

Bleibtreustraße 24
10707 Berlin
Telefon 030/ 8871437330
Telefax 030/ 8871437340



Von-der-Wettern-Str.27
51149 Köln
Telefon 02203/ 5756-0
Telefax 02203/ 5756-7000

www.hausaerzteverband.de

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 17(14)0074(23) gel. VB zur Anhörung am 25.10. 10_GKV-FinG_Block II 15.10.2010</p>

Stellungnahme

**zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
BT- Drucksache 17/3040**

**- Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen
Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) -**

Köln / Berlin, 15. Oktober 2010

A. Vorbemerkung:

Ziel des angestrebten Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung [nachfolgend: GKV-FinG] ist die Entwicklung und Bereitstellung von Instrumenten zur Vermeidung einer von der Bundesregierung prognostizierten Unterfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung von bis zu 11 Mrd. Euro. Hierzu sieht die Bundesregierung Maßnahmen auf 3 Ebenen für notwendig und zielführend an: Dies sind eine (1) Ausgabenbegrenzung bei den Krankenkassen und den Leistungserbringern, die (2) Stärkung der Finanzierungsgrundlagen durch eine Erhöhung des Beitragssatzes und der Weiterentwicklung des Zusatzbeitrages sowie (3) die Bereitstellung von Überforderungsregelungen für einen sog. gerechten Sozialausgleich. Dabei versteht die Bundesregierung ihre gesetzgeberischen Vorschläge insgesamt als wettbewerbsfreundliche Regelungen.

Der Deutsche Hausärzteverband wird sich in seiner nachfolgenden Stellungnahme auf die angestrebten Änderungen im Bereich der [vgl. unter **B. I.**] Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V konzentrieren. Kurz bewertet werden die angestrebten Neuregelungen der vertragsärztlichen Vergütung gemäß §§ 87 ff. SGB [vgl. unter **B. II.**] und die Regelungen betreffend den Wechsel von der Gesetzlichen Krankenversicherung [GKV] in die Private Krankenversicherung [PKV] (vgl. unter **B. III.**).

B. Stellungnahme

Allgemeine Überlegungen

Die dem Gesetzentwurf für ein GKV-FinG zugrundeliegende Annahme eines Finanzdefizits in der Gesetzlichen Krankenversicherung von bis zu 11 Mrd. Euro im Jahr 2011 muss vor dem Hintergrund der Konjunktorentwicklung und der damit einhergehenden positiven Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt [vgl. Herbstgutachten der führenden Wirtschaftsforschungsinstitute, veröffentlicht am 14. Oktober 2010] ernsthaft bezweifelt werden. Bereits im vergangenen Jahr sind die Vorhersagen zur Unterfinanzierung in der GKV nicht eingetreten. Tatsächlich entwickelte sich die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung 2009 wesentlich besser als erwartet. Nach dem vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Jahresabschluss konnten die gesetzlichen Krankenkassen 2009 einen Überschuss von 1,4 Mrd. Euro erzielen. So deutet auch die kürzlich veröffentlichte Prognose des GKV-Schätzerkreises selbst unter Einbeziehung der in der Gesetzgebung befindlichen Neuregelungen [GKV-FinG, Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes - AMNOG, Haushaltsbegleitgesetz 2011] darauf hin, dass die Grundannahme eines Defizits von 11 Mrd. Euro nicht zutreffen wird.

Das GKV-FinG soll nicht nur seinem Titel nach ein reines Finanzierungsgesetz sein. Diese Behauptung findet sich ebenfalls an zahlreichen Stellen in dem vorliegenden Gesetzentwurf. Tatsächlich aber greift dieses Gesetz insbesondere in den Bereichen der Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), aber auch im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung (§§ 87 ff. SGB V), massiv in die Versorgungsstruktur ein, was für die Hausarztzentrierte Versorgung näher unter **B.I.** dargestellt wird.

Mit einem solchen Eingriff in eine sich gerade etablierende Struktur einer neuen, wettbewerbsorientierten, klaren und effizienten Versorgungsform im Bereich der hausärztlichen Versorgung wird der Weg zurück in ein tradiertes System der Überbürokratisierung, der Intransparenz und Fehlplanung beschritten. Führt man sich in diesem Zusammenhang die Feststellungen des Sachverständigenrates in seinem

Sondergutachten 2009 zum Status quo und der Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland vor Augen, muss dringend den alarmierenden Fehlentwicklungen im Bereich der hausärztlichen Versorgung entgegengewirkt werden. Wenn der Sachverständigenrat feststellt

„Die hausärztliche Versorgung erfüllt im deutschen Gesundheitswesen wesentliche Funktionen der gesundheitlichen Primärversorgung. Zur Sicherung der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung kommt es daher entscheidend auf ihre nachhaltige Funktionsfähigkeit an. Eine intensive Auseinandersetzung mit der hausärztlichen Versorgung erscheint besonders notwendig, weil auf der einen Seite ihre Nachhaltigkeit nicht gesichert erscheint (u. a. infolge drohenden Nachwuchsmangels) und auf der anderen Seite mit dem demografischen Wandel sowie der Veränderung des Krankheitsspektrums der Bevölkerung auf die primärmedizinische Versorgung der häufigsten Gesundheitsprobleme besondere Herausforderungen zukommen. Dabei bildet die hausärztliche Primärversorgung ein wichtiges Element einer umfassenden versicherten- bzw. populationsorientierten Versorgung und zielt mit ihr darauf ab, den individuellen Bedürfnissen einer wachsenden Zahl chronisch Erkrankter zu entsprechen und die präventiven Möglichkeiten auszuschöpfen.“

drängt sich die Frage auf, ob das bisherige System für diese Herausforderungen Lösungen bereithält und nicht durch jahrzehntelange Vernachlässigung der hausärztlichen Versorgung dafür verantwortlich ist, dass der Beruf des Hausarztes unattraktiv geworden ist und in wenigen Jahren flächendeckend die hausärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann? Wenn das gewollt wäre, dann ist der mit den geplanten Neuregelungen zu § 73b SGB V beschrittene Weg einer erneut massiven Verunsicherung junger Ärztinnen und Ärzte, die die Berufswahl des Hausarztes in Betracht ziehen, der „richtige“ Weg, die hausärztliche Versorgung als Fundament der medizinischen Versorgung einer immer älter werdenden Gesellschaft nach und nach abzuschaffen.

Insbesondere in den neuen Bundesländern, in denen es bisher keine Versorgungsverträge i.S.d. § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V gibt [mit Ausnahme einzelner sog.

Add-on-Verträge], ist die Arztzahlentwicklung im hausärztlichen Versorgungsbereich besorgniserregend. In der neuesten „Studie zur Alterstruktur und Arztzahlenentwicklung“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [KBV] und der Bundesärztekammer [BÄK] von August 2010 wird insoweit erwartet, dass *„... in den nächsten zehn Jahren – je nach Bundesland – zwischen 38% und 48% aller Hausärzte in Ruhestand gehen, ohne dass ausreichender Nachwuchs in Sicht ist, um diese Lücke schließen zu können.“* Es ist wohl kein Zufall und nicht nur auf die regionale Wirtschafts- und Struktursituation zurückzuführen, wenn in dieser Studie ferner festgestellt wird: *„Besonders drastisch sind die Hausarztzahlen in Sachsen-Anhalt und Thüringen eingebrochen...“*, wogegen *„...im Süden Deutschlands zurzeit kaum Hausärzte fehlen...“*, denn hier werden bereits seit längerer Zeit erfolgreich Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung angeboten und umgesetzt.

Der Deutsche Hausärzteverband lehnt die in dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP enthaltenen Änderungen des § 73b SGB V [nachfolgend: SGB V-E] als systemisch verfehlte Teillösungen ab. Die angestrebten Neuregelungen greifen massiv in die Versorgungs- und Vergütungsstruktur der Hausarztzentrierten Versorgung [HzV] ein und dienen lediglich der Erreichung kurzfristiger politischer Ziele. Dabei bedarf es vielmehr einer umfassenden Neuordnung der selektivvertraglichen Versorgung nach den §§ 73b, 73c und 140 a ff. SGB V. Hierzu ist eine grundlegende Neuordnung der vorgenannten Regelungen im System des 5. Sozialgesetzbuches, insbesondere was deren Verhältnis zur kollektivvertraglichen Versorgung anbelangt, notwendig. Die selektivvertragliche und kollektivvertragliche Versorgung müssen gleichberechtigt und diskriminierungsfrei im 5. Sozialgesetzbuch verankert werden. Die vertragsärztliche Versorgung soll dabei durch Verträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch Verträge der Vertragspartner der besonderen Versorgungsformen gleichrangig geregelt werden.

Im Einzelnen:

I. Artikel 1 Nr.5 [§ 73b SGB V-E]

Artikel 1 Nr. 5 a) und b) - Neuregelungen der Finanzierung und Vergütung

Die angestrebte Anbindung der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V-E an die kollektivvertragliche Versorgung und Vergütung ist abzulehnen. Die Regelungen in § 73b Abs. 5a und 8 SGB V-E sind versorgungspolitisch und rechtsdogmatisch verfehlt, soweit sie über die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei Honorarzuwächsen [§ 71 Abs. 2 SGB V] hinausgehen.

Die zur „Erfüllung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität“ offensichtlich gewollte Orientierung am Vergütungsniveau des Kollektivvertrages bindet die Hausarztzentrierte Versorgung noch stärker als bisher an das Kollektivvertragssystem. Die Bezugsgrößen „Fallwert“ - dieser Begriff ist gesetzlich nicht definiert und unklar - und „Bereinigungsbetrag“ sind auf Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen steuerbare und jederzeit veränderbare Preisgrundlagen. Im Ergebnis wird damit die Preisbildung, die nach der Systematik des Gesetzes den Vertragspartnern der Selektivverträge obliegt, in die Sphäre der Kassenärztlichen Vereinigungen verlagert, ohne dass die hausärztlichen Vertragspartner hierauf Einfluss nehmen könnten. Anstatt die Hausarztzentrierte Versorgung von der kollektivvertraglichen Versorgung zu entkoppeln, wird hier das Gegenteil angestrebt. Dies führt im Ergebnis dazu, dass die Hausarztzentrierte Versorgung als ursprünglich wettbewerblich gewollte Versorgungsform ihren Sinn verliert. Schließlich provoziert die Regelung in § 73b Abs. 5a SGB V-E, dass in vielerlei Hinsicht unterschiedliche Leistungen miteinander verglichen werden und ohne Rücksicht auf die Unterschiede die gleiche Vergütung erfolgt. Das betrifft namentlich die mögliche Außerachtlassung von Differenzen bei der Morbidität, der Art der Leistung und der Qualität und Quantität der Leistungen.

Hinzu kommt, dass die Vergütungssysteme in der kollektivvertraglichen und der Hausarztzentrierten Versorgung nur eingeschränkt vergleichbar sind. Während die Vergütungsstrukturen in der Hausarztzentrierten Versorgung Anreize für eine gezielte Versorgung Kranker, insbesondere chronisch und multimorbid Kranker, schaffen, verwaltet das kollektivvertragliche Vergütungssystem überholte Leistungs- und Abrechnungsstrukturen. Bereits durch die transparente und einfache Vergütungsstruktur in den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung bleibt dem einzelnen Arzt mehr Zeit für seine Patienten. Dies wird verstärkt durch bestimmte Versorgungs- und Vergütungselemente, wie z.B. der Etablierung einer qualifizierten Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis [VERAH] oder der „kontaktunabhängigen Pauschale“. Letztere führt dazu, dass bei ständigem Vorhalten einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Anreiz entfällt, den „gesunden Patienten“ quartalsweise in die Hausarztpraxis einzubestellen. So bleibt einerseits mehr Zeit für die Versorgung der tatsächlich kranken Patienten, andererseits können hierdurch Kosten eingespart werden und dies nicht nur im Bereich der hausärztlichen Versorgung, sondern gerade auch im Bereich der veranlassten Leistungen.

Ungeachtet der rechtlichen Bedenken, die gegenüber der Regelung des § 73b Abs. 5a SGB V-E in der Fassung des Gesetzesentwurfs der Regierungsfractionen bestehen, ist es mit Blick auf den dort gewählten „Stichtag“ für die Geltung der geplanten Neuregelungen abzulehnen, dass hierdurch insbesondere die Kassen, die bewusst den Abschluss der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung - gerade auch im Rahmen der Schiedsverfahren nach § 73b Abs. 4a SGB V-E verzögert oder blockiert haben - einen wettbewerbsverzerrenden, gleichzeitig aber ökonomischen Vorteil erzielen. Bereits aus diesem Grund wäre bei separater Betrachtung der „Stichtagsfrage“ der in dem Gesetzesentwurf vorgesehene Zeitpunkt der Geltung der §§ 73b Abs. 5a und 8 SGB V-E nicht vertretbar, erst recht nicht für Erstverträge, also bei Verträgen mit denjenigen Krankenkassen, die nach dem Stichtag bzw. nach Inkrafttreten des Gesetzes erstmalig einen Vertrag schließen bzw. ein solcher Vertrag durch Schiedsentscheidung festgesetzt wird. Erstverträge, mithin auch die Verträge, die auf der Grundlage der noch nicht

abgeschlossenen Schiedsverfahren nach § 73b Abs. 4a SGB V festgesetzt werden, wären demnach zwingend und in jedem Fall von der beabsichtigten Neuregelung auszunehmen.

Auch die Neuregelung des § 73b Abs. 8 SGB V-E ist mit Blick auf § 73b Abs. 5a SGB V-E dogmatisch und systematisch verfehlt, zumindest aber unklar. Dort ist bestimmt, dass die Zusatzleistungen jenseits des § 73 Abs. 1 SGB V zukünftig durch Einsparungen refinanziert werden müssen. Diese Regelung könnte man ihres Anwendungsbereiches beraubt sehen, wenn die Zusatzleistungen ebenfalls den Schranken des § 73b Abs. 5a SGB V-E unterworfen würden. Das wäre dann der Fall, wenn die Regelungen in § 73b Abs. 5a SGB V-E immer das Gesamtvolumen beschränken, das in den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung finanziert werden darf und dieses Gesamtvolumen das Volumen, das bei Anwendung der KV-Regelungen entstünde, nicht überschreiten dürfte. Somit wäre kein Platz mehr für die Regelung des § 73b Abs. 8 SGB V-E, weil bei dieser Lesart keine zusätzlichen Vergütungsvolumina über Einsparungen produziert werden könnten. In diesem Fall verstieße man immer gegen die Gesamtvolumengrenze aus dem KV-Vergleich.

Versteht man hingegen § 73b Abs. 5a S. 2 SGB V-E so, dass hier nur auf eine Durchschnittshöhe der Vergütung pro Fall Bezug genommen wird, ergäbe sich ggf. ein anderes Ergebnis. Differiert nämlich die Fallzahl, die für den KV-Bereich und für den HzV-Bereich angesetzt wird, weil z. B. im HzV-Bereich zusätzliche „Fälle“ durch Zusatzleistungen entstehen, kann das HzV-Volumen höher als das Vergleichsvolumen des KV-Bereiches sein, weil dann immer noch die Grenze der Durchschnittsvergütung pro Fall eingehalten wird. Für dieses höhere Volumen würde dann die Regelung des § 73b Abs. 8 SGB V-E eingreifen, sodass für diese noch ein Platz verbleibt, selbst wenn man prinzipiell auch die Zusatzleistungen bei der Berechnung der Schranken des § 73b Abs. 5a SGB V-E mit berücksichtigt. Infolgedessen besteht bei der aktuellen Gesetzeslage jedoch keinerlei Sicherheit, dass die Schiedspersonen, die Aufsichtsbehörden und die Gerichte dazu

gezwungen werden, die Zusatzleistungen bei § 73b Abs. 5a SGB V-E außer Betracht zu lassen.

Zudem geht der gesetzgeberische Ansatz für eine Neuregelung des § 73b Abs. 8 SGB V-E unzutreffend davon aus, dass die Kosten und Aufwendungen für die über die kollektivvertragliche Versorgung hinausgehenden Anordnungen im Bereich der personellen und sächlichen Ausstattung sowie der Qualität aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen refinanziert werden müssen. Mehr Leistung und mehr Qualität müssen zusätzlich vergütet werden und es kann nicht sein, dass Hausärzte diese Mehrleistungen, in die sie auch noch wirtschaftlich investieren müssen, im Ergebnis selbst finanzieren sollen.

Artikel 1 Nr. 5c - Neuregelung der Aufsichtsrechte

Die für die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V angestrebte Verschärfung der aufsichtsrechtlichen Eingriffsrechte nach § 73b Abs. 9 SGB V-E ist aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes kritisch zu bewerten. Dies gilt zunächst in rechtssystematischer Hinsicht: Die Aufsichtsbehörden sind im Wege der Rechtsaufsicht zuständig für die Krankenkassen, nicht jedoch für die Selektivvertragspartner. Gleichwohl wirkt sich eine etwaige Beanstandung unmittelbar – als faktische Rechtsaufsicht – auch gegenüber den privatrechtlich organisierten Vertragspartnern aus. Ferner ist die Beanstandungsfrist von 2 Monaten zu hinterfragen: Durch die Fristunterbrechung [gemeint ist wohl eine Hemmung der Frist?] bis zum Eingang der von der zuständigen Aufsichtsbehörde angeforderten Informationen und Stellungnahmen ist absehbar, dass hierdurch das Inkrafttreten der Verträge nach § 73b SGB V und der Beginn der Versorgung unverhältnismäßig weit nach hinten verlagert werden. Dies vor allem bei Erstverträgen [s.o.] nach § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V. In der Verwaltungspraxis würde sich schließlich eine Vielzahl von Durchführungsproblemen ergeben, z.B. bei Zuständigkeit mehrerer Aufsichtsbehörden für einen Vertrag.

Wenn man überhaupt eine solche Neuregelung in Betracht zieht, dann müssten in diesem Zusammenhang Regelungen zur fristgebundenen Datenübermittlung der Krankenkassen an die zuständigen Aufsichtsbehörden gesetzlich bestimmt werden. Ebenso müssten die an die Aufsichtsbehörden zu übermittelnden Daten ihrer Qualität, ihrer Aktualität und ihrem Umfang nach gesetzlich genau bezeichnet werden und für den Fall der nicht fristgerechten und/oder unvollständigen Datenübermittlung Sanktionen erfolgen.

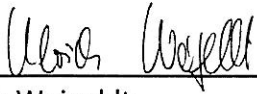
II. Artikel 1 Nr. 6 – 9 [§§ 85, 87, 87d SGB V-E]

Der Deutsche Hausärzteverband spricht sich gegen eine Begrenzung des Ausgabenzuwachses bei der Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung aus. Der sich hier wiederfindende Weg zurück in die Zeiten der Budgetierung der ärztlichen Honorare ist in Ansehung des demographischen Wandels und der steigenden Morbidität der falsche Weg. Dabei sind Regelungen, mit denen nicht nur die ärztlichen Honorare, sondern im Ergebnis auch die Morbidität der GKV-Versicherten festgeschrieben werden sollen, abzulehnen. Schließlich bestehen auch hier erhebliche rechtliche Bedenken, wenn geregelt wird, dass der Bewertungsausschuss bis „spätestens zum 13. Oktober 2010 ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs der Versicherten...“ beschließen soll. Eine Beschlussfassung des Bewertungsausschusses ohne einfachgesetzliche Rechtsgrundlage – diese kann nicht der Kabinettsbeschluss vom 22. September 2010 sein – ist schlichtweg unzulässig und nicht umsetzbar.

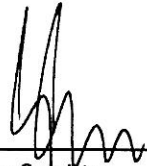
III. Artikel 1 Nr. 2 [§ 6 SGB V-E]

Die Erleichterung des Wechsels von der Gesetzlichen Krankenversicherung in die Private Krankenversicherung ist kritisch zu beurteilen. Ausgehend davon, dass überwiegend junge und gesunde Versicherte in die PKV wechseln werden, führt dies zu einer Morbiditätsverdichtung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit zu tiefgreifenden strukturellen Finanzierungsproblemen. Dies gilt

insbesondere im Hinblick auf das „Festschreiben der Morbidität“ gemäß den angestrebten Neuregelungen in § 87 d SGB V-E.



Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender



Joachim Schütz
Geschäftsführer und Justitiar