(14) Ausschuss für Gesundheit
Ausschussdrucksache
0130(34)
Eingang am 10.11.2006

16. Wahlperiode

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV - Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

vom 24. Oktober 2006

BT-Drs 16/3100

Stellungnahme der Techniker Krankenkasse

I. Einleitung

Der Gesetzgeber geht mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) den mit dem Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 und mit der Koalitionsvereinbarung 2005 eingeschlagenen Weg zur Reform der Strukturen der GKV weiter. Dabei setzt er insbesondere auf Veränderungen der Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen sowie zwischen den Kassen und Leistungserbringern. Diese Beziehungen sollen transparenter, flexibler und stärker wettbewerblich ausgerichtet werden. Auch im organisationsrechtlichen Teil der Reform sind einige Regelungen folgerichtig auf dem Weg einer stärkeren Wettbewerbsorientierung. Die dann aber vorgesehene Finanzierungsreform über einen Fonds und Prämien/Zusatzbeiträge sowie die Erweiterung des Ausgleichssystems sind geeignet, diese wettbewerblichen Fortschritte im Keim zu ersticken und auszuhebeln.

Mehr Wettbewerb im Leistungs- und Versorgungsbereich

Mehr Wahlmöglichkeiten für Versicherte und mehr Einzelvertragsmöglichkeiten für Kassen sowie ein stärkerer Leistungs- und Qualitätswettbewerb sind aus Sicht der Techniker Krankenkasse (TK) die entscheidenden Schritte für eine bessere Versorgung der Versicherten. Das WSG enthält dazu eine Reihe guter Ansätze.

- Die Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten durch Wahltarife wird begrüßt. Versicherte können in einem Teilbereich der GKV über Art und Umfang ihres individuellen Versicherungsschutzes künftig selbst entscheiden, dies erhöht ihre Wahlfreiheit und stärkt die Konsumentensouveränität. Wahltarife lassen eine bewusstere Leistungsinanspruchnahme erwarten und sind deshalb ein wertvoller Teil für einen ausgewogenen Steuerungs-Mix in der GKV. Sie erhöhen die Attraktivität der GKV gegenüber der PKV. Die TK hat bereits gute Erfahrungen mit Selbstbehalt-Tarifen und Kostenerstattung.

- Es wird begrüßt, dass die Krankenkassen zukünftig einen größeren Verhandlungsspielraum mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen erhalten. Dies stärkt den wettbewerblichen Charakter der GKV und erweitert die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen.

- Die Neuordnung der Honorierung im ärztlichen Bereich wird begrüßt. Bei der Ausgestaltung muss aber darauf geachtet werden, dass durch die geplante Installierung eines kassenartenübergreifenden Dachverbandes für die Kollektivverhandlungen keine zusätzliche bürokratische Instanz etabliert wird, die den Einzelkassen weniger wettbewerblichen Handlungsspielraum als bisher lässt. Vielmehr sollten - wenn schon die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Verbände neu gestaltet werden soll - die Einzelkassen mehr Verhandlungsmöglichkeiten erhalten. Die auf Dauer GKV-einheitliche Euro-Gebührenordnung in der vertragsärztlichen Versorgung stellt kein wettbewerbsförderndes Element dar.

- Der gesetzgeberisch vorgegebene Abbau der historisch bedingten unterschiedlichen Vergütungsniveaus in der vertragsärztlichen Versorgung ist auch im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung notwendig. Deshalb sollte auch hier eine Angleichung der Vergütungsniveaus vorgenommen werden.

- Im Hinblick auf die Inhalte und die organisatorische Umsetzung des neuen Vergütungssystems sind noch viele Fragen offen. Es wird daher empfohlen, möglichst schon ab 2007 das Verfahren zu Ermittlung der Gesamtvergütung zu klären. Auch der zu Grunde liegende Leistungsbedarf müsste rasch definiert werden. Die Einführung mengensteuernder Mechanismen ist nötig, um zu verhindern, dass vor allem der nicht morbiditätsbedingte Leistungsbedarf zu einer nicht medizinisch begründbaren unbezahlbaren Mengendynamik führt. Darüber hinaus müssen Kenngrößen zur Messung der Überversorgung und verbindliche Regularien zur Anwendung bei Abschlägen in der Gebührenordnung gefunden werden.

- Es ist nötig, Doppelversorgung im ambulanten und stationären Bereich zu reduzieren und einen weiteren Versuch zu unternehmen, den Geldfluss der Leistungserbringung folgen zu lassen. Durch gleiche Vergütung gleicher Leistungen kann eine bessere Verzahnung der Sektoren erfolgen und ein Anreiz entstehen, die Leistungen auf der jeweils notwendigen Ebene zu erbringen. Entsprechende Steuerungs- und praktikable (Krankenhaus) Budgetbereinigungsmechanismen wären hierzu eine sinnvolle Ergänzung, die unbedingt aufgenommen werden sollten.

- Durch die Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung erhalten die Kassen im Arzneimittelbereich mehr Vertragsfreiheiten. Dies wird ausdrücklich begrüßt.

- Ebenso positiv sind die geplante Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, das Verbot der Datenauswertung durch die Pharmaindustrie sowie das Ziel zur Vereinfachung und Verschlankung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Diese Vorhaben können einen wichtigen Beitrag zur Abmilderung der Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich und zum Abbau der Bürokratie in der Versorgung leisten.

- Jede Krankenkasse soll ein Angebot zur hausarztzentrierten Versorgung vorhalten. Der Zwang wird allerdings kritisch gesehen, zumal derzeit keine gesicherten Aussagen zur Nachhaltigkeit von Steuerungseffektivität und Kosteneffizienz innerhalb einer hausarztzentrierten Versorgung vorliegen. Die Kassen sollten die eigenen Leistungsangebote so gestalten können (z.B. integrierte Versorgung, Facharztnetze inkl. Hausärzte, sonstige Einzelverträge etc.), dass sie die Wünsche ihrer Versicherten optimal abdecken können. Deshalb sollte eine Kasse die Wahl haben, ob sie Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung anbieten möchte.

Mehr Wettbewerb durch organisationsrechtliche Maßnahmen

Im Bereich des Organisationsrecht sind Maßnahmen vorgesehen, die zu einer wettbewerblicheren Ausgestaltung und zur Ausweitung der Handlungsoptionen für die Krankenkassen führen.
Die Regelungen zum Spitzenverband Bund und zum Bundesausschuss lassen aber im Gesetzentwurf noch nicht deutlich erkennen, ob die vorgesehenen Maßnahmen zu einer Straffung und Beschleunigung von Entscheidungsprozessen führen und damit die Strukturen professionalisieren können. Bei nicht sachgerechter Umsetzung könnten sie auch zu einer größeren Zentralisierung und Staatsnähe führen und damit das Ziel einer stärker wettbewerblich orientierten GKV konterkarieren.

- Jede Kasse kann zukünftig mit anderen Kassen im GKV-System fusionieren. Dies wird zu dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähigen Einheiten der Krankenkassen führen und bedeutet eine konsequente wettbewerbliche Weiterentwicklung. Die Handlungsoptionen der einzelnen Krankenkassen werden erweitert.

- Die Haftungsregelungen sollen den geänderten Kassen- und Verbandsstrukturen angepasst werden. Dies ist folgerichtig. Das Haftungsrecht muss transparent, nachvollziehbar und anwendbar sein. Die Neuregelung des § 155 Abs. 5 ist aber entbehrlich. Durch die Neuregelung des § 265a SGB V im Rahmen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) wird eine Entschuldung der Krankenkassen bis zum 31.12.2007 bzw. in besonderen Fällen bis zum 31.12.2008 sichergestellt. Deshalb ist eine Haftung für verschuldete Kassen abzulehnen.

- Zu begrüßen ist die Absicht, die Transparenz der Finanzen durch Rechnungslegung nach dem HGB zu erhöhen. Eine verbesserte Transparenz gewährleistet eine intensivere Finanzkontrolle und leistet einen wichtigen Beitrag, finanzielle Schieflagen schon im Vorfeld zu verhindern. Sie zwingt zudem zu einer langfristig angelegten, vorausschauenden und soliden Finanzplanung.

- Angesichts der Möglichkeit zu kassenartenübergreifenden Fusionen und zur Bildung neuer Verbände ist eine Anpassung der bisherigen Entscheidungsstrukturen innerhalb der GKV notwendig. Die Gründung eines Spitzenverbandes darf aber nicht dazu führen, die im GMG und im Koalitionsvertrag vereinbarten Ziele, einen wettbewerblich geprägten Ordnungsrahmen zu stärken und den Abbau von Bürokratie voranzutreiben, zu konterkarieren. Daher ist zwingend darauf zu achten, dass zu den Aufgaben des neuen Verbandes nicht Bereiche gehören, die über den Wettbewerb der einzelnen Krankenkassen geregelt werden können. Die bisher vorgesehenen Entscheidungsgremien Mitgliederversammlung und Verwaltungsrat scheinen noch nicht auf eine schlankere und moderne Entzscheidungsstruktur zugeschnitten zu sein. Und die bisher vorgesehene Sitzverteilung im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes sollte zumindestens auf die Größenverhältnisse zwischen den Kassen und Kassenarten angepasst werden. Auch das zukünftige Zusammenspiel zwischen Kassenarten, die mittel- und langfristig nicht mehr die heutige Bedeutung haben, und Kassen auf Bundes- und Landesebene scheint noch nicht eindeutig geregelt.

- Betriebskrankenkassen (BKK) und Innungskrankenkassen (IKK) sollen sich im Gegensatz zu den Ersatzkassen und den Ortskrankenkasse weiterhin neu errichten können. BKKn und IKKn werden hierdurch einseitige Privilegien zugestanden und zu Lasten der anderen Kassenarten gestärkt. Ein genereller Errichtungsstopp für BKKn und IKKn würde übrigens das Ziel der Bundesregierung unterstützen, schlagkräftige und effiziente Kassenstrukturen zu schaffen.

- Selbstverständlich müssen auch weitere Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung auf die Möglichkeit größerer Professionalisierung durchforstet werden und Anpassungen an die neuen organisationsrechtlichen Möglichkeiten vorgenommen werden: So sollen die Entscheidungsgremien im Gemeinsamen Bundesausschuss (GemBA) zukünftig von Hauptamtlichen besetzt werden. Das bisherige Prinzip der Selbstverwaltung wird dadurch erheblich verändert. Hier muss mit Umsicht vorgegangen werden, da eine vermeintliche größere Professionalität der Akzeptanz und der Umsetzbarkeit der Entscheidungen schaden kann.

Neues Finanzierungssystem hebelt Wettbewerbsansätze des WSG wieder aus

Durch ein Fondsmodells wird die grundlegende Problematik der Finanzentwicklung in der GKV nicht gelöst. Die Abhängigkeit der GKV-Einnahmen von der Grundlohnentwicklung und damit von der wirtschaftlichen Entwicklung bleibt nahezu unverändert erhalten. Unverändert ist auch die Demografie-Abhängigkeit der Einnahmenseite.

Es ist offen, wie der zu erwartende Ausgabenanstieg im Modell abgebildet werden soll. Über den Steuerzuschuss kommt zwar Geld ins System und die Beitragssätze werden entlastet. Da aber der Gesundheitsfonds für die ausgabenseitigen Probleme keine Lösungen anbietet, wird sich nichts an der grundsätzlichen Problematik ändern, dass die Ausgaben schneller wachsen werden als die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

Die Mischfinanzierung aus gesetzlich fixiertem Beitragssatz und kassenindividuellem Zusatzbeitrag / Zusatzprämie verschleiert die tatsächlichen Kosten der Krankenversicherung. Gleichzeitig verlieren die Krankenkassen aufgrund der Trennung von Einnahmen- und Ausgabenverantwortung ihre Finanzhoheit. In Zukunft machen die Auszahlungsbeträge des Fonds einen Großteil des verfügbaren Budgets der Krankenkassen aus, wodurch die Kassen in ein Abhängigkeits- bzw. Bittstellerverhältnis gegenüber der öffentlichen Hand geraten. Das wäre ein Schritt in Richtung Verstaatlichung des Gesundheitswesens.
In diesem Zusammenhang besteht auch die Gefahr, dass die Krankenkassen Wettbewerbsvorteile nicht durch wirtschaftliches Handeln, sondern durch die Maximierung der Zahlbeträge aus dem Gesundheitsfonds erzielen wollen. Das Hauptinteresse der Krankenkassen läge somit auf der Umverteilung und Gestaltung der Auszahlungskriterien aus dem Gesundheitsfonds . Anreize, Wettbewerbsvorteile am Markt zu generieren, würden geschwächt.

- Die Krankenkassen verlieren einen großen Teil ihrer heutigen Finanzautonomie. Einnahmen- und Ausgabenverantwortung liegen nicht mehr in einer Hand. Während die einzelnen Krankenkassen weiter für die Steuerung der Ausgaben zuständig sein sollen, sind sie bei den Einnahmen abhängig von den zentral festgelegten Beiträgen und den Zuweisungen aus dem Fonds. Die Krankenkassen werden damit zu "Zuweisungskassen" Dies bedeutet wiederum für den Fonds, dass er zwar die Beiträge einzieht, aber nicht die Ausgabenentwicklung steuern kann. Dies ist eine Abkehr vom ökonomischen Prinzip der Einnahmen- und Ausgabenverantwortung in einer Hand.

- Die Bundesregierung und die Regierungsfraktionen sind der Auffassung, dass sich in der Vermeidung oder im Erheben von Zusatzbeiträgen zukünftig der Wettbewerb abspielen sollte. Besonders gut gemanagte Kassen sollen nach ihrer Vorstellung sogar in der Lage sein, Geld zurückzuzahlen. Somit ist nicht auszuschließen, dass Kassen ihr Handeln ausschließlich auf die Vermeidung von Zusatzbeiträgen ausrichten. Unerwünschte Nebenwirkungen könnten hierbei u.a. die Streichung oder restriktive Handhabung von Satzungsleistungen oder die Entstehung eines Leistungsverweigerungswettbewerbs sein. In diesem Zusammenhang blendet die Bundesregierung auch aus, dass die Kassen bereits heute durch einen Mix aus effizientem Geschäftstellennetz, effizientem Verwaltungshandeln, gut organisierten Versorgungsangeboten, attraktiven Satzungsleistungen und gutem Service unter Beweis stellen können, dass sie gut gemanagt werden. Dies trägt auch zur Verbesserung ihrer Position gegenüber den Mitbewerbern bei.

- Der Zahlungsverkehr, eine entscheidende Komponente der Kassen bei der Sicherung ihrer Liquidität, muss zwischen dem Fonds und den Kassen tagesgleich ablaufen. Es muss gewährleistet sein, dass es bei den Kassen nicht zu Liquiditätsengpässen oder Verwendung von Reservemitteln infolge verzögerter Fondszuweisungen kommt.

- Jede Kasse kann entscheiden, ob sie einen prozentualen am Einkommen orientierten Zusatzbeitrag nimmt oder eine feste Euro-Prämie. Zu vermuten ist, dass einzelne Kassen den Zusatzbeitrag tatsächlich als Prämie und andere einkommensbezogen erheben würden. Damit stünden zwei Systeme nebeneinander, die zu unterschiedlichen Selektionsanreizen führen. Die Entscheidung der jeweiligen Kasse – im übrigen noch eine der wenigen Entscheidungen einer selbstverwalteten Kasse – würde von taktischen und strategischen Überlegungen dominiert. Will man Besserverdienende anziehen, wählt man die Prämie. Genau diesen Wettbewerb wollten die Koalitionsfraktionen aber verhindern!

- Die Überforderungsklausel beim Zusatzbeitrag ist nicht praktikabel: Negative Wirkungen auf die Mitglieder und Kassen sind bereits jetzt absehbar und bedürfen nicht erst im Jahr 2011 einer kritischen Prüfung. Für Geringverdiener kann die Belastung bei einem Zusatzbeitrag bis zu 8 Euro auch deutlich über 1 vom Hundert liegen. Sie haben damit einen Anreiz, in eine teure Kasse zu wechseln. Dies würde die Finanzprobleme einer teuren Kasse noch verschärfen. Die 1 vom Hundert-Regelung führt zu einer Aufwärtsspirale der Prämie, die zur Folge hat, dass das erforderliche Finanzvolumen nicht mehr realisiert werden kann und letztendlich Einzelkassen in die Insolvenz getrieben werden. Prämienunterschiede zwischen den Krankenkassen sagen wenig über die Effizienz und Leistungsfähigkeit der Krankenkasse aus, sondern sind auch Ausdruck der Mitgliederstruktur (Geringverdiener, Familien). Mitglieder, die bei einer Prämie größer als 8 Euro die 1 Prozent-Grenze überschreiten, haben keinen Anreiz mehr, eine günstige Krankenkasse auszuwählen. Dies sind bei einer Finanzierung von 5 Prozent der Gesamtausgaben über Zusatzprämien rund 60 Prozent der GKV-Mitglieder.

- Auf Grund der fehlenden Praktikabilität der Überforderungsklausel kommt als Lösungsansatz nur ein Ausgleich für Härtefälle über Steuermittel in Frage: Die Kasse erhält den vollständigen Zusatzbeitrag, Geringverdiener bekommen Beitragszuschüsse über Steuermittel. Diese sollten der Differenz aus der durchschnittlichen GKV-Prämie und der Eigenbeteiligung in Höhe von 1% entsprechen. Zum Erhalt von Wirtschaftlichkeitsanreizen ist entscheidend, dass für den Steuerzuschuss nur die rechnerische, durchschnittliche GKV-Prämie berücksichtigt wird. Diese Prämie errechnet sich aus den nicht durch den Fonds gedeckten Ausgaben der GKV dividiert durch die Anzahl der GKV-Mitglieder. Werden Zuschüsse auch für Prämien gewährt, die die GKV-Durchschnittshöhe übersteigen, gehen sämtliche Wirtschaftlichkeitsanreize für die Kassen verloren: Sobald für die Mitglieder die Überforderungsklausel greift,

spielt für sie die Wirtschaftlichkeit des Kassenhandelns finanziell keine Rolle mehr - im Gegenteil: Unnötige Leistungsausweitung wird für sie sogar vorteilhaft.

- Der Risikostrukturausgleich (RSA) fällt nicht weg, nur die Bezeichnung/ Umschreibung ändert sich. Zwar geht der Einkommensausgleich im RSA zukünftig im Mechanismus des Gesundheitsfonds auf. Damit werden die Ausgaben der Krankenkassen, die im bisherigen RSA ausgleichsfähig sind, ausgeweitet. Das bedeutet, dass der bisherige Finanzkraftausgleich, der ca. 92 Prozent der Ausgaben umfasste, auf 100 Prozent der Ausgaben ausgeweitet wird. Satzungsleistungen und Verwaltungskosten werden in den Ausgleich einbezogen. Damit wird das Volumen der Umverteilung über den Fonds größer.

- Zusätzlich soll mehr Krankheit einbezogen werden. Die Basis für das zukünftige Klassifikationssystem im morbiditätsorientierten RSA sollen 50 bis 80 Krankheiten sein. Es muss sichergestellt sein, dass ausschließlich solche Krankheiten berücksichtigt werden, die schwerwiegend und kostenintensiv sind. Die Kostenintensität ist daran zu messen, dass bei diesen Krankheiten die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50% übersteigen. Die quantitative Begrenzung ist dringend geboten, um Anreize zu eigenverantwortlichem Handeln und einem entsprechenden Versorgungsmanagement seitens der Krankenkasse nicht zu sehr einzuschränken. Sofern eine Gruppierung einzelner Krankheiten zu Morbiditätsgruppen erfolgen soll, ist festzulegen, wie die Gruppierung erfolgen soll. Zu beachten ist dabei, dass nach wie vor nicht mehr als 50 bis 80 Krankheiten berücksichtigt werden, die Zahl der Gruppen daher entsprechend geringer als 50 bis 80 werden muss, für den Zuordnungsalgorithmus und das Regressionsverfahren. Zudem ist klarzustellen, dass auch bei einer gleitenden Einführung am Ende der Einführungsphase bzw. Übergangsphase nicht mehr als 80 Krankheiten berücksichtigt werden.

- Unstrittig ist, dass der GKV für gesamtgesellschaftliche und familienpolitische Aufgaben Steuergelder zur Verfügung gestellt werden müssten. Dies birgt allerdings politische Unwägbarkeiten. Die Beitragsgestaltung ist von Steuermitteln und politischen Entscheidungen abhängig und erfolgt nach Kassenlage. Über die Verwendung von Steuermitteln wird regelmäßig neu entschieden, von einer Nachhaltigkeit der Finanzierung kann keine Rede sein. Deshalb ist eine Regelung für eine zweckgebundene Verwendung von Steuermitteln zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben nötig.

- Bei der weiteren Debatte um den Ausbau der Steuerfinanzierung ist auch darauf zu achten, dass durch die Steuerfinanzierung der Leistungsausgaben für Kinder die Wettbewerbsposition der GKV gegenüber der PKV nicht nachhaltig geschwächt wird.

II. Zu den einzelnen Regelungen

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Versorgungsmanagement

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 7, § 11 Abs. 4 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Ein neuer Absatz 4 wird eingefügt. Danach haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen. Die betroffenen Leistungserbringer sollen für eine sachgerechte Anschlussversorgung sorgen und sind bei der Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. Regelungen hierzu sind vertraglich zu vereinbaren. Das Versorgungsmanagement bedarf der Zustimmung des Versicherten. In § 284 wird eine korrespondierende datenschutzrechtliche Regelung geschaffen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die neue Regelung führt dazu, dass ein aktives Versorgungsmanagement durch die Krankenkassen wieder eingeschränkt wird, da die Leistungserbringer zukünftig dafür verantwortlich sein sollen. Den Krankenkassen wird nur noch eine unterstützende Funktion zugeschrieben.
Da aber nur bei einer Krankenkasse alle relevanten Versicherteninformationen zusammenlaufen, ist auch nur hier der zwingend erforderliche Gesamtblick für die spezifischen Bedarfe gegeben. Daher sollten zukünftig die Krankenkassen mit den Leistungserbringern gemeinsam für ein zielgerichtetes Versorgungsmanagement zuständig sein.

5. Änderungsvorschläge

Die Verantwortlichkeit für ein zielgerichtetes Versorgungsmanagement wird den Krankenkassen und Leistungserbringern gemeinsam zugeschrieben.

§ 11 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Krankenkassen und die betroffenen Leistungserbringer sorgen gemeinsam für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten. Die Leistungserbringer übermitteln sich hierzu gegenseitig und den Krankenkassen die erforderlichen Informationen."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Arznei- und Verbandmittel

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 16, § 31 Abs. 3 Satz 5 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

In dem neu eingefügten Absatz 3 Satz 5 wird folgendes geregelt:

Für die von den Spitzenverbänden nicht zuzahlungsfrei gestellten Arzneimittel kann die Krankenkasse die Zuzahlung halbieren oder ganz aufheben, falls hieraus Einsparungen zu erwarten sind.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Möglichkeit zur Minderung der Zuzahlung wird grundsätzlich begrüßt. In Abhängigkeit von den realisierten Rabatten muss es den Krankenkassen jedoch möglich sein, selbstständig zu entscheiden, wie hoch die Minderung ausfallen soll. Eine Einschränkung auf bestimmte Stufen (50 oder 100%ig) ist nicht notwendig.

Eine größere Freiheit bei der Preisgestaltung führt zu einem deutlichen Anstieg der zuzahlungsreduzierten Arzneimitteln.

5. Änderungsvorschläge

Freie Entscheidung der Krankenkasse, um wie viel sie Zuzahlung reduzieren möchte.

§ 31 Abs. 3 Satz 5 wird wie folgt geändert:

"Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung mindern oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

a) Häusliche Krankenpflege - Ort der Leistungserbringung
b) Häusliche Krankenpflege in stationären Pflegeeinrichtungen

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 22, § 37 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

zu a) Häusliche Krankenpflege - Ort der Leistungserbringung
Der Haushaltsbegriff soll erweitert werden, um häusliche Krankenpflege an anderen geeigneten Orten als im familiären häuslichen Umfeld erbringen zu können. Hierbei handelt es sich insbesondere um neue Wohnformen, Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen; nicht dazu gehören Einrichtungen, in denen Versicherte nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung haben.
Die Definition der geeigneten Leistungsorte wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen.

zu b) Häusliche Krankenpflege in stationären Pflegeeinrichtungen
Die Krankenkassen tragen die Kosten der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege für Pflegebedürftige mit besonders hohem Leistungsbedarf (z. B. Wachkomapatienten, Dauerbeatmete), die sich in stationären Pflegeeinrichtungen befinden. Hierzu sind Verträge nach § 132a SGB V mit den Pflegeeinrichtungen zu schließen

4. Bewertung/Stellungnahme

zu a) Häusliche Krankenpflege - Ort der Leistungserbringung
Die Erweiterung des Leistungsortes für Häusliche Krankenpflege auf Neue Wohnformen ist zeitgemäß, da sie den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. Zu begrüßen ist ebenfalls die rechtliche Klarstellung, dass Häusliche Krankenpflege auch an Schulen oder im Kindergarten bei Bedarf durchgeführt werden kann, dieses ermöglicht die Techniker Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten schon seit einigen Jahren.
Die Neuregelung wird allerdings zu Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der häuslichen Krankenpflege führen.
Es ist davon auszugehen, dass andere Sozialleistungsträger sich zu Lasten der Krankenversicherung zurückziehen. Beispielhaft könnten Träger von vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen dazu übergehen, für die Bewohner neue Wohnformen zu schaffen, die zu einem Leistungsanspruch auf häusliche Krankenpflege führen. Ebenso ist zu erwarten, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen in neue Wohnformen umgewandelt werden, damit die Versicherten zusätzlich zu ambulanten Pflegeleistungen Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten können.

zu b) Häusliche Krankenpflege in stationären Pflegeeinrichtungen
Die Neuregelung wird zu Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der häuslichen Krankenpflege führen.
Bislang hat die Pflegeversicherung im Rahmen der gedeckelten Leistungsbeträge die Kosten der Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen übernommen; häufig verblieben allerdings sehr hohe Eigenanteile bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, die dann zur Sozialhilfeabhängigkeit führen konnten. So sehr es nachzuvollziehen ist, dass die Betroffenen durch eine umfassende Finanzierung ihrer Behandlungspflege nicht in die Sozialhilfe "getrieben" werden, ist auch hier wieder eine Verlagerung von Kosten der öffentliche Haushalte hin zur gesetzlichen Krankenversicherung zu befürchten.

Der Begriff "besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege" ist durch den Gesetzgeber nicht definiert, so dass es in der Arbeitspraxis zu Auslegungsschwierigkeiten führen wird.

5. Änderungsvorschläge

Es sollte eine gesetzliche Festlegung des Begriffs "besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege" bzw. Übertragung der Definition auf den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen

§ 37 wird wie folgt geändert:

c) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

"(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, in welchen Fällen Leistungen nach Absatz 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1 und definiert in welchen Fällen ein Anspruch nach Absatz 2 Satz 2 vorliegt."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Krankengeld

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 30, § 44 Abs. 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

In § 44 Abs. 2 SGB V wird der Personenkreis konkretisiert, der grundsätzlich ohne Anspruch auf Krankengeld versichert ist. Neben den bereits nach geltendem Recht ausgeschlossenen Personen sind dies:

- nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtige, die bislang ohne Absicherung im Krankheitsfall waren; dies gilt nicht, soweit sie abhängig und nicht geringfügig beschäftigt sind,
- versicherungspflichtige Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben (z.B. unständig Beschäftigte = Personen, die berufsmäßig Beschäftigungen ausüben, die auf weniger als eine Woche beschränkt sind); dies gilt nicht für Heimarbeiter, die zur wirtschaftlichen Sicherung im Krankheitsfall Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben,
- Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder von einer vergleichbaren Stelle beziehen, die einer der in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen entspricht. Beziehen diese Personen eine Leistung, die einer der in § 50 Abs. 2 SGB V genannten Leistungen entspricht, gelten die Vorschriften zur Kürzung des Krankengeldes entsprechend (z.B. Bezieher einer Rente der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder oder einer Rente aus einer Versorgungseinrichtung für Freiberufler)

Inkrafttreten: 01.01.2009

4. Bewertung/Stellungnahme

<u>Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall</u>

Die Regelung tritt am 01.01.2009 in Kraft. Dies korrespondiert nicht mit dem Inkrafttreten des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zum 01.04.2007. Bis zum 01.01.2009 hätten die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherten einen Anspruch auf Krankengeld, was aber politisch sicherlich nicht gewollt ist.

Arbeitnehmer mit weniger als sechs Wochen Entgeltfortzahlung

Nach geltendem Recht zahlen Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben, den erhöhten Beitragssatz (§ 242 SGB V). Sinn und Zweck der Regelung besteht darin, das bei diesen Versicherten erhöhte Krankengeldrisiko abzudecken. Der erhöhte Beitragssatz wird zum 01.01.2009 aufgehoben. Gleichwohl sollen Heimarbeiter auch nach dem 01.01.2009 einen sofortigen Anspruch auf Krankengeld haben. Das erhöhte Krankengeldrisiko der Krankenkasse wird nicht mehr abgedeckt.
Nach der Entwurfsbegründung sollen in Heimarbeit Tätige aufgrund ihrer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit vom Anspruch auf Krankengeld - wie auch nach geltendem Recht - nicht ausgeschlossen sein. Eine besondere Schutzbedürftigkeit dieses Personenkreises im Vergleich zu z.B. unständig Beschäftigten ist jedoch nicht ersichtlich. Da die Krankenkasse für die nach § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossenen Versicherten Krankengeld-Wahltarife anbieten muss, bestünde auch für Heimarbeiter die Möglichkeit, sich für den Krankheitsfall finanziell abzusichern. Ihnen stehen auch die Mittel zur Finanzierung eines Krankengeld-Wahltarifs zur Verfügung: In Heimarbeit Beschäftigte erhalten nach § 10 Abs.1 EFZG zusätzlich zu ihrem Bruttoarbeitsentgelt einen prozentualen Ausgleichszuschlag zur wirtschaftlichen Sicherung für den Krankheitsfall. Der Ausgleichszuschlag ist eine Vorsorgeleistung des Auftraggebers oder Zwischenmeisters, um finanzielle Nachteile einer etwaigen Krankheit auszugleichen. Er wird ohne Rücksicht darauf gewährt, ob der in Heimarbeit Beschäftigte jemals arbeitsunfähig wird. Außerdem würden Heimarbeiter bei Ausschluss des Anspruchs auf Krankengeld nur noch den ermäßigten Beitragssatz zahlen.

Versorgungsempfänger

Wenn Bezieher von Krankengeld eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, die mit den in § 50 SGB V genannten Leistungen vergleichbar ist, erhalten, entfällt nach geltendem Recht weder der Anspruch auf Krankengeld noch wird das Krankengeld entsprechend gekürzt. Dies stellt eine Ungleichbehandlung gegenüber Versicherten dar, die entsprechende Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen. Somit ist die vorgesehene Regelung konsequent, sie passt allerdings systematisch nicht in § 44 SGB V. Da § 50 Abs. 1 SGB V komplexe Regelungen zum Ausschluss des Krankengeldes bei Rentenbezug enthält, wird eine vollständige Gleichbehandlung der beiden Personengruppen - und Rechtssicherheit für die Krankenkassen in der Umsetzung - nur erreicht, wenn die Regelung des § 50 Abs. 1 SGB V um die in § 44 Abs.2 Nr. 4 SGB V beschriebene Personengruppe erweitert wird. Die Kürzungsregelungen des § 50 Abs. 2 SGB V sind ebenfalls zu ergänzen. Die Erweiterung des § 50 SGB V könnte bereits am 01.04.2007 in Kraft treten.

5. Änderungsvorschläge

§ 44 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
(Inkrafttreten: 01.04.2007)

"Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 a, 5, 6 , 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten haben keinen Anspruch auf Krankengeld; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig und nicht nach §§ 8, 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind."

§ 44 wird wie folgt geändert:
(Inkrafttreten: 01.01.2009)

a) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben
1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 a, 5, 6 , 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig und nicht nach §§ 8, 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind,

2. hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige,

3. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben."

Für die nach Nr. 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 5 unberührt."

§ 50 wird wie folgt geändert:
(Inkrafttreten: 01.04.2007)

a) In Absatz 1 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 6 eingefügt:

"6. Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 und 2 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie von einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder berufsständischen Versorgungseinrichtung oder von einer anderen vergleichbaren Stelle gezahlt werden,"

b) In Absatz 2 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 6 eingefügt:

"6. Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 und 2 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie von einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder berufsständischen Versorgungseinrichtung oder von einer anderen vergleichbaren Stelle gezahlt werden,"

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Wahltarife

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 33, § 53 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Der § 53 SGB V fasst bisherige Regelungen zum Selbstbehalt, Beitragsrückgewähr, Kostenerstattung und Bonuszahlungen zusammen. Er eröffnet weitere Möglichkeiten zur Einführung von Wahltarifen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Einführung von Wahltarifen wird von der TK ausdrücklich begrüßt, denn eine Erweiterung der Tarifmöglichkeiten ist in einem wettbewerblichen System unabdingbar. Derzeit sieht der § 53 SGB V vorwiegend Tarifmöglichkeiten vor, die es den Versicherten erlaubt, Beiträge einzusparen. Dies geschieht, indem sie von den Kassen entweder Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen erhalten. Die Grundidee des Gesetzgebers zum Ausbau wettbewerblicher Strukturen sollte konsequent umgesetzt und daher auch eine Tarifoption geschaffen werden, die den Versicherten die Wahl für ein umfassenderes Leistungsangebot ermöglicht. Hierfür ist eine Prämienzahlung durch den Versicherten vorzusehen.

5. Änderungsvorschläge

Die Krankenkasse kann Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen an oder durch Versicherte vorsehen.

§ 53 wird wie folgt geändert:

Es wird ein neuer Absatz 7 eingefügt:

"(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Versicherte, die den Umfang der Leistungen über die Vorschriften dieses Buches hinaus erweitern wollen, entsprechende Wahltarife vorsehen. Entsprechend der in ihrem Umfang variierenden Leistungsausweitungen hat die Krankenkasse Prämienzahlungen des Versicherten vorzusehen."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Belastungsgrenze

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 37, § 62 Abs. 1 Satz 3, 5 und 8 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Belastungsgrenze für Chroniker beträgt 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, wenn

- nach dem 01.04.1972 geborene Versicherte die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,
- nach dem 01.04.1987 (Frauen) bzw. nach dem 01.04.1962 (Männer) geborene Versicherte an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V besteht und sie diese vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen nicht zwingend durchgeführt werden müssen.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie maßgeblichen Gesundheitsuntersuchungen hinzuweisen.

Inkrafttreten: 01.04.2007

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelung geht von der Prämisse aus, dass die frühzeitige Erkennung einer Krankheit oder einer zugrunde liegenden Risikokonstellation durch Maßnahmen der Primärprävention bzw. einen frühen Therapiebeginn zu einem günstigen Therapieverlauf führen kann. Die Regelung erweckt den Eindruck - und wird so auch in der Öffentlichkeit verstanden -, dass die betroffenen chronisch kranken Menschen bestraft werden sollen, weil ihnen ein Verschulden an ihrer Erkrankung unterstellt wird. Diese Form der Motivation zur Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen hält die TK grundsätzlich nicht für zielführend und gegenüber den Patienten nicht für vermittelbar. Von einer Bestrafung chronisch kranker Menschen sollte abgesehen werden.

Während die Regelung für die an Krebs erkrankten Versicherten einen Indikationsbezug enthält, fehlt ein solcher in der Regelung für die chronisch Kranken, die den Gesundheits-Check-up nicht regelmäßig wahrgenommen haben. Jedoch sind auch diese Gesundheitsuntersuchungen auf eine begrenzte Zahl von Krankheiten ausgerichtet (Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen) und

umfassen nur wenige Maßnahmen (Ganzkörperstatus; Blutuntersuchung: Cholesterin und Glukose; Urinuntersuchung). Es macht keinen Sinn, einen z.B. an Rheuma, multipler Sklerose Erkrankten oder infolge eines Unfalls querschnittsgelähmten Versicherten die 1%-Regelung zu versagen, weil er sich nicht regelmäßig "auf Herz und Nieren" hat prüfen lassen.

Da chronische Erkrankungen eher im höheren Lebensalter zu erwarten sind, ist die Sanktionsregelung insgesamt nicht geeignet, die Zielgruppe der ab 20-/30-/35-jährigen zur regelmäßigen Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen zu motivieren. Hierfür wäre eine Bonusregelung, die die Teilnahme z.B. in Form einer Prämie zeitnah belohnt, als Anreiz zielführender als eine Malusregelung, die die Nichtteilnahme im Falle einer evtl. irgendwann einmal eintretenden chronischen Erkrankung bestraft.

Für die Krankenkassen bedeutet die Umsetzung der Regelung zudem einen hohen zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen soll in einem für alle Krankenkassen einheitlichen Bonusheft dokumentiert werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss jedoch Ausnahmen von den zwingend durchzuführenden Gesundheitsuntersuchungen festlegen. Die Begründung nennt hierfür beispielhaft belastende und sehr kostenaufwändige Gesundheitsuntersuchungen, die nur in medizinisch indizierten Fällen obligatorisch sein sollen, oder Personengruppen, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zumutbar ist (z.B. Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen). In den Fällen, in denen Versicherte die Teilnahme an den Gesundheitsuntersuchungen nicht oder nicht lückenlos nachweisen, muss die Kasse ermitteln, ob ggf. eine der vom Gemeinsamen Bundesausschuss definierten individuellen Ausnahmen vorlag. Die in der Begründung genannten Beispiele veranschaulichen, dass sich dies schwierig und aufwändig gestalten wird. Widersprüche und Sozialgerichtsverfahren sind vorprogrammiert.

5. Änderungsvorschlag

§ 62 wird gestrichen

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Hausarztzentrierte Versorgung

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 45, § 73 b SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Neuregelung stellt die durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in das SGB V eingeführte Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche (hausarztzentrierte) Versorgung anzubieten, auf eine neue Grundlage:

- Zum einen werden die inhaltlichen Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung gesetzlich ausgestaltet und
- zum anderen werden die von den Krankenkassen mit entsprechend qualifizierten Leistungserbringern zu schließenden Verträge aus ihrer bisherigen Einbettung in einen gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst.
- Des Weiteren werden die Krankenkassen ausdrücklich verpflichtet, gegebenenfalls in Kooperation mit anderen Krankenkassen ihren Versicherten eine derartige flächendeckende Versorgung zur Verfügung zu stellen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die weit überwiegende Mehrheit der Versicherten sucht bei einem Gesundheitsproblem heute zuerst den Hausarzt auf. Eine verpflichtende und mit Anreizen versehene zusätzliche Hausarztzentrierung der Versorgung ist deshalb nicht notwendig.
Mit der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung entfällt für den Versicherten die freie Arztwahl. Eine Einschränkung der Möglichkeit zur Konsultation eines Facharztes auch ohne vorherigen Besuch des Hausarztes entspricht grundsätzlich nicht den Interessen der Versicherten. Derzeit können keine gesicherten Aussagen zur Nachhaltigkeit von Steuerungseffektivität und Kosteneffizienz innerhalb einer hausarztzentrierten Versorgung getroffen werden. Vor diesem Hintergrund sollte von einer Pflichtregelung zur hausarztzentrierten Versorgung innerhalb des § 73 b SGB V abgesehen werden.
Die Kassen sollten die eigenen Leistungsangebote so gestalten können (z.B. integrierte Versorgung, Facharztnetze inkl. Hausärzte, sonstige Einzelverträge etc.) dass sie sich nach eigener Ausrichtung optimal am Markt positionieren können. Die geplante Regelung zur hausarztzentrierten Versorgung verpflichtet alle Krankenkassen, derartige Verträge flächendeckend abzuschließen bzw. entsprechenden Verträgen beizutreten und diese den Versicherten anzubieten.

Die hausarztzentrierte Versorgung wird aus dem gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst. Diese Regelung wird sehr wahrscheinlich zu einer Verteuerung in-

nerhalb der hausärztlichen Versorgung führen, da ausgegliederte Leistungen erfahrungsgemäß nicht zu den derzeit geltenden Vergütungssätzen neu zu vereinbaren sind. Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, an welchen die TK heute partizipiert, führen primär zu Mehraufwendungen für die TK. Einsparkeffekte innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung könnten möglicherweise durch die Optimierung bzw. Einbindung weiterer Leistungsbereiche (rationale Pharmakotherapie, Einbindung von integrierten Versorgungsangeboten, Einbindung von Rabattverträgen etc.) erzielt werden.
Der vorgesehene Bereinigungsmechanismus ist nicht praxisgerecht. Sofern eine Krankenkasse diese Rechtsgrundlage nutzt (oder nutzen muss), ist ein Anspruch der jeweiligen einzelnen Krankenkasse (nicht ein Vertrag der Gesamtvertragspartner) erforderlich. Notwendig ist eine pauschale Bereinigung des auf die Hausarztversorgung entfallenden Anteils der Kopfpauschale (zumindest bis 2009) gemäß der Zahl der teilnehmenden Versicherten.
Unklar ist, wie eine pauschale Kompensation des Notdienstes erfolgen kann. Dies insbesondere, da ja nur für die Teilnehmer der hausarztzentrierten Versorgung dieser nicht mehr durch die Kassenärztliche Versorgung sichergestellt werden soll. Innerhalb dieser Regelung wird ein hohes Bürokratie- und Konfliktpotential vermutet.

5. Änderungsvorschläge

Eine "Kann"-Regelung innerhalb dieser gesetzlichen Regelung ist anzustreben.

§ 73 b wird wie folgt geändert:

"(1) Die Krankenkassen können ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anbieten."

Formulierungsvorschlag zur Budgetbereinigung:

"(7) Die Krankenkassen haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie deren auf den hausärztlichen Bereich entfallenden Teil der Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 4 Satz 1zu bereinigen. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen. Bei Einwänden zum vorgenommenen Bereinigungsverfahren nach Satz 1 oder Satz 2 kann die Kassenärztliche Vereinigung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die dem Bereinigungsverfahren zugrundeliegenden arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Besondere ambulante ärztliche Versorgung

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 46, § 73c SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Neuregelung des § 73c ist eine weitgehende Liberalisierung im ärztlichen bzw. fachärztlichen Vertragsbereich. Den Krankenkassen wird ermöglicht, ihren Versicherten die ambulante ärztliche Versorgung durch Abschluss von Einzelverträgen anzubieten. Dabei wird den Krankenkassen überlassen, ob und in welchem Umfang sie derartige Verträge abschließen. Gegenstand der Verträge können daher Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die TK begrüßt die Möglichkeit, neue Versorgungsstrukturen entwickeln zu können, die ausschließlich dezentralen, wettbewerblichen und individuellen Charakter haben. Im Zuge der Vertragsliberalisierung können Managed Care Modelle entstehen. Dabei wird die Bindung von Ärzten auch ohne Integrationselemente (IV) möglich.

Erfahrungen mit Einzelvertragsangeboten (z.B. im Rahmen der Integrierten Versorgung) in der Vergangenheit zeigen, dass ein expliziter Einbezug der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als Vertragspartner (wenn auch nur optional) verzichtbar ist. Es kann in Bezug auf die Wahrnehmung von Vertragsangeboten der Krankenkassen zu Interessenkonflikten zwischen der KV und den Vertragsärzten als Mitgliedern in der KV kommen. Diese Interessenkonflikte würden zu Lasten Dritter, der Krankenkassen, wirken.

Nach § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V dürften die Regelungen in § 73c SGB V gleichermaßen auch für die vertragszahnärztliche Versorgung gelten. Zur Klarstellung sollte jedoch ein ergänzender Hinweis aufgenommen werden.

Bei der Bereinigung der Gesamtvergütung durch die von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen aus den 73c-Verträgen sind eindeutige Regularien zu definieren und mit den KVen zu vereinbaren.
Bei Nichteinigung zwischen den Vertragspartnern kann das Schiedsamt nach § 89 SGB V angerufen werden, wo die Gefahr präjudizierender Vorgaben und weiterer Verzögerungen bei der Sicherstellung der Finanzierung besteht. Derzeit gibt es zudem noch keine klare Regelungen der Bereinigung und Verteilung innerhalb des Kollektivvertrages.

Der vorgesehene Bereinigungsmechanismus betont nicht ausreichend den Anspruch der einzelnen Krankenkasse. Sofern eine Krankenkasse diese Rechtsgrundlage nutzt, ist ein Anspruch der jeweiligen Krankenkasse (nicht ein Vertrag der Gesamtvertragspartner) auf Bereinigung der betroffenen Leistungen erforderlich.

5. Änderungsvorschläge

§ 73c Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

"§73c Besondere ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung

(1) Die Krankenkassen können ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen nach Absatz 4 anbieten. Sofern nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten die nachfolgenden Regelungen gleichermaßen für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung. Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Für die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen zur Durchführung der vereinbarten Versorgungsaufträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend."

Formulierungsvorschlag zu Absatz 3:

"(3) Die Krankenkassen können zur Umsetzung ihres Angebots nach Absatz 1 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Einzelverträge schließen mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach Absatz 1 durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den diesen Versorgungsaufträgen zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungssatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen."

Formulierungsvorschlag zur Budgetbereinigung:

"(6) Die Krankenkassen haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabsfür vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Für die ambulante ärztliche Vergütung ist ab dem 1. Januar 2009 der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen; für die ambulante zahnärztliche Versorgung erfolgt die Bereinigung weiterhin nach Satz 1. Bei Einwänden zum vorgenommenen Bereinigungsverfahren nach Satz 1 oder Satz 2 kann die Kassenärztliche Vereinigung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die dem Bereinigungsverfahren zugrundeliegenden erforderlichen arzt- und versichertenbezogen Daten, übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Vertragspartnern als begründende Unterlage der durchgeführten Bereinigung."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Gesamtvergütung

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 54, § 85 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Rechtsvorschrift regelt u.a. den Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten eines neuen vertragsärztlichen Vergütungssystems.

4. Bewertung/Stellungnahme

Während für den ärztlichen Versorgungsbereich mit Wirkung zum 01.01.2009 die Einführung einer morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung und einer einheitlichen Euro-Gebührenordnung in der vertragsärztlichen Versorgung vorgesehen ist, bleibt die Vergütungsstruktur für den zahnärztlichen Versorgungsbereich unangetastet.

Noch immer zahlen die Ersatzkassen im zahnärztlichen Bereich historisch bedingt teilweise bis zu 9% höhere Vergütungen als die Regionalkassen. Im Bereich Zahnersatz ist dieses unterschiedliche Vergütungsniveau durch die Einführung der Festzuschüsse ab 2005 nivelliert worden.

Würde es bei dem jetzigen Status quo bleiben, hätte dies eine klare Benachteiligung der Ersatzkassen zur Folge, da die höhere Vergütung im zahnärztlichen Bereich beim Gesundheitsfonds keine Berücksichtigung findet. Dies könnte dazu führen, dass die Ersatzkassen bereits frühzeitig einen Zusatzbeitrag erheben müssten.

Zwar sieht der Kabinettsentwurf nun eine direkte Verhandlung der zahnärztlichen Honorare zwischen den KZVen und den einzelnen Ersatzkassen vor. Die Vergangenheit hat jedoch gezeigt, dass eine zählbare Vergütungsangleichung weder auf dem Verhandlungswege noch über die Schiedsämter erreichbar ist.

Um beim Start des Gesundheitsfonds gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen zu schaffen, sind die Punktwertunterschiede auf regionaler Ebene einmalig zum 01.01.2009 zu nivellieren. Die Weiterentwicklung der Punktwerte sollte ab 2010 dann wieder kassenartenspezifisch bzw. mit den Ersatzkassen erfolgen.

5. Änderungsvorschläge

§ 85 Absatz 2c SGB V wird Absatz 2d.

§ 85 Absatz 2c wird wie folgt gefasst:

"(2c) Die Anpassung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ab 01.01.2009 erfolgt einmalig auf Basis einheitlicher regionaler Punktwerte. Dafür ermitteln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung bis zum 30.09.2008 den landesdurchschnittlichen einheitlichen Punktwert des Jahres 2008 gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Soweit Punktwerte für das Jahr 2008 bis zum 30. 06. 2008 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2007 unter Anwendung der für das Jahr 2008 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für Zahnersatz gilt § 57 Abs. 1 SGB V."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Schiedsamt

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 59, § 89 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Kompetenz zur Errichtung und Besetzung der Schiedsämter geht auf der Bundes-/Spitzenverbandsebene von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zukünftig auf den neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen über.

Auf der Landesebene bleibt es bei den bisherigen Regelungen mit der Ausnahme, dass im Bereich der Ersatzkassen die Kompetenzen nicht mehr vom Verband der Ersatzkassen, sondern von den Ersatzkassen selbst/unmittelbar wahrgenommen werden.

4. Bewertung/Stellungnahme

In §89 Absatz 2 Satz 3 ist unverändert geregelt, dass bei Entscheidungen über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, im Schiedsamt nur Vertreter der betroffenen Kassenarten mitwirken.

Unklar ist die künftige Schiedsamtsbesetzung bei Verträgen, die lediglich einzelne Ersatzkassen betreffen, z.B. bei einem Verträgen nach § 73c SGB V. Zwar bietet Absatz 2 Satz 4 den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Möglichkeit von Satz 3 abweichende Regelungen zu vereinbaren, also auch eine kassenspezifische Besetzung. Gleichwohl sollte hier eine gesetzliche Klarstellung erfolgen.

5. Änderungsvorschläge

§ 89 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

In Satz 3 werden nach den Wörtern "alle Kassenarten" die Wörter "oder Ersatzkassen" und hinter den Wörtern "betroffenen Kassenarten" die Wörter "bzw. Ersatzkassen" eingefügt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 85, § 116b SGB V
Art. 19 Nr. 1, § 4 KHEntgG

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Krankenhäuser werden im Rahmen der Krankenhausplanung durch die Planungsbehörden der Länder generell für die im § 116 b aufgeführten hochspezialisierten Leistungen (z.B. Brachytherapie) bzw. komplexen Krankheitsbilder (z.B. HIV/Aids, TBC, onkologische Erkrankungen, Hämophilie, Multiple Sklerose) geöffnet.

4. Bewertung/Stellungnahme

Von dieser Regelung geht die Gefahr eines ungehinderten Zugangs der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung aus, da die Länder die Folgekosten ihrer Entscheidungen nicht zu tragen haben. Die Kosten sind von den Kassen zusätzlich zur ambulanten Vergütung an die KVen aufzubringen.

Wenn aber die Entscheidung über die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen aus der Vertragshoheit der einzelnen Krankenkasse in die Planungskompetenz der Länder übergehen soll, ist ein Anspruch auf Bereinigung der ambulanten Gesamtvergütung erforderlich, da ansonsten zwingend Doppelfinanzierungen erfolgen.

5. Änderungsvorschläge

Die Entscheidung über die Öffnung der Krankenhäuser sollte von den Planungsbehörden der Länder wieder auf die Kassen zurück verlagert und eine Bereinigung der stationären Budgets vorgesehen werden.

§ 116b wird wie folgt geändert:

Buchstabe b) und e) werden gestrichen

§ 4 KHEntgG wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
"Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2007 ist das Erlösbudget 2006 nach Absatz 6 Satz 2, vermindert um anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum als ambulante Behandlung nach § 116 b SGB V erbracht werden; die Vorgaben des Satzes 1 sind entsprechend anzuwenden."

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

"Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets für das Jahr 2008 ist das Erlösbudget 2007 nach Absatz 6 Satz 2; die Vorgaben der Sätze 1 und 2 sind entsprechend anzuwenden."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Integrierte Versorgung (Informationspflicht, Bereinigung)

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 121, § 140d SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Zu § 140d Absatz 1, Satz 5 sowie Absatz 5

Der Gesetzgeber fordert, dass die Krankenkassen neben der Meldepflicht der Verträge zur Integrierten Versorgung (IV-Verträge) an die Registrierungsstelle auch gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Krankenhäusern nachzuweisen haben, wie die einbehaltenen Mittel verwendet wurden bzw. werden. Die Kassen werden zudem verpflichtet, der Registrierungsstelle zu melden, wie die Mittel verwendet werden.

Zu § 140d Absatz 1, Satz 9

Die Anschubfinanzierung wird durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bis einschließlich 2008 verlängert. Eine analoge Anpassung der Regelung zur Verwendung der einbehaltenen Mitteln ist nicht erfolgt.

Zu § 140d Absatz 2 Satz 1

Der Gesetzgeber konkretisiert die Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung. Dies soll weiterhin auf der Ebene der Vereinbarung erfolgen. Zur Budgetbereinigung hat der einzellvertragliche Leistungsbedarf zu einer Verminderung im vertragsärztlichen Leistungsbedarf zu führen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Zu § 140d Absatz 1, neuer Satz 5 (Informationspflicht)

Das erweiterte Auskunftsrecht der Krankenhäuser und der Kassenärztlichen Vereinigungen zur vertragsbezogenen Mittelverwendung trägt zu einer weiteren Bürokratisierung bei. Es sollte kein Nachweisverfahren gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern eingeführt werden , da eine aufsichtsrechtliche Prüfung der Krankenkassen nach § 274 SGB V vollkommen ausreichend und obendrein auch noch unbürokratisch zu gestalten ist.

Der Nachweis der Mittelverwendung sollte über ein erweitertes Informationsverfahren der Registrierungsstelle erfolgen.

Zu § 140d Absatz 1, neuer Satz 9 (bisher Satz 5)

Der Gesetzentwurf schafft weiterhin keine praktikable Lösung für die Verrechnung verwendeter Mittel bzw. nicht verwendeter Mittel der Anschubfinanzierung, da verschiedene Fristen fortgelten sollen (Mittelverwendung innerhalb von drei Jahren, Anschubfinanzierung aber bis einschließlich 2008). Es sollte eine pauschale Regelung für den gesamten Zeitraum von fünf Jahren getroffen werden.

Zu § 140d Absatz 2 Satz 1 (Bereinigung der Gesamtvergütung)

Es bleibt unklar, wie der Nachweis einer Reduzierung des Leistungsbedarfes im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, verursacht durch Leistungen aus Verträgen nach § 140 a ff SGB V, erfolgen kann.

Auch wird kritisch bewertet, dass eine Bereinigung der Gesamtvergütung auf dem Einigungsweg zwischen den Vertragsparteien der Gesamtvergütung zu erfolgen hat. Durch die massiven Interessensunterschiede wird hier von einem hohen Konfliktpotential ausgegangen. Beide dargestellten Punkte werden zu einer Ausweitung der Schiedsamts- sowie Sozialgerichtsverfahren führen.

5. Änderungsvorschläge

Zu § 140d Absatz 1, neuer Satz 5 (Informationspflicht)

Streichung der Nachweispflicht der Kassen gegenüber KVen und Krankenhäuser. Stattdessen sollten die Informationsmöglichkeiten der Registrierungsstelle genutzt werden.

In Absatz 1 wird Satz 5 gestrichen.

In Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

"Die Registrierungsstelle hat gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel der jeweiligen Krankenkasse darzulegen."

Zu § 140d Absatz 1, Satz 9 (Mittelverwendung)

Absatz 1 Satz 9 wird wie folgt gefasst:

"Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb des Gesamtzeitraums für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel an die Kassen-

ärztliche Vereinigung entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuzahlen."

Nach Satz 9 werden folgende Sätze 10 und 11 angefügt:

"Die Auszahlung hat spätestens 6 Monate nach vollständiger Abrechnung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung für das Jahr 2008 zu erfolgen. Für den Gesamtzeitraum der Förderung nach Satz 1 haben die Krankenkassen im Rahmen der Prüfung nach § 274 Abs. 1 einen Kostennachweis auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen zu erbringen."

Zu § 140d Absatz 2 Satz 1 (Bereinigung der Gesamtvergütung)

Die Budgetbereinigung sollte durch ein vereinfachtes, praktikables sowie pauschales Verfahren erfolgen, z.B. auf Grundlage der Angaben gegenüber der Registrierungsstelle, welche durch die oben genannte Ergänzung des Absatzes 5 als ausreichend bewertet werden.

Eine Bereinigung der Gesamtvergütung könnte einseitig durch die Krankenkassen erfolgen. Die Krankenkasse hat über die vorgenommene Budgetbereinigung die Kassenärztliche Vereinigung in ausreichendem Masse zu informieren. Hierbei könnten die entsprechenden arzt- und versichertenbezogenen Daten als Begründende Unterlage dienen. Bei Widerspruch durch die Kassenärztliche Vereinigung ist das Schiedsamt nach § 89 anzurufen.

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Die Krankenkassen haben für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2004 bis einschließlich 2008 entsprechend der Zahl der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach 295 Abc. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert; ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf durch die Krankenkasse zu bereinigen. Bei Einwänden zum vorgenommenen Bereinigungsverfahren nach Satz 1 oder Satz 2 kann die Kassenärztliche Vereinigung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die dem Bereinigungsverfahren zugrundeliegenden arzt- und versichertenbezogen Daten, übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Vertragspartnern als begründende Unterlage der durchgeführten Bereinigung."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Haftung für Verbindlichkeiten einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse

2. Rechtsvorschriften

Art. 1, Nr. 124, § 155 SGB V, hier insbesondere Absatz 5

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die bisherige Haftung des Landes- oder Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen für Verbindlichkeiten einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse wird ab dem 1. Januar 2008 aufgehoben.

Für eine am 1. Januar 2008 bestehende Verschuldung nach § 222 SGB V einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse haften auch die übrigen Betriebskrankenkassen.

Diese Haftung erstreckt sich auch auf

1. die sonstigen Kosten der Auflösung oder Schließung, wenn die Auflösung oder Schließung innerhalb von zehn Jahren nach dem 1. Januar 2008 erfolgt und die am 1. Januar 2008 bestehende Verschuldung nach Satz 1 zum Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung noch nicht getilgt war
2. die Ansprüche der Leistungserbringer und die Ansprüche aus der Versicherung sowie
3. Forderungen auf Grund zwischen- und überstaatlichen Rechts.

Durch Verweis auf § 155 SGB V in den §§ 146a (Ortskrankenkassen), 164 (Innungskrankenkassen) und 171 (Ersatzkassen) gelten diese Haftungsregeln nicht nur für die Betriebskrankenkassen, sondern analog auch für andere Kassenarten.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelung des § 155 Abs. 5 ist entbehrlich.

Durch die Neuregelung des § 265a SGB V im Rahmen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) wird eine Entschuldung der Krankenkassen bis zum 31.12.2007 bzw. in besonderen Fällen bis zum 31.12.2008 sichergestellt.

Obwohl die Regelung des § 265a SGB V eindeutig ist und es schon vor diesem Hintergrund dem Grunde nach keiner zusätzlichen Haftungsregelung bedarf, ist § 155 Abs. 5 auch aus nachfolgenden Gründen abzulehnen.

§ 155 Abs. 5 S.1 und S.2 Nr. 1:
Die Haftung der übrigen Krankenkassen u.a. für eine am 1. Januar 2008 bestehende Verschuldung nach § 222 SGB V einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse ihrer Kassenart ist nicht sachgerecht.
Eine solche Vorschrift bedeutet, bestehende Schulden von Einzelkassen innerhalb der Kassenart zu sozialisieren Die überschuldeten Krankenkassen haben jahrelang im Wettbewerb von ihren (zu) niedrigen Beitragssätzen auf Kosten der solide wirtschaftenden Kassen profitiert. Die bestehende Überschuldung einzelner Krankenkassen ist hierbei nicht nur durch eine bewusste unsolide Haushaltsführung sondern auch durch rechtswidrige Darlehensaufnahmen begründet. Bei Umsetzung der Regelung würde in eklatanter und juristisch höchstbedenklicher Weise in Rechtspositionen der schuldenfreien Kassen und deren beitragszahlenden Mitgliedern und Arbeitgebern eingegriffen werden.

§ 155 Abs. 5 S.2 Nr. 2 und 3:
Sofern die Regelungen eine unbeschränkte und unbegrenzte Haftung der Krankenkassen innerhalb einer Kassenart für alle verbleibenden Ansprüche der Leistungserbringer sowie Ansprüche aus der Versicherung und Forderungen auf Grund zwischen und überstaatlichen Rechts begründen möchte, ist dies problematisch zu beurteilen. Hier erscheint zwar ein besonderer Gläubigerschutz im Hinblick auf zu vermeidende Störungen in den Leistungserbringerbeziehungen der Krankenkassen und zu vermeidende Nachteile für die einzelnen Versicherten nachvollziehbar.

Mit den Regelungen der § 155 Abs. 5 S. 2 Nr.2 und 3 wird allerdings (lediglich) eine schlichte Neuorganisation der Haftungsverbünde vollzogen

Eine sachgerechtere Lösung wäre die Einrichtung eines GKV-weiten Haftungsfonds - vergleichbar dem Sicherungsfonds im PKV-Bereich. Dieser wäre ein praktikabler Weg, einen ausreichenden Gläubigerschutz bei Schließung einer Krankenkasse zu gewährleisten. Der Haftungsfonds könnte als reines Sondervermögen bei der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) oder beispielsweise beim BVA eingerichtet werden. Die Beiträge für den Haftungsfonds müssten alle gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtmitglieder erbringen.

Als flankierende Maßnahme müsste zugleich für mehr Transparenz im Rechnungswesen der Krankenkassen gesorgt werden, um eine intensivere Finanzkontrolle zu gewährleisten und damit eine alle Kassen belastende Inanspruchnahme des Haftungsfonds bestmöglich zu vermeiden. Ein selektiver Rückgriff auf die für Kapitalgesellschaften geltenden handelsrechtlichen Vorschriften würde sich nicht nur hinsichtlich der Grundsätze für die Erstellung des Jahresabschlusses und der kaufmännischen Buch- und Rechnungsführung, sondern auch bezüglich der im HGB normierten Publizitätspflichten und Prüfinstrumentarien anbieten. Entsprechende Forderungen wurden bereits durch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Überprüfung des Risikostrukturausgleiches und weiterer Fragen zum Organisationsrecht der Krankenkasen formuliert. Eine Konkretisierung durch den Gesetzgeber steht noch aus.

Ohne die oben aufgeführten Verbesserungen sind die Regelungen der § 155 Abs. 5 S. 2 Nr.2 und 3 inhaltlich abzulehnen.

5. Änderungsvorschläge

§ 155 Abs. 5 wird gestrichen.

In § 164 Abs. 1 Satz 1 wird die Angabe "und 5" gestrichen.
In § 164 Abs. 5 wird die Angabe "und § 155 Abs. 5" gestrichen

In § 171 Satz 1 wird die Angabe „und 5“ gestrichen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Kassenindividueller Zusatzbeitrag, hier: Ausnahmeregelungen ALG II-Empfänger/ Sozialhilfeempfänger

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 135, § 175 SGB V
Art. 1 Nr. 161, § 242 Abs.1 SGB V
Art. 1 Nr. 170, § 251 Abs.6 SGB V
Art. 10, § 32 Abs.1 -3 SGB XII

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

§ 175 Abs.4 SGB V: Sonderkündigungsrecht Zusatzbeitrag

Erhebt oder erhöht eine Kasse ab dem 1.1.2009 einen Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, haben die Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht auf das die Kasse ihre Mitglieder hinzuweisen hat.

§ 242 Abs.1 SGB V: Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Kassen können einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag von den Mitgliedern erheben.

§ 251 Abs.6 SGB V: Ausnahmeregelung für ALG II-Empfänger

Der Bund übernimmt für ALG II-Empfänger, die auf Grund der Erhöhung oder der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags ihrer Krankenkasse kündigen, den Zusatzbeitrag während der Kündigungsfrist.

Art. 10, § 32 Abs.1-3 SGB XII: Sonderregelung für Sozialhilfeempfänger

Für hilfebedürftige Personen übernehmen die Träger der Sozialhilfe die Pflichtbeiträge einschließlich des Zusatzbeitrages. In den Fällen, in denen nur durch die Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit entsteht, können die Sozialhilfeträger die Beiträge auf Anforderung der Krankenkasse unmittelbar und in voller Höhe an die Kassen zahlen. Die Anforderung der Krankenkasse muss den Nachweis enthalten, dass der Hilfebedürftige seine Beiträge nicht gezahlt hat.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die durch den Gesetzgeber vorgesehenen Ausnahmen zur Zahlung des Zusatzbeitrags für ALG II-Empfänger und Hilfebedürftige sind nicht ausreichend, weil dieser Personenkreis für die Krankenkassen generell ein Einnahmerisiko darstellt.

Die Übernahme des Zusatzbeitrages für ALG II-Empfänger durch den Bund sichert den Kassen nur während der Kündigungsfrist die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag. Es ist inakzeptabel, dass die Kassen abgesehen von dieser Ausnahme das volle Risiko tragen, wenn ALG II-Empfänger ihren Zusatzbeitrag nicht zahlen.

Die Regelung, dass Kassen bei Hilfebedürftigen, die ihrer Beitragspflicht nicht nachkommen, nur durch Nachweis und auf Anforderung von den Sozialhilfeträgern Beiträge erhalten können, ist zu bürokratisch und sollte vereinfacht werden. Es muss auch verhindert werden, dass den Kassen zeitweilig Beiträge entgehen.

Die vollständige Übernahme des Zusatzbeitrages für ALG II-Empfänger durch den Bund und direkte Überweisung des Zusatzbeitrages für alle Hilfebedürftigen durch die Sozialämter an die Kassen ist daher zu gewährleisten.

Zur Sicherung der Einnahmen bei den Krankenkassen sollte der Bund dauerhaft den Zusatzbeitrag für ALG II-Empfänger übernehmen - analog der Regelung für Personen, die ständige Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten.

In den Fällen, in denen nur durch die Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit entsteht, sollten die Sozialhilfeträger die Beiträge nicht an die Bedürftigen zahlen, sondern wie bei dauerhaft Hilfebedürftigen direkt an die Krankenkassen überweisen.

5. Änderungsvorschläge

§ 251 Abs. 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Den Zusatzbeitrag nach § 242 hat das Mitglied zu tragen. Abweichend von Satz 1 trägt der Bund den Zusatzbeitrag für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II."

Art 10, § 32 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Für Pflichtversicherte im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches, für Weiterversicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches und des § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie für Rentenantragsteller, die nach § 189 des Fünften Buches als Mitglied einer Krankenkasse gelten, werden die Krankenversicherungsbeiträge übernommen, soweit die genannten Personen die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 erfüllen. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzuwenden. Bei Pflichtversicherten im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches, die die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 nur wegen der Zahlung der Beiträge erfüllen, sind die Beiträge unmittelbar und in voller Höhe an die zuständige Krankenkasse zu zahlen; die Leistungsberechtigten sind hiervon sowie von einer Verpflichtung nach § 19 Abs. 5 schriftlich zu unterrichten."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Spitzenverband Bund

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 149, § 217c Absatz 1 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Spitzenverbände der einzelnen Kassenarten werden durch einen einzigen bundesweiten Verband abgelöst. Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden weitgehende Aufgaben übertragen, die letztlich die Gestaltungsmöglichkeiten der einzelnen Kassen definieren.
Der § 217c regelt die Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung.

4. Bewertung/Stellungnahme

Der 32-köpfige Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund wird von der Mitgliederversammlung der Mitgliedskassen gewählt. Die Stimmrechte sind nach der Versichertenzahl der Mitgliedskasse in der Mitgliederversammlung gewichtet, maßgeblich ist die amtliche Statistik KM6. Der § 217c Abs. 1 SGB V definiert jedoch eine Mitgliederverteilung im Verwaltungsrat nach Kassenart, die nicht den Versichertenanteilen der Kassenarten entspricht. Die Gewichtung der Stimmrechte der Mitgliedskassen in der Mitgliederversammlung kann hier keine Abhilfe schaffen, da der § 217c Abs. 1 SGB V die Fehlverteilung der Verwaltungsratmitglieder pro Kassenart im Vorhinein festlegt.
Dieser Fehler betrifft die Ersatzkassen, die im Verhältnis nach KM6 mit acht Mitgliedern deutlich zu wenig Mitglieder im Verwaltungsrat stellen können. Der § 217c Abs. 1 SGB V definiert:

Fehlerhafte Verteilung der Sitze im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund gem. § 217 c Abs. 1 des Kabinettentwurfes	**Sitzanzahl**
AOK	**12**
Ersatzkassen, derzeit VdAK/AEV	**8**
BKK	**7**
IKK	**3**
SeeKK, DRV-Knappschaft-Bahn-See, landwirtschftl. KK	**2**

Es kommt dadurch zu einer Benachteiligung der Ersatzkassen und ihrer Versicherten. Nach der Systematik der übrigen Regelungen des § 217c muss sich die Festlegung auf die Sitze nach Kassenarten so genau wie möglich nach der Verteilung der Versicherten auf die Kassenarten richten. Dementsprechend ergibt ei-

ne gerechte Sitzverteilung berechnet nach der Statistik KM 6, Stichtag 1. September 2006, einfach auf- und abgerundet:

Verteilung der Sitze im Verwaltungsrat nach der Anzahl der Versicherten je Kassenart	Versicherte [Mio.]	Sitze gem. KM6
AOK	**24.956.196**	**11**
VdAK/AEV	**23.566.567**	**11**
BKK	**14.315.439**	**7**
IKK	**5.153.267**	**2**
SeeKK, DRV-Knappschaft-Bahn-See, landwirtschftl. KK	**2.422.329**	**1**
Gesamt	**70.413.798**	**32**

Diese Sitzverteilung würde die proportionale Repräsentation der Versicherten im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund gewährleisten.

5. Änderungsvorschlag

Die Sitzverteilung im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund sollte unter Beibehaltung der Parität von Versicherten- und Arbeitgebervertretern insgesamt neu definiert werden. Die Aufteilung der Versicherten- und Arbeitgebervertreter auf die einzelnen Kassenarten sollte dabei nicht im Vordergrund stehen sondern zunächst die Sitzverteilung im Verwaltungsrat insgesamt im Verhältnis zu der Größe der jeweiligen Kassenart nach der KM6.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Kassenindividueller Zusatzbeitrag, hier: Überforderungsregelung

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 161, § 242, Abs.1 u. Abs. 4 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

§ 242 Abs.1 SGB V

Die Kassen erheben einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag, wenn der Finanzbedarf durch die Fondszuweisung nicht gedeckt wird; er darf nicht größer sein als 1 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.
Eine Einkommensüberprüfung erfolgt erst, wenn der monatliche Zusatzbeitrag 8 Euro übersteigt.

§ 242 Abs. 4 SGB V

Überprüfung der Überforderungsklausel bis zum 30.6.2011

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Überforderungsklausel ist nicht praktikabel: Negative Wirkungen auf die Mitglieder und Kassen sind bereits jetzt absehbar und bedürfen nicht erst im Jahr 2011 einer kritischen Prüfung.

Für Geringverdiener kann die Belastung bei einem Zusatzbeitrag bis zu 8 Euro auch deutlich über 1 vom Hundert liegen. Sie haben damit einen Anreiz, in eine teure Kasse zu wechseln. Dies würde die Finanzprobleme einer teuren Kasse noch verschärfen.

Die 1 vom Hundert-Regelung führt zu einer Aufwärtsspirale der Prämie, die zur Folge hat, dass das erforderliche Finanzvolumen nicht mehr realisiert werden kann und letztendlich Einzelkassen in die Insolvenz getrieben werden.

Prämienunterschiede zwischen den Krankenkassen sagen wenig über die Effizienz und Leistungsfähigkeit der Krankenkasse aus, sondern sind auch Ausdruck der Mitgliederstruktur (Geringverdiener, Familien).

Mitglieder, die bei einer Prämie größer als 8 Euro die 1 Prozent-Grenze überschreiten, haben keinen Anreiz mehr, eine günstige Krankenkasse auszuwählen. Dies sind bei einer Finanzierung von 5 Prozent der Gesamtausgaben über Zusatzprämien rund 60 Prozent der GKV-Mitglieder.

Auf Grund der fehlenden Praktikabilität der Überforderungsklausel kommt als Lösungsansatz nur ein Ausgleich für Härtefälle über Steuermittel in Frage:

Die Kasse erhält den vollständigen Zusatzbeitrag, Geringverdiener bekommen Beitragszuschüsse über Steuermittel. Diese sollten der Differenz aus der durchschnittlichen GKV-Prämie und der Eigenbeteiligung in Höhe von 1% entsprechen.

Zum Erhalt von Wirtschaftlichkeitsanreizen ist entscheidend, dass für den Steuerzuschuss nur die rechnerische, durchschnittliche GKV-Prämie berücksichtigt wird. Diese Prämie errechnet sich aus den nicht durch den Fonds gedeckten Ausgaben der GKV dividiert durch die Anzahl der GKV-Mitglieder.

Werden Zuschüsse auch für Prämien gewährt, die die GKV-Durchschnittshöhe übersteigen, gehen sämtliche Wirtschaftlichkeitsanreize für die Kassen verloren: Sobald für die Mitglieder die Überforderungsklausel greift, spielt für sie die Wirtschaftlichkeit des Kassenhandelns finanziell keine Rolle mehr - im Gegenteil: Unnötige Leistungsausweitung wird für sie sogar vorteilhaft.

5. Änderungsvorschläge

Ausgleich der Härtefallbelastung über Steuern

§ 242 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird. Übersteigt die durchschnittliche GKV-Prämie 1 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, wird dem Mitglied ein Beitragsausgleich durch den Bund gewährt. Der Beitragsausgleich entspricht der Differenz aus der durchschnittlichen GKV-Prämie und dem Betrag in Höhe von 1 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Die durchschnittliche GKV-Prämie errechnet sich aus den nicht durch den Fonds gedeckten Ausgaben der GKV dividiert durch die Anzahl der GKV-Mitglieder."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Kassenindividueller Zusatzbeitrag, hier: Einzugs-/Zwangsvollstreckungsverfahren

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 161, § 242 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag darf 1 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds nicht überschreiten. Bei einem Zusatzbeitrag bis zu 8 Euro im Monat ist keine Einnahmeprüfung beim Mitglied erforderlich.

4. Bewertung/Stellungnahme

Nach heutiger Einschätzung ist nicht auszuschließen, dass der Zusatzbeitrag der Höhe nach so gering sein könnte, dass ein monatlicher Einzug nicht wirtschaftlich durchgeführt werden kann. Dies gilt gleichermaßen für eine ggf. erforderliche Zwangsvollstreckung (die Grenze für die wirtschaftliche Verfolgung eines Beitrages liegt 2006 bei 52,50 Euro).

Um diese Problematik zu entschärfen, wäre es sinnvoll, das Einzugsverfahren zu flexibilisieren. Der Zusatzbeitrag könnte bspw. wie der heutige Studentenbeitrag eingezogen werden. Das heißt, der Einzug erfolgt entweder per Lastschrift monatlich oder per Überweisung in einer Summe z.B. für ein halbes Jahr im Voraus. Hierfür ist allerdings eine Ermächtigung der Krankenkassen erforderlich, entsprechende Satzungsregelungen zu schaffen.

Außerdem sollte im Zusammenhang mit der Überforderungsklausel der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen so gering wie möglich gehalten werden. Es sollte daher klargestellt werden, dass die Überforderung nur auf Antrag des Mitgliedes zu prüfen ist.

5. Änderungsvorschläge

In § 242 Abs. 1 wird als letzter Satz ergänzt:

"Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für die Zahlung der Beiträge eine andere als die monatliche Zahlungsweise vorsehen."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Zahlungsströme zwischen Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds (Liquidität)

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 171, § 252 Abs. 2 SGB V
Art. 1 Nr. 178, § 266 Abs. 6 SGB V
Art. 1 Nr. 182, § 271 SGB V
Art. 5 § 28k Abs. 1 SGB IV

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Krankenkassen als Einzugsstelle leiten arbeitstäglich die Beiträge an den Gesundheitsfonds weiter (§ 28k Abs. 1 SGB IV, § 252 Abs. 2 SGB V).

Die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen erfolgen dagegen monatlich (§ 266 Abs. 6 SGB V).

4. Bewertung/Stellungnahme

Da die Krankenkassen die Beiträge, die sie als Einzugsstelle einnehmen, arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiterleiten, sind sie zur Sicherung ihrer Liquidität im Wesentlichen auf die Zuweisungen aus dem Fonds angewiesen. Erfolgen die Zuweisungen nur monatlich, würde dies voraussichtlich zu Liquiditätsproblemen bei den Krankenkassen führen.

Anscheinend ist eine monatliche Zuweisung an die Krankenkassen auch nicht gewollt. Denn in der Begründung zu § 271 Abs. 4 und 5 heißt es, dass "die dem Fonds zufließenden Mittel taggenau im Wege der Zuweisungen an die Kassen gezahlt werden".

In § 266 Abs. 6 Satz 2 ist daher das Wort "monatlichen" durch das Wort "arbeitstäglichen" zu ersetzen.

5. Änderungsvorschläge

§ 266 Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Das Bundesversicherungsamt stellt im Voraus für ein Kalenderjahr die Werte nach Absatz 5 Satz 2 Nr. 1 und 2 vorläufig fest. Es legt bei der Berechnung der Höhe der arbeitstäglichen Zuweisungen die Werte nach Satz 1, die zuletzt erhobene Zahl der Versicherten der Krankenkassen und die zum 1. Oktober des Vorjahres erhobene Zahl der Versicherten der Krankenkassen je Versichertengruppe nach § 267 Abs. 2 und je Morbiditätsgruppe nach § 268 zugrunde. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse vom Bundesversicherungsamt aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rech-

nungsergebnissen und den zum 1. Oktober dieses Jahres erhobenen Versichertenzahlen der beteiligten Krankenkassen zu ermitteln. Die nach Satz 2 erhaltenen Zuweisungen gelten als Abschlagszahlungen. Sie sind nach der Ermittlung der endgültigen Höhe der Zuweisung für das Geschäftsjahr nach Satz 3 auszugleichen. Werden nach Abschluss der Ermittlung der Werte nach Satz 3 sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt diese bei der nächsten Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach den dafür geltenden Vorschriften zu berücksichtigen. Klagen gegen die Höhe der Zuweisungen im Risikostrukturausgleich einschließlich der hierauf entfallenden Nebenkosten haben keine aufschiebende Wirkung."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 179, § 267 Abs. 2 Satz 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Für die jährliche Erhebung der Zahl der Versicherten ist weiterhin u.a. nach Mitgliedergruppen zu trennen. Die Trennung der Mitgliedergruppen erfolgt danach, ob die Mitglieder

- bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben oder
- keinen Anspruch auf Krankengeld haben oder ob die Krankenkasse den Umfang der Leistungen auf Grund von Vorschriften des SGB V beschränkt hat.

Inkrafttreten: 01.01.2009

4. Bewertung/Stellungnahme

Nach geltendem Recht erfolgt die Trennung der Mitgliedergruppen nach den unterschiedlichen Beitragssätzen. Diese richten sich danach, ob das Mitglied bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf mindestens oder weniger als sechs Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlung hat (allgemeiner oder erhöhter Beitragssatz) oder ob kein Anspruch auf Krankengeld besteht (ermäßigter Beitragssatz). Als Folgeänderung zur Aufhebung des erhöhten Beitragssatzes sind die Kriterien für die Mitgliedertrennung neu zu definieren. Allerdings korrespondiert die vorgesehene Regelung nicht mit der Neuregelung des § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V. Danach haben versicherte Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben, keinen Anspruch auf Krankengeld, dies gilt jedoch nicht für Heimarbeiter. Heimarbeiter zahlen nach geltendem Recht den erhöhten Beitragssatz, weil sie keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben. Diese Personengruppe lässt sich somit nicht in die vorgesehenen Kriterien zur Abgrenzung der Mitgliedergruppen einordnen.

5. Änderungsvorschläge

Anknüpfend an den Änderungsvorschlag zu § 44 Abs.1 Nr.3 SGB V (Ausschluss der Heimarbeiter vom Anspruch auf Krankengeld)

§ 267 wird wie folgt geändert:

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Die Trennung der Mitgliedergruppen erfolgt danach, ob

1. die Mitglieder bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben

   oder

2. die Mitglieder keinen Anspruch auf Krankengeld haben oder ob die Krankenkasse den Umfang der Leistungen auf Grund von Vorschriften dieses Buches beschränkt hat."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

- Gesundheitsfonds, hier: Ausgaben für die Vorbereitung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs
- Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 182, § 271 Abs. 6 SGB V
Art. 38 Nr. 6, § 31 Abs. 5 RSAV

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

§ 271 Abs. 6 SGB V:
Die dem Bundesversicherungsamt (BVA) bei der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sollen aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt werden.

§ 31 Abs. 5 RSAV:
Die Kosten für die Vorbereitung und Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (wissenschaftlicher Beirat des BVA, Geschäftsstelle dieses Beirats, Festlegung der Morbiditätsgruppen durch das BVA) sollen von den Kassen getragen werden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Höhe der Kosten ist von den Kassen nicht zu beeinflussen und zu kontrollieren, sondern nur vom BVA selbst. Daher sollten die Kosten aus dem Haushalt des BVA beglichen werden. Eine Analogie zu den Gebühren für die Akkreditierung von DMP-Verträgen kann nicht gezogen werden, da über das Einreichen von DMP-Verträgen durch die Kassen entschieden werden kann. Die vorgesehene Kostenregelung ist nicht sinnvoll, da sie der GKV weitere Finanzmittel entzieht.

5. Änderungsvorschläge

Die Finanzierung der Verwaltungsausgaben des Fonds und der Durchführung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt sollte aus allgemeinen Haushaltsmitteln des Bundesversicherungsamts erfolgen.

§ 271 SGB V und § 31 RSAV werden wie folgt gefasst:

§ 271 Abs. 6 wird ersatzlos gestrichen
§ 31 Abs. 5 RSAV wird ersatzlos gestrichen

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds (Konvergenz)

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 183, § 272 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Bei der Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bauen sich die Be- und Entlastungen für die in einem Land tätigen Kassen in jährlichen Schritten von höchstens 100 Mio. Euro auf. Die Zuweisungen an die Krankenkassen sind bei Überschreitung dieses Grenzbetrages im Jahresausgleich für das jeweilige Ausgleichsjahr so zu verändern, dass dieser Betrag genau erreicht wird. Die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte in den übrigen Ländern sind in dem Verhältnis zu verändern.

4. Bewertung/Stellungnahme

Durch die anteilsmäßigen Kürzung der Zuweisungen bei Überschreiten der Belastungsgrenze entsteht Planungsunsicherheit auf der Einnahmenseite der Kassen.

Die Finanzierung der Übergangsregelung soll daher nicht durch anteilsmäßige Kürzung der Zuweisungen an die Krankenkassen in den übrigen Ländern erfolgen, sondern soll aus Steuermitteln geleistet werden.

Der Grenzwert für Entlastungen ist zu streichen.

5. Änderungsvorschläge

§ 272 wird wie folgt gefasst:

"(1) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist sicherzustellen, dass sich die Belastungen auf Grund der Einführungen des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen in jährlichen Schritten von jeweils höchsten 100 Millionen Euro aufbauen. Hierfür stellt das Bundesversicherungsamt für jedes Ausgleichsjahr und für jedes Land die Höhe der fortgeschriebenen Einnahmen der Krankenkassen für die in einem Land wohnhaften Versicherten den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ohne Berücksichtigung des § 272 gegenüber. Dabei sind als Einnahmen die fiktiven Beitragseinnahmen auf Grund der am 31. Dezember 2008 geltenden Beitragssätze, bereinigt um Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung und fortgeschrieben entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 zu berücksichtigen."

"(2) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1, dass die Belastungswirkungen in Bezug auf die in einem Land tätigen Krankenkassen den nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag übersteigen, sind die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte mit Wohnsitz in dem Land, bei dem die Überschreitung festgestellt worden ist, im Jahresausgleich für das jeweilige Ausgleichsjahr so zu verändern, dass dieser Betrag genau erreicht wird. Die hierfür erforderlichen Finanzmittel werden vom Bund geleistet. In den Folgejahren nach 2009 ist das Ergebnis der rechnerischen Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools nach Absatz 1 Sätze 2 und 3 länderbezogen um jährlich jeweils 100 Millionen Euro zu erhöhen."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Begutachtung und Beratung

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 185, § 275 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Nach dieser Regelung haben Krankenkassen eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 EUR an ein Krankenhaus für jede Rechnungsüberprüfung zu zahlen, wenn diese nicht zu einer Reduzierung des Abrechnungsbetrages führt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelung wird zu erheblichem Verwaltungsaufwand führen und das Prüfgeschäft deutlich komplizieren. Wenn an der Regelung festgehalten werden sollte, dann muss sie erweitert werden, so dass auch Krankenhäuser verpflichtet werden, an die Kassen eine Aufwandspauschale für jede Rechnungsüberprüfung zu zahlen, die zu einer Reduzierung des Abrechnungsbetrages führt.

5. Änderungsvorschläge

Die Zahlung der Aufwandspauschale ist in Abhängigkeit des Prüfergebnisses von der Kasse oder vom Krankenhaus zu zahlen.

§ 275 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

"(1c) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zu entrichten; falls die Prüfung zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat das Krankenhaus der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zu entrichten."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Sozialdaten bei den Krankenkassen- Datenbefugnis im Versorgungsmanagement

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 191; § 284 Abs.1 Satz 1, Nr. 13 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Aufnahme einer datenschutzrechtlichen Kompetenz zur "Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4". Mit dieser Regelung wird sicher gestellt, dass die Krankenkassen zukünftig die für das neu eingeführte Versorgungsmanagement (laut §11 Abs. 4 Gesetzentwurfs) erforderlichen Sozialdaten erheben und speichern dürfen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Erweiterung des Katalogs im § 284 SGB V um das neu eingeführte Versorgungsmanagement ist notwendig und zu begrüßen.
Die Beschränkung auf die "Durchführung des Versorgungsmanagements" geht jedoch nicht weit genug, wenn die Krankenkassen die im § 11, Abs.4 neu geregelten Aufgaben des Versorgungsmanagements übernehmen sollen.
Hierzu ist eine Formulierung analog der Regelungen der bereits bestehenden Regelung zu den Disease Management Programmen (vgl. bestehender § 284 SGB V, Nummer 14) erforderlich. Diese umfasst aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht nur die Durchführung, sondern ebenfalls die Gewinnung der Versicherten für die Programme.
Diese Erweiterung würde sicherstellen, dass die Krankenkassen die Möglichkeit haben, im Rahmen der unterstützenden Tätigkeit im Versorgungsmanagement initiativ an ihre Versicherten heranzutreten.

5. Änderungsvorschläge

§ 284 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

In Nummer 13 werden nach dem Wort "Modellvorhaben," die Wörter "die Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4", eingefügt sowie nach dem Wort "wurden" die Wörter "sowie zur Gewinnung von Versicherten für die Versorgungen nach dieser Nummer" eingefügt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Nutzung von Daten - Beratung von Vertragsärzten

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 209, § 305a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Durch die Regelung soll der Schutz der Arzneimittelverordnung verbessert werden. Zukünftig wird die Datennutzung durch "Dritte", insbesondere durch die pharmazeutische Industrie und die vorherige "Gewinnung" der Daten durch Vertragsärzte wird unterbunden.
Dies gilt ebenso für die Datenübermittlung der für die GKV verordnungsfähigen Arzneimittel durch Apotheken, Großhandel, Krankenkassen und deren Rechenzentren.

4. Bewertung/Stellungnahme

Diese Regelung wird grundsätzlich ausdrücklich begrüßt, da sie den Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf das ärztliche Verordnungsverhalten mindert. Zukünftig werden die Verkaufsgespräche der Pharmaindustrie auf die eigentlichen Zwecke des Arzneimittelgesetzes zurückgeführt, nämlich die ausschließliche Information des Arztes.
Die Tatsache, dass auch sonstige Datenübermittlungen von der Regelung betroffen sind, könnte allerdings zu einer nicht sinnvollen Einschränkung innerhalb der Integrierten Versorgung nach §140a führen: Die Möglichkeit der arztbezogenen Auswertung von Arzneimittelverordnungen ist im Rahmen der Durchführung eines Vertrages zur Integrierten Versorgung unbedingt erforderlich wenn der Anspruch, eine ,,qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung des Versicherten'' zu gewährleisten, erfolgreich umgesetzt werden soll. Dieses Interesse der rationalen Pharmakotherapie kann durch entsprechende Vertragsausgestaltung von der Krankenkasse auf Dritte (Managementgesellschaften) verlagert werden. In diesem Fall müsste eine Datenübergabe an den Dritten erfolgen.

5. Änderungsvorschläge

§ 305a wird folgender Satz angefügt:

"Ausgenommen von dieser Regelungen sind Datenauswertungen, auch durch Dritte, zur Umsetzung von Verträgen nach § 73 b, 73 c und 140 a ff SGB V."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Vereinbarung auf Landesebene

2. Rechtsvorschriften

Art. 19 Nr. 4, § 10 KHEntgG

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Regelung verfolgt das Ziel, bei einem Rückgang der Krankenhausfälle eine Steigerung des Landesbasisfallwertes über die Veränderungsrate nach § 71 SGB V hinaus zuzulassen mit der Begründung, es handele sich hierbei lediglich um einen technischen Effekt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist widersprüchlich zu den geltenden Regelungen im DRG-System und kann zu einer massiven Ausgabensteigerung führen.

Wenn es sich bei einem Fallzahlrückgang um einen technischen Effekt handeln soll, müsste es sich auch bei einer Fallzahlsteigerung um einen solchen handeln. Die derzeitigen Regelungen sehen dagegen vor, dass der Landesbasisfallwert auch bei einer steigenden Fallzahl um die Veränderungsrate nach § 71 SGB V steigen darf. Die Steigerung des Ausgabevolumen insgesamt ist also bei einer Fallzahlsteigerung größer als die Veränderungsrate.

Daraus ergibt sich der Widerspruch, dass bei einer steigenden Fallzahl der Grundsatz der Beitragssatzstabilität am Landesbasisfallwert festgemacht wird, bei einer sinkenden Fallzahl hingegen am Ausgabevolumen.

Die Konsequenz daraus könnte folgende sein:

Ein Bundesland hat in einem Jahr eine rückläufige Fallzahl. Nach der vorgesehenen Regelung darf in diesem Fall die Steigerung des Landesbasisfallwertes über der Veränderungsrate liegen. Im Folgejahr wird in diesem Bundesland eine Fallzahlsteigerung vereinbart. Als Ausgangsbasis zur Bemessung der Beitragssatzstabilität wird der (zu hohe) Landesbasisfallwert des Vorjahres herangezogen. Die Folge ist ein sich potenzierendes Ausgabevolumen.

Das Problem lässt sich bereinigen, indem entweder die vorgesehen Regelung entfällt, oder eine Fallzahlsteigerung ebenfalls als technischer Effekt angesehen wird.

5. Änderungsvorschläge

Fallzahlsteigerungen müssen sich analog zu Fallzahlsenkungen als technischer Effekt auf den Landesbasisfallwert auswirken.

Art. 19 Nr. 4, § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird folgender Halbsatz angefügt:

"; bei einer Fallzahlsteigerung wird diese Obergrenze um die nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 berücksichtigte allgemeine Kostendegression gesenkt."

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort "Abrechnungsregeln" die Wörter "oder infolge einer Verminderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen" eingefügt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser

2. Rechtsvorschriften

Art. 1 Nr. 121, § 140d SGB V
Art. 19 Nr. 1, § 4 KHEntgG
Art. 19 Nr. 2, § 8 KHEntgG
Art. 20 Nr. 2, § 12 BPflV
Art. 20 Nr. 3, § 14 BPflV

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Krankenhäuser sollen sich an der finanziellen Stabilisierung der GKV mit einem Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt einem Prozent der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen beteiligen (=500 Mio. EUR). Diese setzen sich zusammen aus:

- 0,2 Prozentpunkte für einer Absenkung der Mindererlösausgleichsquote von 40% auf 20%,
- 0,1 Prozentpunkt für die Streichung der Rückzahlungspflicht für nicht verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung zur Integrierten Versorgung
- 0,7 Prozentpunkte für eine entsprechende Rechnungskürzung

Die Rechnungskürzung gilt vorerst nur bis zum 31.12.2008

4. Bewertung/Stellungnahme

Es ist bei dieser Regelung nicht sichergestellt, dass der Sanierungsbeitrag in Höhen von 500 Mio. Euro erreicht wird. Zusätzlich beinhalten die o.a. Regelungen eine Befristung dieses Sanierungsbeitrages bis Ende 2008, so dass eine dauerhafte Budgetabsenkung und somit ein dauerhafter Sanierungsbeitrag nicht erreicht wird.

Der Sanierungsbeitrag sollte entsprechend den Regelungen im ersten und zweiten Arbeitsentwurf über eine Absenkung der Krankenhausbudgets bzw. Landesbasisfallwerte des Jahres 2007 erbracht werden. Da die vereinbarten Budgets bzw. Landesbasisfallwerte 2007 die Ausgangsbasis für die Folgejahre darstellen, wäre eine dauerhafte Absenkung des Niveaus der Krankenhausausgaben erreicht und ein Teil der oberhalb der Grundlohnentwicklung in den letzten Jahren liegenden Krankenhausausgaben für die Zukunft kompensiert.

Alternativ könnten auch die Krankenhausrechnungen statt um 0,7% um 1% gekürzt werden. Hier besteht jedoch die Gefahr, dass der Gesetzgeber diese Kürzung, die fortlaufend erfolgt und somit ständig sichtbar wird, wieder aufhebt. Bei der o.a. Budgetabsenkung 2007 ist dieses Risiko nicht gegeben.

5. Änderungsvorschläge

Der Sanierungsbeitrag erfolgt über eine dauerhafte Absenkung der Krankenhausbudgets bzw. der Landesbasisfallwerte in Höhe von 1 v.H.

Art. 19 Nr. 1 und Nr. 2 werden gestrichen

§ 4 Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert (neu):

a) In Nummer 3 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer wird angefügt:

"4. für das Jahr 2007 ein Abzug in Höhe von 1 vom Hundert des Ausgangswerts."

Dem § 6 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt (neu):

"Bei der Vereinbarung der Erlössumme nach Satz 1 für das Jahr 2007 ist von dem vorgesehenen Vereinbarungsbetrag ein Betrag in Höhe von 1 vom Hundert abzuziehen und die Erlössumme in dieser verminderten Höhe zu vereinbaren, entsprechend sind die Entgelte um 1 vom Hundert zu vermindern; bei Einrichtungen nach Satz 3 darf der Bezug auf § 6 der Bundespflegesatzverordnung nicht zu einem doppelten Abzug führen."

§ 10 wird wie folgt geändert (eingefügt):

a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

"Bei der Vereinbarung für das Jahr 2007 ist der Basisfallwert in Höhe von 1 vom Hundert des Basisfallwerts des Vorjahres zu kürzen und damit dauerhaft das zu Grunde liegende Ausgabenvolumen auf Landesebene entsprechend zu vermindern."

Art. 20 Nr. 2 und Nr. 3 werden gestrichen

§ 6 Absatz 1 wird wie folgt geändert (neu):

a) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
bb) Folgende Nummer wird angefügt:

"6. für das Jahr 2007 ein Abzug in Höhe von 1 vom Hundert des für das Vorjahr vereinbarten Gesamtbetrags."

b) Folgender Satz wird angefügt:

"Abweichend von Satz 4 ist für das Jahr 2007 bei der Ermittlung des veränderten Gesamtbetrags (Obergrenze) der Gesamtbetrag des Vorjahres um 1 vom Hundert zu mindern und um die maßgebliche Veränderungsrate nach Satz 3 zu verändern."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Auswahl der Krankheiten und des Klassifikationsmodells für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA)

2. Rechtsvorschriften

Art. 38 Nr. 6, § 31 Abs.1 RSAV

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Basis für das zukünftige Klassifikationssystem im morbiditätsorientierten RSA sollen 50 bis 80 Krankheiten sein. Dabei sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf sowie kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 % übersteigen, berücksichtigt werden. In der Begründung zu Abs. 1 wird angeführt, dass durch die direkte Berücksichtigung von mindestens 50 Krankheiten eine gleitende Einführung der Morbiditätsorientierung sichergestellt werden soll.

4. Bewertung/Stellungnahme

Das in § 31 Abs. 1 S. 3 RSAV enthaltene Wort "insbesondere" ist zu streichen.

Es sollen ausschließlich solche Krankheiten berücksichtigt werden, die schwerwiegend und kostenintensiv sind. Die Kostenintensität ist daran zu messen, dass bei diesen Krankheiten die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50% übersteigen.

Das Wort "insbesondere" schwächt die Auswahlkriterien für die einzubeziehenden Krankheiten ab. Damit werden keine eindeutigen Rahmenbedingungen für die Morbiditätsgruppen geschaffen. Die quantitative Begrenzung ist dringend geboten, um Anreize zu eigenverantwortlichem Handeln und einem entsprechenden Versorgungsmanagement seitens der Krankenkasse nicht zu sehr einzuschränken. Sofern eine Gruppierung einzelner Krankheiten zu Morbiditätsgruppen erfolgen soll, ist festzulegen, wie die Gruppierung erfolgen soll. Zu beachten ist dabei, dass nach wie vor nicht mehr als 50 bis 80 Krankheiten berücksichtigt werden, die Zahl der Gruppen daher entsprechend geringer als 50 bis 80 werden muss, für den Zuordnungsalgorithmus und das Regressionsverfahren.

Es ist daher klarzustellen, dass auch bei einer gleitenden Einführung am Ende der Einführungsphase bzw. Übergangsphase nicht mehr als 80 Krankheiten berücksichtigt werden.

5. Änderungsvorschläge

§ 31 Abs. 1 RSAV wird wie folgt gefasst :

"(1) Die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und seine Anpassung an die Gegebenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung haben so zu erfolgen, dass keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden. Das nach Satz 1 an die gesetzliche Krankenversicherung angepasste Versichertenklassifikationsmodell ist an Hand von 50 bis höchstens 80 Krankheiten zu filtern und prospektiv auszugestalten. Bei der Auswahl der in Satz 2 genannten Krankheiten sollen Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden. Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Anpassung des Klassifikationsmodells für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA)

2. Rechtsvorschriften

Art. 38 Nr. 6, § 31 Abs. 2, 4 RSAV

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Abs. 2
Bestellung eines wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt, der die Krankheiten auszuwählen hat. Die Auswahl der Krankheiten ist durch die Gutachter in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.

Abs. 4
Das Bundesversicherungsamt soll die zu berücksichtigenden Krankheiten, die daraus zu ermittelnden Morbiditätsgruppen, den Zuordnungsalgorithmus, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Zuschläge bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres festlegen und bekanntgeben.
In der Begründung wird angeführt, dass wegen der erforderlichen Anpassung des Klassifikationsmodells eine direkte Festlegung der Morbiditätskategorien in der Rechtsverordnung nicht möglich sei.

4. Bewertung/Stellungnahme

Abs. 2
Die Festlegung der Krankheiten muss nach derzeitiger Fassung nicht per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden, sondern wird vom Bundesversicherungsamt abschließend entschieden. Dadurch wird die Auswahl der Krankheiten dem demokratischen Verfahren entzogen. Diese Auswahl ist allerdings entscheidend für die finanziellen Auswirkungen.
Die Festlegung der Krankheiten sollte daher unter Berücksichtigung der Empfehlung der Gutachter per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden. Zudem ist in der Rechtsverordnung konkret festzulegen, in welchen Zeitabständen die Überprüfung durch die Gutachter zu erfolgen hat. Denkbar wäre beispielsweise eine erste Überprüfung zwei Jahre nach der erstmaligen Berücksichtigung der vorgeschlagenen Krankheiten sowie eine weitere Überprüfung wiederum nach zwei Jahren.

Abs. 4
Eine jährliche Neufestlegung ist im Interesse eines kontinuierlichen und stabilen Verfahrens nicht sinnvoll und führt zu einer Kostenausweitung. Dies gilt nicht nur für die zugrunde gelegten Krankheiten und Morbiditätsgruppen, sondern ebenfalls für den Zuordnungsalgorithmus und das Regressionsverfahren.

Die Krankheiten bzw. die auf Basis der 50 bis 80 Krankheiten gebildeten Morbiditätsgruppen sind nicht jährlich neu auszuwählen und bekannt zu geben, sondern auf Grundlage des Gutachtens nach § 31 Abs. 2 RSAV schon im Vorfeld der Einführung eines morbiditätsorientierten RSA festzulegen. Die Auswahl kann erst nach der regelmäßigen Überprüfung durch den wissenschaftlichen Beirat (§ 31 Abs. 2 Nr. 3 RSAV) angepasst und neu bekannt gegeben werden.

5. Änderungsvorschläge

§ 31 Abs. 2 RSAV wird wie folgt gefasst:

"(2) Das Bundesministerium für Gesundheit bestellt auf Vorschlag des Bundesversicherungsamts und nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen einen wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt, der
1. einen Vorschlag für die Anpassung des Klassifikationsmodells an die gesetzliche Krankenversicherung zu unterbreiten und ein Verfahren zu seiner laufenden Pflege vorzuschlagen hat,
2. bis zum 31. Oktober 2007 ein Gutachten zu erstatten hat, in dem die in Absatz 1 Satz 2 bis 4 genannten Krankheiten ausgewählt werden und
3. die Auswahl der in Nummer 2 genannten Krankheiten in regelmäßigen Abständen von fünf Jahren, erstmalig im Jahre 2011, zu überprüfen hat.
Bei der Erfüllung der in Satz 1 genannten Aufgaben hat der wissenschaftliche Beirat die in Absatz 1 Satz 1 genannten Kriterien zu beachten. In dem Gutachten nach Satz 1 Nr. 2 sind für alle ausgewählten Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankheiten erforderlichen ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffe zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen des gewählten Klassifikationsmodells anzugeben."

§ 31 Abs. 4 RSAV wird wie folgt gefasst :

"(4) Die Bundesregierung legt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf der Grundlage der Empfehlung nach Absatz 2 Nr. 2 und 3 die nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf Grundlage dieser Krankheiten zu Grunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 1. Juli 2008 fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Für die Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 29 Satz 1 Nr. 1 genannten Risikomerkmale sind nur die nach Satz 1 festgelegten Morbiditätsgruppen zu berücksichtigen. Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Morbiditätsgruppen für Erwerbsminderungsrentner werden für Versicherte gebildet, die während des überwiegenden Teils des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten haben. Bei der Bildung von Altersgruppen kann die Bundesregierung im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen von § 2 Abs. 3 Satz 1 abweichende Altersabstände bestimmen."