

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0188(44)  
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.  
11\_VStG  
13.10.2011



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der  
Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Kran-  
kenversicherung

GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG

anlässlich der öffentlichen Anhörung vor dem Ge-  
sundheitsausschuss des Deutschen Bundestages  
am 19. Oktober 2011 in Berlin

Stand: 13. Oktober 2011

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Vorbemerkung .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Grundsätzliche Positionen .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Stellungnahme zum Gesetzentwurf (Bundestagsdrucksache 17/6906) .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Stellungnahme zu Artikel 1 (Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....</b>	<b>14</b>
• Nummer 2 Buchstabe b § 11 Absatz 6 – neu – (Leistungsarten) .....	14
• Nummer 6 § 33 Absatz 9 – neu – (Hilfsmittel) .....	15
• Nummer 11 § 71 Absatz 4 bis 6 (Beitragssatzstabilität).....	16
• Nummer 20 Buchstabe a, b, d und f § 85 (Gesamtvergütung) .....	18
• Nummer 22 Buchstabe e und Nummer 23 § 87 Absatz 2e und 2g sowie § 87a Absatz 2 und 2e (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte, Zuschläge).....	20
• Nummer 23 Buchstabe f § 87a Absatz 4 und 5 (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten) .....	21
• Nummer 24 § 87b Absatz 1 – neu – (Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)) .....	22
• Nummer 27 Buchstabe b § 90 Absatz 5 bis 6 – neu – (Landesausschüsse).....	23
• Nummer 34 Buchstabe a § 99 Absatz 1 (Bedarfsplan).....	24
• Nummer 36 § 103 (Praxisaufkauf).....	25
• Nummer 37 Buchstabe b § 105 Absatz 1a – neu – (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung) .....	26
• Nummer 40 § 111c – neu – (Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen) und Änderungsantrag Nummer 26 inklusive ergänzender Vorschlag zu § 301 Absatz 4) – Rehabilitation/ Datenträgeraustausch.....	27
• Nummer 44 § 116b – neu – (Ambulante spezialärztliche Versorgung) .....	29

- Nummer 57 § 137f Absatz 1 (Strukturierte  
Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) Fehler! Textmarke nicht def
- Nummer 57 Buchstabe b § 137f Absatz 2 (Strukturierte  
Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) Fehler! Textmarke nicht def
- Nummer 57 Buchstabe d § 137f Absatz 4 (Strukturierte  
Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten).....35
- Nummer 58 § 137g Absatz 3 (Zulassung strukturierter  
Behandlungsprogramme) .....36
- Nummer 60 § 155 Absatz 2 – neu – (Abwicklung der Geschäfte,  
Haftung für Verpflichtungen).....37
- Nummer 62 § 212 Absatz 6 – neu – (Bundesverbände, Deutsche  
Rentenversicherung, Knappschaft–Bahn–See, Verbände der  
Ersatzkassen) .....38
- Nummer 2 Buchstabe c + d § 28d Absatz 2 (Anforderungen an  
das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein  
strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137g des Fünften  
Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Dauer der  
Teilnahme") und § 28f Absatz 2 (Anforderungen an das  
Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die  
Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches  
Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten) .....39
- Nummer 4 Buchstabe d § 28f Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 .....40

**4. Stellungnahme zu ausgewählten Änderungsanträgen der  
Fraktionen von CDU/CSU und FDP ..... 41**

**4.1 Stellungnahme zu ausgewählten Änderungsanträgen der  
Ausschussdrucksache 17(14)0190(neu) ..... 41**

- Änderungsantrag 8: Artikel 1 Nummer 7b – neu – (§ 38 SGB V) –  
Haushaltshilfe .....41
- Änderungsantrag 19: Artikel 1 Nummer 27 (§ 90 SGB V) –  
Zusammensetzung der Landesausschüsse.....41
- Änderungsantrag 45: Artikel 1 Nummer 75 (§ 266 SGB V) –  
Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2008.....42
- Änderungsantrag 46: Artikel 1 Nummer 75a (§ 267 SGB V) –  
Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2008.....43
- Änderungsantrag 52: Artikel 1 Nummer 83a – neu – (§ 305b  
SGB V) – Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse / .....43
- Änderungsantrag 55: Artikel 2 (§ 77 Absatz 1a SGB IV) –  
Änderungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.....45

<b>4.2. Stellungnahme zu ausgewählten Änderungsanträgen der Ausschussdrucksache 17(14)0192 .....</b>	<b>46</b>
• Änderungsantrag 1: Artikel 1 Nummer 1 0a – neu – (§ 4 SGB V) – Fortsetzung der Ausgabe von Gesundheitskarten in 2012 .....	46
• Änderungsantrag 2: Artikel 1 Nummer 1 b – neu – (§ 10 SGB V) – Verlängerung der Familienversicherung.....	46
• Änderungsantrag 3: Artikel 1 Nummer 3 (§ 19 SGB V) – Leistungsentscheidung bei Kassenschließung.....	47
• Änderungsantrag 4: Artikel 1 Nummer 10d und 10e – neu – (§§ 64 und 64a SGB V) – Modellvorhaben .....	48
• Änderungsantrag 7: Artikel 1 Nummer 24 (§ 87b SGB V) – vernetzte Praxen, Fachgruppenbezeichnung redaktionell .....	50
• Änderungsantrag 18: Artikel 1 Nummer 70a – neu – (§ 251 SGB V) – Datenschutzregelung bei Auftragsprüfung Direktzahler.....	50
• Änderungsantrag 19: Artikel 1 Nummer 70b – neu – (§ 252 SGB V) – Zwangsgeld bei fehlenden oder unvollständigen Monatsabrechnungen Sonstige Beiträge .....	51

## 1. Vorbemerkung

Bereits mit unserer Stellungnahme zur Fachanhörung zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG – haben wir unsere grundsätzliche Haltung zum Gesetzesvorhaben dargelegt. Diese wird unverändert aufrechterhalten. Mit der Vorlage dieses Textes nimmt der vdek ergänzend zum GKV-Spitzenverband Stellung.

- In Teil 2 werden die grundsätzlichen Positionen der Ersatzkassen zum Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes dargestellt.
- Aufgrund des zum Teil stark wettbewerblichen Charakters einiger Regelungstatbestände wird in Teil 3 maßgeblich auf Regelungstatbestände abgestellt, zu denen die Ersatzkassen vom GKV-Spitzenverband abweichende Ansichten vertreten.
- In Teil 4 wird auf ausgewählte Änderungsanträge der Regierungsfractionen eingegangen.

## 2. Grundsätzliche Positionen

Grundsätzlich verfolgt die Politik mit dem Versorgungsstrukturgesetz die richtigen Ziele – eine flexiblere Gestaltung der ärztlichen Versorgung und eine bessere Abbildung der Versorgungsrealität.

Allerdings wird stark auf finanzielle Anreize gesetzt, um eine vermeintliche Unterversorgung abzuwenden; gegen die massiv bestehenden Überversorgungsprobleme hält der Gesetzentwurf kaum Antworten bereit. Die grundsätzliche „Schieflage“ wird durch die Schwächung wichtiger Instrumente zur Sicherung einer wirtschaftlichen Versorgung verstärkt. Hieraus wie auch aus der Absicht, mit der ambulanten spezialärztlichen Versorgung einen neuen, jedoch weitestgehend unregulierten, Versorgungsbereich zu schaffen, resultieren erhebliche finanzielle Risiken.

Die Absicht, etwaige Mehrausgaben, die aus Vergütungsveränderungen im Rahmen des GKV-VStG herrühren, bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd zu berücksichtigen, stellt den erst in dieser Legislaturperiode durch die amtierende Bundesregierung gesetzlich verankerten Sozialausgleich aus Steuermitteln infrage. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz, das zum 1. Januar dieses Jahres in Kraft getreten ist, wurde der pauschale Zusatzbeitrag als weitere Finanzierungssäule eingeführt. Der notwendige Sozialausgleich zur Abfederung ungerechtfertigter Belastungen von Beziehern kleiner Einkommen sollte nach Meinung der Regierung ausdrücklich im Steuersystem erfolgen, da er hier besser aufgehoben und gerechter sei als im Beitragssystem der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit der sich nunmehr im GKV-VStG andeutenden Regelung wird die Steuerfinanzierung ausgehöhlt; die hier entstehende Finanzierungslücke geht somit zulasten der Beitragszahler.

Mit dem Gesetz einher geht ein Trend zur Regionalisierung der Gesundheitsversorgung. Dieser wird durch die Regionalisierung des Honorargeschehens im Bereich der ärztlichen Vergütung verschärft. Die Ersatzkassen mit ihrer bundesweiten Ausrichtung lehnen jede Form der Regionalisierung des Gesundheitswesens ab, da sie tendenziell dem Anspruch zur Schaffung gleicher Lebensverhältnisse entgegensteht. Dies schließt nicht aus, dass sinnvolle regionale Spielräume erhalten bleiben beziehungsweise geschaffen werden.

Daneben enthält der Gesetzentwurf zahlreiche weitergehende Regelungen, unter anderem zur Neustrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die in die Autonomie der Gemeinsamen Selbstverwaltung eingreifen und Fragen zum Verhältnis von Staat und Gemeinsamer Selbstverwaltung aufwerfen.

## *Bedarfsplanung*

Die Bedarfsplanung hat nicht verhindern können, dass die Zahl der Ärzte nicht nur stark, sondern auch regional und arztgruppenbezogen sehr ungleich gestiegen ist. Vor allem im fachärztlichen Bereich herrscht ein deutliches Überangebot; nahezu 90 Prozent aller fachärztlichen Planungsbereiche sind überversorgt. Parallel zu dieser Entwicklung fehlen perspektivisch Hausärzte in ländlichen Kreisen geringer Dichte und in strukturschwachen Regionen abseits der Ballungsgebiete. Die Bundesregierung will deshalb im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes auch die Bedarfsplanung reformieren. Dabei sollen die derzeitigen Planungsbereiche (Stadt- und Landkreise) über die Möglichkeit, einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf feststellen zu können, flexibilisiert werden. Die darin implizierte kleinräumigere Planung empfiehlt sich aber allenfalls für die hausärztliche Versorgung. Die zuständigen Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen sollen künftig auch regionale Besonderheiten feststellen und in der Bedarfsplanung berücksichtigen können. Bei der Ermittlung von regionalen Besonderheiten bedarf es aber einer generellen Rahmensezung durch den G-BA, damit in den Ländern nach vergleichbaren Grundsätzen und Kriterien vorgegangen wird. Dies gilt auch für die Möglichkeit, zur besonderen Berücksichtigung von Demografie und Morbidität von den Bedarfsplanungsrichtlinien abweichen zu können. Andernfalls würden sich Versorgungsstandards auseinanderentwickeln, was nicht gewollt sein kann und vermutlich zu weiteren Überkapazitäten führen würde.

Bei der Fortschreibung der Bedarfspläne soll künftig die Demografie und Morbiditätsentwicklung eine größere Rolle spielen. Dies ist nachvollziehbar, verlangt aber in der Umsetzung nach transparenten und messbaren Verfahren. Die bisherige Erfahrung mit dem Einsatz eines Demografiefaktors war kontraproduktiv und hat im Ergebnis die Versorgungsdisparitäten vergrößert, indem zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten in Ballungsgebieten geschaffen wurden. Solche Fehlsteuerungen müssen künftig vermieden werden.

Künftig soll in der Bedarfsplanung nach hausärztlicher, fachärztlicher und – das ist neu – nach spezialärztlicher Versorgung unterschieden werden. Wobei für die spezialärztliche Versorgung die Bedarfsplanung faktisch ausgesetzt wird. In einem mutigen Schritt will die Bundesregierung einen Beitrag leisten, die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden. Über einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen sollen gleiche Markt- und Vergütungsbedingungen für Ärzte und Krankenhäuser in einem hoch spezialisierten Segment geschaffen werden. So sinnvoll eine wettbewerbliche Angleichung der ambulanten und stationären Leistungserbringung für spezialärztliche Behandlungen ist, so wichtig ist aber auch eine Mengen- und Ausgabensteuerung für diesen Sektor. Hier sieht der Entwurf außer einem qualitätsgebundenen Zugang jedoch nichts vor. Die Zulassung basiert zudem auf einer schlichten Anzeige

bei den Landesaufsichten. Wenn diese in der kurzen Zwei-Monatsfrist nicht entscheiden (können), gilt ein Leistungserbringer als zugelassen, auch wenn gegebenenfalls die Qualifikationsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind. In der jetzigen Ausgestaltung besteht somit die Gefahr eines weitgehend unkontrollierten Zugangs zu diesem neuen Markt. Dies birgt nicht nur erhebliche Finanzierungsrisiken, sondern auch Gefahren für die Strukturen. Es könnte zu einer weitgehend unregulierten Erbringung von Leistungen kommen, die eine Sogwirkung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser entfalten dürfte, hier tätig zu werden. Dies ginge tendenziell zulasten der Basisversorgung. An dieser Stelle bedarf es dringend einer Nachbesserung. Der vdek hat hierzu einen Vorschlag gemacht, der mittels weniger gesetzlicher Stellschrauben gewährleistet, dass in diesem neuen Bereich eine hohe Versorgungsqualität und ein Mindestmaß an Wirtschaftlichkeit sichergestellt werden. So sollte die Berechtigung zur Teilnahme flankierend über den Zulassungsausschuss befristet vergeben werden. Eine Anzeige der Leistungserbringer über die zuständige Landesbehörde allein ist keinesfalls ausreichend. Die Angebotskapazitäten sind zwar in erster Linie über das Entgeltsystem zu regeln, jedoch braucht es eine Regulierung über degressive Preise und Bereinigungsregelungen, um Leistungsverlagerungen in den ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereich abzufassen. Abschließend ist Sorge dafür zu tragen, dass dem derzeit im ambulanten Bereich geltenden Erlaubnisvorbehalt auch weiterhin Geltung verschafft wird, damit eine flächendeckende Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit noch nicht nachgewiesen ist, verhindert wird.

### *Steuerungsinstrumente*

Die herkömmliche Bedarfsplanung hat Versorgungsdisparitäten und Überversorgungsprobleme auch deshalb nicht verhindern können, weil geeignete Steuerungsinstrumente entweder gefehlt haben oder nicht bzw. nur zurückhaltend genutzt worden sind. Es ist deshalb erforderlich, die Instrumente zur Steuerung der Versorgungskapazitäten zu schärfen. Die Änderung der Zulassungskriterien im Rahmen der Zulassungsausschüsse, mit dem Ziel einer besseren Feinsteuerung der Versorgungssituation, ist vom Grundsatz her sinnvoll. Bedauerlich ist aber, dass die zentralen Steuerungs- und Anreizinstrumente nach wie vor so unscharf sind, dass sie wenig zur Vermeidung von Unterversorgung und kaum zum Abbau von Überkapazitäten beitragen werden. Insbesondere der Verzicht auf preisbezogene Steuerungsinstrumente (Überversorgungs-/Unterversorgungspunktwerte) verhindert, dass Geld aus Überversorgungsgebieten in Gebiete mit Unterversorgung fließen kann. Der Verzicht auf Preisabschläge wird sich deshalb negativ auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens auswirken. Ein Kauf von Arztpraxen ist heute schon möglich, wird aus naheliegenden Gründen aber kaum praktiziert. Deshalb sollten in den Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA auch hier bindende Regelungen getroffen werden, die eine



Konkretisierung der Fälle zulassen, in welchen von dem Vorkaufsrecht durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zwingend Gebrauch zu machen ist. Auch die Möglichkeit der Befristung von Arztsitzen in regelversorgten Gebieten greift zu kurz, da sie im Ergebnis nicht an weitere Bedingungen geknüpft ist. Ähnlich verhält es sich mit dem Hinweis, bei der Entscheidung über die Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis stärker als bislang Versorgungsgesichtspunkte zu berücksichtigen. Solche Regelungen weisen kaum praktische Relevanz auf. Insgesamt sind also Zweifel angebracht, ob die gesetzgeberischen Aktivitäten an dieser Stelle eine echte Wirkung beim Abbau der Überversorgung haben werden.

Andere Maßnahmen wie der Ausbau mobiler Versorgungskonzepte, die Einrichtung gemeinsamer Notdienste von Krankenhäusern und niedergelassener Ärzte oder der Einsatz von Telemedizin hingegen sind durchaus geeignet, insbesondere in ländlichen Gebieten zur Attraktivität dieser Regionen beizutragen. Geplant ist auch die Einrichtung eines Strukturfonds, der sich aus 0,1 Prozent der Gesamtvergütung und zusätzlich 0,1 Prozent Kassenmittel speist. Die Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei Neuniederlassung oder Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden. Die Ersatzkassen lehnen es ab, einen Strukturfonds nochmals mit zusätzlichen finanziellen Mitteln auszustatten. Dies auch deshalb, da für einige der genannten Verwendungszwecke bereits Gelder durch die Kassen zur Verfügung gestellt werden. Andere Zwecke, wie die Finanzierung von Stipendien, fallen nicht in das Aufgabengebiet der Krankenkassen. Erschwerend kommt hinzu, dass über die Verwendung dieser Mittel die Kassenärztlichen Vereinigungen allein entscheiden sollen.

### *Einbindung der Länder*

Mit dem GKV-VStG erhalten die Länder deutlich mehr Mitwirkungsmöglichkeiten im Rahmen der Versorgungsgestaltung. Die Ersatzkassen bauen darauf, dass diese ihre wachsende Gestaltungskompetenz – auch mit Blick auf die finanzielle Seite von Versorgungsfragen – verantwortlich einsetzen werden. Auf der Bundesebene werden die Länder künftig mit zwei Vertretern im G-BA an den Beschlüssen zur Bedarfsplanung mitwirken.

Zu mehr Einflussnahme durch die Länder wird auch die Vorgabe beitragen, dass in jedem Land von jeder Kassenart ein Bevollmächtigter benannt wird, der für den Abschluss der gemeinsam und einheitlich abzuschließenden Verträge auf Landesebene verantwortlich zeichnet. Hier wird eine Regelung vollzogen, die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz für die Ersatzkassen eingeführt wurde und seit 2007 gilt. In diesem Zuge soll nunmehr und richtigerweise auch das durch Marktverschiebungen entstandene Missverhältnis bei den Kassensit-

zen in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen korrigiert werden, indem die Landesausschüsse um je einen Sitz auf Kassen- wie auf Ärzteseite aufgestockt werden. Den zusätzlichen Sitz auf Kassenseite erhalten die Ersatzkassen wegen ihres in den letzten Jahren deutlich gestiegenen Marktanteils.

Die Länder erhalten weitgehende Rechte. So werden sie in die Lage versetzt, auf Landesebene die ärztliche Versorgung in ihrem Sinne zu gestalten, ohne die Kosten dafür übernehmen zu müssen: In den Landesausschüssen haben sie ein Mitberatungs- und ein Vorschlagsrecht. Sie können aber auch die Beschlüsse des Landesausschusses beanstanden und haben das Recht zur Ersatzvornahme. Vor dem Hintergrund, dass die Länder künftig selbst in den Landesausschüssen mitwirken, bewirkt dies eine Vermischung von aktiver Mitgestaltung und aufsichtsrechtlicher Funktion. Es entspricht nicht rechtsstaatlicher Praxis, Akteur und Aufsicht gleichzeitig in einem Gremium zu bündeln.

Kritisch zu sehen ist auch das neue Beanstandungsverfahren der Aufsichtsbehörden bei den Selektivverträgen nach §§ 73c und 140a SGB V. Die Länder sind in erster Linie an einem Überblick über die vor Ort bestehenden Verträge interessiert. Diese werden ihnen bereits heute vorgelegt. Das neue Beanstandungsverfahren inklusive Benehmensherstellung zwischen Bundes- und Landesbehörden bewirkt deshalb keine zusätzliche Transparenz, schafft aber im Zweifel zeitliche Verzögerungen und Wettbewerbsnachteile für bundesunmittelbare Krankenkassen. Schließlich hat sich in der Vergangenheit immer wieder gezeigt, dass gleiche Sachverhalte durch die Aufsichtsbehörden auf Bundes- und Landesebene unterschiedlich bewertet werden. Im Ergebnis droht mehr Bürokratie und eine Benachteiligung von Krankenkassen, deren Aufsicht nicht aus der jeweiligen Versorgungsregion kommt.

### *Ärztliche Vergütung*

Die Bundesregierung nutzt das GKV-VStG, um das Honorargeschehen wieder weitgehend zu regionalisieren. Der vdek lehnt diese Maßnahme ab. Zum einen, weil dabei auch die Honorarverteilung weitgehend flexibilisiert wird und die Kassen nur noch ins Benehmen gesetzt werden. Einseitig von Ärzteseite festgelegte Honorarverteilungsregelungen dürften sich in erster Linie aber an den Interessen der Ärzte und erst in zweiter Linie an Versorgungsgesichtspunkten orientieren. Nach Ansicht des vdek ist deshalb weiterhin am Einvernehmen mit den Kassen festzuhalten. Zum anderen steht zu befürchten, dass die geplante Abschaffung der klaren Verfahrensvorgaben des Bewertungsausschusses dazu führen wird, dass in sehr kurzen Zeiträumen jede Transparenz und Vergleichbarkeit bei den regionalen Vergütungen verloren geht und unkalkulierbare Kostenrisiken entstehen. An der grundsätzlichen Steuerung der Vergütung durch den Bewertungsausschuss über eine kassenartenübergreifende und bundesweit einheitliche Steigerungsrate sollte deshalb festgehalten werden. Er-

schwerend tritt hinzu, dass auch die Berichtspflichten der KVen bzw. des Instituts des Bewertungsausschusses zurückgefahren werden. Die damit steigende Intransparenz wird bewirken, dass zunehmend weniger beurteilbar wird, wie die zur Vergütung der ärztlichen Leistungen bereitgestellten Mittel verwendet werden.

In strukturschwachen Gebieten sollen zudem keine Abstufungen von den Leistungen mehr vorgenommen werden. Der Verzicht auf eine Mengensteuerung wird ergänzt durch Neuregelungen zur Richtgrößenprüfung, die faktisch „auf Null“ gesetzt wird. Damit werden wichtige Instrumente zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung genommen beziehungsweise zunächst „auf Eis gelegt“. Auf der anderen Seite erhalten die Vertragspartner die Möglichkeit, Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen oder Leistungserbringer zu vereinbaren. Diese potentielle Add-On-Vergütung führt unweigerlich zu Mehrausgaben der Kassen, die angesichts der enormen Honorarzuwächse der letzten Jahre nicht akzeptabel sind.

Als problematisch sehen die Ersatzkassen den Verzicht auf die ambulanten Kodierrichtlinien an, sowohl im Hinblick auf morbiditätsadjustierte Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds als auch mit Blick auf das morbiditätsadjustierte Honorarsystem für Ärzte. Mit den ambulanten Kodierrichtlinien sollte das Kodieren vereinheitlicht und vereinfacht werden. Eine einheitliche und verbindliche Kodierung in allen Regionen und durch alle Ärzte ist die Voraussetzung, um Diagnosen für die Berechnung von Morbiditätsstrukturen oder -veränderungen zur Grundlage von Vergütungsverpflichtungen der Krankenkassen machen zu können. Ein Verzicht darauf bedeutet im Ergebnis die Abkehr von der Morbiditätsorientierung der Vergütung.

Mit der Angleichung der Unterschiede in der zahnärztlichen Vergütung leistet das Gesetz hingegen einen wichtigen Beitrag für faire Wettbewerbsbedingungen unter den Kassen. Damit besteht erstmals die Chance, die historisch gewachsenen Vergütungsnachteile der Ersatzkassen zu beseitigen. Wünschenswert wäre gewesen, diese Regelung nicht erst 2013, sondern schon 2012 greifen zu lassen.

### *Leistungsrecht*

Den Krankenkassen wird erlaubt, in ihrer jeweiligen Satzung zusätzliche, vom G-BA nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorzusehen. Dies wird mehrheitlich kritisch gesehen. Grundsätzlich erweitern zwar neue Satzungs- und Ermessensleistungen die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen, was zunächst positiv zu werten ist. Unter den konkreten Systembedingungen besteht allerdings die Gefahr, dass sie keinen Beitrag für einen funkti-

onalen Wettbewerb um bessere Versorgungslösungen leisten. Es wird ein Preiswettbewerb auf Basis von Zusatzbeiträgen befördert, der letztendlich zu Lasten der Versicherten geht. Widersprüchlich ist zudem, dass der Gesetzgeber zuvor Teile dieser Leistungen aus Wirtschaftlichkeitserwägungen ausgeschlossen hat, diese aber nun von den Kassen individuell angeboten werden sollen. Es besteht hier die Gefahr, dass der Gesetzgeber erweiterte Satzungsleistungen als Einfallstor zur Substitution ausgegliederter Leistungen nutzt. Deshalb ist im Einzelfall zu prüfen, wo eine über das gesetzlich vorgegebene Maß hinausgehende Leistungsbewilligung sinnvoll sein kann. Eine Einbeziehung nicht zugelassener Leistungserbringer lehnt der vdek mehrheitlich ab, da bei ihnen eine systematische Überprüfung der Angebotsqualitäten, auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten, nicht möglich ist. In diesem Zusammenhang ist unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten die beabsichtigte Fassung der Satzungsleistung Haushaltshilfe – eine im Grunde nach versicherungsfremde Leistung – von einer Kann- in eine Sollvorschrift zu problematisieren. In die gleiche Richtung zielt der Ansatz, Modellversuche nach § 63 SGB V zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Arzneimitteln im Satzungsrecht der Krankenkassen zu verankern und diese zudem schiedsstellenfähig zu machen. Hier werden Grundprinzipien der Ausgestaltung des Krankenversicherungsrechts verwässert. Eine weitere inhaltliche Bewertung dieser Vorschläge erfolgt in Teil 4.

#### *Gemeinsamer Bundesausschuss*

Die Ersatzkassen lehnen die Neuregelungen zum G-BA ab. Der G-BA muss politisch unabhängig bleiben. Die geplanten Auflagen erschweren eine qualifizierte Besetzung dieser wichtigen Funktionen. So sollen die vorgeschlagenen Personen die drei vorangegangenen Jahre weder bei einer Trägerorganisation des G-BA oder einem ihrer Verbände, noch im Krankenhaus oder als Vertragsarzt, -zahnarzt oder -psychotherapeut tätig gewesen sein dürfen. Auf Ablehnung stößt auch die geplante Übertragung von Stimmrechten bei Entscheidungen, die nicht alle Leistungssektoren im G-BA gleichermaßen berühren. Erkrankungen und Medizin halten sich nicht an Sektorengrenzen. Entscheidungen sollen auch in Zukunft sektorenübergreifend getroffen werden. Eine fachliche und formale Segmentierung des G-BA entspricht auch nicht der Versorgungsrealität. Die vorgesehenen, über die einfache Mehrheit hinausgehenden Mindestquoten für das Zustandekommen von Beschlüssen werden die Handlungsfähigkeit des G-BA zudem in wichtigen Arbeitsfeldern einschränken. Die Arbeit des G-BA wird auch dadurch erschwert, dass künftig jeder stellungnahmeberechtigten Organisation auch das Recht zur mündlichen Anhörung einzuräumen ist. Die schon heute häufig als lang kritisierten Verfahrensdauern dürften sich dadurch noch erhöhen. Positiv hervorzuheben ist aber, dass der G-BA bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die Erstellung von Studien

beschließen kann. Dies könnte ein wirksamer Beitrag sein, die Grundlagen für die gemeinsamen Leistungsentscheidungen in der GKV zu verbessern.

### *Fazit*

Trotz guter Ansätze beim Einstieg in eine sektorübergreifende Versorgung und bei der Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen im Bereich der zahnärztlichen Vergütung erfordert der Gesetzentwurf weitere Maßnahmen, um insbesondere die Überversorgung in den Ballungsgebieten abbauen zu können. Nur so können finanzielle Mittel freigesetzt werden, die an anderer Stelle eingesetzt werden können, um die Versorgung zu verbessern. Bei den Steuerungsinstrumenten, aber auch bei der spezialärztlichen Versorgung besteht also dringender Nachbesserungsbedarf. Andernfalls führt das Gesetz ausschließlich zu verbesserten Vergütungsbedingungen für Ärzte, die auf der Seite der Beitragszahler zu deutlichen Mehrbelastungen führen. Der Verzicht auf mengenbegrenzende Regelungen verstärkt dieses Risiko noch.

### 3. Stellungnahme zum Gesetzentwurf (Bundestagsdrucksache 17/6906)

#### 3.1 Stellungnahme zu Artikel 1 (Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
 Nummer 2 Buchstabe b  
 § 11 Absatz 6 – neu – (Leistungsarten)

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Den Krankenkassen wird erlaubt, in ihren Satzungen zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorzusehen.

##### **Stellungnahme vdek**

Die Regelung, dass Krankenkassen erlaubt werden soll, in ihrer jeweiligen Satzung zusätzliche, vom G-BA nicht ausgeschlossene Leistungen sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorzusehen, wird von den Ersatzkassen mehrheitlich kritisch gesehen. Die vorgesehenen neuen Satzungs- und Ermessensleistungen sollen zwar die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen erweitern, leisten aber keinen Beitrag für einen funktionalen Wettbewerb um bessere Versorgungslösungen. Es wird lediglich ein Preiswettbewerb – auf Basis von Zusatzbeiträgen – befördert, der letztendlich die Versicherten belastet. Dies bedeutet faktisch den Einstieg in einen zweigeteilten Leistungskatalog – einmal Basisleistungen durch den Gesundheitsfonds gedeckt und einmal Zusatzleistungen in alleiniger Finanzautonomie der Krankenkassen. Nur diejenigen Kassen werden solche Leistungen anbieten können, die einen entsprechend großen finanziellen Spielraum durch eine Überdeckung durch Gesundheitsfondszuweisungen haben. Hierdurch wird die Wettbewerbssituation weiter zulasten der übrigen Kassen verschärft.

Auf mittlere Sicht sind die Mehrleistungen über Zusatzbeiträge zu finanzieren; geschaffen wird ein „Kassen-IGeL“. Dies ist auch vor dem leistungsrechtlichen Hintergrund problematisch, als dass es sich um zum Teil aus Versorgungsgesichtspunkten nicht notwendige Leistungen handelt, die grundsätzlich nicht von den Solidargemeinschaften aufgebracht werden sollten. Nachteil, die Leistungsmehrmöglichkeiten über Satzungsleistungen zu regeln, ist auch, dass diese grundsätzlich für alle Versicherten gelten und nicht wählbar sind (anders als Wahltarife). Ein echter Wettbewerb muss ein Leistungswettbewerb sein. Hierfür sind funktionierende Instrumente gefordert.

Die Möglichkeit durch Satzung den Leistungsanspruch der Versicherten auf Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Leistungserbringern auszuweiten, wird abgelehnt, da eine systematische Prüfung der Anbieterqualifikationen und Leistungsqualitäten, auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten, nicht erfolgt.

Bereits an dieser Stelle wird auf den Änderungsantrag Nummer 9 (Haushaltshilfe) verwiesen, der über eine Soll-Bestimmung in das Satzungsrecht der Krankenkassen eingreift mit der Absicht, über den Pflichtleistungsanspruch nach § 38 Absatz 1 SGB V hinausgehende Leistungen zur Haushaltshilfe stärker zu verankern.

#### **Änderungsvorschlag vdek**

Die Regelung wird unter den gegebenen Rahmenbedingungen von den Ersatzkassen mehrheitlich abgelehnt. Sie ist zu streichen.

#### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 6

§ 33 Absatz 9 – neu – (Hilfsmittel)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Für Intraokularlinsen (IOL) soll eine zu den Hilfsmitteln vergleichbare Regelung geschaffen werden. Damit würden die Kosten für die ambulante Operation und die medizinisch notwendige IOL von den Kassen übernommen. Der Versicherte muss nur den „Aufpreis“ für die von ihm gewählte Sonderlinse bezahlen.

#### **Stellungnahme vdek**

Die Einführung einer Mehrkostenregelung für Intraokularlinsen wird befürwortet. Der Versicherte erhält damit die Möglichkeit, ambulante Implantationen von Sonderlinsen (zum Beispiel Multifokallinsen) vornehmen zu lassen, ohne mit den Kosten im Rahmen von Privatliquidationen für den klassischen operativen Eingriff und die Standardlinse/n konfrontiert zu werden. Dem Versicherten würden damit ausschließlich die mit der Implantation verbundenen Mehrkosten vom Arzt in Rechnung gestellt werden können. Derzeit führt die Implantation einer Sonderlinse formal – wegen einer fehlenden Mehrkostenregelung – dazu, dass sowohl die Gesamtkosten für die Sonderlinse als auch für den ambulanten operativen Eingriff vom Arzt zulasten des Versicherten privat liquidiert werden. Formal durchgeführte Ablehnungen von Kostenübernahmeanträgen oder Erstattungen seitens der Krankenkassen werden vom Versicherten als praxisfern und kaum nachvollziehbares Verwaltungshandeln empfunden.

Es ist aber darauf hinzuweisen, dass es sich bei einer Intraokularlinse nicht um ein Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V handelt. Intraokularlinsen stellen Implantate dar, die in der Regel im Rahmen ambulant vertragsärztlicher Operationen eingesetzt werden und somit ärztliche Sachkosten darstellen. Somit treffen die Regelungen für die grundsätzlich geltende gesetzliche Zuzahlung für Hilfsmittel nach § 33 Absatz 8 SGB V und § 61 Absatz 1 SGB V nicht auf die Intraokularlinsen zu. Die Verankerung der neuen Bestimmung im § 33 SGB V wurde sicherlich wegen der dort bereits vorhandenen Mehrkostenregelung gewählt.

Ferner ist zu konkretisieren, dass dem Versicherten neben den Mehrkosten für die Sonderlinsen damit verbundene vertragsärztliche Honorarleistungen vom Arzt nicht zusätzlich privat in Rechnung gestellt werden dürfen.

Weiterhin ist klarzustellen, dass bei der Wahl einer Sonderlinse die Kosten der Regelversorgung vom Vertragsarzt über seine für ihn zuständige Kassenärztliche Vereinigung vorzunehmen ist (Ausnahme bei gewählter Kostenerstattung).

Durch die Ergänzung des vorgesehenen Absatzes 9 um einen zweiten Satz sollen eine Abwicklung dieser Fälle im Rahmen der Kostenerstattung und damit zusätzlicher Verwaltungsaufwand auf der Kassenseite und natürlich unnötige Mehrkosten, die allein aus einer Privatliquidation entstehen (zum Beispiel durch die Wahl unterschiedlich hoher Steigerungsfaktoren etc.), für den Versicherten vermieden werden.

#### **Änderungsvorschlag vdek**

Der im § 33 SGB V vorgesehene Satz „(9) Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend für Intraokularlinsen“ und ist um nachfolgenden Satz zu ergänzen: *„Die Mehrkostenregelung ist auf die Linse beschränkt. Die Leistungen der Regelversorgung sind von den Vertragsärzten als Sachleistung abzurechnen.“*

#### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 11

§ 71 Absatz 4 bis 6 (Beitragssatzstabilität)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Neuregelung zu verpflichtender Vorlage von Verträgen nach § 73c und § 140a an zuständige Aufsicht inklusive Beanstandungsrecht. Zu den Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a können die Länder, in denen die Verträge wirksam werden, Stellung nehmen. Die zuständige Aufsichtsbehörde gibt den Ländern Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb eines Monats und stellt vor einer eventuellen Beanstandung das Benehmen mit den Ländern her. Zusätzlich sind auch die Verträge nach 73b, für die bereits ein Beanstandungsrecht im § 73b Ab-



satz 9 verankert ist, vor einer Beanstandung den Ländern vorzulegen. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können zudem den Krankenkassen zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung vorschlagen, Verträge nach den § 73b Absatz 4, § 73c Absatz 3 und § 140a Absatz 1 abzuschließen.

### **Stellungnahme vdek**

Während das Gesetz bereits in § 73b Absatz 9 SGB V eine Vorlagepflicht sowie ein Beanstandungsrecht der Aufsichtsbehörde für Verträge nach § 73b SGB V vorsieht, würde die Neuregelung nun auch zu einer verpflichtenden Vorlage von Verträgen nach § 73c und § 140a SGB V an die zuständige Aufsicht inklusive Beanstandungsrecht führen. Zudem wird neu geregelt, dass die Länder, in denen die Verträge nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V wirksam werden, gegenüber der Aufsichtsbehörde Stellung nehmen. Die zuständige Aufsichtsbehörde gibt den Ländern Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb eines Monats und stellt vor einer eventuellen Beanstandung das Benehmen mit den Ländern her.

Die zusätzliche Vorlageverpflichtung bei Verträgen nach §§ 73c und 140a SGB V bei der zuständigen Aufsichtsbehörde bewirkt im Zweifel einen unverhältnismäßigen administrativen Mehraufwand, da es sich – im Gegensatz zu den Verträgen nach § 73b SGB V – um eine Vielzahl von Verträgen mit teilweise recht geringem Umfang handelt. Zudem besteht bereits eine Vorlagepflicht von IV-Verträgen auf der Landesebene (§ 71 Absatz 5 SGB V). Für eine Information über die Versorgungslage bedarf es somit dieses bürokratischen Mehraufwandes nicht. Außerdem wird die medizinische Versorgung in der Regel durch kollektivvertragliche Vereinbarungen und nicht durch Selektivverträge sichergestellt. Daneben stellt das Beanstandungsrecht bei freiwilligen Verträgen besonders für bundesunmittelbare Krankenkassen einen Eingriff in den Wettbewerb dar, der zu erheblichen Wettbewerbsnachteilen führen kann. Je nach Ausgestaltung der Verfahrenspraxis kann das Zustandekommen der oben angegebenen Selektivverträge erschwert werden. In der Vergangenheit hat sich immer wieder gezeigt, dass gleiche Sachverhalte durch die Aufsichtsbehörden der Länder und die Aufsichtsbehörde des Bundes (BVA) unterschiedlich bewertet wurden. Im Zweifel könnte sich dieses auch auf den Selektivvertragsbereich auswirken und zu Wettbewerbsverzerrungen führen, indem gleiche oder ähnliche Selektivverträge durch BVA und Landesbehörden unterschiedlich bewertet, beanstandet und mit Auflagen versehen werden. Dies hätte vor allem für bundesunmittelbare Krankenkassen Wettbewerbsnachteile zur Folge. Darüber hinaus werden mögliche Wettbewerbsnachteile durch den Umstand verstärkt, dass bundesweite Krankenkassen vor einer Umsetzung eines überregionalen Selektivvertrages die Meinung von bis zu 17 Aufsichtsbehörden in Bund und Land direkt oder indirekt einholen müssen, während eine regionale Krankenkasse lediglich die Meinung ihrer Aufsichtsbehörde im Land einholen muss. Bundesunmittelbare Krankenkassen haben somit mehr Aufwand, wenn unterschiedliche regionale Interessen mit berücksichtigt werden sollen. Daneben können sie

ihre Verträge nur mit zeitlicher Verzögerung umsetzen. Deshalb sollte das Bestandsrecht gestrichen werden.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Nummer 11 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) wird gestrichen.

### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 20 Buchstabe a, b, d und f

§ 85 (Gesamtvergütung)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Die gesetzlich verordneten Begrenzungsregelungen bei der zahnärztlichen Vergütung werden als Folge der Aufhebung der starren Ausgabenbegrenzung und der Erweiterung der Verhandlungsspielräume gestrichen. Geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von hohen Mengenanstiegen sind in den Verträgen zu treffen.
- b) Gemeinsam und einheitlich ermitteln die Kassenarten mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mengengewichtet vereinheitlichte Ausgangswerte für die Punktwertverhandlungen im Jahre 2013. Um den Grad der Punktwertveränderungen werden die jeweiligen kassenbezogenen Gesamtvergütungen ebenfalls angepasst.
- d) Gleichberechtigt nebeneinander werden die Parameter definiert, die eine flexible Reaktion auf Veränderungen insbesondere des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfes ermöglichen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität bezogen auf das Ausgabenvolumen ist unter erweiterten Bedingungen auch künftig zu berücksichtigen.
- f) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bekommen die alleinige Verantwortung für die Verteilung der Vergütungen übertragen.

#### **Stellungnahme vdek**

Der vdek begrüßt die Neuregelung ausdrücklich. Erstmals besteht die Chance, die historisch gewachsenen Verwerfungen im Bereich der zahnärztlichen Vergütung zu beseitigen und so für faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kassenarten zu sorgen. Dies war nach der Einführung des Gesundheitsfonds mit einem einheitlichen Beitragssatz und dem Morbi-RSA als auch der weitestgehenden Angleichung der Honorare im ärztlichen Bereich überfällig.

Zu a) Die Regelung ist im Rahmen eines Gesamtkompromisses zu akzeptieren.

- Zu b) Die einmalige Neubildung vereinheitlichter Ausgangsbeträge für die Parameter Punktwert und Gesamtvergütung für die Verhandlungen ab 2013 entspricht der Forderung der Ersatzkassen. Die Umsetzung der Vergütungsanpassung erst zum 1.1.2013 ist politisch wohl der Laufzeit der mit dem GKV-FinG beschlossenen „Sparjahre“ geschuldet. Auf die zunehmende Verschärfung der Wettbewerbssituation der Ersatzkassen durch die erste Stufe der Ost-West-Angleichung im Jahre 2012 – Vergrößerung des Vergütungsabstandes zu den Mitbewerbern aufgrund des höheren Ausgangsbetrages im Anpassungsprozess – ist hinzuweisen. Die Angleichung bezogen auf die Gesamtvergütungen lässt auch eine schrittweise Einbeziehung der vollen Überschreibungsbeträge (insgesamt noch ca. 100 Millionen Euro) zu. Die Ersatzkassen können somit nicht von einer vollständigen Wettbewerbsangleichung zum 1.1.2013 ausgehen. Eine gesetzlich klar definierte Angleichung auch der Vergütungen – zum Beispiel nach dem Vorbild der Arzthonorare – wäre richtig und konsequent.
- Zu d) Die Beseitigung der strengen Grundlohnsummenanbindung für die Weiterentwicklung der Vergütungen ab 1.1.2013 erfordert alternative Begrenzungsregeln. Neben der (nur) „Berücksichtigung“ (statt bisher „Beachtung“) des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität werden gleichwertig drei neue Kriterien für die jährliche Anpassung der Vergütungsparameter genannt. Die Veränderungen im System sollen damit jährlich zur neuen Bewertung der Vergütungssituation führen, um ein ausgewogenes Verhältnis der unterschiedlichen Interessen zu schaffen. Die Beseitigung der strengen Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung (§ 71 SGB V) führt auch dazu, dass die bisher vereinbarten Vergütungssysteme (zum Beispiel Pauschal- versus Einzelleistungsvergütung) insgesamt neu bewertet werden müssen. Eine ergänzende Implementierung von mengensteuernden Instrumenten in das bestehende Einzelleistungsvergütungssystem erscheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht notwendig.
- Zu f) Da sich die Vergütungen ab 2013 kassen(arten)spezifisch unterschiedlich entwickeln können, ist eine Einvernehmensregelung erforderlich, die sicherstellt, dass höhere Vergütungen auch die Zahnarztpraxis erreichen.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Die Regelungen werden grundsätzlich begrüßt. Es wäre wünschenswert, wenn sie schon 2012 greifen würden.

Nach Satz 4 wird zudem folgender Satz eingefügt: *„Mit den Krankenkassen ist das Einvernehmen herzustellen.“*

## Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 22 Buchstabe e und Nummer 23

§ 87 Absatz 2e und 2g sowie § 87a Absatz 2 und 2e (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte, Zuschläge)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Nach dem Gesetzentwurf sollen die gesonderten Preise zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens der Vertragsärzte bei Über- und Unterversorgung endgültig abgeschafft werden. Der Bewertungsausschuss legt nur noch einen Orientierungswert fest. Gleichzeitig werden in § 87a Absatz 2 Satz 4 SGB V des Gesetzentwurfs Regelungen zu Zuschlägen auf den regionalen Punktwert *insbesondere* in unterversorgten Gebieten getroffen. Dazu kann der Bewertungsausschuss Regelungen vorgeben. Diese sollen in der regionalen Euro-Gebührenordnung abgebildet werden.

### **Stellungnahme vdek**

Es ist nicht nachvollziehbar, warum „im Rahmen des Ausbaus der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung“ auf Preisabschläge verzichtet werden soll. Vor dem Hintergrund, dass der überwiegende Teil der Planungsgebiete durch Überversorgung gekennzeichnet ist, wird sich der Verzicht auf dieses Instrument negativ auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens der Ärzte auswirken. Dies geht letztlich zulasten der Gebiete mit Unterversorgung. Die Vergütungsanreize in unterversorgten Gebieten zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens sind einseitig und ersetzen kein Preisinstrument, mit welchem auch die Überversorgung reguliert werden kann. Zudem ist durch die Formulierung nicht sichergestellt, dass die Zuschläge nicht auch in überversorgten Gebieten zur Anwendung kommen. Soweit eine Rückkehr auch zu den Überversorgungspunktwerten nicht angestrebt wird, sollte zumindest sichergestellt werden, dass die Zuschläge nur dort vereinbart werden, wo Unterversorgung vorliegt.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Die Neuregelungen in § 87 Absatz 2e, 2g und § 87a, Absatz 2, Absatz 2e SGB V werden gestrichen.

Alternativ:

Das Wort „*insbesondere*“ in der Neuregelung in Nummer 23, § 87a Absatz 2 Satz 4 wird gestrichen.

## Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 23 Buchstabe f

§ 87a Absatz 4 und 5 (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das Institut des Bewertungsausschusses soll zukünftig für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei einheitliche Veränderungsdaten berechnen, wobei eine Rate auf den Behandlungsdiagnosen und die andere Rate auf demografischen Kriterien basiert. Diese Veränderungsdaten sollen im Rahmen von „Empfehlungen“ zur Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs an die Vertragspartner in den KV-Bezirken geben. Bindende Vorgaben für die regionalen Vertragspartner bestehen lediglich hinsichtlich Aufsatzbasis. Der Bewertungsausschuss kann lediglich unverbindliche Empfehlungen für die regionalen Vertragsverhandlungen abgeben. Trotz des Verzichts auf bindende Vorgaben zur Kodierung sollen die kodierten Diagnosen bei der Vereinbarung der Steigerungsrate (teilweise) zugrunde gelegt werden. Hinsichtlich der Aufsatzbasis je Krankenkasse ist nicht geregelt, wie mit angemeldeten, aber noch nicht umgesetzten sachlich-rechnerischen Richtigstellungen zum Beispiel wegen kassenseitig durchgeführter Plausibilitätsprüfungen umzugehen ist.

### **Stellungnahme vdek**

Die mit der Abschaffung der klaren Verfahrensvorgaben des Bewertungsausschusses einhergehende Regionalisierung der Honorarverhandlungen wird abgelehnt. Es ist zu befürchten, dass in sehr kurzen Zeiträumen jede Transparenz und Vergleichbarkeit bei den regionalen Vergütungen verloren geht und unkalkulierbare Kostenrisiken entstehen. An der grundsätzlichen Steuerung der Vergütung durch den Bewertungsausschuss über eine kassenartenübergreifende und bundesweit einheitliche Steigerungsrate sollte festgehalten werden. Außerdem ist eine Verwendung von Diagnosen zur Berechnung einer Steigerungsrate bei gleichzeitiger Aufhebung der ambulanten Kodierrichtlinien nicht nachvollziehbar. Ohne eine einheitliche und qualitativ hochwertige Kodierung sind Diagnosen nicht geeignet, Morbidität abzubilden oder deren Veränderung auch nur annähernd zu messen. Die Heranziehung von Diagnosen zur Weiterentwicklung der Vergütung sollte daher aufgegeben werden. Außerdem muss sichergestellt werden, dass auch (noch) nicht umgesetzte Anträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellung berücksichtigt werden, um die Prüfungen nach § 106a SGB V insofern nicht ins Leere laufen zu lassen.

### **Änderungsvorschlag vdek**

1. In Absatz 4 Nummer 5 Satz 3 SGB V der Neuregelung des Gesetzentwurfs werden die Worte *„auf Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen einerseits sowie“* und die Worte *„andererseits durch eine gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilten Raten“* gestrichen.

2. In Absatz 4 wird ein neuer Satz 3 eingefügt. Aus dem bisherigen Satz 3 wird Satz 4, aus Satz 4 wird Satz 5. „Der Bewertungsausschuss beschließt ein Verfahren zur Berücksichtigung der von den Krankenkassen angemeldeten, aber von den Kassenärztlichen Vereinigungen für den maßgeblichen Zeitraum noch nicht berücksichtigten sachlich-rechnerischen Richtigstellungen.“
3. Die Neuregelungen in Absatz 5 sind zu streichen.
4. In § 87a Absatz 5 (alt) ist in Satz 1 Nummer 2 die Bezeichnung „*Nummer 1*“ durch die Bezeichnung „*Nummer 2*“ zu ersetzen.
5. In Satz 2 sind die Worte „*diagnosebezogene Risikoklassen*“ durch die Worte „*altersbezogene Risikoklassen*“ zu ersetzen. Im zweiten Halbsatz werden die Worte „*sind die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2*“ durch die Worte „*ist die Altersstruktur der Versicherten*“ ersetzt.
6. Satz 3 wird gestrichen. Satz 4 wird Satz 3, Satz 5 wird Satz 4.

## Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

### Nummer 24

#### § 87b Absatz 1 – neu – (Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung))

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung zur Honorarverteilung der Vergütung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, die nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen getrennt wird, erfolgt künftig ausschließlich durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Die KV erlässt hierzu einen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) im Benehmen mit den Krankenkassen. Der HVM hat vor dem Hintergrund einer verlässlichen Planbarkeit für den Arzt mengensteuernde Maßnahmen der ärztlich abzurechnenden Leistungen unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs vorzusehen. Verfahrensvorgaben des Bewertungsausschusses zur Honorarverteilung werden aufgehoben. Die KBV kann in Richtlinien Vorgaben insbesondere zur Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Vergütungsteil sowie zur Mengensteuerung bestimmen.

#### **Stellungnahme vdek**

Eine Regionalisierung des Honorargeschehens wird abgelehnt, da einer Auseinanderentwicklung der ärztlichen Vergütung Vorschub geleistet wird. Daneben sollte die Honorarverteilung weiterhin im Einvernehmen mit den Krankenkassen

geregelt werden. Auch die Berichtspflichten müssen erhalten bleiben, um eine Transparenz im Versorgungsgeschehen zu erhalten. Einseitig von Ärzteseite festgelegte Mengenbegrenzungsregelungen dürften sich in erster Linie an den Interessen der Ärzte und weniger an Versorgungsgesichtspunkten orientieren. Um ein Mindestmaß an bundesweiter Vergleichbarkeit zu haben, sollten die Grundsätze der Honorarverteilung weiterhin durch den Bewertungsausschuss bestimmt werden. Regionale Abweichungen können dabei verstärkt ermöglicht werden, in dem zum Beispiel der Rahmen auf der Bundesebene nur die Berechnungsgrundlagen umfasst und die Details (qualitätsgebundene Zusatzvolumina, freie Leistungen, Quotierungen) auf der Landesebene festgelegt werden.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Die Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 27 Buchstabe b

§ 90 Absatz 5 bis 6 – neu – (Landesausschüsse)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden erhalten das Recht zur Anwesenheit und Mitberatung in den Landesausschüssen. Sie führen nunmehr die Aufsicht über die Landesausschüsse in ihrer Gesamtheit, nicht nur über deren Geschäftsführung. Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen können direkt mit aufsichtsrechtlichen Mitteln angegangen werden. Darüber hinaus sind die Entscheidungen der Landesausschüsse den Landesbehörden vorzulegen und können von diesen beanstandet werden. Gemäß § 94 Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V können die Landesbehörden – für den Fall, dass Beschlüsse des Landesausschusses nicht zustande kommen – selber die originär den Landesausschüssen obliegenden Entscheidungen treffen.

### **Stellungnahme vdek**

Es ist sachgerecht, dass die Länder an den Beratungen des Landesausschusses teilnehmen und ein Mitberatungsrecht erhalten. Das Recht zur Ersatzvornahme durch die Länder, das sowohl direkt als auch durch die Erweiterung der Rechtsaufsicht über die Geschäftsführung der Landesausschüsse hinaus und die entsprechende Anwendbarkeit aller Aufsichtsmittel des § 89 SGB IV im Referentenentwurf vorgesehen ist, stellt dagegen eine weitere wettbewerbliche Schieflage dar. So können bundesweiten Krankenkassen durch die entsprechenden Landesbehörden, unter anderem durch den Erlass von Richtlinien, regionale Verpflichtungen auferlegt werden, die sie zu regionalem Handeln zwingen und damit Ungleichgewichte gegenüber ihren Versicherten in anderen Re-



gionen schaffen. Damit geht eine klare Tendenz zur Regionalisierung auch bundesweiter Krankenkassen einher, die abgelehnt wird.

### **Änderungsvorschlag vdek**

§ 90 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„(5) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Der § 87 Absatz 1 Satz 2 und §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.*

*(6) Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3, § 103 Absatz 1 Satz 1 sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen.*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 34 Buchstabe a

§ 99 Absatz 1 (Bedarfsplan)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Benehmensregelung im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung wird gestrichen und ersetzt durch ein Beanstandungsrecht der Länder.

Die Anpassungen des § 99 Absatz 1 Satz 2 ff SGB V durch den Gesetzentwurf verfolgen das Ziel einer besseren Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten insbesondere in Bezug auf die Faktoren Demografie und Morbidität.

### **Stellungnahme vdek**

Die Benehmensregelung sollte bestehen bleiben. Ein Beanstandungsrecht der Länder für die Bedarfsplanung wird angesichts der nicht vorhandenen Finanzierungsverantwortung abgelehnt.

Während der Umgang mit lokalem Versorgungsbedarf oder qualifikationsbezogenem Bedarf konkreten Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie unterliegt, soll den Ländern durch den Gesetzentwurf nun die Möglichkeit eingeräumt werden, eigenmächtig regionale Besonderheiten festzustellen, die ein Abweichen von der Bedarfsplanungsrichtlinie rechtfertigen. Die Abweichungsmöglichkeiten sollten jedoch in der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA definiert werden, da andernfalls die Gefahr besteht, dass der Begriff „regionale Besonderheit“ zukünftig von KV-Bezirk zu KV-Bezirk höchst unterschiedlich interpretiert wird. Gibt es keine grundsätzliche Rahmensetzung, die Vorgaben zum Vorliegen regionaler Besonderheiten macht, ist zu befürchten, dass auf diesem Wege vermehrt Zulassungsmöglichkeiten geschaffen werden, die anhand ob-



jektiver Kriterien nicht nachprüfbar sind. Es ist daher notwendig, dass der G-BA den Rahmen für die Ausgestaltung regionaler Besonderheiten festlegt.

Darüber hinaus ist zur Berücksichtigung von Morbiditätsentwicklungen im Planungsbereich auf das Aussetzen der ambulanten Kodierrichtlinien und die damit verbundenen Schwierigkeiten der Morbiditätsfeststellung zu verweisen.

### **Änderungsvorschlag vdek**

1. Die Streichung der Wörter „sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden“ ist zurückzunehmen. In Nummer 34 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb) (§ 99 Absatz 1 VSG) wird der letzte Satz gestrichen.
2. § 99 Absatz 1 Satz 2 ff. SGB V wird wie folgt gefasst:  
*„Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden. Ein Abweichen unterliegt den Maßnahmen der Richtlinien nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3b. Den zuständigen Landesbehörden ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“*
3. In § 101 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird hinter 3a eingefügt:  
*„3b. allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 99 Absatz 1 Satz 2 von den Richtlinien abweichen können,“*

### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 36

§ 103 (Praxisaufkauf)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 103 SGB V werden durch den Gesetzentwurf in Absatz 4c dezidierte Regelungen zum Praxisaufkauf verankert.

#### **Stellungnahme**

Ein dezidiert ausgestaltetes Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist zu begrüßen, da es die Möglichkeit in sich birgt, Überversorgung in gesperrten Planungsbereichen abzubauen. Ob von dieser Vorschrift Gebrauch gemacht werden wird, erscheint allerdings fraglich, da die Ausübung des Vorkaufsrechts allein im Ermessen der KV steht. Bislang gibt es keine inhaltlichen Vorgaben, an denen sich die Entscheidung, das Vorkaufsrecht auszuüben, orientieren könnte. Zudem dürfte das Interesse der Ärzteschaft, kurzfristig Honorargelder für den Praxisaufkauf bereitzustellen, aufgrund des eher langfristigen Nutzens nur begrenzt vorhanden sein.

Deshalb sind in den Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bindende Regelungen zu treffen, die eine Konkretisierung der Fälle zulassen, in welchen von dem Vorkaufsrecht durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zwingend Gebrauch zu machen ist. Dabei können neben dem Grad der Überversorgung auch weitere objektive Kriterien wie zum Beispiel die Altersstruktur der verbleibenden Ärzte oder die Versorgungsdichte von Arztgruppen mit überschneidendem Versorgungsauftrag berücksichtigt werden.

### **Änderungsvorschlag**

In § 101 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird nach der Nummer 5 wie folgt ergänzt:

*„6. Voraussetzungen, unter denen das Vorkaufsrecht nach § 103 Absatz 4b durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zwingend auszuüben ist.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 37 Buchstabe b

§ 105 Absatz 1a – neu – (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Um flexibel insbesondere finanzielle Anreize für die ambulante Niederlassung in nicht ausreichend versorgten Gebieten (Beschlüsse gemäß § 100 Absatz 1 bis 3 SGB V) setzen zu können, erhält die Kassenärztliche Vereinigung (KV) nunmehr die Möglichkeit, einen Strukturfonds einzurichten. Macht sie von dieser Möglichkeit Gebrauch, sollen in diesen Fonds 0,1 Prozent der jeweiligen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung seitens der KV und zusätzlich eine entsprechend gleich große Summe seitens der Krankenkassen einfließen.

### **Stellungnahme**

Mit der Regelung im Gesetzentwurf wird den Krankenkassen ein Mitspracherecht genommen. In Gebieten, wie zum Beispiel Thüringen, in denen die Regelleistungsvolumina nicht abgerufen werden (40 Millionen Euro Überschuss), könnte die KV trotz nicht verbrauchter Honorarzahungen für unterversorgte Gebiete einen Strukturfonds einrichten, was zu zusätzlichen Mehrausgaben bei den Krankenkassen führen würde. Die Ausstattung des Strukturfonds ist deshalb auf die Mittel zu begrenzen, die bereits im Rahmen der Gesamtvergütung an die KVen entrichtet werden. Durch das Gesetz zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sind die Krankenkassen bereits seit Jahren in der Pflicht, sich an den Ausbildungskosten für Allgemeinärzte zu beteiligen. Im Ergebnis droht mit der Verwendung des Strukturfonds zu Ausbildungszwecken eine Doppelfinanzierung, die es zu vermeiden gilt. Deshalb sollte die Mittelverwendung zwingend im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen.

## **Änderungsvorschlag**

Streichung des neu vorgesehenen Absatz 1a im § 105 SGB V.

Alternativ:

In § 105 Absatz 1 a (GKV-VStG) ist Satz 2 zu streichen. Satz 3 (dann Satz 2) ist wie folgt zu fassen: *„Mittel des Strukturfonds sollen im Einvernehmen mit den Krankenkassen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen oder für Zuschläge zur Vergütung verwendet werden.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 40

§ 111c – neu – (Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen) und Änderungsantrag Nummer 26 inklusive ergänzender Vorschlag zu § 301 Absatz 4) – Rehabilitation/Datenträgeraustausch

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die ambulante Rehabilitation erhält eine eigene (bisher fehlende) Rechtsvorschrift für eine vertragliche Grundlage.

In diesem Zusammenhang wird seitens des vdek ein ergänzender Vorschlag gemacht, die Regelungen für den Datenträgeraustausch im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation in § 301 Absatz 4 SGB V zusammenzufassen.

### **Stellungnahme vdek**

Die Schaffung einer eigenen Rechtsgrundlage für den Leistungsbereich ambulante Rehabilitation ist grundsätzlich nachvollziehbar, da bis dato dem ausdrücklichen Leistungsanspruch der Versicherten (§ 40 Absatz 1 SGB V) keine Vorschrift über einen dafür notwendigen (Versorgungs-)Vertrag gegenübersteht. Ambulante/mobile Rehabilitationseinrichtungen haben deshalb bislang eine vertragliche Zulassung erhalten und keinen Versorgungsvertrag. Dies hat faktisch zwar die gleiche Rechtswirkung, der Unterschied besteht zum Beispiel darin, dass die Zulassung nicht gemeinsam und einheitlich (kassenartenübergreifend) zu erfolgen hat. Daher gibt es im ambulanten Bereich – wenn auch vereinzelt – Einrichtungen, die nicht von allen Krankenkassen zugelassen wurden. Die Versorgungsverträge für stationäre Rehabilitationseinrichtungen hingegen sind per Gesetz „gemeinsam“ zu schließen. Die Rechtsänderung ist unter diesem Aspekt problematisch, da sie auch im ambulanten Bereich einer einheitlichen und gemeinsamen Lösung den Vorrang vor einer wettbewerblichen Lösung gibt.

Derzeit sind bundesweit ca. 450 ambulante Rehabilitationseinrichtungen von den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und den Ersatzkassen zugelassen. Ohne eine Bestandsschutzregel bringt die neue Rechtsvorschrift jedoch enormen bürokratischen Aufwand für die Krankenkassen bzw. deren Verbände mit sich.

In diesem Zusammenhang ist auf den Änderungsantrag 26 hinzuweisen, der richtigerweise eine ergänzende Bestandsschutzregelung für die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen enthält, daneben eine ebenfalls grundsätzlich notwendige Kündigungsklausel für die neuen Versorgungsverträge nach § 111c SGB V.

Die Regelungen für den Datenträgeraustausch im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation sind bisher im SGB V in verschiedenen Paragrafen geregelt (§ 301 Absatz 4 stationäre Vorsorge und Rehabilitation; § 302 Absatz 1 ambulante Rehabilitation und Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter). Vorgeschlagen wird, den Datenträgeraustausch für diese Leistungen zusammengefasst im § 301 Absatz 4 SGB V zu regeln.

#### **Ergänzender Änderungsvorschlag**

In § 301 Absatz 4 Satz 1 SGB V werden nach dem Wort "§ 111" ein Komma und die Wörter "*§ 111a oder § 111c*" und nach dem Wort "stationärer" die Wörter "*oder ambulanter*" eingefügt.

#### **Begründung**

Die Erweiterung auf den Vereinbarungspartner folgt für die ambulante Rehabilitation der angestrebten Gleichstellung von ambulanter und stationärer Rehabilitation. Die Nennung der Vertragspartner nach § 111a SGB V ist zielführend, weil diese bereits seit der in 1997 geschlossenen Datenträgeraustauschvereinbarung (DTA-Vereinbarung) als Vereinbarungspartner einbezogen waren und auch bei laufenden Verhandlungen zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 301 Absatz 4 SGB V als Vereinbarungspartner einbezogen sind und sich an der Umsetzung beteiligen wollen. Durch die Zusammenfassung der Regelungen für den Datenaustausch im Bereich Vorsorge und Rehabilitation im § 301 Absatz 4 SGB V kann außerdem ein erheblicher bürokratischer Aufwand vermieden werden, da gleiche Sachverhalte nicht doppelt vereinbart werden müssen und die Einrichtungen nicht mit unterschiedlichen Systemen der Renten- und Krankenversicherung konfrontiert werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
 Nummer 44  
 § 116b – neu – (Ambulante spezialärztliche Versorgung)

**Vorbemerkung**

Mit § 116b neu wird ein neuer sektorübergreifender Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung geschaffen. An der Versorgung können Krankenhäuser und zugelassene Vertragsärzte teilnehmen, wenn Sie die Einhaltung der vom G-BA zu beschließenden Qualitätskriterien gegenüber der zuständigen Landesbehörde anzeigen und diese nicht binnen zwei Monaten der Teilnahme widerspricht. Eine Bedarfsplanung soll in diesem Bereich ebenso wenig stattfinden wie eine Mengensteuerung.

Die Überwindung der Sektorengrenze und die Schaffung eines einheitlichen Wettbewerbsrahmens im Rahmen der Leistungserbringung nach §§ 115b und 116b SGB V wird auch vom vdek grundsätzlich begrüßt. Die Abgrenzung der Leistungen nach § 116b SGB V zu anderen Leistungen der ambulanten Versorgung ist aber nicht unproblematisch. Es ist darauf zu achten, dass nicht – wie zuletzt im Rahmen der Onkologie-Vereinbarungen – Leistungserbringer, die die Qualitätsvoraussetzungen eigentlich nicht erfüllen, aus Bestandsschutzgründen bzw. aufgrund fehlender entsprechend qualifizierter Leistungserbringer in die ambulante spezialärztliche Versorgung aufgenommen werden. Bereits an dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Gestaltung eines spezialärztlichen Versorgungsbereiches, so wie er durch den Gesetzentwurf des Versorgungsstrukturgesetzes skizziert wird, enorme Kosten- und Strukturrisiken birgt. Vor diesem Hintergrund ist das Zulassungsverfahren sowie die Pflicht der Länder, die Qualitätsanforderungen, der der G-BA festgelegt hat, eingehend zu prüfen, verbindlich und praktikabel zu regeln.

**1. § 116b Absatz 1 SGB V**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Der bestehende § 116b SGB V wird um die Teilbereiche ambulanter Operationen und stationärsersetzender Leistungen nach § 115b SGB V ergänzt, sofern diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dem ambulanten spezialärztlichen Bereich zugeordnet und konkretisiert werden. Darüber hinaus wird verfügt, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zum Leistungsumfang gehören, soweit der G-BA im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c keine ablehnende Entscheidung trifft (Erlaubnis mit Vorbehalt).

**Stellungnahme**

Eine grundsätzliche Aufnahme von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die ambulante spezialärztliche Versorgung ohne vorherige Überprüfung, ob die Methode ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, ist insbesondere

vor dem Hintergrund des offen gestalteten Zugangs für Leistungserbringer zur spezialärztlichen Versorgung (siehe § 116b Absatz 2 SGB V neu) abzulehnen.

Eine Zulassung ohne jede Überprüfung würde der insgesamt von der Vorschrift des § 116b SGB V geforderten und durch den G-BA konkretisierten, qualitativ hochwertigen, Diagnostik und Behandlung komplexer, häufig schwer therapierbarer Krankheitsbilder (Anforderungen an die Qualifikation, Expertise, Interdisziplinarität und Kooperation) zuwiderlaufen. Dies würde dazu führen, dass jeder zugelassene Arzt und jedes zugelassene Krankenhaus Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erbringen darf, deren medizinische Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit noch nicht eindeutig nachgewiesen ist.

In der vertragsärztlichen Versorgung statuiert § 135 SGB V ein sogenanntes „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“. Dies bedeutet, dass eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung ohne eine entsprechende Erlaubnis des G-BA nicht zulasten der Krankenkassen erbracht werden kann. Im Unterschied dazu dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zulasten der GKV erbracht werden, solange sie nicht explizit vom G-BA ausgeschlossen wurden („Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“).

Bei den Leistungen des § 116b SGB V handelt es sich um ambulante Leistungen. Dass im Rahmen der Krankenhausbehandlung Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ohne jede weitere Prüfung erbracht werden dürfen, ist vor dem Hintergrund der besseren strukturellen Ausstattung von Krankenhäusern verständlich. Würde man diesen Verbotsvorbehalt nun auch auf Leistungen nach § 116b SGB V ausweiten, dürften sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte im Rahmen ihrer ambulanten Leistungserbringung ungeprüfte Methoden erbringen. Dies ist insbesondere unter den Gesichtspunkten der Patientensicherheit und vor dem Erfordernis einer qualitativ hochwertigen Diagnostik und Behandlung höchst bedenklich.

Eine Übertragung des Verbotsvorbehaltes lediglich auf ambulante Leistungen, die von Krankenhäusern im Rahmen des § 116b SGB V erbracht werden, wäre ebenfalls problematisch, da somit ein einheitlicher Wettbewerbsrahmen für Vertragsärzte und Krankenhäuser im Rahmen des § 116b SGB V verhindert würde.

Vor diesem Hintergrund sollte bei ambulanten Leistungen weiterhin der Grundsatz gelten, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst dann zulasten der GKV erbracht werden dürfen, wenn bewiesen ist, dass sie einen diagnostischen und therapeutischen Nutzen haben, medizinisch notwendig und wirtschaftlich sind (§ 135 SGB V).

### **Änderungsvorschlag**

Der letzte Satz in § 116b Absatz 1 SGB V: *„Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.“* wird gestrichen.

Alternativ:

Der Halbsatz *„soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.“* wird gestrichen und durch den Halbsatz *„soweit diese im Rahmen der Beschlüsse nach § 135 in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.“* ersetzt.

## **2. § 116b Absatz 2 SGB V**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 116b Absatz 2 SGB V wird geregelt, dass an der Versorgung Krankenhäuser und zugelassene Vertragsärzte teilnehmen können, wenn sie die Einhaltung der vom G-BA zu beschließenden Qualitätskriterien gegenüber der zuständigen Landesbehörde anzeigen und diese nicht binnen zwei Monaten der Teilnahme widerspricht. Qualitätskriterien sind unter anderem eine besondere Expertise (über Facharzt-Qualifikation hinaus), interdisziplinäre Teams und besondere Strukturvoraussetzungen (organisatorisch, baulich, apparativtechnisch, hygienisch).

### **Stellungnahme**

Die Angebotskapazitäten sind in erster Linie über das Entgeltsystem zu steuern. Zur Vermeidung von Überversorgung und einer unkontrollierten Leistungsausweitung sind die Berechtigungen durch den Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V, erweitert um die Mitglieder der Krankenhausesseite („G-BA-Parität“), befristet zu vergeben. Die Berechtigungen sollten den Zeitraum von zehn Jahren nicht übersteigen. Um in unkontrollierte Leistungsausweitungen steuernd eingreifen zu können, sollte sich die Bedarfsplanung der Länder hin zu einem „Angebotsmonitoring“ entwickeln. Leistungsausweitungen werden über das Entgeltsystem gesteuert.

Die Anzeige der Leistungserbringer bei der zuständigen Landesbehörde reicht als alleinige Zugangsvoraussetzung nicht aus und widerspricht dem Grundgedanken eines hoch spezialisierten Versorgungsbereichs. Denn alle Konkretisierungen des G-BA zu einzelnen Leistungsbereichen weisen umfangreiche sachliche und personelle Anforderungen an den ambulant spezialärztlichen Leistungserbringer aus.



Um sicherzustellen, dass diese Anforderungen, sowohl zum Zeitpunkt des Zugangs als auch bei einer Wiederholungsprüfung, eingehalten werden, ist eine Überprüfbarkeit aus Qualitätssicherungsgründen zwingend erforderlich.

Der bisher geplante einfache Zugang zur spezialärztlichen Versorgung wird eine starke Anreizwirkung auf die Leistungserbringer ausüben und zu einer Anzeigenflut bei den jeweiligen Landesbehörden führen, denen lediglich zwei Monate zur Antragsprüfung verbleiben. Liegt innerhalb dieser Zeitspanne keine gegenteilige Mitteilung vor, darf der Leistungserbringer an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmen. Im Hinblick auf die zu erwartende Antragsflut ist zu befürchten, dass auch Leistungserbringer an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmen werden, die die Voraussetzungen nicht erfüllen.

### **Änderungsvorschlag**

In § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V wird die Wortgruppe „*sind berechtigt*“ gestrichen und durch die Wortgruppe „*können auf Antrag*“ ersetzt und der Halbsatz „*und dies gegenüber der zuständigen Landesbehörde unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen*“ gestrichen und durch den Halbsatz: „*und unter Berücksichtigung der Versorgungssituation durch den um Mitglieder der Krankenhausseite erweiterten Zulassungsausschuss nach § 96 berechtigt worden sind*“ ergänzt. Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt: „*Die Berechtigung ist befristet zu vergeben. Krankenhäuser, die eine Zulassung für Leistungen nach Absatz 1 erhalten haben, dürfen diese Leistungen nicht im Rahmen einer teilstationären Behandlung gemäß § 39 SGB V erbringen. Gleiches gilt für Krankenhäuser, denen gegenüber die Zulassung versagt wurde.*“

Die Sätze 2 und 3 werden gestrichen. In Satz 4 werden die Worte „*Nach Satz 3 berechnete*“ durch „*Berechtigte*“ ersetzt.

### **3. § 116b Absatz 3 SGB V**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 116b Absatz 3 SGB V ist vorgesehen, dass der G-BA in einer Richtlinie Näheres zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung regelt, unter anderem in welchen Fällen die Überweisung durch den behandelnden Arzt vorausgesetzt ist. Er soll Entscheidungshilfen für den behandelnden Arzt geben, wann ein besonderer Krankheitsverlauf vorliegt. Darüber hinaus kann der G-BA Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen beteiligten Leistungserbringern in diesem Bereich fördern. Für die Versorgung onkologischer Krankheiten sind die Regelungen verpflichtend; Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern sind hier Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung.



### **Stellungnahme**

Die G-BA Regelungen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern fördern sollen, dürfen nicht dazu führen, dass rein formaljuristische Vereinbarungen als Voraussetzung für die Teilnahme an der spezialärztlichen Versorgung ausreichen. Wichtiger als eine Verpflichtung ist eine wirkliche Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer.

### **Änderungsvorschlag**

Die Sätze 6–8 sind zu streichen.

## **4. § 116b Absatz 6 SGB V**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Im § 116b Absatz 6 SGB V ist die Direktabrechnung mit Kassen (auch für Vertragsärzte) vorgesehen. Die Selbstverwaltungspartner vereinbaren gemeinsam und einheitlich eine Vergütungssystematik und –kalkulation und regeln Näheres über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens. Der vertragsärztliche Honorarbereich ist um die vertragsärztlichen Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind.

### **Stellungnahme**

Die Vergütungssystematik muss eine Mengenregulierung beinhalten. Leistungsausweitungen müssen zu degressiven Preisen führen. Insgesamt sieht der Gesetzentwurf weder bei den Angebotskapazitäten noch bei den zu erbringenden Leistungen, Regelungen zur Mengensteuerung vor. Damit droht dem spezialärztlichen Bereich eine Angebotsüberflutung. Darüber hinaus ist der Zugang zu diesem Bereich nicht ausreichend reglementiert (siehe auch Begründung zu Absatz 2). In der Vergangenheit haben sich im stationären Sektor keine Minderausgaben durch die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich gezeigt. Aus diesem Grund müssen Ausgabenbegrenzungen sowie Ausgleichs- und Berichtigungen für den ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereich möglich sein.

### **Änderungsvorschlag**

Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: *„In der Vereinbarung nach Satz 2 ist sicherzustellen, dass im laufenden Kalenderjahr zusätzlich erbrachte Leistungen (Gebührenpositionen in Anzahl und Höhe) im Folgejahr absenkend berücksichtigt werden; soweit infolge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine Absenkung der Vergütung auszugleichen.“*

§ 116b Absatz 6 SGB V folgender Satz wird angefügt:

*„Die Erlösbudgets der Krankenhäuser nach § 4 Absatz 1 Krankenhausentgeltgesetz und die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 Krankenhausentgeltgesetz sind um die Erlöse aus Leistungen nach Absatz 1 zu bereinigen.“*

## 5. Artikel 2, Nummer 2 (neu) Vereinbarung auf Landesebene

### 5.1 § 4 KHEntgG

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Bei der Vereinbarung der Krankenhausbudgets sind Leistungsverlagerungen in den Bereich der spezialärztlichen Versorgung zu berücksichtigen.

#### **Stellungnahme**

Es wird klargestellt, dass spezialärztliche Leistungen nicht in die stationäre Budgetberechnung einfließen dürfen. Ferner dürfen Sie nicht im Rahmen eines Mindererlösausgleiches zu einer Doppelfinanzierung führen.

#### **Änderungsvorschlag**

In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Worten „nach integrierte Versorgung“ die Worte „und nicht die Leistungen nach § 116 b SGB V“ eingefügt.

In Absatz 3 wird folgender neuer Satz 4 eingefügt:

*„Mindererlöse aufgrund einer Verlagerung von stationären Leistungen in den spezialärztlichen Versorgungsbereich gemäß § 116b SGB V werden nicht ausgeglichen.“*

### 5.2 § 10 Absatz 3 Nummer 7 KHEntgG

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Für Leistungen, die bislang nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet wurden und die künftig im Rahmen des § 116b SGB V erbracht beziehungsweise vergütet werden, ist eine Bereinigungsmöglichkeit im Landesbasisfallwert vorzusehen.

#### **Stellungnahme**

Leistungsverlagerungen aus dem stationären in den spezialärztlichen Bereich dürfen nicht zu einer Doppelfinanzierung führen.

### **Änderungsvorschlag**

In § 10 Absatz 3 Nummer 6 ist der Punkt durch ein Komma zu ersetzen und folgende neue Nummer 7 einzufügen:

*„7. absenkend Leistungsverlagerungen in den Bereich der spezialärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V. Sofern Leistungen nach § 116b SGB V bisher über DRG bzw. Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 finanziert wurden, sind deren Erlösbestandteile für zukünftige Zeiträume bei der Vereinbarung der Basisfallwerte zu bereinigen. Die für den Vereinbarungszeitraum voraussichtliche Entwicklung der Erlöse dieser Leistungen ist von den Vertragsparteien zu schätzen. Fehlschätzungen sind im Folgejahr zu berichtigen. Sofern die Erlös- und Mengenentwicklung zum Zeitpunkt der Vereinbarung noch nicht bekannt sind, ist eine Vorausschätzung zu treffen und im Folgejahr zu berichtigen.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 57 Buchstabe d

§ 137f Absatz 4 (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Zulassungsvoraussetzungen werden um einen jährlich zu erstellenden und gegenüber dem BVA vorzulegenden Qualitätssicherungsbericht erweitert.

### **Stellungnahme vdek**

Es bleibt unklar, ob hier der Kassen- oder KV-bezogene Qualitätssicherungsbericht gemeint ist oder der GB-A in seinen Richtlinien neue Inhalte der Berichte festlegt. Abhängig von den Inhalten sind gegebenenfalls neue Datenwege zu implementieren und zusätzliche Kosten zu berücksichtigen. In jedem Fall ist hiermit eine Ausweitung des Antragsverfahrens verbunden, die dem Ziel der Entbürokratisierung widerspricht. Die Festlegungen werden in G-BA-Richtlinien getroffen. Deren Ausgestaltung ist noch nicht abseh- und damit nicht kalkulierbar. Die Friststellung zur Vorlage bis 1. Oktober des Folgejahres erscheint deshalb zeitlich kaum realisierbar. Soweit KVen beziehungsweise gemeinsame Einrichtungen einbezogen sind, haben Kassen zudem nur bedingte Einflussnahmemöglichkeiten auf die Fristeinhaltung.

### **Änderungsvorschlag vdek**

Der Satz ist zu streichen.

Sollte keine Streichung vorgenommen werden, ist eine Soll-Vorschrift zu formulieren: *„Die Krankenkassen oder ihre Verbände erstellen für die Programme zudem für jedes volle Kalenderjahr Qualitätsberichte nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2, die dem Bundesversicherungsamt jeweils bis zum 1. Oktober des Folgejahres vorgelegt werden sollen.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 58

§ 137g Absatz 3 (Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Regelungen zum Entzug der Zulassung, da nunmehr unbefristete Zulassungen der Programme.

### **Stellungnahme vdek**

Grundsätzlich handelt es sich bei dem neuen Absatz 3 um eine zu begrüßende Folgeänderung aus der eingeräumten Möglichkeit der unbefristeten Zulassung. Auch wenn eine Zulassung unbefristet ausgesprochen wird, muss die Möglichkeit bestehen, bei entsprechenden Mängeln die Zulassung wieder aufzuheben. Allerdings ist hierbei die Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen. Eine rückwirkende Aufhebung der Zulassung kann nur zu dem Zeitpunkt erfolgen, zu dem der Mangel bekannt wurde oder eingesetzt hat und nicht, wie in dem Regelungsvorschlag vorgesehen, rückwirkend zu einem Zeitpunkt, zu dem die Betroffenen gegebenenfalls noch gar nicht wussten, dass ein Mangel besteht. Satz 1 ist bezüglich der Formulierung „Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse“ zu konkretisieren.

Auch Satz 2 ist zu konkretisieren: Ein rückwirkender Zulassungsentzug kann nur dann erfolgen, wenn die Evaluation gar nicht durchgeführt worden ist. Im Übrigen ist ein Zulassungsentzug erst zu dem Zeitpunkt, an dem der Mangel bekannt wurde, vorzunehmen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass durch die mögliche Neufestlegung der Anforderungen an die Evaluation die Länge des Bewertungszeitraumes zum jetzigen Zeitpunkt nicht absehbar ist. Zurzeit beträgt der Bewertungszeitraum drei Jahre. Ein rückwirkender Entzug der Zulassung nur aufgrund eines nicht näher bezeichneten Mangels ist nicht verhältnismäßig. Zudem muss den Krankenkassen die Möglichkeit zur Stellungnahme, Korrektur und Nachlieferung gegeben werden.

Vor einer Aufhebung der Zulassung nach Satz 2 und Satz 3 ist der Krankenkasse die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen.

### **Änderungsvorschläge vdek**

1. Satz 1 wird wie folgt gefasst: *„Die Zulassung ist mit Wirkung des Ablaufes der Anpassungsfristen nach § 137g Absatz 2 SGB V aufzuheben, wenn das Programm und die zu seiner Durchführung geschlossenen Verträge die rechtlichen Anforderungen nicht mehr erfüllen.“* Hierdurch wird das bisherige Verfahren, wonach mit Ablauf der Anpassungsfristen die Zulassung entzogen werden kann, beibehalten.
2. Satz 2 ist wie folgt zu fassen: *„Wird die Evaluation nach § 137f Absatz 4 Satz 1 nicht gemäß den Anforderungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f durchgeführt, ist die Zulassung zum Zeitpunkt der Feststellung der Nichterfüllung der Anforderungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f aufzuheben.“*
3. Folgender Satz ist anzufügen: *„Vor einer Aufhebung der Zulassung nach Satz 2 und Satz 3 ist der Krankenkasse die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen.“*

### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 60

§ 155 Absatz 2 – neu – (Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Vorstand einer zu schließenden Krankenkasse hat unverzüglich nach Erhalt des Schließungsbescheides jedem Mitglied einen Vordruck zur Verfügung zu stellen, der die erforderlichen Angaben enthält, damit das Mitglied sein Krankenkassenwahlrecht nach § 175 Absatz 1 Satz 1 SGB V ausüben kann. Dem Vordruck ist eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen beizufügen. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an den Vorstand der zu schließenden Krankenkasse zurückgesandt werden kann, der ihn dann an die gewählte Krankenkasse weiterleitet.

#### **Stellungnahme vdek**

Im Zuge der Entwicklung bezüglich der Schließung der CITY BKK hat sich gezeigt, dass letztlich nicht sichergestellt ist, dass alle von der Schließung betroffenen Mitglieder über die rechtlichen Folgen informiert sind. Eine Verpflichtung des Vorstandes, dafür Sorge zu tragen, dass die Mitglieder entsprechend angeschrieben und informiert werden, dürfte daher grundsätzlich zweckmäßig sein. Sie kann jedoch nur funktionieren, wenn der GKV-Spitzenverband prophylak-

tisch von seinem Gestaltungsrecht bei Schließung einer Krankenkasse nach § 217f Absatz 6 SGB V (neu – vgl. Artikel 1 Nummer 63 VSG) Gebrauch macht und einen solchen Vordruck vorab entwickelt. Eine zu schließende Krankenkasse wird mit einer rechtzeitigen Fertigstellung und wettbewerbsneutralen Ausgestaltung eines solchen Vordrucks überfordert sein. Der in diesem Zusammenhang gestaltete Vordruck sollte einheitlich gestaltet sein, gegebenenfalls könnte er durch den GKV-Spitzenverband entwickelt werden.

Hier ist auch auf den Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 60 (§ 155 SGB V – Hinweispflichten des Abwicklungsvorstands) hinzuweisen. Dieser konkretisiert zwar, dass jedem Mitglied ein Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen und den von der gewählten Krankenkasse für die Erbringung von Leistungen benötigten Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln ist; daneben, dass der ausgefüllte Vordruck zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse bestimmt ist. Er weist diese Verpflichtungen dem Abwicklungsvorstand zu.

#### **Änderungsvorschlag vdek**

Es ist im Weiteren zu prüfen, ob nicht unterstützend durch den GKV-Spitzenverband ein wettbewerbsneutraler Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Angaben und eine wettbewerbsneutrale Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu erstellen ist.

#### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nummer 62

§ 212 Absatz 6 – neu – (Bundesverbände, Deutsche Rentenversicherung, Knappschaft-Bahn-See, Verbände der Ersatzkassen)

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung zur verpflichtenden Benennung eines Bevollmächtigten auf Landesebene erlaubt es auch anderen Kassenarten als den Ersatzkassen, sich auf eine gemeinsame Vertretung auf der Landesebene zu einigen.

#### **Stellungnahme vdek**

Stellungnahme: Die Regelung ist sachgerecht, da sie der Sicherstellung der Präsenz aller Kassenarten in den Ländern dient.

#### **Änderungsvorschlag vdek**

Keiner.

## 3.2 Stellungnahme zu Artikel 10 (Risikostruktur–Ausgleichs–verordnung)

Artikel 10 (Änderung der Risikostruktur–Ausgleichsverordnung)  
 Nummer 2 Buchstabe c + d

§ 28d Absatz 2 (Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Dauer der Teilnahme“) und § 28f Absatz 2 (Anforderungen an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten)

### Beabsichtigte Neuregelung

Für die Erstdokumentation entfällt zukünftig das Erfordernis der Arztunterschrift. Da elektronisch dokumentiert wird, wird die Unterschrift des Arztes bislang papiergebunden per Versandliste übermittelt.

### Stellungnahme vdek

Die Streichung der Wörter „die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen“ wird abgelehnt, da das Erfordernis einer Arztunterschrift für die Erstdokumentation beibehalten werden sollte. Insofern muss klargestellt bleiben, dass nur die Folgedokumentationen keiner Unterschrift des Arztes bedürfen.

Da es sich um ein ärztliches Dokument handelt, ist grundsätzlich eine Arztunterschrift erforderlich. Mit der Arztunterschrift wird zudem das Datum der Dokumentationserstellung bestätigt, das wesentlich für die Festlegung ist, ab welchem Tag der Versicherte RSA–wirksam in ein DMP–Programm eingeschrieben ist. Bei Wegfall dieser Bestätigung muss klar geregelt sein, wie das Einschreibedatum zukünftig zu ermitteln ist. Im Übrigen kommt es durch den Wegfall des Unterschriftenerfordernisses zu keiner wesentlichen Entlastung, da das Verfahren sehr gut etabliert ist und angesichts der zu erwartenden Einführung des Heilberufausweises mit der Möglichkeit der elektronischen Signatur keine Notwendigkeit einer Änderung des Prozederes gesehen wird.

### Änderungsvorschläge vdek

In § 28d Absatz 2 wird gestrichen: „*und werden die Wörter „die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen,“ gestrichen.*

Die Neuregelung zu § 28f Absatz 2 werden gestrichen.

### **Zusätzlicher Änderungsvorschlag**

Nummer 4 Buchstabe d  
§ 28f Absatz 2 Satz 1 Nummer 1

1. ee) – neu: Nach dem Wort „Evaluation“ werden die Worte „sowie die Versorgungssteuerung des Versicherten durch die Krankenkassen“ eingefügt.
2. ff) – neu: In Nummer 2 werden nach dem Wort „Behandlungsprogrammen“ die Worte „oder zur Versorgungssteuerung des Versicherten durch die Krankenkassen“ eingefügt.

### **Begründung**

Durch die Ergänzung wird die bisher eingeschränkte Nutzung der im Rahmen von DMP erhobenen Daten für die Krankenkassen aufgehoben. Neben der ausschließlichen Nutzung der Daten im Rahmen der DMP können diese Daten nun auch für die weitere Versorgungssteuerung des Versicherten durch die Krankenkassen genutzt werden. Hierdurch wird es den Krankenkassen ermöglicht, den an einem DMP teilnehmenden Versicherten auch in zusätzliche beziehungsweise ergänzende Versorgungsprogramme zu steuern und so einer weiteren gezielten Betreuung zuzuführen. Um die Datennutzung nicht vollkommen freizugeben, bleibt der Zugriff auf die Personengruppe, die die bezeichneten Aufgaben wahrnimmt und hierin geschult ist, beschränkt.



## 4. Stellungnahme zu ausgewählten Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP

### 4.1 Stellungnahme zu ausgewählten Änderungsanträgen der Ausschussdrucksache 17(14)0190(neu)

Änderungsantrag 8: Artikel 1 Nummer 7b – neu – (§ 38 SGB V) – Haushaltshilfe

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisher in § 38 Absatz 2 SGB V enthaltene Regelung, dass die Kasse in ihrer Satzung die Gewährung von Haushaltshilfe auch über den gesetzlich vorgesehenen Rahmen hinaus vorsehen kann – insbesondere bei ambulanter Behandlung und/oder Vorhandensein eines über zwölfjährigen Kindes – wird in eine Soll-Regelung umgewandelt.

#### **Stellungnahme**

Die Haushaltshilfe ist dem Grunde nach eine versicherungsfremde Leistung. In Anbetracht des Vorhandenseins diesbezüglicher Satzungsregelungen bei den Ersatzkassen bestehen jedoch keine größeren Bedenken gegen den materiellen Inhalt der Neuregelung. Bedenklich ist jedoch, dass in das Satzungsrecht der Krankenkassen eine Soll-Regelung verankert werden soll. Dies steht grundsätzlich im Widerspruch zum Charakter des Satzungsrechts. Deshalb ist die Kann-Regelung beizubehalten.

#### **Änderungsvorschlag**

Der Regelungsvorschlag zu § 38 Absatz 2 Satz 1 wird gestrichen.

Änderungsantrag 19: Artikel 1 Nummer 27 (§ 90 SGB V) – Zusammensetzung der Landesausschüsse

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Besetzung der Landesausschüsse wird angepasst, in dem die Ersatzkassen einen Sitz zusätzlich erhalten. LKKen und KBS teilen sich einen Sitz. Die Ärzteseite erhält zur Wahrung der Parität ebenfalls einen zusätzlichen Sitz.

#### **Stellungnahme**

Durch die Anpassung wird den tatsächlichen Marktverhältnissen im Krankenversicherungsmarkt und der Marktführerschaft der Ersatzkassen richtigerweise Rechnung getragen.

## **Änderungsvorschlag**

Keiner.

Änderungsantrag 45: Artikel 1 Nummer 75 (§ 266 SGB V) – Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2008

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Im Wege der Rechtsbereinigung soll in Artikel 1 Nummer 75 soll mit Buchstabe c) der Absatz 10 des § 266 SGB V aufgehoben werden. Mit diesem Schritt wird in das bestehende Abrechnungsverfahren des Alt-RSA eingegriffen.

### **Stellungnahme**

Der § 266 Absatz 10 bildet in der gegenwärtigen Fassung die rechtliche Grundlage für eine geordnete finanzielle Abwicklung des Alt-RSA. Er stellt den Fortbestand des Korrekturverfahrens bis zum Jahr 2013 sicher. Die Begründung für den Wegfall des Absatzes 10 („Die Regelungen werden im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt haben.“) ist unseres Erachtens nicht haltbar, da der Zeithorizont für den Alt-RSA erst mit der Durchführung des Jahresausgleichs 2013 endet. Dann ist letztmalig ein Alt-RSA-Jahr (2008) im Korrekturverfahren obligatorisch abzurechnen. Und dann – aber erst dann – kann auch die Regelung im Wege einer Rechtsbereinigung gestrichen werden.

Das RSA-Korrekturverfahren sieht vor, dass von jeder Krankenkasse für das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr eine Korrekturmeldung über die Versicherungszahl und -struktur (Satzart 40) abzugeben ist. Diese Regelung stellt sicher, dass nachträgliche Anpassungen des Versichertenbestandes erfasst und abgerechnet werden können. Ein Abschneiden des bewährten Verfahrens, das seit mehr als zehn Jahren im RSA praktiziert wurde, würde Kassen mit einem im Abrechnungsjahr  $t-5$  gesunkenen Versichertenbestandswert ungerechtfertigt besser stellen und umgekehrt einen Ausgleich für einen wertvolleren Versichertenbestand verhindern. Durch die Aufhebung des Absatzes 10 würde das Alt-RSA-Verfahren vorzeitig abgebrochen und sowohl finanziell als auch prüfrechtlich nicht abgeschlossen. Das letzte abgerechnete Korrekturjahr wäre dann das Jahr 2005. Die rückwirkenden Bestandsveränderungen der jüngeren Jahre 2006 bis 2008 blieben dauerhaft unberücksichtigt. Damit würde die Qualität des Verfahrens gegenüber der bisherigen Praxis zurückgehen, denn auch bei der letzten obligatorischen Korrektur der Versicherungszeiten für den RSA mit einem Zeitabstand von fünf Jahren entstehen immer noch durchaus finanzrelevante Änderungen in den Versichertenbeständen der Krankenkassen.

Eine weitere Formulierungshilfe zu Artikel 1 Nummer 75a mit gleichem Inhalt bezieht sich auf § 267 Absatz 11; auch hier soll die oben zitierte, im Wortlaut gleiche Passage wie in § 266 Absatz 10 SGB V gestrichen werden. Dieser müsste ebenfalls entfallen.

### **Änderungsvorschlag**

Artikel 1 Nummer 75 Buchstabe c) wird ersatzlos gestrichen.

Änderungsantrag 46: Artikel 1 Nummer 75a (§ 267 SGB V) – Regelungen zum Risikostrukturausgleich bis 2008

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Im Wege der Rechtsbereinigung soll in Artikel 1 Nummer 75a soll der § 267 Absatz 11 SGB V aufgehoben werden. Mit diesem Schritt wird in das bestehende Abrechnungsverfahren des Alt-RSA eingegriffen.

### **Stellungnahme**

§ 267 Absatz 11 SGB V bildet die Rechtsgrundlage für die Datenerhebung für die Aufgaben nach § 266 Absatz 10 SGB V. Der § 266 Absatz 10 hingegen bildet in der gegenwärtigen Fassung die rechtliche Grundlage für eine geordnete finanzielle Abwicklung des Alt-RSA. Er stellt den Fortbestand des Korrekturverfahrens bis zum Jahr 2013 sicher. Die Begründung für den Wegfall des Absatzes 10 („Die Regelungen werden im Zuge der Rechtsbereinigung gestrichen, weil sie sich durch Zeitablauf erledigt haben.“) ist nicht haltbar, da der Zeithorizont für den Alt-RSA erst mit der Durchführung des Jahresausgleichs 2013 endet. Dann ist letztmalig ein Alt-RSA-Jahr (2008) im Korrekturverfahren obligatorisch abzurechnen. Erst dann kann die Regelung im Wege einer Rechtsbereinigung gestrichen werden. Und erst dann wird auch die Rechtsgrundlage im § 267 Absatz 11 SGB V für die Datenerhebung entbehrlich.

### **Änderungsvorschlag**

Artikel 1 Nummer 75a wird gestrichen.

Änderungsantrag 52: Artikel 1 Nummer 83a – neu – (§ 305b SGB V) – Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse /

Die Kassen haben jeweils am 1. September des nachfolgenden Jahres die „wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise“ zu veröffentlichen. Zu veröffentlichen sind Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssi-

tuation. Die Ausgaben für Prävention sowie Verwaltungsausgaben sind dabei gesondert auszuweisen. Das Nähere zu den zu veröffentlichenden Angaben soll in den allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelt werden.

Zusätzlich mit den endgültigen Jahresrechnungsergebnissen nach KJ1 sind die Angaben durch den GKV-SV im Internet zu veröffentlichen. Von den Neuregelungen ausgenommen sind die landwirtschaftlichen Krankenkassen.

### **Stellungnahme**

Die Ersatzkassen begrüßen, dass die Bundesregierung über erweiterte Veröffentlichungspflichten der Krankenkassen mehr Transparenz über den GKV-Markt herstellen will. Durch die Verpflichtung, für die Versicherten relevante Informationen einheitlich zu melden, kann ein wirkungsvoller Beitrag geleistet werden, auch hinsichtlich des Themas Krankenkassenwahl die Versicherten-souveränität zu stärken. Bei der Erweiterung der Informationspflichten ist darauf zu achten, dass die Informationen in einer für den Versicherten übersichtlichen und verständlichen Form erfolgen.

Die Jahresrechnung allein liefert keine hinreichend sichere Information über die wirtschaftliche Situation einer Krankenkasse. Die aktuell vorgeschlagenen Regelungen zur Veröffentlichung der Jahresergebnisse nach KJ1 gehen aber weit über das Ziel hinaus, geeignet über die Geschäftsergebnisse von Krankenkassen zu informieren. Durch den Detaillierungsgrad der KJ1 würden auch markt-sensible Informationen für Mitbewerber und Marktteilnehmer offenkundig werden, wodurch wirtschaftliche Nachteile und Wettbewerbsverzerrungen für die Krankenkassen nicht auszuschließen wären. Deshalb sind Unternehmensergebnisse, die zur Veröffentlichung gedacht sind, zwingend in einer komprimierten Form darzustellen.

Im Zweifel würde eine nicht-aggregierte Veröffentlichung der KJ1 auf Einzelkontenebene im Internet eher zu isolierter Betrachtung und falschen Vergleichen verleiten. Wichtige Zusammenhänge werden im Zweifel nicht beleuchtet. Für Krankenkassen in temporären finanziellen Notlagen könnte dies ihre Bemühungen zur Konsolidierung beeinträchtigen und die Haftungsrisiken der Haftungsverbände erhöhen. Deshalb wird von einer Veröffentlichung der KJ1 auf Einzelkontenebene dringend abgeraten.

### **Änderungsvorschlag**

§ 305b erhält folgende Fassung: *„Die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen haben einen aussagefähigen Bericht über den Geschäftsverlauf, das Geschäftsergebnis und die finanzielle Lage der Krankenkasse in einer für die Versicherten verständlichen Weise zu erstellen. Der GKV-Spitzenverband legt hierfür ein einheitliches Verfahren mit einheitlichen Vorschriften fest. Eine Veröffentlichung erfolgt bis zum 1. September des dem Be-*

*richtsjahr folgenden Jahres im Internet, in den Mitgliederzeitungen und zusätzlich im elektronischen Bundesanzeiger. Zu veröffentlichen sind insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation.“*

## Änderungsantrag 55: Artikel 2 (§ 77 Absatz 1a SGB IV) – Änderungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Die Prüfung der Jahresrechnung soll durch Wirtschaftsprüfer oder vereidigte Buchprüfer vorgenommen werden. Die Prüfer haben alle fünf Jahre zu wechseln.

### **Stellungnahme**

Die Regelung beinhaltet richtigerweise das Gebot, die Jahresrechnungen durch externe Prüfinstanzen zu prüfen. Damit wird gewährleistet, dass bei der Prüfung der Jahresergebnisse bestimmte Standards eingehalten werden. Die Verengung auf Wirtschaftsprüfer oder vereidigte Buchprüfer schließt jedoch andere qualifizierte Prüfinstitutionen, zum Beispiel die Landesprüfdienste, aus. Diese Marktzutrittsbeschränkung ist nicht nachzuvollziehen, da fachlich nicht begründbar. Daneben erscheint der Wechsel der Prüfer alle fünf Jahre unstrittig, da so das Entstehen einer langjährigen Zusammenarbeit, die im Zweifel seitens Dritter als kritisch angesehen wird, von vornherein vermieden wird.

In diesem Zusammenhang wird auch auf den Änderungsantrag Nummer 41 zu Artikel 1 Nummer 66b – neu – (§ 220 Absatz 3 SGB V) verwiesen. Hier handelt es sich um eine Anpassung der Verweisvorschrift in § 220 Absatz 3 SGB V infolge der Änderung des § 77 Absatz 1a SGB IV. Danach gelten die Prüfungs- und Testierungspflichten durch Wirtschaftsprüfer und vereidigte Buchprüfer nicht für den Gesundheitsfonds, der durch das Bundesversicherungsamt verwaltet wird. Diese Ausnahmeregelung für den Gesundheitsfonds wird abgelehnt.

### **Änderungsvorschlag**

Dem § 77 Absatz 1a werden die folgenden Sätze angefügt: *„Die Jahresrechnung ist von einem Wirtschaftsprüfer, einem vereidigten Buchprüfer oder einem Landesprüfdienst zu prüfen und zu testieren. Ein Wirtschaftsprüfer oder ein vereidigter Buchprüfer oder ein Landesprüfdienst ist von der Prüfung ausgeschlossen, wenn er in den letzten fünf aufeinanderfolgenden Jahren ohne Unterbrechung die Prüfung durchgeführt hat.“*

## 4.2. Stellungnahme zu ausgewählten Änderungsanträgen der Ausschussdrucksache 17(14)0192

Änderungsantrag 1: Artikel 1 Nummer 1 0a – neu – (§ 4 SGB V) – Fortsetzung der Ausgabe von Gesundheitskarten in 2012

### Beabsichtigte Neuregelung

Bei Krankenkassen, die zum 31.12.2012 nicht mindesten 70 Prozent ihrer Versicherten mit elektronischen Gesundheitskarten ausgestattet haben, werden die Verwaltungskosten in 2013 auf der Basis von 2012 gedeckelt.

### Stellungnahme

Verpflichtende Regelungen zur einheitlichen GKV-weiten Ausgabe der Gesundheitskarte sind nur dann sinnvoll, wenn sie wettbewerbsneutral gestaltet werden. Allerdings sind die Voraussetzungen für die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte aufgrund der dabei erforderlichen Mitwirkung der Versicherten bei den einzelnen Krankenkassen aufgrund unterschiedlicher Versichertenstrukturen nicht einheitlich. Bereits bei der Umsetzung der Vorgabe, in 2011 mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte auszustatten, stellen die Ersatzkassen deutliche Unterschiede fest. Während vereinzelte Kassen keine nennenswerten Probleme feststellen und die Umsetzung zügig voranschreitet, gestaltet sich bei anderen die Zielvorgabe als schwierig einlösbar. Insbesondere bei der Zurverfügungstellung von geeigneten Fotos sind nennenswerte Rücklaufprobleme zu konstatieren. Im Ergebnis ist davon auszugehen, dass für einen Teil der Ersatzkassen das Ausgabeziel von 70 Prozent in 2012 durchaus realistisch ist. Für den anderen Teil dürfte die Zielvorgabe aber eindeutig zu hoch sein. Ein niedrigerer Zielwert von 50 Prozent erscheint eher geeignet, allen Krankenkassen eine realistische Chance zu geben, diesen tatsächlich zu erreichen.

### Änderungsvorschlag:

Im Änderungsvorschlag der Fraktionen CDU/CSU und FDP wird die Zahl „70“ durch die Zahl „50“ ersetzt.

Änderungsantrag 2: Artikel 1 Nummer 1b – neu – (§ 10 SGB V) – Verlängerung der Familienversicherung

### Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird eine Gleichbehandlung aller gesetzlich geregelten freiwilligen Dienste im Bezug auf den Verlängerungstatbestand für die Familienversicherung nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V hergestellt. Außerdem

wird zur Vermeidung einer nicht zu rechtfertigenden Ausweitung der beitragsfreien Familienversicherung festgelegt, dass der Verlängerungszeitraum auf zwölf Monate begrenzt ist.

Entsprechendes gilt auch für Artikel 4 Nummer 1a – neu – (§ 25 SGB XI)

### **Stellungnahme**

Die Regelung ist im Interesse der Rechtssicherheit zu begrüßen.

### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

Änderungsantrag 3: Artikel 1 Nummer 3 (§ 19 SGB V) – Leistungsentscheidung bei Kassenschließung

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Leistungsentscheidungen geschlossener oder insolventer Krankenkassen sollen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit für die aufnehmende Krankenkasse fortgelten. Ausgenommen sind Satzungsleistungen. Beim Abschluss von Wahltarifen dürfen von der aufnehmenden Krankenkasse keine Wartezeiten geltend gemacht werden, sofern bei der bisherigen Krankenkasse ein vergleichbarer Wahltarif gewählt worden war.

### **Stellungnahme**

Im Gegensatz zum Referentenentwurf wird mit der Regelung klargestellt, dass Leistungsentscheidungen der zu schließenden Kasse nicht fortgelten, wenn keine neue Mitgliedschaft in der GKV begründet wird (Übertritt in die PKV). Darüber hinaus wird sichergestellt, dass die neu gewählte Krankenkasse keine Leistung erbringen muss, die bei ihr nicht vorgesehen ist. Beides erscheint zumindest aus der Blickrichtung einer aufnehmenden Krankenkasse sachgerecht und verhindert, dass kassenfremdes Satzungsrecht Einzug in eine aufnehmende Krankenkasse hält. Dabei bleibt allerdings unberücksichtigt, dass Versicherte gegebenenfalls Verträge aufgrund bewilligter Satzungsleistungen geschlossen haben und nunmehr von der aufnehmenden Krankenkasse keine Zuschüsse mehr erhalten. Im Sinne einer durchgängigen Leistungsgewährung und der Rechtssicherheit der Versicherten ist deshalb zu befürworten, dass eine zuvor gewählte Leistung auch nach Schließung der Krankenkasse zunächst fortgilt. Deshalb sind auch Satzungsleistungen weiterhin zunächst zu gewähren. Die Kosten dafür trägt jedoch nicht die aufnehmende Krankenkasse, sondern der Haftungsverbund der geschlossenen Krankenkasse. Daneben ist der gesetzliche Ausschluss einer Wartezeit beim quasi Fortführen eines Wahltarifs im Interesse der Versicherten zu begrüßen.

### **Änderungsvorschlag**

§ 19 Absatz 1a in der Fassung des GKV-VStG wird wie folgt geändert: Satz 2 wird gestrichen. An seine Stelle wird folgender Satz 2 –neu – aufgenommen: *„Leistungsentscheidungen aufgrund von Satzungsleistungen gelten mit Wirkung für die geschlossene Krankenkasse fort, längstens jedoch für ein Jahr.“*

Änderungsantrag 4: Artikel 1 Nummer 10d und 10e – neu – (§§ 64 und 64a SGB V) – Modellvorhaben

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Kassenärztliche Vereinigungen, Landesapothekerverbände und Kassen sollen gemeinschaftlich ein Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung in einem KV-Bezirk durchführen. Dazu soll ein Katalog einer wirtschaftlichen Wirkstoffauswahl für alle verordnungsrelevanten Indikationen vereinbart werden, der eine leitliniengerechte Versorgung sicherstellen soll. Begleitend kann ein Medikationsmanagement vereinbart werden für chronisch Kranke, die mindestens fünf Arzneimittel dauerhaft einnehmen. Bei Umsetzung des Modellprojekts wird die Möglichkeit der freiwilligen Vereinbarung von arztbezogenen Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen – bezogen auf die Wirkstoffauswahl und –menge – obligatorisch. Damit entfällt die Richtgrößenprüfung.

Etwaige Überschüsse werden zwischen den Partnern aufgeteilt, nachdem eventuelle Mehraufwände der Kassen zuvor ausgeglichen wurden. Die Versicherten müssen in die Teilnahme am Modellvorhaben einwilligen. Die Kassen müssen das Modell als Satzungsleistung in ihrer Satzung verankern.

Kommt eine Einigung auf das Modellprojekt nicht zustande, kann das Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung nach § 89 Absatz 2 SGB V von einer der beteiligten Gruppen angerufen werden. Das Schiedsamt wird für diesen Zweck um die Apotheker in gleich hoher Anzahl wie die anderen beiden Vertragsparteien erweitert. Es entscheidet mit Zweidrittelmehrheit. Das Modell ist wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren und zunächst auf maximal drei Jahre befristet.

### **Stellungnahme**

Der Vorschlag geht zurück auf ein Modell von KBV und ABDA, das nunmehr in mindestens einer Modellregion erprobt werden soll. KBV und ABDA gehen von jeweils 350 Millionen Euro zusätzlicher Honorierung pro Jahr aus. Ärzte und Apotheker würden dann zusätzlich für Einsparungen bezahlt, die sie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bereits heute herbeiführen müssten.



Da ausreichend ist, dass eine Vertragspartei das erweiterte Schiedsamt nach § 89 Absatz 2 SGB V anrufen kann, wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit auch zu einer Umsetzung kommen. Die vorgesehene Möglichkeit, das Schiedsamt anzurufen, stellt jedoch sowohl den Charakter von Modellprojekten als auch das Wesen von Satzungsleistungen infrage. Durch die konkrete Ausgestaltung (Zweidrittelentscheidung) droht die Gefahr, dass eine dem Grunde nach fragwürdige (Modell-)Regelung via Zwangsentscheidung in die Satzungsregelungen der Krankenkassen verankert wird.

Die Ersatzkassen stehen dem Modellvorhaben auch aus den folgenden Gründen kritisch gegenüber:

- Es ist nicht davon auszugehen, dass die Ärzte ihre Therapiehoheit zugunsten eines Arzneimittel- bzw. Wirkstoffkataloges aufgeben werden.
- Unklar bleibt auch, wie die Versicherten motiviert werden können, an einem Modellvorhaben teilzunehmen, in dem sie keine Mehrleistungen oder Kostensenkungen erwarten können.
- Die Erfahrungen aus den Verhandlungen zu § 73b SGBV, aber auch aus Vorläufermodellen lassen grundsätzlich daran zweifeln, dass es zu Einsparungen kommt.
- Die Messung von Einsparungen benötigt darüber hinaus ein umfassendes sektorübergreifendes Controlling, da insbesondere beim Medikamentenmanagement Einsparungen aus vermiedener Krankenhausbehandlung generiert werden sollen (lt. KBV/ABDA-Modell).
- Hinzu kommt das Kostenrisiko für den Fall, dass es nicht wie gedacht zu Kosteneinsparungen, sondern zu tatsächlichen Mehrbelastungen kommt. Diese verblieben dann auf Kassenseite.

Zwischenzeitlich ist klargestellt worden, dass dieses Modellvorhaben zunächst auf drei Jahre befristet sein und auch nur in einer Modellregion (KV-Bereich) anlaufen soll. Die einzuhaltenden Rahmenbedingungen werden konkretisiert und Vertragsinhalte präzise vorgegeben. So wird klargestellt, dass die arztindividuellen Prüfmöglichkeiten nach § 106 Absatz 3b SGB V verpflichtend greifen, zudem sollen KBV, DAV und GKV-Spitzenverband gemeinsame Empfehlungen zum Inhalt und zur Durchführung auf Bundesebene geben, die in den Vereinbarungen zu beachten sind. Ebenfalls klargestellt wurde der bleibende Vorrang der Bedienung abgeschlossener Rabattverträge durch die Apotheken. Ob unter diesen präzisierenden Bedingungen dieses Modellvorhaben noch attraktiv für die beteiligten Parteien ist, bleibt abzuwarten. Ungeachtet dessen ist die Regelung in der vorliegenden Form abzulehnen.

### **Änderungsvorschlag**

Der Änderungsvorschlag ist ersatzlos zu streichen.

Änderungsantrag 7: Artikel 1 Nummer 24 (§ 87b SGB V) – vernetzte Praxen, Fachgruppenbezeichnung redaktionell

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Ärztetnetze können eigenes Netzhonorarvolumen zugewiesen bekommen. KBV stellt Kriterien für förderungswürdige Praxisnetze auf. Hier ist mit dem GKV-SV Einvernehmen herzustellen.

### **Stellungnahme**

Die Regelung ist grundsätzlich zu befürworten, da sie die Abrechnungsgrundlagen für auf dem Selektivvertragsweg einzubindende Ärztenetze verbessert. Allerdings sollte im Begründungsteil das Wort Betreuung gestrichen werden, um Missverständnissen hinsichtlich des Leistungsumfangs solcher Kooperationen vorzubeugen. Damit soll insbesondere auch vermieden werden, dass ein Ärztenetz aus der Gesetzesbegründung irrtümlich den Auftrag zum Erbringen psychosozialer Leistungen verbunden mit einem Anspruch auf Vergütung ableitet.

### **Änderungsvorschlag**

In der Begründung ist das Wort „Betreuung“ zu streichen.

Änderungsantrag 18: Artikel 1 Nummer 70a – neu – (§ 251 SGB V) – Datenschutzregelung bei Auftragsprüfung Direktzahler

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das BVA ist zur Prüfung der Beitragszahlung bei den Direktzahlern (Bundesagentur für Arbeit, Optionskommunen, Künstlersozialkasse) berechtigt. Mit der Neuregelung wird dem BVA die Möglichkeit eingeräumt, diese Prüfung auftragsweise durch eine Krankenkasse oder einen Landesverband vornehmen zu lassen. Für diesen Fall ist vorgesehen, dass seitens der zu prüfenden Stelle (zum Beispiel Bundesagentur für Arbeit) dem Prüfbeauftragten der nun prüfenden Krankenkasse oder Landesverbandes die erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen sind. Die so zugänglich gemachten Daten dürfen von dem Prüfbeauftragten nur zum Zweck der Durchführung der Prüfung genutzt werden, sie sind nach Abschluss der Prüfung zu löschen. Mit einer Allgemeinklausel wird darauf hingewiesen, dass für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches gelten.

### **Stellungnahme**

In der Begründung wird ausgeführt, dass das Amt nicht über die Ressourcen verfügt, den Prüfauftrag zu erfüllen. Das ist zutreffend. Von daher ist der Ansatz, das Prüfgeschäft auftragsweise an die Krankenkassen zu vergeben, zu

begrüßen. Abzulehnen ist jedoch die Konzeption, dass das Amt eine Krankenkasse oder einen Landesverband mit der Prüfung beauftragt. Das würde bedeuten, dass diese Kasse oder dieser Landesverband die Prüfung auf Mitglieder von Krankenkassen erstreckt, die nicht dieser Krankenkasse oder einer Krankenkasse des zu prüfenden Landesverbandes angehören.

Vielmehr sollte jede Krankenkasse verpflichtet werden, gegen Kostenerstattung seitens des Gesundheitsfonds die Prüfung der Beitragsabführung der bei ihr versicherten Mitglieder durchzuführen. Damit ließe sich die datenschutzrechtlich äußerst brisante Problematik der Einsichtnahme in die Mitgliederbestände anderer Krankenkassen vermeiden. Denn mit der Prüfung der Beitragsabführung für Mitglieder anderer Krankenkassen eröffnet sich für die prüfende Krankenkasse ein lukratives Wettbewerbsfeld.

Unter diesen Gesichtspunkten wären die Sätze 3 bis 7 zu § 251 Absatz 5 SGB V neu zu fassen. Durch die Verpflichtung, die Prüfung nur den zuständigen Krankenkassen durchführen zu lassen wären weitergehende datenschutzrechtliche Regelungen nicht notwendig.

In diesem Zusammenhang ist auf den korrespondierende Änderungsantrag zu Artikel 4 Nummer 2a – neu – (§ 60 SGB XI) für die Pflegeversicherung hinzuweisen.

#### **Änderungsvorschlag**

Dem § 251 Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt: „Das Bundesversicherungsamt beauftragt die Krankenkassen, die Prüfungen gegen Kostenerstattung durchzuführen. Die Krankenkassen prüfen die Beitragsabführung der bei Ihnen versicherten Mitglieder. Den Beauftragten der Krankenkassen sind die erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.“

#### **Änderungsantrag 19: Artikel 1 Nummer 70b – neu – (§ 252 SGB V) – Zwangsgeld bei fehlenden oder unvollständigen Monatsabrechnungen Sonstige Beiträge**

Die von den Krankenkassen zugunsten des Gesundheitsfonds vereinnahmten Beiträge sind gegenüber dem BVA in der sogenannten Monatsabrechnung „Sonstige Beiträge nachzuweisen“. Die Neuregelung des § 252 Absatz 6 SGB V trägt dem Umstand Rechnung, dass einige Krankenkassen seit 2009 nicht in der Lage sind, diese Monatsabrechnung ordnungsgemäß zu liefern. In diesen Fällen soll das Amt ein Zwangsgeld von bis zu 50.000 Euro erheben können, damit diese Krankenkassen angehalten werden, der Verpflichtung zur Abgabe einer Monatsabrechnung nachzukommen.

### **Stellungnahme**

Grundsätzlich sind die Monatsabrechnungen vollständig, richtig und fristgerecht abzugeben. Da aber Einzelfälle nicht ausgeschlossen werden können, in denen eine Monatsabrechnung fehlerhaft ist oder aber eine Abgabefrist nicht eingehalten wurde, muss die Vorschrift angepasst werden, um zu vermeiden, dass schon bei einmaligem Fehlverhalten Zwangsmaßnahmen und Zwangsgeld festgesetzt werden. Insoweit ist die Regelung nur sachgerecht, wenn die Krankenkasse permanent die Grundsätze für die ordnungsgemäße Abgabe der Monatsabrechnung missachtet.

### **Änderungsvorschlag**

Die Vorschrift ist nach der Passage „*als Verwalter des Gesundheitsfonds*“ um das Wort „*wiederholt*“ ergänzt.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Abteilung Politik / Selbstverwaltung Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel.: 030/2 69 31 – 0 Fax: 030/2 69 31 – 2900 info@vdek.com
---