

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0074(31)

gel. VB zur Anhörung am 25.10.

10_GKV-FinG_Blöcke I+II

19.10.2010

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes**
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses
des Deutschen Bundestages
am 25.10.2010

Entwurf eines Gesetzes zur
nachhaltigen und sozial ausgeglichenen
Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG),
vom 28.09.2010 - BT-Drs. 17/3040
einschließlich der Änderungsanträge der Regierungsfraktio-
nen vom 05.10.2010 (Ausschussdrucksache 17(14)0072)

Stand 18. Oktober 2010

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46-0

Geschäftsführungseinheit Finanzen
Geschäftsführungseinheit Versorgung
Geschäftsführungseinheit Politik & Unternehmensentwicklung



ÜBERSICHT:	Seite
I. VORBEMERKUNG	3
II. GESETZENTWURF UND ÄNDERUNGSANTRÄGE	5
Stärkung der Finanzierungsgrundlagen und Sozialausgleich:	
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, <ul style="list-style-type: none">• Nummer 3a –neu- (§ 53 SGB V) – Wahltarif Kostenerstattung (Änderungsantrag 3 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP)• Nr. 18 b) - § 242 Abs. 6 – Verspätungszuschlag beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag	5
Ausgabenbegrenzung:	
Vertragsärztliche Versorgung	
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <ul style="list-style-type: none">• Nr. 7 - § 87 (Abs. 9) und Nr. 8 § 87d SGB V	8
Hausarztzentrierte Versorgung	
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <ul style="list-style-type: none">• Nr. 5 - § 73b SGB V	13
Vertragszahnärztliche Versorgung	
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <ul style="list-style-type: none">• Nr. 6 § 85 a) und b) SGB V	17
Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <ul style="list-style-type: none">• § 85 Abs. 3g (neu) SGB V	
Stationäre Versorgung	
Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes <ul style="list-style-type: none">• Nr. 1 a) und b) (§ 4 Abs. 2a KHEntgG) und Nr. 4 a) und b) (Anlage 1 KHEntgG)• Nr. 2 (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG)• Nr. 3 Buchstabe b (§ 10 Abs. 4 S. 4 KHEntgG)	19
Artikel 10 Änderung der Bundespflegegesetzverordnung <ul style="list-style-type: none">• Nr. 1 (§ 6 Abs. 1 S. 3 BPfIV) und Nr. 2 (§ 6 Abs. 2 S. 1 BPfIV)	



I. VORBEMERKUNG:

Ziel des vorgelegten Entwurfs eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) ist es, kurzfristig das für 2011 erwartete Defizit in Höhe von 11 Milliarden Euro zu schließen und mittelfristig wirkende Maßnahmen einzuleiten, die eine finanzielle Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung auch weiterhin gewährleisten. Dazu soll einerseits die Einnahmenseite gestärkt werden und andererseits die Ausgabensteigerung gedämpft werden.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass damit ein entscheidender Beitrag für die weitere Sicherstellung des vollständigen Leistungsangebots der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit der guten Versorgung der Patienten geleistet wird. Des Weiteren ist es zwar grundsätzlich anerkanntenswert, dass die Lasten für die nächsten zwei Jahre auf viele Schultern verteilt werden. Jedoch hat diese Verteilung eine deutliche Schieflage zu Lasten der Beitragszahler der GKV, da der Sparbeitrag von Krankenhäusern und Zahnärzten noch zu niedrig ausfällt, während Apotheker offensichtlich und Ärzte de facto von Sparmassnahmen ausgenommen werden. Nach den politisch gewollten sehr hohen Zuwächsen bei den Vergütungen im Vorjahr wäre eine "Nullrunde", wie sie von den gesetzlichen Krankenkassen bei den Verwaltungskosten erwartet wird, für Apotheker, niedergelassene Ärzte und die Krankenhäuser sicherlich keine Zumutung.

Darüber hinaus fehlen mittelfristig wirksame Strukturmaßnahmen für mehr Wettbewerb. Zur Förderung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung könnten deutlich mehr Marktkräfte freigesetzt werden, wenn Krankenkassen zum Beispiel mit bestimmten spezialisierten Leistungserbringern in der stationären und ambulanten Versorgung selektive Verträge über planbare Behandlungen abschließen könnten. Diese marktwirtschaftliche Freiheit zur Gestaltung einer besseren Versorgung fehlt. Somit wird die Chance vertan, die weitere Belastung der Beitragszahler durch das Heben von weiteren Effizienzreserven zu vermeiden oder zumindest zu verringern.

Licht und Schatten weisen die veränderten Finanzierungsmechanismen auf. So ist zwar zu begrüßen, dass die Krankenkassen nunmehr unabhängig von der durchschnittlichen Einkommenshöhe ihrer Mitglieder den Zusatzbeitrag erheben können, den sie benötigen, um die Unterdeckung aus dem Gesundheitsfonds auszugleichen. Bisherige Wettbewerbsverzerrungen aufgrund einer einkommensschwächeren Mitgliederstruktur werden damit behoben. Jedoch ist dabei sicherzustellen, dass diese Zusatzbeiträge auch wirklich an die Kasse gezahlt werden. Gegenwärtig weisen die diesbezüglichen Regelungen noch Defizite auf. Hier ist die Regierung gefordert, wirksame Mechanismen vorzusehen, die eine effektive und vollständige Beitragserhebung ermöglichen.

Die Verlagerung künftiger Ausgabensteigerungen ausschließlich in die Zusatzbeiträge ist kritisch zu sehen. Dies darf nicht dazu führen, dass mittelfristige Strukturreformen eingestellt werden. Unnötige Kostensteigerung aufgrund überhöhter Forderungen von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern dürfen nicht direkt auf dem Rücken der Versicherten abgeladen werden. Die nach oben offenen Zusatzbeiträge sind kein Freibrief für ineffiziente Strukturen im Gesundheitswesen. Gerade in der neuen Zusatzbeitragssystematik ist die Verantwortung für die zahlenden Versicherten und somit der politische Reformdruck somit höher denn je.



Die derzeitigen Ausgleichsmechanismen zwischen den Kassen über den Gesundheitsfonds haben sich sowohl wettbewerblich wie sozial bewährt. Im Interesse der Versicherten begrüßt die AOK daher, dass die Bundesregierung diese sachgerechten Regelungen beibehält.

Nachfolgend wird zu den vorgesehenen Regelungen des Gesetzentwurfes Stellung genommen. Soweit zu einzelnen Regelungsbereichen vollständige Übereinstimmung mit der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes besteht, wird - um Doppelungen zu vermeiden -, insoweit auf dessen Stellungnahme verwiesen und von eigenen Ausführungen abgesehen.



II. GESETZENTWURF UND ÄNDERUNGSANTRÄGE

Der AOK-Bundesverband trägt die Bewertungen und Änderungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes inhaltlich mit und nimmt an dieser Stelle nur insoweit Stellung, als sich davon abweichende oder ergänzende Bewertungen und Änderungsvorschläge ergeben.

Stärkung der Finanzierungsgrundlagen und Sozialausgleich

Zu Artikel 1 Nummer 3a –neu- (§ 53 SGB V) – Wahltarif Kostenerstattung (Änderungsantrag 3 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP)

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Redaktionelle Folgeänderung zum Änderungsantrag 2 (Kostenerstattung)
- b) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife für besondere Versorgungsformen nach § 53 Abs. 3 wird von bislang drei Jahren auf ein Jahr verkürzt.
- c) Nach Abs. 9 müssen die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, d. h. jeder Tarif soll sich selbst tragen. Die Krankenkassen haben hierüber regelmäßig gegenüber den Aufsichtsbehörden Rechenschaft abzulegen. Für Tarife der Kostenerstattung nach Abs. 4 soll künftig zusätzlich gelten, dass deren langfristige finanzielle Tragbarkeit von einem Wirtschaftsprüfer oder einem Aktuar regelmäßig testiert werden muss.

B Stellungnahme

a) Wahltarife beleben den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander und gegenüber privaten Versicherungsunternehmen. Darüber hinaus besteht bei den Versicherten ein Bedarf an Leistungen aus einer Hand. Eine Einschränkung dieses Wettbewerbselements lehnt der AOK-Bundesverband daher ab. Im Gegenteil, den Krankenkassen sollten mehr Handlungsspielräume - insbesondere im Wettbewerb um die beste Kundenorientierung und Versorgung - zur Verfügung stehen. Auch Wahltarife nach § 53 Abs. 4 SGB V sind unter den bestehenden Rahmenbedingungen hierfür geeignet. Hierzu zählt, dass die Krankenkassen die Möglichkeit haben, den teilweise unterschiedlichen und individuellen Bedürfnissen ihrer Versicherten gerecht zu werden und möglichst vielen Versicherten den Zugang zu innovativen Angeboten mit dem bestmöglichen Service und Preis-Leistungsverhältnis zu ermöglichen. So kennen die Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen weder Leistungsausschlüsse noch Gesundheitsprüfungen. Sie sind unter Berücksichtigung des Solidarprinzips konzipiert und ermöglichen auch alten und kranken Versicherten den Zugang zu Zusatzangeboten, die ihnen durch die PKV verwehrt bleiben. Das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung wurde aufgrund der Bestrebungen, die Lohnnebenkosten abzusenken, immer weiter eingeschränkt. Der Bedarf des Versicherten sich gegen diese Leistungseinschränkung abzusichern, ist gegeben und stellt damit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, derer der Gesetzgeber durch die Wahltarife begegnet. Dies ist auch der Grund der unterschiedlichen steuerlichen Bewertungen der Angebote. Eine Absicherung über Angebote der PKV ist aufgrund der Zugangsbeschränkungen nicht durchgängig gegeben. Insofern gibt es sowohl von der Ausrichtung als auch von der Zielsetzung her Unterschiede zwischen den Angebotsstrukturen der GKV und PKV.



b) Die Verkürzung der Mindestbindungsfrist von drei Jahren auf ein Jahr kann geeignet sein, die Tarife für die einzelnen Versicherten attraktiver zu gestalten. Die Krankenkassen benötigen gleichzeitig für eine solide Kalkulation ihrer Tarife Planungssicherheit. Diese könnte an einen ausreichenden zeitlichen Planungshorizont geknüpft sein, der nicht durch die Bindungsfristen, sondern durch die Annahme der tatsächlichen Tarifteilnahmezeiten geprägt wird. Die Verkürzung der „Mindest“-Bindungsfrist ist nach Auffassung des AOK-Bundesverbandes dahin gehend zu interpretieren, dass es den Krankenkassen nicht verwehrt ist, in der Satzung des jeweiligen Wahltarifs auch Bindungsfristen von mehr als einem Jahr vorzusehen. Dies ist mit Blick auf den damit verbundenen und erweiterten Gestaltungsrahmen der Krankenkassen und die wettbewerbliche Zielsetzung der Wahltarife zu begrüßen. Zur Vermeidung von Fehlinterpretationen wird eine gesetzliche Klarstellung angeregt. Im Übrigen sind die aus einer Veränderung der Mindestbindungsfrist resultierenden Folgeänderungen auf § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V noch zu berücksichtigen.

c) Zu recht weist der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme daraufhin, dass die Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben des § 53 Abs. 9 Satz 1 bereits der staatlichen Aufsicht obliegt und es bisher keine Erkenntnisse dafür vorliegen, dass diese Aufsicht nicht hinreichend wäre, wodurch allein eine zusätzlich, zudem teure Berichtsform, in Form der regelmäßigen Testierung durch einen Aktuar oder Wirtschaftsprüfer zu rechtfertigen wäre.

C Änderungsvorschlag

Artikel 3a Buchst. b) wird wie folgt gefasst:

„b) Absatz 8 Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt ein Jahr. Die Satzung der Krankenkasse kann die Bindungsfrist bei den Wahltarifen nach den Absätzen 1 und 2 sowie 4 bis 7 auf bis zu drei Jahre erweitern. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist nach Satz 1 oder zum Ablauf der in der Satzung bestimmten Bindungsfrist nach Satz 2 gekündigt werden.“

Die Sätze 3 bis 6 werden zu den Sätzen 4 bis 7.

Artikel 3a Buchst. c) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 18 b) - § 242 Abs. 6 – Verspätungszuschlag beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags für mindestens sechs Kalendermonate hat das Mitglied der Krankenkasse einen Verspätungszuschlag zu zahlen, der höchstens drei fällige Zusatzbeiträge und mindestens 30 Euro betragen soll. Das Nähere, insbesondere die Höhe regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung. Das Mitglied hat bis zum Zustandekommen einer wirksamen Ratenzahlungsvereinbarung keinen Anspruch auf den Sozialausgleich nach § 242b. Die Krankenkasse teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nicht durchzuführen ist.

B Stellungnahme

Zutreffenderweise hat der GKV-Spitzenverband die Verschärfung von Sanktionsmechanismen bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags begrüßt, sieht jedoch die Einbeziehung des Arbeitgebers bei Nichtzahlung des Zusatzbeitrags aus datenschutzrechtlicher Sicht kritisch.

Ergänzend ist auszuführen, dass völlig fraglich ist, inwieweit ein einmaliger Säumniszuschlag maximal in Höhe des 3-fachen monatlichen Zusatzbeitrages bei Nichtzahlung von mindestens 6 Monatsbeiträgen einen wirklichen Sanktionsmechanismus darstellt. Da derzeit nicht beurteilt werden kann, wie hoch das Ausfallvolumen GKV-weit sein wird und dieses Ausfallrisiko mit zunehmenden Anstieg der Zusatzbeiträge in den nächsten Jahren an Bedeutung gewinnen wird, sollten die finanziellen Auswirkungen des Ausfallrisikos und die Wirksamkeit der Verspätungszuschläge nach Ablauf eines Jahres mit einem Zusatzbeitrag nach § 242a überprüft werden. Der GKV-Spitzenverband ist dabei als gesetzlicher Spitzenverband aller Krankenkassen diejenige Institution, die dazu legitimiert und in der Lage ist, entsprechende Erfahrungen bei allen Krankenkassen abzufragen und in einem Bericht zusammenzufassen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 6 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens 3 Monate nach Ablauf des Jahres, für das erstmalig ein Zusatzbeitrag nach § 242a ermittelt wurde, einen Bericht vor, in dem die finanziellen Auswirkungen der Nichtzahlung von Zusatzbeiträgen auf die jeweiligen Krankenkassen und die Wirksamkeit der Verspätungszuschläge dargestellt werden. Die Bundesregierung überprüft anhand dieses Berichtes, ob Änderungen der Vorschriften vorgenommen werden sollen.“



Ausgabenbegrenzung:

Vertragsärztliche Versorgung

Artikel 1 Nr. 7 - § 87 (Abs. 9) und Nr. 8 § 87d SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung soll für die ambulante ärztliche Versorgung bundesweit und befristet auf die Jahre 2011/12 gesetzlich einen linearen Ausgabenzuwachs vorgeben und zusätzlich in einem Schritt im Jahre 2011 die rechnerischen Leistungsbedarfsunterschiede zwischen den KVen durch regionale Anpassungsfaktoren verringern. Die regionale Anpassung wird nach Umfang und Verteilungsverfahren dem Bewertungsausschuss (BA) überantwortet.

Der neue Absatz 9 des § 87 SGB V zielt auf eine „grundsätzliche Überprüfung und Korrektur der gesamten Honorarreform“ im Laufe des Jahres 2011 ab und strebt ein „einfaches Honorarsystem“ an.

Die Regelungen sehen im Einzelnen vor:

§ 87 Abs. 9

Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit und mit ihm dem Deutschen Bundestag bis zum 30.04.2011 ein Konzept für eine „schrittweise Konvergenz der Vergütungen“ vorzulegen.

§ 87d

- **Abs. 1 reguliert die Preisseite bzw. Veränderung des Orientierungswertes**
 - 1) Zunächst wird der Orientierungswert des Jahres 2010 in Höhe von 3,5048 Cent für die beiden Folgejahre festgehalten.
 - 2) Die bereits beschlossene Differenzierung des Orientierungswertes bei Über- und Unterversorgung wird entsprechend ausgesetzt.
 - 3) Punktwertanpassungen aufgrund neuer Zuschläge werden ausgesetzt.
 - 5) Ausgesetzt werden auch Vorgaben zur Punktwertdifferenzierung aufgrund regionaler Besonderheiten und die Bildung entsprechender Indikatoren (Kosten/Versorgung).
 - 6) An Stelle von regionalen Zuschlägen bei Unterversorgung werden Sicherstellungszuschläge wieder eingeführt.

- **Abs. 2 reguliert die Mengenseite bzw. Veränderung der Gesamtvergütung**
 - 1) Vorgegeben werden Fristen für die Ermittlung von Gesamtvergütungen.
 - 2) Die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind an eine veränderte Zahl der Versicherten und linear um plus 0,75 Prozent zu verändern. Die 0,75 Prozent entsprechen der halben erwarteten Morbiditätsrate. Als Rechtfertigung angeführt wird dafür u. a. die verspätete Einführung von Kodierrichtlinien.
 - 3) Es können weiterhin Leistungen zusätzlich extrabudgetär gestellt werden (EGV). Dazu ist dann das Ausgangsvolumen der MGV für 2010 entsprechend zu verringern.



- 4) Zusätzlich (zu der begrenzten linearen Erhöhung) wird der Bewertungsausschuss zu einer vom Gesamtvolumen her nicht näher begrenzten asymmetrischen Anpassung des Behandlungsbedarfes für 2011 verpflichtet, wobei der Bedarf je Versicherten durch diese Anpassung in keiner KV sinken soll.
- 5) Die nach Abs. 2 Nr. 2 bis 4 angepassten bzw. in der KV ermittelten Gesamtvergütungen sind für die Berechnung der RLV je Arzt für 2011 zugrunde zu legen.
- 6) Nachberechnungen wegen eines unvorhergesehenen Behandlungsbedarfs scheiden für 2011 aus.
- 7) Für asymmetrische Honorarzuwächse hat der Bewertungsausschuss ein verbindliches Verfahren vorzugeben, bei dem Zuwächse für Vergütungen je Versicherten vorgegeben werden, die einen festzulegenden Wert unterschreiten. Er kann dabei die jeweiligen Zuwächse begrenzen. Vergütungen je Versicherte (siehe oben) dürfen aber auch an keiner Stelle sinken.
- 8) Die Regelungen nach den Sätzen 2,3, 5 und 6 gelten auch für 2012. Die asymmetrische Anpassung nach Satz 4 ist danach in einem Schritt im Jahre 2011 zu vollziehen.

- **Abs. 3 regelt den ggf. rückwirkenden Honoraranspruchs des Arztes**

Stellt klar, dass der individuelle Honoraranspruch des Arztes auch dann weiter besteht, wenn die Regelungen für asymmetrische Zuwächse nicht rechtzeitig für vorlaufende Berechnungen und Ankündigungen realisiert werden konnten.

- **Abs. 4 macht Vorgaben für die Regulierung der EGV**

- 1) Die Gesamtvertragspartner „sollen“ bei der EGV ausgabenbegrenzende Maßnahmen treffen,
- 2) Ziel dabei ist, die halbe Grundlohnrate als Zuwachs nicht zu überschreiten, es sei denn, zwingenden Versorgungsgründe sprechen dafür.
- 3) Dazu sind Preisstaffelungen oder Mengenquotierungen vorzusehen ...
- 4) ... für die der Bewertungsausschuss ggf. Vorgaben machen kann.
- 5) Präventions- und Früherkennungsleistungen sind ebenso ausgenommen wie in 2009/10 neu eingeführte Leistungen („Balneophototherapie“, Neugeborenen-Hörscreening etc.).

B Stellungnahme

Da die unter Punkt D des Gesetzentwurfes genannten „finanziellen Wirkungen auf öffentliche Haushalte“ keine Einsparungen der niedergelassenen Ärzte, sondern nur für die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) aufführen, beabsichtigt die Bundesregierung offenbar neben der moderat festgelegten linearen Erhöhung für 2011 eine umso größere Erhöhung für KVen mit rechnerisch unterdurchschnittlichem Leistungsbedarf je Versicherten.

Die KBV ist politisch mit Phantasiemargen in zusätzlicher Milliardenhöhe in die Diskussion getreten und beruft sich in Verhandlungen fortgesetzt auf zudem öffentlich verbreitete Zugeständnisse aus der Politik, denen von dort offenbar auch den Unparteiischen Mitgliedern im Bewertungsausschuss gegenüber an Gewicht verholten wird. Anders ist nicht zu erklären, dass der Bewertungsausschuss am 5. Oktober 2010 gegen die Stimmen der Kassenseite zusätzlich ein asymmetrisches Verteilungsvolumen von 500 Mio. Euro beschlossen hat. Neben der linearen Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) von 0,75 % (175 Mio. €) tritt so eine Erhöhung von bis zu 3,46 % (Bund 500 Mio. €) für die so genannte asymmetrische Verteilung. Dadurch wird **einem Spargesetz zur Folge** der Zuwachs der MGV auf 2011 (675 Mio. €) gegenüber dem Zuwachs auf



2010 (460 Mio. €) **um 46 % erhöht**. Hinzukommen wird der Zuwachs der extrabudgetären Vergütungen (EGV) von bis zu 400 Mio. €. Von daher werden den niedergelassenen Ärzten für 2011 Honorarzuwächse im Volumen weit über 1 Mrd. € beschert.

Der Gesetzentwurf gibt lineare Zuwächse der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) und der extrabudgetären Vergütungen (EGV) vor. Der Anstieg der MGV soll 0,75 Prozent betragen. Differenzierungen des Orientierungswertes, Zuschläge und Nachzahlungen werden ausgeschlossen. Von daher wäre die Einhaltung von Ausgabenobergrenzen bei der MGV sicherzustellen. Dagegen ist der auf die Hälfte des Grundlohnzuwachses begrenzte Anstieg der EGV nur mit einer „Soll-Bestimmung“ eingeführt. Aus dem „Soll“ würde ein auch schiedsamtstfestes „Muss“, wenn dem nicht regionale Aspekte entgegengestellt werden könnten. Etwa beim ambulanten Operieren, den Onkologiepauschalen und Sachkosten/Weegebühren und den Dialysesachkosten werden Einwände erhoben werden. Von daher ist die titulierte EGV-Begrenzung mit hohen Risiken versehen. Mit einem bundesweiten Anstieg von mehr als 400 Mio. € ist vorsichtigerweise zu rechnen. Die pauschale Begrenzung der Mengendynamik bei den Leistungen der EGV nimmt im Übrigen keine Rücksicht auf Besonderheiten einzelner Leistungssegmenten sowie des privilegierenden Charakters der Einzelleistungsvergütung und führt zu widersprüchlichen Ergebnissen.

Die so formulierte Ausgabenbegrenzung wird zudem durch Vorgaben zum Beschluss asymmetrischer regionaler Anpassungsfaktoren durch den Bewertungsausschuss für das Jahr 2011 vollends aufgehoben. Zwar sagt die Begründung, die „regionalen Anpassungsfaktoren“ sollten „auch... die Verteilung des bisherigen Zuwachses gerechter gestalten“ (Begründung zu Abs. 2 Satz 4). Tatsächlich aber will die Bundesregierung den Krankenkassen regional zusätzliche Finanzierungslasten auferlegen, deren Umfang und Verteilung sich an einem vom Bewertungsausschuss (BA) zu festzulegenden Benchmark orientieren soll.

Am 5. Oktober 2010 hat der Bewertungsausschuss bereits auf dieser, noch in Kraft befindlichen gesetzlichen Grundlage Beschlüsse getroffen mit den eingangs genannten finanziellen Mehrbelastungen für die GKV von im Volumen weit über 1 Mrd. €. Dass sich damit der Steigerungsbetrag der in Regelleistungsvolumen verteilten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung von 460 Mio. € in 2010 auf 675 Mio. € in 2011 um 46 Prozent erhöhen wird, lag in der Neuregelung des öffentlich als Nullrunde bezeichneten Spargesetzes begründet, ohne hinreichend demokratisch offengelegt und vertreten worden zu sein.

Im Kern scheint es mithin nicht um die ärztliche Versorgung der Versicherten zu gehen, sondern um die Vermehrung der finanziellen Ausstattung der niedergelassenen Ärzte. Nach bisher schon ungeahnten Honorarsteigerungen in den Jahren 2009 und 2010 sollen weitere Steigerungen dazu kommen, ohne dass die Politik selbst dafür erkennbar die Verantwortung übernimmt.

Um dieses Ergebnis zu erreichen, wird das Ziel einer Morbiditätsorientierung der Vergütung außer acht gelassen. Denn zu den wenigen Vorgaben des GKV-FinG-E für die asymmetrische Fortentwicklung der Gesamtvergütungen gehört, dass sie sich nicht an den versichertenbezogenen Gesamtvergütungen der Krankenkassen orientieren soll, sondern - ohne kassenbezogen differenzieren zu dürfen - an der nicht weiter hinterfragten jeweiligen Vergütungsposition der Kassenärztlichen Vereinigung. Regionale Verhältnisse und etwa die jeweils unterschiedliche Arbeitsteilung mit dem stationären Sektor sollen dabei unbeachtet bleiben. Damit führte dieser ergebnisorientierte politische Eingriff das Vergütungssystem ordnungspolitisch weiter vom Morbiditätsbezug weg. Bisher schon erfolgt die Aufbringung der Mittel in Bezug auf die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung unter hohem Aufwand diagnosebezogen, um im zweiten Schritt dann paradoxer-



weise die differenzierte, patientenindividuelle ärztliche Behandlung in den Praxen zumeist nach groben Pauschalen zu honorieren. Das GKV-FinG-E geht noch einen Schritt weiter in die falsche Richtung und bewegt nur noch finanzformal „asymmetrisch“ Gesamtvergütungen je Kassenärztlicher Vereinigung.

Öffentliche Erklärungen der KBV, das Vergütungssystem sei nicht mehr reformierbar, finden damit ihre Bestätigung. Für die nach § 87 Abs. 9 (neu) angestrebte Revision des ambulanten Vergütungssystems sollte dann aber nach Auffassung der AOK auch dringend gerade bei der Verwendung der Mittel in der Versorgung auf eine medizinisch begründbare Allokation Wert gelegt werden, statt wiederum nur die Mittelaufbringung zu Gunsten der KV zu ändern. Dies erfordert – so weit als möglich – die Ablösung von Einzelleistungen und Pauschalen je Fall durch indikationsbezogene Fallpauschalen. Sie beschreiben den Standard des im Lande medizinisch gebotenen von der Leistungsseite her und bringen einen betriebswirtschaftlichen Bezug durch die Feststellung des im Lande dafür regelmäßig betriebenen Aufwandes. Damit würden versorgungsinhaltlich fundierte Stabilitätsmasse verwandt, die – wie im stationären Bereich – zu einem stabilen Vergütungssystem führen können.

Eine solche, konzeptionell überfällige Weichenstellung ist nicht von einem kurzfristig erforderlichen Gesetz zur Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV zu erwarten. Zu erwarten wäre aber auch von einem solchen begrenzten Vorhaben, dass die in den KVen organisierten Ärzte die Konsolidierungslasten der GKV ebenso wie Zahnärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie und die Krankenkassen selbst mittragen. Zwar orientiert sich die Begründung dem Tenor nach weithin an der Aufgabe der Ausgabenbegrenzung, und ein „zusätzlicher“ regionaler Anpassungsbedarf wird weder nachvollziehbar hergeleitet, noch werden „zusätzliche“ Honorarsteigerungen gerechtfertigt. Die in §87 Abs. 9 auch über einen Schritt im Jahre 2011 hinaus vorgegebene „Konvergenz der Vergütungen“ ist jedoch ordnungspolitisch mangels inhaltlicher Begründung und in anbetracht der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen ambulant und ambulant / stationär nicht zu rechtfertigen. Gleichwohl wird dem Bewertungsausschuss ein nicht näher charakterisiertes oder begrenztes Anpassungsverfahren überantwortet.

Kurzum: Durch den Entwurf würde eine gesetzlich unzureichend beschriebene, begrenzte und begründete Anpassungsaufgabe an den Bewertungsausschuss übertragen.

C Änderungsvorschläge

1. §87 Abs. 9 ist entbehrlich, weil es sich um eine Absichtserklärung ohne rechtlich relevante Substanz handelt.
2. Der Gesetzgeber sollte in § 87d Abs. 2 Satz 4 des SGB V i.d.F. GKV-FinG-E das Wort „zusätzlich“ durch das Wort „dabei“ ersetzen und in der Begründung deutlich machen, dass die Anpassung der Gesamtvergütungen innerhalb der im Übrigen genannten Ausgabenobergrenzen zu vollziehen ist. Dazu ist in der Begründung zu Satz 4 im ersten Satz das Wort „zusätzlich“ zu streichen. In Satz 2 der Begründung ist das Wort „auch“ zu streichen.
3. Darüber hinaus sollte eine regionale Anpassung nach § 87d Abs. 2 Satz 4 in mindestens 2 Jahresschritten erfolgen. Dazu ist in § 87d Abs. 2 letzter Satz auch Satz 4 aufzuführen.
4. Hilfsweise ist zu bestimmen, dass in den Regelungen nach § 87d Abs. 2 Satz 4 und Satz 7 jedenfalls Belastungen der Krankenkassen auszuschließen sind, die zu Er-



hebung von Zusatzbeiträgen für die Versicherten führen. Auf die Begründung zu § 73b Abs. 5a eines GKV-FinG-E wird Bezug genommen. Was für Verträge und Entscheidungen von Schiedsstellen gilt, muss auch für Entscheidungen des Bewertungsausschusses gelten.

5. Der Gesetzgeber sollte darüber hinaus in § 87d Abs. 4 Satz 1 SGB V i.d.F. eines GKV-FinG-E regeln, dass die Gesamtvertragspartner die Weiterentwicklung des Volumens der extrabudgetären Leistungen (EGV), die für den Zeitraum 2011 und 2012 an der halben Veränderung der Grundlohnsumme orientiert werden soll, für die Folgejahre an der allgemeinen Morbiditätsentwicklung ärztlicher Leistungen zu orientieren haben. Dadurch würde an dieser Stelle einer medizinisch nicht begründbaren Mengenentwicklung entgegengewirkt.



Hausarztzentrierte Versorgung

Artikel 1 Nr. 5 § 73b SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt mit der Änderung der Vorschrift des §73b SGB V das Wirtschaftlichkeitsgebot in der HzV zu stärken. Hierzu sind Neuregelungen vorgesehen, die die nachfolgenden drei Elemente enthalten:

1. Im Rahmen eines neuen Absatzes 5a wird die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für alle nach dem Kabinettsbeschluss zustande gekommenen HzV-Verträge ausdrücklich vorgeschrieben. Danach soll entweder eine Begrenzung der Fallwerte in der HzV auf das Niveau der KV-Versorgung oder eine Begrenzung der HzV-Vergütung auf den ermittelten Bereinigungsbetrag den Grundsatz der Beitragssatzstabilität erfüllen. Für Verträge, die vor dem Kabinettsbeschluss zustande gekommen sind, soll die bisherige Fassung des § 73b SGB V auch für Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 31.12.2012 anzuwenden sein.
2. In Absatz 8 neu wird klargestellt, dass die Vertragsparteien bei Vereinbarung von Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen, vertraglich sicherzustellen haben, dass Aufwendungen für diese Leistungen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Die bislang fakultativ ausgestaltete Regelung wird nunmehr durch eine verpflichtende Formulierung ersetzt.
3. Im Rahmen eines neuen Absatzes 9 werden die Krankenkassen verpflichtet, die nach dem Kabinettsbeschluss zustande gekommenen HzV-Verträge der zuständigen Aufsichtsbehörde zur Prüfung der Einhaltung der gesetzgeberischen Vorgaben vorzulegen. Der Aufsicht wird eine Zwei-Monatsfrist für Beanstandungen eingeräumt

B Stellungnahme

Mit der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Änderung des § 73b SGB V wurden die Krankenkassen verpflichtet, hausarztzentrierte Versorgungsverträge mit Gemeinschaften abzuschließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten. Soweit sich die Vertragsparteien nicht einigen können, ist die Gemeinschaft berechtigt, ein Schiedsverfahren zu beantragen. Eine Schiedsperson legt dann den Vertrag fest.

Die durch die Neuregelung geschaffene Privilegierung des Deutschen Hausärzteverbandes bzw. seiner regionalen Mitglieder hat in besonderem Maße zu ordnungspolitischen und rechtssystematischen Problemen geführt. Das vom Gesetzgeber als Ausnahme vorgesehene Schiedsverfahren bei Nichtzustandekommen eines HzV-Vertrages wurde, nachdem die Hausärzteverbände eine Flut von Schiedsverfahren angestrengt haben, zur Regel. Die Schiedspersonen haben bisher fast ausnahmslos Verträge festgelegt, die im Wesentlichen den Vorstellungen des Deutschen Hausärzteverbandes bzw. der Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) entsprechen. Kassen wurden damit gezwungen, Verträge umzusetzen, die aus ihrer Sicht unwirtschaftlich sind. Übergeordnete gesetzliche Grundsätze und Rahmenbedingungen für das vertragliche Handeln von Krankenkassen (z. B. Beitragssatzstabilität, Quersubventionierungsverbot, Refinanzierungsgebot) wurden jedoch von den Schiedspersonen nicht in ausreichendem Maße geprüft und beachtet.



Auch regional unterschiedliche Ausgangslagen in der Verordnungs- und Versorgungssituation wurden nicht ausreichend berücksichtigt. Damit drohen diesen Krankenkassen für die im Schiedsverfahren festgelegten HzV-Verträge erhebliche Mehrausgaben, ohne dass diesen Mehrausgaben eine entsprechend verbesserte Versorgungsqualität gegenüberstehen würde.

Eine Veränderung des § 73b SGB V wird deshalb ausdrücklich begrüßt. Als ordnungspolitisch sachgerecht wird vorrangig eine Lösung angesehen, bei der die HzV durch Aufhebung des Kontrahierungszwangs wieder konsequent in den Kreis der wettbewerblichen Selektivverträge außerhalb des Kollektivvertragssystems zurückgeführt wird. Hierzu wäre der § 73b SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung wieder herzustellen, so dass HzV-Verträge durch die Krankenkassen vertragswettbewerblich vergeben werden können. Die Verantwortung für Vertragsschlüsse würde damit wieder im pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkassen liegen, die auch die finanziellen Konsequenzen zu tragen haben.

Soweit der Gesetzgeber eine Wiederherstellung des § 73b SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung nicht favorisiert, wird eine weitere gesetzgeberische Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die hausarztzentrierte Versorgung in § 73b SGB V befürwortet.

Bei der Ausgestaltung der gesetzlichen Änderungen sollten folgende fachliche Aspekte berücksichtigt werden:

Zu Absatz 5a neu (Konkretisierung der Beitragssatzstabilität)

- a) Ein ausdrücklicher Verweis auf den **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** ist in diesem Kontext als Klarstellung zwar hilfreich, in Verbindung mit dem Vertrauensschutz könnte dies im Umkehrschluss hingegen so verstanden werden, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für bislang geschlossene Verträge nicht gegolten habe. Dies ist jedoch für die HzV nicht zutreffend. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität galt auch bisher schon, fand aber bei den Schiedspersonen – ebenso wie die weiteren Selbsttragsgebote des § 73b Abs. 8 SGB V und des § 53 Abs. 9 SGB V - bislang keine ausreichende Beachtung. Insofern empfiehlt sich, die Gültigkeit des Grundsatzes unabhängig von einer Stichtagsregelung an rechtstechnisch besser geeigneter Stelle, ausdrücklich klarzustellen, z. B. entsprechend der Regelung in § 63 Abs. 3 Satz 1 SGB V durch die Ergänzung der Worte „;der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend.“ in § 73b Abs. 5 Satz 4 SGB V. Die Ausdehnung des Vertrauensschutzes auf Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 31.12.2012 für vor dem Kabinettsbeschluss zustande gekommene Verträge wird abgelehnt, da dies den Zeitraum, für den unterschiedliche Maßstäbe bei den HzV-Verträge gelten, unnötig weiter verlängert.
- b) Um Auslegungsdiskussionen zu vermeiden, welche Verträge unter den **Vertrauensschutz** fallen, sollte in Absatz 5a eindeutiger formuliert werden. Um dies zu gewährleisten, sollte textlich zwischen einvernehmlichen Vertragsschlüssen und den durch Schiedspersonen festgelegten Verträgen unterschieden werden, so wie es auch in Absatz 9 neu vorgesehen wurde. Auch dort werden die im Schiedsverfahren festgelegten Verträge gesondert aufgeführt. Zur Rechtssicherheit wird zudem empfohlen, für einvernehmliche Vertragsschlüsse den Begriff „rechtswirksam“ zu verwenden, für durch Schiedspersonen festgelegte Verträge jedoch den Begriff „bestandskräftig“ (siehe Formulierungsvorschlag). Dies stellt klar, dass für im Schiedsverfahren bereits festgesetzte Verträge nur dann vom Vertrauensschutz erfasst



werden, wenn sie mit Rechtsbehelfen nicht mehr angefochten werden können. Vorher kann kein Vertrauensschutz entstehen. Hierdurch wird der Wille des Gesetzgebers, der ausdrücklich nur Verträge schützen will, die vor dem Kabinettsbeschluss „rechtsgültig“, d.h. rechtskräftig bzw. vollzogen sind, aufgegriffen und konkret umgesetzt.

Die Präzisierung um das Wort „bestandskräftig“ führt zudem zu einer weiteren Klärung der Frage, ob es sich bei dem Schiedsspruch der Schiedsperson um einen **Verwaltungsakt** handelt, denn nur ein Verwaltungsakt kann Bestandskraft erlangen. Hierfür spricht zum einen die Regelung des § 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V, die die fehlende aufschiebende Wirkung der Klage gegen die Festlegung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson regelt. Für eine hoheitliche Tätigkeit der Schiedsperson spricht auch, dass der Gesetzgeber in § 73b Abs. 4 in den Sätzen 1, 2 und 5 SGB V für das Zustandekommen des Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 eine rechtliche Abschlussverpflichtung und - bei fehlender Umsetzung - einen Anspruch der privilegierten Gemeinschaft auf Festsetzung durch den Schiedsspruch einer Schiedsperson vorsieht.

- c) Von der in Satz 2 beabsichtigten **Begrenzung** durch einen **Vergleich von Fallwerten** wird aus fachlich-methodischen Gründen abgeraten. Die Einschätzung in der Gesetzesbegründung, dass der Fallwert ein geeigneter Orientierungsmaßstab sei, wird nicht geteilt. Endloser Streit um die Ermittlung der maßgeblichen Fallwerte wäre vorprogrammiert:
- Der **Fallwert ist keine fest definierte Größe**. Er ist im SGB V nicht bestimmt. Je nach Kontext wird darunter etwas anderes verstanden.
 - Ist der (prospektive) Fallwert aus dem Kontext der Berechnung der Regelleistungsvolumen gemeint?
 - Sind im Fallwert die neuen QZV- und extrabudgetären Leistungen enthalten oder nur die RLV-Leistungen?
 - Ist der ex-post festgestellte Fallwert inkl. aller Vergütungsbestandteile (RLV, QZV, extrabudgetäre Leistungen, abgestaffelte Leistungen usw.) gemeint? Dieser könnte ggf. erst vergleichsweise spät ermittelt werden.
 - Ist der Fallwertvergleich nur einmalig bei Vertragsschluss durchzuführen oder jedes Quartal? Die Fallwerte in der Kollektivversorgung schwanken von Quartal zu Quartal.
 - Die **Referenzgröße** („durchschnittlicher Fallwert aller an der HzV teilnehmenden Ärzte in der KV) ist **methodisch ungeeignet**. Das gewünschte Ziel (Ausgabenneutralität) wird damit nicht erreicht. Gleiche Fallwerte in Kollektiv- und HzV-Vollversorgung bedeuten nicht, dass auch die Ausgaben für die Krankenkasse gleich wären.
 - Ein hausärztlicher KV-„Fall“ ist nicht gleichzusetzen mit einem HzV-„Fall“.

In der Kollektivversorgung ist ein Arztkontakt mit einem Arzt im Quartal ein (Abrechnungs-)Fall. In den vorherrschenden HzV-Vollversorgungsverträgen gibt es kontaktunabhängige Pauschalen. Zählen diese auch als „Fälle“, selbst wenn in einem Quartal kein Arztkontakt bestand?

Versicherte „verursachen“ in der hausärztlichen Kollektivversorgung durchschnittlich mehr als einen Fall je Quartal, da sie mehrere Hausärzte in An-



spruch nehmen. In der HzV kann grundsätzlich nur ein Hausarzt kontaktiert werden (= 1 Fall). Die Divisoren zur Ermittlung der Fallwerte weichen also in beiden Vergütungssystemen grundsätzlich voneinander ab und verzerren insofern das Ergebnis des Vergleichs.

- Die Referenzgröße bildet nicht die **unterschiedlichen Morbiditäten** ab - weder zwischen den Kassen noch zwischen den Versichertenkollektiven der HzV-Teilnehmer bzw. der Nicht-HzV-Teilnehmer. Auch der Bezug der Referenzgröße nur auf teilnehmende Ärzte ändert daran nichts.
- Ursache für die methodischen Mängel ist, dass Fallwerte die **Umsatzperspektive** eines **Arztes** widerspiegeln, nicht aber die Ausgabenperspektive einer Krankenkasse.

Deshalb wird empfohlen, nur die Begrenzung auf den Bereinigungsbetrag wie in Satz 3 vorgeschlagen umzusetzen. Dies ist die sachgerechtere, einfachere und klarere Lösung, die zudem auch noch die Morbidität „automatisch“ mit abbildet. Die extrabudgetären Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht explizit bereinigt werden müssen, aber in der Kollektivversorgung dennoch entfallen, sollten der Vollständigkeit halber ebenfalls berücksichtigt werden können.

Zu Absatz 8 neu (Klarstellung der Refinanzierung) und zu Absatz 9 neu (Vorlagepflicht und Beanstandungsrecht)

Keine Bewertung. Hinreichend sachgerechte Klarstellung bzw. Regelung.

C Änderungsvorschläge

Wiederherstellung des § 73b SGB V in seiner am 31.12.2008 gültigen Fassung.
Hilfsweise wird vorgeschlagen, folgende Änderungen an § 73b SGB V vorzunehmen:

1. In § 73b Abs. 5 Satz 4 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz ergänzt „der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend.“
2. In § 73b wird nach Absatz 5 folgender Absatz 5a eingefügt

„(5a) In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem ... (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) rechtswirksam werden oder deren Festlegung im Wege eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a Satz 1 nach diesem Zeitpunkt bestandskräftig wird, darf die Vergütung je Versicherten den aufgrund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelten Bereinigungsbetrag je Versicherten nicht überschreiten. Vergütungen an die Kassenärztliche Vereinigung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die aufgrund der Verträge wegfallen, können berücksichtigt werden.“



Vertragszahnärztliche Versorgung

Artikel 1 Nr. 6 § 85 a) und b) SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Beitrag der Zahnärzteschaft zur Ausgabenbegrenzung in der GKV.

Die Ausgaben für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der Grundlohnrate verändern. Entsprechend dürfen sich auch die Gesamtvergütungen (ohne Zahnersatz und Leistungen der Individualprophylaxe sowie Früherkennung) in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der nach § 71 Abs. 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate verändern.

B Stellungnahme

Die Beschränkung auf die hälftige Weitergabe der Grundlohnsumme für die Jahre 2011 und 2012 für die vertragszahnärztliche Versorgung ist zunächst zu begrüßen.

Nicht nachvollzogen werden kann, warum der Zahnersatz und Zahntechnik von der Ausgabenbegrenzung ausgenommen wird. Begründet wird die Forderung damit, dass in den letzten drei Jahren der prozentuale Anstieg der Ausgaben für die Versorgung mit Zahnersatz regelmäßig deutlich höher lag, als im gleichen Zeitraum die Beitragseinnahmen der Kassen gestiegen sind, so dass die Versichertengemeinschaft an dieser Stelle überproportional belastet wurde.

C Änderungsvorschlag

Die gesetzlichen Regelungen sind entsprechend abzuändern und für den Bereich Zahnersatz und Zahntechnik sowie für die Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen aufzunehmen.



Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 85 Abs. 3g (neu) SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Stufenweise Ost-Westangleichung im vertragszahnärztlichen Bereich, ohne Zahnersatz, für den Vertragszeitraum 2012 und 2013 für die neuen Bundesländer jeweils in Höhe von 2% und für Berlin jeweils in Höhe von 2.5% .

B Stellungnahme

Die einseitige Ost-Westangleichung der zahnärztlichen Honorare wird weiterhin abgelehnt.

Den AOKs entstünden bei Umsetzung des Gesetzesvorschlages für das Jahr 2012 Mehrkosten in Höhe von 12.3 Mio. Euro und im Jahr 2013 in Höhe von 12.4 Mio. Euro. Die Aufwendungen der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen nach wie vor in den neuen Bundesländern auf einem vergleichbaren Niveau wie in den alten Bundesländern. Für das Jahr 2009 wendete die AOK-West, je Versicherten 149,95 Euro und die AOK-Ost 144,29 Euro auf. Das heißt, dass für die höheren Einnahmen der Zahnärzteschaft in den alten Bundesländern nicht ursächlich die Einnahmen aus der vertragszahnärztlichen Versorgung im Rahmen der GKV verantwortlich sind, sondern vielmehr die Einnahmen aus Privatliquidationen nach der Gebührenordnung der Zahnärzte, welche wiederum aus dem höheren Anteil der privat Versicherten resultiert. Es kann nicht die Aufgabe der GKV sein, wirtschaftliche Strukturkomponenten auszugleichen. Dies gilt auch für den Tatbestand, dass in den alten Bundesländern weniger Zahnärzte pro Einwohner zu verzeichnen sind, dafür aber mehr Gemeinschaftspraxen existieren.

Die Ursache für einen durchschnittlich geringeren Einnahmenüberschuss der Zahnärzteschaft in den neuen Bundesländern ist daher eher mit den dort bestehenden wirtschaftlichen Bedingungen begründbar. Es besteht die Gefahr, dass die Versicherten in den neuen Bundesländern die Mehrausgaben über mögliche Zusatzbeiträge zu finanzieren hätten

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Einführung eines § 3g neu ist zu streichen.



Stationäre Versorgung

Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Nr. 1 a) und b) (§ 4 Abs. 2a KHEntgG) und Nr. 4 a) und b) (Anlage 1 KHEntgG)

A Beabsichtigte Neuregelung

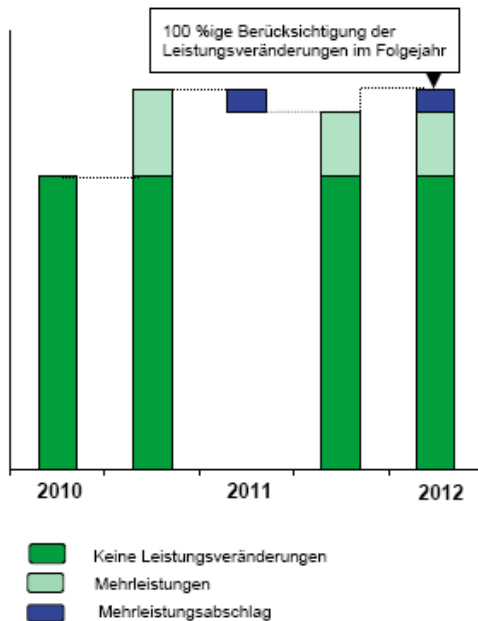
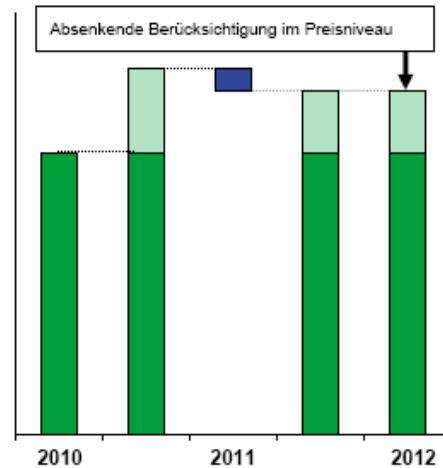
Für das Jahr 2011 gilt für zusätzlich gegenüber dem Vorjahr vertraglich vereinbarte akut-stationäre Leistungen ein gesetzlicher Mehrleistungsabschlag von 30 %. Ab dem Jahr 2012 ist die Höhe des Mehrleistungsabschlags – wie bereits im Jahr 2009 – vertraglich von den Vertragsparteien auf Ortsebene zu vereinbaren. Ausgenommen von dem Mehrleistungsabschlag sind Leistungen, deren Sachkostenanteil bei mehr als 66 % liegt.

B Stellungnahme

Der geplante Mehrleistungsabschlag wird als kurzfristige Maßnahme zur GKV-Ausgabenstabilisierung begrüßt. Allerdings ist die Höhe von 30 % zu niedrig bemessen. Denn die Höhe der variablen Kosten für zusätzliche Leistungen im Krankenhaus liegen bei 35 % liegen. Hinreichende Gründe für einen Prozentsatz jenseits der variablen Kosten werden nicht angeführt. Daher muss die Höhe des Mehrleistungsabschlags 65 % betragen. Sonderregelungen für zusätzlich Leistungen mit einem hohen Sachkostenanteil sind nicht notwendig. Auch hier sind aufgrund von Mengenrabatten auf Seiten der Zulieferer Preisabschläge umsetzbar.

Die ab dem Jahr 2012 frei vorgegebene Verhandlung der Abschlagshöhe – wie schon im Jahr 2009 – birgt großes Konfliktpotenzial in den örtlichen Budgetverhandlungen und wird zu etlichen Schiedsstellenverfahren führen. Es ist nicht davon auszugehen, dass in den freien Verhandlungen eine Größenordnung von 30 % erreicht kann, wenn selbst die Bundesregierung bei der finanziellen Auswirkung dieser Maßnahme ab dem Jahr 2012 von einem rund 20 Prozent geringerem Einsparvolumen ausgeht.

Bezüglich der unbefristeten Einführung des Mehrleistungsabschlages zur Begrenzung der Krankenhausausgaben ist zu beachten, dass Mehrleistungen nur im ersten Jahr rabattiert werden und danach in voller Höhe zu finanzieren sind. Eine nachhaltige Ausgabenbegrenzung entsteht nur, wenn die Mehrleistungen sockelwirksam in Höhe der tatsächlichen variablen Kosten finanziert werden bzw. im Landesbasisfallwert berücksichtigt werden.

Wirkung der geplanten Regelung des Mehrleistungsabschlags

Wirkung der geplanten Regelung bei gleichzeitiger sockelwirksamer Berücksichtigung im LBFW

C Änderungsvorschlag

§ 4 Abs. 2a KHEntgG ist wie folgt zu ändern:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für die Jahre 2011 und 2012 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 65 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts zu vereinbaren. Die Berücksichtigung der Mehrleistungen im Landesbasisfallwert gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 bleibt davon unberührt.“

In § 10 Abs. 4 Satz 3 wird das Wort „niedrigere“ durch das Wort „veränderte“ und das Wort „höherer“ durch das Wort „veränderter“ ersetzt.



Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Nr. 2 (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG)

A Beabsichtigte Neuregelung:

Damit für zusätzlich erbrachte Leistungen keine doppelte Vergütungsminderung erfolgt, soll das Mehrleistungsabschlagsvolumen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts erhöhend berücksichtigt werden.

Der Gesetzgeber sieht die Gefahr der doppelten Vergütungsminderung darin, dass einerseits die Mehrleistungsabschläge die krankenshausindividuellen Erlössummen (Budgets) mindern und andererseits die geminderten Erlössummen den Ausgangswert für den Landesbasisfallwert im Folgejahr bilden.

Die Berücksichtigung der Leistungsveränderungen gemäß § 10 Abs. 3 S.1 Nr. 4 KHEntgG bleibt von der geplanten Regelung unberührt.

B Stellungnahme

Die Gefährdung der Realisierung der Einsparvolumina durch Mehrleistungsabschläge entsteht dadurch, dass nicht - wie im Kabinettsbeschluss angenommen - die gekürzten Krankenhausbudgets, sondern weiterhin die ungekürzten Krankenhausbudgets die Basis für Landesbasisfallwerte bilden. Sofern die gekürzten Krankenhausbudgets die Grundlage bilden würden, so würden die Krankenhausbudgets gemäß dem Berechnungsschema B2 lfd. Nr. 6 die Erlössumme für die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 enthalten.

Der Gesetzgeber normiert in § 10 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG als Grundlage die Erlöse aus Fallpauschalen, d.h. B2 lfd. Nr. 3. Die Position B2 lfd. Nr. 3 ist das Produkt aus dem Landesbasisfallwert und der Summe der vereinbarten effektiven Bewertungsrelationen. Abschläge für Mehrleistungen werden hier nicht berücksichtigt. Eine Erhöhung der nicht gekürzten Erlössumme für Fallpauschalen um die Notfall- und Mehrleistungsabschläge im Landesbasisfallwert ist daher weder erforderlich noch sachgerecht.

Bei Umsetzung der geplanten Änderung wird das angestrebte Einsparvolumen von 350 Mio. EUR in 2011 und 270 Mio. EUR in 2012 komplett neutralisiert. Stattdessen wird die GKV mit nicht sachgerechten Mehrausgaben in Höhe von ~ 325 Mio. EUR ab dem Jahr 2012 belastet.

Die geplante Änderung in § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 KHEntgG wird aus den genannten Gründen seitens des AOK-Bundesverbandes abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Die geplante Änderung in § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 ist zu streichen. Im Gegenzug ist eine neue Nr. 8 aufzunehmen. § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 wird wie folgt gefasst:

„Abschläge für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a sowie die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3“

In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 wird die Angabe „§ 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3“ gestrichen.



Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Nr. 3 Buchstabe b (§ 10 Abs. 4 S. 4 KHEntgG)

Artikel 10 Änderung der Bundespflegegesetzverordnung Nr. 1 (§ 6 Abs. 1 S. 3 BPfIV) und Nr. 2 (§ 6 Abs. 2 S. 1 BPfIV)

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürfen in den Jahren 2011 und 2012 lediglich in Höhe der halben statt der vollen Grundlohnrate wachsen. Auch für die Ermittlung der Berichtigungsrate zur anteiligen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen in der Psychiatrie/Psychosomatik gilt für die beiden Jahre die halbe Grundlohnrate.

B Stellungnahme

Die Kappung der maximalen Steigerungsrate der Landesbasisfallwerte sowie die Begrenzung des Zuwachses des Gesamtbetrages in der Psychiatrie/Psychosomatik auf die halbe Grundlohnrate wird begrüßt.

Um sicherzustellen, dass die halbierte Veränderungsrate auch bei der Vereinbarung nach § 10 Abs. 9 (Bundesbasisfallwert) Anwendung findet, ist § 10 Abs. 9 anzupassen. Allerdings wird im Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik die Anwendung der halben Grundlohnrate bei der Ermittlung der o. g. Berichtigungsrate teilweise konterkariert, da durch die Berechnungssystematik nicht die Hälfte, sondern Dreiviertel der Grundlohnrate zur Anwendung kommt. Bleibt diese Regelung bestehen, führt dies zu geschätzten GKV-Mehrausgaben von 7,5 Mio. Euro im Jahr 2011 und von 15 Mio. Euro im Jahr 2012. Die geplante Streichung „und 4“ in § 4 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 Satz 1 BPfIV ist eine redaktioneller Folgeänderung zur Aufhebung dieses Satzes durch Artikel 1 des GKV-FinG.

C Änderungsvorschlag

§ 10 Abs. 9

Es wird folgender Satz 7 angefügt: „Für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors in den Jahren 2011 und 2012 gilt abweichend von Satz 5 die halbierte Veränderungsrate.“

Die geplante Änderung in § 6 Abs. 2 Satz 1 BPfIV (Artikel 10 Nr. 2) ist zu streichen.