

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(33)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block II
12.10.2010



Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Stand: 12.10.2010

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

Stellungnahme der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

A. Allgemeine Bemerkung

I. Thematische Beschränkung der Stellungnahme

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beschränkt sich in ihrer Stellungnahme auf die Regelungsvorschläge zu Art. 1 Nr. 5 (§ 73b SGB V) sowie Art. 1 Nr. 7, Nr. 8 und Nr. 10 (§§ 87 Abs. 9, 87d – neu –, § 105 Abs. 5) [s. Abschnitt B]. Ferner möchte die Kassenärztliche Bundesvereinigung erneut allgemein auf die Problematik der Regelungen in § 73b Abs. 4 SGB V (hausarztzentrierte Verträge durch Monopolstellung privilegierter Gemeinschaften) hinweisen und erneut eine kritische Überprüfung dieser Regelung auch im jetzigen Gesetzgebungsverfahren erbitten (nachstehend II.).

II. Die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Überprüfung des § 73b Abs. 4 SGB V i.d.F. des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008 (BGBl. I, S. 2426)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält im Zusammenhang mit § 73b Abs. 4 SGB V nur eine Neuregelung der Vergütung nicht für ausreichend.

Begründung:

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in jüngerer Zeit mehrfach darauf hingewiesen, dass die Neufassung des § 73b Abs. 4 und 4a SGB V durch das GKV-OrgWG mit einer verpflichtenden Regelung für die Krankenkassen, mit privilegierten Gemeinschaften der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner – also faktisch dem Hausärzterverband – Pflichtverträge zu schließen, sowohl versorgungspolitisch verfehlt, als auch verfassungsrechtlich und gemeinschaftsrechtlich nicht vertretbar ist. Letzteres hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits bei den Anhörungen zum Gesetzgebungsverfahren ausgeführt. Durch § 73b Abs. 4 SGB V i.d.F. des GKV-OrgWG ist die bis dahin durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bestehende Fassung über die hausarztzentrierte Versorgung mit den Möglichkeiten auch der Teilnahme von Kassenärztlichen Vereinigungen faktisch beseitigt worden. Es zeigt sich nunmehr auch, dass die Parallelität der Versorgung in der kollektivvertraglich geordneten Versorgung und der selektivvertraglich geregelten hausarztzentrierten Versorgung in der Pflichtpartnerschaft von Krankenkassen und einem privilegierten Verband zu Unzutraglichkeiten in der Bewältigung verschiedener Probleme führt.
2. Durch verschiedene Vorgänge ist in jüngster Zeit eine Situation entstanden, die es aus unserer Sicht dringend erforderlich macht, die Problematik des § 73b Abs. 4 SGB V in der zuvor beschriebenen Fassung durch den Gesetzgeber aufzugreifen und daraus Folgerungen zu ziehen. Dies hätte bereits in dem Gesetzgebungsverfahren über das GKV-Änderungsgesetz erfolgen sollen, ist aber nicht geschehen. Wir sehen eine erneute Gelegenheit in diesem Gesetzgebungsverfahren.
3. Die Gründe für unsere Haltung haben wir schon einmal näher erläutert:

- Verfassungswidrigkeit und Gemeinschaftsrechtswidrigkeit der neuen Vorschrift über die hausarztzentrierte Versorgung in Bezug auf die obligatorische Vertragspartnerschaft mit privilegierten Gemeinschaften;
- die datenschutzrechtliche Problematik der privaten Abrechnungsstellen bei Selektivverträgen in der hausarztzentrierten Versorgung;
- die die Versorgungssicherheit gefährdende Parallelität der kollektivvertraglichen und selektivvertraglichen Regelungen in § 73b SGB V.

4. Im Einzelnen dürfen wir dazu noch Folgendes ausführen:

a) Verfassungs- und Gemeinschaftsrechtswidrigkeit

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung macht sich die von Verfassungs- und Europarechtlern vertretene Auffassung zu eigen, welche sie auch bereits im Gesetzgebungsverfahren vorgetragen hat, wonach die Vorschrift

- gegen die allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) auf Seiten der Versicherten durch die Einschränkung des Rechts auf freie Arztwahl verstößt;
- die negative Koalitionsfreiheit nach Art. 9 Abs. 1 GG auf Seiten der nicht vertragsschließenden Ärzte einschränkt. Denn nur eine Mitgliedschaft in einer „Gemeinschaft“ i.S.d. § 73 b SGB V) ermöglicht eine über die allgemeine hausärztliche Versorgung privilegierte Mitwirkung an der besonderen hausärztlichen Versorgung;
- gegen die Berufszugangsfreiheit bzw. die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 3. Abs. 1 GG und dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz verstößt;
Insbesondere ist der damit verbundene Eingriff in die genannten Grundrechte deshalb unverhältnismäßig, weil auch die tatsächliche Eignung der aktuellen Fassung hausarztzentrierter Versorgung in fachlich-medizinischer Hinsicht bezweifelt wird;

- gegen das dem Gleichheitsgebot des Art. 3 GG innewohnenden Gebot der Systemgerechtigkeit, gegen das Prinzip der Regelungskohärenz sowie den Grundsatz der Normenwahrheit verstößt.
- auch gegen das Wettbewerbsrecht der Europäischen Union (Unionsrecht) verstößt, weil sie mit dem gemeinschaftsrechtlichen Vergaberecht und dem gemeinschaftsrechtlichen Beihilferecht nicht vereinbar ist.

b) Abrechnung

Im Anschluss an eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 10. Dezember. 2008, in der die Einbeziehung privater Abrechnungsstellen in die Abrechnung ambulanter Notfalleistungen durch Krankenhäuser als rechtswidrig befunden worden ist, da hierfür keine Rechtsgrundlage existierte, waren die Gründe der Entscheidung verallgemeinert worden, indem generell die Einbeziehung privater Abrechnungsstellen bei der Übermittlung von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten als unzulässig angesehen worden ist, sofern nicht eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen würde. Dies betrifft auch die Abrechnung der Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung, z.B. über die private Managementgesellschaft des Hausärzteverbandes.

Durch die 15. AMG-Novelle wurde daraufhin eine Änderung u.a. des § 295 SGB V vorgenommen. Durch diese Änderung wurde die Datenübermittlung an private Abrechnungsstellen im Rahmen der Abrechnung von Selektivverträgen in einer bis zum 30. Juni 2010 befristeten Regelung vorübergehend zugelassen (§ 120 Abs. 6 – neu – SGB V, § 295 Abs. 1b – neu – SGB V).

Nach Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die auch im Gesetzgebungsverfahren ebenso wie neuerdings gegenüber dem BMG im Zusammenhang mit dem GKV-Änderungsgesetz geäußert worden ist, hält diese Übergangsregelung die Standards, die das Bundessozialgericht für den bereichsspezifischen Datenschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde legt, nicht ein.

Durch GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄG), welches als Regierungsentwurf ist das Beendigungsdatum aus Art. 19 Abs. 7 der AMG-Novelle für die zuvor be-

schriebenen Übergangsregelungen verlängert werden (statt 30.06.2010, nunmehr bis 30.06.2011). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat diese Fristverlängerung im Rahmen einer Anhörung zum damaligen Referentenentwurf des BMG und in einer schriftlichen Stellungnahme abgelehnt.

Inzwischen hat sich die Kritik an der beabsichtigten Weiterführung der unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten nicht standardgemäßen Übergangsregelung verstärkt. In einer Expertise hat das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) nicht nur unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten, sondern auch in einer mehr übergreifenden Betrachtung das Verfahren der hausarztzentrierten Versorgung für verfassungswidrig angesehen (Stellungnahme vom 11.02.2010). Auch die Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder vom 17./18. März 2010 fordert in einer EntschlieÙung eine unverzügliche materiell-rechtliche Vorgabe für die Einschaltung privater Abrechnungsstellen, die denselben Schutz der Sozialdaten garantieren, wie er bei der Abrechnung über Kassenärztliche Vereinigungen gewährleistet ist. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch aufsichtsrechtlich eingeschritten worden (Schleswig-Holstein, Bremen).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung tritt daher erneut dafür ein, dass die im GKV-Änderungsgesetz vorgesehene Übergangsregelung nicht weitergeführt wird, sondern dass, wie es der Datenschutzbeauftragte des Landes Schleswig-Holstein fordert, die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Abrechnung eingeschaltet werden. Diese Forderung besteht unabhängig davon, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die gesamte Regelung des § 73b SGB V in der bestehenden Fassung für versorgungspolitisch verfehlt hält. Es geht gegenwärtig darum, vor allem drängende Probleme zu lösen.

c) Die Versorgungssicherheit gefährdende Unsinnigkeit der Parallelregelung

Mit der systematischen Parallelregelung verletzt die Vorschrift die gesetzliche Gewährleistungsfunktion des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen und verletzt den Grundsatz der Widerspruchsfreiheit. Mit dem faktischen Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen aus der hausarztzentrierten Versorgung und damit auch partiell aus der hausärztlichen Versorgung überhaupt wird deren Funktion für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung nachhaltig gestört.

In der Auseinandersetzung um die Notwendigkeit und Sinnfälligkeit von Selektivverträgen werden – unbeschadet politischer Motive – die Abgrenzungsprobleme und die neuen Transaktionsprobleme der Parallelität der Versorgungsstrukturen häufig übersehen oder unterbewertet. Die rechtssystematische Kongruenz dieser Parallelität ist – wie sich an vielen Schnittstellen und Problemen zeigen lässt – derart misslungen, dass die Defizite ebenfalls verfassungsrechtliche Bedeutung für die Solidität einer sachgerechten Normenanwendung erhalten.

Inzwischen stellt sich nämlich heraus, dass eine Reihe ungelöster Fragen und Defizite die Ausgestaltung des Systems der hausarztzentrierten Versorgung in der vorliegenden gesetzlichen Gestalt für die Versorgung der Versicherten ebenso wie für die Tätigkeit der Vertragsärzte, die daran teilnehmen, nachteilig werden lassen. Fragen, wie Leistungsumfang, Bindung an Vorgaben der Krankenkassen bei der Therapie, Vertretungsprobleme, Parallelinanspruchnahme der Versicherten sowohl im System der hausarztzentrierten Versorgung als auch in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, die mit dem Kollektivvertrag geregelt ist, sowie insbesondere das wachsende Problem der Bereinigung der Gesamtvergütungen, das ausschließlich den Kassenärztlichen Vereinigungen als Verwaltungslast aufgebürdet ist, zeigen die Verfehltheit des Ansatzes.

5. Fazit

Es ist an der Zeit, einen gesetzgeberischen Schritt zur Beseitigung des § 73b Abs. 4 SGB V i.d.F. des GKV-OrgWG zu veranlassen. Auch wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Gesamtkonzeption der Selektivverträge in § 73b und § 73c SGB V für kritikwürdig hält und dazu in einem Miteinander von kollektivvertraglichen Regelungen und Ergänzungsverträgen mit Krankenkassen ebenfalls auf der Grundlage von Kollektivverträgen die bessere Lösung sieht, wäre es ein erster Schritt, wenn § 73b Abs. 4 SGB V in der in Rede stehenden Fassung wieder auf die ursprüngliche Regelung in § 73b SGB V i.d.F. des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zurückgeführt würde.

B. Stellungnahme zu Einzelregelungen

I. **Zu Art. 1 Nr. 5 = § 73b SGB V**

1. **Zum Regelungsvorschlag in Art. 1 Nr. 5 Buchst. a) = § 73b Abs. 5a SGB V**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert eine Überprüfung der Vergleichsregelung in § 73b Abs. 5a Satz 2 SGB V mit dem Ziel der Streichung.

Begründung:

In § 73b Abs. 5a Satz 2 SGB V wird vorgeschlagen, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) insbesondere dann erfüllt sein soll, wenn die Vertragsparteien entsprechender Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) vereinbaren, "dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht überschreitet; ..(..)".

Diese Regelung würde dazu führen, dass die Einschreibung "junger und gesunder" Versicherter in HzV-Verträge systematisch begünstigt würde. Die Einschreibung "kranker und alter" Versicherter, welche in überdurchschnittlichem Maße Leistungen in Anspruch nehmen, würde dagegen systematisch sanktioniert.

Grund: Der die Quartalskosten für die hausärztliche Versorgung je Versicherten repräsentierende Fallwert ist bei "jungen und gesunden" Versicherten niedriger als der durchschnittliche Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Bei chronisch kranken und alten Versicherten liegt der Fallwert dagegen regelhaft über dem Durchschnitt. Dies würde unter der angedachten Regelung dazu führen, dass jeder chronisch kranke und alte Versicherte mit überdurchschnittlichem Fallwert, der sich in einen HzV-Vertrag einschreibt, die Gefahr erhöht, dass im HzV der Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzt würde. Je mehr junge und gesunde Versicherte sich in einen HzV-Vertrag einschreiben, desto sicherer wird es für die am Selektivvertrag teilnehmenden Kassen und Ärzte dagegen, dass die Einhaltung der Beitragssatzstabilität formal gewährleistet würde und ggf. überdies noch "Luft" dafür bliebe, den

am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten und Versicherten Boni bzw. Beitrags-Rückerstattungen zu zahlen.

In Konsequenz dieser Regelung würde ein systematischer Fehlanreiz dazu geschaffen, "junge und gesunde" Versicherte in HZV-Verträge einzuschreiben und chronisch kranke und alte Versicherte dagegen im Kollektivvertrag zu belassen. Dies würde über kurz oder lang dazu führen, dass der Fallwert für die hausärztliche Versorgung im Kollektivvertrag - und damit nach der o.g. geplanten Regelung zugleich auch der Grenzwert für die Erfüllung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im HzV-Vertrag - zunehmend ansteigt. Damit würde neben dem oben aufgezeigten ethisch höchst fragwürdigen Selektionsanreiz zugleich eine stetige Kostensteigerung in der HzV vorprogrammiert, die genau das Gegenteil der mit dem GKV-FinG geplanten Kostenregulierung erreichen würde.

Die in § 73b Abs. 5a Satz 3 SGB V alternativ dazu dargestellte Voraussetzung für die Erfüllung der Beitragssatzstabilität, "wenn die Vergütung je Versicherten den aufgrund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelten Bereinigungsbetrag je Versicherten nicht überschreitet", erscheint dagegen geeignet und frei von Fehlanreizen.

Grund: Die Bereinigung der kollektivvertraglichen Gesamtvergütung je in einen HzV-Vertrag wechselnden Versicherten erfolgt entsprechend des versichertenindividuellen Behandlungsbedarfs im Einzelfallnachweis der Abrechnungsdaten der Krankenkasse. Dies bedeutet, dass für einen gesunden Versicherten, der sich in einen HzV-Vertrag einschreibt, ein entsprechend seines unterdurchschnittlichen Fallwertes kleinerer Betrag aus der kollektivvertraglichen Gesamtvergütung bereinigt wird als für einen chronisch kranken Versicherten, der entsprechend seines individuellen überdurchschnittlich hohen Fallwertes bereinigt wird. Wenn nun wie in § 73b Abs. 5a Satz 3 SGB V angedacht, die Vergütung je Versicherten im HzV mit dem aus der kollektivvertraglichen Gesamtvergütung entnommenen Bereinigungsbetrag je Versicherten verglichen wird, um die Erfüllung der Beitragssatzstabilität festzustellen, erscheint dies sachgerecht. Dadurch wird sichergestellt, dass eine vergleichbare Versorgung eines Versicherten mit vergleichbarem Gesundheitszustand im HzV nicht mehr kosten darf als im Kollektivvertrag. Schreiben sich unter diesen Bedingungen vermehrt "gesunde" Versicherte in einen HzV ein, ist der Bereinigungsbetrag je Versicherten im Durchschnitt geringer. Entsprechend kleiner müssen auch die Vergütungen im HzV ausfallen, damit der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzt wird. Schreiben sich dagegen vermehrt chronisch kranke Versicherte in einen HzV ein, fällt der Bereinigungsbetrag

je Versicherten umso höher aus, entsprechend höher kann dann auch die Vergütung je Versicherten im HzV ausfallen. Die Fehlanreize der Vorgabe nach § 73b Abs. 5a Satz 2 SGB V zur systematischen Selektion bei der Einschreibung von Versicherten in HzV und Förderung der Unwirtschaftlichkeit in der HzV werden hier vermieden.

Aus diesem Grund empfiehlt die Kassenärztliche Bundesvereinigung dringend die Streichung von §73b Abs. 5a Satz 2 SGB V und die Streichung des Wortes "auch" in Satz 3(aktuell) desselben Absatzes, welcher dann zu Satz 2 würde.

Sollte an der Regelung nach §73b Abs. 5a Satz 2 SGB V dennoch festgehalten werden, fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Reduzierung der Fehlanreize folgende Konkretisierung dieser Regelung: "Die Vorgabe nach Satz 1 wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche alters- und geschlechtsbezogene Fallwert den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden durchschnittlichen alters- und geschlechtsbezogenen Fallwert für die hausärztliche Versorgung nach § 73 aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht überschreitet, ..(..)".

Erläuterung: Die Konkretisierung des Fallwertvergleichs auf den durchschnittlichen alters- und geschlechtsbezogenen Fallwert behebt den oben genannten Fehlanreiz zwar nicht, wird diesen aber deutlich reduzieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung geht weiterhin davon aus, dass in dem Fallwertvergleich die Fallwerte im HzV-Vertrag mit den Fallwerten im Kollektivvertrag verglichen werden. Hierfür muss zur Vermeidung von Unklarheiten der Fallwert im Kollektivvertrag als Fallwert für die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V konkretisiert werden. Aus der aktuellen unspezifischen Formulierung könnte sonst - was weder sachgerecht noch korrekt umsetzbar wäre - auch der sich im Gesamtdurchschnitt sowohl der selektivvertraglichen als auch der kollektivvertraglichen hausärztlichen Versorgung ergebende Fallwert heraus interpretiert werden.

2. Zum Regelungsvorschlag in Art. 1 Nr. 5 Buchst. b) = § 73b Abs. 8 SGB V

Die vorgeschlagene Modifikation zu einer verpflichtenden Regelung der Gegenfinanzierung einer über die Regelleistungen hinausgehenden Versorgungshöhe wird unterstützt.

II. Zu Art. 1 Nr. 7 = § 87 Abs. 9 SGB V

Die vorgesehene Ergänzung eines § 87 Abs. 9 SGB V, mit welchem der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen damit beauftragt wird, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. April 2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vorzulegen, wird nachhaltig unterstützt. Der Entwurf entspricht hiermit einer wesentlichen Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Schaffung einer Perspektive für die Ermittlung des je Versicherten insbesondere in Abhängigkeit von der Morbidität erforderlichen vertragsärztlichen Behandlungsbedarfs nach bundesweit einheitlichen Kriterien. Nach der mit dem ersten Schritt der vertragsärztlichen Vergütungsreform im Jahr 2009 umgesetzten Preisvereinheitlichung auf Basis eines bundeseinheitlichen Orientierungswertes ist dieser Schritt erforderlich, damit jeder Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse unabhängig von seinem Wohn- und Aufenthaltsort in unserem Lande entsprechend seiner Erkrankung die notwendige vertragsärztliche Behandlung unter vergleichbaren Qualitäts- und Vergütungsbedingungen erfahren kann.

III. Zu Art. 1 Nr. 8 = § 87d - neu - SGB V

1. Steuerung des Honorarzuwachses für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87d Abs. 2 SGB V

Der Entwurf des GKV-FinG sieht in § 87d Abs. 2 Satz 2 SGB V eine lineare Erhöhung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs je Versicherten um 0,75% vor. Basis ist hierbei der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf. In § 87d Abs. 2 Satz 4 SGB V des Entwurfs heißt es weiter:

"Zusätzlich ist der Behandlungsbedarf je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2011 je Krankenkasse um einen nicht nach Krankenkassen differenzierten regionalen Anpassungsfaktor zu erhöhen, soweit sich nach Berechnungen gemäß Satz 7 ein Anpassungsbedarf ergibt."

Damit ist die asymmetrische Zuwachsverteilung vorgesehen.

Wenn auch die asymmetrische Steigerung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2011 nach § 87d Abs. 2 Satz 4 SGB V wie die lineare Steigerung

nach § 87d Abs. 2 Satz 2 SGB V auf Basis des für das Jahr 2010 vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs erfolgt, ergeben sich folgende Probleme:

- a) Sofern der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf zum Ausgangspunkt der Feststellung der Grenzwerte Über- bzw. Unterschreitung nach § 87d Abs. 2 Satz 7 SGB V gemacht würde, würden die Bezirke von Kassenärztlichen Vereinigungen mit umfassenden selektivvertraglichen Bereinigungen im Jahr 2010 durch das Verfahren bevorteilt. Grund: ihr überproportional bereinigter Behandlungsbedarf je Versicherten würde einen bundesdurchschnittlichen Grenzwert überproportional unterschreiten. Dieses würde eine ungerechtfertigt hohe asymmetrische Steigerung für diese Kassenärztlichen Vereinigungen nach sich ziehen.
- b) Soweit der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten zwar nicht zum Ausgangspunkt der Feststellung der Grenzwertüber- bzw. -unterschreitung nach § 87d Abs. 2 Satz 7 SGB V gemacht wird, dann aber zum Ausgangspunkt einer prozentualen asymmetrischen Veränderungsrate werden sollte, werden die Bezirke von Kassenärztlichen Vereinigungen mit im Jahr 2010 überproportionalen selektivvertraglichen Bereinigungen dagegen ungerechtfertigterweise benachteiligt. Grund: der asymmetrische Anpassungsbedarf würde zwar auf Grundlage des für das Jahr 2010 vereinbarten, unbereinigten Behandlungsbedarfs je Versicherten festgestellt, dann aber bei Anwendung auf die für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf auf einen zu kleinen Sockel angewendet.
- c) Ein drittes Problem ergibt sich zuletzt daraus, dass zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2011, welche nach den gültigen gesetzlichen Bestimmungen bis zum 31. August 2010 abgeschlossen sein muss, der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf noch gar nicht bekannt ist. Hierzu wäre es erforderlich, dass im Bewertungsausschuss bereits sämtliche für das 4. Quartal 2010 vereinbarte selektivvertragliche Bereinigungen bekannt wären. Darüber hinaus sind derzeit noch weit über 1.000 Schiedsverfahren zu den vorhergehenden Bereinigungszeiträumen des Jahres 2010 anhängig.

Dies bedeutet, dass der nach dem Gesetzentwurf in § 87d Abs. 2 Satz 2 und 4 SGB V geplante Aufsatz auf den für das Jahr 2010 vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf je Versicherten auch unabhängig von den o. g. sachlichen Gegengründen mangels der dafür benötigten Daten de facto nicht umsetzbar ist.

Vorschlag:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt daher vor, den in § 87d Abs. 2 Satz 2 und 4 geplanten Aufsatz analog der aktuell gültigen Vorgaben auf den für das Jahr 2010 vereinbarten, unbereinigten Behandlungsbedarf je Versicherten zu ändern. Die hierfür erforderlichen Daten liegen dem Bewertungsausschuss zum Zeitpunkt seiner Beschlussfassung vollständig vor. Weiterhin werden die oben genannten methodischen Probleme nicht auftreten. Die so auch dem bisherigen Vorgehen des Bewertungsausschusses in den Jahren 2009 und 2010 entsprechenden Anpassungen würden auch keine Mehrausgaben zu Lasten der Krankenkassen nach sich ziehen, weil die für das Jahr 2011 zugelassenen linearen und asymmetrischen Zuwachsanteile für jeden Versicherten innerhalb eines Selektivvertrages entsprechend mit zu bereinigen sind.

2. Verteilungssumme für die asymmetrische Verteilung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält es für erforderlich, dass die Verteilungssumme gesetzlich festgelegt wird, und zwar auf einen Betrag von 670 Mio. Euro für das Jahr 2011.

3. Honorarzuwachsbegrenzungsregelung für außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Leistungen (§ 87d Abs. 4 SGB V)

Nach § 87d Abs. 4 Satz 1 SGB V des Entwurfs des GKV-FinG ist vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2010 mit Wirkung für das Jahr 2011 Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V vereinbaren. Eine entsprechende Vereinbarung soll auch für das Jahr 2012 getroffen werden. Dabei soll das Ausgabenvolumen der Jahre 2011/2012 für diese Leistungen das um die Hälfte der für das Jahr 2011/2012 nach § 71 Abs. 3 SGB V für das gesamte

Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate erhöhte Ausgabenvolumen des Jahres 2011/2012 nicht überschreiten. Nach der Begründung zu dem Gesetzentwurf sollen durch diese Maßnahmen medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklungen der sogenannten extrabudgetär zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen begrenzt werden.

Ausgenommen von dieser Regelung sind die Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie ab dem Jahr 2009 neu eingeführte ärztliche Leistungen, soweit diese auf eine Veränderung des gesetzlichen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 SGB V beruhen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung interpretiert die geplante Regelung so, dass entsprechend dem Verweis in § 87d Abs. 4 Satz 1 ausschließlich diejenigen vertragsärztlichen Leistungen von der Ausgabenbegrenzung betroffen sind, die nach § 87a Abs. 3 Satz 5 tatsächlich auf Basis regionaler Vereinbarungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden. Nicht betroffen von diesen Regelungen sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung dagegen die unabhängig von § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V unmittelbar durch die Beschlussfassungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Neuordnung bzw. Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung mit direkter Relevanz für die Höhe des Orientierungswertes aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgenommenen Leistungen.

Sollten auch die durch den Erweiterten Bewertungsausschuss selbst aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgenommenen Leistungen mit in die Ausgabenzuwachsbegrenzungsregelung nach § 87d Abs. 4 SGB V des GKV-FinG einbezogen werden, wäre dies absolut kontraproduktiv:

Zum Einen würde dies die durch den Erweiterten Bewertungsausschuss gewünschte besondere Förderung dieser Leistungen konterkarieren. Das in der Begründung genannte Ziel einer Begrenzung medizinisch nicht begründbarer Ausgabenentwicklungen würde damit verfehlt und durch die Sanktionierung von Leistungen, welche höhere Folgekosten oder die Anwendung teurerer Alternativverfahren vermeiden sollen, in das Gegenteil verkehrt.

Zum Anderen würde der vertragsärztliche Bereich bei der Erbringung von ambulanten Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen nach § 115b SGB V im Vergleich mit Krankenhäusern, die nach dem Stand des Diskussionsentwurfes des GKV-FinG diese Leistungen auch weiterhin in unbegrenzter Menge zum vollen Preis der Euro-Gebührenordnung erbringen können, drastisch benachteiligt. Die unter der Ausgabenzuwachsbeschränkung für stationäre Leistungen unter diesen Rahmenbedingungen entstehenden Anreize für Krankenhäuser zur Ausweitung von ambulanten Operationen und stationersetzenden Leistungen nach § 115b SGB V würde darüber hinaus zu weiteren Leistungsverlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich führen. Diese Leistungsverlagerungen würden, was die Erbringung entsprechender prä- und postoperativer Leistungen anbelangt, auch den vertragsärztlichen Bereich massiv betreffen, ohne dass stationär-ambulante Verlagerungseffekte nach den gesetzlichen Planungen des GKV-FinG in den Jahren 2011 und 2012 bei der Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Honorare geltend gemacht werden könnten. Der in der Koalitionsvereinbarung der Regierungsparteien ausdrücklich beabsichtigte Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren würde hierdurch verfehlt.

Überdies würde auch durch eine Einbeziehung der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten belegärztlichen Leistungen in die Ausgabenbegrenzungsregelung nach § 87d Abs. 4 SGB V des GKV-FinG das genaue Gegenteil der ebenfalls in der Koalitionsvereinbarung ausdrücklich formulierten Zielsetzung der Beibehaltung und Stärkung des bestehenden Belegarztsystems erreicht werden. Auch dies bitten wir im weiteren Umgang mit dem Regelungsvorschlag nach § 87d Abs. 4 nachdrücklich zu bedenken.

4. Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (§ 87d Abs. 2 Satz 6 Entwurf)

Zur Regelung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V sieht der Regelungsvorschlag in § 87d Abs. 2 Satz 6 SGB V vor:

- Die Regelungen nach § 87 Abs. 3 Satz 4 SGB V sowie nach § 87a Abs. 4 Nr. 1, 3 und 4 SGB V finden für das Jahr 2011 darüber hinaus keine Anwendung.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist der Auffassung, dass diese Regelung auch vor dem Hintergrund der angespannten Wirtschaftslage zu weit gehend ist. Der Bewertungsausschuss hat in seinen Regelungen für die Jahre 2009 und 2010 bewusst zwischen dem mehr allgemeinen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf aufgrund von Akuterkrankungen und einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf aufgrund von Ausnahmeereignissen unterschieden. Die Vorgaben zur Berücksichtigung eines nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf Grund von Ausnahmeereignissen wurde gezielt zur kurzfristigen und pragmatischen Sicherstellung der Finanzierung der nicht innerhalb der regulären morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen planbaren vertragsärztlichen Versorgung im Falle von

- Pandemien, Epidemien und Endemien nach Feststellung durch das zuständige Gesundheitsamt, das Robert-Koch-Institut (RKI) oder die World Health Organization (WHO) sowie im Falle von
- Naturkatastrophen oder anderen Großschadensereignissen, bei denen Katastrophenalarm ausgelöst wurde,

geschaffen und hat sich z.B. erst jüngst bei dem Umgang mit der neuen Influenza A/H1N1 (Schweineinfluenza) bewährt.

Die Regelung nach § 87d Abs. 2 Satz 2 SGB V soll in Verbindung mit der Regelung nach § 87d Abs. 2 Satz 6 SGB V offensichtlich erreichen, den Zuwachs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aus Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten für die Jahre 2011 und 2012 abschließend auf eine lineare Erhöhung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs je Versicherten um je Jahr 0,75% zu begrenzen. Während die Nichtanwendung der Regelungen zur Berücksichtigung des nichtvorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf Grund von Akuterkrankungen im Zusammenhang mit der vorgenannten Zielsetzung folgerichtig erscheint, würde mit einer Aussetzung der Regelungen zur Berücksichtigung des nichtvorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf Grund von Ausnahmeereignissen ein im Einvernehmen der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zu Stande gekommener wesentlicher Fortschritt in der Sicherstellung einer angemessenen Finanzierung der vertragsärztlichen Versorgung im Seuchen- oder Katastrophenfall ohne Not aufgegeben.

Deshalb schlägt die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor, in dem vorgenannten Vorschlag nach § 87d Abs. 2 Satz 6 SGB V den Punkt durch ein Semikolon zu ersetzen und wie folgt fortzufahren:

„; der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen nach § 87a Abs. 3 Satz 4 bleibt hiervon unberührt.“

IV. Zu Art. 1 Nr. 10 = § 105 Abs. 5 SGB V

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt die Aufhebung der ab 1. Januar 2010 auf die Sicherstellung nur in der vertragszahnärztlichen Versorgung geregelten besonderen finanziellen Sicherstellungsmaßnahmen. Damit wird eröffnet, dass auch in der vertragsärztlichen Versorgung wieder Sicherstellungszuschläge für die Sicherstellung in Fällen von Unterversorgung und lokalem Versorgungsbedarf geleistet werden können, und zwar unter Beteiligung der Krankenkassen.

Begrüßt wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch, dass nach Art. 12 Abs. 3 des Entwurfs diese Vorschrift mit der Wiederinkraftsetzung des bisherigen Regelungskontextes der Sicherstellungszuschläge mit Wirkung vom 1. Januar 2010 in Kraft.

C. Schlussbemerkung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung darf sich vorbehalten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens gegebenenfalls ergänzende Vorschläge einzubringen.

Dr. Köhler

Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung