

**Entwurf eines Gesetzes
zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)
[Drs. 16/9559]**

**Stellungnahme der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung**

**Teil 1:
Stellungnahme zum Gesetzentwurf**

I. Vorbemerkung:

1. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung nimmt zum Gesetzentwurf, wie er zur Beratung an den Gesundheitsausschuss weitergeleitet wurde, nur zu der vorliegenden Neufassung des § 95 Absatz 7 Satz 3 bis 9 SGB V Stellung.
2. Darüber hinaus hält es die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung unbedingt für geboten, im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens weitere Änderungen im SGB V vorzunehmen, um den sich aus früheren Änderungen im SGB V ergebenden Änderungsbedarf zu berücksichtigen. Dadurch soll auch in Zukunft den Versicherten die Teilhabe am medizinischen Fortschritt insbesondere im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ermöglicht werden, ohne das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu verletzen. Dabei handelt es sich um folgende Regelungsgegenstände (vgl. Teil 2):

- Budgetierung zahnärztlicher Leistungen

- Berücksichtigung der Veränderungen in der Mitgliederstruktur der Krankenkassen
- Angleichung der zahnärztlichen Vergütungen im Beitrittsgebiet an das West-Niveau

II. Stellungnahme

Der dem Gesundheitsausschuss zur Beratung vorgelegte Entwurf sieht die Streichung der Sätze 3 bis 9 im § 95 Absatz 7 SGB V vor. Diese sollen durch folgende Regelung ersetzt werden:

„Für Vertragsärzte, die im Jahre 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben, findet § 95 Abs. 7 Satz 3 bis 9 in der bis zum 30. September 2008 geltenden Fassung keine Anwendung, es sei denn, der Vertragsarztsitz wird nach § 103 Abs. 4 fortgeführt. Die Zulassung endet in diesen Fällen zum 31. März 2009, es sei denn, der Vertragsarzt erklärt gegenüber dem Zulassungsausschuss die Wiederaufnahme seiner Tätigkeit. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt die Zulassung als ruhend. In den Fällen der Anstellung von Ärzten in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend.“

Durch diese Regelung wird bestimmt, dass Vertrags(zahn-)ärzte auch über Vollendung des 68.ten Lebensjahres hinaus an der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung weiterhin teilnehmen können.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung begrüßt die Aufhebung der Altersgrenze für Vertrags(zahn-)ärzte und Psychotherapeuten ausdrücklich. Damit wird eine langjährige Forderung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in Gesetzesform umgesetzt. Durch diese Regelung wird auch Rechtsicherheit geschaffen. In der Vergangenheit wurde die bisherige Regelung des Zulassungsverlustes zum Ende des Quartals, in dem der Vertrags(zahn-)arzt das 68.te Lebensjahr vollendete, häufig

gerichtlich angegriffen und begegnete nicht unerheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken. Diese rechtliche Unsicherheit wird durch die neue Regelung beseitigt.

Teil 2:

Gesetzgebungsvorschläge der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung regt im Nachfolgenden an, entsprechende Änderungen in das Gesetzgebungsverfahren zum Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) aufzunehmen.

I. Budgetierung zahnärztlicher Leistungen

1. Ausgangslage

Die heute in der zahnmedizinischen Versorgung praktizierten Vergütungsobergrenzen (Budgets) haben sich überwiegend aus den Verhältnissen des Jahres 1997 entwickelt. Bei einzelnen KZVen basieren die Vergütungsobergrenzen faktisch sogar auf den Verhältnissen des Jahres 1991, da die für 1993 bis 1995 geltenden gesetzlichen Budgetierungen auf freiwilliger Basis oder durch Schiedsamsentscheidungen für die Jahre bis 1997 fortgeführt wurden. Das Jahr 1997 bildete dann die Grundlage für die Budgetvorgaben des § 71 SGB V.

2. Problem

Aufgrund der dargestellten Ausgangslage liegt eine elf bis siebzehn Jahre alte Risikostruktur den entscheidenden Parametern zur Berechnung der heutigen Budgets zugrunde. Die heutigen Budgets sind statisch und lassen den Vertragspartnern der Gesamtverträge faktisch keinen Raum für Lösungen der Selbstverwaltung. Die heutigen Budgets unterscheiden sich dadurch von den bis 1999 geltenden Obergrenzenregelungen. Diese Obergrenzenvorgaben, die die Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität beinhalteten, ließen den Vertragspartnern einen Verhandlungsspielraum, um regionalen oder kassenspezifischen Besonderheiten angemessen Rech-

nung tragen zu können. Die heutigen Budgets lassen hingegen nur noch eine Vergütungsentwicklung im Rahmen der vom Bundesministerium für Gesundheit vorgegebenen Veränderungsrate ohne angemessene Berücksichtigung regionaler, kassenspezifischer oder struktureller Besonderheiten zu.

Dieses Problem wird auch nicht durch die Einführung des Gesundheitsfonds und des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gelöst oder zumindest abgeschwächt, da nach bisherigem Stand keine Dentalerkrankungen in diesem System Berücksichtigung gefunden haben. Selbst wenn derartige Erkrankungen Niederschlag finden würden, ergäben sich für den vertragszahnärztlichen Bereich keine Änderungen in der Höhe der Budgetierungen, da der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich lediglich das Verhältnis der gesetzlichen Krankenkassen untereinander beschreibt.

3. Lösung

Durch die Streichung der Budgets für die Vergütung vertragszahnärztlich erbrachter Leistungen unter gleichzeitiger Beachtung der Beitragssatzstabilität, wie sie in § 71 Abs. 1 SGB V normiert ist, wird den Vertragspartnern der Gesamtverträge mehr Verantwortung aber auch mehr Gestaltungsspielraum hinsichtlich der Vergütung vertragszahnärztlich erbrachter Leistungen gestattet. Dies liegt auch im Interesse der Versicherten, die somit auch weiterhin einen garantierten Zugang zu modernen zahnärztlichen Heilmethoden erhalten.

Ein signifikanter Anstieg der Ausgaben der Krankenkassen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ist nicht zu befürchten, da durch einen Wegfall der Budgets keine Leistungsanreize über den bisherigen Behandlungsbedarf hinaus gesetzt werden.

II. Berücksichtigung der Veränderungen in der Mitgliederstruktur der Krankenkassen

Sollte sich der Gesetzgeber nicht zu einer Streichung der Budgets im vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich entscheiden können, schlägt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung jedoch vor, zumindest bei der Berechnung der Vergütungsobergrenzen Veränderungen in der Mitgliederstruktur der Krankenkassen einfließen zu lassen.

1. Ausgangslage

Die rein mathematische Weiterentwicklung der durch § 71 SGB V vorgegebenen Vergütungsobergrenzen (sog. Budgets) bewirkt erhebliche Verwerfungen und entzieht dem System der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung in zunehmenden Umfang die finanzielle Grundlage.

Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander bewirkt gravierende Strukturverschiebungen. Die aus den Ursprungswerten der Budgetberechnung des Jahres 1997 – teilweise sogar aus dem Jahr 1991 – gebildeten Budgets stimmen mit den Strukturen, die sich über die Jahre hinweg als Folge des Wettbewerbs verschoben haben, nicht mehr überein.

Die allgemeinen Wahlrechte der Versicherten hinsichtlich der Krankenkassen sowie die Neuregelungen durch das GKV-WSG zur Organisationsreform der Krankenkassen und zur Ausweitung deren leistungsrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten haben einerseits hinsichtlich der Krankenkassen zu einem stärkeren Anreiz zu wirtschaftlichem und wettbewerblichem Handeln und andererseits zu einer verbesserten Information und Motivation der Versicherten, solche Krankenkassen zu wählen, die ein attraktives Leistungsangebot mit günstigen Beiträgen vereinbaren können, geführt.

Im Rahmen des damit gestärkten Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen ist es zu verstärkten Wanderungsbewegungen von Versicherten zwischen den einzelnen Krankenkassen gekommen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass sich zunehmend solche Krankenkassen, die bisher nur regional bzw. für einen bestimmten Personen-

kreis wählbar waren, nun für alle Versicherten geöffnet und damit in einen erweiterten Wettbewerb eingetreten sind.

Den damit verbundenen erweiterten Wahlmöglichkeiten der Versicherten konnte bereits bisher bei den Verhandlungen über die Gesamtvergütungen unter dem generellen Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) gem. § 85 Abs. 3 c SGB V insofern Rechnung getragen werden, als dabei bereits jetzt eine Abweichung der tatsächlichen Zahl der Mitglieder im Vereinbarungszeitraum von der bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zugrunde gelegten Zahl der Mitglieder zu berücksichtigen ist.

2. Problem

Die durch die Gesamtvergütungen abgegoltenen Leistungen für die Krankenkassen werden jedoch nicht nur durch die Zahl der Versicherten, sondern wesentlich auch durch die von diesen tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen bestimmt. Dies kann beim Wechsel von Versicherten mit besonders hohem Leistungsbedarf in Krankenkassen, deren Versicherte bisher einen vergleichsweise geringen Leistungsbedarf aufweisen, zu einer deutlichen Steigerung der Leistungsanforderungen der Mitglieder dieser Krankenkasse insgesamt führen. Umgekehrt ist jedoch auch eine deutliche Reduzierung der Leistungsanforderungen der Krankenkasse insgesamt dann möglich, wenn in diese Versicherte mit eher geringem Leistungsbedarf wechseln.

3. Lösung

Zur Gewährleistung einer fairen Wettbewerbsordnung zwischen den Krankenkassen einerseits und zur Vermeidung negativer Anreize bei den Leistungserbringern andererseits muss derartigen Veränderungen in der Mitgliederstruktur bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen Rechnung getragen werden können. Daher ist dieses Kriterium zukünftig im Rahmen der Vereinbarungen gem. § 85 Abs. 3 SGB V durch eine entsprechende Klarstellung in § 85 Abs. 3 c SGB V zu berücksichtigen. Zugleich ist in § 71 Abs. 1 SGB V klarzustellen, dass eventuelle Ausgabensteigerungen infolge der Veränderung der Mitgliederstruktur von Krankenkassen den Grundsatz der

Beitragssatzstabilität nicht verletzen. Ausgabensteigerungen für die GKV insgesamt und damit Belastungen für die Mitglieder sind damit nicht verbunden, da Veränderungen in der Mitgliederstruktur sowohl zu Erhöhungen als auch zu Verringerungen der zu vereinbarenden Gesamtvergütungen führen können.

4. Gesetzgebungsvorschlag

a. § 71 Abs. 1 SGB V

In § 71 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird hinter dem 2. Komma folgende Formulierung eingefügt:

„oder aufgrund von Veränderungen der Mitgliederstruktur,“.

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass dann, wenn Veränderungen der Mitgliederstruktur einer Krankenkasse zu einem erhöhten Leistungsbedarf der Mitglieder dieser Krankenkasse führen, dieser bei den Vergütungsvereinbarungen auch dann berücksichtigt werden kann, wenn dies zu einer Beitragssatzerhöhung führt. Damit wird sichergestellt, dass ein durch Veränderungen der Mitgliederstruktur bewirktes Ansteigen der Leistungsmenge für eine einzelne Krankenkasse auch bei den Vergütungen dieser Leistungen berücksichtigt werden kann, womit zugleich negative Anreize für die Leistungserbringer vermieden werden. Ausgabensteigerungen für die GKV insgesamt und damit für deren Mitglieder sind damit nicht verbunden, da Veränderungen der Mitgliederstruktur im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen auch dann zu berücksichtigen sind, wenn diese zu einer Reduzierung der Leistungsanforderungen von Krankenkassen führen.

b. § 71 Abs. 2 SGB V

§ 71 Abs. 2 SGB V wird durch folgenden Satz ergänzt:

„§ 85 Abs. 3 c Satz 1 gilt entsprechend.“.

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass eine Überschreitung der Veränderungsrate nach Satz 1 auch dann zulässig ist, wenn dies auf eine Berücksichtigung der in § 85 Abs. 3 c Satz 1 SGB V genannten Kriterien zurückzuführen ist.

c. § 85 Abs. 3 c SGB V

§ 85 Abs. 3 c Satz 1 SGB V erhält folgende Fassung:

„Weicht die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zugrunde gelegte Zahl oder Struktur der Mitglieder von der tatsächlichen Zahl oder der Struktur der Mitglieder im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen.“.

Durch die Neufassung wird klargestellt, dass neben der Veränderung der Zahl der Mitglieder auch eventuelle Veränderungen deren Struktur bei den Vereinbarungen der Veränderungen der Gesamtvergütungen gem. § 85 Abs. 3 SGB V zu berücksichtigen sind. Soweit Veränderungen in der Mitgliederstruktur von Krankenkassen daher zu einer Veränderung deren Leistungsanforderungen im Vereinbarungszeitraum führen, ist danach eine entsprechende Anpassung der Gesamtvergütungen vorzunehmen.

III. Angleichung der zahnärztlichen Vergütungen im Beitrittsgebiet an das West-Niveau

1. Ausgangslage

Nach fast 18 Jahren der Wiedervereinigung bestehen noch immer zwischen dem Beitrittsgebiet und dem Gebiet der alten Bundesrepublik Deutschland gravierende Unterschiede in der Vergütung der vertragszahnärztlich erbrachten Leistungen. Obwohl parteiübergreifend die Ost-West-Angleichung als anerkanntes gesellschaftspolitisches Ziel gilt, spiegelt sich dieses Ziel nicht in der Vergütung vertragszahnärztlich erbrachter Leistungen wider. Noch immer haben die Punktwerte in den neuen Bundesländern nicht das Niveau Westdeutschlands erreicht.

2. Problem

Diese Schlechterstellung hat Auswirkungen auf die zahnärztlichen Praxen und die Versorgungsqualität. Die allgemeinen Praxiskosten im Beitrittsgebiet wie Miete, Personal und Praxiseinrichtung haben sich bereits heute weitgehend dem Kostenniveau Westdeutschlands angenähert bzw. dieses bereits erreicht. Insbesondere Personalkosten sind ein überproportional starker Kostenfaktor einer Praxis. Eine weiter geltende Schlechterstellung ostdeutscher Praxen hat zur Folge, dass auch die Mitarbeitergehälter nicht angepasst werden können, was zur Folge hat, dass gut qualifizierte Praxismitarbeiter sich dann attraktive Arbeitsplätze in den alten Bundesländern suchen.

3. Lösung

Wie bereits im ambulanten ärztlichen Bereich nahezu erreicht, führt eine Punktwertangleichung im Bereich der ostdeutschen Länder auf das Niveau Westdeutschlands zu einer gleichen Vergütung gleicher Leistungen. Eine Punktwertangleichung auf das Westniveau stoppt Abwanderungstendenzen junger, qualifizierter Praxismitarbeiter und führt zu einer gerechteren Verteilung innerhalb der gesamten Bundesrepublik. Die Kosten einer Punktwertangleichung im zahnärztlichen Bereich auf das Niveau Westdeutschlands in Höhe von 140 Mio. bis 170 Mio. fallen angesichts der gerade

erst erfolgten Anpassung der ambulanten ärztlichen Vergütung nicht ins Gewicht und sind auch im Spiegel der besonderen Bedeutung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Ost-West-Angleichung gerechtfertigt.