

**Stellungnahme
der KZBV und der BZÄK
zum Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz-GKV-WSG)**

Der Gesetzentwurf bedeutet eine massive Einflussmöglichkeit des Gesundheitsministeriums auf die bisherigen Selbstverwaltungsorgane im Gesundheitswesen und den Einstieg in einen staatlich gelenkten Gesundheitsdienst. Die Reform wird zu einer Zentralverwaltungswirtschaft führen und das bewährte System der Selbstverwaltung mit seinem auf Interessenausgleich angelegten Charakter zerstören.

Aus Sicht der KZBV und der BZÄK ist am Prinzip der Selbstverwaltung festzuhalten, da nur dieses am besten geeignet ist, ein modernes Gesundheitswesen zu steuern und Wettbewerb zu fördern. Interessenkonflikte im Gesundheitssystem müssen ausgeglichen werden. Sie lassen sich nicht durch staatliche Reglementierungen lösen, die im Übrigen auch zu Akzeptanzproblemen bei den Beteiligten führen werden.

Wesentliches Element des deutschen Gesundheitswesens war bisher dessen staatsferne Organisation. Die Steuerung und gleichzeitiger Interessenausgleich zwischen den Beteiligten erfolgte durch demokratisch gewählte Vertreter unter Nutzung ihres Fachwissens. Diese Selbstverwaltung wird ihrer Kompetenzen weitgehend beraubt, wenn künftig hauptamtliche Funktionäre die gesetzlichen Vorgaben zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung konkretisieren.

In Anbetracht dieser klaren Zielsetzung des Entwurfes werden Vielfalt und Wettbewerb im Gesundheitswesen abgelöst durch eine weitgehende Beseitigung der Vertragskompetenzen der Beteiligten. Dies führt faktisch zu einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens.

Die KZBV und BZÄK beschränken ihre Stellungnahme nach einer ersten Bewertung des Gesetzesentwurfs ausdrücklich auf die aus ihrer Sicht wesentlichen Punkte. Die übrigen Detailregelungen werden im laufenden Gesetzgebungsvorhaben noch einer eingehenden Analyse unterzogen werden.

Grundsätzlicher Änderungsbedarf besteht in folgenden Punkten:

I. Organisation

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (§§ 91 Abs. 11, 94, 135 SGB V)

Die bereits in den Eckpunkten der Regierungskoalition zu einer Gesundheitsreform 2006 bezweckte Abkopplung der Selbstverwaltungen von der Mitgliedschaft im Gemeinsamen Bundesausschuss zerstört dessen bewährte Struktur als eine Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung. In § 91 SGB V soll geregelt werden, dass die Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Unparteiischen ihre Tätigkeit hauptamtlich ausüben. Sie sollen während ihrer Amtszeit in Diensten des Gemeinsamen Bundesausschusses stehen und bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden sein. Nähere Einzelheiten zur Vergütung dieser Personen und zu deren Finanzierung sollen in einer Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrates geregelt werden können.

In der neuen Strukturierung würde der Gemeinsame Bundesausschuss kein Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung mehr darstellen, da diese auf dessen Besetzung nur noch in sehr eingeschränktem Umfang, auf seine Entscheidungsfindung aber überhaupt keinen Einfluss mehr nehmen könnte. Zudem sollen die Möglichkeiten des BMG zur Einflussnahme bis zur Ersatzvornahme präzisiert, d.h. noch weiter ausgebaut werden. Damit wird der Gemeinsame Bundesausschuss, so diese Regelung umgesetzt wird, vollends zu einem ausführenden Organ des BMG werden und damit jedenfalls in seinem Tätigkeitsbe-

reich wiederum ein Element darstellen, das gegen eine wettbewerbliche Strukturierung des Gesamtsystems und für eine noch intensiviertere Fortführung dessen öffentlich-rechtlicher Ausgestaltung sprechen würde.

Ein Normsetzungsgremium, das nicht mehr von Vertretern der Selbstverwaltung getragen wird, sondern für das diesem lediglich noch ein Vorschlagsrecht hinsichtlich der Mitglieder eingeräumt wird, würde sich von den Normunterworfenen entfernen und damit sowohl die notwendige fachliche Kompetenz, als auch die erforderliche Akzeptanz seiner Normsetzungsbeschlüsse innerhalb der GKV in Frage stellen. Gerade die unlängst erfolgreich abgeschlossenen Projekte einer Umstrukturierung des Bema-Z oder die Einführung des Festzuschusssystems bei Zahnersatz hat gezeigt, dass die Normsetzung durch Selbstverwaltungsorganisationen sicherstellt, dass diese inhaltlich ausreichend fachlich vorbereitet und kommuniziert und daher auch kurzfristig sachgerecht in der Versorgungspraxis umgesetzt werden kann.

Der Wegfall der sektorspezifischen Besetzungen ist ebenfalls abzulehnen. Dies provoziert eine Majorisierung kleinerer Versorgungsbereiche wie der vertragszahnärztlichen Versorgung und die sachwidrige Negierung deren Spezifika. Gleiches gilt hinsichtlich der vorgesehenen sektorübergreifenden Regelung zur Qualitätssicherung in § 137 SGB V und der vorgesehenen undifferenzierten Messung und Darstellung der Versorgungsqualität durch ein besonderes Institut in § 137 a SGB V.

Die Regelung in § 135 Abs. 1 SGB V, der bestimmte Fristen für Verfahren zur Bewertung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode vorsieht und festlegt, dass eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden kann, wenn innerhalb der gesetzten Frist kein Beschluss zu Stande kommt, ist ebenso abzulehnen. Diese Regelung lässt Spekulationen zu, wie die Beteiligten zu den von ihnen gewünschten Entscheidungen kommen können.

2. Neuorganisation der Verbandsstruktur/Errichtung eines Spitzenverbandes Bund (§§ 212ff. SGB V)

Hinsichtlich der Kassenverbände ist vorgesehen, dass die Krankenkassen zukünftig den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden, der als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet werden soll. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen unterstützen und grundsätzliche Entscheidungen nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen treffen.

Die Regelungen sind aus den unter 1. genannten Gründen abzulehnen, da sie jedem Wettbewerb, der mit dem GKV-WSG eigentlich gefördert werden soll, entgegenstehen. Die Bildung eines Spitzenverbandes Bund führt zur Vereinheitlichung und Verstaatlichung und beseitigt bzw. beschränkt den Gestaltungsspielraum der Beteiligten des Gesundheitswesens.

Durch die Einflussmöglichkeiten des BMG als zuständige Aufsichtsbehörde wird der Weg in eine staatsdirigistische Zuteilungsmedizin eröffnet.

II. Tarife und Einzelverträge

1. Wahltarife (§ 53 SGB V)

Die Einführung von Wahltarifen in § 53 SGB V soll den Krankenkassen die Möglichkeit einräumen, Tarife mit Selbstbehalten, Beitragsrückerstattungen, Beitragsermäßigungen bei Teilnahme an besonderen Versorgungsformen sowie Kostenerstattung anzubieten. Die neue Wahlfreiheit zielt darauf ab, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu stärken. Der Wettbewerb wird jedoch hier nur halbherzig geschaffen, wenn § 73 Abs. 7 SGB V neu die maximalen Beitragsabschläge deckelt.

2. Einzelverträge (§ 73 c SGB V)

Mit § 73 c SGB V soll den Krankenkassen der Abschluss von Selektivverträgen ermöglicht werden. Damit sollen die Kassen zukünftig eine „besondere ambulante ärztliche Versorgung“ anbieten können. Neben den Leistungserbringern und Gemeinschaften der Leistungserbringer sind auch Kassenzahnärztliche Vereinigungen mögliche Vertragspartner der Krankenkassen, die die Verträge öffentlich auszuschreiben haben.

Eine derartige Regelung ist für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht erforderlich. In diesem Bereich ist das Festzuschussystem bereits als Antwort auf mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen zu verstehen. In diesem System, welches sich auch nach Auffassung des Gesetzgebers bewährt hat, ist es erforderlich, kollektivvertragliche Regelungen vorzusehen.

III. Leistungserbringerrecht

1. Übertragung der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf eine anonyme Prüfstelle (§ 106 SGB V)

Die Übertragung der Wirtschaftlichkeitsprüfung von sachverständig besetzten Prüfungsausschüssen auf eine anonyme Prüfstelle reduziert die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf ein bloßes Verwaltungsverfahren. Zahnmedizinische Fachfragen können in einem derartigen Verfahren nicht angemessen berücksichtigt werden. Dies muss daher zwangsläufig zu einer nahezu durchgängigen Befassung der Beschwerdeausschüsse und damit zu einer unnötigen Verzögerung und Kostensteigerung des Verfahrens führen.

2. Wegfall der Bedarfszulassung (§§ 100 Abs. 3, 101 Abs. 6, 103 Abs. 3, 105 Abs. 5 SGB V)

Das bisherige Bedarfsplanungsrecht bleibt grundsätzlich bestehen. Nur im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sind jedoch nunmehr sowohl bei

bestehenden Unter- als auch Überversorgungen keine Zulassungsbeschränkungen mehr vorgehen. Es verbleibt gem. § 105 Abs. 5 SGB V lediglich bei der Möglichkeit, bei bestehender Unterversorgung Sicherstellungszuschläge zu vereinbaren.

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt, da damit auf Besonderheiten in der vertragszahnärztlichen Versorgung reagiert wird, die im Zusammenhang mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, zu dem die KZBV und die BZÄK ausführlich Stellung genommen hat, notwendig sind. Die KZBV und die BZÄK haben in diesem Zusammenhang insbesondere hinsichtlich der im VÄndG vorgesehenen Neuregelungen in den §§ 24 Abs. 3 bis 6 und 33 Abs. 2 bis 3 ZV-Z darauf hingewiesen, dass diese Bestimmungen zur KZV-bezogenen Bedarfsplanung und Budgetierung der regional zu vereinbarenden Gesamtvergütungen obsolet machen.

Der vorgesehene Wegfall der Bedarfszulassung allein ist nicht ausreichend, um die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz auftretenden Fragestellungen lösen zu können. So finden sich im GKV-WSG unverändert die Vorschriften zur Budgetierung und zur Degression. KZBV und BZÄK haben darauf hingewiesen, dass die Anwendung der unveränderten Bestimmungen zum degressiven Punktwert gem. § 85 Abs. 4 b ff SGB V auf Fallgestaltungen, in denen ein Vertragszahnarzt eine Tätigkeit an einem weiteren Ort außerhalb des Bezirks der KZV, in der sich sein Vertragszahnarztsitz befindet, nicht möglich ist. Hier wäre das Leistungs- und Abrechnungssystem verschiedener KZVen betroffen. Selbst eine – nicht vorgesehene – Zusammenführung der an verschiedenen Orten erbrachten Leistungsmengen würde nicht zur Umsetzbarkeit der derzeitigen Degressionsregelungen führen.

IV. Private Krankenversicherung

1. **Portabilität von Altersrückstellungen/Einführung eines Basistarifs in der privaten Krankenversicherung (Art. 35 Versicherungsvertragsgesetz, Art. 36 Versicherungsaufsichtsgesetz, Art. 37 Kalkulationsverordnung)**

Nach den vorgesehenen Inhalten eines GKV-WSG soll zunächst der Zugang zur privaten Krankenversicherung (PKV) erheblich erschwert und diese in Struktur und Funktionalität weitgehend der GKV angeglichen werden. Die PKV-Unternehmen sollen danach einen Basistarif mit den wesentlichen Leistungen der GKV anbieten und insofern einen PKV-internen Risikostrukturausgleich für die Aufnahme einkommensschwacher Versicherter in diesen Tarif vorsehen. Anders als der augenblickliche „Standardtarif der PKV“ soll der zukünftige wahre Basistarif grundsätzlich für Jedermann gelten und insbesondere ein Rückkehrrecht ehemaliger PKV-Versicherter ermöglichen.

Diese Bestimmungen verdeutlichen die Intention des Gesetzgebers, eine möglichst weitgehende Konvergenz der Systeme der GKV und der PKV zu erreichen.

Diese Bestimmungen sind abzulehnen. Die erschwerten Zugangsmöglichkeiten zur PKV, die Bestimmungen zur Einführung eines Basistarifs sowie zur Einrichtung eines PKV-internen Risikostrukturausgleiches stellen die Existenz dieses Versicherungszweiges vollständig zur Disposition. Dies gilt umso mehr, als diese Bestimmungen rückwirkend auch auf Altverträge angewandt werden sollen, was diese finanziell unattraktiv machen würde.

Abzulehnen ist die Gleichschaltung der Vergütungen in der GKV und in der PKV. Abgesehen von den unterschiedlichen Normaufträgen des Bema-Z und der GOZ werden dabei grundlegende Unterschiede des Leistungsinhaltes und der Leistungserbringung verkannt und ohne Not ein Vergütungssystem zur Disposition gestellt, das bereits jetzt sehr wesentlich auch zur indirekten Finanzierung der GKV-Versorgung beiträgt.

2. Vergleichbare Vergütungen für vergleichbare Leistungen im ambulanten Bereich (§ 75 SGB V)

Mit § 75 Abs. 3 SGB V neu soll der Sicherstellungsauftrag der KZVen auf den neu einzuführenden Basistarif der PKV ausgedehnt werden.

Für die Regelung besteht zunächst kein Bedarf.

In der Begründung des Gesetzentwurfes wird ausgeführt, aus den Reihen der Versicherten im PKV-Standardtarif sei es „immer wieder zu Beschwerden über die Verweigerung einer (zahn)ärztlichen Behandlung unter Hinweis auf die Gebührenbegrenzung für den Standardtarif“ gekommen. Die damit aufgestellte Behauptung ist nicht, schon gar nicht durch valide Zahlen belegt.

Die Regelung ist darüber hinaus rechtssystematisch zweifelhaft.

Obwohl im PKV-Basistarif die Vertragsverhältnisse zwischen Zahnarzt und Patient auf der einen Seite und Patient (Versicherungsnehmer) und privater Krankenversicherung auf der anderen Seite nicht aufgelöst sind (Argument: in der Neuregelung des VVG findet sich eine Regelung, die einen Zahlungsanspruch des Arztes bzw. Zahnarztes gegen den Versicherer konstruiert – neben dem Zahlungsanspruch gegen den Patienten), soll die Vergütung der Ärzte bzw. Zahnärzte für die Behandlung von im Basistarif Versicherten in Verträgen zwischen K(Z)V'en und PKV erfolgen.

Diese Regelung stellt einen völligen Systembruch zwischen GKV und PKV dar. Dieser Systembruch wird dadurch perfektioniert, dass im Falle des Nichtzustandekommens einer Vereinbarung zwischen KZVen und PKV über die Höhe der Vergütung der Basistarifleistungen eine Vergütung nach dem Ersatzkassentarif erfolgen soll.