
Berlin, 22.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(34)
vom 22.09.03**

15. Wahlperiode

**Stellungnahme des BMC
für den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
des Deutschen Bundestages
anlässlich der öffentlichen Anhörung
Montag, 22. September 2003**

1. zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfes der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN "Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)"

- Drucksache 15/1525 –

und

2. zum Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weitere Abgeordnete und der Fraktion der FDP, "Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten"

- Drucksache 15/1526 –

Vorbemerkungen

Der BMC setzt bei seinen Vorschlägen für eine Modernisierung der GKV insbesondere auf

1. die Überwindung sektoraler Grenzen durch Förderung versicherten- und patientenzentrierter kooperativer Versorgungs-Strukturen und Prozesse,
2. eine wettbewerblich orientierte Versorgungslandschaft,
3. die nachhaltige Förderung der Transparenz im System,
4. eine Qualitätssicherung unter Beteiligung der wesentlichen Beteiligten,
5. ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Verantwortung der Bürger für ihre Gesundheit sowie eine Stärkung der Versicherten- und Patientensouveränität,
6. die Ausgewogenheit des Verhältnisses von Eigenleistungen und Inanspruchnahme von Solidarleistungen,
7. die Förderung der Gesundheitswirtschaft am Standort Deutschland.

Die nachfolgende Stellungnahme beschränkt sich ungeachtet der Komplexität der Regelungen des Gesetzentwurfes lediglich auf Nr. 1 und 2 der obigen Aufzählung im Sinne der Fokussierung des BMC auf Managed-Health-Care-Konzepte (Integrierte Versorgung - §§ 140 a – d und Gesundheitszentren - § 95 Abs. 1), Nr. 4 (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen - § 139 a) und Nr. 6 (Beispiel: Künstliche Befruchtung - § 27 a GMG).

Im Übrigen wird auf die sinngemäße Anwendung vorausgegangener Stellungnahmen des BMC zum GMG-Entwurf in der im Juni 2003 von der Regierungskoalition vorgelegten Fassung verwiesen.

Stellungnahme

Integrierte Versorgung § 140 a - d

Die Überwindung bestehender sektoraler Grenzen im Gesundheitswesen und die Schaffung effizienter kooperativer Versorgungsstrukturen, die sich an den Behandlungsketten und den Bedürfnissen der Patienten orientieren, gehört zu den zentralen Ansätzen der anstehenden GKV-Reform. Diesem Ziel dienen die Regelungen der §§ 140 a – d zur Integrierten Versorgung. Hierdurch entsteht ein Wettbewerb unterschiedlicher Versorgungsformen um Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Bei entsprechender Förderung stellt die Integrierte Versorgung ein Konzept der Wirtschaftsförderung durch die Schaffung von neuen Unternehmen und Arbeitsplätzen in der Gesundheitsversorgung dar.

Die Streichung bisheriger bürokratischer und einengende Vorgaben (z.B. in den bisherigen §§ 140 a Abs. 1 und 140 d bis h) entsprechen den Forderungen des BMC und werden deshalb begrüßt.

Die Integrierte Versorgung muss jedoch gemäß dem angestrebten Bedeutungszuwachs aus Sicht des BMC weiter flankiert werden.

Für die Übergangszeit, bis die integrierte Versorgung ab 2007 ohne Budgetbereinigung neben den Regelleistungsvolumina und der morbiditätsorientierten Vergütung bestehen kann,

bedarf es der Schaffung ökonomischer Freiräume, die es ermöglichen, Modelle der integrierten Versorgung mit einem ausreichendem finanziellen Volumen auszustatten.

Dabei wird es entscheidend darauf ankommen, den Leistungserbringern in der integrierten Versorgung relevante Teile der Gesamtvergütung risikoadjustiert (etwa an Hand von Arzneimitteldaten) zur Verfügung zu stellen. Integrationsverträge müssen hier noch eindeutiger einen Vorsprung erhalten.

Erforderlich sind außerdem Investitionsanreize und die Gewähr, dass zeitnah schon vor 2007 ausreichende Mittel für effizienzsteigernde Strukturveränderungen zur Verfügung stehen. Nur so können angestrebte Wettbewerbsmodelle entstehen.

Das Thema DMP gehört in den Wettbewerb auf der Leistungserbringerseite und dort z.B. in die Integrierte Versorgung, allerdings nicht durch bloße Umschreibung von DMP-Verträgen in Verträge zur Integrierten Versorgung, sondern im Rahmen von Konzepten, die ganze Krankheitsbilder und mehrere Sektoren umfassen. Die Verknüpfung von DMP und RSA sollte aus hinlänglich diskutierten Gründen beseitigt werden. Damit entfiele zugleich der gigantische Verwaltungsaufwand, der heute schon zur Vorbereitung der bloßen Geldverschiebung zwischen Krankenkassen nötig ist. Anreize, Verträge nach §§ 137 f – g SGB V zu DMPs auf § 140 a ff umzuschreiben sollten dadurch vermieden werden, dass solche Verträge keine Anerkennung nach § 140 a ff erhalten, wenn gleichzeitig auch die §§ 137 f – g SGB V betroffen sind und sich daraus die RSA-Wirksamkeit ableitet.

Zum § 140 d

Grundsätzlich ist die Förderung der Integrierten Versorgung durch Einbehaltung von 1% der Gesamtvergütungen der KVen und der Krankenhausrechnungen zu begrüßen. Um Unklarheiten bei dieser Regelung und Missbrauch zu vermeiden, schlägt der BMC folgende Klarstellungen bzw. Änderungen vor:

- a) Fehlverwendung und Mitnahmeeffekte der 1%-Förderung durch "Pseudo-§-140 Verträge", die nur einzelne Teile der Versorgung umfassen, sollte verhindert werden. Die Förderung mit 1%-Geldern sollte an die Bedingung geknüpft werden, dass nicht nur eine Prozedur sondern zumindest ganze Krankheitsbilder sowie mindestens drei Sektoren vom Vertrag erfasst werden.
- b) §14 d SGB sollte wie folgt geändert werden:

„(1) Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten. Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind **ausschließlich** zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen **einschließlich der durch den Aufbau der integrierten Versorgung entstehenden Kosten** zu verwenden. **Für den Bereich der stationären Versorgung dienen die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel ausschließlich der Finanzierung der Kosten für die Integrierte Versorgung, die über den Gesamtbetrag nach §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.** Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung verwendet werden, in dem die Mittel einbehalten wurden. Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die vorgegebenen Zwecke verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser auszuzahlen entsprechend ihres Anteils an den jeweils einbehaltenen Beträgen.

(2) Die Vertragspartner **der integrierten Versorgung nach § 140 a** ~~der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1~~ haben für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung

aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen in den Jahren 2004 bis einschließlich des Jahres 2006 entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsauftrag im Benehmen mit den Vertragspartnern der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 rechnerisch zu bereinigen. Ergänzende Morbiditätskriterien **müssen** ~~solle~~ angemessen und risikoadjustiert berücksichtigt werden. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung und die Vertragspartner der Gesamtverträge können das Schiedsamt nach § 89 anrufen.

(3) Die Vertragspartner **der integrierten Versorgung nach § 140 a** ~~der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1~~ haben die Ausgabenvolumen im Benehmen mit den Vertragspartner der Vereinbarungen nach § f Abs. 1 rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Ausgabenvolumen sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur de an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten rechnerisch zu bereinigen. Ergänzende Morbiditätskriterien **müssen** ~~solle~~ berücksichtigt werden. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung und die Vertragspartner nach § 84 Abs. 1 können das Schiedsamt nach § 89 anrufen.

(4) Abs. 4 wird aufgehoben.“

Zusätzlicher Kapitalfonds für Unternehmen der Integrierten Versorgung

Integrierte Versorgung erfordert in der Gründungsphase Investitionen (z.B. für die notwendige Informationstechnologie), die zunächst höhere Kosten als in der herkömmlichen Versorgung erwarten lassen. Träger der Integrierten Versorgung müssen in der Lage sein, tatsächliche Budgetverantwortung zu übernehmen, die erforderlichen Investitionen in die neuen Versorgungsformen aufzubringen (von IT bis zur Entwicklung sektorenübergreifender Leitlinien), sie müssen auch in der Lage sein, Gewährleistungen abzugeben und die Anfangsdurststrecken zu überbrücken; d.h. sie benötigen eine ausreichende Investitionsausstattung.

Neben den Investitionsmöglichkeiten der Kassen muss auch eine autonome Kapitalquelle der neuen Versorgungsunternehmen entwickelt werden. Eine solche Investitionsausstattung ist gegenwärtig und auf Zukunft von der GKV angesichts grenzwertiger Beitragssätze nicht zu leisten. Auch die vorgesehenen Regelungen des GMG und die Lockerung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität lösen dieses Problem nicht. Auf der anderen Seite ist für ein solches Vorhaben auch der Kapital- oder Private Equity Markt nicht der Richtige. Die erforderlichen Investitionen gehen vor allem in Know-how-, Konzept- und Vertragsentwicklung sowie in Personal, alles Bereiche, die zumeist nicht zu beleihbaren Sicherheiten führen.

Der BMC unterstützt deshalb den Vorschlag zur Gründung eines Kapitalfonds zur Investitionsfinanzierung für Unternehmen im Bereich der Integrierten Versorgung. Dieser Fonds sollte mit einem Volumen von nicht unter 1 Milliarde EUR ausgestattet werden und einen Zinsverzicht auf die ersten drei Jahre nach Kreditaufnahme bieten. Bezüglich der Sicherheiten sollte ein Vertrag mit GKV-Kassen als Sicherheit genügen. Eine Rückzahlung sollte bei moderatem Zinssatz auf einen ausreichend langen den Zeitraum ermöglicht werden.

Dieses Konzept stellt gleichzeitig ein Programm der Wirtschaftsförderung für die Schaffung von neuen Unternehmensformen der Integrierten Versorgung dar. Ein solches Programm ist nötig, um damit mögliche Vertragspartnerstrukturen quer über die Versorgungssektoren überhaupt erst bei der Etablierung zu helfen.

Zur Umsatzsteuerproblematik

Wer die ärztlichen oder Krankenhausleistungen nicht selbst erbringt, sondern „nur“ die integrierte Versorgung sicherstellt, indem er etwa Träger- oder Managementfunktionen übernimmt, fällt nicht unter die Umsatzsteuerbefreiungen des § 4 Nr.14 und 16 UStG.

Es wird also unerlässlich sein, die Steuergesetze expressis verbis entsprechend anzupassen. Die Steuergesetze in ihrer jetzigen Fassung bieten nicht genügend Spielraum, um von einer Umsatzsteuerbefreiung ausgehen zu können. Eine evtl. eintretende Umsatzsteuerpflicht würde aber letztlich zu einer Verteuerung der Leistungen für die GKV führen, woran niemandem gelegen sein kann. Die Umsatzsteuerbefreiungen des § 4 Nr.14 und 16 UstG müssen deshalb ergänzt werden um „Umsätze aus Integrierter Versorgung entsprechend § 140a-d SGB V“

Medizinische Versorgungszentren § 95 SGB V

Der BMC nimmt zustimmend zu Kenntnis, dass im vorliegenden Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Forderung des BMC erfüllt ist, in Versorgungszentren die **Tätigkeit sowohl von angestellten Ärzten als auch von freiberuflichen Vertragsärzten** zu ermöglichen.

Weiterhin werden die Regelungen in § 103 Abs. 4 a begrüßt, die einem angestellten Arzt eines Medizinischen Versorgungszentrums nach fünf Jahren das **Hinüberwechseln in den Status eines freiberuflichen Vertragsarztes** und die **Nachbesetzung der frei werdenden Arztstelle** des Versorgungszentrums ermöglichen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

§ 139 a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Im Zusammenhang mit neuen Versorgungsangeboten und den dadurch sich bietenden Wahlmöglichkeiten für Versicherte und Patienten ist insbesondere die Bereitstellung von objektiven Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung erforderlich. Deren Erstellung ist unter anderem eine Aufgabe des vorgesehenen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Ein solches Institut sollte möglichst alle relevanten Akteure der Gesundheitsversorgung einbeziehen. Im Gesetzentwurf ist der Gemeinsame Bundesausschuss (§ 91) als Träger vorgesehen. Dieser wird von der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Krankenkassen gebildet. Somit sind andere wichtige Akteure der Gesundheitsversorgung von der Trägerschaft ausgeschlossen, wie zum Beispiel die Pflege. Hier besteht Nachbesserungsbedarf im Sinne der Einbeziehung dieser Akteure. Unbefriedigend im Sinne der Patientensouveränität ist außerdem die Regelung in § 139 Abs. 5, die den Organisationen der Patienten und der Selbsthilfe sowie dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten lediglich Gelegenheit zu Stellungnahmen einräumt, jedoch kein Antragsrecht und keinen Anspruch auf die Beantwortung von Anfragen.

§ 27 a (GMG) - Künstliche Befruchtung

Ein Beispiel, an dem sich die Notwendigkeit einer fairen Ausgewogenheit des Verhältnisses von Eigenleistung und Inanspruchnahme von Solidarleistungen darstellen lässt, sind Regelungen über Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur künstlichen Befruchtung bei Fortpflanzungsunfähigkeit § 27 a (GMG).

Ohne an dieser Stelle auf alle Facetten der Problematik der künstlichen Befruchtung einzugehen, ist festzustellen, dass der Tatbestand der Fortpflanzungsunfähigkeit laut BGH-Urteil vom 17. Dezember 1986 als Krankheit anzusehen ist. Die extrakorporale Befruchtung

ist als Methode zur Wiederherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit somit eine medizinisch notwendige Maßnahme (OLG Nürnberg, Urt. v. 27.05.1993).

Wenn eine notwendige Krankheitsbehandlung die Leistungsfähigkeit von Versicherten übersteigt und die Eigenbeteiligung nicht zumutbar ist, sollte die Solidargemeinschaft dafür eintreten. Insofern ist zu begrüßen, dass der § 27a nach anfänglich vorgesehener Herausnahme aus dem SGB V im neuen GMG-Entwurf zumindest wieder in modifizierter Form aufgenommen wurde. Versicherte haben nach dem Entwurf nunmehr Anspruch auf drei Zyklen, sofern sie das 25. Lebensjahr vollendet haben und als Frau nicht älter als 40 bzw. als Mann nicht älter als 50 Jahre sind. Vor Beginn ist der Kasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die Kasse übernimmt 50% der mit dem Plan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die beim Versicherten durchgeführt werden.

Hier besteht folgender Handlungsbedarf:

- a) Nach dem Arbeitsentwurf ist nicht eindeutig geregelt, auf welche Leistungen sich die Eigenbeteiligung erstreckt. Die Eigenbeteiligung sollte auf die Kosten der ärztlichen Maßnahmen begrenzt werden. An den Kosten erforderlicher Arzneimittel, die der behandelnde Arzt zu Lasten der Krankenkasse verordnet, beteiligen sich die Betroffenen entsprechend der neuen Zuzahlungsregelung für Arzneimittel. Es würde nahezu alle betroffenen Paare finanziell überfordern, wenn sie neben den hälftigen Arztkosten, die zwischen 400 und 750 Euro pro Zyklus liegen, auch noch die Hälfte der Arzneikosten, die teilweise sogar noch höher sind als diese, zu tragen hätten. Auch das Bemühen, die Künstliche Befruchtung im Leistungskatalog zu belassen, würde dadurch völlig konterkariert.

Hier wäre eine Klarstellung über einen Änderungsantrag zum § 27 GMG zwingend erforderlich. Dazu müsste in § 27a ein Absatz 3 eingefügt werden: Die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln, die im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung von dem Vertragsarzt verordnet werden, unterliegt den Regelungen der §§ 31, 61 Satz 1 SGB V.

- b) Um wirtschaftlich weniger leistungsfähigen Paaren den Weg der künstlichen Befruchtung nicht gänzlich zu verschließen, erscheint auch eine Einbeziehung der Eigenbeteiligung in die Härtefallregelungen gerechtfertigt. Bei einer Eigenbeteiligung von 2% der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt müsste ein Paar mit einem Jahreseinkommen von 40.000 Euro immerhin einen Kostenanteil von 800,00 Euro übernehmen. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass ein Kindes beträchtliche Kosten für die Eltern mit sich bringt.
- c) Schließlich darf auch nicht außer Acht bleiben, dass Kinder aus Sicht der Sozialversicherung erwünscht sind, denn jedes Neugeborene ist ein zukünftiger Beitragszahler.
- d) Aus medizinischer Sicht ist auch die untere Altersgrenze nicht gerechtfertigt. Bereits die heutige Gesetzgebung regelt, dass für Maßnahmen der extrakorporalen Befruchtung klare medizinische Indikationen vorliegen müssen. Bei bestimmten Diagnosen ist - unabhängig vom Alter - eine Schwangerschaft ohne Maßnahmen der extrakorporalen Befruchtung nicht möglich. Dazu gehört die beidseitige Undurchlässigkeit der Eileiter und die schwere Infertilität des Mannes. Letztere ist in den Richtlinien des Bundesausschusses definiert. Solange noch eine Chance besteht, dass eine Schwangerschaft auf natürlichem Weg oder mit weniger invasiven Maßnahmen wie z. B. einer Hormontherapie erzielt werden kann, darf auch heute die in-vitro-Fertilisation nicht zu Lasten der Kasse durchgeführt werden.

Anmerkung: Die vorliegende Stellungnahme wurde auf der Grundlage der Grundsätze des Verbandes erstellt und konnte wegen der Kurzfristigkeit der Einladung zum Anhörungsverfahren nicht in allen Einzelheiten mit allen Mitgliedergruppen des BMC abgestimmt werden. Sie ist deshalb als ein aktueller Beitrag in der Diskussion der geplanten Gesetzgebung zur Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens zu verstehen, die ihren Abschluss noch nicht gefunden hat.