

16. September 2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(11)  
vom 17.09.03  
  
15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Entwurf eines GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in ihrer Stellungnahme vom 29. Juli 2003 die gemeinsamen Eckpunkte der Konsensverhandlungen von CDU/CSU, FDP und SPD trotz bestehender Bedenken gegen einzelne Abstimmungsergebnisse grundsätzlich begrüßt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist dabei davon ausgegangen, dass die bisherigen Arbeitsentwürfe des Bundesgesundheitsministeriums nicht nur überarbeitet, sondern ein auf die Eckpunkte zugeschnittener neuer Gesetzentwurf erstellt wird.

Dies ist leider nicht geschehen. Die unveränderte Grundstruktur der Arbeitsentwürfe des BMGS führt aber dazu, dass

- die in den Eckpunkten versprochene Entbürokratisierung nicht erfolgt, sondern im Gegenteil insbesondere im Prüfwesen eine Überbürokratisierung mit teilweiser Entmündigung der Selbstverwaltung durch Beanstandungsrechte und Ersatzvornahmen bzw. Rechtsverordnungsvorbehalte erfolgt;
- Vorschriften in den BMGS-Arbeitsentwürfen zu Regelungsbereichen beibehalten werden, die in den Eckpunkten gar nicht vorgesehen sind (Beispiel: Neuaufnahme versicherungsfremder Leistungen in Art. 1 Nr. 44 [§ 68 Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte],

Errichtung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ausschließlich für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenkassen in Art. 1 Nr. 60 [§ 81a], Art. 1 Nr. 137 [§ 197a]);

- die im parteiübergreifenden Konsens erreichten Eckpunkte nicht konsequent und wirksam umgesetzt werden (Beispiel: Eckpunkte zur Einführung eines Drei-Säulen-Systems mit einer kollektivvertraglichen Ausrichtung der beiden ersten Säulen [zulassungsgebundene und auftragsbezogene Versorgung] sowie einer einzelvertraglichen Ausrichtung der dritten Säule [Integrationsversorgung]);
- Einführung von Regelungen, die den Eckpunkten ausdrücklich widersprechen (West-Ost-Vergütungsausgleich als Einkommensausgleich unter den Vertragsärzten im Westen und im Osten statt einer Angleichung des finanziellen Versorgungsbedarfs für die vertragsärztliche Versorgung durch Anhebung der Gesamtvergütungen durch die dafür zuständigen Krankenkassen in den neuen Bundesländern).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilt insoweit die in dem Antrag der FDP-Fraktion geäußerte Kritik an der Umsetzung der von ihr mitgetragenen Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform durch den jetzigen Gesetzentwurf. Die totale Ablehnung dieses Gesetzentwurfes durch die FDP widerspricht aber nach Auffassung der KBV dem in diesen Bereichen ursprünglich von ihr mitgetragenen Konsens zu den Eckpunkten als einem parteiübergreifend angestrebten politischen Kompromiss zu einer notwendigen Gesundheitsreform.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird sich der in diesem parteiübergreifenden Kompromiss für die vertragsärztliche Versorgung bestehenden Herausforderung eines verstärkten Wettbewerbs im Gesundheitswesen stellen und sich neuen Vertragsstrukturen nicht verweigern, soweit Vertragsärzte dadurch nicht in eine im wohlverstandenen Interesse ihrer Patienten unzumutbare Abhängigkeit von Vertragsabschlüssen mit einzelnen Krankenkassen geraten und gleiche Wettbewerbsbedingungen mit anderen Leistungserbringern gewährleistet werden. In der folgenden Stellungnahme zu Einzelvorschriften enthält sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung deswegen auch einer grundsätzlichen Kritik an Vorschriften, die von ihr wegen zu erwartender negativer Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung nicht mitgetragen,

jedoch als Umsetzung der konsensualen Eckpunkte in dem damit erreichten politischen Kompromiss nicht mehr zur Disposition stehen. Die nachfolgende Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Einzelvorschriften beschränkt sich vielmehr auf aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestehende Widersprüche zu den politischen Eckpunkten und auf Einzelvorschriften, die in der vorgesehenen Formulierung konkrete Anwendungsprobleme aufwerfen:

1. Art.1 Nr. 34. § 43b (Praxisgebühr) sollte wie folgt geändert werden:

*"(2) Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. Die nach § 83 zu entrichtenden Vergütungen verringern sich in Höhe der Summe der von den mit der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnenden Leistungserbringern nach Satz 1 einbehaltenen Zuzahlungen. Absatz 1 Satz 2 gilt nicht im Falle der Leistungserbringung und Abrechnung im Rahmen von Gesamtverträgen nach § 82 und § 83. Das Nähere zum Verfahren nach Satz 1 und Satz 2 und zur Mitwirkung der Krankenkassen bei der Einziehung vom Versicherten nicht geleisteter Zahlungen regeln die Partner der Bundesmantelverträge."*

Begründung:

Die Verrechnung der vom Vertragsarzt bei Direktanspruch durch Versicherte einzubehaltenden Praxisgebühr mit der Gesamtvergütung ist mit einer Vielzahl von Problemen verbunden, die sich insbesondere aus der notwendigen Abgrenzung von Direktanspruchnahmen und Überweisungen sowie KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme von Vertragsärzten ergeben. Hierzu bedarf es einer kassenübergreifenden bundeseinheitlich verbindlichen Regelung. Darin ist auch zu regeln, dass und wie die Krankenkasse dem Vertragsarzt zumindest Hilfestellung beim Gebühreneinzug leisten muss, wenn ihr Versicherter die Praxisgebühr in der Arztpraxis oder bei einem Notfall nicht zahlt.

2. Art. 1 Nr. 48 § 73 Abs. 8 letzter Satz (Arzneimittelinformation) sollte wie folgt geändert werden:

*"Die Übersicht ist in elektronischer Form jeweils für einen Stichtag zu erstellen und in geeigneten Zeitabständen, spätestens vierteljährlich, zu aktualisieren."*

Begründung:

Die Aufnahme von Preisen und Herstellerangaben für Arzneimittel zur Herstellung eines Vergleiches in eine Arztinformation lässt weder die Papierform noch die im Regelfall nur jährlich vorgesehene Aktualisierung zu!

3. Art. 1 Nr. 49 § 79b Abs. 2 (hausarztzentrierte Versorgung) sollte wie folgt geändert werden:

*"(2) Die Verbände der Krankenkassen haben zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Teilnahme besonders qualifizierter Hausärzte zu schließen. An den Verträgen können auf Antrag teilnehmen:*

- 1. zugelassene Hausärzte, die die Qualitätsanforderungen nach Absatz 3 erfüllen und Gemeinschaften dieser Hausärzte,*
- 2. zugelassene medizinische Versorgungszentren, die die Erbringung der hausärztlichen Leistungen unter Beachtung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 3 gewährleisten."*

Begründung:

Die im parteiübergreifenden Konsens beschlossenen Eckpunkte sehen Einzelverträge der Krankenkassen mit Vertragsärzten nur für die als „dritte Säule“ beschlossenen Integrationsversorgung vor. Es ist Hausärzten, welche sich einer besonderen Qualifikation unterziehen, nicht zuzumuten, mit jeder einzelnen Krankenkasse Verträge abschließen zu

müssen und trotz entsprechender Qualifikation keinen Anspruch auf einen Vertragsabschluss zu haben. Dadurch wird aber auch die freie Arztwahl der Versicherten unzumutbar eingeschränkt.

4. Art. 1 Nr. 50. § 73c Abs. 2 (auftragsbezogene Versorgung) sollte wie folgt geändert werden:

*"(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist zu regeln, unter welchen Bedingungen Vertragsärzte, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie die vereinbarten Anforderungen erfüllen, einen Anspruch auf Durchführung der Versorgungsaufträge im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung haben. Die Versorgungsaufträge werden auf der Grundlage der Verträge nach Absatz 1 von der Kassenärztlichen Vereinigung öffentlich ausgeschrieben; die Kassenärztliche Vereinigung erteilt den von ihr ausgewählten Ärzten eine Genehmigung zur Ausführung des Versorgungsauftrages im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Erfolgt eine Ausschreibung nach Satz 2 nicht, können Krankenkassen mit Vertragsärzten Verträge zur Durchführung der nach Absatz 1 gesamtvertraglich vereinbarten Versorgungsaufträge schließen. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben."*

Begründung:

Die Regelung zielt als Realisierung des in den Eckpunkten beschlossenen "Drei-Säulen-Systems" darauf ab, in der zweiten Säule einen Konzentrationsprozess in der fachärztlichen Versorgung durch eine auftragsgebundene Versorgung kollektivvertraglich möglichst flächendeckend und kassenübergreifend zu fördern. Einzelverträge von Krankenkassen gewährleisten dies gerade nicht! Wenn die Regelung in § 73c Abs. 1 genutzt werden soll, müssen die Vertragsparteien der Gesamtverträge Klarheit über die Folgeregelungen gemäß Absatz 2 erhalten. Ohne die Änderung besteht die Gefahr, dass die Umsetzung von Versorgungsaufträgen durch Taktieren beider Vertragsparteien, z.B. die Regelung in Absatz 2 ausschließlich zur Realisierung von Einzelverträ-

gen zu nutzen oder umgekehrt dieses durch Vermeidung von Verträgen nach Absatz 1 zu verhindern, erheblich verzögert werden kann.

5. Art. 1 Nr. 64 g § 85 Abs. 3d (West-/Ost-Ausgleich) sollte wie folgt geändert werden:

Die Sätze 3 und 5 werden gestrichen, Satz 6 redaktionell angepasst.

Begründung:

Die parteiübergreifend beschlossenen Eckpunkte sehen eine Angleichung der finanziellen Mittel für die ambulante Versorgung im Osten durch die dortigen Krankenkassen vor! Eine Absenkung der Gesamtvergütungen im Westen ist damit nicht vereinbar.

6. Art. 1 Nr. 65 § 85c (Wohnortprinzip) sollte in Absatz 2 wie folgt geändert werden:

Das Wort "erstmalig" in Satz 1 wird gestrichen; in den Sätzen 1 und 2 werden die Worte "Zahl der Mitglieder" durch "Zahl der Versicherten" ersetzt.

Begründung:

Die Änderung dient der Umstellung des Wohnortprinzips für alle Kassen ab 2006 auf Versicherte (und nicht mehr Mitglieder). Dadurch wird eine verwaltungsaufwändige Doppelumstellung vermieden, da 2007 nach § 85d ohnehin die Vergütungsregelung insgesamt auf Versicherte umzustellen ist.

7. Art. 1 Nr. 82 § 106 (Wirtschaftlichkeitsprüfung) sollte wie folgt geändert werden:

Die Buchstaben g) und h) werden gestrichen; in Buchstabe k) werden die Absätze 5c und 5d gestrichen.

Als Folgeänderung werden in Art. 1 Nr. 168 und 169 in den jeweiligen Absätzen und Sätzen die Worte "Geschäftsstellen nach § 106 Abs. 4a" ersetzt durch die Worte "Prüfungsausschüsse und nach § 106 Abs. 3 Satz 3 jeweils antragsberechtigten Organisationen."

Begründung:

Die zu streichenden Vorschriften führen zu einer Überbürokratisierung des Prüfwesens ohne dass ein Nutzen für dessen Qualität erkennbar ist. Im Gegenteil wird das Prüfverfahren durch Zwischenschaltung eigenständiger Geschäftsstellen oder Dritter und eines unabhängigen Vorsitzenden verschleppt. Die Aufhebung einer sektoralen Budgetierung der Gesamtvergütung ab 2007 und der Übergang zu einer morbiditätsbezogenen Vergütungsstruktur wird das Prüfinteresse der Krankenkassen ohnehin wiederbeleben, sodass es keiner zusätzlichen Prüforganisation bedarf. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbände als Antragsteller im Prüfverfahren nach § 106 Abs. 3 Satz 3 müssen aber in die wechselseitige Datenübermittlung eingebunden werden, damit sie ihrer Verantwortung (Vorstandshaftung!) überhaupt gerecht werden können.

8. Nach Art. 1 Nr. 159 (Datenverarbeitung durch die KV). Folgende Änderung des § 285 Abs. 2 SGB V ist zusätzlich erforderlich:

*"(2) Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Versicherten dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen nur erheben, nutzen und speichern, soweit dies zur Erfüllung der in Abs. 1 Nr. 2, 5 und 6 sowie in § 83 Abs. 2 und § 305 genannten Aufgaben erforderlich ist."*

Begründung:

Zur Durchführung der Abrechnung gemäß §§ 85a und b muss der Kassenärztlichen Vereinigung die Verarbeitung der Abrechnungsdaten unter Bezugnahme auf Versichertenstammdaten (Versichertennummern und Kassenzugehörigkeit, Alter und Geschlecht) ermöglicht werden. Ande-

renfalls kann das in §§ 85a-d vorgesehene neue morbiditätsbezogene Vergütungssystem nicht sachgerecht eingeführt werden.

9. Art. 1 Nr. 167c, e § 295 Abs. 1b, 2a (Abrechnungsdaten) sollte wie folgt geändert werden:

Die Worte "oder zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 2)" werden jeweils gestrichen.

Begründung:

Folgeänderung zur Änderung in Art. 1 Nr. 49. Unabhängig hiervon ist die Einführung morbiditätsabhängiger Vergütungsstrukturen und die Durchführung von Plausibilitätsprüfungen nach Zeitprofilen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ohne Einbeziehung der Abrechnung von Hausärzten aus der hausarztzentrierten Versorgung nicht durchführbar.