung Rechnung getragen werden kann.

6. Modernisierung der Steuerung des Systems

Die Neuorganisation der Kassenärztlichen Vereinigungen ist sinnvoll, da sie dazu beitragen kann, den innerärztlichen Meinungs- und Bildungsprozess zu vereinfachen und die Umsetzung geschlossener Verträge und getroffener Absprachen zu erleichtern. Die Modernisierung der Strukturen auf Kassenseite werden ebenfalls begrüßt. Gerade die Abschaffung der Organisationsprivilegien für bestimmte Kassenarten oder die Möglichkeit zur Errichtung neuer bzw. zur Öffnung bestehender Krankenkassen bis zum Inkrafttreten der direkten Morbiditätsorientierungen im Risikostrukturausgleich ist eine langjährige Forderung der AOK. Dadurch werden die Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen weiter angeglichen.

Die vorgesehenen Regelungen zur Verbesserung der Steuerung der Datengrundlagen und Datentransparenz sind als erster Schritt für globale Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten anzusehen. Datentransparenz auf Kassenseite muss aber noch verbessert werden, um bessere Steuerungsmöglichkeiten zu erhalten. Die Regelungen ersetzen daher nicht das notwendige Datentransparenzgesetz.

7. Stärkung der Patientensouveränität

Der Ausbau von Beteiligungs- und Anhörungsrechten in Patientenverbänden organisiert Betroffene ist sachgerecht. Allerdings muss sichergestellt werden, dass das Verfahren der Verbände der Betroffenen transparent anhand klarer Kriterien (Stichwort: Unabhängigkeit) erfolgt. Dies sollte die Geschäftsordnung der gemeinsamen Selbstverwaltung regeln. Die Einbeziehung der Patientenverbände sollte so erfolgen, dass die Arbeitsweise der gemeinsamen Selbstverwaltung un-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

terstützt wird. Die Einführung eines Patientenbeauftragten zur Förderung der Weiterentwicklung der Patientenrechte wird begrüßt.

8. Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Leistungen im europäischen Ausland

Die vorgesehene Anpassung des nationalen Rechtes an die EuGH-Rechtsprechung wird ebenfalls als notwendig erachtet. Allerdings sind die vorgesehenen Regelungen noch zu ergänzen. So müssen die Krankenkassen ihren Versicherten die Kosten für ihren EWR-Ausland in Anspruch genommene Krankenversicherungsleistungen in der Höhe der Vergütung, die sie bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätten, erstatten. Dies kann zu Kostensteigerungen durch Mengenausweitung und ungleicher redaktioneller Leistungsmengen im Inland führen. Aus diesem Grunde ist es zwingend, dass der Gesetzgeber eine Bereinigung der bestehenden Budgets der GKV (z. B. § 84, § 85 SGB V) verbindlich vorgibt. Die Abschläge vom Erstattungsbetrag sollten nicht nur im Hinblick auf den zusätzlichen Verwaltungsaufwand und auf fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgesehen werden, sondern auch fehlende Qualitäts-, Garantie- und Gewährleistungszusagen von ausländischen Leistungserbringern erfassen. Sonst ist nicht auszuschließen, dass im Inland seitens der Ärzte zu einer Diskussion/Kritik über die Sinnhaftigkeit inländischer vertraglicher Vereinbarungen angetreten wird.

Die vorgesehene Regelung, wonach GKV-Versicherte auch Privatleistungserbringer (Privatärzte, Privatkliniken etc.) im EWR-Ausland Anspruch nehmen können, benachteiligt/diskriminiert die Privatärzte/Kliniken in Deutschland gegenüber den ausländischen Privatärzten/Kliniken (sogenannte Inländerdiskriminierung). Klageverfahren von inländischen Privatärzten zur Erlangung der Kostenerstattung wären zu erwarten. Die Anpassung des nationalen Rechts an die EUGH-Rechtsprechung sollte allerdings nicht soweit gehen, dass in

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

allen Auslandsfällen auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise von der Krankenkasse übernommen werden können. Die Übernahme dieser Kosten sollte weiterhin davon abhängig gemacht werden, dass die Behandlung nur im Ausland möglich ist bzw. nicht oder nicht rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland durchgeführt werden konnte.

9. Prävention

Die vorgesehene Festschreibung der Ausgaben von Gemeinschaftsprojekten der Prävention würde die GKV noch stärker als bis jetzt zum „Hauszahler“, insbesondere für sozial Benachteiligte in Setting-Ansätzen machen. Erfahrungsgemäß steht zu befürchten, dass die übrigen verantwortlichen Akteure ihr Engagement für ihre gesamtgesellschaftliche Aufgaben zurückführen würden. Üblicherweise werden Gemeinschaftsprojekte aus Steuermitteln finanziert. Eine alleinige finanzielle Verpflichtung der Krankenkassen für eine Gemeinschaftsaufgabe per Gesetz würde ein ordnungspolitisches Novum darstellen. Die AOK sieht es als nötig und notwendig an, sich im Rahmen eines abgestimmten Gesamtkonzeptes „Prävention und Gesundheitsförderung“ an bereichsübergreifenden Gemeinschaftsaufgaben inhaltlich und finanziell zu beteiligen, sofern der Kosten-Nutzungs-Effekt erfüllt ist und die anderen verantwortlich eingebundenen Beteiligten ihrerseits zuverlässig ihrer finanziellen Verpflichtungen erfüllen. Die Zuweisung als Anteil zu 25 % der Ausgaben der Krankenkassen für Präventionsleistungen im Rahmen von Gemeinschaftsprojekten oder in ein Gemeinschaftsfond wird deshalb abgelehnt.

10. Bonus für Versicherte

Die Gewährung von Anreizen zur Förderung der Nachfrage zu neuen Versorgungsmodellen ist sinnvoll. Über Art und Höhe einer Selbstver-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

pflichtung des vom Versicherten gezahlten Bonus soll die Krankenkasse aber selbst entscheiden können. Regionale und inhaltliche Unterschiede müssen berücksichtigt werden können. Ein Hausarztbonus darf „höherwertige“ Versorgungsformen wie beispielsweise DMP's oder integrierte Versorgungsformen nicht kontaktieren. Der Bonus im Rahmen des Hausarztbonus kann daher entfallen. Eine höhere qualitative Anforderung für Hausarztssysteme sollte im Gesetz vorgesehen werden.

Die vorgesehene Möglichkeit, den Versicherten, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nur zur Primärprävention in Anspruch nehmen, einen Bonus seitens der Krankenkassen zu gewähren, sollte sich nicht nur auf gesundheits-, sondern auch auf kostenbewusstes Verhalten erstrecken dürfen. Es muss der Kreativität der Krankenkasse obliegen, wie der Bonus ausgestaltet wird. Der Bonus, der für die betriebliche Gesundheitsförderung muss gesundheitspolitisch sinnvoll und beitragsneutral finanzierbar sein. Anspruchsvolle und wissenschaftlich anerkannte Qualitätsstandards müssen verbindlich vorgegeben werden. Ohne diese Bedingungen ist ein Bonusmodell flächendeckend nicht beitragsneutral finanzierbar.

11. Härtefälle

Eine vollständige Streichung der Befreiungsmöglichkeiten von Zuzahlungen von Arznei- und Verbandmitteln im Rahmen der Härtefallregelung wäre sachgerecht, da die unzumutbare Belastung dieses Personenkreises z. B. durch die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm oder der integrierte Versorgung und durch die dort vorgesehenen niedrigen Zahlungsbeträge aufgefangen wird. Außerdem ist für diesen Personenkreis eine Beteiligung an den Arznei- und Verbandmitteln unter Berücksichtigung der Überforderungsklausel zumutbar und ausgewogen. Der geplanten Änderung, wonach härte-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

fallberechtigte Versicherte 1 € bei Arznei- und Verbandsmitteln zu zahlen sollen, kann daher nicht zugestimmt werden. Weiter soll zwischen akut Kranken (2-prozentige Belastungsgrenze) und chronisch Kranke (1-prozentige Belastungsgrenze) differenziert werden. Das Bundessozialgericht hat diese Differenzierung als verfassungsrechtlich bedenklich eingestuft. Außerdem ist die Sonderregelung bezüglich der Nachweisführung zur Fortbestehung der Dauerbehandlung mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand verbunden. Vor diesem Hintergrund sollte in Zukunft nur noch die 2-prozentige Überforderungsklausel für alle Versicherten gelten.

Die vorgesehene Neufassung bei teilweiser Befreiung bei Zahnersatz berücksichtigt bisher nicht mehr die eigenen Bemühungen des Versicherten zur Erhaltung der Zahngesundheit. Versicherte erhalten somit je nach Einkommenslage insgesamt einen Beitrag bis zum doppelten Festzuschuss und unabhängig von den eigenen Bemühungen zur Erhaltung der Zahngesundheit. Der bisherige Regelungsinhalt, wonach sich der vom Versicherte zu tragende Anteil bei der gleitenden Zahnersatzhärtefallregelung erhöht, wenn die Voraussetzungen nicht erfüllt sind und die Voraussetzung für eine Bonusregelung nicht erfüllt sind, ist beizubehalten. Ein entsprechender Anreiz zur „Erhaltung der Zahngesundheit“ ist auch im Rahmen von Härtefallregelungen weiter erforderlich.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

II. Bewertung der GKV-Finanzsituation und der finanziellen Auswirkungen des GMG

Die finanzielle Entwicklung der GKV macht Entlastungen zwingend notwendig

Die Finanzlage der GKV ist sowohl durch unvermeidbare Entwicklungen in den Jahren 2001 und 2002 auf der Ausgabenseite als auch in besonderem Maß auf der Einnahmenseite geprägt: Bereits im Jahre 2001 stiegen die GKV-Ausgaben um 3,7 %, die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder jedoch nur um 1,6 %. Die Ausgabenentwicklung wurde in erster Linie durch den Ausgabenschub bei Arzneimitteln von + 11,2 % geprägt. Die Einnahmenentwicklung folgte der sehr ungünstigen konjunkturellen Entwicklung, die zu einem spürbaren Druck auf die Entwicklung der Arbeitnehmereinkommen und damit die Beitragsentwicklung geführt hatte. Das in 2001 entstandene Defizit in Höhe von 2,8 Mrd. € führte bereits bei vielen Krankenkassen zu einer spürbaren Beitragssatzerhöhungen.

Die Entwicklung in 2002 verlief mit einer Erhöhung der Leistungsausgaben um + 3,0 % und einer fast stagnierenden Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (+ 0,5 %) einnahmeseitig noch deutlich negativer als im Vorjahr. Das im Jahr 2002 erzielte Defizit von rd. 3 Mrd. € hat die Vermögenssituation der gesetzlichen Krankenversicherung erneut erheblich belastet und zum 31.12.2002 zu einem negativen Bestand an Betriebsmitteln und Rücklagen in Höhe von rd. 1,8 Mrd. € und erneuten Erhöhungen der Beitragssätze zum 1.1.2003 von 14 auf 14,3 % geführt.

Äußerst besorgniserregend ist die Entwicklung der Finanzierungsgrundlagen der Krankenkassen, die sich nach den Finanzdaten des ersten Quartals 2003 und den Konjunkturerwartungen der Wirt-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

schaftsinstitute auch im Jahr 2003 noch fortsetzen dürfte. Eine Entlastung der GKV ist deshalb zwingend erforderlich.

Die angestrebten Entlastungen sind notwendig – für eine flächendeckende, kurzfristige Beitragssatzsenkung aber nicht hinreichend

Die Maßnahmen des Gesetzentwurfs werden das im Entwurf genannte Entlastungsziel in Höhe von knapp 10 Mrd. € jedoch nicht in vollem Umfang erreichen: Vor allem die sogenannten Steuerungs- und Struktureffekte, die im Entwurf mit rd. 3 Mrd. € Einsparungen beziffert sind, sind allenfalls längerfristig zu erschließen. Unter optimistischen Annahmen dürften diese Effekte im Laufe des Jahres 2004 allenfalls ein Entlastungspotential von 1 Mrd. € erreichen. Auch die finanziellen Auswirkungen der Veränderungen bei Zuzahlungen und Härtefällen sind kurzfristig voraussichtlich deutlich geringer als im Entwurf mit 1,9 Mrd. € beziffert: Angesichts der erheblichen Unsicherheiten vor allem in der Einschätzung der Härtefallregelungen sollten hierfür allenfalls 1,1 Mrd. € kalkuliert werden. Insgesamt dürfte das Entlastungsvolumen in 2004 deshalb die Grenze von 7 Mrd. € nicht überschreiten. Die Erwartung, bereits im Jahre 2004 hiermit flächendeckend eine spürbare und vor allem dauerhafte Beitragssatzsenkung realisieren zu können, lässt sich angesichts der erheblichen Vorbelastungen der GKV-Finzen aus den Vorjahren nicht realisieren.

Angesichts der Unsicherheiten in der Einschätzung der Zuzahlungs- und Härtefallneuregelungen kann auch eine weitere Verschärfung der durch die sehr unterschiedlichen Härtefallbelastungen der Krankenkassen verursachten Wettbewerbsverzerrungen nicht ausgeschlossen werden. Dies gilt vor allem, wenn die Zuzahlungen im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens noch weiter erhöht oder die Härtefalltatbestände ausgeweitet werden. Bereits heute führen diese Belastungsunterschiede für die AOK zu Beitragssatznachteilen in wettbewerblich relevanter Höhe.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Mit der dargestellten Finanz- und Vermögenslage ist eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zur Absenkung des Beitragssatzes zu Beginn des Jahres 2004 um etwa 0,4 Beitragssatzpunkte, wie sie der Gesetzentwurf vorsieht (§ 220 Abs. 4 SGB V neu) nicht vereinbar. Eine solche gesetzlich verpflichtende Beitragssatzsenkung würde vielmehr dazu führen, dass viele Krankenkassen ihre inzwischen aufgelaufenen negativen Betriebsmittel und Rücklagen über einen längeren Zeitraum nicht – etliche wahrscheinlich noch nicht einmal in dem vorgesehenen Zeitraum bis 2008 – vollständig abbauen könnten. Die Neuregelung in § 220 Abs. 4 SGB V neu ist deshalb nicht akzeptabel – der AOK-Bundesverband fordert deshalb, diese ersatzlos zu streichen.

Hinzukommen muss die Stabilisierungen der Einnahmenseite vor allem durch eine Rücknahme der Verschiebepbahnhöfe

Die Ursachen für die Besorgnis erregende Finanz- und Vermögenssituation der GKV sind nicht nur konjunktur- und wachstumsbedingt. Verantwortlich für die zunehmende Abhängigkeit der GKV-Finanzentwicklung von der Entwicklung am Arbeitsmarkt sind vor allem die Verschiebepbahnhöfe der Vergangenheit, insbesondere die wiederholten Absenkungen der Beitragsbemessungsgrundlagen für Empfänger von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe. Leider wird dieser Prozess als Folge der Hartz-Gesetze zu Gunsten des Bundeshaushalts im Jahre 2003 für den Personenkreis der Arbeitslosenhilfeempfänger mit erheblichen Einnahmeausfällen für die GKV fortgesetzt. Auch die Regelung der Entgeltumwandlung nach dem Altersvermögensgesetz hat ab 2002 zu der fortschreitenden Erosion der Einnahmegrundlagen beigetragen: Insgesamt entziehen diese ab 1995 verstärkt vollzogenen Verschiebepbahnhöfe den Krankenkassen jährlich Beitragseinnahmen in Höhe von 5 bis 6 Mrd. € bzw. 0,5 bis 0,6 Beitragssatzpunkten.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Diese Entwicklung macht deutlich, dass Maßnahmen, die allein an der Ausgabenseite ansetzen, für eine dauerhafte Stabilisierung der GKV-Finanzgrundlagen nicht ausreichen. Dass der Gesetzentwurf Ansätze zur Stabilisierung der Einnahmenseite durch eine Verlagerung der Lasten für versicherungsfremde Leistungen vorsieht, ist als ein Schritt in die richtige Richtung zu begrüßen. Mit der stufenweisen Einführung eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses, der im Jahre 2004 nur zu einer Entlastung in Höhe von 1 Mrd. € bzw. 0,1 Beitragssatzpunkten und in den Folgejahren zu Mehreinnahmen in nicht quantifizierbarer Höhe führt, kann voraussichtlich nur eine teilweise Kompensation für versicherungsfremde Leistungen (Höhe rd. 4,5 Mrd. €) erreicht werden. Die von allen Spitzenverbänden der GKV in den letzten Jahren erhobene Forderung nach vollständiger Korrektur dieser Fehlentwicklungen ist damit leider nur in ersten Ansätzen erfüllt. Systemgerechter und zukunftsstabiler wäre eine Lösung, mit der diese familienpolitisch begründeten Aufwendungen den Krankenkassen in voller Höhe aus Bundesmitteln erstattet würden.

Hinzukommen müssen weitere Maßnahmen zur Stabilisierung der Einnahmengrundlagen der GKV. Eine Grundvoraussetzung hierfür ist eine Korrektur der Finanzbeziehungen an der Schnittstelle zwischen Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung. Hier wurden der gesetzlichen Krankenversicherung in der Vergangenheit kontinuierlich Risiken des Arbeitsmarktes übertragen, die als Beitragsbelastung der GKV-Solidargemeinschaft sachfremd und systemwidrig sind und zu einer Verschleierung der tatsächlichen Kosten der Arbeitslosigkeit führen. Auch die Maßnahmen zur Entgeltumwandlung nach dem Altersvermögensgesetz haben zu einer Verzerrung der Risikoordnung zu Lasten der GKV geführt. Eine solche Entwicklung ist ordnungspolitisch verfehlt; sie beschädigt die Stabilität des GKV-Finanzsystems und konterkariert das Ziel der Beitragssatzstabilisierung.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Eine Umkehr kann nur mit einer konsequenten Rücknahme der Verschiebepunkte seit 1995 und eine Vermeidung weiterer Lastenverschiebungen – wie sie etwa bei der Zusammenführung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe drohen – erreicht werden. Ohne diese Umkehr bleibt die GKV-Finanzentwicklung in unverträglichem Ausmaß abhängig von der Entwicklung der Arbeitslosigkeit und der Demografie.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

III. Finanztableau

Voraussichtliche GKV-Entlastung durch GMG

(Stand 2. Juni 2003; Basis: Gesetzesbegründungen und eigene Berechnungen*)

Ausgabenseite:

- Herausnahme KG-Finanzierung aus der Parität
- ausgabenneutrale Einbeziehung von Sozialhilfe-Empfängern
- Wegfall der Erstattung rezeptfreier Arzneien (OTC)
- Wegfall der Erstattung für künstliche Befruchtung und Sterilisation
- Wegfall des Sterbegeldes
- Herausnahme der Kostenübernahmen für Sehhilfen
- Steuerungs- und Struktureffekte, davon:
 - Hausarztmodell
 - Arzneimittelversorgung
 - Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung
 - Datentransparenz / Telematik
- Veränderung von Zuzahlungen
 - davon:
 - Veränderte Spreizung der Arzneimittelzuzahlungen
 - Praxisgebühr bei direktem Facharztbesuch
 - Änderung der Härtefallregelungen für Arzneimittel
 - Anhebung auf 12 € je Krankenhaustag (max. 14 Tage)

Summe Ausgabenseite:

Einnahmenseite:

- (teilweise) Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen
- voller Beitragssatz für Versorgungsbezüge und Alterseinkommen aus selbständiger Tätigkeit

Summe Einnahmenseite:

	Finanzwirkung lt. BMGS	Schätzung AOK
	0 Mrd. €	0 Mrd. €
	0 Mrd. €	0 Mrd. €
	1,0 Mrd. €	1,3 Mrd. €
	0,2 Mrd. €	0,2 Mrd. €
	0,4 Mrd. €	0,3 Mrd. €
	0,5 Mrd. €	0,5 Mrd. €
	3,0 Mrd. €	1,0 Mrd. €
		? Mrd. €
		? Mrd. €
		0,0 Mrd. €
		0,0 Mrd. €
	1,9 Mrd. €	1,1 Mrd. €
	0,6 Mrd. €	0,3 Mrd. € (?)
	0,6 Mrd. €	0,2 Mrd. € (?)
	0,5 Mrd. €	0,4 Mrd. € (?)
	0,2 Mrd. €	0,2 Mrd. €
Summe Ausgabenseite:	7,0 Mrd. €	4,4 Mrd. €
	1,0 Mrd. €	1,0 Mrd. €
	1,6 Mrd. €	1,6 Mrd. €
Summe Einnahmenseite:	2,6 Mrd. €	2,6 Mrd. €

Erläuterung:

- Lediglich Umverteilung auf AN über Paritätenve siehe unten.
- Vorgesehen ist voller Ersatz der tatsächlich ents
- Bei konsequenter Umsetzung könnte die Einspa Durch Zusammenwirken mit Positivliste und Här
- BMGS-Annahmen sind nach Abstimmung unter
- Unterschied ist durch Abrunden bedingt.
- BMGS-Annahmen sind realistisch.
- Mittelfristig realisierbare Einsparpotenziale sind
- Kurzfristige Einsparungen sind unwahrscheinlic
- Nicht quantifizierbar; in 2004 jedoch mit Sicher
- Auch Mehrkosten sind möglich.
- Chipkarte flächendeckend nicht vor 2006 einse nach 2 Jahren zu erwarten.
- Grundsätzlich gilt: Zuzahlungshalbierung in Hau schmälert die Zuzahlungserhöhung je nach Teil
- Ob ein Mehr an Zuzahlung realisiert wird, ist de
- Die Praxisgebühr ist nicht seriös abschätzbar, c
- Die Modifikation ist nicht ohne weiteres quanti
- BMGS-Annahmen sind realistisch.
- Entspricht der zunächst festgelegten Abschlags der Tabaksteuer im Jahr 2004 (Abweichung der
- Rentner in der Alterssicherung der Landwirte bli

Finanzwirkung insgesamt: 9,6 Mrd. € 7,0 Mrd. €

Entlastungswirkung mit Berücksichtigung Krankengeld	BMGS		AOK	
	in Mrd. €	in BSP	in Mrd. €	in BSP
Arbeitgeber	8,4	0,8	7,1	0,7
Arbeitnehmer	1,3	0,1	0,0	0,0

Arbeitgeber-/Arbeitnehmeranteil am 1.1.2003 = 7

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

IV. Stellungnahmen zu Einzelregelungen

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 13 Absatz 4 SGB V (Kostenerstattung)

B.) Stellungnahme

Eine Anpassung des nationalen Rechts an die EuGH-Rechtsprechung zu „Kohll/Decker“, „Smits/Peerbooms“ und „Müller-Fauré/van Riet“ wird begrüßt.

Allerdings sind hierfür noch weitere, über den derzeitigen GMG-Entwurf hinausgehende Änderungen im SGB V erforderlich. Darüber hinaus ist zu beachten, dass diese Anpassung weitere Entwicklungen auslösen wird, die voraussichtlich von wesentlicher Bedeutung für unserer Vertragssystem sein werden.

1. Einbeziehung der Familienangehörigen von Versicherungspflichtigen

Nach dem derzeitigen GMG-Entwurf sind „Versicherte nach Absatz 2 Satz 1 und Versicherungspflichtige nach § 5“ berechtigt, Leistungserbringer im EWR-Ausland in Anspruch zu nehmen. Das bedeutet, dass diese Regelung nur für die über die freiwilligen Mitglieder versicherten Familienangehörigen, nicht jedoch für die Familienangehörigen von Versicherungspflichtigen gilt. Aus Gründen der Gleichbehandlung sollten auch die über die Versicherungspflichtigen nach § 10 versicherten Familienangehörigen miteinbezogen werden.

2. Klarstellung bezüglich der Wohnortfälle

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Der GMG-Entwurf stellt zutreffenderweise fest, dass die o.g. EuGH-Urteile zum freien Waren- und Dienstleistungsverkehr nicht anzuwenden sind auf diejenigen GKV-Versicherten, die in einem anderen EWR-Staat wohnen und aufgrund EG-Rechts dort sachleistungsberechtigt sind. Die entsprechende Formulierung ist jedoch unglücklich und könnte zu vielen Klageverfahren führen. Grund: Sie stellt auf die Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72 und damit schwerpunktmäßig auf die Einhaltung bestimmter Formvorschriften (hier: Einschreibung bei ausländischem Krankenversicherungsträger) ab. Zahlreiche unangenehme Diskussionen mit den Versicherten sind damit in der Kassenpraxis geradezu vorprogrammiert. Deshalb sollte man hier auf den in der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vorgesehenen materiell-rechtlichen Anspruch auf Sachleistungsaushilfe bei gewöhnlichem Aufenthalt im anderen EWR-Staat abstellen. Auf diese Weise würde klargestellt, dass ein GKV-Versicherter bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen nicht wahlweise auf seinen Anspruch auf Sachleistungsaushilfe verzichten und dafür einen Leistungsanspruch aufgrund der EuGH-Urteile geltend machen kann. Damit würden zahlreiche unangenehme Diskussionen mit GKV-Versicherten in der Kassenpraxis vermieden bzw. zumindest erleichtert werden können.

Satz 1 sollte daher wie folgt formuliert werden: „Versicherte ..., die nicht nach der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 berechtigt sind, beim Träger ihres Wohnortes in einem anderen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes Sachleistungen in Anspruch zu nehmen, können auch Leistungserbringer ... in Anspruch nehmen.“

3. Anrechnung der Auslandsfälle nach § 13 Abs. 4 SGB V auf die Budgets

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Lt. GMG-Entwurf müssen die Krankenkassen ihren Versicherten die Kosten für im EWR-Ausland in Anspruch genommene Krankenversicherungsleistungen erstatten, jedoch maximal in Höhe der Vergütung, die sie bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätten.

Es ist mit Kostensteigerungen durch Mengenausweitungstendenzen ohne gleichzeitige Reduktion der Leistungsmenge im Inland zu rechnen.

Das bedeutet, dass vom Gesetzgeber zwingend eine Lösung zur Bereinigung in den bestehenden Budgets der GKV (z.B. §§ 84, 85 SGB V) verfasst werden muss. Um die Auslandsfälle hinsichtlich der Budgetbereinigung vollständig zu erfassen, sollte ferner Satz 2 dahingehend ergänzt werden, dass Versicherte im EWR-Ausland auch die Leistungserbringer aufsuchen dürfen, mit denen die deutschen Krankenkassen oder ihre Verbände einen Vertrag nach § 140 e SGB V geschlossen haben.

4. Berechnung der Abschläge bei Kostenerstattung für Auslandsfälle

Lt. GMG-Entwurf soll das Verfahren der Kostenerstattung von Auslandsfällen nach § 13 Abs. 4 SGB V durch die Satzung geregelt werden. Diese hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen.“

Die Abschläge vom Erstattungsbetrag sollten nicht nur im Hinblick auf den zusätzlichen Verwaltungsaufwand und auf fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgesehen werden, sondern auch fehlende Qualitäts-, Garantie- und Gewährleistungszusagen von ausländischen Leistungserbringern erfassen. Damit könnte einer evtl. von den Ärzten

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

vorangetriebenen politischen Diskussion/Kritik über die Sinnhaftigkeit vertraglicher Vereinbarungen im Inland entgegengewirkt werden.

Bevor man sich in einer Stellungnahme zum Thema „Abschläge“ abschließend äußert, sind noch folgende Punkte zu prüfen bzw. zu klären:

- Können unter „fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ auch die Aspekte „fehlende Qualität, Garantie und Gewährleistung“ subsumiert werden oder müssen diese Aspekte explizit in der Vorschrift genannt werden?
- Wie soll das Verfahren der Kostenerstattung/Abschläge für Auslandsfälle zukünftig geregelt werden?
 - In der Satzung, d.h. mögliches Wettbewerbsparameter, oder
 - durch den Gesetzgeber oder
 - „gemeinsam und einheitlich“?

Hierbei sind insbesondere folgende Aspekte zu beachten:

- Lt. EuGH sind die Erstattungsbeträge „nach objektiven, nicht-diskriminierenden und transparenten Kriterien“ festzulegen.
- Die Erstattungsregelung für Auslandsfälle könnte Präzedenzfall schaffen für Kostenerstattungsregelungen für inländische Privatärzte bzw. solche Ärzte, die von einer Krankenkasse keinen Einzelvertrag bekommen.

5. Inanspruchnahme von Leistungserbringern im EWR-Ausland und mögliche Rückwirkung auf GKV

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Nach der derzeitigen Entwurffassung können GKV-Versicherte auch Privat-Leistungserbringer (Privatärzte, Privatkliniken etc.) im EWR-Ausland in Anspruch nehmen und hätten Anspruch auf Erstattung max. in Höhe der deutschen Vertragssätze (inkl. Abschläge). Damit wären die Versicherten bei einer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EWR-Ausland besser gestellt als im Inland. Denn im Inland sind sie verpflichtet, Vertrags-Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen; bei privatärztlicher Behandlung im Inland ist ein Kostenerstattungsanspruch ausgeschlossen (§ 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V).

Mit der vorgesehenen Regelung würden deshalb auch die Privatärzte/-kliniken in Deutschland gegenüber ausländischen Privatärzten/-kliniken benachteiligt/diskriminiert (sog. Inländerdiskriminierung).

Einerseits ist damit zu rechnen, dass sich deutsche Privatärzte/-kliniken vermehrt im grenznahen EWR-Ausland niederlassen, um GKV-Versicherte zu behandeln.

Andererseits sind entsprechende Klageverfahren von Privatärzten zur Erlangung der Kostenerstattung auch im Inland zu erwarten. Da es sich um die Beziehung zwischen Inländern handelt, ist eine Vorlage beim EuGH nicht möglich. Denkbar wäre eine Verfassungsbeschwerde wegen Inländerdiskriminierung. Das BVerfG könnte dieser Klage nur dann stattgeben, wenn es sich um eine Ungleichbehandlung bei gleichen Sachverhalten handelt. In aller Regel verstößt jedoch die sog. umgekehrte Diskriminierung (Inländer werden schlechter als Ausländer behandelt) nicht gegen Artikel 3 des Grundgesetzes. Dem Verfahren nach sind bereits auch einige Verfahren beim Bundessozialgericht anhängig, in denen GKV-Versicherte – mit Unterstützung der Privatärzte – auf Kostenerstattung von privatärztlicher Behandlung klagen.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Auch wenn die rechtliche Argumentation hier bisher nicht tragfähig war, so könnte sich dies angesichts des neuesten EuGH-Urteils „Müller-Fauré/van Riet“ vom 13.05.2003 möglicherweise ändern Mit einer politischen Diskussion in dieser Richtung muss allerdings gerechnet werden.

Der Vollständigkeit halber und um eine komplette Budgetbereinigung der Auslandsfälle zu erreichen, sollte Satz 2 dahingehend ergänzt werden, dass Versicherte im EWR-Ausland auch die Leistungserbringer aufsuchen dürfen, mit denen die deutschen Krankenkassen oder ihre Verbände einen Vertrag nach § 140 e SGB V geschlossen haben.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

- Satz 1 muss wie folgt ergänzt werden (Änderungen unterstrichen):

„Versicherte nach Absatz 2 Satz 1, Versicherungspflichtige nach § 5 und ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen, die nicht nach der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 berechtigt sind, beim Träger ihres Wohnortes in einem anderen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes Sachleistungen in Anspruch zu nehmen, können auch Leistungserbringer ... in Anspruch nehmen.“

- Der Gesetzgeber muss eine Lösung zur Bereinigung in den bestehenden Budgets der GKV verfassen (z. B. §§ 84, 85 SGB V).
 - Satz 2 muss wie folgt ergänzt werden (Änderung unterstrichen):
-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

„Es dürfen nur solche Leistungserbringer ... berechtigt
sind oder mit
denen die deutschen Krankenkassen oder ihre Verbände
einen Ver-
trag nach § 140 e SGB V geschlossen haben.“

- Was die Abschläge für die Kostenerstattung von Auslandsfällen anbe-
trifft, ist noch eine weitergehende Prüfung notwendig, be-
vor evtl. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche formuliert wer-
den können.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 13 Absatz 5 SGB V (Kostenerstattung)

B.) Stellungnahme

Eine Anpassung des nationalen Rechts an die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zu „Kohll/Decker“, „Smits/Peerbooms“ und „Müller-Fauré/van Riet“ wird begrüßt.

Auch hier – wie bei § 13 Abs. 4 SGB V – muss der Gesetzgeber eine Lösung zur Bereinigung in den bestehenden Budgets der GKV verfassen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Der Gesetzgeber muss eine Lösung zur Bereinigung in den bestehenden Budgets der GKV verfassen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 13 Absatz 6 SGB V (Kostenerstattung)

B.) Stellungnahme

Eine Anpassung des nationalen Rechts an die EuGH-Rechtsprechung zu „Kohll/Decker“, „Smits/Peerbooms“ und „Müller-Fauré/van Riet“ wird begrüßt.

Allerdings sollte diese Anpassung nicht so weit gehen, dass in allen Auslandsfällen auch „weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson“ ganz oder teilweise von der Krankenkasse übernommen werden können. Diese Regelung des § 18 Abs. 2 SGB V ist derzeit nur für den Fall vorgesehen, dass eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit *nur im Ausland* möglich ist (§ 18 Abs. 1 SGB V). Im Gegensatz dazu begeben sich die Versicherten in den durch den neuen § 13 Absatz 4 Satz 1 geregelten Fällen unabhängig von der vorgenannten Situation zur Behandlung ins EWR-Ausland.

Aus Wirtschaftlichkeitsgründen sollte die Übernahme „weiterer Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson“ zukünftig weiterhin davon abhängig gemacht werden, dass die Behandlung nur im Ausland möglich ist bzw. nicht oder nicht rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

§ 13 Abs. 6 sollte daher wie folgt geändert werden:

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

„§ 18 Abs. 1 Satz 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend. § 18 Abs. 2 gilt in den Fällen des Absatzes 4 Satz 5 und des Absatz 5 entsprechend.“

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Der § 13 Absatz 6 SGB V muss wie folgt geändert werden:

„§ 18 Abs. 1 Satz 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend. § 18 Abs. 2 gilt in den Fällen des Absatzes 4 Satz 5 und des Absatz 5 entsprechend.“

A.) Vorschrift

§ 15 SGB V (Krankenversichertenkarte)

B.) Stellungnahme

Konsequenz des neu formulierten § 291 SGB V

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 18 SGB V (Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland)

B.) Stellungnahme

Änderung ist folgerichtig.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 19 Abs. 2 SGB V

B.) Stellungnahme

Vorrang der Familienversicherung vor Zeiten eines nachgehenden Leistungsanspruchs: Die Regelung geht auf einen entsprechenden Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen zurück. Sie ist inhaltlich zu begrüßen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 20 SGB V Absatz 3

B.) Stellungnahme

Prävention ist grundsätzlich eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe, die von allen Beteiligten gemeinsam konzipiert, organisiert und auch finanziert werden muss. Die im Entwurf vorgesehene Festschreibung der Ausgaben für Gemeinschaftsprojekte der Prävention verpflichtet dagegen einseitig die Krankenkassen als Finanzgeber und ist inakzeptabel. Mit dieser Regelung würden die GKV noch stärker als bisher zum Hauptzahler – insbesondere für sozial Benachteiligte in Settings. Dadurch steht erfahrungsgemäß zu befürchten, dass die übrigen verantwortlichen Akteure ihr Engagement noch weiter zurückführen. Üblicherweise werden Gemeinschaftsprojekte aus Steuermitteln finanziert. Eine alleinige finanzielle Verpflichtung der Krankenkassen für eine Gemeinschaftsaufgabe per Gesetz würde ein ordnungspolitisches Novum darstellen.

Die GKV sieht es als notwendig und möglich an, sich im Rahmen eines abgestimmten Gesamtkonzeptes „Prävention und Gesundheitsförderung“ an bereichsübergreifenden Gemeinschaftsaufgaben inhaltlich und finanziell zu beteiligen, sofern der Kosten-Nutzen-Aspekt erfüllt ist und die anderen verantwortlich eingebundenen Beteiligten ihrerseits zuverlässig ihre finanziellen Verpflichtungen erfüllen. Eine gesetzliche Fixierung der dafür aufzubringenden Mittel halten wir nicht für sachdienlich. Mangelndes Engagement der anderen kann nicht durch eine höhere Belastung der GKV aufgewogen werden.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Die Zuweisung eines Anteils von 25 % der Ausgaben der Krankenkassen für Präventionsleistungen im Rahmen von Gemeinschaftsprojekten oder in einen Gemeinschaftsfonds wird deshalb abgelehnt.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Streichung des Satzes: „Mindestens 25%... bis geregelt“.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 20 SGB V Absatz 4

B.) Stellungnahme

Zu aa)

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen Selbsthilfegruppen, – Organisationen und –kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben.“

Die ausdrückliche Aufnahme der Krankenkassenverbände als Förderer der Selbsthilfe wird begrüßt.

Zu bb)

Folgende Sätze werden angefügt:

„Die in Satz 5 bestimmten Mittel sind in kassenartenübergreifende Gemeinschaftsfonds einzuzahlen. Über die Vergabe der Fördermittel aus den Gemeinschaftsfonds beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Satz 3 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretern von Selbsthilfegruppen, –organisationen und – kontaktstellen.“

Gegen die vollständige Einstellung der in Satz 5 bestimmten Mittel in Gemeinschaftsfonds bestehen bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen Bedenken. Hierdurch würde den Krankenkassen und ihren Ver-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

bänden die Möglichkeit der Entfaltung eigener Aktivitäten komplett genommen. Insbesondere die in den letzten Jahren erfolgreich ausgestalteten zielgruppenspezifischen Förderaktivitäten in Form von Projekten, inhaltlicher Zusammenarbeit und sächlicher bzw. infrastrukturellen Förderungen müssen entfallen. Letzteres ist insbesondere für die Förderung der örtlichen Selbsthilfegruppen wesentlich (z.B. kostenlose Überlassung von Räumlichkeiten).

Die Möglichkeiten sollten auch künftig jenseits der Fonds auf allen Förderebenen erhalten bleiben. Deshalb sollten die Krankenkassen und ihre Verbände auch weiterhin zumindest über einen Teil der Fördermittel eigenständig verfügen können.

Nach Auffassung der AOK führt die Bearbeitung der Anträge im Rahmen eines kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsfonds zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand, deren Vorhaltekosten die Förderungssumme für die Selbsthilfe schmälert. Gleichzeitig werden kassenindividuelle Handlungsspielräume bei der Selbsthilfeförderung, die auch Bestandteil eines Qualitätswettbewerbs bei der Versorgung chronisch Kranker sein können, beschnitten.

Die Förderung der Selbsthilfe ist eine Gemeinschaftsaufgabe von allen Rehabilitationsträgern (gem. §§ 6, 29 SGB IX) und der öffentlichen Hand. Bei der vorgesehenen Lösung bleibt unklar, wie die Bereitschaft der anderen Sozialversicherungsträger und der öffentlichen Hand gesteigert wird, bzw. erhalten bleibt, die Selbsthilfe Ihrerseits zu fördern.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Zu aa)

Keine Ergänzungsvorschläge

Zu bb)

Ersatzlose Streichung des Satzes

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 24 b SGB V (Sterilisation)

B.) Stellungnahme

Bisher haben Versicherte Anspruch auf Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation durch einen Arzt. Eine „nicht rechtswidrige“ Sterilisation liegt nach allgemeiner Rechtsauffassung vor, wenn der Leistungsberechtigte in Kenntnis der Tragweite und Folgen des Eingriffs eingewilligt hat und die Einwilligung nicht gegen die guten Sitten verstößt. Das Vorliegen besonderer Indikationen wird nicht verlangt. Mithin handelt es sich bisher überwiegend um Leistungen, die ihre Motivation in der persönlichen Lebensplanung der Versicherten haben.

Die Neuregelung sieht vor, dass Leistungen bei Sterilisation nur noch dann erbracht werden, wenn das Herbeiführen der Unfruchtbarkeit aufgrund einer Krankheit erforderlich wird.

Gegen die vorgesehene Neuregelung bestehen keine Bedenken. Auch nach der bisherigen Rechtsprechung des BSG ist ein bewusst und gewollt in der Absicht künftiger Lebensgestaltung herbeigeführter Zustand der Unfruchtbarkeit keine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung (Urteil vom 12.11.1985 – 3 RK 48/83 –).

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 24 b SGB V – NEU Schwangerschaftsabbruch

B.) Stellungnahme

Nach § 24 b Abs. 4 Satz 3 SGB V übernimmt die Krankenkasse bei vollstationärer Behandlung nicht den allgemeinen Pflegesatz für den Tag, an dem der Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wird. Durch die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) tritt an die Stelle des allgemeinen Pflegesatzes eine DRG-Fallpauschale, die im Jahr 2003 zunächst nur für die gemeldeten Optimalkrankenhäuser und ab dem 01.01.2004 für alle Krankenhäuser gilt. Danach lässt sich keine Unterteilung der Kosten vornehmen, die nach § 24 b Abs. 3 SGB V auf die Krankenkasse entfallen und nach § 24 b Abs. 4 SGB V von der Kostenübernahme ausgeschlossen sind.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Eindeutige Vorgabe des von der Kostenübernahme ausgeschlossenen Anteils bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 27 a SGB V (Künstliche Befruchtung)

B.) Stellungnahme

Die Neuregelung sieht die Streichung von Leistungen zur künstlichen Befruchtung vor.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr)

Versicherte, die einen Facharzt (außer Augen-, Frauenärzte und Psychotherapeuten) ohne Überweisung durch ihren Hausarzt oder einen anderen Facharzt aufsuchen, zahlen bei jedem Erstkontakt pro Quartal 15 € Praxisgebühr. Die Überweisung muss jedes Quartal erneuert werden, es sei denn, die Behandlung derselben Krankheit erstreckt sich über mehrere Quartale.

Die Praxisgebühr entfällt für Versicherte, die

- den Facharzt im Notfall aufsuchen,
- an einem DMP teilnehmen
- an einer integrierten Versorgung teilnehmen
- chronisch krank sind, für deren Krankheit aber kein DMP oder eine integrierte Versorgung zur Verfügung steht.

B.) Stellungnahme

Praxisgebühren können ein geeignetes Steuerungsinstrument sein, um eine kostenbewusste und koordinierte Inanspruchnahme von Fachärzten durch die Versicherten zu unterstützen. Die in der Vorschrift genannten Ausnahmefälle sind sinnvoll, um soziale Härten, insb. für chronisch Kranke, zu vermeiden.

Grundsätzlich stellt sich allerdings die Frage, wie sehr das Instrument der Praxisgebühr tatsächlich greifen wird – eine Datenanalyse des BKK-BV für das Jahr 2001 hat ergeben, dass der Anteil der Versicherten, die Arzthopping betreiben (mehr als zwei Ärzte derselben Fachrichtung in einem Quartal aufsuchen) ausgesprochen gering ist. Die

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Betrachtung eigener Daten zur Facharztinanspruchnahme ergibt für AOK-Versicherte ein ähnliches Ergebnis. Fraglich ist in diesem Zusammenhang, ob das Einsparpotential von 0,6 Mrd. € , das der Gesetzgeber im Zusammenhang mit der Praxisgebühr ab 2004 erwartet, tatsächlich in dieser Höhe gegeben ist.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 30 SGB V i.V. mit §§ 61 Abs. 1 Nr. 2, 85 Abs.2 S.6, 87 Abs. 2d S.1, 88 Abs. 2 S.1 (Zahnersatz ...)

Die prozentualen Zahnersatz-Zuschüsse werden durch therapiebezogene Festzuschüsse im Sachleistungssystem ersetzt. Die Festlegung der Festzuschüsse erfolgt kassenartenbezogen auf der Ebene der Gesamtvertragspartner. Grundlage für die Berechnung der Festzuschüsse sind Leistungskomplexe, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (Bema) sowie im Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis (BEL) für das zahnärztliche Honorar sowie zahntechnische Leistungen gebildet werden. Die Höhe der Festzuschüsse folgt dem bisherigen Niveau der prozentualen Anteile der Krankenkassen. Für Härtefälle wird der doppelte Festzuschuss erstattet. Die bisherige Bonusregelung bleibt grundsätzlich erhalten.

Alle sonstigen Änderungen in § 30 folgen dem letzten Stand des GMG-Arbeitsentwurfs (Vorlage von zwei alternativen zahntechnischen Kostenangeboten, Muss-Begutachtung für Härtefälle bei aufwändigen Versorgung).

B.) Stellungnahme

Grundsätzlich ist der Vorschlag des Gesetzesentwurfes bezüglich einer Umstellung auf therapiebezogene Festzuschüsse zu begrüßen. Dabei ist insbesondere hervorzuheben, dass zentrale Gestaltungselemente des Sachleistungssystems beibehalten werden. Im einzelnen handelt es sich um folgendes:

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

1. Die Erstellung eines kostenfreien Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt.
2. Die vorherige Genehmigung des Heil- und Kostenplans durch die Krankenkasse.
3. Die Beibehaltung des bisherigen Leistungsniveaus in der vertragszahnärztlichen Versorgung.
4. Abrechnung der Festzuschüsse über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (keine Direktabrechnung).
5. Der Verbleib der Festzuschüsse als Vergütungsbestandteil in den höchstzulässigen Gesamtvergütungen.
6. Die Bildung von getrennten Leistungskomplexen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen in der prothetischen Versorgung.

Die Bewertung der Festzuschüsse durch gesamtvertragliche Regelungen berücksichtigt die länder- und kassenartenspezifischen Besonderheiten besser als eine Regelung auf Bundesebene. Sie kann allerdings auch zu zeitlichen Verzögerungen führen.

Mit der Einführung von Festzuschüssen sind Minderausgaben der Krankenkassen zu erwarten, die verstärkte Inanspruchnahme der gesetzlichen Mehrkostenregelung nach § 30 (3) SGB V wird zu höheren Ausgaben bei den Versicherten führen, wenn das gleiche Versorgungsniveau wie bisher angestrebt wird. Im Hinblick auf die Diskussion zu weiteren Einschränkungen der prothetischen Leistungsansprüche der Versicherten ist dieses zu erwartende Ergebnis zu tolerieren.

Das vorgeschlagene System von therapiebezogenen Festzuschüssen entspricht nicht den eigentlichen berufspolitischen Zielen der Zahnärzteschaft (Kostenerstattung auf GOZ-Basis).

Es muss daher mit einer Blockadepolitik der KZBV/der KZVen gerechnet werden.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Insofern wird angeregt, im Gesetzesentwurf konkrete Fristen für die Umsetzung vorzusehen. Aber auch ohne die Unterstellung derartiger Blockadestrategien könnte die Bildung der Festzuschüsse durch das im Entwurf vorgesehene zweistufige Verfahren zeitlich verzögert werden, da zunächst auf der Bundesebene der Bema und das BEL auf Leistungskomplexe umzustellen sind und anschließend die Bildung der Festzuschüsse durch die Parteien der Gesamtverträge erfolgt. Durch das auf diesen Ebenen vorhandene Konfliktpotential muss daher mit massiven Zeitverlusten bei der Umsetzung gerechnet werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keiner, allerdings sollten Vorzieheffekte verhindert werden.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 31 SGB V (Arznei- und Verbandmittel)

B.) Stellungnahme

- a) Der beabsichtigte Zweck der Änderung ist der Begründung zu Nr. 14 (Negativliste) zu entnehmen. Danach soll

„die Regelungen (klar) stellen (..) , dass subsidiär zur Befugnis des Verordnungsgebers, Arzneimittel nach § 34 Abs. 3 sowie Heil- und Hilfsmittel nach § 34 Abs. 4 von der Verordnungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen, auch der Richtliniengeber nach § 92 Leistungsausschlüsse aufgrund seiner Befugnis zur Regelung der wirtschaftlichen Ordnungsweise der Arzneimittel- sowie Heil- und Hilfsmittelversorgung treffen kann. Wie das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 18.11.1999 – B 1 KR 9/97 R – (medizinische Fußpflege) dargelegt und auch in dem Urteil vom 30.09.1999 – B 8 KN 9/98 KRR – (SKAT) bereits angedeutet hat, ist nach bisheriger Rechtslage unklar, ob neben der Kompetenz des Verordnungsgebers nach § 34 Abs. 3 und 4 zu Verordnungsausschlüssen die Befugnis des Richtliniengebers, das Wirtschaftlichkeitsgebot für die Verordnung von Arznei- sowie Heil- und Hilfsmitteln zu konkretisieren, so weit reicht, vollständige Leistungsausschlüsse vorzunehmen. Zwar ist nach Auffassung des Bundessozialgerichts die Übertragung einer derartigen Normsetzungsbefugnis an den Richtliniengeber grundsätzlich zulässig, allerdings ist nach geltendem Recht unklar, ob und in welcher genauen Ausgestaltung der Gesetzgeber eine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

konkurrierende – parallele oder subsidiäre – Regelungskompetenz des Richtliniengebers schaffen wollte.

Diese Unsicherheiten machen die Klarstellung in den Absätzen 3 und 4 notwendig, dass die Regelungsbefugnis des Richtliniengebers ergänzend zu der des Verordnungsgebers hinzutritt: Solange und in dem Umfang, in dem der Verordnungsgeber nicht von seiner Regelungskompetenz zum Verordnungsausschluss von Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln Gebrauch macht, ist der Richtliniengeber zur Regelung bis hin zu Leistungsausschlüssen berechtigt. Hieraus folgt notwendigerweise, dass in die Beschreibung der inhaltlichen Grenzen des Leistungsanspruchs des Versicherten in den §§ 31, 32 und 33 neben den Verordnungs-
ausschlüssen durch den Rechtsverordnungsgeber auch die durch die Richtlinien einbezogen werden müssen (vgl. Änderungen der §§ 31, 32 und 33 SGB V – E).“

Es ist es zu begrüßen, das der Gesetzgeber eine Gesetzliche Klarstellung beabsichtigt, die eine entsprechend weitgehende Regelungskompetenzen des Bundesausschuss definiert und rechtlich absichert. Der Formulierungsvorschlag ist allerdings hierzu aus folgenden Gründen nicht geeignet:

1. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet die Formulierung „ Für Arzneimittel die nicht auf der Negativliste stehen gelten die Arzneimittelrichtlinien“.

Das ist der Status Quo, schafft keine Rechtsklarheit und löst auch nicht das juristische Problem um die Arzneimittelrichtlinien bzw. den Bundesausschuss.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

2. Der Vorschlag berücksichtigt nicht, das mit dem Inkrafttreten des Positivlistengesetz der Satz 1 im § 31 wie folgt geändert wird:
„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimittel, soweit die Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind, und auf Versorgung mit Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen.“ Zu diesem Satz eins passt die Änderung nicht. Die angestrebte Klarstellung wird somit nicht erreicht.

b) Durch die vorgeschlagene Zuzahlungsanhebung werden die Versicherten im Arzneimittelbereich voraussichtlich mit einem erhöhten Zuzahlungsvolumen von 0,3 Mrd. € zusätzlich belastet. Allerdings werden mit dem Gesetz eine Reihe von Änderungen zum Leistungsumfang vorgeschlagen, so das im Ergebnis eine genaue Messung nach Inkrafttreten des Gesetzes möglich sein wird.

c) Zu § 31 Abs. 3, neuer Satz 5 SGB V (niedrigere Zuzahlungen bei Härtefällen nach § 61 SGB V)

Härtefallberechtigte Versicherte nach § 61 SGB V sollen zu den Arznei- und Verbandmitteln lediglich einen reduzierten Zuzahlungsbetrag in Höhe 1 Euro leisten; und zwar unabhängig von der Packungsgröße.

Dieser Neuregelung kann nicht zugestimmt werden.

Sachgerecht ist vielmehr, dass auch Härtefälle nach § 61 SGB V die in § 31 Satz 1 und 4 SGB V genannten Zuzahlungsbeträge entrichten. Der „unzumutbaren Belastung“ dieses Personenkreises kann einerseits durch die Teilnahme am Hausarztssystem, an strukturierten Behandlungsprogrammen oder der integrierten Versorgung (§ 62a SGB V) durch die dort vorgesehenen niedrigeren Zuzahlungsbeträge entgegengewirkt werden. Andererseits ist auch für diesen Personenkreis eine Beteiligung an den Arznei- und Verbandmitteln unter Berücksich-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

tigung der Überforderungsklausel nach § 62 SGB V zumutbar und sozial ausgewogen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Zu a) Für den geltenden Satz 1 wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

„Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimittel, soweit die Arzneimittel nicht nach §34 oder die Richtlinien nach §92 ausgeschlossen sind, (...)“

Für die Formulierung nach dem Inkrafttreten der Positivliste wird die folgende Formulierung vorgeschlagen:

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimittel, soweit die Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung ordnungsfähig sind und nicht nach den Richtlinien nach §92 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen.“

Zu c) Streichung der in § 31 Abs. 3 Satz 5 vorgesehenen Neuregelung.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 32 SGB V (Heilmittel)

B.) Stellungnahme

Der Sachleistungsanspruch auf Heilmittel soll auf den Preis des günstigsten wohnortnahen Anbieters beschränkt werden. Wählt der Versicherte einen anderen zugelassenen Leistungserbringer, hat er die Mehrkosten zu tragen.

Die Änderung wird weitgehend wirkungslos bleiben, aber einen hohen Verwaltungsaufwand erzeugen. Sofern es überhaupt gelingt, unterschiedliche Preise für identische Heilmittel zu vereinbaren, dürfte das Kriterium der „Wohnortnähe“ zu Konflikten führen. Ebenso ist unklar, was passiert, wenn der preisgünstigste Leistungserbringer kurzfristig keine Termine frei hat.

Die Steuerung der Versicherten über den Preis ist schon jetzt im Gesetz vorgesehen, da die Heilmittelzuzahlung von 15 % bei niedrigpreisigen Anbietern für den Versicherten günstiger ausfällt.

Um Versicherte gezielt auf günstige Angebote aufmerksam machen zu können ist ein Begutachtungsvorbehalt vor Durchführung der Therapie durch den Medizinischen Dienst erforderlich. Hier kann die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme geprüft werden. Eine derartige Steuerung ist vor allem bei Patienten, die aufgrund ihrer Indikation langfristig Heilmittel in Anspruch nehmen, angezeigt.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Es ist es zu begrüßen, das der Gesetzgeber eine Gesetzliche Klarstellung beabsichtigt, die eine entsprechend weitgehende Regelungskompetenzen des Bundesausschuss definiert und rechtlich absichert. Der Formulierungsvorschlag ist allerdings genauso wenig wie der Vorschlag zum §31 hierzu geeignet.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach §34 oder die Richtlinie nach §92 ausgeschlossen sind.

Die vorgesehene Regelung sollte durch eine Änderung des § 275 hinsichtlich der Begutachtung und Beratung durch den MDK ergänzt werden. § 275 Abs. 3 Nr. 2 sollte im ersten Satzteil wie folgt gefasst werden:

„Vor Bewilligung eines Heil- oder Hilfsmittels, ob das Heil- oder Hilfsmittel erforderlich ist;“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 33 SGB V (Hilfsmittel)

B.) Stellungnahme

In § 33 Abs. 1 wird durch den neu eingefügten Satz 2 klargestellt, dass in Verbindung mit der in § 92 des Entwurfs vorgenommenen Konkretisierung der Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen insbesondere unwirtschaftliche Hilfsmittel von der gemeinsamen Selbstverwaltung von der Leistungspflicht ausgenommen werden können. Diese Regelung ist absolut zu begrüßen.

Darüber hinaus werden die Sehhilfen (im wesentlichen Brillengläser und Kontaktlinsen) grundsätzlich aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen, jedoch sollen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin im bisherigen Umfang Anspruch auf Sehhilfen haben. Darüber hinaus werden vom grundsätzlichen Leistungsausschluss Versicherte ausgenommen, bei denen eine „schwere Sehbeeinträchtigung“ vorliegt.

In der jetzt vorliegenden Fassung des Gesetzentwurfes sind die Voraussetzungen zur Umsetzung des grundsätzlichen Leistungsausschlusses für die Sehhilfenversorgung konkretisiert. Danach soll sich die Leistungspflicht der Krankenversicherung für die Sehhilfenversorgung künftig auf die Fälle beschränken, in denen Versicherte (nach Vollendung des 18. Lebensjahres) auf beiden Augen mindestens eine Sehbeeinträchtigung der Stufe I der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) aufweisen. Anhand dieser konkreten Vorgabe ist es

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

möglich, dass der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen harte Kriterien für die künftige Verordnungsfähigkeit für Sehhilfen für Erwachsene entwickelt.

Für den gesondert in Absatz 3 aufgeführten Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen gilt dies gleichermaßen.

Darüber hinaus soll in Abs. 2 die Möglichkeit eröffnet werden, dass die Krankenkassen unterhalb kooperativ vereinbarter Vertragspreise mit einzelnen Leistungserbringern günstigere Preise vereinbaren und ihre Leistungspflicht auf die Höhe dieser Preise begrenzen. Aber auch dabei ist nach der Begründung dem „Wunsch- und Wahlrecht“ der Versicherten Rechnung zu tragen. Damit wird der wesentliche Grund für „Unwirtschaftlichkeit“ im Hilfsmittelbereich fortgeschrieben. Denn gerade das Argument, dass der Versicherte ein Wunsch- und Wahlrecht bei der Inanspruchnahme bestimmter Leistungserbringer habe, begünstigt Leistungserbringer, die finanzielle Interessen über die Qualität der Hilfsmittelversorgung stellen. Zwar werden durch die vorgesehenen Regelungen die Möglichkeiten der Krankenkassen gestärkt, ihre Leistungspflicht auf das Preisniveau günstiger Vertragspartner zu begrenzen, gleichzeitig wird jedoch damit sogenannten „stillen“ Zuzahlungen durch hochpreisige Leistungserbringer (vgl. insbesondere die aktuelle Situation im Bereich der Hörgeräteversorgung) Vorschub geleistet.

Insgesamt gesehen reichen die vorgesehenen Änderungen im § 33 SGB V nicht aus. Folgende Konkretisierungen sind erforderlich:

- klarere Definition des Hilfsmittelbegriffs,
 - normative Verknüpfung des Leistungsanspruchs mit dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V,
-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

- Konkretisierung der Ausnahmeregelungen für die Versorgung mit Sehhilfen für Erwachsene,
- Einführung einer wirtschaftlichen Steuerungsmöglichkeit durch die Krankenkasse.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 33 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die in das Verzeichnis nach § 128 aufgenommen und im Einzelfall medizinisch erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, sofern sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt. Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Satz 1 und 3. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen nur wenn sie auf beiden Augen mindestens eine Sehbeeinträchtigung der Stufe 1 der Internationalen Klassifikation der Krankheiten gemäss § 295 Abs. 1 Satz 2 aufweisen. Der Anspruch ist auf sächliche Hilfsmittel beschränkt, die bauart- bzw. konstruktionsbedingt primär für die Eigenanwendung durch Versicherte entwickelt wurden und nicht dem Einsatz in stationären oder ähnlichen Einrichtungen dienen. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Einweisung in ihren Gebrauch. Die Kosten für den Betrieb, die Pflege und die Entsorgung der Hilfsmittel fallen in den eigenverantwortlichen Bereich des Versicherten. Der An-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

spruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells.“

§ 33 Abs. 2 ist wie folgt zu fassen:

„(2) Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten maximal bis zur Höhe dieses Betrages. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich oder im Einzelfall vereinbarten Preise, auch soweit sie durch Ausschreibungen ermittelt werden. Dabei ist eine angemessene zeit- und wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Die Krankenkasse hat preisgünstige Leistungserbringer mit der Hilfsmittelversorgung der Versicherten zu beauftragen. Nimmt der Versicherte einen anderen Leistungserbringer in Anspruch, entfällt der Leistungsanspruch. Wählt der Versicherte ein aufwändigeres als das medizinisch notwendige Hilfsmittel, hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. Der verordnende Vertragsarzt hat die Krankenkasse rechtzeitig vor Einleitung der Versorgung über seine Verordnung zu informieren. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie eine Zuzahlung von 20 v. H. des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages an die abgebende Stelle zu leisten; der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um diesen Betrag.“

§ 33 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Auf Hilfsmittel, die nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des elften Buches erforderlich und weit überwiegend zur Pflegeunterstützung oder -entlastung im Haushalt des Pflegebedürftigen eingesetzt werden oder dem Pflegebedürftigen eine eigenständige Lebensführung ermöglichen, besteht kein Anspruch, selbst wenn die Hilfsmittel im Verzeichnis nach § 128 enthalten sind.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

§ 33 Abs. 4 wird gestrichen

§ 33 Abs. 5 wird Abs. 4

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 33a Abs. 7 NEU

In die Vorschlagsliste aufzunehmen sind Arzneimittel, die für eine zweckmäßige, ausreichende und notwendige Behandlung, Prävention oder Diagnostik von Krankheiten oder erheblichen Gesundheitsstörungen geeignet sind; Voraussetzung für diese Eignung ist ein mehr als therapeutischer Nutzen, gemessen am Ausmaß des erzielten therapeutischen Effektes. Den indikationsbezogenen Bewertungen sind jeweils einheitliche Urteilsstandards zugrunde zu legen. In den Bewertungen einzubeziehen sind Qualität und Aussagekraft der Belege, die therapeutische Relevanz der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erfolgswahrscheinlichkeit der therapeutischen, präventiven oder diagnostischen Erkenntnisse und die Erfolgswahrscheinlichkeit der therapeutischen, präventiven oder diagnostischen Maßnahmen. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit nach § 34 Abs.1 eine Verordnungsfähigkeit besteht. Nicht aufzunehmen sind Arzneimittel, die für geringfügige Gesundheitsstörungen bestimmt sind, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilbar ist. Die Kriterien für die Aufnahme von Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen haben den Besonderheiten der jeweiligen Therapie Rechnung zu tragen.

B.) Stellungnahme

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird über die Nr. 8, Aufhebung des §27a SGBV die Künstliche Befruchtung aus dem Leistungskatalog

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

der GKV herausgenommen. Dem medizinischen Ziel „Herbeiführung einer Schwangerschaft“ dient auch, neben weiteren nicht medizinischen Zielen, der Einsatz verschiedener Arzneimittel, wie zum Beispiel Viagra. Diese Arzneimittel sind auf der „Positivliste“ aufgeführt und damit im Leistungskatalog der GKV, da nach den Vorgaben des § 33a Abs. 7 SGBV Arzneimittel aufzunehmen sind, wenn sie einen nachgewiesenen therapeutischen Nutzen haben und nicht zur Behandlung von „Bagatelleerkrankungen“ eingesetzt werden. Weiter medizinische Ziele, wie beispielweise „Herbeiführung einer Schwangerschaft“, sind bislang bei der Entscheidung über die Aufnahme von Arzneimitteln auf die Positivliste nicht zu beachten. Ohne eine Anpassung des §33a SGBV als Folge Änderung der Streichung des §27a SGBV würde somit eine verfassungsrechtlich relevante Ungleichbehandlung von Versicherten mit gleichem „Krankheitsbild“ eintreten. Insbesondere würde eine Ungleichbehandlung von männlichen und weiblichen Betroffenen eintreten. Um dies auszuschließen ist eine Anpassung des § 34a Abs.1 SGBV notwendig. Arzneimittel die hier „krankheitsbezogen“ ausgeschlossen werden sind nicht auf die Positivliste aufzunehmen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 34a Abs.1(alt) ist ergänzend eine Nr. 5 einzuführen die wie folgt zu fassen ist:

5. Arzneimittel die zur Herbeiführung einer Schwangerschaft eingesetzt werden können.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 34 SGB V (Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel)

B.) Stellungnahme

- a) Mit dem Vorschlag werden nicht rezeptpflichtige Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen. Dabei ist zu beachten das rezeptfreie Arzneimittel keine in der Wirksamkeit strittigen Arzneimittel sind. Es werden auch eine Reihe von hochwirksamen Wirkstoffen, wie zum Beispiel ASS (Asperin) oder Paracetamol, nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Medizinisch bewährte und wirtschaftliche Behandlungen werden damit nicht mehr durch die GKV finanziert.
- Es ist davon auszugehen, dass der Bundesausschuss für diese Fälle eine Verordnungsmöglichkeit über die Richtlinien nach §92 SGBV schaffen wird. Ob diese Richtliniekompetenz juristisch tragfähig ist bleibt abzuwarten.

Der Gesetzestext sieht vor, dass Kindern mit Behinderungen und Entwicklungsstörungen bis zum 17. Lebensjahr rezeptfreie Arzneimittel durch die GKV finanziert bekommen. Alle anderen Kinder bekommen diese Arzneimittel nur bis zum 12. Lebensjahr durch die GKV finanziert. Diese sozialpolitisch willkürliche Unterteilung ist abzulehnen. Sie bedeutet zum Beispiel, dass die GKV für Kinder die 14 Jahre alt sind und am Krebs erkrankt sind nicht mehr das Schmerzmittel wie Paracetamol zahlt, während für ein 17 jähriges entwicklungsgestörtes Kind mit Grippe das Paracetamol von der GKV gezahlt wird.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Weiterhin ist festzustellen, dass die Einhaltung der Regelung nicht von den Krankenkassen überprüft werden kann. Hierzu wäre es notwendig, dass die Krankenkassen bei der Abrechnung oder der Wirtschaftlichkeitsprüfung kontrollieren, ob über 12 Jährige die rezeptfreie Arzneimittel verordnet bekommen haben, Entwicklungsgestört oder behindert sind. Die Indikation des Arztes ist auf dem Rezeptblatt nicht enthalten. Kann also bei der Abrechnung von den Krankenkassen nicht überprüft werden. Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung des Arztes ist die Indikation nachträglich den einzelnen Verordnungen zuzuordnen. Die Bereitstellung der Patientenbezogenen medizinischen Behandlungsangaben verursacht einen erheblichen Verwaltungsaufwand der in der Summe die Verordnungskosten sogar übersteigt und von daher auch nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGBX nicht vertretbar ist.

Der Vergleich mit den anderen europäischen Staaten zeigt, dass in der Regel rezeptfreie Arzneimittel nicht von den gesetzlichen Kostenträgern finanziert werden. Zu dem ist das Preisniveau in diesem Marktsegment relativ niedrig und die Verordnung der Produkte ist auf eine große Patientenzahl breit verteilt. Dem entsprechend breit verteilen sich die Mehrbelastungen bei einer Streichung aus dem Leistungskatalog.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die im Gesetzgebungsverfahren angegebenen finanziellen Wirkungen nicht nachvollziehbar sind. Die GKV Ausgaben im OTC Bereich belaufen sich auf rund 1,7 Mrd. €. Durch die vorgesehenen Ausnahmen Alter und Richtlinien wird sich das Volumen auf unter 1,3 Mrd. € belaufen.

Das Einsparvolumen wird nochmals deutlich reduziert, wenn berücksichtigt wird, dass durch die Positivliste ein nicht unerheblicher Teil der rezeptfreien Arzneimittel aus der GKV Leistungspflicht

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

herausgenommen wird. Insgesamt dürften damit die Entlastungen unter den angenommen 1 Mrd. € liegen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Im Absatz 1 ist die Nr. 2 zu streichen .

§ 34 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Dem Satz 1 werden folgende Sätze vorangestellt:

„Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen. Satz 1 gilt nicht für:

1. versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
2. versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 17. Lebensjahr, die behindert sind und Entwicklungsstörungen haben,
3. homöopathische und anthroposophische Arzneimittel ohne zugelassenes Anwendungsgebiet.

Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die nach Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise im Einzelfall mit Begründung verord-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

nen, wenn sie in einer vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zu erstellenden wirkstoffbezogenen Liste unter Angabe der Erkrankungen enthalten sind.“

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 35 Abs. 1 a SGB V (Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel)

B.) Stellungnahme

Analogpräparate – also patentgeschützte Medikamente ohne therapeutische Innovation – sind in den letzten Jahren verstärkt durch die Industrie entwickelt worden. Sie haben zum genannten Rückgang des Anteils des Festbetragsmarktes am Gesamtmarkt der Arzneimittel beigetragen. Der Anteil des patentgeschützten Umsatzes am Gesamtmarkt, der sich nach heutiger Gesetzeslage dem Erstattungshöchstpreissystem entzieht, hat sich in den letzten zehn Jahren verdreifacht und liegt in 2002 bei rd. 40%.

Daher müssen die Anreize in der Arzneimittelentwicklung neu gesetzt werden: Analogpräparate müssen wieder in das Festbetragsystem einbezogen werden – es gilt, die ursprüngliche Festbetragsregelung des GRG, die durch das 7. SGB-Änderungsgesetz auf den generikafähigen Markt beschränkt wurde, zu revitalisieren. Damit müssen sich patentierte Analogpräparate dem Preiswettbewerb stellen, der auch für die originäre Innovation gilt, sobald für diesen Wirkstoff Generika zur Verfügung stehen. Fehlanreize in der Forschung, sich auf Molekülvariationen zu kaprizieren, werden gleichzeitig reduziert. Das Wirtschaftlichkeitspotenzial dieser Maßnahme kann mit 0,5 bis 1,0 Mrd. € abgeschätzt werden.

Aber auch in der Phase des reinen Wettbewerbs patentierter Wirkstoffalternativen, d. h. bevor der erste Wirkstoff generisch zur Verfügung steht, sind Preiskontrollen unerlässlich und in der EU üblich.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Grundsätzlich kann auch eine revitalisierte Festbetragsregelung nach heutiger Marktlage nur rd. ein Viertel bis ein Drittel des patentgeschützten Umsatzes in die Festbetragsregelung einbeziehen. So könnte die revitalisierte Festbetragsregelung so erweitert werden, dass sie auch diese Marktphase erfasst und Höchststattungspreise vorgibt, bevor der erste Wirkstoff generisch zur Verfügung steht. Alternativ könnte auch eine eigene parallele Referenzpreisregelung für diese Marktphase geschaffen werden. Hier kann ein weiteres Wirtschaftlichkeitspotenzial von rd. 0,5 Mrd. € adressiert werden.

Sowohl die Revitalisierung der Festbetragsregelung als auch das erweiterte Referenzpreissystem für die Phase des rein patentgeschützten Wettbewerbs sind wichtige Leitplanken einer zukünftigen Arzneimittelmarktordnung. Sie ermöglichen nicht nur die zeitnahe Realisierung eines Wirtschaftlichkeitspotenzials von 1,0 bis 1,5 Mrd. €, sondern wirken vor allem auch dauerhaft und sichern eine rationale Preispolitik bei der Einführung neuer Arzneimittel.

Mit dem Änderungsvorschlag wird der Forderungen weitgehend entsprochen. Er wird deshalb ausdrücklich begrüßt.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 35 b SGB V nach § 35a wird § 35b eingefügt (Empfehlungen zu Arzneimitteln)

B.) Stellungnahme

Zu den Absätzen wird ergänzend Stellung genommen. Grundsätzlich sind gegen die vorgeschlagene Verfahrensregeln für das Institut folgende Einwände vorzubringen:

Das Institut kommt zu Produktbewertungen ohne ein öffentliches Anhörungsverfahren durchzuführen. Es wird der Öffentlichkeit und den betroffenen Herstellern noch nicht einmal bekannt gemacht welche Produkte wann bewertet werden. Im Internet werden lediglich die Methoden für die Bewertung veröffentlicht.

Soweit der Bundesausschuss diesen Empfehlungen nicht widerspricht sind Sie vom Bundesausschuss zu veröffentlichen. Damit ergebe sich folgende Probleme:

1. Stellt sich die Frage, ob der Bundesausschuss für Richtlinien, die aus dem Institut stammen, Haftungsrechtlich in Anspruch zu nehmen ist oder ob hier der Gesetzgeber das Haftungsrisiko trägt.
2. Diese Richtlinien, die quasi in einem internen Verwaltungsakt zustande kommen, habe eine andere Rechtsqualität als die bislang vom Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien. In der Außenwirkung wird die unterschiedliche Verfahrensweise für die Richtlinienfestlegung vermutlich kurzfristig gleich bewertet werden. Dies

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

beinhaltet dann die Gefahr das die Richtlinien insgesamt als „interner Verwaltungsakt „ eingestuft und damit eine deutlich verringerte Rechtsbindung entfalten können.

Im Kern geht es darum neue Arzneimittel in ihrer medizinischen und finanziellen Wirkung zu bewerten und darauf aufbauend Entscheidungen über die Leistungspflicht und ihre Preise zu treffen. Hierzu ist eine zwingende Verknüpfung der Bewertungen aus dem Institut mit der Veröffentlichung als Richtlinie des Bundesausschuss nicht notwendig. Vielmehr reicht es aus Bewertungen durch das Institut durchzuführen und im Internet zu veröffentlichen. Der Bundesausschuss könnte dann ggf. diese Bewertungen zur Grundlage für Richtlinien machen. Preisbewertungen durch das Institut, ohne entsprechende Festbeträge, würden ebenfalls für eine wirksame Preisdämpfung ausreichen. Denn ein Produkt das vom Institut bestätigt bekommt, dass der Preis wegen mangelnder Vorteile zu hoch ist oder das es im Vergleich zu Produktalternativen zu teuer ist, wird kaum Marktanteile gewinnen können. Zu dem können die Prüfungsausschüsse solche Bewertungen zur Grundlage ihrer Wirtschaftlichkeitsprüfungen machen.

Zu § 35 b Absatz 6 SGB V

Das Bundesverfassungsgerichts hat Ende 2002 bestätigt, dass die Festsetzung der Festbeträge mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Vor diesem Hintergrund kann nur davor gewarnt werden, in die bestehenden verfassungsfesten Regelungen durch eine neues Verfahren der Festsetzung einzugreifen.

Äquivalenzfaktoren für Festbeträge lassen sich auch nicht mit den Angaben einer Tagesdosis verknüpfen. Hierbei handelt es sich um ein

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

grundsätzliches – leider weit verbreitetes – Missverständnis zur Bedeutung und Bildung der Äquivalenzfaktoren.

Außerdem würden die pharmazeutischen Unternehmen versuchen ihre Fachinformation so zu ändern, dass möglichst hohe Festbeträge erzielt werden. Eine Flut von Änderungen wäre die Folge. Dies würde zu Lasten der medizinischen Information gehen, da aus sachfremden Motiven die Gefahr besteht, dass medizinisch grenzwertige oder unrichtige „Durchschnitts“-tagesdosen in die Fachinformationen Einzug halt.

Auch würden die europäischen und deutschen Zulassungsbehörden bei der Zustimmung zu einer Fachinformation inzident Entscheidungen über Äquivalenzfaktoren für Festbeträge treffen.

Zu § 35 b Absatz 9

Off-label-use wird verspätet immer erst bei Kostenentscheidungen im Sozialrecht diskutiert. Es handelt sich hierbei aber nur um ein Symptom und nicht um die Ursache.

Die Ursachen liegen im Arzneimittelrecht. Denn es ist Aufgabe des Arzneimittelgesetzes für eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Menschen zu sorgen (§ 1 AMG) .

Das BSG hat deshalb in seinem Urteil vom 19.3.2002 Änderungen im Arzneimittelrecht unmissverständlich angemahnt und auch klargestellt, dass das Problem nicht mit dem Instrumentarium des Sozialrecht gelöst werden kann.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Mit der geplanten Regelung würde eine erste Anspruchsgrundlage für „off label“ im SGB V geschaffen und es würden Abgrenzungsprobleme zum Arzneimittelrecht entstehen, was sicher nicht beabsichtigt ist.

Vollkommen ungelöst ist auch die Frage der Arzneimittelhaftung. Kein pharmazeutischer Unternehmer wird deshalb dazu zu bewegen sein, einer derartigen Empfehlung seine Zustimmung zu geben.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die SPIK übernehmen die vorgesehenen Aufgaben in ihrem Modellvorschlag eines Deutschen Zentrums für Qualität in der GKV.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 36 SGB V (Festbeträge für Hilfsmittel)

B.) Stellungnahme

Folgende Änderungen sind vorgesehen:

1. Einräumung einer angemessenen Frist zur Stellungnahme bei der Bildung von Festbetragsgruppen bzw. bei der Festsetzung von Festbeträgen
2. Festsetzung der Hilfsmittelfestbeträge gemeinsam und einheitlich durch die Spitzenverbände der Krankenkassen
3. Überprüfung der Höhe der Festbeträge mindestens einmal pro Jahr

zu 1.:

Ergänzung nicht notwendig, da die Spitzenverbände stets eine Frist von mindestens vier Wochen für Stellungnahmen eingeräumt haben.

zu 2.:

Die Festsetzung der Hilfsmittelfestbeträge direkt durch die Spitzenverbände wird begrüßt. Die bundeseinheitliche Festsetzung führt zu einem bundesweit einheitlichen Leistungsanspruch für alle Versicherte.

zu 3.:

Die jährliche Überprüfung der Hilfsmittelfestbeträge ist nicht notwendig, da Hilfsmittel anders als Arzneimittel keinen kurzfristigen Preis-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

änderungen unterliegen. Die derzeitige Regelung, dass die Hilfsmittelfestbeträge in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen sind, ist ausreichend.

Grundsätzlich ist aber auf die Gefahr von Mehrausgaben hinzuweisen, da entsprechend der Gesetzeskonzeption auf Basis der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 17.12.2002 das Festbetragsniveau immer dann angehoben werden muss, wenn eine Hilfsmittelversorgung als Sachleistung nicht mehr gewährleistet ist. Insbesondere im Bereich der Hörgeräteversorgung hat sich seit Festsetzung von landesspezifischen Festbeträgen ein hohes „Zuzahlungsniveau“ der Versicherten etabliert. Im Gegensatz zu vertraglich vereinbarten Preisen können Leistungserbringer bei Festbeträgen nicht verpflichtet werden, eine zuzahlungsfreie Hilfsmittelversorgung zu garantieren. Es ist daher zu erwarten, dass interessierte Leistungserbringerkreise die vorgesehene bundesweite Festsetzung von Festbeträgen nutzen werden die Zuzahlung weiter anzuheben. Die GKV wäre dann zu einer entsprechenden Anhebung der bundeseinheitlichen Festbeträge gezwungen, so dass Mehrausgaben für die Versichertengemeinschaft entstehen, ohne dass dadurch die zuzahlungsfreie Versorgung sichergestellt ist. Dies kann nicht Sinn der vorgesehenen Neuregelung sein.

Um zweifellos vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven im Hilfsmittelbereich zu mobilisieren ist das Festbetragsinstrumentarium nur in wenigen Bereichen das richtige Medium. Die Krankenkassen brauchen darüber hinaus durch Neufassung des § 127 weitergehende Möglichkeiten zur wirtschaftlichen Gestaltung des Hilfsmittelleinkaufs insbesondere durch Nutzung innovativer Preisbildungsmechanismen wie Ausschreibungen oder Internet-Plattformen, um eine der Intention des Gesetzgebers entsprechende zuzahlungsfreie Hilfsmittelversorgung als Sachleistung auch zukünftig gewährleisten zu können.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu 1.:

Änderung kann entfallen

zu 2.:

Änderung wird begrüßt

zu 3.:

Änderung kann entfallen

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 37 Abs. 2 Satz 5 SGB V Krankenpflege Wohnungsloser

Versicherte wohnungslose Menschen, die nicht auf Dauer in einer stationären Pflegeeinrichtung nach § 71 Abs. 2 SGB XI oder in einer sonstigen stationären Einrichtung nach § 71 Abs. 4 SGB XI (wie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung, Schule, Internate, Wohnheime für Behinderte) aufgenommen sind, erhalten Häusliche Krankenpflege als „Sicherungspflege“, wenn ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege ein vorübergehender Aufenthalt zur Verfügung gestellt wird.

B.) Stellungnahme

Für diese zusätzlichen Leistungsansprüche setzt sich die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe seit mehreren Jahren ein. In einer Denkschrift zur Thematik wird darauf hingewiesen, dass Versicherte ohne eigene Wohnung die Voraussetzungen für Häusliche Krankenpflege nicht erfüllen können und daher entweder zur Krankenhausbehandlung eingewiesen werden oder – zu Lasten der Kommunen – in den Wohnheimen für Wohnungslose medizinisch und pflegerisch betreut werden müssen. Nach Angaben der Begründung handelt es sich insgesamt um etwa 8 000 Versicherte bundesweit.

Die Einweisung zur Krankenhausbehandlung aus sozialen Gründen verursacht keine Leistungsansprüche in der Krankenversicherung, ist jedoch vielfach nicht oder erst nach Abschluss der Krankenhausbehandlung zu erkennen. Von daher könnte die Regelung auch zur Entlastung der Krankenversicherung führen. Allerdings wird es ermög-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

licht, für diesen Personenkreis die Leistungen regelmäßig im stationären Bereich zu erbringen. Dies wird zu erheblichen Abgrenzungsproblemen führen und große Begehrlichkeiten wecken sowohl die Kosten der Unterkunft und Verpflegung in diesen Einrichtungen für die Dauer der „Häuslichen“ Krankenpflege zu bezahlen als auch die stationären Einrichtungen für die „häusliche“ Krankenpflege anderer Personen (z.B. Pflegebedürftige) zu öffnen. Um dies zu vermeiden und die von aktueller Rechtsprechung bereits initiierte Kostenausweitung zu verhindern ist es vielmehr erforderlich, die Häusliche Krankenpflege tatsächlich auf den Haushalt des Versicherten zu begrenzen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Nach § 37 Abs. 4 wird folgender Absatz angefügt:

**„Leistungen der Häuslichen Krankenpflege außerhalb des Haushalts
des Versicherten oder seiner Familie können nicht beansprucht
werden.“**

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 39 SGB V Abs. 3 SGB V ***NEU***

B.) Stellungnahme

Durch §§ 116a und b SGB V wird der Handlungsspielraum für Krankenhäuser, ambulante Behandlungen durchzuführen, sinnvoll erweitert. Eine der Rolle des einweisenden Arztes entsprechende Funktion, nämlich die Differenzierung zwischen ambulanter bzw. stationärer Behandlungsbedürftigkeit, wird damit auch im Krankenhaus nötig. Der aufnehmende Arzt hat im Zuge der Öffnung der Krankenhäuser bei jedem Patienten zu entscheiden, ob Krankenhausbedürftigkeit vorliegt oder ob der Patient ambulant, z.B. im Krankenhaus, behandelt werden kann. Die derzeitigen Grundlagen nach § 115b SGB V bzw. 17c KHG können heute nur unvollständig bzw. indirekt zur Differenzierung der Aufnahmefälle beitragen. Notwendig ist ein leistungsbereichsübergreifender Kriterienkatalog, um den Grundsatz ambulant vor stationär auch bei „geöffneten“ Krankenhäusern durchsetzen zu können.

Der allgemein sinnvolle Zeitpunkt, über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung zu entscheiden, ist die Aufnahmesituation im Krankenhaus. Ein Filter mit dokumentier- und überprüfbaren Kriterien ist an dieser Stelle absolut notwendig.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 39 Abs. 3 SGB V (neu):

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

„Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Kriterienkatalog zur eindeutigen Feststellung der Krankenhausbedürftigkeit des Patienten sowie der dementsprechenden Leistungspflicht der Krankenkassen. Nach dem Katalog sollen zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme insbesondere stationär Behandlungsbedürftige im Sinne des Absatzes 1 identifiziert werden können.“

Die Nummerierungen der nachgelagerten Absätze erhöhen sich jeweils um 1.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 39 Abs. 4 Satz 1 SGB V (Zuzahlung Krankenhaus)

B.) Stellungnahme

Die Zuzahlung während einer vollstationären Behandlung soll für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, von derzeit 9 Euro je Kalendertag auf 12 Euro angehoben werden. Es bleibt bei der zeitlichen Begrenzung wie bisher auf höchstens 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres.

Durch die vorgesehene Neuregelung soll eine Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung vorgenommen werden. Unter der Zielsetzung, die GKV-Beitragssätze zu stabilisieren respektive eine finanzielle Entlastung der GKV zu bewirken, ist die beabsichtigte Neuregelung nachvollziehbar und sachgerecht.

Sinnvoll und sachgerecht ist eine Regelung, wonach der Zuzahlungsanspruch auf das Krankenhaus übergeht und die Vergütung der Krankenkassen entsprechend des Zuzahlungsanspruches abgesenkt wird.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass sich hieraus einerseits Folgewirkungen auf die Zuzahlungen bei medizinischer Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (§§ 24, 41 SGB V) ergeben, da hier auf die Vorschrift des § 39 Abs. 4 SGB V verwiesen wird, und andererseits an der Zuzahlungshöhe von 9 Euro bei stationärer Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40 SGB V) festgehalten wird. Ebenso sind die

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Schnittstellen zu anderen Trägerbereichen (z. B. § 32 SGB VI – Rentenversicherung) zu berücksichtigen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

1. Der Zuzahlungsanspruch soll auf das Krankenhaus übergehen und gleichzeitig wird der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse um dessen Betrag abgesenkt.
2. Prüfung der Auswirkungen auf den Bereich Rehabilitation

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 43 b SGB V (Ergänzende Leistungen Reha)

B.) Stellungnahme

Nach aktuellem Recht besteht zwar die Verpflichtung der Leistungserbringer, die Zuzahlungen der Versicherten zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln, zur Krankenhausbehandlung, zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen und „Mütterkuren“ sowie grundsätzlich für Fahrkosten einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber den Krankenkassen zu verrechnen. Diese Verpflichtung wird jedoch dadurch durchbrochen, dass die Krankenkasse die Zuzahlungen einzuziehen hat, wenn Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer keine Zahlung leisten. Diese „Öffnungsklausel“ hat in der Praxis dazu geführt, dass beispielsweise die Zuzahlungen zum stationären Krankenhausaufenthalt in einer erheblichen Zahl von Fällen verwaltungsaufwendig von den Krankenkassen eingezogen werden müssen, da Leistungserbringer ihre originäre Verpflichtung nicht nachhaltig verfolgen.

Im Falle der Leistungsanspruchnahme besteht unmittelbarer Kontakt zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer. Aus Gründen der Verwaltungseffizienz haben daher die Leistungserbringer Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Der Vergütungsanspruch der Leistungserbringer verringert sich um diese Zahlungen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Diesen Forderungen wird durch die beabsichtigte Regelung zum Einzug von Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 SGB V zu entrichten haben, Rechnung getragen.

Die Anwendung dieser Regelung soll auch auf weitere zuzahlungsrelevante Leistungsarten übertragen werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

1. Die vorgesehene Neuregelung wird begrüßt.
2. In § 43 b Abs. 1 SGB V wird Satz 2 ersatzlos gestrichen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 47 SGB V – Neuausrichtung der Krankengeldberechnung (Tabellenlösung) ***NEU***

B.) Stellungnahme

Aufgrund der Rechtsprechung des BVerfG hat der Gesetzgeber eine Berücksichtigung in den letzten 12 Monaten einmalig gezahlten Arbeitsentgelts bei der Krankengeldbemessung eingeführt (§ 47 Abs. 1 und 2 SGB V). Die ansonsten unverändert gebliebene Krankengeldbemessung auf der Grundlage des in den letzten 4 Wochen bzw. im letzten Monat bezogenen Arbeitsentgelts erweist sich insbesondere angesichts der immer weiter verbreiteten Maßnahmen zur Flexibilisierung der Arbeitszeit als problematisch.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Grundlegende Erneuerung der Berechnung von Entgeltersatzleistungen durch Erweiterung des bisherigen Bemessungszeitraumes auf 12 Monate, und zwar in Anlehnung an das SGB III tabellarisch auf der Basis eines pauschalierten Nettoentgelts.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 48 SGB V – Zeitliche Begrenzung des Krankengeldanspruchs NEU

B.) Stellungnahme

Versicherte erhalten für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit Krankengeld für 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren (Blockfristen). Es ist nicht ausgeschlossen, dass ein Versicherter je nach Konstellation der Vorerkrankungen und der zu bildenden Blockfristen bis zu zweimal 78 Wochen ununterbrochen Krankengeld beziehen kann.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Ausschluss einer ununterbrochenen Krankengeldzahlung für mehr als 78 Wochen durch eine entsprechende Begrenzung unter Beibehaltung der bisherigen Blockfristensystematik.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V – Ausschluss Krankengeldspitzbetrag ***NEU***

B) Stellungnahme

Die Formulierung im § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V „soweit und solange“ ist die Grundlage für einen sogenannten „Krankengeldspitzbetrag“, wenn der Versicherte beispielsweise Übergangsgeld bezieht. In Korrespondenz dazu führt die Regelung im § 49 Abs. 3 SGB V in der Praxis immer wieder zu Auslegungsschwierigkeiten.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Das Wort „soweit“ im § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ist zu streichen, um einen Krankengeldspitzbetrag generell auszuschließen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 50 Abs. 1 Satz 4 SGB V – Wiederaufleben des Krankengeldanspruchs nach Ablauf einer Zeitrente ***NEU***

B.) Stellungnahme

Nach derzeitiger Rechtsprechung kann der Anspruch auf Krankengeld nach Wegfall einer Zeitrente bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht unter Hinweis auf § 50 Abs. 1 Satz 4 SGB V ausgeschlossen werden. Ob Krankengeld weiter zu gewähren ist, beurteilt sich allein nach § 48 SGB V. Ist bis zum Beginn der Zeitrente die Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes von 78 Wochen nicht ausgeschöpft worden, lebt nach dem Ende der Zeitrente bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit der Krankengeldanspruch – nach zwischenzeitlichem Beginn einer erneuten Blockfrist eventuell sogar erneut für die Dauer von 78 Wochen – wieder auf. Hierdurch entsteht der Anreiz, das Krankengeld als eine – lediglich nur durch die Zeitrente unterbrochene – Dauerleistung mit Rentenersatzfunktion in Anspruch zu nehmen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Klarstellung in § 50 Abs. 1 SGB V dergestalt, dass der Krankengeldanspruch bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit – wie bei wiederholten Gesetzesinitiativen beabsichtigt – bei Wegfall einer Rente nicht wiederauflebt. Damit wäre der Rentenversicherungsträger in der Pflicht, die Möglichkeit der weiteren Ren-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

tengewährung intensiv zu überprüfen. Ersatzweise kämen dann nur Leistungen des Sozialhilfeträgers in Betracht.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 51 Abs. 1, 2 SGB V – Anpassung und Verkürzung der Fristen für die Stellung von Rehabilitations- und Rentenanträgen ***NEU***

B.) Stellungnahme

Nach § 51 Abs. 1 SGB V kann die Krankenkasse den Versicherten auffordern, innerhalb von 10 Wochen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Die Frist ist ein Überbleibsel der Vorgängervorschrift, nach der nur zur Stellung eines Antrags auf Rehabilitationsleistungen aufgefordert werden konnte, wenn gleichzeitig eine (volle) Erwerbsminderung vorlag. Die 10-Wochen-Frist ist nicht mehr zweckmäßig. Sie behindert einen schnellstmöglichen Beginn der Rehabilitationsleistung und damit die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten. Ferner ist die jetzige „Kann“-Bestimmung nicht zwingend genug.

Die 10-Wochen-Frist des § 51 Abs. 2 SGB V, innerhalb der ein Versicherter nach Aufforderung durch die Krankenkasse einen Antrag auf Regelaltersrente oder Altersrente aus der Alterssicherung der Landwirte zu stellen hat, orientiert sich an der Frist des § 51 Abs. 1 SGB V.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

In § 51 Abs. 1 und 2 SGB V ist die 10-Wochen-Frist analog der Regelung im § 125 SGB III auf einen Monat zu verkürzen und in eine „Soll“-Vorschrift umzuwandeln.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§§ 58 und 59 SGB V (Sterbegeld)

B.) Stellungnahme

Dem Grunde nach handelt es sich beim Sterbegeld um eine krankenversicherungs-fremde Leistung. Unter der Zielsetzung, kurzfristig die GKV-Beitragsätze zu stabilisieren, ist die vorgesehene Neuregelung nachvollziehbar und sachgerecht.

Dies auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass

- das Sterbegeld ohnehin nicht mehr für alle gesetzlich Krankenversicherten vorgesehen ist, da der Leistungsanspruch davon abhängt, dass der Verstorbene am 01.01.1989 versichert war (auslaufende GKV-Leistung)

und

- Versicherte bereits heute finanzielle Vorsorge für die Bestattung treffen müssen, da die Bestattungskosten meist durch das Sterbegeld nicht gedeckt werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

- a) § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V
- b) § 60 Abs. 2 Satz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V – Fahrkosten
- c) § 60 Abs. 2 Satz 2 SGB V – Fahrkosten

B.) Stellungnahme

Zu a)

Bisher übernimmt die Krankenkasse die Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse erforderlich sind.

Durch die nunmehr vorgesehene Ergänzung soll eine Kostenübernahme nur noch dann möglich sein, wenn die Fahrt bzw. der Transport im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist.

Die medizinische Notwendigkeit rückt somit als Voraussetzung für eine Kostenübernahme durch die Solidargemeinschaft in den Vordergrund.

Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht und findet unsere Zustimmung.

zu b)

Aufgrund der bisherigen Regelung sind die Kosten für eine Verlegungsfahrt vom aufnehmenden in ein nachsorgendes Krankenhaus –

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

mit Ausnahme von Notfällen und einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus – bei Abrechnung einer Fallpauschale von der Krankenkasse nicht zu tragen.

Derzeit ist strittig, ob unter der Formulierung „einer Fallpauschale“ die Vergütung der beteiligten Krankenhäuser in Form von insgesamt tatsächlich nur einer Fallpauschale oder aber prinzipiell in Form von Fallpauschalen und damit auch mehrerer Fallpauschalen zu verstehen ist. Die Klarstellung, dass bei Verlegungsfahrten zwischen den Krankenhäusern zusätzliche Fahrkosten den Krankenkassen grundsätzlich nicht in Rechnung gestellt werden können, wird begrüßt.

Um Auslegungstreitigkeiten vorzubeugen ist die Übernahme von Fahrkosten bei der Verlegung zwischen zwei Krankenhäusern weiterhin eindeutig auf Notfälle zu begrenzen. Die Formulierung „zwingende medizinische Gründe“ ist interpretierbar.

zu c)

Die bisherige Regelung sieht vor, dass die Krankenkassen Fahrkosten in allen nicht in Satz 1 genannten Fällen im Rahmen der Härtefallregelungen übernehmen müssen (z. B. Fahrten zur ambulanten Behandlung).

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung des § 60 Abs. 2 Satz 2 SGB V soll die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt werden. Demnach werden auch unter Berücksichtigung der Härtefallregelungen Fahrkosten nur noch dann übernommen, sofern es einer im Haushalt des Versicherten lebenden Person oder einem Angehörigen nicht zumutbar ist, die erforderliche Fahrt durchzuführen.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Zudem sollen die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, selbst aktiv Transportleistungen auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen nach § 133 SGB V anzubieten. Um zukünftig verstärkt wirtschaftliche Vereinbarungen abschließen zu können ist hierzu ergänzend eine Präzisierung des Vertragsprinzips im § 133 notwendig.

Die beabsichtigte Neuregelung ist im Sinne der Stärkung der Eigenverantwortung grundsätzlich sachgerecht, wobei das realisierbare Einsparpotential insbesondere davon abhängen wird, in welchem Maße das Subsidiaritätsgebot in der Praxis umgesetzt werden kann.

Vor dem Hintergrund, dass diesbezüglich erhebliche Diskussionen und Streitigkeiten in der praktischen Umsetzung zu erwarten sind und aufgrund der Arztdichte innerhalb der Bundesrepublik Deutschland wäre daher alternativ in Erwägung zu ziehen, Fahrten zur ambulanten Behandlung, die keiner Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung dienen, generell als GKV-Leistung auszuschließen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a)
keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

zu b)

Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur bei Vorliegen eines Notfalls oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,“

zu c)

keine

Alternativ:

Wegfall der bisherigen Kostenübernahme auf Basis der Härtefallregelung zur vollständigen Befreiung für nicht krankenhausersetzende Fahrten zur ambulanten Behandlung

- durch Streichung des § 60 Abs 2 Satz 2 und
- Neufassung des § 61 Abs 1 Nr. 3 SGB V wie folgt:

„die Zuzahlungen zu Fahrkosten nach § 60 zu übernehmen,“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 61 Abs. 1 SGB V

- a) § 61 Abs. 1 Nr. 1 SGB V
- b) § 61 Abs. 1 Nr. 2 SGB V – Härtefälle/Zahnersatz

B.) Stellungnahme

zu a)

Die noch im 1. Arbeitsentwurf des GMG vorgesehene Regelung, wonach Zuzahlungen zu Arznei- Verband- und Heilmitteln nicht mehr über die Härtefallregelung des § 61 SGB V erstattungsfähig sind, wurde dahingehend geändert, dass nunmehr ausschließlich die Berücksichtigung der Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln entfallen soll.

Allerdings müssen härtefallberechtigte Versicherte nach § 61 SGB V zu den Arznei- und Verbandmitteln lediglich einen reduzierten Zuzahlungsbetrag in Höhe 1 Euro leisten; und zwar unabhängig von der Packungsgröße (vgl. Neuregelung zu § 31 Abs. 3 SGB V).

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Härtefälle bei den Arznei- und Verbandmitteln zukünftig eine Zuzahlung von lediglich 1 Euro zahlen, führt die Neufassung des § 61 SGB V nicht zu der erwartenden finanziellen Entlastung der GKV.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

zu b)

Die vorgesehene Neufassung des § 30 Abs. 2 SGB V sieht vor, dass beim Zahnersatz der bisherige prozentuale Zuschuss durch Festzuschüsse ersetzt wird. Die Änderung des § 61 Abs. 1 Nr. 2 SGB V passt die bisherige Regelung an die Einführung der Festzuschüsse an. Demnach hat die Krankenkasse bei Härtefällen zusätzlich zu den Festzuschüssen nach § 30 Abs. 2 SGB V einen Betrag in jeweils gleicher Höhe zu übernehmen.

Nach wie vor wird jedoch nicht berücksichtigt, ob der Versicherte eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne nachweisen kann (vgl. Bonusregelung nach § 30 Abs. 2 SGB V). Härtefallberechtigten Versicherten wird somit weiterhin unabhängig von eigenen Bemühungen zur Zahngesundheit stets eine volle Kostenübernahme zugebilligt. Diesem Personenkreis wird daher jegliche Motivation zur Eigenvorsorge vorenthalten.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a)

Die vollständige Streichung der Befreiungsmöglichkeit von Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel im Rahmen der Härtefallregelung nach § 61 SGB V wird begrüßt.

Der geplanten Änderung, wonach härtefallberechtigte Versicherte nach § 61 SGB V lediglich eine Zuzahlung von 1 Euro entrichten sollen, kann nicht zugestimmt werden.

Sachgerecht ist vielmehr, dass auch Härtefälle nach § 61 SGB V die in § 31 Satz 1 und 4 SGB V genannten Zuzahlungsbeträge entrichten. Der „unzumutbaren Belastung“ dieses Personenkreises kann einerseits

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

durch die Teilnahme z. B. an strukturierten Behandlungsprogrammen oder der integrierten Versorgung (§ 62a SGB V) durch die dort vorgesehenen niedrigeren Zuzahlungsbeträge entgegengewirkt werden. Andererseits ist auch für diesen Personenkreis eine Beteiligung an den Arznei- und Verbandmitteln unter Berücksichtigung der Überforderungsklausel nach § 62 SGB V zumutbar und sozial ausgewogen.

Analog der zu § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V vorgesehenen Änderung sollten in § 61 Abs. 1 Nr. 3 SGB V nach dem Wort „Krankenkasse“ die Wörter „aus zwingenden medizinischen Gründen“ eingefügt werden.

Zur Regelung des § 61 SGB V hat die Fachebene der Spitzenverbände der Krankenkassen bereits in der Vergangenheit Änderungsvorschläge entwickelt:

Ergänzung in § 61 Abs. 2 Nr. 3 SGB V dahingehend, dass Leistungen, die zum Ausgleich der ansonsten von den Pflegebedürftigen zu zahlenden gesondert berechenbaren Aufwendungen nach § 82 Abs. 2 SGB XI gezahlt werden, keine Unterbringungskosten in diesem Sinne sind.

Begründung:

Das LSG Nordrhein-Westfalen hat mit rechtskräftigem Urteil vom 22.04.1999 entschieden, dass der Bezug von Pflegegeld nach dem Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen zu einer vollständigen Befreiung nach § 61 Abs. 2 Nr. 3 SGB V führt.

Damit wird ein Versicherter, der in NRW oder einem Bundesland, dessen Landesgesetze analoge Sozialleistungen vorsieht, wohnt, ohne Berücksichtigung seiner tatsächlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 SGB V vollständig von Zuzahlungen befreit.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Sieht das jeweilige Bundesland eine solche Leistung jedoch nicht vor, weil z.B. aufgrund bewohnerunabhängiger pauschaler Förderung der Heime von den einzelnen Bewohnern gesonderte berechenbare Aufwendungen nach § 82 Abs. 3 SGB XI erst gar nicht gefordert werden können, ist eine Befreiung allein von den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abhängig. Gleiches gilt für Heimbewohner in Bundesländern, in denen eine den selben Verwendungszweck bestimmte Leistung nicht von einem Sozialhilfeträger sondern von einer anderen Behörde ausgezahlt wird.

Diese Ungleichbehandlung soll beseitigt werden.

Streichung der Worte „Arbeitslosenhilfe nach dem Dritten Buch“ in § 61 Abs. 2 Nr. 2 SGB V

Begründung:

Bezieher von Arbeitslosenhilfe gelten selbst dann als unzumutbar belastet, wenn sie im Vergleich zu anderen Versicherten wie z. B. Arbeitnehmern, Rentnern oder Arbeitslosengeldbeziehern gleich hohe oder höhere Einnahmen zum Lebensunterhalt erhalten.

Die individuelle Prüfung der unzumutbaren Belastung nach § 61 Abs. 2 Satz 1 SGB V schafft eine Gleichstellung dieses Personenkreises.

Gesetzliche Klarstellung, dass bei Beziehern kurzfristiger Entgeltersatzleistungen unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse des Versicherten (Steuerklasse, Kinderfreibeträge, Sozialversicherungsbeiträge) ein fiktives Bruttoeinkommen zu ermitteln und dieser Betrag als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt bei den Härtefallregelungen zugrunde zu legen ist.

Begründung:

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Vermeidung einer Besserstellung der Bezieher kurzfristiger Entgelter-
satzleistungen (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld) gegenüber Bezie-
hern von Arbeitsentgelt.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

zu b))

Ergänzung des § 61 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in dem Sinne, dass sich der zusätzliche Festzuschuss zum Zahnersatz entsprechend der Bonusregelung in § 30 Abs. 2 SGB V vermindert, soweit der Versicherte eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne nicht nachweisen kann.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 62 Abs. 1

- a) § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V
- b) § 62 a SGB V

B.) Stellungnahme

zu a)

Die teilweise Befreiung nach § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V („Chroniker Regelung“) umfasst bisher die Befreiung von Zuzahlungen für Arznei-Verband- und Heilmitteln sowie die Übernahme von Fahrkosten. Chronisch kranke Versicherte werden bisher von Zuzahlungen vollständig befreit, wenn sie 1 Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von 1 % ihrer Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet hatten.

Nach dem nunmehr vorliegenden Gesetzesentwurf bleibt es bei einer Sonderregelung für „chronisch Kranke“. Allerdings sollen sich auch chronisch kranke Versicherte künftig in angemessenem Umfang an den „neuen Belastungen“ beteiligen. § 62 SGB V sieht nunmehr vor, dass für chronisch Kranke eine Belastungsgrenze von 1 % gilt.

Somit soll weiterhin an einer Differenzierung zwischen akut Kranken (2-prozentige Belastungsgrenze) und chronisch Kranken (1-prozentige Belastungsgrenze) festgehalten werden. Es stellt sich die Frage, ob dies sachgerecht ist. Das Bundessozialgericht (BSG) hat in der Vergangenheit eine „Differenzierung zwischen sporadisch und chronisch Kranken“ als „verfassungsrechtlich bedenklich“ eingestuft.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Unzumutbare finanzielle Belastungen durch häufige Zuzahlungen dürfen dem Versicherten nach Auffassung des BSG unter Beachtung des verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgebots daher nur nach Maßgabe seiner wirtschaftlichen Verhältnisse und der ihn insgesamt treffenden Zuzahlungsverpflichtungen abgenommen werden (vgl. BSG-Urteil vom 09.06.1998 – B 1 KR 17/96 R).

Sollte dennoch an einer Sonderregelung für chronisch Kranke festgehalten werden, ist der bisherige erhebliche Verwaltungsaufwand bezüglich der Nachweisführung zum Fortbestehen der Dauerbehandlung zu beseitigen. So ist bisher das Fortbestehen der chronischen Erkrankung der Krankenkasse jeweils spätestens vor Ablauf des 2. Kalenderjahres nachzuweisen (vgl. § 62 Abs. 1 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V). Diese zwingende Nachweispflicht hat sich nicht bewährt, da sich bei dem betroffenen Personenkreis erfahrungsgemäß keine Änderungen bezüglich der notwendigen Dauerbehandlung mehr ergeben. Es entsteht vielmehr ein hoher Aufwand (Gebühr für ärztliche Bescheinigung, Verwaltungskosten etc.), ohne dass sich aus der Prüfung des Fortbestehens der Dauerbehandlung Auswirkungen ergeben.

zu b)

Es handelt sich um eine Folgewirkung zur Einführung der Festzuschüsse beim Zahnersatz. Die Krankenkasse übernimmt danach – wie bisher – abhängig von den Einkommensverhältnissen des Versicherten und den Kosten des Zahnersatzes zusätzlich zu den Festzuschüssen nach § 30 SGB V einen weiteren Betrag (gleitende Härtefallregelung beim Zahnersatz).

Die vorgesehene Neufassung berücksichtigt allerdings – anders als bisher – nicht mehr die eigenen Bemühungen des Versicherten zur Erhaltung der Zahngesundheit auf Basis der Bonusregelung nach § 30

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Abs. 2 SGB V. Versicherte erhalten somit je nach Einkommenslage insgesamt einen Betrag bis zum doppelten Festzuschuss nach § 30 Abs. 2 SGB V (neu), und zwar unabhängig von den eigenen Bemühungen zur Erhaltung der Zahngesundheit.

Diese Regelung ist nicht sachgerecht.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a)

In § 62 Abs. 1 SGB V wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Die Belastungsgrenze beträgt 2 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.“

Sofern an der Sonderregelung für chronisch kranke Versicherte festgehalten wird, ist § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V wie folgt zu ändern:

In § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V werden die Wörter „jeweils spätestens vor Ablauf des 2. Kalenderjahres“ durch die Wörter „auf deren Verlangen“ ersetzt.

Analog der zu § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V vorgesehenen Änderung sollten in § 62 Abs. 1 Satz 1 SGB V nach dem Wort „entstehenden“ folgende Wörter eingefügt werden:

„und im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen“

zu b)

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Der bisherige Regelungsinhalt, wonach sich der vom Versicherten zu tragende Anteil bei der gleitenden Zahnersatz-Härtfallregelung erhöht, wenn die Voraussetzungen des § 30 Abs. 2 SGB V (Bonusregelung) nicht erfüllt sind, ist beizubehalten. Ein entsprechender Anreiz zur Erhaltung der „Zahngesundheit“ ist auch bei der Härtefallregelung weiter erforderlich.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 62 a SGB V (Bonus für Versicherte)

B.) Stellungnahme

Die Gewährung von Anreizen zur Förderung der Nachfrage nach neuen Versorgungsmodellen ist sinnvoll. Über Art und Höhe eines für die Selbstverpflichtung des Versicherten gezahlten Bonus sollten die Krankenkassen jedoch selbst entscheiden können. Es widerspricht dem Grundgedanken des Wettbewerbs, wenn bundesweit einheitlich vorgegeben wird, wie ein Bonus ausgestaltet sein soll, und weder regionale noch inhaltliche Unterschiede (etwa zwischen einem einfachen Hausarztssystem und einer anspruchsvoll gestalteten integrierten Versorgung) berücksichtigt werden können. Problematisch werden kann auch die Finanzierung des Bonus: Wenn den Krankenkassen – wie vom Gesetzgeber berechnet – 40 Mio. € Mehrausgaben je 1 Mio. Versicherte entstehen, die sich in eine der neuen Versorgungsformen einschreiben, so würde die Einschreibung von bspw. 10 Mio. Versicherten bereits Mehrausgaben von 400 Mio. € zur Folge haben!

So sinnvoll eine Gewährung von Anreizen zur Förderung der Nachfrage nach neuen Versorgungsmodellen durch eine Absenkung der Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandsmitteln ist, muss dennoch sichergestellt werden, dass Disease-Management-Programme oder integrierte Versorgungsmodelle durch ein weniger aufwendiges Hausarztmodell nicht konterkariert werden. Es müssen für ein Hausarztmodell klare Abgrenzungskriterien/Qualitätsindikatoren verbindlich vorgegeben werden, damit nicht der normale umstrukturierte Hausarztbesuch die Reduzierung der Zuzahlungen auslöst und durch ein solch nie-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

derschwelliges Angebot Disease-Management-Programme oder integrierte Versorgungsmodelle ab absurdum geführt werden. Der Bonus für die Teilnahme an einem Hausarztssystem kann daher entfallen. Sowohl für das Hausarztmodell als auch für die Boni-Zahlungen soll kein gesetzlich verpflichtendes, sondern ein wettbewerbliches Modell eingesetzt werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die alleinige Teilnahme an einem Hausarztssystem nach § 67 rechtfertigt noch nicht die abgesenkte Zuzahlung. Auf die gesetzliche Verpflichtung eines Hausarzt-Bonus-Modells soll verzichtet werden. Den Krankenkassen sollen im Rahmen von wettbewerblichen Suchprozessen Möglichkeiten eröffnet werden, Hausarztmodelle anbieten zu können.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

- a) § 65 a SGB V, Abs. 1 (Versichertenbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten)
- b) § 65 a SGB V, Abs. 2

B.) Stellungnahme

zu a)

Die strategische Ausrichtung der AOK als Gesundheitskasse beinhaltet seit vielen Jahren die Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens bei ihren Versicherten. Bei Teilnahme an bestimmten Modellen/Programmen im Sinne der aktiven Entscheidung für gesundheitsbewusstes Verhalten ist die Gewährung von Boni oder anderen finanziellen Anreizen unter bestimmten Voraussetzungen für Versicherte aus Sicht der AOK sehr zu begrüßen. Darüber hinaus ist die AOK durch die konzeptionelle Arbeit an allgemeinen, integrativ angelegten Bonus- und Anreizsystemen für Versicherte für die schnelle Umsetzung solcher Regelungen gut gerüstet.

Allerdings sollen durch die vorgesehene Neuregelung lediglich Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen zur primären Prävention bonifiziert werden können, die die Effizienz des Gesundheitswesens verbessern, aber erfahrungsgemäß nicht zu einer Senkung bei den Leistungsausgaben führen. Nicht berücksichtigt werden bisher andere Maßnahmen, die der Stärkung der Eigenvorsorge- und -verantwortung der Versicherten dienen (z. B. Schutzimpfungen) und auf der Kosten- und Nutzenseite

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

zu Buche schlagen. Eine Öffnung der geplanten gesetzlichen Regelung auch auf andere Maßnahmen, die der gesundheitlichen Eigenvorsorge und -verantwortung dienen, ist daher anzustreben.

Auch ist ein allein an Bonusausschüttungen orientiertes Anreizsystem kaum beitragsneutral zu finanzieren, ein einseitiges „Wettrüsten“ in diesem Bereich sähe finanzstärkere Kassen in einem Vorteil. Dieses drohende Szenario wäre nur dann zu verhindern, wenn sich Bonusausschüttungen nicht allein auf gesundheits-, sondern auch auf kostenbewusstes Verhalten erstrecken dürften. Die geplante gesetzliche Regelung müsste um die Zulässigkeit der Bonifizierung kostenbewussten, ökonomischen Verhaltens der Versicherten ergänzt, die entsprechende Ausgestaltung in die Satzungshoheit der Krankenkassen gestellt werden.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

zu b)

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass unter dem Begriff Bonus nicht automatisch eine Beitragsrückerstattung zu verstehen ist. Vielmehr obliegt es der Kreativität der Kasse, wie ein Bonus ausgestaltet wird.

Da jedoch in der Begründung ausdrücklich auf das Modell der AOK Niedersachsen mit dem prospektiven Beitragsbonus verwiesen wird, muss gegenüber der Politik deutlich gemacht werden, dass ein Beitragsbonus nur unter folgenden Bedingungen gesundheitspolitisch sinnvoll und beitragsneutral finanzierbar ist:

- Es handelt sich um ein qualitätsgesichertes, ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement mit nachweislich erfolgreichen Vorleistungen seitens des Unternehmens (Arbeitgeber, Personalvertreter, Betriebsarzt, Sicherheitsfachkraft, Beschäftigte etc.). Ein Angebot an betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Rahmen von § 20 Abs. 2 (Maßnahmen zur Bewegung, gesunden Betriebsverpflegung; Suchtprävention, Stressbewältigung) und die bloße Teilnahme der Versicherten daran reichen dafür bei weitem nicht aus.
- Die Bewertung des betrieblichen Gesundheitsmanagementprozesses muss auf der Basis eines anspruchsvollen und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsstandards/-managements (wie z.B. das Modell der European Foundation for Quality Management) erfolgen und transparent gemacht werden (z.B. gegenüber Aufsicht).

Diese Bedingungen sind zwingend notwendig, da selbst bei dem erfolgreichen Bonusmodell der AOK Niedersachsen zwar erhebliche (u.a. auch wirtschaftliche) Vorteile für die beteiligten Betriebe erreicht werden konnten, sich jedoch keine Einsparungen bei den Leistungsausga-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

ben der Krankenkasse nachweisen ließen. Von daher wäre ein Bonusmodell ohne diese Bedingungen flächendeckend nicht beitragsneutral finanzierbar.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a)

Die vorgesehene Neuregelung wird begrüßt.

Die Einschränkung bonifizierbarer Maßnahmen ausschließlich auf Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und Inanspruchnahme von Leistungen der Primärprävention soll weiter gefasst werden. Der Handlungsspielraum der Krankenkassen soll so gestaltet werden, dass neben den Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und anderen Maßnahmen, die die gesundheitliche Eigenvorsorge- und -verantwortung fördern (§§ 21, 23 Abs.9) darüber hinaus auch der Nachweis dauerhaft praktizierter gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen i. S. des § 20 bonifiziert werden kann. Auch ist zu fordern, dass sich die Bonifizierung ergänzend erstrecken kann auf von Kassenseite per Satzung definiertes kostenbewusstes, ökonomisches Verhalten der Versicherten.

Änderung von Satz 1:

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 sowie Leistungen der Primärprävention nach § 23 Abs.9 in Anspruch nehmen sowie dauerhaft gesundheitsförderliche Verhaltensweisen i. S. des § 20 praktizieren, Anspruch auf einen Bonus haben.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Einfügen eines neuen Satz 2:

Die Krankenkasse kann darüber hinaus in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die eine kostenbewusste, ökonomische Verhaltensweise praktizieren (alternativ: die sich zu einer kostenbewussten, ökonomischen Verhaltensweise verpflichten), Anspruch auf einen Bonus haben.

zu b)

Änderung von Satz 1:

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei erfolgreich laufendem Prozess eines ganzheitlichen qualitätsgesicherten betrieblichen Gesundheitsmanagements eines Unternehmens sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.

Zusatz:

„Der Bonus ist auf der Basis eines wissenschaftlich anerkannten Qualitätsstandards (z.B. das Modell der European Foundation for Quality Management) zu vergeben. Das Verfahren ist auf Verlangen der Aufsicht transparent zu machen. Weitere Einzelheiten sind in der Satzung zu regeln.“

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 67 SGB V (Hausarztssystem)

B.) Stellungnahme

Der AOK Bundesverband unterstützt die Position des Hausarztes als Lotsen im Gesundheitssystem. Favorisiert werden allerdings wettbewerbliche Modelle, die zur Stärkung des Hausarztssystems führen. Insofern sprechen wir uns nicht für ein verpflichtendes Modell aus. Für den Fall, dass es bei der gesetzlichen Bevorzugung des Hausarztssystems bleibt, müssen allerdings klare Abgrenzungskriterien/Qualitätsindikatoren verbindlich vorgegeben werden, damit nicht beispielsweise der normale unstrukturierte Hausarztbesuch zu einer Reduzierung der Zuzahlung auslöst und dadurch Disease-Management-Programme oder integrierte Versorgungsmodelle ad absurdum geführt würden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Auf die gesetzliche Verpflichtung, Hausarztmodelle anbieten zu müssen, sollte zugunsten wettbewerblicher Suchverfahren verzichtet werden.

Insbesondere für den Fall, dass die gesetzliche Verpflichtung zum Angebot eines Hausarztssystems bestehen bleibt, reicht nur die Einschreibung bei einem Hausarzt für ein Hausarztssystem nicht aus. Ergänzt werden müssten vor allen Qualitätsindikatoren.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 68 (Elektronische Patientenakte)

B.) Stellungnahme

Die elektronische Patientenakte ist ein Mosaikstein zur Verbesserung der Transparenz der gesundheitlichen Versorgung. Aus diesem Grund ist nichts gegen eine satzungsmäßig zu regelnde finanzielle Unterstützung der Krankenkassen einzuwenden.

C.) Änderungswünsche

keine

**Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG**

A.) Vorschrift

§ 72 Abs.1 SGB V

B.) Stellungnahme

Die Einbeziehung von Gesundheitszentren in die Vertragsärztliche Versorgung wird ausdrücklich unterstützt. Gesundheitszentren sind eine Organisationsform, die sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die Qualität der Versorgung verbessern können. Die Änderung stellt sicher, dass die Vorschriften der vertragsärztlichen Versorgung auch für die Gesundheitszentren und die dort tätigen Ärzte gelten.

C.) Änderungs- und Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 73 SGB V

a) § 73 Abs. 1 SGB V

b) § 73 Abs. 8

1. Hausärzte können Behandlungsmethoden der besonderen Therapierichtungen erbringen.
2. An der fachärztlichen Versorgung nehmen außer den Augenärzten und den Frauenärzten nur jene Fachärzte teil, die keinen Vertrag nach § 106 a Abs. 1 (Einzelvertrag) abgeschlossen haben.
3. Fachärzte können ihre Leistungen nur abrechnen, wenn sie ihrer Verpflichtung zur Datenübermittlung an den Hausarzt nachgekommen sind und wenn ihnen von Versicherten, die am Hausarztmodell teilnehmen, eine Überweisung des Hausarztes vorliegt.

B.) Stellungnahme

zu a)

1. Bereits nach geltendem Recht sind die Behandlungsmethoden und die Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Insoweit besteht hier kein zusätzlicher Handlungsbedarf. Hinsichtlich ihrer Wirksamkeit nicht belegte alternative Behandlungsmethoden müssen auch weiterhin ausgeschlossen bleiben.
-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

2. Die Herausnahme der Fachärzte, die Einzelverträge mit den Krankenkassen abschließen, aus der kollektivvertraglich geregelten vertragsärztlichen Versorgung ist konsequent.
3. Bereits jetzt sind Fachärzte verpflichtet, den Hausarzt des Versicherten über ihre Behandlung zu informieren. Da dies nicht ausreichend beachtet wird, ist es konsequent, den Vergütungsanspruch des Facharztes an die Erfüllung seiner Informationspflicht zu binden. In den Entwürfen für einen neuen EBM ist dies ebenfalls vorgesehen.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

zu b)

Die bisherige Regelung in § 73 Abs. 8 hat sich bezüglich Informationen des AOK-BV bewährt und hat sich im einstweiligen Rechtsschutz in zwei Instanzen (SG Köln und LSG NRW) als ausreichende Rechtsgrundlage erwiesen. Die bisherige offene Formulierung macht die Regelung entsprechend der Vielgestaltigkeit der Praxis flexibel.

Die vorgeschlagenen Ergänzungen würden die Informationsmöglichkeiten nicht erweitern, sondern erheblich einschränken und sie in ein starres Schema pressen.

Auch die Muss-Vorschrift („sind“), dass Handelsbezeichnung, Indikation und Preise zu nennen sind, würde eine Information in vielen Fällen unmöglichen machen. Man denke etwa an Arzneimittel, die in verschiedenen Stärken in zahlreichen Packungsgrößen unter zahlreichen Handelsbezeichnungen im Verkehr sind. Hier müsste also jedes Arzneimittel mit Handelsbezeichnung, Packungsgröße und Preis genannt werden und dann auch noch jeweils mit vollständiger Indikation. Das würde zahlreiche Seiten mit sinnlosen Informationen füllen, die sich alle 14 Tage ändern können (Preisänderungen 14tägig).

Die Erwähnung der anatomisch-therapeutischen-chemischen Klassifikation der WHO ist sinnvoll. Allerdings sollte das als eine Option formuliert werden und nicht als „Muss“-Bestimmung. Zum Beispiel ist es für Insuline nicht sinnvoll Tagesdosen mit Preisen anzugeben, da Insuline nur individuell dosiert werden können.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a)

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Streichung der vorgesehenen Ergänzung von § 73 Abs. 1 (besondere Therapierichtungen in der hausärztlichen Versorgung).

zu b)

§ 73 Abs. 8 nur folgendermaßen ergänzen:

In Satz 2 werden nach dem Wort „Grundlage“ die Wörter „der Methode der definierten Tagesdosis der WHO mit der Anatomisch–Therapeutisch–Chemischen Klassifikation oder anderer geeigneter Vergleichsgrößen,“ eingefügt.

Folgende Sätze werden angefügt:

„Sofern das Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung eine anatomisch–therapeutisch–chemische Klassifikation in einer deutschen Fassung mit Ergänzungen bekannt macht, ist diese in ihrer jeweils aktuellen Fassung zu verwenden.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 76 SGB V (Freie Arztwahl)

Das Recht der Versicherten auf freie Arztwahl wird ausgeweitet auf nach § 106 b an der Versorgung teilnehmende Leistungserbringer (Fachärzte mit Einzelvertrag) und auf Gesundheitszentren.

B.) Stellungnahme

Es ist sinnvoll und konsequent, in die Regelungen zur freien Arztwahl die künftig zugelassenen Gesundheitszentren und die Fachärzte aufzunehmen, die einen Einzelvertrag mit den Krankenkassen geschlossen haben.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

kein Änderungsvorschlag

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 77 (Kassenärztliche Vereinigungen)

1. Grundsätzlich soll je Bundesland nur noch eine Kassenärztliche Vereinigung bestehen. Nur wenn in einem Land mehr als 12.000 Ärzte oder mehr als 6.000 Ärzte zugelassen sind, kann eine zweite Kassenärztliche Vereinigung errichtet werden oder fortbestehen.
2. Die Mitgliedschaft von sogenannten außerordentlichen Mitgliedern (nicht zugelassene Vertragsärzte) in den Kassenärztlichen Vereinigungen wird beendet.

B.) Stellungnahme

Die Zusammenlegung von Kassenärztlichen Vereinigungen ist bereits nach geltendem Recht zulässig (§ 77 Abs. 2 SGB V). Insoweit besteht hier kein zwingender Handlungsbedarf. Der Regelung kann zugestimmt werden, wenn Sorge besteht, dass kleine Kassenärztliche Vereinigungen ihre Aufgaben bei der Prüfung der Abrechnungen und bei der Qualitätssicherung nicht erfüllen können.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

kein Änderungsvorschlag

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Vorschrift

§ 79 (Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen)

Wie bei den Krankenkassen bereits geschehen, soll auch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen ein hauptamtlicher Vorstand eingerichtet werden. Die Vertreterversammlung wird zum alleinigen Selbstverwaltungsorgan. Die Mitgliederzahl der Vertreterversammlung wird beschränkt. Die Amtszeit der hauptamtlichen Vorstände beträgt 6 Jahre. Die Vergütungen der Vorstandsmitglieder sind zu veröffentlichen.

D.) Stellungnahme

Eine Neuorganisation der Kassenärztlichen Vereinigungen ist sinnvoll, da sie dazu beitragen kann, den innerärztlichen Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess zu vereinfachen und die Umsetzung geschlossener Verträge und getroffener Absprachen zu erleichtern.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

kein Änderungsvorschlag

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§§ 81a, 197a, 274a–c SGB V und § 47 a SGB XI (Korruption)

Der Normenkomplex §§ 81a, 197a, 274a–c SGB V und § 47a SGB XI regelt die Korruptionsbekämpfung in der Kranken- und Pflegeversicherung.

Es besteht hierzu auf Ebene der KVen nach § 81a eine Verpflichtung, innerorganisatorisch Einheiten mit der Aufgabe zu bilden, Auffälligkeiten oder Hinweisen auf rechtswidrige Verwendung von Finanzmitteln im Kontext von GKV Aufgaben nachzugehen und entsprechende Informationen an die Staatsanwaltschaften mitzuteilen. Neben der Unterstützungspflicht durch die KBV wird eine Berichtspflicht des Vorstands gegenüber der Vertreterversammlung und eine Zusammenarbeitspflicht der KVen untereinander und mit den Krankenkassen normiert.

Das entsprechende Gegenstück einer innerorganisatorisch zu bildenden Korruptions-Bekämpfungsstelle bei den Krankenkassen sieht § 197a vor, gleichfalls mit einer jährlichen Berichtspflicht des Vorstandes – gegenüber dem Verwaltungsrat – und einer Zusammenarbeitspflicht der Kassen untereinander und mit den KVen, unterstützt durch die Kassenverbände.

Auf Bundesebene wird durch das BMGS ein Beauftragter zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen berufen, dessen Aufgaben und Rechtstellung in den §§ 274a–c geregelt sind, wonach sich an ihn jede Person wenden kann, die annimmt, dass im Kontext von Aufgaben der GKV und ihren Finanzen rechtswidrig oder gar strafbar gehandelt wurde. Gegenüber Bundesbehörden kann er Unterstützung für die

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Verfolgung dieser Hinweise verlangen; im übrigen, d.h. von der Länderebene und von Leistungserbringern, um entsprechende Unterstützung bitten. Ergibt seine Prüfung einen Anfangsverdacht, hat er den Fall der zuständigen Staatsanwaltschaft zu übergeben. Ferner hat er über seine Tätigkeit zu berichten und kann Initiativen zur Verbesserung von Gesetzen und Gesetzesvollzug – insbesondere gegenüber den Aufsichten – ergreifen. Der vom BMGS berufene, jedoch weisungsfreie Beauftragte ist ehrenamtlich tätig und erhält vom Ministerium die erforderliche Sach- und Personalausstattung für seine Aufgaben, sowie eine Entschädigung.

Für die Pflegeversicherung verweist § 47a SGB XI vollinhaltlich auf die §§ 197a und 274a–c SGB V.

B.) Stellungnahme

Die Regelungen stellen grundsätzlich eine begrüßenswerte gesetzgeberische Initiative gegen Korruption im Gesundheitswesen dar. Da die Strafverfolgung den Staatsanwaltschaften bei den Gerichten der Länder zugewiesen ist (§§ 141 ff. GVG), zeigen sich die Änderungsvorschläge der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen im Kern als Unterstützungsleistungen für diese Länderaufgabe. Die Beteiligten nach den Sozialgesetzbüchern erhalten auf den verschiedenen Ebenen keine expliziten neuen Ermittlungsbefugnisse, die in Konkurrenz zu denjenigen der Strafverfolgungsbehörden treten könnten mit entsprechenden Abgrenzungsschwierigkeiten, auch hinsichtlich der entsprechenden Regelungskompetenz. Stattdessen werden die Möglichkeiten erweitert, sich im Vorfeld einer staatsanwaltschaftlichen Ermittlung an die sachnäheren Behörden der Sozialversicherung zu wenden, die ihrerseits verpflichtet werden, bei entsprechenden Hinweisen

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

die Staatsanwaltschaften einzuschalten und ihnen die notwendigen Kenntnisse und Unterlagen zu verschaffen.

In der Ausgestaltung dieser Unterstützungsfunktion sind jedoch Verbesserungen denkbar:

Einerseits erscheint die gesamte Thematik durch § 81 a auf die Ärzteschaft fokussiert, so dass eine stärker als im jetzigen Entwurf deutliche Erstreckung auch auf sämtliche andere Leistungsbereiche (Krankenhäuser, Zahnärzte, Arzneimittelbranche, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten etc.) wünschenswert wäre. Dies betrifft vorrangig die Pflicht zur Zusammenarbeit, die in dem vorliegenden Entwurf explizit nur im Verhältnis KV zur Krankenkasse vorgegeben ist. In § 70 könnte man in einem neuen Absatz 3 diese Zusammenarbeitspflicht im Leistungserbringerrecht „vor die Klammer ziehen“.

Ferner stellt sich hinsichtlich § 197a unter Effizienz- und Verwaltungskostenaspekten die Problematik, ob die organisatorische Einheit der Korruptionsbekämpfungsstelle nicht besser auf Ebene des Landesverbands, statt der einzelnen Krankenkasse, anzusiedeln wäre. Letzteres wird vorgeschlagen.

Der Beauftragte auf Bundesebene, der begrüßenswerter Weise durch seine Berichte zu der Thematik deren wichtigen Stellenwert öffentlichkeitswirksam zu kommunizieren in der Lage ist, kann dem Entwurf zu Folge von allen Personen angesprochen werden. Wünschenswert ist die Ergänzung, dass dies gerade auch von den betroffenen Institutionen erfolgen kann.

Zu prüfen ist, ob die Stellung des Beauftragten als Ehrenamtlicher zu der im Entwurf professionalisierte ausgestalteten Personal- und Sachausstattung passt oder er besser hauptamtlich besetzt wird, wie

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

dies bei anderen Beauftragen (z.B. Bundesdatenschutz-beauftragter) auf Bundesebene praktiziert wird.

Die Parallelregelung für das SGB XI wird begrüßt.

C,) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 70 SGB V wird folgender Absatz 3 beigefügt: „Die Krankenkassen sowie die Leistungserbringer und ihre Verbände oder Dachorganisationen unterstützen die Korruptionsbekämpfungsstellen nach §§ 81a und 197 a dieses Gesetzbuchs, sowie den Beauftragten zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen gemäß §§ 274a–c bei deren Aufgabenerfüllung.“

§ 197a wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 werden die Wörter „die Krankenkassen“ ersetzt durch die Wörter „die Landesverbände der Krankenkassen mit Unterstützung durch ihre Mitglieder“.

In Absatz 2 , Satz 1 werden die Wörter „die Krankenkassen“ ersetzt durch die Wörter „die Landesverbände der Krankenkassen“. In Satz 2 wird das Wort „Verbände“ ersetzt durch das Wort „Bundesverbände“.

In Absatz 3 werden die Wörter „die Krankenkassen“ ersetzt durch die Wörter „die Landesverbände der Krankenkassen oder ihre Mitglieder“.

§ 274a Absatz 2, Satz 1 wird wie folgt geändert:

Hinter das Wort „Person“ wird ergänzt: „oder Institution“.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 84 SGB V (Richtgrößen)

B.) Stellungnahme

Die Vorgeschlagenen Änderungen werden ausdrücklich begrüßt, denn mit ihnen wird wieder eine klare finanzielle Ausgleichregelung für Überschreitungen der vereinbarten Ausgabenvolumen eingeführt. Damit werden die Kassenärztlichen Vereinigungen wieder in die Mitverantwortung für das Ordnungsverhalten der Vertragsärzte genommen. Die Erfahrungen mit den Zielvereinbarungen haben gezeigt, dass KVen und Ärzte nur wirtschaftlich verordnen, wenn unwirtschaftliches Ordnungsverhalten zu Honorarkürzungen führt. Zu dem wird durch die Regelungen in bb) die notwendige Vertragsfreiheit geschaffen, die sicherstellt dass versorgungsbedingte Überschreitungen zu berücksichtigen sind und den Ausgleichsbetrag entsprechend reduzieren. Zu befürworten ist auch ausdrücklich, dass der Versuch unternommen wird den KVen für Überschreitungen der vereinbarten Ausgabenvolumen einen Verteilungsschlüssel gesetzlich vorzugeben. Allerdings ist es für diese Verteilung nicht möglich die Schnellinformationen nach Absatz 5 Satz 4 heranzuziehen. Hierbei handelt es sich um arztbezogene Auswertungen auf der Basis von ungeprüften Daten die durch falsche oder fehlerhafte Datenlieferungen aus den Apothekenrechenzentren fehlerhaft oder unvollständig sein können. Ausgleichzahlungen auf dieser Datenbasis sind nicht gerichtsfest. Für den Verteilungsschlüssel sind deshalb die geprüften Daten heranzuziehen deren Bereitstellung im Abs. 5 in den Sätzen 1 und 2 geregelt ist.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Zu dem ist die vorgesehene Verpflichtung zur Berücksichtigung der Ergebnisse aus der Richtgrößenprüfung zu streichen, weil dies die Verteilung des Überschreitungsbeitrages unmöglich macht. Die zur Richtgrößenprüfung zu verwendenden Daten sind arztbezogen identisch mit den für die Kontrolle des Ausgabenvolumen notwendigen Daten. Die Daten liegen also den Vertragspartner zeitgleich vor. Während allerdings der Verteilungsschlüssel für den Ausgleich danach nach dem festgelegten Modus berechnet werden kann, beginnt bei der Richtgrößenprüfung erst das Prüfverfahren nach §106 SGBV (Berechnung der Richtgrößen je Arzt; Ermittlung der Ärzte die ihre Richtgröße überschritten haben; Kontrolle auf Praxisbesonderheiten; Anhörung vor dem Prüfungsausschuss und ggf. Verfahren vor dem Sozialgericht.) Damit ist die Ermittlung der ärztlichen Regressbeitrages frühestens eine Jahr nach Feststellung der Überschreitung des Ausgabenvolumens möglich. Dementsprechend führt die vorgesehene Berücksichtigung der Regresse aus den Richtgrößen dazu das der Ausgleich über die KVen nicht bzw. erst nach Abschluss aller Sozialgerichtsverfahren stattfindet. Damit wird im Ergebnis der angestrebte Sanktionsmechanismus außer Kraft gesetzt.

Ziel der Regelung ist es Ärzte nicht doppelt (über das Ausgabenvolumen und die Richtgröße) für eine unwirtschaftliche Verordnungsweise zu sanktionieren. Dies ist sinnvoll und einfach zu erreichen in dem die unterschiedlichen Verfahrensabläufe berücksichtigt werden. Dies erreicht man, wenn die Honorarkürzungen, die vor den Richtgrößen arztbezogen ermittelt werden, bei der Festlegung der Regresshöhe aus der Richtgrößenprüfung berücksichtigt werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

a)

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

bb)

Abs. 3 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„In den Gesamtverträgen vereinbaren die Vertragspartner das Nähere des Ausgleichs; dabei kann auch ein nur teilweiser Ausgleich vereinbart werden, sofern dies unter Berücksichtigung der Ursachen der Abweichung vom Ausgabenvolumen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 und der Erfüllung der Zielvereinbarung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 gerechtfertigt ist. An dem Ausgleich nach Satz 2 sind diejenigen Vertragsärzte nicht zu beteiligen, die nach den geprüften Daten nach Abs. 5 Satz 1 und 2 keine Arzneimittel verordnen. Der Ausgleichsbetrag eines Vertragsarztes vermindert den Regress aus der Richtgrößenprüfungen für das Jahr. Das Nähere vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 1.“

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 85 (Gesamtvergütung)

1. Mehrausgaben aufgrund von Beschlüssen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 135 Abs. 1 (Einführung neuer Leistungen) sind zulässig (Ergänzung von § 85 Abs. 3).
2. Bei der Honorarverteilung hat die Kassenärztliche Vereinigung mit den Verbänden der Krankenkassen einen einheitlich und gemeinsam vereinbarten Verteilungsmaßstab anzuwenden (Änderung von § 85 Abs. 4 Satz 2).
3. Es sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina).
4. Der Bewertungsausschuss bestimmt bis zum 31.12.2004 den Inhalt der im Honorarverteilungsmaßstab zu treffenden Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes und zur Festlegung der Regelleistungsvolumina.

B.) Stellungnahme

1. Die Ausnahmeregelung zur Finanzierung neuer Leistungen ist nicht erforderlich, da neue Leistungen auch über Substitutionen oder Einsparungen an anderer Stelle finanziert werden können. Die vorgesehene Regelung verweist demgegenüber nur auf Einsparungen durch Streichung von Leistungen, die nach bisheriger Erfahrung
-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

nur in sehr geringem Umfang möglich ist. Die Regelung wird daher zu nicht quantifizierbaren Mehrausgaben der Krankenkassen führen,

2. Ob das Einvernehmen zum Honorarverteilungsmaßstab herzustellen ist, sollten die Vertragspartner regional selbständig entscheiden können. Die Krankenkassen müssen hierauf einen Rechtsanspruch haben. Eine von EBM und Gesamtverträgen abweichende Honorarverteilung kann dadurch verhindert werden.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

3. Da die Honorarverteilungsmaßstäbe mit den Kassen vereinbart werden können, kann insoweit auch der Verpflichtung zur Festsetzung von sog. Regelleistungsvolumina zugestimmt werden. Soweit Ziel dieser Regelung nicht nur die Sicherung fester Punktwerte, sondern auch und vor allem die Mengensteuerung ist, erscheint allerdings eine Regelung im EBM (Praxisbudgets) geeigneter und wirksamer.
4. Die Verpflichtung des Bewertungsausschusses, die Inhalte der Honorarverteilung vorzugeben, stellt sicher, dass die Honorarverteilung nach bundesweit einheitlichen Kriterien und unter Beachtung der Vorgaben des EBM erfolgt.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

In § 85 Abs. 2 Satz 8 ist in Folge der Erweiterung von § 13 zu ergänzen: „Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und Abs. 4 ... sind auf das Ausgabenvolumen nach Satz 2 anzurechnen“.

Die vorgesehene Ergänzung von § 85 Abs. 3 (zusätzliche Finanzierung neuer Leistungen) ist zu streichen.

Die in § 85 Abs. 4 Satz 2 vorgesehene Änderung soll wie folgt lauten: „Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an, die Vertragspartner können davon abweichend entscheiden, ob an die Stelle des Benehmens, das Einvernehmen herzustellen ist; die Krankenkassen haben hierauf einen Rechtsanspruch.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 87 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
- b) § 87 Abs. 2 bis Abs. 6 SGB V (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)

B.) Stellungnahme

zu a)

Laut Begründung wird mit dieser Regelung die zur Einführung des e Rezeptes bis zum 1. 1. 2006 notwendigen Vertragsregelungen zwischen Spitzenverbänden der GKV und KBV geschaffen.

Dies wird mit der gesetzlichen Änderung ausdrücklich nicht erreicht. Es wird nur festgelegt das sich die Vertragspartner bis zu diesem Termin über den Datensatz und das Verfahren im Bundesmantelvertrag zu verständigen haben. Die Erfahrungen im Datenausschuss zeigen vielmehr das die technische Umsetzung von entsprechenden Vereinbarungen einen erheblichen Zeitbedarf hat. Insbesondere bei dem elektronischen Rezept ist zu beachten das bei der technischen Umsetzung eine Vielzahl von Betroffenen technisch und organisatorisch einzubinden sind. Es ist deshalb davon auszugehen das elektronische Rezept frühestens ein Jahr nach einer vertraglichen Regelung im Mantelvertrag umgesetzt werden kann. Soweit also ein Einstieg in das Rezept zum 1.1.2006 erfolgen soll wären die vertraglichen Regelungen bis zum 1.januar 2005 abzuschließen, besser sogar zum 1.7.2004. Die technische Vereinbarung ist in dieser Frist abstimmbaar.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

zu b)

1. Die Verpflichtung, im EBM den mindestens erforderlichen Zeitaufwand für die Erbringung der Leistungen anzugeben, ist sinnvoll und wird unterstützt.
 2. Die Möglichkeit, die Leistungen im EBM nicht nur zu Leistungskomplexen, sondern auch zu Fallpauschalen zusammen zu fassen, ist sinnvoll. Dadurch wird die Abrechnung vereinfacht und die Erbringung nicht notwendiger Leistungen wird verhindert. Die zusätzlich vorgesehene Verpflichtung zur Regelung des bei der Abrechnung von Fallpauschalen zu erbringenden Leistungsumfangs sichert die Qualität der Versorgung bei pauschalierter Vergütung.
 3. Die Vergütung der Leistung von Hausärzten für Versicherte in Hausarztmodellen durch Vergütungspauschalen wird dem Versorgungsauftrag besser gerecht als eine Vergütung von Einzelleistungen. Die Differenzierung dieser Behandlungspauschalen nach dem Gesundheitszustand der Versicherten ist allerdings problematisch, weil es dafür kein Konzept und keine geeignete Datengrundlage gibt; dieser Problematik wird die Kann-Regelung gerecht.
 4. Die Streichung der Regelung zu den Praxisbudgets im EBM wird damit begründet, dass die Bildung von sogenannten Regelleistungsvolumina im HVM künftig verbindlich vorgeschrieben ist. Praxisbudgets und Regelleistungsvolumina sind jedoch nicht dasselbe. Es macht einen Unterschied, ob das Steuerungsinstrument im bundesweit gültigen EBM oder im regional begrenzten HVM festgelegt wird. Die Mengensteuerung über Praxisbudgets sollte weiterhin im EBM geregelt werden; auf die Regelleistungsvolumina im HVM könnte dann verzichtet werden.
-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

5. Die Ermächtigung des BMGS zur Beanstandung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses und zur Ersatzvornahme ist mit dem Prinzip der Selbstverwaltung nicht vereinbar und wird daher abgelehnt. Es ist nicht nachvollziehbar, warum das BMGS über die bisherige Rechtsaufsicht hinaus in die Kompetenz des Bewertungsausschusses eingreifen soll. Der Hinweis auf das Beanstandungsrecht bei Beschlüssen des Bundesausschusses überzeugt nicht, weil der Bewertungsausschuss nicht den Leistungsanspruch des Versicherten konkretisiert, sondern lediglich über die Bewertung und Vergütung der vom Bundesausschuss definierten Leistungen entscheidet. Im übrigen wird durch die zweimonatige Beanstandungsfrist des BMGS in Verbindung mit der notwendigen dreimonatigen Ankündigungsfrist eine zeitnahe Anpassung und Korrektur des EBM unmöglich gemacht.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Spätestens bis zum 1. Juli 2005 ist auch ein Datensatz und ein Verfahren für die elektronische Übermittlung der Verordnungsdaten an Apotheken und Krankenkassen zu vereinbaren.“

zu b)

1. Die vorgesehene Ergänzung von § 87 durch einen neuen Abs. 6 (Recht zu Beanstandung und Ersatzvornahme durch das BMGS) unterbleibt.

A.) Vorschrift

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

§ 89 SGB V, (Schiedsamt)

B.) Stellungnahme

Die Neuregelung gibt den unparteiischen Mitgliedern des Schiedsamtes ein stärkeres Instrument an die Hand, innerhalb der gesetzlichen Dreimonatsfrist den Vertragsinhalt gemeinsam mit den beteiligten Parteien festsetzen zu können. Erst wenn dies innerhalb der Frist nicht gelingt, sieht die Regelung eine durchaus sinnvolle Kompetenzerweiterung der unparteiischen Mitglieder vor. Allein hierdurch wird der Einigungsdruck auf die Vertragsparteien erhöht.

Die vorgesehene gesetzliche Ersatzvornahme ist eine logische Konsequenz, letztlich belegt deren Inanspruchnahme das Versagen der Selbstverwaltung. Dies sollte die Vertragspartner ebenfalls zur Einigung motivieren.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 92 SGB V (Richtlinien der Bundesausschüsse)

a) § 92 Abs. 1 SGB V

b) § 92 Abs. 7 b SGB V

B.) Stellungnahme

zu a)

Die Ergänzung des Satzes 1 stellt eindeutig klar, dass sich die Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses nicht nur auf eine Einschränkung bzw. Konkretisierung der Leistungsansprüche beschränkt, sondern durch Richtlinien auch bestimmte Leistungen u. a. wegen nicht nachgewiesener Wirtschaftlichkeit aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen werden können. Speziell für den Hilfsmittelbereich eröffnen sich hier neue Steuerungsmöglichkeiten der gemeinsamen Selbstverwaltung, die jedoch in Konkurrenz zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 steht, dass die von der Leistungspflicht umfassten Hilfsmittel enthalten soll. Hier ist künftig eine enge Zusammenarbeit zwischen dem entsprechenden Arbeitsausschuss des Bundesausschusses und dem das Hilfsmittelverzeichnis in originärer Kompetenz erstellenden Spitzenverbänden der Krankenkassen erforderlich.

zu b)

Mit der Regelung erfolgt eine Umsetzung der im Koalitionsvertrag erfolgten Ankündigung, die Patientenrechte durch die Berufung eines Patientenschutzbeauftragten und größere Mitwirkungsmöglichkeiten von Patientenorganisationen abzusichern.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Die Neuregelung sieht vor, dass dem oder der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Damit werden sowohl dem Patientenbeauftragten als auch den genannten Organisationen das Recht auf eine Beratungsbeteiligung eingeräumt. Damit steigt sowohl der Umfang als auch die Beratungsintensität im Rahmen der Verfahrensbeteiligung.

Vor dem Hintergrund, dass sich insbesondere der AOK-Bundesverband für die Erprobung erweiterter Beteiligungsmöglichkeiten von Patienten im Rahmen eines verstärkten gesundheitlichen Verbraucherschutzes einsetzt, werden die geplanten Regelungen grundsätzlich begrüßt.

Die stärkere Einbeziehung von Patienten(-vertretern) kann dazu beitragen, das Wissen und die Erfahrungen von Patienten in den Entscheidungsprozess hineinzutragen und die Entscheidungsfindung transparenter zu gestalten. Damit besteht insbesondere die Chance, bei den Bürgern ein stärkeres Verständnis für schwierige Abwägungsprozesse zu wecken und die Akzeptanz notwendiger Entscheidungen des Bundesausschusses zu erhöhen.

Es muss jedoch sichergestellt werden, dass das Bestellungsverfahren transparent gestaltet wird und hierfür klare Kriterien, insbesondere hinsichtlich einer finanziellen Unabhängigkeit der Institutionen und der Qualifikation ausgewählter Vertreter festgelegt wird. Da bislang keine Erfahrungen mit einer weitergehenden Beratungsbeteiligung auf der Ebene der gemeinsamen Selbstverwaltung vorliegen, sollte in der

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Geschäftsordnung eine Klausel eingefügt werden, die sicherstellt, dass die Arbeitsfähigkeit des Gremiums insgesamt nicht inakzeptabel belastet wird.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a) keine

zu b) § 92 Absatz 7 SGB V sollte wie folgt ergänzt werden:

„Die Geschäftsordnung regelt notwendige Anforderungen hinsichtlich der Bestellung der genannten Patientenorganisationen.“

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 95 SGB V (Teilnahme vertragsärztlicher Versorgung)

a) § 95 Abs. 1 und 2 SGB V

b) § 95 Abs. 2 b SGB V

B.) Stellungnahme

zu a)

Künftig sollen im Bereich der haus-, frauen- und augenärztlichen Versorgung neben Vertragsärzten auch Gesundheitszentren gleichberechtigt teilnehmen können.

Mit der Neuregelung wird die Möglichkeit eröffnet, den Versicherten eine Versorgung aus einer Hand anzubieten.. Gesundheitszentren können darüber hinaus dazu beitragen, den Einsatz technischer Geräte auf eine angemessenes Maß zu reduzieren und nicht nur die Kooperation mit anderen Ärzten, sondern auch mit anderen Gesundheitsberufen, wie in Dispensaires, zu verbessern. Anders als in Einzelpraxen können Ärzte in Gesundheitspraxen durch entsprechende Organisation in den Gesundheitszentren und Vertretungsregelungen regelmäßig an den im GMG vorgeschriebenen Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen. Zugleich wird gerade in wenig attraktiven Gebieten jungen Ärzten eine Chance gegeben, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen.

Die Regelungen über die Eintragung ins Arztregister, die Zulassung durch den Zulassungsausschuss und die Einbindung in die Bedarfspla-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

nung sowie die Folgeänderungen in der Neufassung des § 95 Abs. 7 können als folgerichtig angesehen werden.

zu b)

Vertragsärzte werden verpflichtet, alle fünf Jahre gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen, dass sie sich gemäß den Vorgaben in § 95 d fortgebildet haben. Kommt ein Vertragsarzt der Fortbildungsverpflichtung nicht nach, wird ihm die Zulassung entzogen. Wenn der Vertragsarzt den Nachweis der Fortbildung nicht oder nicht vollständig erbringt, muss der Zulassungsausschuss ihm eine Nachfrist von mindestens einem Jahr gewähren.

Die gesetzliche Verpflichtung der Vertragsärzte, sich regelmäßig fortzubilden, ist sinnvoll: wie der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2000/2001 Band II ausgeführt hat, besteht im Hinblick auf die Fortbildung der Vertragsärzte erheblicher Reformbedarf. Auch die Koppelung der Fortbildungsverpflichtung an ein Sanktionsinstrument – Entzug der Zulassung – ist zielführend.

C.) Änderungs- und Ergänzungswünsche

zu a)

keine

zu b)

keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 95d SGB V (Pflicht zur fachlichen Fortbildung)

B.) Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Sachverständigenrat und die Gesundheitsministerkonferenz haben seit Jahren eine Rezertifizierung/eine systematische Darlegung der Kompetenzerhaltung der Leistungserbringer gefordert. Dabei wird die von den Landesärztekammern angebotene Fortbildung hinsichtlich des Inhalts und der Durchführung als auch von der Beteiligung der Ärzte als unzureichend angesehen.

In der ambulanten Versorgung haben die Spitzenverbände mit der KBV bereits einige vertragliche Regelungen zur Aufrechterhaltung einer einmal erworbenen Qualifikation (Routineregulungen) für die invasive Kardiologie, Koloskopie und kurative Mammographie getroffen. Für das Mammographie-Screening steht eine Vereinbarung vor dem Abschluss. Ärzte, die diese Routineregulungen auch nicht nach einer Ausschöpfung von Nachbesserungsmöglichkeiten erfüllen, verlieren die Genehmigung zur Durchführung dieser Leistungen. Im Krankenhaus sind keine entsprechenden flächendeckenden Regelungen bekannt.

Aufgrund des wissenschaftlichen Fortschritts ist die im Entwurf geforderte Vermittlung neuester „Fachkenntnisse“, daher grundsätzlich zu begrüßen. Eine Beschränkung auf „ausschließlich fachliche Themen“ wird den stetig wachsenden Anforderungen an die Organisation mit anderen Leistungserbringern in der eigenen oder in anderen Einrich-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

tungen der ambulanten und stationären Versorgung jedoch nicht gerecht. Die Qualitäts-Vereinbarungen in der ambulanten Versorgung gem. § 135 Abs.2 SGB V, insbesondere zur Dialyse, Kardiologie und Mammographie zeigen, dass angemessene Ergebnisse einer Behandlung nicht nur von Fachkenntnissen, sondern auch von funktionalen Fähigkeiten in der Organisation von Abläufen, der Kooperation und Dokumentation und vom Umgang mit Qualitätssichernden Instrumenten abhängen und dass eine ausschließlich auf die Vermittlung fachlicher Aspekte beschränkte Fortbildung nicht mit der Aufrechterhaltung der Kompetenz gleichgesetzt werden kann. Eine Beschränkung der Fortbildungsmaßnahmen auf „fachliche Themen“ darf darüber hinaus auch neue oder wieder entdeckte Paradigma, z. B. die Beteiligung des Patienten und eine Förderung der sprechenden Medizin nicht entgegenstehen.

Sofern daran festgehalten werden soll, dass die Fortbildung vor allem durch die Landesärztekammern organisiert werden soll, ist darauf hinzuwirken, dass nicht wie bisher in der ärztlichen Weiterbildung Gefälligkeitsatteste über die Zahl der durchgeführten Leistungen/Fälle ausgestellt werden.

Ebenso ist zu fragen, inwieweit die Landesärztekammern aufgrund ihrer seit 50 Jahren internalisierten Fortbildungsphilosophie, die nicht immer an den Erfordernissen und Versorgungsabläufen der ambulanten Versorgung ausgerichtet war, selbst nach Vorgaben der Bundesausschüsse in der Lage sind, ein entsprechendes Programm zur Fortentwicklung und Aufrechterhaltung der Kompetenz der niedergelassenen Ärzte anzubieten. Aus finanziellen Gründen sollte jedoch der Vorschlag unterstützt werden, das „insbesondere“ die Kammern der Leistungserbringer die Fortbildung durchführen

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Die für die vertragsärztliche Versorgung geforderten Nachweise über die erfolgreiche Teilnahme an Maßnahmen der Fortbildung und zur Aufrechterhaltung der Kompetenz müssen auch für Leistungserbringer im Krankenhaus gelten.

C.) Änderungs- und Ergänzungswünsche

- (1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, an Maßnahmen zur Fortbildung und zum Erhalt seiner Kompetenz in dem Umfang teilzunehmen, der zur weiteren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet entsprechen und auf die Belange der Patienten ausgerichtet werden. Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Kompetenz müssen über die fachlichen Themen hinaus auch die Anforderungen an die Organisation, Dokumentation und Kooperation mit anderen Leistungserbringern im jeweiligen Leistungsbereich vermitteln. In die Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Kompetenz sind auch Leistungsdaten der Teilnehmer einzubeziehen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen

 - (2) Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen habenArt, Inhalt und zeitlichen Umfang der Maßnahmen der Fortbildung und zur Aufrechterhaltung der Kompetenz festzulegen, die für den Nachweis der Erfüllung der Verpflichtung zur Fortbildung und zur Aufrechterhaltung der Kompetenz nach § 95 Abs. 2b Satz 1 erforderlich ist. Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen legen darüber hinaus die Kriterien für die Anerkennung von Zertifikaten fest. In die Entscheidung der Bundesausschüsse sind Stellungnahmen der Bundesärztekammer sowie der Bundesärztekammer einzubeziehen.
-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

- (3) Der Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an Maßnahmen zur Fortbildung und zur Aufrechterhaltung der Kompetenz gem. Absatz 1 kann durch Zertifikate der Kammern der ... und der Partner der Gesamtverträge erbracht werden.

- (4) Die Bundesausschüsse informieren den Ausschuss Krankenhaus nach § 137 c über Art, Inhalt und zeitlichen Umfang von Maßnahmen der Fortbildung und zur Aufrechterhaltung der Kompetenz.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 100 Abs.1

Unterversorgung – Unterversorgungsgrad bei Hausärzten, Frauen und Augenärzten

§ 100 Abs.4

Anteilige Berücksichtigung der Ärzte in Gesundheitszentren bei der Berechnung des Versorgungsgrades – Folgeänderung **NEU**

B.) Stellungnahme

Nach Nr. 29 der geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte ist eine Unterversorgung zu vermuten, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad in der hausärztlichen Versorgung um 25 % und in der fachärztlichen Versorgung um 50% unterschritten ist. Diese Unterversorgungsgrenzen haben sich in über 2 Jahrzehnten als zweckmäßig erwiesen und sind von den Vertragspartnern auf landes- und Bundesebene nicht zur Diskussion gestellt worden. Es bestand Übereinstimmung, dass Versorgungsprobleme in einzelnen Planungsbereichen nicht durch den vorgegebenen Unterversorgungsgrad, sondern durch die Infrastruktur und Lage des einzelnen Planungsbereichs aufgetreten sind.

Nach der Konzeption GMG gibt es künftig nur noch eine Bedarfsplanung für die haus-, frauen- und augenärztliche Bedarfsplanung. Für diese Arztgruppen soll künftig als Unterversorgungsgrenze wie bei Hausärzten ein Unterschreiten des allgemeinen Versorgungsgrades um 25% gelten. Für die Allgemeinärzte/Hausärzte würde sich damit keine Änderung ergeben. Die WIdO-Studie zeigt, dass die Heraufset-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

zung des Unterversorgungsgrades für Frauen- und Augenärzte selbst in den Ostländern nur in einigen wenigen Planungsbereichen einen geringen Mehrbedarf an Ärzten dieser Arztgruppen bewirken würden, falls dort die Arztsitze von Ärzten, die heute 60 Jahre alt sind, nicht wiederbesetzt werden könnten.

C.) Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 4

Übersorgung – Beschränkung der Bedarfsplanung auf die haus-, frauen- und augenärztlichen Versorgung sowie Einbeziehung der Gesundheitszentren

B.) Stellungnahme

In der geltenden Bedarfsplanung wird die Zulassung durch Zulassungsbeschränkungen bei Übersorgung für die haus- und fachärztliche Versorgung beschränkt. Künftig gibt es nur noch in der augen-, haus- und frauenärztlichen Versorgung Zulassungen. Der Neuzugang für die übrigen Facharztgruppen wird künftig nur noch nach Einzelverträgen gem. § 106b Abs. 5 gesteuert. (zu Satz 1 Nr. 1)

Es ist davon auszugehen, dass bereits zugelassen Ärzte der übrigen Facharztgruppen, die sich in einem im Inkrafttreten des Gesetzes gesperrten Bereich niederlassen wollen, von den Krankenkassen aufgrund deren Planung keinen Einzelvertrag gem. § 106b erhalten.

C.) Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 103 Abs. 4a

Zulassungsbeschränkungen – Verzicht auf die Zulassung in einem gesperrten Bereich, um in einem Gesundheitszentrum tätig zu werden.

B.) Stellungnahme

Verzichtet ein augen-, haus- oder frauenärztlich tätiger Vertragsarzt in einem Planungsbereich, in dem Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um in einem Gesundheitszentrum tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen. Der Vertragsarzt nimmt seinen Arztsitz in das Gesundheitszentrum mit. Eine Praxisübergabe ist damit nicht möglich; allerdings kann der Arzt nach der Gesetzesbegründung die Praxis als Privatpraxis veräußern.

Die Neuregelung stärkt die Stellung der Gesundheitszentren.

C.) Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

Keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

105 Abs. 1 und 4 SGB V (Sicherstellungszuschläge bei Unterversorgung)

In Gebieten, für die Unterversorgung festgestellt wurde, können die Kassenärztlichen Vereinigungen Sicherstellungszuschläge an die Vertragsärzte zahlen. Die Zahlung der Sicherstellungszuschläge wird jeweils zur Hälfte von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen finanziert. Die Gesamtsumme je Kalenderjahr darf höchstens 1 Prozent der Gesamtvergütung betragen.

B.) Stellungnahme

Die Möglichkeit, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch finanzielle Anreize zu fördern, ist grundsätzlich sinnvoll. Nicht nachzuvollziehen ist allerdings, warum die Finanzierung der Sicherstellungszuschläge zur einen Hälfte durch die Krankenkassen erfolgen soll. Auch andere Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung fallen laut Gesetz in die alleinige Kompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Finanzierung der Sicherstellungszuschläge sollte vor allem durch einen effizienteren Mitteleinsatz der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung erfolgen. So gilt es bspw. zu prüfen, ob die Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen nicht dadurch gewährleistet werden kann, dass Mittel innerhalb eines Planungsbereiches umgelenkt werden, z.B. aus einer überversorgten Region des Planungsbereiches hin zu einer unterversorgten Region.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

Streichung des § 105 Abs. 4 Satz 2 SGB V.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 106 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

- a) § 106 Abs. 2 SGB V
- b) § 106 Abs. 4 SGB V
- c) § 106 Abs. 4a, Satz 9 SGB V
- d) § 106 Abs. 5 SGB V
- e) § 106 abs. 5d SGB V
- f) § 106 Abs. 5 c, Satz 3 SGB V

B.) Stellungnahme

zu a)

Die Durchschnittsprüfung sollte im Programm bleiben bis die Richtgrößenprüfung etabliert ist.

Die Zeiträume der Prüfungen sollten flexibilisiert werden. Da Prüfungen über ein Quartal effektiver durchgeführt werden können als wenn jedesmal ein Jahr geprüft werden muss. Die Jahresprüfungen führen im Ergebnis kaum zu höheren Regressen, sondern zu höheren Anerkennungsquoten, da bei Jahresprüfungen die Tendenz besteht die Regresse niedriger (nämlich bezahlbar) festzusetzen. Bei Stichprobenprüfungen wäre der Zeitraum eines Jahres kaum zu leisten.

zu b)

Die Abschaffung des Beschwerdeausschusses ist zu begrüßen.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Für die Besetzung mit unparteiischen Vorsitzenden und unparteiischen Ersatzvertretern stehen zu wenige geeignete Personen zur Verfügung, da es pro KV oft mehrere Prüfungsausschüsse gibt. Auch die Kosten eines Unparteiischen sollten bedacht werden.

In zahlreichen Prüfungsausschüssen funktioniert die Zusammenarbeit zwischen KVen und Krankenkassen gut. Viele Ausschüsse entscheiden einstimmig.

zu c)

Sinnvoll wäre es als Fernziel die Regelungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung einheitlich für das gesamte Bundesgebiet festzulegen. Systematisch passender Standort für eine solche Regelung wäre ein eigener Absatz am Ende des § 106.

Auch bestimmte Regelungen bei denen sich die Vertragspartner blockieren oder die mehr Rechtssicherheit vor Gerichten gewinnen sollen, sollte das BMGS durch eine Rechtsverordnung treffen können.

zu d)

Selektive Klagerechte sind bedenklich. Die Formulierung „betroffene Krankenkassen“ ist missverständlich. Bei der Richtgrößenprüfung könnte man darunter zum Beispiel jede Krankenkasse verstehen, zu deren Lasten der Arzt auch nur ein einziges Arzneimittel verordnet hat.

Deshalb sollte man den bisher zur Anrufung des Beschwerdeauschusses Berechtigten ein Klagerecht einräumen.

zu e)

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Eine abweichende Vereinbarung von individuellen Richtgrößen mit einem Arzt ist nicht praktikabel, insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Gleichbehandlungsgrundsatzes und stößt deshalb auf schwerste Bedenken.

Auch würde der Prüfungsausschuss in fremde Kompetenzen eingreifen, da es ihm nicht obliegt Richtgrößen festzusetzen.

Außerdem würden Ärzte die unwirtschaftlich verordnen mit einem Erlass des Mehraufwands und einer individuellen Richtgröße unberechtigt belohnt. Das ganze Verfahren würde ad absurdum geführt.

zu f)

Das Wort Erstattungspflicht in Satz ist unklar.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a)

Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa, In Satz 3 werden nach dem Wort „umfassen“ die Wörter „neben dem

zur Abrechnung vorgelegtem Leistungsvolumen“ eingefügt, der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen.“

bb, Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Der einer Prüfung nach Satz 1 zu Grunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Quartal und höchstens ein Jahr.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

zu b)

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner bilden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen oder bei einem der in Satz 5 genannten Landesverbände gemeinsame Prüfungsausschüssen. Über den Sitz der Prüfungsausschüsse sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, bestimmt die Aufsichtsbehörde den Sitz. Jedem Prüfungsausschuss gehören Vertreter der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Anzahl an. Über den Vorsitz des Prüfungsausschusses sollen sich die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen jeweils für ein Jahr einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, beruft die Aufsichtsbehörde einen unparteiischen Vorsitzenden und einen unparteiischen Ersatzvertreter, deren Amtszeit zwei Jahre beträgt. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

zu c)

§ 106 Abs. 4a Satz 9 streichen

stattdessen:

Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann Regelungen nach Absatz 1 bis 7, die die Vertragspartner treffen können, teilweise oder insgesamt durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats ersetzen.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

zu d)

Absatz 5 Satz 3 bis 4 wird folgendermaßen gefasst:

„Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkassen, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen Klage erheben. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

Die bisherigen Sätze 5 bis 7 werden aufgehoben.

zu e)

§ 106 Abs. 5d komplett streichen.

zu f)

Formulierungsvorschlag für § 106 Absatz 5c Satz 3:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen können in der Satzung zu Lasten der Gesamtvergütung einen vollständigen oder teilweisen Erlass oder ein Stundung der Erstattungspflicht des Arztes regeln, um sicherzustellen, dass die Erstattungspflicht den Arzt nicht wirtschaftlich gefährdet.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 106 a SGB V (Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, die Plausibilität aller Abrechnungen zu prüfen; eine Begrenzung auf Stichproben, wie bisher in § 83 Abs. 2 SGB V vorgesehen, ist nicht mehr zulässig. Gegenstand der Prüfungen ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand. Der Zeitaufwand ist im EBM je Leistung zu definieren. Die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bis zum 30.06.2004 Richtlinien zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung zu vereinbaren.

B.) Stellungnahme

Angesichts zahlreicher Berichte über Falschabrechnungen ist eine Intensivierung der Plausibilitätskontrollen notwendig. Die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen wird dadurch erschwert, aber nicht völlig verhindert. Bei mit EDV abrechnenden Ärzten ist nicht zu erwarten, dass je Tag mehr Leistungen abgerechnet werden als im Rahmen der zugestanden maximalen Arbeitszeit erbracht werden können.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

kein Änderungsvorschlag

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 106 b (Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung durch Einzelverträge)

1. Nicht mehr die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen sind ab dem 01.01.2005 zuständig für die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben zuständig für die Hausärzte, die Kinderärzte und die Frauen- und Augenärzte.
 2. Zur Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung sind die Krankenkassen verpflichtet, mit geeigneten Ärzten und Psychotherapeuten, Gesundheitszentren und / oder geeigneten Krankenhausärzten Verträge zu schließen.
 3. Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Vertragsangebotes ist öffentlich auszuschreiben. Die Verträge mit den Leistungserbringern sollen bei entsprechendem Versorgungsbedarf verlängert werden, sofern diese den Qualitätsanforderungen genügt haben.
 4. Die Richtlinien des Bundesausschusses, die vereinbarten Qualitätsanforderungen und die Verpflichtung zur Fortbildung gelten auch bei Abschluss von Einzelverträgen.
 5. Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich bis zum 30.06.2004 die Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der Versorgung fest. Zu regeln sind insbesondere Vorgaben für
-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

- eine bedarfsgerechte Versorgung
 - eine diskriminierungsfreie Ausschreibung der Verträge und für ein objektives Auswahlverfahren
 - Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen
 - die Prüfung der Erfüllung der Fortbildungspflicht
 - die Eignung und Qualität der Ärzte und Psychotherapeuten.
6. Bei Gefährdung der Versorgung können die Krankenkassen Verträge mit zugelassenen Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung schließen.
7. Für den Fall, dass ein Leistungserbringer durch Abschluss eines Einzelvertrages aus der vertragsärztlichen Versorgung „herausopiert“, ist ein Bereinigungsmechanismus vorgesehen. Die Vertragspartner können ein davon abweichendes Bereinigungsverfahren vereinbaren.
8. Eine Bereinigung findet auch und nur dann statt, wenn
- ein Leistungserbringer aus anderen Gründen als dem Abschluss eines Einzelvertrages (z.B. Tod, Verkauf der Praxis) aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheidet und
 - sein Leistungsangebot durch den Abschluss von entsprechenden Einzelverträgen ersetzt wird.
9. Die Krankenkassen prüfen die Qualität der im Rahmen von Einzelverträgen erbrachten Leistungen anhand von Stichproben.

B.) Stellungnahme

Mit den vorgesehenen Regelungen sollen die Rahmenbedingungen für den Vertragswettbewerb geschaffen werden. Dabei bleibt dieser Wett-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

bewerb begrenzt auf die fachärztliche Versorgung (unter zusätzlicher Herausnahme der Augenärzte und der Frauenärzte). Unmittelbare Auswirkungen bestehen zunächst für Ärzte, die noch nicht zugelassen sind (d.h. für den fachärztlichen Nachwuchs). Die bereits zugelassenen Fachärzte können wählen, ob sie einen Einzelvertrag abschließen oder im System des Kollektivvertragsrechts verbleiben wollen.

Der von der AOK befürwortete Vertragswettbewerb der Leistungserbringer bleibt also zunächst auf die Fachärzte (ohne die Augen- und Frauenärzte) beschränkt und wird auch bei den anderen Fachärzten erst mittelfristig zum Tragen kommen, wenn die Zahl der über Einzelvertrag verpflichteten Ärzte allmählich steigt. Auch die Vorgabe, dass die Grundsätze zur Vergütung und ihren Strukturen auf Spitzenverbandsebene gemeinsam und einheitlich gestaltet werden soll, schränkt den Vertragswettbewerb bereits ein.

Ohne Vorschriften zur Bereinigung der Gesamtvergütung wäre der Abschluss von Einzelverträgen nicht zustande gekommen. Der AOK Bundesverband begrüßt daher, dass inzwischen Bereinigungsvorschriften vorgesehen sind

- für den Fall, dass ein Facharzt aus der vertragsärztlichen Versorgung „herausoptiert“ und einen Einzelvertrag abschließt (Abs. 8),
- für den Fall, dass die Teilnahme eines Leistungserbringers an der vertragsärztlichen Versorgung aus anderen Gründen, z.B. Tod oder Praxisaufgabe, endet (Abs. 9).

Die Bereinigungsvorschrift in Abs. 8 sieht vor, dass der Gesamtvergütungsbetrag um jenen Prozentsatz vermindert wird, „der dem relativen Anteil des abgerechneten Punktzahlvolumens des ausscheidenden Leistungserbringers an der Gesamtheit des Punktzahlvolumens der fachärztlichen Versorgung entspricht; dabei ist jeweils das zu Lasten

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

der einzelnen Krankenkasse abgerechnete und anerkannte Punktzahlvolumen des letzten Kalenderjahres zugrunde zu legen“. Hierzu wird ein Nachweis des Punktzahlvolumens der fachärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen benötigt. Die Krankenkassen können dieses Volumen nicht ermitteln, da die Abrechnungsdaten kein Kennzeichen bezüglich haus- bzw. fachärztlicher Tätigkeit beinhalten.

Die jetzt vorgesehene Bereinigungsvorschrift in Abs. 9 wird als problematisch angesehen. Sie sieht eine Bereinigung der Gesamtvergütung für den Fall, dass ein Leistungserbringer aus anderen als den in Abs. 8 genannten Gründen aus der Regelversorgung ausscheidet, nur dann vor, wenn die durch diesen Leistungserbringer erbrachte Versorgung zukünftig durch den Abschluss von weiteren Einzelverträgen sichergestellt ist. Wenn Überkapazitäten im fachärztlichen Bereich vorhanden sind, werden diese durch den Abschluss neuer Einzelverträge entweder nicht wirksam abgebaut – oder der Abbau von Überkapazitäten, indem die Krankenkassen keine neuen Einzelverträge abschließen, führt nicht zu den erforderlichen Einsparungen. Die Krankenkassen befinden sich durch die jetzt vorgesehene Regelung in einer ungleichgewichtigen Finanzierungssituation: Im Fall von Unterversorgung müssen sie zur Sicherstellung der Versorgung neue Einzelverträge abschließen, die sie zusätzlich finanzieren müssen – im Falle von Überversorgung erhalten sie jedoch keinen finanziellen Ausgleich, wenn sie keine weiteren Einzelverträge abschließen, um die Überversorgung zu verringern. Insgesamt werden den Krankenkassen auf diese Weise Mehrkosten entstehen.

Das dem Gesetzentwurf zugrunde liegende Konzept zur Schaffung von Vertragswettbewerb bedarf einer grundsätzlichen Diskussion, bei der auch Alternativen zu prüfen sind. So könnten die Krankenkassen z. B. berechtigt werden, Leistungs- und Versorgungsbereiche zu benennen,

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

die aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen herausgenommen werden. In Betracht kommen insbesondere Bereiche, die Überkapazitäten aufweisen und dadurch zu unnötig hohen Kosten führen. Die Krankenkassen sollten hier das Recht erhalten, diejenigen Leistungserbringer unter Vertrag zu nehmen, die für eine qualitativ gute und wirtschaftliche Versorgung benötigt werden. Durch diesen Vertragswettbewerb könnten Überkapazitäten abgebaut und dadurch verursachte Kosten eingespart werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Alternativen zum Ausbau des Wettbewerbs sollten geprüft werden.

Abs. 5 Satz 3 Nr. 3 („Vorgaben für Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen“) sollte gestrichen werden.

Abs. 8 wird ergänzt um Satz 3 (neu): „Zu diesem Zweck weisen die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Abrechnungen das Punktzahlvolumen der Fachärzte gegenüber den Krankenkassen gesondert aus.“ Die Sätze 3 – 6 werden zu Satz 4 – 7.

Der zweite Halbsatz in Abs. 9 „sofern auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Absatz 1 eine den Leistungen des Leistungserbringers im letzten Kalenderjahr nach Art und Umfang vergleichbare Versorgung sichergestellt worden ist“ wird gestrichen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§§ 108–110 SGB V (Beziehungen zu Krankenhäusern)

B.) Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband weist die in den o.g. Paragraphen vorgeschlagenen Regelungen als unzureichend zurück. Auch wenn der Schwerpunkt auf die Versorgungsverträge gesetzt wird, und der Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit den Krankenhäusern ab 2007 entfallen soll, lässt der Vorschlag des BMGS an einer konzeptionellen Grundlage, aufbauend auf der Idee des (Kassen-)Wettbewerbs zu wünschen übrig. Die Vorgabe für die Krankenkassen z. B., Versorgungsverträge gemeinsam und einheitlich abzuschließen, widerspricht der offiziell nun stärker wettbewerbsorientierten Linie der GKV. Korrespondierende Änderungen im KHG, wie sie i. R. d. Krankenhausplanungsüberlegungen zu erwarten wären, fehlen vollends.

Sollte es ein Vorhaben des BMGS sein, Regelungen zur Weiterentwicklung des stationären Sektors grundsätzlich in späteren Gesetzesvorhaben zu thematisieren, so sind konsequenter Weise alle Änderungen für das Krankenhaus in einen späteren, in sich schlüssigen Gesetzesentwurf, aufzunehmen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Der AOK-Bundesverband spricht sich für eine stringente wettbewerbliche Lösung der Krankenhausplanung und -finanzierung ab dem Jahre 2007 aus. Eine Neuordnung der stationären Versorgung, die den

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Wettbewerb der Krankenkassen adäquat berücksichtigt, bedeutet den Übergang vom „gemeinsam und einheitlich“ zu kassenspezifischen Verhandlungen.

Für die Krankenhausplanung im Wettbewerb ist ein Kontrahierungszwang bzgl. bestimmter Mengen, aber unabhängig von Standorten vorzusehen. Die Kontrollfunktion haben in einem solchen Modell vor allem die Versicherten (drohende oder tatsächliche Abwanderung). Zusätzlich könnte die Aufsicht überprüfen, ob insbesondere in den kritischen Randbereichen ausreichend Versorgungsangebote unter Vertrag genommen sind (Landesbehörden als Institution des Verbraucherschutzes). Der Gefahr überhöhter Mindestvorgaben durch die Landesbehörden könnte damit begegnet werden, indem zurückgekehrt wird zur „echten“ dualen Finanzierung oder indem durch eine bundesweite Institution, welche gleichzeitig für die Einhaltung der Beitragssatzstabilität zuständig ist, Vorgaben für bestimmte Regionstypen erlassen werden. Die duale Finanzierung könnte zu einer Art Wirtschaftsförderung entwickelt werden, bei der Bundesländer im Interesse ihrer Patienten und als Investition in den eigenen Wirtschaftsstandort Krankenhäuser unterstützen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 111 b SGB V

B.) Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband begrüßt die Beteiligung der Patienten und behinderten Menschen an Empfehlungen der Rehabilitationsträger.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 115 SGB V

B.) Stellungnahme

Bisher hatten die Vertragsparteien auf Landesebene die Möglichkeit von den in § 115 a Abs. 2 Satz 1 – 3 SGB V festgelegten Fristen für vor- und nachstationäre Behandlung abzuweichen. Diese Regelungskompetenz entfällt.

Bisher wurde in keinem Land eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen. Im Sinne einer einheitlichen Definition der vor- und nachstationären Behandlungsmöglichkeiten ist die vorgeschlagene Regelung zu begrüßen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 115a SGB V (Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus)

Die bisherige Frist für die nachstationäre Behandlung wird von 14 Tagen auf einen Monat ausgedehnt. Die Beschränkung auf maximal sieben Behandlungstage entfällt.

Den Landesverbänden von Krankenkassen und Krankenhäusern wird die Möglichkeit gegeben, im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, vom Gesetz abweichende Behandlungsfristen zu vereinbaren. Diese sind nach Krankheitsbildern zu differenzieren.

B.) Stellungnahme

Grundsätzlich ist es sinnvoll, die Verantwortlichkeit der Krankenhäuser auf den Zeitraum nach der Entlassung zu erweitern. Die vorgesehene Regelung entspricht allerdings einer Generalzulassung für sämtliche Fachbereiche und Krankenhausleistungen, die zusätzlich zur Vergütung aus den DRGs von den Krankenkassen finanziert werden müssen. Die Einspareffekte durch DRGs würden durch diese Änderung minimiert werden. Die möglichen negativen Folgen einer verfrühten Krankenhausentlassung sind eher zu vermeiden, indem die Krankenhäuser durch Transparenz und Öffentlichkeit dazu angehalten werden, die vergüteten Leistungen angemessen zu erbringen.

Die Möglichkeit der Landesebene in zweiseitigen Verträgen von den vorgegebenen Fristen bei bestimmten Krankheitsbildern abzuweichen, führt dazu, dass vergleichbare Leistungen in den einzelnen Ländern unterschiedlich behandelt werden. Dies konterkariert die Bemühun-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

gen, durch die DRGs eine bundeseinheitliche Leistungs- und Vergütungsstruktur einzuführen. Aus diesem Grund sollten entsprechende Verträge nicht auf der Landes- sondern Bundesebene abgeschlossen werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine Änderung im Sinne der Nr. 63 a) und b).

Absatz 2 Satz 4 des GMG-Entwurfs, Artikel 1, zu § 115a SGB V ist wie folgt zu ändern:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit der DKG oder der Vereinigung der Krankenhausträger auf Bundesebene

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus)

Es wird vorgegeben, dass die Vergütung in Form von Fallpauschalen zu erfolgen hat. Die Selbstverwaltung wird beauftragt einen entsprechenden Katalog von ambulant durchzuführenden Operationen und stationsersetzenden Eingriffen bis zum 31.12.2004 zu vereinbaren. Kommt eine Einigung nicht zustande, wird das BMGS ermächtigt für die Vertragsparteien die Schiedsstelle anzurufen.

Für die Bereiche, die durch die Selbstverwaltung nicht bis zum 31.12.2004 geregelt werden, erhält das BMGS die Kompetenz, diese durch eine Rechtsverordnung zu regeln.

B.) Stellungnahme

Die derzeit geltende Ausgestaltung des Konfliktlösungsmechanismus hat dazu geführt, dass notwendige Vereinbarungen, insbesondere im Hinblick auf die Anpassung des § 115b SGB V an die DRG-Einführung, nicht zustande gekommen sind. Divergierende Interessen der Vertragsparteien haben dazu geführt, dass in keinem der regelungsbedürftigen Bereiche die für eine Einigung notwendige 2/3 Mehrheit erreicht wurde.

Das wesentliche Problem für diese Selbstblockade der Selbstverwaltung liegt darin begründet, dass die derzeitige Ausgestaltung des § 115b SGB V keinen Ausgleich zwischen den Interessen der Leistungsnachfrager und der Leistungsanbieter ermöglicht. Die Leistungsanbieter verfügen zur Zeit über doppelt so viele Stimmen wie die Leistungsnachfrager. Sie haben somit grundsätzlich die Möglichkeit

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

anbieterorientierte Strukturen und Regelungen zu Lasten der Beitragszahler durchzusetzen. Eine dem Grundsätzen des Wettbewerbs verpflichtete Regelung setzt jedoch eine paritätische Verhandlungsbasis voraus. Hierzu ist es notwendig, dass die Stimmrechte der Leistungsnachfrager und der Leistungsanbieter ausgeglichen sind.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 115b ist dahingehend zu ändern, dass die Stimmen der Spitzenverbände der Krankenkassen gleich der Summe der Stimmen von DKG und Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist. Die Vorschrift Fallpauschalen zu verwenden greift unnötig tief in die Selbstverwaltungskompetenzen ein und berücksichtigt die Querbeziehungen zu anderen ambulanten Vergütungssystemen nicht.

A.) Vorschrift

§ 116a SGB V (Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung)

B.) Stellungnahme

§ 116a wird neu in das SGB V aufgenommen und verpflichtet den Zulassungsausschuss zugelassene Krankenhäuser in den Planungsbereichen für die ambulante Versorgung in unterversorgten Regionen zuzulassen, soweit und solange der Landesausschuss der Ärzte und Kassen nach den Kriterien für Unterversorgung nach § 100 SGB V in seiner neuen Fassung festgestellt hat.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung ambulanter Leistungen kann zum Abbau von Versorgungsdefiziten beitragen. Allerdings ist zu beachten, dass bereits das geltende Recht die Beteiligung von Krankenhäusern bzw. Krankenhausärzten an der vertragsärztlichen Versorgung vorsieht, wenn anders die notwendige Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Die im Rahmen entsprechender Ermächtigungen erbrachten ambulanten Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung finanziert. Dies muss daher auch für Leistungen nach § 116a gelten.

Wenn nun die Krankenhäuser keiner speziellen Ermächtigung im Einzelfall bedürfen, sondern automatisch in unterversorgten Regionen nach § 100 SGB V in seiner Neufassung zur Erbringung ambulanter Leistungen zuzulassen sind, dann wird insoweit die für die vertragsärztliche Versorgung bestehende Bedarfsplanung außer Kraft gesetzt. Im Ergebnis ist mit einer Ausweitung ambulanter fachärztlicher Leistungen insbesondere in ländlichen Regionen zu rechnen.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen die Krankenkassen mit einem erheblichen zusätzlichen Ausgabenrisiko belastet. Die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung in unterversorgten Regionen darf nicht automatisch aufgrund der Kriterien in § 100 SGB V erfolgen. Die Unterversorgung sollte lediglich im Sinn einer Mindestvoraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrags gelten, aber nicht zu einer Zulassung verpflichten. Die Krankenkassen müssen frei entscheiden können, ob sie einen Versorgungsauftrag mit einem Krankenhaus über die Erbringung ambulanter Leistungen abschließen wollen oder nicht.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Sofern der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in einzelnen Planungsbereichen Unterversorgung festgestellt hat, können die Krankenkassen oder deren Verbände auf Antrag zugelassener Krankenhäuser diese zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, soweit und solange die Unterversorgung anhält. § 120 Abs. 1 gilt entsprechend.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 116 b SGB V (Ambulante Behandlung im Krankenhaus)

B.) Stellungnahme

Die Möglichkeit, in begründeten Fällen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogrammen nach § 137g SGB V Verträge zur ambulanten Versorgung mit Krankenhäusern schließen zu können ist zu begrüßen

Im zweiten Absatz ist es sachgerecht, dass hier zweiseitige Verhandlungen zwischen der Krankenseite und den Krankenkassen geschlossen werden sollen. Zur Klarstellung sollte ergänzt werden, dass die Verhandlungsgegenstände schiedsstellenfähig nach § 18a KHG sind.

In diesem Zusammenhang ist auch explizit auf die Problematik der Aufnahme in ein Krankenhaus (z. B. im Rahmen einer Änderung des § 39 SGB V) einzugehen. Denn die grundsätzlich zu begrüßende Öffnung der Krankenhäuser ist – insbesondere auch hinsichtlich der zu erwartenden Fallzahlsteigerung durch die Einführung von DRGs – mit der Gefahr verbunden, Patienten unnötig stationär zu behandeln. Ein leistungsbereichsübergreifender Kriterienkatalog zur Differenzierung zwischen ambulanter bzw. stationärer Behandlungsbedürftigkeit ist notwendig, um den Grundsatz ambulant vor stationär auch bei „geöffneten“ Krankenhäusern durchsetzen zu können.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Nr. 2 Absatz 2 wird wie folgt ergänzt: Kommen Vereinbarungen nach Nr. 1 und 2 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Nicht geregelt und daher zukünftig noch zu berücksichtigen ist die Vergütung und Finanzierung der hochspezialisierten Leistungen und ggf. die Bereinigung des ambulanten Budgets. Insoweit ist entscheidend, dass keine Pflicht zum Vertragsabschluss besteht.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 117 SGB V (Hochschulambulanzen)

Die Regelung der Teilnahme der Einrichtungen nach § 117 Abs. 1 und 2 an der ambulanten Versorgung erfolgt nicht mehr über das Ermächtungsverfahren durch die Zulassungsausschüsse nach § 96 sondern durch Direktverträge zwischen den Krankenkassen (gemeinsam und einheitlich) und den Hochschulambulanzen.

Über Verweis auf den neuen § 106b Abs. 3 Satz 1 und 2 wird dieser Leistungsbereich in den Anwendungsbereich der Richtlinien der Bundesausschüsse und weiterer dort genannter Bestimmungen einbezogen und von der Geltung der amtlichen Gebührenordnungen ausgenommen. Durch den Verweis auf § 106b Abs. 10 SGB V sind Stichprobenprüfungen bzgl. der Qualität gesetzlich vorgesehen.

B.) Stellungnahme

Die Umwandlung des Rechtsanspruchs auf Ermächtigung gegenüber den Zulassungsausschüssen nach § 96 aus dem aktuellen § 117 SGB V hin zu einem Kontrahierungszwang mit den Kostenträgern geht am wesentlichen Änderungsbedarf im Bereich der Finanzierung der Hochschulambulanzen vorbei. Mit der Ausdehnung des früheren Ermächtigungsanspruchs der ehemaligen Polikliniken auf alle Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulen durch das FPG ab 01.01.2003 ist eine Rechtslage entstanden, die eine uneingeschränkte Ausweitung der Zahl der Leistungserbringer ermöglicht. Schon jetzt fallen nach Erhebungen des AOK-Bundesverbandes in diesem Sektor ca. 3 Millionen Behandlungsfälle pro Jahr an. In 2001 waren das ca. 18

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

% der Krankenhausfälle. Allein aufgrund der Neureglung der Einzelfallvergütung der Hochschulambulanzen durch das FPG in § 120 Abs. 2 SGB V erwartet die GKV eine Vervielfachung des derzeitigen Ausgabenvolumens in diesem Bereich, ohne dass dabei schon die Wirkungen einer weiteren Zunahme der Anzahl der Leistungserbringer berücksichtigt wären.

Im Zuge der weiteren Umsetzung der Krankenhausvergütungsreform sind in diesem Bereich mittelfristig Verschiebeeffekte und Kompensationsstrategien seitens der Hochschulkliniken zu erwarten, die die Wirtschaftlichkeitsanreize der Krankenhausvergütungsreform an dieser Stelle konterkarieren. Auf der Basis einer Verpflichtung zum Vertragsabschluss fehlen hier angemessene Möglichkeiten gegenzusteuern; die regulierenden Wirkungen des Wettbewerbs fehlen.

Vor diesem Hintergrund ist der hier nach wie vor vorgesehene Kontrahierungszwang aus Sicht des AOK-Bundesverbandes abzulehnen.

Diese grundsätzliche Kritik vorausgeschickt, ist die hier vorgelegte Neuregelung des Zugangs der Hochschulambulanzen zur ambulanten Versorgung durch Direktverträge allerdings insofern zu begrüßen, als dadurch der Umfang des Leistungsvolumens als ausgabenrelevanter Parameter (§ 117 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 S. 2) nun wenigstens durchgängig durch die Kostenträger verhandelt wird. Das Gleiche gilt für die Anbindung an die Regelungen des neuen § 106b Abs. 3 Satz 1 und 2 und Abs. 10.

Darüber hinaus besteht jedoch weiterer Nachbesserungsbedarf hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Entsprechend dem Verweis auf die in § 106b Abs. 3 S. 1 genannten Vorschriften ist eine Regelung vorzusehen, dass die Vertragspartner sich auch entsprechend auf geeignete Maßnahmen zur Überprüfung der Einhaltung dieser Vorschrif-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

ten und des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit als verpflichtendem Vertragsbestandteil zu verständigen haben.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 117 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken Verträge über die ambulante Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen durch die Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) ab. Eine Verpflichtung zum Vertragsabschluss besteht dabei nur insoweit als erforderlich, damit die Hochschulen die Untersuchung und Behandlung der in Satz 1 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können.“

An § 117 Abs. 1 SGB V – neu – wird folgender Satz 4 angefügt:

„Als verpflichtende Bestandteile sind in die Verträge dabei auch Vereinbarungen über geeignete Maßnahmen zur Überprüfung der Einhaltung dieser Vorschriften insbesondere hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit aufzunehmen.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 118 SGB V (Psychiatrische Institutsambulanzen)

Zu a) Absatz 1:

Die Regelung der Teilnahme der psychiatrischen Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung nach § 118 SGB V erfolgt – wie bei den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V – nicht mehr über das Ermächtigungsverfahren durch die Zulassungsausschüsse nach § 96 SGB V sondern durch Direktverträge zwischen den Krankenkassen (gemeinsam und einheitlich) und den psychiatrischen Krankenhäusern.

Über Verweis auf den neuen § 106b Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V wird dieser Leistungsbereich in den Anwendungsbereich der Richtlinien der Bundesausschüsse und weiterer dort genannter Bestimmungen einbezogen und von der Geltung der amtlichen Gebührenordnungen ausgenommen. Durch den Verweis auf § 106b Abs. 10 SGB V sind Stichprobenprüfungen bzgl. der Qualität gesetzlich vorgesehen.

Zu b) Absatz 2:

Absatz 2 sieht eine entsprechende Regelung der Teilnahme an der ambulanten Versorgung durch zweiseitige Verträge (mit Kontrahierungszwang) für selbständige, fachärztlich geleitete psychiatrische Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung vor. Die vertragliche Festlegung der Gruppe der zu behandelnden Patienten erfolgt entsprechend nicht mehr unter Einbeziehung der KBV sondern direkt zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Als schlichtende Stelle hierfür wird das (erweiterte) Bundesschiedsamt nach § 89 SGB V durch ein neues Schlichtungsgremium ersetzt, das den Regelungen nach § 18a Abs. 6 Satz 4 bis 12 Krankenhausfinanzierungsgesetz unterstellt wird.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

B.) Stellungnahme

Zur Frage des Ersatzes des Rechtsanspruches auf Ermächtigung zur ambulanten Behandlung durch eine Verpflichtung zum Abschluss zweiseitiger Verträge zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern mit Kontrahierungszwang gilt ebenso wie für die vorgeschlagene Änderung des § 117 SGB V: das Festschreiben eines Kontrahierungszwangs widerspricht dem Grundanliegen dieser Gesetzesnovelle, das Wettbewerbsprinzip im Gesundheitswesen zu stärken.

Im übrigen sind die Neuregelungen zur vertraglichen Festlegung der anspruchsberechtigten Patientengruppe und der Schiedsstelle zu begrüßen.

Darüber hinaus besteht jedoch Ergänzungsbedarf hinsichtlich des folgenden Punktes: Entsprechend dem Verweis auf die in § 106b Abs. 3 S. 1 SGB V genannten Vorschriften ist eine Regelung vorzusehen, dass die Vertragspartner sich auch entsprechend auf geeignete Maßnahmen zur Überprüfung der Einhaltung dieser Vorschriften und des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit als verpflichtendem Vertragsbestandteil zu verständigen haben.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Nach § 118 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Als verpflichtende Bestandteile sind in den Verträgen dabei auch Vereinbarungen über geeignete Maßnahmen zur Überprüfung der

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Einhaltung dieser Vorschriften insbesondere hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit aufzunehmen.“

§ 118 Absatz 2 wird ab Satz 4 wie folgt gefasst:

„Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern; § 18 a Abs. 6 Sätze 4 bis 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gelten entsprechend. § 106 b Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Als verpflichtende Bestandteile sind in den Verträgen dabei auch Vereinbarungen über geeignete Maßnahmen zur Überprüfung der Einhaltung dieser Vorschriften insbesondere hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit aufzunehmen.“

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 119 a SGB V

B.) Stellungnahme

Anliegen der Politik ist, vermeintliche Defizite in der Akutversorgung für geistig Behinderte auszugleichen, vor allem aber in diesem Feld agierenden Ärzten bessere Vergütungsmöglichkeiten als bisher zu eröffnen (Verträge, auch über Vergütung wären unmittelbar zwischen allen KK (gemeinsam) und der Einrichtung der Behindertenhilfe/Reha-Einrichtung zu schließen). Bisher bestehen Zulassungen/Ermächtigungen für die entsprechenden Ärzte und Vergütungen meist aus dem Topf der kassenärztlichen Versorgung.

Unter Einrichtungen der **Behindertenhilfe** versteht man Häuser von Wohlfahrtsverbänden, Kirchen und Behindertenorganisationen, gleich ob Werkstätten, Tagesstätten, Wohnheime, Suchthilfe-Einrichtungen, aber auch Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen. Auch wenn solche Häuser über ärztlich geleitete Abteilungen verfügen, dürfte die Aufgabenstellung dieser Abteilungen innerhalb des Hauses und damit auch ihre Kompetenz sehr unterschiedlich sein. (Ärztliche Leitung bedeutet übrigens nicht, dass der Arzt dort angestellt ist; es kann sich auch um frei praktizierende/zugelassene Ärzte handeln). Im Zweifel werden solche Häuser sehr schnell entsprechende Abteilungen schaffen und Verträge mit den KK einfordern. Auf diese Weise können sie ihr Angebot erweitern, zudem die ambulante ärztliche Behandlung ihres Klientels selber übernehmen.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Reha-Einrichtungen sind im Entwurf ebenfalls nicht definiert, es könnten also nach dem Wortlaut des § 119a SGB V auch berufliche und soziale Reha-Einrichtungen Verträge einfordern, zudem nicht nur solche für geistig Behinderte, sondern generell, außerdem ambulante wie auch stationäre.

Versicherte mit geistiger Behinderung sind nicht näher definiert. Gehören hierzu z.B. auch Demente, psychisch Kranke, Suchtkranke etc? Inanspruchnahme "**wegen Art und Schwere einer geistigen Behinderung**" ließe sich noch eingrenzen, aber "**zu große Entfernung**" und "**nicht geeignete Ärzte**" sind wieder so unbestimmt, dass es enorm viele Versicherte geben wird, für die Akutversorgung in einer Reha-Einrichtung in Betracht kommt. – Viele Reha-Anbieter werden Interesse haben, ihr Angebot um Akutversorgung zu erweitern. Wenn dies bei geistiger Behinderung ermöglicht wird, dürften andere Behinderungen auf Dauer kaum auszugrenzen sein.

Bei Vermengung des Angebots von Akutversorgung und Reha durch ein und dieselbe Einrichtung beinhaltet eine Reihe problematischer Folgewirkungen. Dies haben wir in Deutschland bisher aus guten Gründen vermieden. Die Regelung wäre der erste Schritt zur Aufgabe der gegliederten Versorgungsstrukturen und damit auch des gegliederten Reha-Systems.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die Regelung des § 119 SGB V ist ungeeignet und sollte gestrichen werden.

Die Neuordnung des Vertragsrechts wird ohnehin vorsehen, dass mit Ärzten individuell Verträge geschlossen werden. An geeigneter Stelle könnte auch für Ärzte, die in der Behindertenhilfe oder in Reha-Einrichtungen tätig sind, die Möglichkeit von individuellen Verträgen

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

mit Krankenkassen eröffnet werden, aber nur unter der Voraussetzung, dass die organisatorische Trennung der Akuttätigkeit von der Tätigkeit für die Einrichtung sichergestellt ist. Außerdem sollten Verträge nicht auf Verlangen von Ärzten oder Einrichtungen in Betracht kommen, sondern nur durch die einzelne Krankenkasse, die Unterversorgung für bestimmte Zielgruppen festgestellt hat.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 124 SGB V

Änderung nicht vorgesehen, aber notwendig **NEU**

B.) Stellungnahme

Die Zulassung von Heilmittelleistungserbringern erfolgt durch die Landesverbände der Krankenkassen. Hier kommt es immer wieder zu unterschiedlichen Entscheidungen, die z. T. Klageverfahren zur Folge haben. Nicht immer wird im Sinne der Qualitätssicherung das Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen konsequent geprüft, teilweise fallen Zulassungsentscheidungen auch unter Wettbewerbsaspekten.

Um die Qualität der Leistungserbringung sicher zu stellen sollte die Zulassung im Heilmittelbereich nur noch gemeinsam und einheitlich von den Landesverbänden der Krankenkassen erteilt werden. Dies würde das Verfahren für den Leistungserbringer entbürokratisieren, der derzeit die Zulassung bei allen Kassenarten separat beantragen muss.

Insbesondere die jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene kontinuierliche Fortbildungspflicht für Heilmittelerbringer macht ein einheitliches Vorgehen aller Krankenkassen im Zulassungsverfahren zwingend. Es reicht nicht aus nur die Anforderungen an die Fortbildung auf Bundesebene durch die Partner der Rahmenempfehlung kassenartenübergreifend festzulegen. Auch die Umsetzung der Qualitätssicherung muss kassenübergreifend erfolgen. Kann der Leistungserbringer den Nachweis der Fortbildung nicht erbringen, ist die Zulassung für die

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Versorgung aller Kassenarten zu entziehen. Sonst besteht – wie derzeit bei der Erteilung der Zulassung – die Gefahr, dass aus wettbewerblichen Aspekten (Leistungserbringer und Mitarbeiter sind bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert) die Erfüllung der Fortbildungspflicht unterschiedlich beurteilt wird und es so im Endeffekt nicht zum vorgesehenen Zulassungsentzug kommt.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 124 Abs. 5 Satz 1 SGB V sollte wie folgt gefasst werden:
„Die Zulassung wird gemeinsam und einheitlich von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen sowie der See-Krankenkasse erteilt.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 125 SGB V (Rahmenempfehlung und Verträge)

Folgende Änderungen sind vorgesehen:

1. Anhörung von Behindertenorganisationen
2. Verpflichtung der Heilmittelerbringer zur Fortbildung
3. Ergänzung des Vertragsabschlusses auf Verbandsebene durch Einzelverträge mit niedrigeren Preisen bei gleicher Qualität
4. Verpflichtung der Krankenkassen, Versicherte sowie Ärzte über preisgünstige Vertragspartner zu informieren
5. Verpflichtung der Leistungserbringer Versicherte über seine Preise zu informieren

B.) Stellungnahme

zu 1.:
wird begrüßt

zu 2.:
Die kontinuierliche Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung wird grundsätzlich begrüßt. Sie wird tendenziell zu Mehrausgaben führen, da der Leistungserbringer seine Fortbildungskosten letztlich über die Preise refinanzieren muss und auch bei den Krankenkassen ein erhöhter Verwaltungsaufwand entsteht.

Der angedachte Sanktionsmechanismus der Zulassungsentziehung bei Nichterfüllung der Fortbildungspflicht wird nur funktionieren, wenn er gemeinsam von allen Kassen ausgesprochen wird. Sonst besteht wie

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

bereits derzeit bei der Erteilung der Zulassung die Gefahr, dass aus wettbewerblichen Aspekten die Erfüllung der Fortbildungspflicht unterschiedlich beurteilt wird und es im Endeffekt nicht zum vorgesehenen Zulassungszug kommt. Im Rahmen der Einführung der kontinuierlichen Fortbildungspflicht ist daher auch der § 124 SGB V so zu ändern, dass die Zulassung wie auch der Zulassungszug gemeinsam und einheitlich von den Krankenkassen ausgesprochen wird.

zu 3.:

Bereits derzeit können die Landesverbände der Krankenkassen Verträge mit den Verbänden der Leistungserbringer oder mit einzelnen Leistungserbringern abschließen. Die vorgesehene Änderung, dass Verträge mit einzelnen Leistungserbringern nur noch zu niedrigeren Preisen bei gleicher Qualität abgeschlossen werden können, ist unnötig. Eine Krankenkasse würde keinen Vertrag mit einem Einzelanbieter zu einem höheren Preis abschließen, wenn die Leistung bereits im Verbandsvertrag günstiger geregelt ist. Die vorgesehene Neuregelung kann sogar zu Mehrkosten führen, wenn eine Preisvereinbarung ausgelaufen ist und eine neue aufgrund der hohen Preisforderungen des Leistungserbringerverbandes nicht zustande kommt. Den Krankenkassen würde durch die Neuregelung die Möglichkeit verwehrt, mit einzelnen Leistungserbringern die Fortgeltung der alten Preise zu vereinbaren, da diese ja nicht günstiger sind.

zu 4.:

Die Verpflichtung der Kassen alle Ärzte und Versicherte über Anbieter mit Sonderverträgen erzeugt einen immensen Verwaltungsaufwand, der in keinem angemessenen Verhältnis zu den ggf. realisierten Preisabschlägen steht. Von daher sollte diese Ergänzung entfallen, statt dessen sollte in § 275 ein Begutachtungs- und Genehmigungsverbehalt aufgenommen werden, so dass Patienten in geeigneten Fäl-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

len auf wirtschaftliche Versorgungsformen hingewiesen werden können.

zu 5.:

Die Verpflichtung des Leistungserbringers den Patienten darüber zu informieren, dass er nicht Sondervertragspartner der Kasse ist, wird voraussichtlich nicht steuernd wirken. Wenn diese Information überhaupt erfolgt ist die Auswahl des Leistungserbringers bereits abgeschlossen. Zudem ergeben sich für den Patienten kaum Vorteile durch den Wechsel zur einem anderen Leistungserbringer, da die Ersparnis durch eine geringere Zuzahlung in keinem Verhältnis zu dem Aufwand eines Leistungserbringerwechsel steht.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu 1.:

keine

zu 2.:

Keine Änderung in § 125, aber in § 124 muss eine einheitliche Zulassung durch alle Kassenarten vorgesehen werden.

zu 3.:

Änderung sollte entfallen

zu 4.:

Änderung sollte entfallen, statt dessen sollte der Beginn des § 275 Abs. 3 Nr. 2 wie folgt gefasst werden:

„Vor Bewilligung eines Heil- oder Hilfsmittels, ob das Heil- oder Hilfsmittel erforderlich ist;“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

zu 5.:

Die Änderung kann entfallen, wenn stattdessen den Krankenkassen durch die o.g. Änderung des § 275 die Möglichkeit gegeben wird die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit des verordneten Heilmittels im Vorfeld zu prüfen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 126 Zulassung von Leistungserbringern von Hilfsmitteln ***NEU***

B.) Stellungnahme

Die althergebrachte Zulassung entspricht dem historisch gewachsenen tradierten Innungsstrukturen. Sie hat heute im Wesentlichen rein deklaratorischen Charakter. Weder die Preiswürdigkeit des Leistungserbringers noch die Qualität der von ihm künftig abgegebenen Produkte können im heutigen Zulassungsverfahren dezidiert geprüft werden. Dennoch ist die Zulassung bisher – auch von Sozialgerichten – so missverstanden worden, dass bei zugelassenen Leistungserbringern ohne weitere Prüfung die vorhandene Wirtschaftlichkeit im Sinne des § 2 SGB V unterstellt wird und sie zur unmittelbaren Versorgung zu Lasten der GKV berechtigt sind.

Da das Zulassungsverfahren im Hilfsmittelbereich weder marktsteuernde Wirkung entfaltet noch die Qualität der letztlich abgebenen „Sachmittel“ verbessert (hier wirken die Qualitätskriterien des Hilfsmittelverzeichnisses wesentlich besser), sollte das offizielle Zulassungsverfahren komplett aufgehoben werden. Die Pflichten des Leistungserbringers bei der Abgabe von Hilfsmitteln können wesentlich sachgerechter in Verträgen – auch mit Gruppen von Leistungserbringern – geregelt werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 126 wird ersatzlos gestrichen

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 127 SGB V (Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern von Hilfsmitteln)

Folgende Änderungen sind vorgesehen:

1. Neuformulierung der Vertragsbeziehungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer unter besonderer Betonung des Wiedereinsatzes.
2. Abschluss von Verträgen mit einzelnen Leistungserbringern zu niedrigeren Preisen oder zum Festbetrag. Die Aufforderung zur Angabe eines Angebots soll unter Bekanntgabe von objektiven Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden.
3. Verpflichtung der Krankenkassen, die Versicherten sowie die Ärzte über preisgünstige Vertragspartner zu informieren sowie Verpflichtung der Leistungserbringer, die Versicherten über ihre Preise zu informieren.

B.) Stellungnahme

Im Hilfsmittelbereich stehen die Krankenkassen quasi Anbieterkartellen der Innungen bzw. Verbänden gegenüber, die wirksamen Preiswettbewerb und auch moderne Formen der Preisbildung z. B. durch Internet-Ausschreibungen blockieren.

Vor diesem Hintergrund müssen die Beziehungen der Krankenkassen zu den Hilfsmittelleistungserbringern anders geregelt werden. Die

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Krankenkassen brauchen insbesondere für industriell gefertigte Serienprodukte die Möglichkeit, ihren Bedarf an Sachleistungen im Wege von Ausschreibungen zu decken, ohne dass aus Zulassung oder Kontrahierungszwang die Verpflichtung entsteht, allen anderen Leistungserbringern die gleichen Konditionen zu gewähren. Die mit dem Gesetzentwurf eingeräumte Möglichkeit Leistungen öffentlich auszuschreiben ist daher zu begrüßen. Um die vorhandenen Einsparpotentiale zu erschließen und die Angebote wirtschaftlicher Leistungserbringer auch gegen Widerstände von Interessengruppen nutzen zu können, muss es den Krankenkassen darüber hinaus ermöglicht werden, rechtsverbindlich Aufträge zur Versorgung ihrer Versicherten zu erteilen.

zu 1.:

Der Gesetzentwurf formuliert die Regelungen des geltenden Rechts mit anderen Worten. Hierdurch wird eine Änderung der Rechtslage nicht erreicht. Eine ausdrückliche Betonung des Wiedereinsatzes ist nicht erforderlich, da dieser schon jetzt regelmäßig in den Verträgen berücksichtigt wird.

zu 2.:

Die Ergänzung des Satz 2, nach der Leistungen öffentlich ausgeschrieben werden sollen, wird begrüßt. Diese rechtliche Klarstellung ist dringend erforderlich, da interessierte Leistungserbringerverbände immer wieder versuchen die Krankenkassen vor Gericht auf eine passive Finanzbeschafferfunktion zu reduzieren, die selbst keine Aktivitäten zur Realisierung von kostengünstigen Einkaufsmöglichkeiten entwickeln dürfen. Ausschreibungen stellen ein geeignetes Instrument zur Ermittlung preisgünstiger Anbieter dar. Ergänzend sollte klargestellt werden, dass der nach objektiven Auswahlkriterien ermittelte wirtschaftlichste Leistungserbringer gezielt mit der Versorgung beauftragt werden kann.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

zu 3.:

Die Pflicht stets alle Ärzte und Versicherte über preisgünstige Vertragspartner zu informieren erzeugt einen hohen Verwaltungsaufwand, der in keinem Verhältnis zu den möglichen Kosteneinsparungen steht.

Den Krankenkassen ist das Recht einzuräumen, preisgünstige Hilfsmittelerbringer mit der Versorgung zu beauftragen. Sofern der Versicherte einen anderen Leistungserbringer wählt hat er die entsprechenden Mehrkosten selbst zu tragen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu 1.:

Die Neuformulierung des § 127 Abs. 1 kann entfallen.

zu 2.:

Die Neuformulierung wird begrüßt.

zu 3.:

Abs. 3 wie folgt gefasst werden:

„Die Krankenkassen und ihre Verbände können bei den Leistungserbringern Preisvergleiche über Hilfsmittel. Die Krankenkasse soll preisgünstige Leistungserbringer mit der Versorgung ihrer Versicherten beauftragen. Leistungserbringer, mit denen die Krankenkasse keinen Vertrag geschlossen hat, dürfen keine Hilfsmittel zu Lasten der Krankenkasse abgeben. Leistungserbringer nach Satz 3 haben Versicherte ausdrücklich darauf hinzuweisen.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 128 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis)

B.) Stellungnahme

Die im jetzigen Entwurf vorgesehene Einbindung von Interessenvertretungen der Patienten/behinderten Menschen und der Selbsthilfe entspricht dem bisher schon informell praktizierten Verfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen im Rahmen der Erstellung des Hilfsmittelverzeichnisses. Gegen diese Konkretisierung bestehen keine Bedenken.

Änderungsbedarf besteht jedoch bei der in Satz 2 u. a. enthaltenen Verpflichtung, im Hilfsmittelverzeichnis auch die vorgesehenen Festbeträge oder vereinbarten Preise anzugeben. Schon heute ist es wegen der regionalen Preisstruktur und der Vielfalt der unterschiedlichen Hilfsmittel bzw. Hilfsmittelgruppen (weit über 10.000 Einzelprodukte) nicht möglich, eine auch nur näherungsweise umfassende und aktuelle Preisübersicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen. Der Verwaltungsaufwand hierfür würde eine erhebliche Aufstockung der Mitarbeiterkapazitäten erfordern. Von daher ist die Veröffentlichung von Preisen im Hilfsmittelverzeichnis weder sinnvoll noch praktisch leistbar. Dies gilt noch stärker, wenn durch die vorgeschlagenen Änderungen zum Vertrags- und Preiswettbewerb (vgl. Stellungnahme zu § 127) die Preisbildung einem noch schnelleren Veränderungsrythmus unterworfen wird.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 128 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„In dem Verzeichnis sind die von der Leistungspflicht nach § 33 umfassten Hilfsmittel aufzuführen.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 129 SGB V (Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung)

- a) § 129 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2
- b) § 129 Absatz 1 Satz 2
- c) § 129 Absatz 5

B.) Stellungnahme

zu a)

Festschreibung des Preisabstandes für Importe ist notwendig wie die Praxis gezeigt hat. Die Regelung ist zu begrüßen.

zu b)

Die Regelungen sind von der Intention zu begrüßen. Die Regelung unter bb, ist gelungen.

Die Regelung im ersten Satz unter cc ist jedoch zu kompliziert und nicht durchführbar. Es dürfte in vielen Fällen schwer sein den ursprünglichen Preis des Arzneimittels, das als erstes mit dem Wirkstoff auf dem Markt war, zu ermitteln.

zu c)

Die Regelung ist inhaltlich zu begrüßen, jedoch wurde übersehen, dass die wichtigsten Preisvereinbarung nicht auf Landesebene, sondern auf Bundesebene in der sogenannten Hilfstaxe getroffen werden, wo die Preisbildung insbesondere für Zytostatikalösungen und parenterale Ernährungslösungen geregelt sind.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Die Regelung widerspricht deshalb auch § 4 [neu] bzw. § 5 [alt] Arzneimittelpreisverordnung. § 4 AmPreisVO könnte damit nicht angewandt werden, da die gesetzliche Regelung des § 129 Abs. 5 vorgehen würden. Auch ansonsten ist § 4 AmPreisVO damit bedenklich, da es an einer Ermächtigungsgrundlage für diese Subdelegation an die Spitzenverbände sowohl in § 78 AMG als auch in § 129 SGB V fehlt. Die Kompetenz für Preisregelung für Rezepturen würde den Spitzenverbänden durch diese Regelung sogar ausdrücklich entzogen.

Die systematisch Platzierung an dieser Stelle (§ 129 Abs. 5) führt außerdem zu zahlreichen Problemen, da es sich bei den Verträgen nach § 129 Abs. 5 nur um ergänzende Verträge zum Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 handelt, die bei den Primärklassen in jedem Bundesland separat geschlossen werden.

Im Gegensatz zu dem Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 gilt für § 129 Abs. 5 auch die Schiedsstellenlösung nach § 129 Abs. 7 nicht. Es gibt also keine Lösung, falls sich die Vertragsparteien nicht einigen, sondern es entstehen dann vertragslose Zustände.

Man sollte deshalb die Regelung in § 129 Abs. 2 unterbringen. Man gelangt dann zum selben Ergebnis, denn Regelung, die in dem Vertrag nach § 129 Abs. 2 nicht getroffen werden, kann die Landesebene immer über § 129 Abs. 5 ergänzen.

Auch die hätten die Spitzenverbände ein klare Kompetenzgrundlage für die Vereinbarung von Preisen für Zytostatika- und parenterale Ernährungslösung gemäß der Regelung in der Arzneimittelpreisverordnung.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

zu a)
keine

zu b)
Folgende Sätze werden angefügt:

Bei der Ermittlung der oberen Preislinien des unteren Preisdrittels werden Arzneimittel nicht berücksichtigt, die durch ihren Preis nicht dazu geeignet sind, sich auf dem Markt zu etablieren, es sei denn, dass sie bereits etabliert sind. Ein Arzneimittel, dessen Packungsgröße abweicht von der Packungsgröße anderer wirkstoffgleicher Arzneimittel mit vergleichbarer Darreichungsform ist preisgünstig nach Satz 1 Nr. 1, wenn sein Preis nicht höher ist als das Vielfache aus der Zahl der Einzelanwendungen in der Packung dieses Arzneimittels und den Kosten je Einzelanwendung in der nächstgrößeren Packungsgröße eines Arzneimittels mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform zum Preis entsprechend der oberen Preislinie des unteren Preisdrittels. Der Hersteller ist verpflichtet, in seinen Mitteilungen an die Verkehrskreise zur Erstellung von Preislisten jeweils anzugeben, ob ein Arzneimittel preisgünstig nach Satz 1 Nr. 1 ist.“

zu c)
Die erwünschte Regelung wird in § 129 Abs. 2 platziert.

Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:
„Für Arzneimittel, die nach den Vorschriften dieses Buches verordnungsfähig sind und für die kein einheitlicher Apothekenabgabepreis durch Preisvorschriften aufgrund des Arzneimittelgesetzes bestimmt

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach Satz 1 den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 129a

B.) Stellungnahme

Die Regelung ist gelungen und auch dringend erforderlich.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 130 Abs. 1 SGB V

B.) Stellungnahme

In der vorliegenden Stellungnahme wird im Artikel 16, Änderung der Arzneimittelpreisverordnung, für die Nr. 3 ein Apothekenzuschlag von 4 € vorgeschlagen. Dieser reduzierte Aufschlag ist auch mit einem reduzierten Krankenkassenrabatt begründet.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 130 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis einen Abschlag in Höhe von 1 Euro. Bis zum Zustandekommen von Vereinbarungen nach § 129 Abs. 5 beträgt abweichend von Satz 1 der Abschlag für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel 5 vom Hundert.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 130 b SGB V (Rabatte für Arzneimittel in vereinbarten Versorgungsformen)

B.) Stellungnahme

Nach dem Entwurf sollen in vereinbarten Versorgungsformen (u. a. Disease-Management-Programme) neben den direkten ärztlichen Leistungen nur die zur Versorgung der Versicherten erforderlichen Arzneimittel einbezogen werden. Die hierzu erforderlichen Arzneimittel soll die Krankenkasse ausschreiben und auf dieser Grundlage direkt Verträge mit Herstellern abschließen. Insbesondere im Disease-Management-Programm für Diabetiker ist ein wesentlicher Bestandteil der leitlinienorientierten Behandlung eine Beeinflussung des Blutzuckerwertes. Hierfür werden auch Hilfsmittel benötigt (insbesondere Blutzuckermessgeräte). Darüber hinaus ist zur Vermeidung von schwerwiegenden Störungen am diabetischen Fuß oftmals eine Versorgung mit „orthopädischen Schuhen“ erforderlich. Daher wird vorgeschlagen, in der vorliegenden Entwurfsfassung auch die Hilfsmittelversorgung mit einzubeziehen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 130 b wird wie folgt gefasst:

„In vereinbarten Versorgungsformen soll die Vereinbarung über die zu erbringenden Leistungen zur Versorgung der teilnehmenden Versi-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

cherten auch eine Liste der erforderlichen Arzneimittel unter der Bezeichnung ihrer Wirkstoffe oder Wirkstoffkombinationen und der Hilfsmittel umfassen. Die Krankenkasse schreibt die Arznei- und Hilfsmittel dieser Liste aus und schließt auf dieser Grundlage Vereinbarungen mit Herstellern über Rabatte nach § 130 a Abs. 8. In der integrierten Versorgung kann anstelle der Krankenkasse auch ein Vertragspartner nach § 140 b die Vereinbarung nach Satz 2 schließen.“

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 132 a Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege

- a) Vor Abschluss der Rahmenempfehlung auf Bundesebene sollen neben der KBV und der DKG zukünftig auch die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten. Zudem wird die Regelungskompetenz der Rahmenempfehlung ausdrücklich auf die Fortbildung der Pflegedienst-Mitarbeiter ausgedehnt.
- b) In den Versorgungsverträgen der Kassen mit den einzelnen Pflegediensten sind die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung aufzunehmen; soweit die Fortbildung nicht nachgewiesen wird, ist der Vertrag zu kündigen. Zudem müssen die Versorgungsverträge eine Konfliktlösung enthalten. Dazu sollen von den Vertragspartnern unabhängige Schiedspersonen bestimmt werden. Für den Fall der Nichteinigung bestimmt die zuständige Aufsichtsbehörde die Schiedsperson. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

B.) Stellungnahme

zu a):

Die Erweiterung des Inhalts der Rahmenempfehlung auf den Bereich der Fortbildung wird ausdrücklich begrüßt, damit wird Rechtsunsicherheit bei der Beschreibung der Qualitätsanforderungen beseitigt.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Die Anhörung von Vereinigungen von Patienten, behinderten Menschen und von maßgeblichen Organisationen der Selbsthilfe verzögert zwar das Verfahren, ist aber grundsätzlich akzeptabel. Auch der erweiterte Kreis der Anhörungsberechtigten ist nun hinlänglich bestimmt.

zu b):

Die Erweiterung der Versorgungsverträge auf den Bereich der Fortbildung und die Kündigung bei nicht nachgewiesener Fortbildung sind sachgerecht. Die nun vorgegebene Kündigungsfrist führt zu Klarheit. Mit der Regelung über die Benennung einer unabhängigen Schiedsperson zur Schlichtung von Vertragsstreitigkeiten erreichen die Pflegeverbände ein von ihnen seit langem verfolgtes, mit der Systematik der Preisbildung nach Marktprinzipien allerdings nicht zu vereinbarendes Ziel. Allerdings ist es nicht sachgerecht, die Krankenkassen an den Kosten des Schiedsverfahrens auch dann zu beteiligen, wenn sie in diesem Verfahren obsiegen. Vielmehr sollte die Schiedsperson auch über die Kosten des Verfahrens und deren Verteilung entscheiden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

In Art. 1 Nr. 79 Buchst. b) Doppelbuchst. cc) (§ 132 a Abs. 2 Satz 5 – neu –) erhält der letzte Satz folgende Fassung:

„Die Schiedsperson entscheidet auch über die Kosten des Verfahrens und deren Verteilung.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 133 SGB V (Vertragsbeziehungen für den Rettungsdienst und Krankentransport)

N

EU

Änderung nicht vorgesehen, aber notwendig

B.) Stellungnahme

Um die überproportionale Ausgabenentwicklung einzudämmen, ist das Selbstkostendeckungsprinzip im Rettungsdienstbereich abzulösen. Auch in diesem Leistungsbereich müssen die Beziehungen zu den Leistungserbringern durch Verträge gestaltet werden. Die angestrebte finanzielle Entlastung bei Fahrkosten ist nur realisierbar wenn entsprechende vertragliche Instrumente bereit gestellt werden. Insbesondere im Bereich der Mietwagen dürfte die Bündelung der Fahrten auf wenige Vertragspartner eine erhebliche Preisreduktion gegenüber den allgemeinen Taxitarifen möglich sein.

Derzeit dürfen die Krankenkassen nur dann Verträge mit Leistungserbringern im Rettungsdienst- und Krankentransportbereich schließen, wenn auf Landesebene keine anderen Regelungen getroffen sind. In vielen Rettungsdienstgesetzen sind keine Verträge vorgesehen, sondern den Leistungserbringern werden – trotz monopolartiger Strukturen – die Deckung aller Selbstkosten zugestanden. Dies führt zu einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung. Die Möglichkeit der Krankenkassen, ihre Leistungspflicht auf wirtschaftliche Festbeträge zu begrenzen, ist auf Grund der dafür zu erfüllenden Kriterien derzeit nicht realisierbar und muss daher entbürokratisiert werden.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 133 wird wie folgt gefasst:

- „1. Die Krankenkassen und ihre Verbände schließen Verträge über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und Krankentransports unter Beachtung des § 71 Abs. 1 bis 3 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmungen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.
2. Kommen Verträge nach Abs. 1 nicht zustande, setzen die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen fest.
3. Abs. 1 gilt auch für Leistungen im Rahmen des PBefG.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

- a) § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V
- b) § 135 Abs. 2 Satz 4 SGB V

B.) Stellungnahme

zu a)

Mit der Regelung soll dem bzw. der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten das Recht eingeräumt werden, neben der KBV, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen beim Bundesausschuss Anträge zur Einführung bzw. Prüfung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode zu stellen.

Grundsätzlich kann ein solches Antragsrecht geeignet sein, den Interessen von Patienten nach einer stärkeren Mitwirkung an den Entscheidungsprozessen der Gremien der Selbstverwaltung Rechnung getragen werden. Allerdings wird es entscheidend von der Persönlichkeit des/der Patientenbeauftragten abhängen, wie intensiv dieses Antragsrecht genutzt wird und wie diese Regelung die Verwaltungsabläufe im Bundesausschuss verändert und auch u.U. auch blockiert.

Vor dem Hintergrund, dass eine solche Regelung zu einer Stärkung der kollektiven Patientenrechte in Deutschland beitragen kann, wird diese Regelung mitgetragen. Allerdings muss im Interesse der Arbeitsfähigkeit des Bundesausschusses sichergestellt werden, dass diese Regelung nicht zu einer völligen Überbelastung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen führt.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Es wird daher vorgeschlagen, dass der Bundesausschuss im Abstand von zwei Jahren einen Erfahrungsbericht über die Auswirkungen dieser Neuregelung erstellt .

zu b)

Die vorgesehene Neuregelung lockert die Bindung an die landesrechtlichen Weiterbildungsregelungen und erlaubt bestimmte technische Leistungen nur durch spezialisierte Fachärzte erbringen zu lassen. Die von den Krankenkassen geforderte Trennung der Diagnosestellung und Befunderhebung bei hochtechnischen Leistungen ermöglicht eine fachgerechtere Behandlung und einen Ausschluss unnötiger Leistungserbringung, eine geringere gesundheitliche Belastung der Patienten und einen sparsameren Einsatz der Ressourcen. Beispiele sind insbesondere der Einsatz der Computertomographie und der Magnetresonanztherapie.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a)

Am Ende des ersten Absatzes wird eingefügt: „Der Bundesausschuss legt im Abstand von zwei Jahren einen Erfahrungsbericht über die erweiterten Beteiligungsmöglichkeiten des/der Bundesbeauftragten für die Belange der Patienten vor.“

zu b)

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 135 a Abs.2

B.) Stellungnahme

Die Einbeziehung der niedergelassenen Leistungserbringer ist konsequent.

Es fehlen allerdings Sanktionen für die Leistungserbringer, die sich nicht an solchen Maßnahmen beteiligen und die die vorgegebenen Ziele nicht erreichen.

C.) Änderungs- und Ergänzungswünsche

In § 135 a Abs.2 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Vertragspartner treffen Vergütungsregelungen für die Leistungserbringer, die sich nicht an Maßnahmen gemäß Satz 1 beteiligen.“

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 136 (Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen)

- a) Neue Überschrift: „Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen“
- b) Einfügung eines neuen Abs. 1: Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Qualitätssicherungsmaßnahmen und zu deren Dokumentation und Veröffentlichung der Ergebnisse
- c) Neufassung des alten Absatz 1 in Absatz 2
Festlegung von Umfang und Verfahren der Stichproben durch die Bundesausschüsse
- d) Redaktionelle Folgeänderungen in Abs. 3 neu

B.) Stellungnahme

- a) Die Klarstellung in der Überschrift, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Qualitätssicherung – als Teil der ärztlichen Leistung – zuständig – sind, wird unterstützt.
 - b) Die Krankenkassen haben seit Jahren die Dokumentation und die Veröffentlichung der Ziele und Ergebnisse zur Evaluation der bisher getroffenen Qualitäts-Vereinbarungen und Qualitäts-Richtlinien gem. §§ 135 Abs.2 und § 136 und zur Transparenz im Interesse der Versicherten gefordert.
 - c) Die bisherige Regelung der Durchführung von Stichproben wurde von den Kassenärztlichen Vereinigungen sehr unterschiedlich umgesetzt. Praktisch hatten die Landesverbände der Krankenkassen im Rahmen der Benehmensherstellung dabei keinen
-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Einfluss. Eine bundeseinheitliche Vorgabe der Auswahl, des Umfangs und der Verfahren der Stichproben ist daher ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Ergebnisqualität. Aus den Ergebnissen müssen jedoch auch Konsequenzen gezogen werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Es wird ein neuer Absatz 4 angefügt:

„Leistungen, deren Ergebnisse nicht den von den Vertragspartnern vereinbarten Kriterien entsprechen werden nicht vergütet.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 136 a Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung
§ 136 b analoge Regelung für die vertragszahnärztliche Versorgung

B.) Stellungnahme

Es ist konsequent, dass der Bundesausschuss die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Management festlegt.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 137b Satz 5

B.) Stellungnahme

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten soll in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens auf die Beachtung der Belange der Versicherten hinwirken. Insoweit ist die Hinzuziehung durch die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin folgerichtig.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 137 c SGB V (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus)

Durch den angefügten Absatz 3 wird das BMGS ermächtigt

- a) dem Ausschuss Krankenhaus eine Frist zu setzen, über eine Empfehlung des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin (DZQM) zu entscheiden,
- b) durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats einen Beschluss des Ausschusses Krankenhaus aufzuheben und eine Entscheidung zu dem Regelungsbereich zu treffen, wenn der Beschluss darauf beruht, dass eine Empfehlung des DZQM nicht berücksichtigt wurde sowie
- c) durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats zu dem Regelungsbereich einer Empfehlung des DZQM eine Entscheidung zu treffen, wenn der Ausschuss Krankenhaus seiner Verpflichtung nach a) nicht nachgekommen ist.

B.) Stellungnahme

Die Regelungen stellen zunächst das DZQM in den Mittelpunkt der Entscheidungen über die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus. Die Problematik „Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ wird damit aus einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung in ein anderes Gremium verschoben. Es ist fraglich, ob das neue Gremium bei den bestehenden Rahmenbedingungen bessere oder schnellere Ergebnisse liefert als der Ausschuss Krankenhaus.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Darüber hinaus werden weitere Möglichkeiten von Ersatzvornahmen durch das BMGS geschaffen. Der Arbeitsunfähigkeit des DZQM soll damit entgegnet werden. Der AOK-Bundesverband spricht sich gegen die allgemeine Verschiebungstendenz der Aufgaben in den staatlichen Zuständigkeitsbereich aus. Die Systemprobleme der GKV sind nicht zu lösen, indem der Staat sukzessive die Aufgaben übernimmt, die das System aufgrund unstrukturierter Rahmenbedingungen nicht lösen kann.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Dem Alternativvorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen zum DZQM entsprechend.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 137 d SGB V (Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären
Vorsorge oder Rehabilitation)

B.) Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband begrüßt die Ergänzung in Abs. 2, die eine
Angleichung an die entsprechenden Vorschriften zur Qualitätssiche-
rung in der stationären Rehabilitation herbeiführt.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 137 e (Koordinierungsausschuss)

B.) Stellungnahme

Die Bundesregierung hat in der letzten Legislaturperiode mit der Einrichtung des Koordinierungsausschusses gerade diejenige Infrastruktur schaffen wollen, die eine unabhängige Vorbereitung der Entscheidung der Bundesausschüsse, des Ausschusses Krankenhaus und des Koordinierungsausschusses durch die gemeinsame Geschäftsführung ermöglichen soll. Notwendige Reformmaßnahmen müssen daher vor allen Dingen gesetzliche Änderungen bzw. Klarstellungen zum Koordinierungsausschuss, den Bundesausschüssen und dem Ausschuss Krankenhaus beinhalten.

Selbstverwaltung und Koordinierungsausschuss, den Bundesausschüssen und dem Ausschuss Krankenhaus legitimiert sich die gesetzliche Aufgabe einen Rahmen für die Vertragsparteien auf Landesebene zu setzen. Insofern erscheint eine Beschränkung der auf Bundesebene mitwirkenden stimmberechtigten Partnern auf die Vertragsparteien sinnvoll und geboten. Die Mitwirkung sowohl der Bundesärztekammer als auch von Patientenvertretern sollte auf eine qualifizierte Einbeziehung in die Beratung und konzentriert werden. Der jetzt vorliegende Entwurf nimmt die im Arbeitsentwurf ursprünglich vorgesehene Beschränkung der stimmberechtigten Partner auf die Vertragsparteien wieder zurück und stellt den alten Zustand her.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Die Erfahrung mit der geforderten Einstimmigkeit der Entscheidung zeigen, dass mehrfach nur durch eine Stimmenthaltung Beschlussfassungen möglich waren. Insofern ist die vorgesehene Änderung „der Koordinierungsausschuss beschließt mit der Mehrheit seiner Mitglieder“ zu begrüßen. Dabei muss sichergestellt sein, dass Entscheidungen nicht einseitig zu Lasten einzelner Beteiligter getroffen werden können.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Es sollen die in den Arbeitsentwürfen enthaltenen Bestimmungen, wonach die stimmberechtigten Partner die Vertragsparteien sind, wieder hergestellt werden. Die vorgesehene Mehrheitsentscheidung wird begrüßt.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 137 SGB V

- a) § 137 f Abs. 2
- b) § 137 f Abs. 2, Satz 1
- c) § 137 f Abs. 2, Satz 2
- d) § 137 f Abs. 2, Satz 5

B.) Stellungnahme

zu a)

Die Erfahrung mit der geforderten Einstimmigkeit der Entscheidung bei den Empfehlungen gemäß § 137 f Abs. 2 Satz 1 SGB V zeigen, dass mehrfach nur durch eine Stimmenthaltung Beschlussfassungen möglich waren. Insofern ist die vorgesehene Änderung „der Koordinierungsausschuss beschließt mit der Mehrheit seiner Mitglieder“ zu begrüßen. Allerdings könnte in Anlehnung an die Regelung des Beschlussgremiums nach § 213 SGB V überlegt werden, das Abstimmungsverfahren so zu verändern, dass in einer zweiten Abstimmungsrunde qualifizierte Mehrheitsentscheidungen wirksam werden. Dabei muss sichergestellt sein, dass Entscheidungen nicht einseitig zu Lasten einzelner Beteiligter getroffen werden können.

zu b)

Eine einvernehmliche Empfehlung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme ist aufgrund divergierender Interessen nicht immer zu erreichen. Die Streichung des Wortes „einvernehmlich“ erleichtert in Zukunft die Arbeitsweise des Koordinierungsausschusses.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

zu c)

Die Ergänzung „oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors“ konkretisiert die hinzuzuziehenden Quellen, auf der die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme formuliert werden müssen. Diese Ergänzung stellt klar, dass, sofern evidenzbasierte Leitlinien nicht verfügbar oder in ihren Aussagen widersprüchlich sind die jeweils beste verfügbare Evidenz aus Studienlage hinzugezogen werden kann.

zu d)

Keine

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a)

Keine

zu b)

Keine

zu c)

Keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

zu d)
Keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 139 SGB V Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

Folgende Änderungen sind vorgesehen:

1. Einführung einer Entscheidungshöchstfrist von sechs Monaten bei der Aufnahme neuer Hilfsmittel
2. Empfehlungen der Spitzenverbände zur Fortbildung und Qualitätssicherung bei Leistungserbringern von Hilfsmitteln

B.) Stellungnahme

zu 1.:

Die vorgesehene Änderung wird begrüßt.

zu 2.:

Einseitige Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen reichen nicht aus um die Fortbildung und Qualitätssicherung der Hilfsmittelleistungserbringer sicher zu stellen. Die Regelung läuft ins Leere, solange eine mangelnde Fortbildung keine Auswirkungen auf den Marktzutritt des Leistungserbringers hat.

Qualitätssichernde Maßnahmen sollten ebenso wie der Preis vertraglich mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden vereinbart werden. Die Erfüllung allgemeiner Fortbildungsvoraussetzungen könnte hingegen – wie heutzutage die Zulassung nach § 126 – so missverstanden werden, dass sie den Leistungserbringer ohne weitere Prüfung der Wirtschaftlichkeit unmittelbar zur Versorgung des Versicherten berechtigt.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu 1.:

keine

zu 2.:

Die Regelung sollte entfallen

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 139 a – 139 f (Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin)

B.) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen zu einem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin zeigen eindeutig den staatsnahen Charakter dieser Einrichtung. Ein solches Zentrum wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt. Dabei richtet sich die Kritik vor allem gegen die Regelung im § 139 c, wonach die im Zentrum getroffene Empfehlungen in den Entscheidungen der Bundesausschüsse und Ausschuss Krankenhaus zu berücksichtigen sind. Außerdem wird dem BMGs die Möglichkeit geboten, dem Zentrum Aufträge zu übertragen, die vorrangig zu bearbeiten sind. Dadurch wird letztendlich die bei der Diskussion um ein Deutsches Zentrum für die Medizin kritisierte Staatsnähe beibehalten. Die damit verbundene Kompetenzverlagerung von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf ein nicht von der gemeinsamen Selbstverwaltung getragenes Zentrum ist ordnungspolitisch bedenklich und zudem kostenträchtig.

Die gemeinsame Selbstverwaltung gewährleistet, trotz mancher berechtigter Kritikpunkte, die größtmögliche Versicherten- und Versorgungsnähe in der Ausgestaltung des Gesundheitswesens. Gleichzeitig entlastet die demokratisch legitimierte gemeinsame Selbstverwaltung den Staat von zahlreichen Einzelaufgaben. Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für die Bewertung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen der GKV müssen in einer Hand bleiben.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungsmäßigkeit der Festsetzung von Festbeträgen kann gefolgert werden, dass die Konkretisierung des gesetzlichen Leistungsrahmens durch die Selbstverwaltung verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist; diese Grundsatzentscheidung ist jenseits der Festbetragsfestsetzung auf die anderen Rechtsbereiche und Zuständigkeit der Selbstverwaltung übertragbar und somit ein richtungsweisender Impuls für das Prinzip der Steuerung von Wirtschaftlichkeit und Qualität durch die Selbstverwaltung.

Notwendige Reformmaßnahmen müssen vor allen Dingen die Handlungsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung verbessern, damit diese zeitnah effektiver und effizienter den medizinischen Nutzen und die Qualität sowie die Wirtschaftlichkeit der Leistungen bewerten kann. Die GKV vertritt die Auffassung, dass die im GMG dazu genannten Aufgaben (Erstellung evidenzbasierter Leitlinien, pflegerischer Standards und wissenschaftlicher Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen, Abgabe von Empfehlungen an die Bundesausschüsse, Bereitstellung von Informationen für Bürgerinnen und Bürger über Leistungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen) im Rahmen eines veränderten Handlungsrahmens und verändert Finanzierungszuständigkeiten der gemeinsamen Selbstverwaltung erreicht werden können. Dafür sollte ein ***Deutsches Zentrum für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung*** geschaffen werden, dem ein unabhängiges Institut zuarbeitet. Das Deutsche Zentrum für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der GKV ist aus den bestehenden Selbstverwaltungsinstitutionen Koordinierungsausschuss, Bundesausschüsse und dem Ausschuss Krankenhaus zu entwickeln. Die bisherige Arbeitsgemeinschaft des Koordinierungsausschusses geht in diesem Zentrum auf. Das Beschlussgre-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

mium des Koordinierungsausschusses wird neben den Bundesausschüssen und dem Ausschuss Krankenhaus, der systematischer Weise zu einem Bundesausschuss weiterzuentwickeln ist, eine ständige Entscheidungsstelle des Zentrums. Das als Körperschaft des öffentlichen Rechts gebildete Zentrum soll in Trägerschaft der Vertragspartner der gesundheitlichen Versorgung stehen und der Rechtsaufsicht des BMGS unterliegen. Das Zentrum selber wird seine Arbeitsabläufe für Versicherte und damit auch für Patientenvertreter transparenter gestalten (Internet-Auftritt) und den anheörungsberechtigten Institutionen, insbesondere Patientenorganisationen, qualifizierte Beteiligungsmöglichkeiten während des Verfahrens einräumen.

Das Zentrum soll durch eine Pauschale pro Behandlungsfall finanziert werden, ebenso ein dem Zentrum zugeordnetes unabhängiges Institut. Die Arbeit des Institutes und des Zentrums wird damit auf ein solides finanzielles Fundament gestellt. Dieses Institut soll als Stiftung des privaten Rechts den aktuellen medizinischen Wissensstand transparent für die Entscheidungen der Bundesausschüsse und das Beschlussgremium des Koordinierungsausschusses aufbereiten. Über ein Kuratorium sollen gesellschaftlich relevante Gruppierungen, so auch Selbsthilfe- und Patientenverbänden die Möglichkeit erhalten, die Arbeit des Institutes zu begleiten und dessen Ergebnisse zu kommentieren. Das Institut erhält grundsätzlich Aufträge aus dem Zentrum, das auch Aufträge der Bundesausschüsse bündeln kann. Darüber hinaus (soweit es von dort jeweils finanziert wird) übernimmt das Institut Aufträge vom BMGS bzw. den Patientenbeauftragten entgegen. Da die Institutsleitung nicht auf Weisung des Zentrums arbeitet, besitzt das Institut eine größtmögliche Unabhängigkeit.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind der Auffassung, dass mit ihrem Vorschlag eines Zentrums für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung und das ihm zuarbeitenden

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

unabhängigen Instituts, die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung entscheidend verbessert werden und dem Anliegen der Politik nach unabhängiger Qualitätsbewertung und -sicherung Rechnung getragen werden kann.

C.) Änderungs- und Ergänzungswünsche

Streichung der § 139 a - 139f

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden für ihren Vorschlag eines Deutschen Zentrums für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung Normvorschläge unterbreiten.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§140a SGB V

B.) Stellungnahme

Krankenkassen und Leistungserbringer können auf einzelvertraglicher Grundlage und außerhalb des Sicherstellungsauftrages der KVen Verträge zur integrierten Versorgung abschließen. Integrierte Versorgung wird definiert als eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten.

Die Fokussierung der integrierten Versorgung auf eine einzelvertragliche Grundlage sowie die Festlegung der Versorgungsverantwortung durch einen Versorgungsvertrag werden vom AOK-Bundesverband begrüßt. Unklar hinsichtlich des Bezugs erscheint die Formulierung in Absatz 1, wonach der Sicherstellungsauftrag „eingeschränkt“ sei.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Absatz 1 Satz 2: „Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, gilt der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 nicht.“

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§140b SGB V

1. Potentielle Vertragspartner der Krankenkassen sind zukünftig auch einzelne Ärzte (bisher lediglich Gemeinschaften von Leistungserbringern), Träger von Gesundheitszentren und Managementgesellschaften. Die Krankenkassen können auch Eigenrichtungen zum Zweck der integrierten Versorgung gründen. Die KVen sind als Vertragspartner nicht mehr vorgesehen.
2. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt nicht für Verträge zur integrierten Versorgung, die bis Ende 2006 abgeschlossen werden.
3. Die Leistungserbringer sind nicht an ihren jeweiligen Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus gebunden. Das Leistungsfeld der integrierten Versorgung insgesamt wird jedoch definiert durch den Zulassungsstatus, den die Vertragspartner in die integrierte Versorgung einbringen.
4. Der Beitritt Dritter zu den Verträgen der integrierten Versorgung ist nur möglich, wenn alle Vertragspartner zustimmen.

B.) Stellungnahme

1. Der AOK-Bundesverband begrüßt die Änderungsvorschläge im ersten Absatz. Die Möglichkeit für einzelne Ärzte, an der integrierten Versorgung teilnehmen zu können, erweitert den Spielraum auf der Versorgungsebene.
 2. Der Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für Verträge zur integrierten Versorgung bis zum 31.12.2006 wird entgegengetreten. Das Ziel der integrierten Versorgung ist von
-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Anfang an auch die wirtschaftliche Leistungserbringung. Die privatwirtschaftliche Entscheidung, an der integrierten Versorgung teilzunehmen, bedarf keiner Aussicht auf Subventionslösungen. Es wäre ein falsches Signal an potenzielle Leistungserbringer der integrierten Versorgung, die kostengünstiger als die bisherigen Leistungsangebote sein soll oder eine bessere Qualität zu gleichen Kosten bieten soll. Ausnahmen vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Zeiten von Beitragssatzerhöhungen, Nullrunden und Leistungsreduzierungen sind gegenüber allen Beteiligten des Gesundheitswesens schwer kommunizierbar.

3. Die Möglichkeit, innerhalb der integrierten Versorgung vom Zulassungsstatus der einzelnen Leistungserbringer abzuweichen, wird begrüßt. Sie ermöglicht eine größere Flexibilität bei der sektorübergreifenden Versorgung der Versicherten.
4. Die Regelungen zum Beitrittsrecht Dritter werden nachdrücklich begrüßt, da hiermit klargestellt wird, dass es kein Beitrittsrecht gegen die Interessen der Vertragspartner gibt.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Streichung des Satzes „Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität...“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§140c SGB V

B.) Stellungnahme

Es wird klargestellt, dass sich die Vergütung der integrierten Versorgung auf alle vom vertraglichen Versorgungsauftrag umfassten Leistungen erstreckt. Hierzu zählen auch die Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, wenn diese im Rahmen des Versorgungsvertrages von den an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten in Anspruch genommen wurden.

Die Formulierungen in Absatz eins werden begrüßt.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§140d SGB V

B.) Stellungnahme

Wird eine integrierte Versorgung vertraglich vereinbart, muss

1. die Gesamtvergütung durch die Vertragspartner der Gesamtverträge rechnerisch bereinigt werden,
2. das Arzneimittelbudget rechnerisch bereinigt werden, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln beinhaltet.

Dabei müssen die Zahl und die Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten berücksichtigt werden.

Die Bereinigungsvorschriften entsprechen den im heute geltenden SGB V formulierten Vorgaben zur Bereinigung der Gesamtvergütung bzw. des Arzneimittelbudgets. Die sehr allgemein gehaltenen Bereinigungsvorschriften bergen das Problem, dass die KVen, die laut Begründung ausdrücklich nicht mehr als potentielle Vertragspartner der integrierten Versorgung vorgesehen sind, als Vertragspartner der Gesamtverträge bzw. der Arzneimittelvereinbarungen indirekten Einfluss auf die integrierte Versorgung ausüben können. Sie haben die Möglichkeit, über eine Nichteinigung zu den Bereinigungsvorschriften das Zustandkommen von Verträgen zur integrierten Versorgung zu blockieren. Zwar sieht der Gesetzentwurf die Möglichkeit vor, im Falle der Nichteinigung das Schiedsamt anzurufen – doch selbst auch in diesem Fall verzögert sich ein Vertragsabschluss erheblich. Aus diesem Grunde wäre es zielführend, bereits im Gesetzentwurf eine möglichst präzise Vorgabe zur Budgetbereinigung zu machen, die dann greift, wenn

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

die Vertragspartner vor Ort sich nicht auf eine anderweitige Form der Budgetbereinigung einigen.

Problematisch ist auch, dass keine Budgetbereinigung für den stationären Sektor vorgesehen ist – der Mangel an einer solchen gesetzlichen Vorschrift ist ein entscheidender Grund für das bisherige Nichtzustandekommen von Verträgen zur integrierten Versorgung. Zwar weist die Begründung auf die Vorgaben zur Budgetbereinigung in den § 3 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1e) und § 4 Abs. 2, Satz 1 Nr. 1e) KHEntgG sowie § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr.4 BPfIV hin, allerdings zeigen die Praxiserfahrungen, dass diese Regelungen nicht ausreichen, das Ausbudgetierungsproblem im Rahmen der Verträge zur integrierten Versorgung zu lösen. Eine Bereinigung der Krankenhausbudgets sollte derart konzipiert sein, dass die Budgets der Häuser, die nicht an der jeweiligen Integrationsversorgung beteiligt sind, um die Finanzanteile reduziert werden, die den zusätzlichen Leistungen der im Rahmen der Integrationsversorgung beteiligten Krankenhäuser entspricht. Die Bereinigung ist entweder budget- oder DRG-bezogen vorzunehmen. Bei einer budgetbezogenen Bereinigung wird der Budgetanteil über einen einheitlichen linearen oder gewichteten Schlüssel ermittelt und bei nicht an der Integrationsversorgung teilnehmenden Krankenhäusern (z. B. im Umkreis von 25 km) pauschal abgezogen. Die DRG-bezogene Reduzierung bietet demgegenüber den Vorteil, die Häuser gezielt zu belasten. Betroffen sind nur diejenigen Häuser, die die gleichen Leistungen wie ein in der Nähe liegendes Haus mit Integrationsvertrag erbringen. Da davon auszugehen ist, dass Patienten bevorzugt Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung beanspruchen, sind die betroffenen DRGs in den nichtteilnehmenden Krankenhäusern vom Budget abzuziehen.

Beide Bereinigungsversionen können dahingehend verbessert werden, dass der Bereinigungsbetrag ausgleichfähig gestaltet wird. Hierzu

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

weist das Krankenhaus die im Rahmen der integrierten Versorgung erbrachten Leistungen in den Budgetverhandlungen nach.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 140 d Abs.1 sollte als Budgetbereinigungsvorschrift für den ambulanten Sektor vorsehen:

„Für jeden Versicherten, der an der Integrierten Versorgung teilnimmt, verringert sich die zu entrichtende Gesamtvergütung der an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Krankenkassen um einen Betrag, der auf der Grundlage der für die teilnehmenden Versicherten ermittelten Ausgaben im vertragsärztlichen Bereich in den vier vorliegenden letzten Abrechnungsquartalen berechnet wird. In den Folgejahren wird der Bereinigungsbetrag für die Versicherten, die im Vorjahr an der Integrierten Versorgung teilgenommen haben, um die in den Gesamtverträgen für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung vereinbarten Veränderungsraten fortgeschrieben.“

§ 140 d Abs.2 (neu) sollte als Budgetbereinigungsvorschrift für den stationären Sektor vorsehen:

„Für die im Rahmen von Integrierter Versorgung erbrachten Leistungen verringert sich das Budget der nicht an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser im Umkreis von xx km um einen Betrag, der auf der Grundlage der für die teilnehmenden Versicherten ermittelten Ausgaben im stationären Bereich in den vier vorliegenden letzten Abrechnungsquartalen DRG-bezogen berechnet wird. Das Haus der Integrationsversorgung ist in den Budgetverhandlungen nachweispflichtig über die im Rahmen der integrierten Versorgung erbrachten Leistungen.“

Die Regelungen zur integrierten Versorgung sollten mit kassenspezifischen Ver-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

handlungen der Krankenhausbudgets einhergehen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die fortschrittlichen Vertragspartner adäquat von Integrationsverträgen profitieren.

§ 140 d Abs.2 wird § 140 d Abs.3.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 140 e SGB V (Verträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages)

B.) Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband begrüßt die Möglichkeit, dass Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern im EG-Ausland abschließen können.

Nicht zuletzt auch aus verwaltungsökonomischen Gründen wäre es sinnvoll, dass der AOK-BV die Möglichkeit haben sollte, für seine Mitgliedskassen Verträge mit ausländischen Leistungserbringern zu schließen (z.B. mit Leistungserbringern auf Mallorca). Zwar wäre ein alleiniges Vertragsabschlussrecht für die Bundesverbände ggf. mit Delegationsmöglichkeit an die Mitgliedskassen (z.B. für Verträge in Grenzregionen) möglicherweise wettbewerbsrechtlich problematisch, allerdings hat der Gesetzgeber an anderer Stelle parallele Abschlusskompetenzen der Kassen und ihrer Verbände vorgesehen (vgl. § 130 a Abs. 8 SGB V).

§ 140 e sollte daher wie folgt geändert werden: „Krankenkassen oder ihre Verbände dürfen ...“

Darüber hinaus muss der Gesetzgeber hier eine Lösung zur Bereinigung in den bestehenden Budgets der GKV verfassen. Der Einfachheit halber bietet es sich an, dies durch eine entsprechende Ergänzung des § 13 Absatz 4 Satz 2 zu erreichen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

- § 140 e SGB sollte wie folgt geändert werden (Änderung unterstrichen):

„Krankenkassen oder ihre Verbände dürfen ... abschließen.“

- Zur Bereinigung in den bestehenden Budgets der GKV muss § 13 Absatz 4 Satz 2 SGB V wie folgt ergänzt werden (Änderung unterstrichen):

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

„Es dürfen nur solche Leistungserbringer ... berechtigt sind oder mit denen die deutschen Krankenkassen oder ihre Verbände einen Vertrag nach § 140 e SGB V abgeschlossen haben.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§§ 140d (alt) SGB V (Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung), 140f SGB V (Rahmenvereinbarungen mit den Spitzenorganisationen), 140h SGB V (Auswertung der integrierten Versorgung)

B.) Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband begrüßt die Streichung der Paragraphen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Streichung §140g SGB V

B.) Stellungnahme

Die Möglichkeit der Krankenkasse, unter bestimmten Voraussetzungen einem freiwillig an der integrierten Versorgung eingeschriebenen Versicherten einen Bonus gewähren zu können, entfällt.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbands sind die Versicherten, die sich freiwillig und verbindlich einem integrierten Versorgungsprojekt anschließen, an den wirtschaftlichen Erfolgen der integrierten Versorgung zu beteiligen. Hierin liegt einer der stärksten Anreize für den eigentlichen Kunden. Qualitative, prozessbezogene Schwerpunkte ausschließlich wirken zu lassen, reicht insofern nicht aus, als die Einschreibung für den Versicherten zunächst eine Verschlechterung im Verzicht auf die freie Arztwahl bedeutet. Reduzierte Arzneimittelzahlungen sind nur eine von vielen Möglichkeiten.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die bestehende Bonusregelung in § 140 g für die Versicherten sollte beibehalten werden.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 142 Abs. 2, Satz 5 SGB V

B.) Stellungnahme

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion Gesundheitswesen gibt mit seinen Gutachten wertvolle Hinweise für die Gesundheitspolitik und anstehende Reformmaßnahmen. Damit ist er ein aus der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland kaum mehr wegzudenkende Institution der Politikberatung geworden. Die von ihm erstellten Gutachten werden in der Regel der Öffentlichkeit vorgestellt, der Auftraggeber aber, das BMGS, war bis zum Gesundheitsreformgesetz 2000 nicht zu einer Stellungnahme der Gutachteninhalte verpflichtet. Diese mit dieser Reform 2000 eingeführte Verpflichtung ist zu begrüßen, da dadurch erkennbar wird, wie das BMGS die von ihm beauftragten Gutachten und deren Ergebnisse in ihrem weiteren gesundheitspolitischen Handeln berücksichtigen will. Die jetzt vorgesehene Streichung in § 142, Absatz 2, Satz 5, wonach das BMGS nicht mehr in angemessener Frist zum Gutachten Stellung nehmen muss, ist daher abzulehnen. Denn gerade die bisher einzige Stellungnahme des BMGS zum Gutachten des Sachverständigenrates zur Unter-, Über- und Fehlversorgung zeigt die Grundzüge eines Gesamtkonzeptes der Bundesregierung in der Gesundheitspolitik.

C.) Änderungs- und Ergänzungswünsche

Die vorgesehene Streichung des letzten Satzes in §142, Absatz 2, Satz 5 wird abgelehnt.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 144 Abs. 1 SGB V (Freiwillige Vereinigung AOK)

§ 150 Abs. 1 SGB V (Freiwillige Vereinigung Betriebskrankenkassen)

§ 160 Abs. 1 SGB V (Freiwillige Vereinigung Innungskrankenkassen)

§ 168a Abs. 1 SGB V (Freiwillige Vereinigung Ersatzkassen)

B) Stellungnahme

Durch diese Regelung wird die länderübergreifende AOK-Fusion vereinfacht bzw. die entsprechende aufsichtsrechtliche Genehmigung auf die nach der Fusion zuständige Aufsichtsbehörde, im Einvernehmen mit den vor der Fusion zuständigen Aufsichtsbehörden, übertragen.

Diese Regelung entspricht einer AOK-Forderung nach Angleichung der Fusionsmöglichkeiten aller Kassenarten bzw. nach Erleichterung von AOK-Fusionen.

Die entsprechenden Folgeänderungen für Betriebskrankenkassen (§ 150 Abs. 1 SGB V), für Innungskrankenkassen (§ 160 Abs. 1 SGB V) sowie für Ersatzkassen (§ 168a Abs. 1 SGB V) sind sachgerecht.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 147 SGB (Personalkostenübernahme, Errichtung Betriebskrankenkassen)

§ 157 Abs. 3 SGB V (Errichtung von Innungskrankenkassen)

B) Stellungnahme

Geregelt wird, dass spätestens ab dem 01.01.2005 die Personalkosten bei den BKKs von diesen selbst zu tragen sind; für Neueinstellungen gilt diese Regelung bereits ab dem 01.01.2004.

Gleichzeitig wird künftig die Errichtung von Betriebskrankenkassen für Betriebe von Leistungserbringern untersagt.

Die Übernahme der Personalkosten durch den Trägerbetrieb können eine beitragsatzrelevante Größenordnung erreichen, die wettbewerbsverzerrend ist. Es entspricht einer Forderung der AOK, dass jede Krankenkasse ihre Personalkosten selbst trägt.

Es entspricht dem Grundsatz der Gegnerfreiheit und wird von uns befürwortet, dass Betriebe, die als Leistungserbringer zugelassen sind, keine Betriebskrankenkasse errichten dürfen. So wird die Vermischung von Interessen im Rahmen von Vertragsverhandlungen ausgeschlossen.

Die entsprechende Folgeänderung bezüglich der Errichtung von Innungskrankenkassen für Handwerksbetriebe, die als Leistungserbringer zugelassen sind (§ 157 Abs. 3 SGB V) ist ebenso sachgerecht.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 148 Abs. 1 SGB V (Verfahren bei Errichtung von Betriebskrankenkassen)

§ 158 Abs. 1 SGB V (Verfahren bei Errichtung von Innungskrankenkassen)

§ 159 Abs. 3 SGB V (Verfahren bei Ausdehnung von Innungskrankenkassen)

B.) Stellungnahme

Wird eine BKK errichtet, hat lediglich die AOK in diesem Verfahren ein Anhörungsrecht. Dieses Anhörungsrecht soll entfallen.

Bislang konnte das Anhörungsrecht genutzt werden, um wettbewerbliche Informationen über die zu errichtende BKK zu erhalten. Allerdings wurde in der Praxis festgestellt, dass dieser Informationsfluss seitens der Aufsichtsbehörden im Laufe der letzten Jahre dünner wurde. Objektiv lässt sich seit Wegfall der Basiskassenfunktion der AOK das Anhörungsrecht nicht mehr begründen.

Wird bei anderen Regelungen eine Angleichung der Rechtsvorschriften für alle Kassenarten gefordert, kann einer Streichung des exklusiven Anhörungsrechts für die AOK nichts entgegengesetzt werden.

Für die entsprechenden Folgeänderungen bezüglich der Errichtung von Innungskrankenkassen (§ 158 Abs. 1 SGB V) sowie bezüglich der Ausdehnung von Innungskrankenkassen (§ 159 Abs. 3 SGB V) gilt dies ebenfalls.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 149 SGB V (Ausdehnung auf weitere Betriebe)

B.) Stellungnahme

Derzeit kann auf Antrag des Arbeitgebers eine Betriebskrankenkasse auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden. Dadurch kann sich bei geöffneten Betriebskrankenkassen deren räumlicher Erstreckungsbereich, und damit verbunden der Kreis der potentiellen Mitglieder, erheblich verändern. Für geöffnete Betriebskrankenkassen soll dieses Antragsrecht des Arbeitgebers künftig entfallen.

Da durch die Öffnung der Betriebskrankenkasse und der damit verbundenen allgemeinen Wählbarkeit der direkte Bezug zwischen dem Arbeitgeber, sprich dem ursprünglichen Trägerbetrieb, und der BKK verloren geht, ist auch aus unserer Sicht die Beibehaltung des Antragsrechts für den Arbeitgeber sachlich nicht mehr zu rechtfertigen. Diese Änderung entspricht einer Forderung der AOK.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 155 Abs. 4 SGB V (Haftung des Arbeitgebers bei Öffnung)

B.) Stellungnahme

Im Falle der Auflösung bzw. Schließung einer nicht geöffneten Betriebskrankenkasse haftet für deren Verpflichtungen der Arbeitgeber, sprich deren ursprünglicher Trägerbetrieb. Für die Verpflichtungen bei geöffneten BKKs haftet der Landes- bzw. Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Zeichnet sich die finanzielle Schieflage einer Betriebskrankenkasse ab, besteht gegebenenfalls für den Trägerbetrieb die Möglichkeit der Öffnung dieser Kasse, um sich so den wirtschaftlichen Konsequenzen zu entziehen.

Geregelt wird, dass künftig der Trägerbetrieb – innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Satzungsbestimmung (der Öffnung) – die Verpflichtungen übernimmt, die zum Zeitpunkt der Öffnung das Vermögen der BKK übersteigen.

Die Neuregelung ist sachgerecht und wird von uns befürwortet.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 155 Abs. 5 SGB V (Haftung / Fondsbildung bei Verbänden von Betriebskrankenkassen)

§ 164 Abs. 1 SGB V (Haftung / Fondsbildung bei Verbänden von Innungskrankenkassen)

§ 171 SGB V (Haftung / Fondsbildung bei Verbänden von Ersatzkassen)

B.) Stellungnahme

Die BKK-Landesverbände sollen die Möglichkeit erhalten in ihrer Satzung die Bildung eines Fonds vorzusehen, dessen Mittel zur Erfüllung möglicher Haftungsverpflichtungen bei Auflösung oder Schließung einer BKK zu verwenden sind. Eine entsprechende Möglichkeit soll auch für den BKK-Bundesverband geschaffen werden, wobei die Mittel des Fonds auch dazu verwandt werden können, die Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtungen zu unterstützen.

Diese Neuregelung ist im wesentlichen auf die Besonderheiten des BKK- bzw. IKK-Systems zugeschnitten. Für die AOK ist sie nur von untergeordneter Bedeutung.

Für die AOK besteht in der Folge über die bereits in § 146a SGB V geregelte Verweisungsvorschrift ebenfalls die Möglichkeit der Fondsbildung.

Die entsprechenden Folgeänderungen bezüglich der Innungskrankenkassen (§ 164 Abs. 1 SGB V) sowie der Ersatzkassen (§ 171 SGB V) ist sachgerecht.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 171a SGB V (kassenartenübergreifende Fusion)

B.) Stellungnahme

Die Neuregelung soll künftig die kassenartenübergreifende Fusionen von Krankenkassen ermöglichen.

Der Arbeitskreis I der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen hat am 31.01.2003 eine Resolution gefasst und unter dem gleichen Datum als gemeinsame Pressemitteilung veröffentlicht. Darin wurde erklärt, dass alle gesetzlichen Neuregelungen darauf ausgerichtet sein müssen, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Die aktuelle Debatte über die Veränderung im Organisationsrecht der GKV wurde angesichts der das Gesundheitswesen bedrohenden Probleme für verfehlt gehalten. Die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen wurde nicht als singulärer Eingriff gesehen, sondern vielmehr als Eingriff mit weitreichenden Auswirkungen auf alle wesentlichen Bereiche des SGB V bezeichnet. Um die Tragfähigkeit der Haftungsgemeinschaften zu stärken, sollten kassenarteninterne Fusionen erleichtert werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Sollten seitens des Gesetzgeber kassenartenübergreifende Fusionen ermöglicht werden, dann müsste dem § 171a SGB V ein Absatz 3 angefügt werden. Darin müsste geregelt werden, dass im Rahmen einer kassenartenübergreifenden Fusion die Zustimmung der betroffenen Verbände erforderlich ist. Das weitreichende Instrument der Zustimmung ist erforderlich, da die daraus resultierenden verbandsinternen

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

organisatorischen Veränderungen unüberschaubare Haftungsfolgen nach sich ziehen könnten. Etwaige verbandsinterne Vereinbarungen zur Finanz- bzw. Strukturhilfe könnten massiv gestört werden und den gesamten Verband gegebenenfalls in eine massive finanzielle Schieflage bringen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 172 SGB V (Anhörungsrecht der Verbände ...)

a) § 172 Abs. 1 SGB V (... bei Öffnung und Kassensitzverlegung)

b) § 172 Abs. 2 SGB V (... bei drohender Schließung einer Kasse)

B.) Stellungnahme

zu a)

Das Anhörungsrecht der betroffenen Verbände soll auf die Tatbestände der Öffnung und der Verlegung des Kassensitzes in den Bezirk eines anderen Verbandes erweitert werden.

Durch die Öffnung einer Krankenkasse geht die Haftung auf den entsprechenden Landes- bzw. Bundesverband über. Dies trifft auch zu, wenn eine geöffnete Kasse ihren Sitz in den Bezirk eines anderen Landesverbandes verlegt. Ein entsprechendes Anhörungsrecht erscheint daher angezeigt.

Diese Neuregelung ist im wesentlichen auf die Besonderheiten des BKK- bzw. IKK-Systems zugeschnitten.

zu b)

Wird eine Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde geschlossen, haftet der Verband für die Verbindlichkeiten der geschlossenen Krankenkasse. Bisher hat der Verband, dem die geschlossene Krankenkasse angehört hat, aber keine Möglichkeit das ihn betreffende Haftungsrisiko frühzeitig zu erkennen und durch geeignete Maßnahmen abzuwenden. Daher sollen die Krankenkassen künftig verpflichtet

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

werden, dem Verband auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit einer Mitgliedskasse erforderlich sind. Dieses ist grundsätzlich zu begrüßen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a)
keine

zu b)
keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 173 Abs. 2 SGB V

B.) Stellungnahme

Die Öffnung einer Krankenkasse erfolgt durch eine entsprechende Satzungsregelung. Theoretisch ist eine Satzungsänderung denkbar, die die Öffnung der Krankenkasse wieder umgekehrt; dies ist in der Praxis bereits vorgekommen. Die Neuregelung stellt klar, dass künftig die Öffnung einer Krankenkasse unwiderruflich ist. Zudem wird geregelt, dass auch eine fusionierte Kasse geöffnet sein muss, wenn an der Fusion eine geöffnete Kasse beteiligt ist.

Weiterer Regelungsinhalt ist, dass BKKs, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Fusion mit einer solchen BKK hervorgegangen sind, nicht geöffnet sein dürfen.

Außerdem wird für den Fall einer kassenartenübergreifenden Fusion (nach § 171a SGB V) der persönliche sowie der räumliche Erstreckungsbereich der fusionierten Kasse festgelegt. Er umfasst persönlich alle Versicherungspflichtigen und -berechtigten der an der Fusion beteiligten mitgliederstärksten Kasse, für die ein Wahlrecht bestanden hat bzw. bei Öffnung bestanden hätte. Räumlich bezieht er sich ebenfalls auf die Region der an der Fusion beteiligten mitgliederstärksten Kasse.

Die Regelung nach Unwiderruflichkeit einer Öffnung, was auch im Rahmen einer Fusion gelten soll, entspricht einer langjährigen Forderung der AOK.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Das sich BKKs, die für Betriebe der privaten Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet wurden oder aus einer Fusion mit diesen hervorgegangen sind, nicht öffnen dürfen, wird vor dem Hintergrund möglicher Wettbewerbsverzerrungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung als sinnvoll angesehen.

Durch die Regelungen zum persönlichen und räumlichen Erstreckungsbereich bei einer kassenartenübergreifenden Fusion wird die Systematik der Zuordnung zu einer Kassenarten (wie in § 171a SGB V vorgenommen) gewahrt. Diese Regelung erscheint ebenfalls sinnvoll.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 175 Abs. 4 SGB V

B.) Stellungnahme

Für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts bei Beitragssatzerhöhung soll eine zweimonatige Frist geregelt werden.

Diese Neuregelung entspricht einer Anregung der Spitzenverbände der Krankenkassen, die von uns initiiert wurde. Sie wird befürwortet.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 191 SGB V

B.) Stellungnahme

Gegen die Konkretisierung bzw. Ausweitung der Hinweispflicht auf die Folgen des Ausschlusses von der Versicherung beim Nichtzahlen der Beiträge bestehen keine Einwände.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge

keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 194 SGB V (Satzung der Krankenkassen)

B.) Stellungnahme

Die strategische Ausrichtung der AOK als Gesundheitskasse beinhaltet seit vielen Jahren die Forderung der kompletten Absicherung des Krankheitsrisikos aus einer Hand. Versicherte, die sich auf der Basis des bestehenden Leistungskataloges einen weiteren Versicherungsschutz (wie es heute nur im Rahmen einer privaten Zusatzversicherung möglich ist) verschaffen wollen, sollten dies auch über die GKV tun können.

Eine diesen langjährigen Forderungen der AOK entsprechende Regelung wird begrüßt. Die vorgesehene Neuregelung erscheint den Forderungen der AOK allerdings noch nicht hinreichend zu entsprechen:

a) So besteht aufgrund kassenspezifischer Sonderstellungen die Gefahr wettbewerblicher Verzerrungen zwischen einzelnen Betriebskrankenkassen und anderen Krankenkassen bzw. Kassenarten. Es besteht nämlich die Sondersituation von Privaten Versicherungsunternehmen, die eine eigene Betriebskrankenkasse unterhalten (Gothaer, Hamburg-Mannheimer, Victoria/DAS, R+V Versicherungen, Securvita, weitere auch in Fusionen aufgegangene BKKs wie z.B. Allianz, DKV etc.). Einige dieser BKKs wurden bereits für den Wettbewerb geöffnet.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Der in der Begründung enthaltene Hinweis der Unzulässigkeit der Adressweitergabe an Kooperationspartner ist vor diesem Hintergrund zwar grundsätzlich sachgerecht, jedoch wird die Umsetzung vor dem Hintergrund der zuvor aufgezeigten „Verflechtungen“ unverändert kritisch zu bewerten sein. Vorgenannte Versicherungsunternehmen und ihre BKKs werden nicht nur versuchen, den BKK-Mitgliedern den Schutz einer Zusatzversicherung dadurch zu verschaffen, dass Tarife, Absatzwege und der Kundendienst koordiniert und anfallende Kostenvorteile ausgenutzt werden. Es steht auch zu befürchten, dass der fortbestehende und gesetzlich gewollte Wettbewerb um freiwillig Versicherte einvernehmlich zugunsten der privaten Versicherungsunternehmen und mithin zu Lasten der Solidargemeinschaft gelenkt wird.

b) Nach der Gesetzesbegründung finden im Bereich der Vermittlungs- und Kooperationstätigkeit die Vorschriften des Wettbewerbs- und Kartellrechts Anwendung. Vor diesem Hintergrund ist darauf hinzuweisen, dass der AOK als marktbeherrschendes bzw. marktstarkes Unternehmen kartellrechtlichen Bindungen unterliegt, die marktstrategisch gewünschte Kooperationsformen (z. B. Exklusivitätsregelungen) ausschließen.

c) Trotz der Schaffung einer gesetzlichen Kompetenz verbleiben weitere erhebliche Rechtsunsicherheiten, insbesondere im Bereich des Europäischen Beihilfenrechts, das nationale europäische Kartellrecht, das Steuerrecht, das Versicherungsrecht und das Datenschutzrecht. Danach ist die Quersubventionierung von Unternehmen mit staatlichen Zuwendungen verboten. Als eine solche Zuwendung könnte die unterpreisliche Verwaltungsnutzung des GKV-Vertriebs zu Gunsten einzelner Versicherungsunternehmen bewertet werden.

Grundsätzlich wäre darüber hinaus eine Konstruktion denkbar, in der die GKV das Recht erhält, nicht nur Zusatzvereinbarungsangebote zu

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

vermitteln, sondern als GKV selbst zu gestalten, kalkulieren und anzubieten.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Es bedarf zwingend einer klarstellenden gesetzlichen Regelung, wonach die o. g. „Verflechtungen“ und wettbewerblichen Verzerrungen zwischen den Krankenkassen verhindert werden. Dies schließt auch Klarstellungen ein, mit denen dem Vorwurf der unzulässigen Quersubventionierung entgegen gewirkt werden kann.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 220 Abs. 4 SGB V

B.) Stellungnahme

Die Vorschrift durchbricht die bisherige bewährte Systematik des Haushaltsrechts, nach der die Höhe des Beitragssatzes für das anstehende Haushaltsjahr in einer Höhe zu kalkulieren ist, die zu einem Ausgleich zwischen erwarteten Einnahmen und erwarteten Ausgaben führt. Soweit die gesetzlich erzwungene Beitragssatzabsenkung dazu führt, dass der erhobene Beitragssatz unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen negativen Situation bei Betriebsmitteln und Rücklagen im Jahre 2004 nicht zu einem zeitnahen Ausgleich der Finanz- und Vermögensergebnisse führt, besteht die Gefahr, dass notwendige Beitragssatzanpassungen erst in den Folgejahren ermöglicht und bestehende Beitragssatzverwerfungen durch unterschiedlich hohe Vorbelastungen der Vermögenslage verstärkt werden. Die Vorschrift wird als Eingriff in die Selbstverwaltungsautonomie der Krankenkassen abgelehnt.

Im übrigen belaufen sich die erhofften Einspareffekte nach den jüngsten Finanzierungsmodalitäten des BMGS (Stichwort: Stufenweise Einführung der Tabaksteuererhöhung und entsprechende Überweisung der Abschläge für versicherungsfremde Leistungen) im Jahr 2004 auf 0,1 Beitragssatzpunkte. Der dahinterstehende Betrag wird für die Haushaltskonsolidierung der Krankenkassen dringend benötigt. Da auch die übrigen Einspareffekte erst erwirtschaftet werden müssen, stehen für erzwungene Beitragssatzsenkungen keine Finanzmittel zur Verfügung.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Streichung

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 221 SGB V Beteiligung des Bundes an Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen

B.) Stellungnahme

a) Finanzwirkungen

Im Grundsatz geht die Regelung in die richtige Richtung, denn die GKV fordert seit längerem eine Entlastung der Krankenkassen in Bezug auf die versicherungsfremden Leistungen und damit eine Entlastung der Lohnnebenkosten. Sach- und systemgerechter wäre indessen eine komplette Erstattungsregelung gewesen. Die vorgeschlagene pauschale Abgeltungsregelung garantiert dagegen selbst in der Endphase mit einer Obergrenze keine vollständige Kompensation der versicherungsfremden Leistungen. Sie unterliegt zudem der Gefahr, in künftigen Haushaltskonsolidierungen wieder zur Disposition zu stehen. Die Konstruktion besteht in einem stufenweisen Abschlagsverfahren (in Anlehnung an die stufenweise Erhöhung der Tabaksteuer) mit einer ab dem Jahre 2005 einsetzenden Spitzabrechnung auf der Basis des jeweils sich im Vorjahr ergebenden Aufkommens aus der Erhöhung der Tabaksteuer.

Die GKV-Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen belaufen sich auf ca. 0,45 Beitragssatzpunkte. Die Entlastungen aus dem Abschlagsverfahren betragen im Jahre

2004 = 0,1 Beitragssatzpunkte

2005 = 0,15 Beitragssatzpunkte

2006 = 0,2 Beitragssatzpunkte

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Die Entlastungen aus den Spitzabrechnungen ab dem Jahre 2005 sind heute noch nicht bezifferbar.

Damit wird deutlich, dass – wenn überhaupt – eine komplette finanzielle Entlastung der GKV in Bezug auf die versicherungsfremden Leistungen erst in einigen Jahren erreicht werden kann. Ein kurzfristiges Beitragssatzsenkungspotential allein hieraus ist kaum erkennbar.

b) Verteilung der Finanzmittel

Die Finanzmittel aus der Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen sollen durch das BVA über eine von den Spitzenverbänden der Krankenkassen benannte zentrale Stelle verteilt und abgerechnet werden, wobei das Nähere über die Abrechnung und Verteilung durch eine Verordnung der Bundesregierung bestimmt werden soll. Sachgerechter und verwaltungsökonomischer wäre jedoch eine Abrechnung und Verteilung der Finanzmittel unmittelbar durch das BVA, von der Benennung einer – weiteren – zentralen Stelle auf Seiten der GKV sollte abgesehen werden. Entsprechende Beispiele sind vorhanden, wobei durchaus die Spitzenverbände der Krankenkassen als Meldestelle in Bezug auf die Verteilungskriterien einbezogen werden können. Einzelheiten sollten in der in Absatz 3 angesprochenen Rechtsverordnung bestimmt werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die Sätze 2 und 3 des Absatzes 1 werden durch folgenden Satz 2 ersetzt: „Die Abrechnung und Verteilung der pauschalen Abgeltung erfolgt durch das Bundesversicherungsamt.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 248 SGB V (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen)

B.) Stellungnahme

Die seit Einführung der Beitragspflicht aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zum 01.01.1983 geltende Regelung, wonach die Beiträge (der Pflichtversicherten) aus diesen rentenähnlichen Bezügen und aus Arbeitseinkommen nur nach dem halben Beitragssatz bemessen werden, wird nunmehr aufgegeben. Insbesondere Rentner mit relativ hohen Versorgungsbezügen werden dadurch eine spürbare Erhöhung ihres Krankenversicherungsbeitrags erfahren. Für Rentner, die ausschließlich eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, tritt keine Änderung in der Beitragsbelastung ein.

Im Zusammenhang mit dieser Änderung bei der Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen sollte erwogen werden, die dynamische Beitragsuntergrenze in § 226 Abs. 2 SGB V (Bagatellklausel) aufzugeben. Die seinerzeitige Begründung für diese Klausel, die verwaltungsaufwändige Abführung und den Einzug von „Mini-Beiträgen“ zu vermeiden, lässt sich im Zuge der Automatisierung der Bezügeabrechnung nicht mehr aufrechterhalten.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge

§ 226 Abs. 2 SGB V ist zu streichen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 249 SGB V

B.) Stellungnahme

Durch die Regelung wird ein Beitrag zur Entlastung der Lohnnebenkosten der Arbeitgeber geleistet. Die Höhe der Entlastung bemisst sich an den Ausgaben für Krankengeld. Die Reduzierung des Beitragsanteils der Arbeitgeber entspricht rechnerisch dem hälftigen Beitragsatzanteil, der im Durchschnitt aus den Beiträgen der Mitglieder zur Finanzierung der Ausgaben für Krankengeld aufzubringen war.

Die Regelung sollte nicht für Beschäftigte und ihre Arbeitgeber gelten, deren Beiträge nach dem ermäßigten Beitragssatz der Krankenkasse bemessen werden. Diese Mitglieder haben keinen Krankengeldanspruch, den es zu finanzieren gilt; die Arbeitgeber müssen in diesen Fällen auch keine Entlastung erfahren.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge

Klarstellung, dass die Beitragslastverschiebung nur für die nach dem allgemeinen oder erhöhten Beitragssatz zu bemessenden Beiträge gilt.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 257 SGB V

B.) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Verschiebung der Beitragslast der versicherungspflichtig Beschäftigten (vgl. § 249 Abs. 1 SGB V). Sie bewirkt, dass die Arbeitgeber auch beim Beitragszuschuss für versicherungsfreie, sog. höherverdienende Arbeitnehmer einen entsprechend verringerten Beitragszuschuss zu leisten haben und dementsprechend finanziell entlastet werden. Von der Verringerung des Beitragszuschusses sind diejenigen Personen auszunehmen, für die bei Versicherungspflicht der ermäßigte Beitragssatz zu zahlen wäre, denn für diese Personen ist der Beitragszuschuss schon nach bisherigem Recht entsprechend abgesenkt (vgl. § 257 Abs. 3 und 4 SGB V).

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge

Klarstellung, dass die Verringerung des Beitragszuschusses nicht für die Personen gilt, deren Beiträge bei Versicherungspflicht nach dem ermäßigten Beitragssatz zu bemessen wären.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 264 Abs. 2 – 7 SGB V

B.) Stellungnahme

Die Neuregelung sieht vor, dass die rund 540 000 Sozialhilfeempfänger, dies sind rund 20% der insgesamt rd. 2,7 Mio. Bezieher von laufenden Hilfen zum Lebensunterhalt (HLU), mit in das System der GKV eingegliedert werden. Bereits heute haben einige Sozialämter mit den gesetzlichen Krankenkassen gegen Kostenerstattung die Übernahme der Rechnungen für diese nicht versicherten Sozialhilfeempfänger vereinbart. Es erscheint sachgerecht, diese Praxis zu vereinheitlichen. Die Ausstattung mit der Krankenversichertenkarte trägt zur leistungsrechtlichen Gleichstellung der bislang nicht versicherten Sozialhilfeempfänger bei und erleichtert diesen Personengruppen den Zugang zum Regelversorgungssystem. Durch eine frühzeitige Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote wird nicht nur die medizinische Versorgung dieser Menschen verbessert. Die Regelung kann auch dazu beitragen, dass eine gehäufte Aufnahme in die Notaufnahmen der Krankenhäuser unterbleibt und somit es zu einem volkswirtschaftlich sinnvolleren Ressourceneinsatz kommt.

Vor dem Hintergrund, dass den Krankenkassen sowohl die für diesen Personenkreis entstehenden tatsächlichen Kosten erstattet werden (einschließlich von Aufwendungen, die durch einen eventuellen Missbrauch entstehen) als auch ein Verwaltungskostenaufschlag vorgesehen ist, ist der Regelung grundsätzlich zuzustimmen. Allerdings sollte ein höherer Verwaltungskostenaufschlag als 5 % des Rechnungsbetrages vorgesehen werden. In anderen Bereichen (z. B. Auftragsleistung-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

gen nach dem BVb) wird ein Verwaltungskostenaufschlag in Höhe von 8 % gezahlt.

Eine Abrechnung der Kosten für ambulante ärztliche und konservierend chirurgische Behandlung ist auf der Grundlage dieser Vorschrift aus folgenden Gründen nicht möglich, da sich die Aufwände nicht nur aus den über Kopfpauschalen abgerechneten budgetierten Leistungen ergeben sondern auch auf Basis extrabudgetärer Kosten (z.B. Methadonbehandlung, Dialysesachkosten usw.)

Zur Vermeidung wettbewerblicher Verzerrungen im Preisgefüge der ambulanten Honorierung ist es erforderlich, dass die Auftragsleistungen für Sozialhilfeempfänger keine Auswirkungen auf die Ausschüttungspunktwerte für die Mitglieder der Kasse haben.

Eine vierteljährliche Erstattung der Auftragsleistungen kann aufgrund der mutmaßlichen und ggf. Konzentration der Sozialhilfeempfänger bei einzelnen Kassen (z.B. AOK wegen günstiger Preise / Verträge, funktionsfähige Abrechnungsprüfung) zu Liquiditätsengpässen führen.

In dem Zusammenhang mit dieser Neuregelung fordert der AOK-Bundesverband zudem eine angemessenere Beitragszahlung für freiwillig versicherte Sozialhilfe-Empfänger.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Zur Ermittlung der vollständigen Behandlungskosten ist es erforderlich, dass die individuellen Fallkosten von den Kassenärztlichen Vereinigungen berechnet und personenbezogen an die Kassen weitergeleitet werden. Hierzu ist es notwendig, dass eine Kennzeichnung des Personenkreises auf der KVK oder im Chip erfolgt.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Um eine Beeinflussung des Preisgefüges durch die Inanspruchnahme von Leistungen durch Sozialhilfeempfänger auszuschließen, ist es erforderlich, dass die KVen die Ausschüttungspunktwerte isoliert für die Kassenmitglieder ermitteln und im Anschluss mit diesen Punktwerten den Leistungsbedarf der Sozialhilfeempfänger bewerten.

Anstelle der einer vierteljährlichen Erstattungen der Aufwendungen sollte ein monatliches Verfahren ggf. auf der Grundlage von Abschlägen vorgesehen werden.

Ein Verwaltungskostenaufschlag von 8 % soll vorgesehen werden.

Eine Beitragsregelung, die die GKV-Durchschnittskosten für einen GKV-Versicherten abbildet, soll für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger neu im SGB V gestaltet werden.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 284 Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Verarbeitung und Nutzung der versichertenbezogenen Daten, die nach § 295 Abs. 1b Satz 1 an die Krankenkassen übermittelt werden.

B.) Stellungnahme

Die Vorschrift erlaubt den Krankenkassen nicht, die versichertenbezogenen Daten für die Durchführung folgender Aufgaben zu verarbeiten und zu nutzen:

- Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen nach § 264,
- die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern
- die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§266 Abs. 1 bis 6, § 267 Abs. 1 bis 6, § 268 Abs. 3) und des Risikopools (§ 269 Abs. 1 bis 3) sowie zur Gewinnung von Versicherten für die Programme nach § 137 g und zur Vorbereitung und Durchführung dieser Programme.

Da diese Aufgaben nur mittels des Versichertenbezugs durchgeführt werden können, ist dem Absatz 3 folgender Satz anzufügen:

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

„Die versichertenbezogenen Daten, die nach § 295 Abs. 1b Satz 1 an die Krankenkasse übermittelt werden, dürfen nur zu Zwecken nach Absatz 1 Satz 1 Nr.4, 6, 8, 10, 11, 12 und § 305 Abs. 1 versicherten-

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

bezogen verarbeitet oder genutzt werden und nur soweit dies für diese Zwecke erforderlich ist; für die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten zu anderen Zwecken ist der Versichertenbezug vorher zu löschen“

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 290 SGB V (Krankenversichertennummer)

A.) Stellungnahme

Grundsätzlich wäre eine solche "lebenslange" KV-Nummer sinnvoll, um auf Dauer zu sicheren und nachhaltigen kassenartenübergreifenden Bestandsabgleichen zu gelangen und eine Infrastruktur vorzubereiten, die auf erheblich verbesserte Transparenz zielt. Es ist allerdings zu prüfen, inwieweit die im Gesetzentwurf vorgesehene Pseudonymisierung dies unnötig erschwert oder gar verhindert.

Für bloße versichertenbezogene kassenartenübergreifende Analysen reicht allerdings die jetzige Struktur der KV-Nummer durchaus aus, da sie zusammen mit dem Institutionskennzeichen der Krankenkasse eine eindeutige Identifizierung eines Versicherten zulässt. Im übrigen ist eine kassenartenübergreifende Zusammenführung nur mit einer Pseudonymisierung möglich.

Die Veränderung der bestehenden Verfahren zieht eine Vielzahl von organisatorischen Aufwänden nach sich, da die KV-Nummern-Systematik in allen Softwaresystemen aller Krankenkassen und Leistungserbringer und die Art der Vergabe (Erstausstellung oder Teilerneuerung der Nummer bei Kassenwechsel oder veränderter Mitgliedszuordnung) angepasst werden muss, was allein erhebliche Kosten verursacht. Hinzu kommen die Kosten für die Neuausstellung der Versichertenkarten. Der Aufwand ist daher in Relation zu dem erwartenden Nutzen zu betrachten.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Sinnvoller und vor dem Hintergrund der geplanten Aktivitäten zu Gesundheitskarte, elektronischer Signatur, kassenartenübergreifenden Bestandsabgleich usw. ist allerdings ohnehin die Forderung nach nur *einer* einheitlichen Sozialversicherungsnummer über alle Bereiche, was auch über die entsprechende Erweiterung und Nutzung der heutigen RV-Nummer erreichbar wäre. Hierzu müssten allerdings die entsprechenden Voraussetzungen zur Nutzung der RV-Nummer geschaffen werden. Bei einem solchen Ansatz würden die Investitionen wohl auch mittelfristig eher Einsparungspotentiale über die entsprechenden Synergie-Effekte bieten.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Es sollte ein einheitliche Sozialversicherungsnummer gefordert werden.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 291 SGB V

a) § 291 Abs. 2 SGB V

b) § 291 Abs. 4 SGB V

B.) Stellungnahme

zu a)

Der mit dem Aufdruck eines Lichtbilds erhoffte Gewinn an Sicherheit steht nicht im Verhältnis zu dem notwendigen Aufwand. Vor dem Hintergrund der geplanten Einführung einer Gesundheitskarte zum 1.1.2006, die die elektronische Signatur enthalten wird (siehe Ziffer c), ist eine ausreichende Sicherheit gegeben. Offen ist auch, ob die Leistungserbringer eine Identifizierungspflicht übernehmen.

Die von den Spitzenorganisationen im Zusammenhang mit dem Rezept erarbeitete Konzeption sieht eine Online-Prüfung und Bestätigung der bestehenden Mitgliedschaft und des Zuzahlungsstatus vor. Insoweit ist das Merkmal Zuzahlungsstatus hier entbehrlich.

zu b)

Mit der vorgesehenen Neuregelung wird einer seit geraumer Zeit bestehenden Forderung der Spitzenverbände der Krankenkassen entsprochen.

Nach dem aktuellen Wortlaut des § 291 Abs. 4 SGB V ist die KV-Karte bei Beendigung des Versicherungsschutzes der bisherigen, bei Krankenkassenwechsel der neuen Krankenkasse auszuhändigen. Wie die

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Praxis gezeigt hat, ist die Aushändigung der KV-Karte im Falle des Kassenwechsels an die neue Krankenkasse nicht sachgerecht, da diese grundsätzlich kein Interesse zum Einzug der Karte hat.

Mit der nunmehr beabsichtigten Neuregelung wird dieses Defizit behoben. Künftig soll die KV-Karte sowohl bei einem Kassenwechsel als auch bei Beendigung des Versicherungsschutzes von der bisherigen Krankenkasse einzuziehen sein. Gleichwohl sollte in der Gesetzesformulierung auch die Mitwirkungspflicht des Versicherten – wie bereits im GMG-Entwurf vom 12.05.2003 vorgesehen – zum Ausdruck kommen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a)

In § 291 Abs.2 Nummer 8 ist zu streichen

zu b)

§ 291 Abs. 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel ist die Krankenversichertenkarte der bisherigen Krankenkasse auszuhändigen.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 291a SGB V (elektronische Gesundheitskarte)

B.) Stellungnahme

Nach der gemeinsamen Erklärung vom 3.5.2002 ist folgendes mit dem BMGS vereinbart:

a) Die Gesundheitskarte wird zum 1.1.2006 auf freiwilliger Basis eingeführt. Die Gesundheitskarte enthält den europäischen Notfalldatensatz des Patienten, seine persönliche Identifikation/Authentifizierung sowie Verweisfunktion u.a. auf die Arzneimitteldokumentation.

Der Gesetzesentwurf entspricht daher nicht den bisherigen Vereinbarungen.

Es liegen keine Kosten/Nutzen-Analysen zu Einführung der Karte vor. Die Akzeptanz der Versicherten ist, auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen zur Patientenquittung unklar. Daher sollte die Karte vor allem in der ersten Zeit nur auf freiwilliger Basis an Versicherte ausgegeben werden, die den Einsatz einer solchen Karte wünschen.

Es fehlen daneben bis heute alle Vorgaben/Vereinbarungen zur geforderten Authentifizierung, Verschlüsselung, der elektronischen Signatur usw. Hierzu hat das BMGS jetzt eine Vergabebekanntmachung veröffentlicht. Mit einer Auftragsvergabe ist nicht vor Herbst dieses Jahres zu rechnen.

In § 291 Abs.2 Nr.1 wird die Erstellung, Verarbeitung einschließlich der Übermittlungen ärztlicher Verordnungen in elektronischer und

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

maschinell verwertbarer Form (elektronisches Rezept) festgeschrieben. Die Konzepte der GKV sehen ausdrücklich vor, dass das Rezept nicht auf der Karte gespeichert werden soll. Vielmehr soll ein Client-Server Konzept, d.h. das Rezept soll vom Arzt aus mittels Leitung auf einen Server übertragen und von dort vom Apotheker abgerufen werden. Das Schreiben auf der Karte ist die auch von anderen Spitzenorganisationen abgelehnte ABDA-Lösung. Dieser Regelung darf nicht zugestimmt werden. Wenn die Regelung so zu verstehen ist, dass nur ein Verweis z.B. im Sinne einer Quittung auf das hinterlegte Rezept erfolgt, ist Zustimmung möglich.

In § 291 Abs. 6 wird die Selbstverwaltung für die erforderliche Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur verantwortlich gemacht. Dies ist vor dem Hintergrund der durch das BMGS veröffentlichten Vergabebekanntmachung, die sich schwerpunktmäßig genau mit dieser Aufgabenstellung befasst, nicht verständlich. Da hierzu beim BMGS erhebliche Finanzmittel verfügbar sind und es sich z.B. bei dem Thema der elektronischen Signatur um eine gesamtgesellschaftliche Fragestellung handelt, sollte das BMGS seine Vorarbeiten zunächst abschließen, bevor eine solche gesetzliche Regelung und dann noch mit Ersatzvornamevorschrift getroffen wird.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Neuentwurf:

§ 1 Die Gesundheitskarte wird zum 1.1.2006 auf freiwilliger Basis eingeführt.

§ 2 Die Gesundheitskarte enthält den europäischen Notfalldatensatz des Patienten, seine persönliche Identifikation/Authentifizierung sowie Verweisfunktion u.a. auf die Arzneimitteldokumentation

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

§ 3 Die Einzelheiten sind in einer gemeinsamen Vereinbarung der Selbstverwaltung festzulegen.

Im vorgelegten Entwurf:

§ 291 Abs.2 Nr. 1 – Erstellung, Verarbeitung ist zu streichen

§ 291 Abs. 6 ist zu streichen

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift:

§ 295 Abs. 2 (Abrechnung ärztlicher Leistung)

In Absatz 2 Satz 1 werden (...) und nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „arzt- und“ eingefügt.

B.) Stellungnahme

Die Klarstellung unter Punkt c) wird begrüßt. Sie sollte sich nochmals verdeutlichend auch auf die Sätze 3 und 4 des Absatzes 2 erstrecken.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 295 Abs. 2 Sätze 3 und 4 erhalten folgende Fassung:

In den Sätzen 3 und 4 werden jeweils nach dem Wort „Angaben“ die Wörter „arzt-, fall- und“ eingefügt.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 300 SGB V (Arzneimittelabrechnung)

B.) Stellungnahme

a) Laut Begründung soll mit der Änderung im Absatz 1 erreicht werden das die Apotheker auch die sogenannten Nullrezepte, Rezepte bei denen der Zuzahlungsbetrag über den Kosten des Arzneimittels liegen und somit voll vom Versicherten getragen werden, vom Apotheker an die Kassen weitergeleitet werden.

Die Änderung ist nicht notwendig da die Apotheker auch schon nach dem geltenden §300 verpflichtet sind **alle Rezepte** an den Kostenträger weiterzuleiten. Dabei spielt das Problem der Zuzahlungshöhe keine Rolle.

Weder die alten noch die neue Regelung beinhaltet einen wirksamen Kontrollmechanismus mit dem überprüft werden kann ob die Apotheker den gesetzlichen Auftrag erfüllen, so das im Ergebnis durch die Neuformulierung keine umfassendere Weiterleitung der Rezepte erreicht wird.

b) Mit dem ersten Teil werden die Apotheker verpflichtet die Abrechnungsdaten zukünftig elektronisch zu übermitteln. Dies entspricht dem Praktikanten verfahren entbindet aber nunmehr endlich im 10 Jahre des Datenträgeraustausches die Gesetzlichen Krankenkassen die Apotheker für diese Datenbereitstellung zu entlohnen. Hierdurch werden die Verwaltungsausgaben der GKV entlastet. Dies ist zu begrüßen.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Die Verpflichtung zur Vereinbarung eines Datensatzes für das elektronische Rezept ist zu begrüßen. Allerdings ist geplant dies verfahren zum 1.1.2006 aufzunehmen. Wegen der zur technischen Umsetzung notwendigen Vorlaufzeiten ist ein früherer Termin für die Vereinbarung festzulegen. Spätestens bis zum 1.1.2005 sollte die Vereinbarung vorliegen.

Zu dem ist zu beachten das die Apotheker bislang in der Diskussion um die Einführung sämtliche Kompromisse die über alle Leistungserbringer hinweg abgestimmt werden konnten nicht mitgetragen haben und bislang die Einführung des e Rezeptes nur blockiert haben. Von daher wird es den Spitzenverbänden auch nicht gelingen mit dem DAV eine vertragliche Vereinbarung über den Datensatz abzustimmen. Es ist deshalb dringend eine Ersatzvornahme durch das BMG im §300 SGBV aufzunehmen wenn die Vertragslösung nicht bis zum 1.1. 2005 vorliegt.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

a) Der Absatz eins ist nicht zu verändern, der Vorschlag zu streichen.

a) wie folgt zu fassen

In Absatz 3 Nr. 2 werden die Wörter „auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern“ durch die Wörter „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ ersetzt und nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „, spätestens zum 1. Januar 2006 auch die Übermittlung des elektronischen Verordnungsdatensatzes. Hierzu ist bis zum 1. Januar 2005 der Datensatz zwischen den oben genannten Partnern vertraglich zu

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

vereinbaren. Kommt diese Vereinbarung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zu Stande, legt das BMGS die Form und den Umfang des Datensatzes bis zum 1.3.2005 fest“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 301 SGB V (Krankenhäuser)

B.) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Änderung des § 301 SGB V ist sinnvoll, weil sie die Krankenhäuser verpflichtet, die Daten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.

Zusätzlich sollten die Beatmungstunden explizit bei den zu meldenden Daten aufgenommen werden weil sie zwingend für die DRG-Ermittlung benötigt werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Absatz 1 wird wie folgt geändert:

3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, **die Beatmungstunden**, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmege-
gewicht,

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 302 SGB V (Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer)

B.) Stellungnahme

Zur Erfüllung der gesetzlichen Transparenzaufgaben ist es erforderlich, dass auch die Abrechnung im Bereich der sonstigen Leistungserbringer ausschließlich in Form von maschinell verwertbaren Datensätzen erfolgen. Die vorgesehene Regelung wird daher begrüßt.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 303 Abs. 3 SGB V

B.) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Änderung des § 303 SGB V ist im Zusammenhang mit der Änderung des § 301 SGB V sinnvoll.

Ein Großteil der Krankenhäuser übermittelt die Daten noch immer nicht in der bereits seit 01.01.1993 vorgesehenen Form. Die nicht gesetzeskonforme Übermittlung der Fall- und Rechnungsdaten erschwert die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenversicherung, verursacht zusätzliche Kosten und verlängert die Bearbeitungszeit. Daher ist die Regelung, dass bei nicht gesetzeskonformer Übermittlung der Daten die Krankenkassen eine Rechnungskürzung bis zu 5 v.H. durchführen können, zu begrüßen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

„Zweiter Titel Datentransparenz“

B.) Stellungnahme

Die Bildung eines GKV-weiten Datenpools stellt einen ersten Schritt für globale Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten dar und ist als erste Stufe für mehr Transparenz in der GKV zu begrüßen. Mit einem bundesweiten Datenpool werden für alle relevanten Beteiligten verbesserte Analysemöglichkeiten geschaffen, die zur Planung, Qualitätssicherung, Entwicklung neuer Versorgungsformen etc. benötigt werden.

Ungeachtet dessen muss auch die Datentransparenz auf Kassenseite beachtet werden, die im Zuge der Regelungen keine Verbesserung erfährt. Mittelfristig sollten deshalb schon im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens angedacht werden, die Datentransparenz auch bei den Kostenträgern zu erweitern. Wirtschaftlichkeitsreserven werden primär durch verbesserte Steuerungsmöglichkeiten der Kostenträger erschlossen, Dies setzt eine entsprechende Verfügbarkeit und Nutzung von Daten, selbstverständlich unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Erfordernisse, voraus. Entsprechende dezentrale massendatenfähige Pseudonymisierungs-Verfahren auf Kassenseite müssen entwickelt und geprüft werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Sind in den einzelnen Vorschriften vermerkt.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 303 a Arbeitsgemeinschaft für Arbeitsaufgaben der Datentransparenz

B.) Stellungnahme

Die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft aus KBV und SpiK ist sachgerecht, weil diese Organisationen (bzw. ihre Mitglieder) die Hoheit über die zu liefernden Daten haben.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

In der Vorschrift sollten die

- „Aufgaben der Datentransparenz“ sowie die
- Bildung der Vertrauensstelle und Datenaufbereitungsstelle (Errichtung, Betrieb, Finanzierung)

konkretisiert werden.

Weiterhin sollte der Arbeitsgemeinschaft auch ein Prüfauftrag zur Umsetzbarkeit massendatenfähiger, dezentrale Pseudonymisierungsverfahren bei den Kostenträgern vor dem Hintergrund der technischen Möglichkeiten und datenschutzrechtlichen Erfordernisse erteilt werden.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 303 b Beirat

B.) Stellungnahme

Die Bildung eines Beirates für die Aufgaben nach § 303e und §303f (Vorschriften zur Datenerhebung-, -übermittlung, -verarbeitung und -nutzung) sind sachgerecht. Die Zusammensetzung des Beirates ist sehr umfassend gewählt. Maßgeblich sollten die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sein (SpiK und KBV), da diese die relevanten Daten vorhalten.

Die Einbeziehung von:

- Spitzenorganisation der Leistungserbringer auf Bundesebene
- BfD
- Für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene
- Für die GKV ´zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden

ist zu umfassend

C.) Änderungs- und Ergänzungswünsche

Neben den Trägern der Arbeitsgemeinschaft (SpiK und KBV) sollten in dem Beirat nur die maßgeblichen Vertreter des BfD und der Bundes- und Landesbehörden vertreten sein.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

303 c Vertrauensstelle

B.) Stellungnahme

Die Zusammenführung ausschließlich pseudonymisierter Daten in einem Datenpool unter Berücksichtigung aller notwendigen datenschutzrechtlichen Vorschriften ist sinnvoll, soweit es sich um die Pseudonymisierung von Einzelpersonen handelt. Die Pseudonymisierung von Leistungserbringern ist vor dem Hintergrund des Personenschutzes zu hinterfragen. In Absatz (1) wird die Reidentifikation einzelner Versicherter und Leistungserbringer bei der Vertrauensstelle und der Datenaufbereitungsstelle explizit ausgeschlossen.

Für den Versichertenbezug ist dieses sachgerecht, weil für die Zwecke und Nutzung des Datenpools keine Kenntnis einzelner Versicherter notwendig ist. Für den Leistungserbringerbezug gilt dass eine Pseudonymisierung von Leistungserbringern nicht sachgerecht ist.

Die Pseudonymisierung sollte ausschließlich dem Personenschutz der Versicherten dienen. Bspw. wird durch die Pseudonymisierung von Krankenhaus-IKs keine „Einzelperson“ geschützt, sondern ein Unternehmen oder Träger. Durch eine Pseudonymisierung aller Leistungserbringer werden die Auswertungs-/Planung-/Analyse-Möglichkeiten stark eingeschränkt. Ein Rückschluss auf den Leistungserbringer kann für die Versorgungsoptimierung durchaus sinnvoll sein.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Die Träger und die Finanzierung der Vertrauensstelle sind zu konkretisieren.

Die Pseudonymisierung sollte sich ausschließlich auf die Versicherten beschränkt sein.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 303 d Datenaufbereitungsstelle

B.) Stellungnahme

Träger und Finanzierung der Datenaufbereitungsstelle sind nicht konkretisiert. Es ist lediglich vorgesehen, dass die Vertrauensstelle als öffentliche Stelle der Rechtsaufsicht des BMGS untersteht.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Trägerschaft und die Finanzierung der Datenaufbereitungsstelle sind zu konkretisieren.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 303 e Datenermittlung – und –erhebung (für den Datenpool)

B.) Stellungnahme

Die Vorschrift regelt Art und Umfang der durch die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft an den Datenpool zu liefernden Daten. Hierbei obliegt es der Arbeitsgemeinschaft, zu prüfen, ob eine Stichprobe für den Datenpool ausreichend ist. Diese Vorschriften sind sachgerecht. Im Abs. 1, Satz 1 wird festgelegt, dass die Arbeitsgemeinschaft im Benehmen mit dem Beirat u.a. Richtlinien zur Prüfqualität der Abrechnungs- und Leistungsdaten beschließen soll.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die Richtlinien zur Prüfqualität sollten sich ausschließlich auf **Plausibilität / Konsistenz** der gelieferten Daten beziehen, da die eigentliche Prüfung der Leistungs- und Abrechnungsdaten bei den Kassen / KVen erfolgt.

Die in Abs. 3 genannten Region muss konkretisiert werden (Kassenbezirk, KV-Bezirk, Bundesland)

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 303 f Datennutzung

B.) Stellungnahme

Die in der Vorschrift genannten Zwecke der Datennutzung sind sinnvoll, beschränken sich aber auf übergeordnete politische und epidemiologische Aufgabenstellungen. Sie sind damit nur von indirektem Nutzen für kassenspezifische Aufgabenstellungen hinsichtlich des Leistungs- und Abrechnungsgeschäfts.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Solange auf der Kassenseite keine vollständige Transparenz (Datenverfügbarkeit und sektorübergreifende Nutzung) gegeben ist, sollte den Kassen und ihren Verbänden ein explizites Recht zur Nutzung ihrer Daten für kassenspezifische Fragestellungen eingeräumt werden. Dies setzt die Verfügbarkeit des Kassen-IKs in dem Datenbestand voraus, sowie die Möglichkeit einer sektorübergreifenden Kassensicht auf kassenspezifische Daten.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 305 Abs. 2 SGB V (Auskünfte an Versicherte)

B.) Stellungnahme

Die Regelung sieht vor, dass Ärzte bzw. ärztlich geleitete Einrichtungen **Versicherte auf Verlangen** schriftlich in verständlicher Form, direkt im Anschluss an die Behandlung oder mindestens quartalsweise spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten (Patientenquittung) unterrichten. Für eine quartalsweise schriftliche Unterrichtung nach Satz 1 hat der Versicherte an den Arzt eine Aufwandspauschale in Höhe von einem Euro zuzüglich Versandkosten zu leisten. Das Nähere soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung regeln. Kommt eine Regelung bis zum 31.03.2004 nicht zustande, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung das Nähere durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen."

Der Modellversuch in Rheinland-Pfalz zeigt, dass sich die das Interesse von Patienten an einer Patientenquittung nicht darauf richtet, mehr Transparenz über die Abrechnung des Arztes zu erhalten. Vielmehr geht es Versicherten darum, die erfolgte Behandlung nachzuvollziehen und zu verstehen.

Gleichwohl sollte die AOK diese Regelung mittragen, zumal sie sicherstellt, dass Versicherte die Quittung nur auf Verlangen erhalten. Im Einzelfall mag sie zu mehr Transparenz beitragen, grundsätzlich sollte aber darauf hingewirkt werden, dass durch eine verbesserte Arzt-Patientenkommunikation Patienten tatsächlich befähigt werden, mit Ärzten auf möglichst gleicher Augenhöhe zu kommunizieren.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Es ist damit zu rechnen, dass noch ein erheblicher Streit hinsichtlich der Aufwandspauschale entstehen wird, da nach Einschätzung der KBV im Schnitt mindestens 1000 € pro Praxis an Kosten für die Erstellung anfallen. Eine Erstattung in Höhe von einem Euro für die Quartalsquittung dürfte hierbei kaum ausreichend sein. Vor dem Hintergrund des im Modellversuch belegten höheren Bedarfs nach einer Tagesquittung und zu erwartender Probleme, bei Ausstellung von Quartalsquittungen den Betrag einzuziehen, sollte grundsätzlich die Tagesquittung die Regel sein.

Die Vorschrift trifft keine ausdrückliche Regelung zum Einzug bzw. der Verrechnung dieses Betrages. Satz 4 lautet lediglich: *„Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung“*.

Bei lebensnaher Betrachtung ist mit erheblichen Einzugsproblemen hinsichtlich dieser Aufwandsentschädigung zu rechnen. Vor diesem Hintergrund könnte § 43b SGB V Bedeutung erlangen. Dieser sieht in Satz vor: *„Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen.“* Wenngleich diese Vorschrift vor einem anderen Hintergrund eingeführt wurde, könnte sie im Lichte der Neuregelung des § 305 Abs. 2 SGBV (Entwurf) dazu führen, dass den Krankenkassen das Inkasso der Aufwandsentschädigung für eine Patientenquittung aufgebürdet wird. Dies führt nicht nur zu einem unangemessenen Verwaltungsaufwand, sondern auch zu einer außerordentlich negativen Außenwirkung zu Lasten der GKV. Diese wäre u. U. gezwungen, Bagatellbeträge im Wege der Verwaltungsvollstreckung bei den Versicherten einzufordern.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Nach „direkt im Anschluss an die Behandler“ wird der Halbsatz „oder mindestens quartalsweise spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind“, gestrichen.

Sofern eine Streichung der Aufwandsentschädigung politisch nicht durchsetzbar ist, sollte durch einen klarstellenden Halbsatz ein Inkasso dieser Bagatellbeträge durch die GKV ausgeschlossen werden.

Satz 3, 2. Halbsatz: „(...); § 43b SGB V findet keine Anwendung.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

§ 307 SGB V (Bußgeldvorschriften)

B. Stellungnahme

Der Normenkomplex §§ 291 a Abs. 7, 307, 307 a SGB V regelt die missbräuchliche Verwendung der auf der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291 a SGB V gespeicherten Daten.

Nach § 291 a Abs. 7 SGB V darf vom Inhaber der Gesundheitskarte nicht verlangt werden, dass er anderen als den in § 291 a Abs. 4 SGB V benannten Personen (Ärzten, Zahnärzten und Apothekern) Zugriff auf die Versichertendaten gestattet oder den Zugriff zu anderen Zwecken als denen der Versorgung des Versicherten gestattet. Dies darf auch nicht mit ihm vereinbart werden. Er darf zudem nicht bevorzugt oder benachteiligt werden, weil er einen Zugriff bewirkt oder verweigert hat.

Nach § 307 Abs. 1 a SGB V handelt ordnungswidrig, wer vorsätzlich entgegen § 291 a Abs. 7 Satz 1 SGB V eine Gestattung oder Vereinbarung verlangt.

Nach § 307 a SGB V macht sich strafbar, wer eine Gestattung oder Vereinbarung nach § 291 a Abs. 7 Satz 1 SGB V bei der Begründung eines Dienst-, Arbeits- oder Werkvertrages begeht. Diese Straftat kann mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft werden. Nach § 307 a Abs. 2 SGB V handelt es sich um ein Antragsdelikt. Antragsberechtigt sind der Betroffene und der Bundesbeauftragte für Datenschutz oder die zuständige Aufsichtsbehörde.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Die Regelungen stellen einen konsequenten Schutz versichertenbezogener Gesundheitsdaten sicher. Die elektronische Gesundheitskarte wird u.a. medizinische Daten für die Notfallversorgung, Befunde, Diagnosen und Therapieempfehlungen enthalten können. Diese Daten unterfallen dem persönlichsten Bereich des Versicherten, und bedürfen daher besonderer Vorkehrungen vor Missbrauch. Insbesondere der Tatsache, dass derartige Daten für einen zukünftigen Arbeitgeber interessant sein können, wird durch die getroffenen Regelungen Rechnung getragen. Denn bereits ordnungswidrig handelt, wer allein die Gestattung des Zugriffes auf Versichertendaten bzw. eine diesbezügliche Vereinbarung verlangt. Strafbare macht sich, wer dies im Rahmen der Begründung von Dienst-, Arbeits- oder Werkverträgen verlangt. Hier sind also insbesondere zukünftige Arbeitgeber angesprochen. Zudem reicht das Verlangen aus, die Daten müssen noch nicht mitgeteilt sein. Sinnvoll erscheint es diese Regelung auch auf bestehende Dienst-, Arbeits- und Werkverträge und Arbeitgeber auszudehnen.

Sinnvoll ist die Ausgestaltung als Antragsdelikt. Insbesondere auch die Antragsberechtigung nicht auf den Betroffenen zu beschränken, sondern auch den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die zuständige Aufsichtsbehörde zu berechtigen. Jedoch ist in der Aufzählung das „und“ im zweiten Satz durch ein Komma zu ersetzen, da ansonsten der Eindruck entstünde, Betroffener und Bundesdatenschutzbeauftragter könnten nur gemeinsam antragsberechtigt sein.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 307a Abs. 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Wer eine in § 307 Abs. 1a SGB V bezeichnete Handlung **im Rahmen** oder bei der Begründung eines Dienst-, Arbeits- oder Werkvertrages

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

begeht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 307 a Abs. 2 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„Antragsberechtigt sind der Betroffene , der Bundesbeauftragte für den Datenschutz oder die zuständige Aufsichtsbehörde.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Artikel 3
Änderung des
Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Artikel 3

- a) § 44 Abs. 2 SGB IV
- b) § 35a Abs. 6 SGB IV
- c) § 71 Abs. 2 SGB IV
- d) § 117 SGB IV

B.) Stellungnahme

zu a)

Geändert wird die Besetzung des Verwaltungsrates bei geöffneten Betriebskrankenkassen. Mit dem Beginn der neuen Sozialversicherungswahlperiode soll der Verwaltungsrat bei geöffneten BKKs paritätisch, wie bei AOK und IKK, besetzt sein.

Bei Betriebskrankenkassen, die aus einer kassenartenübergreifenden Fusion hervorgehen ist der Verwaltungsrat sofort, d. h. mit dem Fusionszeitpunkt, paritätisch zu besetzen.

Geöffnete Betriebskrankenkassen sind für jedermann wählbar. Die Vertretung von Arbeitgebern aus dem räumlichen Erstreckungsbereich einer geöffneten BKK ist sachgerecht.

zu b)

Mehr Transparenz über die Höhe der jährlichen Vergütungen der Vorstandsmitglieder wird bereits im AOK-Bundesverband praktiziert. So werden im Haushaltsplan des AOK-Bundesverbandes in der Stellenübersicht nach §§ 4 und 7 SVHV die AT-Stellen dargestellt. Hierunter fallen auch die Vorstandsbezüge.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

zu c)

Die Neuregelung verfolgt das Ziel, die Rahmenbedingungen der verschiedenen Krankenkassenarten anzugleichen. Ein Baustein dieser Angleichung ist die hier vorgesehene künftige Übernahme der Verwaltungskosten für die Krankenversicherung der Rentner durch die knappschaftliche Krankenversicherung.

Da sich der Mitgliederbestand der Bundesknappschaft zu etwa 80 % aus Rentnern und 20 % AKV-Versicherten zusammensetzt, erreichen die Verwaltungsausgaben für die Krankenversicherung der Rentner eine wettbewerbsrelevante Größenordnung. Die bisherige Übernahme dieser Kosten durch die knappschaftliche Rentenversicherung war wettbewerbsverzerrend.

Die vorgeschlagene Streichung dieser Sonderregelung für die Bundesknappschaft entspricht einer Forderung der AOK und wird begrüßt (zur Übergangsregelung, die einen 10jährigen Übergangszeitraum vorsieht und deshalb abgelehnt wird, vgl. Stellungnahme zu Artikel 3, Nr. 7, § 117 SGB IV).

zu d)

Die Erstattung der Verwaltungsausgaben der Krankenversicherung der Rentner von der knappschaftlichen Krankenversicherung an die knappschaftliche Rentenversicherung ist zu begrüßen. Sie entspricht einer Forderung der AOK. Der vorgesehene Übergangszeitraum von zehn Jahren bis zur vollen Erstattung ist dagegen nicht sachgerecht.

Durch die bisherige volle Übernahme dieser Verwaltungskosten durch die knappschaftliche Rentenversicherung entstanden Wettbewerbsverzerrungen, die – analog zur Personalkostenregelung bei Betriebs–

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

krankenkassen (Artikel 1, Nr. 100, § 147 SGB V, Buchstabe a) – kurzfristig abgebaut werden müssen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

zu a)

Bedingt durch die Ausgestaltung des Krankenkassenwahlrechts sind derzeit bereits viele Betriebsfremde Mitglied einer nicht geöffneten Betriebskrankenkasse. Aus unserer Sicht ist es daher bereits zum jetzigen Zeitpunkt nicht gerechtfertigt, die Arbeitgeber von betriebsfremden Mitgliedern einer BKK von der Vertretung im Verwaltungsrat auszuschließen. Die paritätische Besetzung des Verwaltungsrates sollte auf alle Betriebskrankenkassen erweitert werden.

Der Zeitpunkt der Neuregelung, dem Beginn der neuen Sozialversicherungswahlperiode, wird als sachgerecht angesehen.

zu b)

streichen

zu c)

keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

zu d)

Artikel 3, Nr. 7, § 117, sollte wie folgt gefasst werden:

- Absatz 1 wird gestrichen
- Die jetzige Formulierung des Absatz 2 wird zu § 117 SGB IV.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

*Artikel 4a – neu –
Änderung des
Zehnten Buches Sozialgesetzbuch*

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch
§§ 111, 113 SGB X –NEU–

B.) Stellungnahme

Die §§ 111 Satz 2 und 113 Abs. 1 SGB X sehen in der seit dem 01.01.2001 geltenden Fassung vor, dass die Ausschlussfrist von 12 Monaten und die Verjährungsfrist von vier Jahren frühestens mit dem Zeitpunkt beginnen, „zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat“. In der Rentenversicherung setzt die Zuerkennung einer entsprechenden Rentenleistung in der Tat immer eine Entscheidung über das Vorliegen eines bestimmten Versicherungsfalls voraus; dasselbe gilt für die Gewährung einer Unfallrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Deshalb ist die vom Gesetzgeber gebrauchte Formulierung sicher geeignet, im Erstattungsverfahren zwischen Renten- und Unfallversicherung für die notwendige Klarheit zu sorgen.

Die Gewährung von Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung (Krankenversicherung) und der Heilbehandlung (Unfallversicherung), erfolgt jedoch unter anderen Voraussetzungen. Allein die Entscheidung über eine Mitgliedschaft oder Familienversicherung in der Krankenversicherung bzw. über die Anerkennung einer Berufskrankheit oder das Vorliegen eines Arbeitsunfalls in der Unfallversicherung (wenn letztere überhaupt getroffen wird), bedeutet hier eben noch keine Entscheidung über die Notwendigkeit einer Leistungsgewährung. Vielmehr ist hier in jedem Leistungsfall über eine Sach- oder Geld-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

leistung anhand der konkreten Leistungsvoraussetzungen (wie Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit und ggf. Kausalzusammenhang mit den Arbeitsunfall- oder Berufskrankheitsfolgen) über die einzelne Leistung zu entscheiden. Der erstattungspflichtige Leistungsträger erfährt in der Regel auch erst bei der Geltendmachung der Erstattungsforderung des unzuständigen und damit erstattungsberechtigten Leistungsträgers von der konkreten Leistungsgewährung durch den anderen Träger. Die eingangs zitierte Formulierung im Gesetzestext stellt allein auf die Kenntnis von „der Entscheidung“ des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht ab. Da aber nicht klar wird, welche „Entscheidung“ damit im Einzelfall gemeint ist, lässt sie verschiedene Auslegungsmöglichkeiten zu, die letztlich den Sinn einer solchen gesetzlichen Regelung in Frage stellen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, im Gesetzestext durch eindeutige Aussagen eine Klarstellung für Erstattungsansprüche aus allen Leistungsbereichen herbeizuführen.

Aus der Sicht der Krankenversicherung könnte eine Lösung darin bestehen, die Vorschrift des § 111 SGB X gänzlich aufzugeben und § 113 SGB X wieder in der bis zum 31.12.2000 geltenden Fassung in Kraft zu setzen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Artikel 5
Änderung des
Elften Buches Sozialgesetzbuch

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Artikel 5 Änderung des SGB XI

zu a)

Die Regelungen der §§ 274 a ff. SGB V – Korruptionsbekämpfung – werden auf die Pflegeversicherung – § 47 a – ausgedehnt.

zu b)

§ 58 SGB XI – Beitragstragung bei Arbeitnehmern

B.) Stellungnahme

zu a)

Die Ausführungen zur Einführung der §§ 274 a ff. SGB V gelten entsprechend.

Wichtig ist es, ebenso wie in § 132 a SGB V auch in den Qualitätsvorschriften des SGB XI die Möglichkeit zur Vereinbarung von Fortbildungsvoraussetzungen vorzusehen, zumal aktuelle Rechtsprechung des BSG anzweifeln lässt, dass die schon vorhandenen entsprechenden Regelungen in den Gemeinsamen Qualitätsgrundsätzen eine ausreichende Rechtsgrundlage haben.

zu b)

Da das Recht der Pflegeversicherung eine dem Krankengeld vergleichbare Leistung nicht vorsieht, kann die zur künftig alleinigen Finanzierung des Krankengeldes begründete Verschiebung der Beitragslast in

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

§ 249 SGB V nicht auf die Aufbringung der Pflegeversicherungsbeiträge übertragen werden. Dem entsprechend müssen die bisherigen Verweisungsregelungen als eigenständige Vorschriften im SGB XI verankert werden.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Zu a)
keine

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

zu b)

Für die Berechnung der Höhe des Beitragsanteils des Arbeitgebers bei Arbeitnehmern mit Beschäftigungsort in Sachsen und Entgelten innerhalb der Gleitzone des § 20 Abs. 2 SGB IV sollte der Praxis der Arbeitgeber folgend (diese wiederum geht auf die Auslegung der bisherigen Regelung durch die Spitzenverbände zurück) der Beitragssatz auf 0,35 vom Hundert festgeschrieben werden.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Artikel 5 a
Änderung
der Reichsversicherungsordnung

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Artikel 5a –Änderung der Reichsversicherungsordnung

§195 und § 200 b RVO – Streichung des Entbindungsgeldes

B.) Stellungnahme

Bisher erhalten Versicherte, die keinen Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld haben, ein einmaliges Entbindungsgeld in Höhe von 77 EUR. Auf Basis der vorgesehenen Neuregelung soll das Entbindungsgeld entfallen. Begründet wird dies damit, dass diese zusätzliche Leistung nicht mehr aufrecht erhalten werden könne, da künftig während der Mutterschutzfristen Beiträge gezahlt werden müssen.

Diese Begründung könnte den Eindruck erwecken, dass ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen der Zahlung von Entbindungsgeld und der Beitragsbemessung besteht. Dies ist nicht der Fall. Vielmehr sind ausschließlich übergeordnete Finanzierungsaspekte ausschlaggebend.

Bei den Versicherten, die bisher Entbindungsgeld erhalten, handelt es sich in erster Linie um familienversicherte Frauen ohne Erwerbstätigkeit. Die Leistung „Entbindungsgeld“ ist daher ausschließlich familienpolitisch motiviert; sie dient insbesondere nicht dem Ersatz eines Verdienstausfalls.

Vor dem Hintergrund des Ziels der Lohnnebenkostensenkung ist die Streichung der Leistung „Entbindungsgeld“ nachvollziehbar. Es ist letztlich jedoch eine politische Entscheidung, ob die Geburt eines Kindes aus familienpolitischen Gründen auch künftig finanziell unterstützt wird.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine.

Alternativ:

1. § 195 RVO wird nicht geändert. § 205b RVO wird nicht aufgehoben.
2. Die Aufwendungen für die Leistung „Entbindungsgeld“ werden vom Bund im Rahmen des § 221 SGB V i. d. F. des GMG-Arbeitsentwurfs (Stand: 12.05.2003) erstattet.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Artikel 9
Zulassungsverordnung
für Vertragsärzte

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Artikel 9 (Zulassungsverordnung für Ärzte (ZV-Ä))

Unterversorgung wird – ebenso wie im SGB V – neu definiert als eine Unterschreitung des allgemeinen Versorgungsgrades um 25 Prozent. Die Feststellung von Unterversorgung erfolgt auf gleiche Weise wie die Feststellung von Überversorgung.

Weiterhin wird vorgesehen, dass

- der Arzt bei Unterversorgung nicht verpflichtet ist, seine Wohnung in der Nähe seines Vertragsarztsitzes zu wählen,
- die Zulassung eines Arztes über 55 Jahren möglich ist, wenn dieser als angestellter Arzt arbeitet.

Im Hinblick auf die Zulassung von Ärzten als Angestellten in Gesundheitszentren werden neue Gebühren eingeführt.

B.) Stellungnahme

Die Definition der Unterversorgung als Unterschreitung des allgemeinen Versorgungsgrades um 25 Prozent wurde bereits in der Stellungnahme zu § 100 SGB V befürwortet. Die entsprechende Anpassung der Zulassungsverordnung–Ärzte ist sinnvoll.

Die Änderungen der Zulassungsverordnung bzgl. des Wohnortes eines Vertragsarztes und der Altersbegrenzung bei angestellten Ärzten sind zu begrüßen. Sie entsprechen Vorschlägen des AOK Bundesverbandes zur Förderung der Neuansiedlung von Vertragsärzten in unterversorgten Planungsbereichen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Die Erweiterung der Gebühren im Hinblick auf die Einführung der Gesundheitszentren im SGB V ist folgerichtig. Allerdings sollten nicht nur diese, sondern auch die anderen in § 46 Abs. 2 ZV-Ä aufgeführten Positionen erhöht werden, weil sie nach Auskunft der Zulassungsaus-schüsse schon seit geraumer Zeit nicht mehr kostendeckend sind.

C.) Änderungs- und Ergänzungswünsche

Erhöhung der Gebühren in § 46 Abs. 2 ZV-Ä von 100 auf 120 €.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Artikel 12
Änderung des
Arzneimittelgesetzes

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Artikel 12 Änderungen des Arzneimittelgesetzes
§ 78 Abs. 2 Satz 2

B.) Stellungnahme

§ 78 Abs. 2 Satz 2 komplett aufzuheben, würde dazu führen, dass beliebige Herstellerabgabepreise zur Anwendung kämen; je nach dem zu welchem Preis die einzelne Apotheke einkauft. Es sollte deshalb für verschreibungspflichtige Arzneimittel ein einheitlicher Herstellerabgabepreis entsprechend der schon immer praktizierten Praxis der Meldung von einheitlichen Herstellerabgabepreise der Hersteller an eine Meldestelle festgeschrieben werden. (z.Z. IfA/ABDATA)

Für die Regelungen des Versandhandels etc. sind jedoch auch abweichende Regelungen für Kostenträger notwendig. Auch in § 3a AMPPreisVO [neu] ist derartiges bereits vorgesehen.

Bisher fehlt es außerdem an einer Ermächtigungsgrundlage für die Subdelegation in § 4 [neue] (bisher § 5) an die Spitzenorganisationen Rezepturzuschläge zu regeln. Die Subdelegation in § 4 Abs. 4 und 5 [neu] ist deshalb eventuell wegen § 80 GG nichtig. Die Hilfstaxe steht deshalb auf tönernen Füßen. Entsprechende Klageverfahren gegen Krankenkassen sind anhängig. Deshalb sollte man hier eine Ermächtigungsgrundlage schaffen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

§ 78 Abs. 2 Satz 2 AMG wird wie folgt gefasst:

„Ein einheitlicher Herstellerabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vom Verkehr außerhalb der Apotheke ausgeschlossen sind, ist zu gewährleisten.“

Dem § 78 Abs. 2 Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Für Vereinbarungen, bei denen als Vertragspartner Körperschaften des Öffentlichen Rechts oder Verbände der Ersatzkassen beteiligt sind, können abweichende Regelungen in der Rechtsverordnung nach Absatz 2 zugelassen werden. Für die Preisbildung von Arzneimitteln, die keine Fertigarzneimittel sind, gilt Satz 3 zusätzlich auch für die Apothekenzuschläge.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

*Artikel 13
Änderung des
Gesetzes über das Apothekenwe-
sen*

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Artikel 13 Änderungen des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz)

B.) Stellungnahme

Zur Abschaffung des Mehrbesitzverbots und Beibehaltung des Fremdbesitzverbots:

Zentrale Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Mehr- und Fremdbesitz ist das Urteil vom 13.2.1964 (BVerfGE 17, 232 = NJW 1964, 1067) In dieser Entscheidung geht das BVerfG vom Leitbild des „Apothekers in seiner Apotheke“ aus. Das Verbot des Mehr- und Fremdbesitzes ist ein Eingriff in die Berufsfreiheit nach Art. 12 GG. Ein solcher Eingriff sei dadurch gerechtfertigt, dass er erforderlich ist, für die Erhaltung der Volksgesundheit.

Wirtschaftspolitische Erwägungen können einen solchen Eingriff nicht rechtfertigen (vgl. BVerfGE 7, 377 „Apothekenurteil“).

Es heutiger Sicht ist wie die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen das Verbot eines Mehr- und Fremdbesitzes zur Erhaltung der Volksgesundheit mit Sicherheit nicht mehr erforderlich. Aus diesem Grund wird auch die Verfassungsmäßigkeit des Verbots eines Mehr- und Fremdbesitzes zunehmend bezweifelt (z.B. Taupitz, in NJW 1999, 1751).

Es ist deshalb konsequent und sinnvoll das Mehr- und Fremdbesitzverbot abzuschaffen. Außerdem erschließen sich dadurch erheblich Rationalisierungspotenziale.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Es ist aber nicht möglich nur das Mehrbesitzverbot isoliert aufzuheben und das Fremdbesitzverbot beizubehalten. Wenn Apotheken von angestellten Apothekern geführt werden können, dann ist jede Rechtfertigung für einen solchen Eingriff in die Berufsfreiheit gänzlich auch für das Fremdbesitzverbot entfallen. Denn bei wem der angestellte Apothekenleiter beschäftigt ist, spielt keine Rolle. Die Unterteilung in Haupt- und Nebenapotheken hilft hier auch nicht weiter. Wirtschaftliche Erwägungen sind nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts keine taugliche Begründung für einen Eingriff in Art.12 Grundgesetz.

C.) Änderungs- und Ergänzungswünsche

Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbots in Gänze ohne Beschränkung auf eine bestimmte Apothekenzahl mit der Verpflichtung einer Deckungsvorsorge entsprechend § 94 AMG.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Artikel 14
Änderung der
Apothekenbetriebsordnung

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Artikel 14 Änderung der Apothekenbetriebsordnung

B.) Stellungnahme

Die Regelungen zum Versandhandel sind zu begrüßen und gelungen.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine ;
bezüglich Mehrbesitz- und Fremdbesitz siehe die kritischen Bemerkungen beim Apothekengesetz

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Artikel 15
Änderung des Gesetzes über die
Werbung auf dem Gebiet
des Heilwesens

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Artikel 15 Änderung des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens

B.) Stellungnahme

Es ist erforderlich Werbung für individuelle Rezeptur Arzneimittel bei Fachkreisen zu untersagen. Genauso wie Arzneimittel im Wege der Einzeleinfuhr ist für individuelle Rezeptur Arzneimittel keine Zulassung erforderlich. Genau wie hier liegt die Verantwortung allein beim Arzt. Der Werbende haftet im Gegensatz zu Fertigarzneimittel nicht für Arzneimittelschäden nach § 84 AMG.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 8 wird wie folgt gefasst:

„Unzulässig ist die Werbung, Arzneimittel im Wege des Teleshoppings, als individuelle Rezeptur Arzneimittel oder bestimmte Arzneimittel im Wege der Einzeleinfuhr nach § 73 Abs. 2 Nr. 6a oder § 73 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes zu beziehen.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Artikel 16
Änderung der
Arzneimittelpreisverordnung

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Artikel 16 Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

B.) Stellungnahme

Zu § 1 Abs. 4

Die Herausnahme des nichtverschreibungspflichtigen Marktes ist zu begrüßen.

Zu § 3 Absatz 3

Die Einführung eines Fixzuschlagssystem ist grundsätzlich zu begrüßen, jedoch ist der Fixzuschlag zu hoch kalkuliert:

- Bei der Kalkulation der Umstellung auf das Fixzuschlagssystem hätten die Subventionen aus dem verschreibungspflichtigen Markt für den OTC-Markt nicht berücksichtigt werden dürfen. Der verschreibungspflichtige Markt hätte getrennt betrachtet werden müssen, da der OTC-Markt ja über § 1 Abs. 4 separat behandelt wird.
 - Es ist zu erwarten, dass die Packungszahlen durch das neue System durch Einreichung von bisher nicht eingereichten Nullverordnungen formal steigen werden.
 - Auch die Abgabe von gleichen Packungen, die mit einem Faktor versehen sind, führen bei einem Fixzuschlag zu formal höheren
-

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems – GMG

Mengen. Das Gleiche gilt für Stückelungs-
Pseudopharmazentralnummern.

- Die Festsetzung eines Abschlags von 2 Euro in § 130 SGB V be-
dingt einen zu hohen Fixzuschlag. Ein Rabatt für die GKV als maß-
geblicher Marktpartner ist sinnvoll. Man sollten diesen aber nicht
zu hoch ansetzen, sondern sich an den bisherigen Größenord-
nungen, die durch die Rechtsprechung gesichert sind, orientieren.
1 Euro Rabatt und ein niedrigerer Fixzuschlag wäre sinnvoll.

Ein Fixzuschlagssystem setzt zwingend voraus, dass auf dem tat-
sächlichen Herstellerabgabepreis die Berechnung des Preises aufsetzt
und nicht mit erhöhten fiktiven Preisen kalkuliert wird. Aus diesem
Grund ist eine Legaldefinition für den Herstellerabgabepreis unbedingt
erforderlich.

Zu § 3a

Siehe auch Kommentar zu § 129 Abs. 5 SGB V

Es fehlt die Ermächtigungsgrundlage in § 78 AMG für diese Subdele-
gation. Gefahr der Verfassungswidrigkeit nach Art. 80 GG.

Zu § 4 [neu; bisher § 5]

Auch bei Fertigarzneimittel, die in Rezepturen verarbeitet werden, sollte
der Apotheker nicht einen 90 % igen Aufschlag, sondern ebenfalls eine
Fixaufschlag erhält. Ansonsten wäre das System in sich nicht konsi-
stent. Es gibt auch keinen vernünftigen Grund für Fertigarzneimittel,
nur weil sie in Rezepturen verarbeitet werden, andere Preisregelungen
zu treffen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Für die Regelungen in § 4 [neu] fehlt die Ermächtigungsgrundlage in § 78 AMG für die Subdelegation auf die maßgeblichen Spitzenorganisationen. Entsprechende Verfahren gegen Krankenkassen sind anhängig.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

An § 2 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Herstellerabgabepreis ist der vom Pharmazeutischen Unternehmer einheitlich zu erhebende umsatzsteuerbare Abgabepreis.“

§ 3 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Festzuschlag ist **4 Euro** zuzüglich 3 vom Hundert.“

(bei einer Änderung des Rabatts nach § 130 SGB V auf 1 Euro)

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Nach § 3 wird folgender § 3a eingefügt:

„§ 3a Abweichende Vereinbarungen

- (1) Wird in einem Vertrag nach § 129 Abs. 2 oder Abs. 5 SGBV eine Vereinbarung über den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis getroffen, so ist abweichend von § 3 dieser Preis bei der Abgabe zu berücksichtigen. Auch für die durch diese Vereinbarung nicht erfassten Abgaben kann auf die vereinbarten Preise abgestellt werden.
- (2) Wird in einem Vertrag nach § 129 Abs. 5a SGB V eine Vereinbarung über den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis getroffen, so ist abweichend von § 3 dieser Preis bei der Abgabe zu berücksichtigen.

An § 4 Abs. 1 [neu, bisher Abs. 5] wird folgender Satz 2 angefügt:

„Für Fertigarzneimittel, die in Zubereitungen verarbeitet werden, sind die Zuschläge nach den §§ 2 und 3 anzuwenden.“

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

Artikel 17
Änderung
des Bundessozialhilfegesetzes
(BSHG)

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Artikel 17 Nr. 1 – Änderung Bundessozialhilfegesetz (BSHG)
§ 37 Abs. 1 BSHG – Nachrangigkeit der Leistungen zur Hilfe bei
Krankheit nach dem BSHG ggü. den Regelungen zur Krankenbehand-
lung nach § 264 SGB V –

B.) Stellungnahme

Hierbei handelt es sich um eine Folgeauswirkung aufgrund der ge-
setzlichen Neuregelung in § 264 SGB V.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Auf die Stellungnahme zu § 264 SGB V wird verwiesen.

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

*Artikel 23
Gesetz zu Übergangsregelungen
zur Neuorganisation der
vertragsärztlichen Selbstverwal-
tung
und Neuorganisation der
Betriebskrankenkassen und
Innungskrankenkassen*

Stellungnahme zum Entwurf
eines Gesetzes
zur Modernisierung des
Gesundheitssystems – GMG

A.) Vorschrift

Artikel 23 § 6 Übergangsregelungen (Moratorium für Errichtung und Öffnung von BKK/IKK)

B.) Stellungnahme

Geregelt wird, dass bis zum 01.01.2007, dem Datum der Einführung des Morbi-RSA, weder die Errichtung noch die Öffnung einer Betriebs- und Innungskrankenkasse genehmigt werden kann, wenn nicht bestimmte zeitliche Voraussetzungen erfüllt werden.

Diese Maßnahme des Gesetzgebers soll die bestehenden wettbewerblichen Verwerfungen im Organisationsrecht der Krankenkassen bis zur Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs aussetzen. Dies trägt einer alten Forderung der AOK Rechnung. Entsprechend wird das Moratorium für die Errichtung und Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen von uns begrüßt.

C.) Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine