

**Sonderstellungnahme zum
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 24.10.06, BT-Drs 16/3100**

**Entwurf eines
Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)
vom 24. Oktober 2006**

BT-Drs 16/3100

Sonderstellungnahme der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV

Zahnärztliche Vergütung	Seite 2
Voraussetzung und Verfahren der DMP-Einschreibung	Seite 4
Anforderung an die DMP-Dokumentation	Seite 5

**Sonderstellungnahme zum
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 24.10.06, BT-Drs 16/3100**

**Artikel 1 Nr. 54 Buchstabe a)
§ 85 SGB V (zahnärztliche Vergütung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bislang im GKV-WSG nicht geregelt; neuer Vorschlag VdAK/AEV

B. Stellungnahme

§ 85 SGB V bleibt für den zahnärztlichen Bereich von Änderungen ausgenommen.

Anders als im Arztbereich verbleibt es somit beim bisherigen Vergütungssystem; auf der Grundlage der vereinbarten Vergütungsform werden zahnärztliche Leistungen mit dem vereinbarten Punktwert bis zur Gesamtvergütungsobergrenze vergütet. Die Verhandlungen werden von den Ersatzkassen auf der Landesebene geführt.

Die Fortgeltung des Vergütungssystems im zahnärztlichen Bereich hat die Beibehaltung der Punktwertunterschiede (mit Ausnahme Zahnersatz - Festzuschusssystem) zur Folge. Damit ergeben sich bei den Ersatzkassen bei gleichem Zuteilungsbeitrag aus dem Gesundheitsfonds unterschiedliche Vergütungen für gleiche zahnärztliche Leistungen. Bei Gesamtausgaben im Jahre 2005 (ohne Zahnersatz) in Höhe von ca. 2,6 Mrd. € (VdAK) und einem Punktwertunterschied von etwa 8,5 % ergeben sich Mehrausgaben in Höhe von etwa 220 Mio. €

Das politische Versprechen, den Kassen beim Übergang in die neue Organisationsstruktur die gleichen Startbedingungen zu verschaffen, wird nicht realisiert. Den Ersatzkassen entstehen klare Wettbewerbsnachteile. Die politischen Motive (siehe Begründung), die zur Pauschalisierung im Arztbereich geführt haben, gelten scheinbar nicht für den zahnärztlichen Bereich, obwohl die Vergütung mit Pauschalen auch hier möglich wäre.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 54 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

**Sonderstellungnahme zum
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 24.10.06, BT-Drs 16/3100**

aa) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

“Ab dem 01. Januar 2009 erfolgt die Vergütung in der vertragszahnärztlichen Versorgung auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwertes. Hierzu ermitteln die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KZBV für das Jahr 2008 auf der Grundlage der von den Partnern der Gesamtverträge bis zum 30.06.2008 zu liefernden landesspezifischen Punktwerten je Kassenart einen bundeseinheitlichen kasseneinheitlichen Punktwert für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz, gewichtet nach der Zahl der Versicherten; für die kieferorthopädische Versorgung getrennt zu den übrigen Bereichen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Im Falle von vereinbarten Pauschalvergütungen gilt der sich aus der Division der vereinbarten Gesamtvergütung durch das festgestellte Punktzahlvolumen der Krankenkasse im Jahre 2008 bis auf vier Nachkommastellen ermittelte Wert. Für das Jahr 2009 wird der durchschnittliche Punktwert nach Satz 4 und 5 unter Anwendung der für das Jahr 2009 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das Bundesgebiet festgelegt und gilt für die Verhandlungen ab dem Jahr 2010 als Ausgangsbasis. Die Höhe der Gesamtvergütung der Krankenkassen für das Jahr 2009 wird durch die Partner der Gesamtverträge durch Multiplikation des durchschnittlichen Punktwertes nach Satz 5 mit dem auf die einzelne Krankenkasse entfallenden Punktzahlvolumen des Jahres 2008 ermittelt und gilt gleichzeitig als Ausgangsbetrag für die Folgejahre. § 71 Abs. 1 gilt für die Berechnung des Ausgangsbetrags nicht.“

bb) In Satz 8 werden nach der Angabe “§ 13 Abs. 2“ die Wörter “und nach § 53 Abs. 4“ eingefügt und die Angabe “Satz 4“ durch die Angabe “Satz 2“ ersetzt.

**Sonderstellungnahme zum
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 24.10.06, BT-Drs 16/3100**

Artikel 38 Nr. 3 Buchstabe b)**§ 28 d Abs. 2 Nr. 2 RSAV (Voraussetzung und Verfahren der Einschreibung)****A. Beabsichtigte Neuregelung**

Die Überprüfung der aktiven Programmteilnahme eines Versicherten wird auf der Grundlage der übermittelten Dokumentationen neu geregelt.

Des Weiteren soll die die Folgedokumentation nicht mehr vom Arzt unterschrieben werden.

B. Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung zur Änderung des Ausschlusses bei zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen eines Versicherten wird seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen einvernehmlich als zielführend erachtet.

Hingegen wird die geplante Änderung zum Wegfall der Arztunterschrift auf der Folgedokumentation als nicht zielführend erachtet. Da es sich bei den Dokumentationsbögen um zahlungsbegründende Unterlagen handelt und auch aus rechtlichen Gründen zwingend eine Erstunterschrift erforderlich ist, wird die Erstunterschrift auf der Erst- und Folgedokumentation weiterhin als erforderlich angesehen. Insbesondere stellt die beabsichtigte Neuregelung keine Vereinfachung der Prozesse in der Arztpraxis und der Datenstelle dar. Im Falle von Korrekturen der Dokumentationen wird eine Arztunterschrift als entbehrlich erachtet (s. auch Ausführungen zu § 28 f Abs. 2 S. 1 Nr. 7).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 38 Nr. 3 Buchstabe b) wird wie folgt geändert:

Unter Aufzählungspunkt 2. c) werden nach dem Wort "die" die Wörter "bei Korrekturen" eingefügt.

**Sonderstellungnahme zum
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 24.10.06, BT-Drs 16/3100**

Artikel 38 Nr. 4 Buchstabe a)**§ 28 f Abs. 1 Nr. 1 RSAV (Anforderung an die Dokumentation)****A. Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Ergänzung in Absatz 1 Nr. 1 soll die vollständige Umstellung auf die elektronische Dokumentation erfolgen, die dann Voraussetzung für die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms ist.

Die geltende Übergangsregelung des § 28 b Abs. 3 geht von einer Anpassungsfrist an das neue Recht von einem Jahr aus.

Stellungnahme

Die Vorschrift wird als zielführend erachtet, jedoch sollte das Inkrafttreten der Regelung zur Einführung der elektronischen Dokumentation auf den 01.01.2008 vorverlegt werden.

Der Unterausschusses DMP des Gemeinsamen Bundesausschusses berät derzeit intensiv über die Einführung eines einzigen, indikationsübergreifenden Dokumentationsbogens zum 01.01.2008. Die Einführung dieses neuen Dokumentationsbogens kann aufgrund seiner Komplexität ausschließlich als Datensatz erfolgen. Die Abbildung der logischen Struktur in einem Papierdokument bisheriger Art ist nicht möglich und deshalb ist die Einführung der neuen Dokumentationssystematik an die Einführung der elektronischen Dokumentation gebunden. Nur die Umsetzung des indikationsübergreifenden Dokumentationsdatensatzes wird den Dokumentationsaufwand bei den DMP-Ärzten deutlich minimieren und Korrekturverfahren so gut wie überflüssig machen.

Die vollständige und flächendeckende Umstellung auf die ausschließlich elektronische Dokumentation soll nach Auffassung des Unterausschusses DMP bis zum 01.01.2008 sichergestellt werden.

Änderungsvorschlag

Artikel 38 Nr. 4 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst::

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert::

**Sonderstellungnahme zum
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 24.10.06, BT-Drs 16/3100**

- aa) In Nr. 1 werden nach dem Wort "Programm" die Wörter "auf elektronischem Weg zu übermittelnde" eingefügt.
- bb) In Nr. 2 wird nach dem Wort "erfolgt" das Wort "und" durch ein Komma ersetzt.
- cc) In Nr. 3 wird der Punkt durch das Wort "und" ersetzt.
- dd) Nach der Nr. 3 wird eine neue Nr. 4 wie folgt eingefügt: "4. die im Programm vorgesehenen Erst- und Folgedokumentationen nach Nr. 1 ab dem 01.01.2008 elektronisch übermittelt werden."

**Sonderstellungnahme zum
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 24.10.06, BT-Drs 16/3100**

**Artikel 38 Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)
§ 28 f Abs. 2 S. 1 Nr. 7 RSAV (Anforderung an die Dokumentation)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in § 28 d Abs. 2 Nr. 2, wonach Folgedokumentationen nicht mehr vom Arzt unterschrieben werden müssen.

Des Weiteren soll die Frist zur Übermittlung der Bestätigung des Datums der Arztunterschrift entfallen.

B. Stellungnahme

Der Verzicht auf die Arztunterschrift stellt keine Erleichterung im Prozess der Ärzte und der Datenstellen dar. Des Weiteren ist eine Unterschrift des Arztes auf der Erst- und Folgedokumentation bei der Erstaussstellung zwingend aus rechtlichen Gründen erforderlich.

Da in § 28 f Abs. 2 S. 1 Nr. 1 und Nr. 2 lediglich die Übermittlung der Dokumentationsdaten geregelt ist, muss die in Nr. 7 bisher geregelte Frist für die Übermittlung der gesonderten schriftlichen Bestätigung des Arztes geregelt bleiben.

Die Übermittlungsfrist von 10 Tagen wird weiterhin einvernehmlich seitens der Spitzenverband der Krankenkasse für erforderlich gehalten.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 38 Nr. Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) wird wie folgt gefasst:

In Satz 1 Nr. 7 wird nach dem Wort "kann" ein Komma und folgender Halbsatz "wobei ein Fehlen der Unterschrift im Korrekturverfahren unerheblich ist," eingefügt.