



**Stellungnahme des IKK e. V.
zum Entwurf eines
Gesetzes zur Verbesserung der Versor-
gungsstrukturen in der gesetzlichen
Krankenversicherung**

(GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

Stand 13.10.2011

IKK e. V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-10
info@ikkev.de

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem geplanten Gesetz sollen die vorhandenen Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung verbessert werden. Es sollen die Bedarfsplanung flexibler und neu gestaltet, der Unterversorgung begegnet und die (zahn)ärztliche Vergütung reformiert werden. Es ist allerdings aus Sicht des IKK e.V. festzustellen, dass die ausdrücklich begrüßenswerten Regelungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur leider von Regelungen überlagert und dadurch entwertet werden, die mittelfristig zu einer finanziellen Belastung der Gesetzlichen Krankenversicherung führen werden. Diese Mehrbelastungen zugunsten der Leistungserbringer sind letztlich von den Versicherten über Zusatzbeiträge zu finanzieren, ohne dass es dadurch zu einer spürbaren Versorgungsverbesserung kommen wird. Den veränderten finanziellen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise der Streichung von Abschlägen auf den Orientierungswert in überversorgten Gebieten steht keine adäquate Versorgungsverbesserung gegenüber. Die Innungskrankenkassen bedauern, dass die Chance ungenutzt bleibt, die in wenigen Gebieten bestehende Unterversorgung durch einen Abbau der in weiten Teilen bestehenden Überversorgung zu beseitigen. Stattdessen werden einseitig zahlreiche Förderungsinstrumente für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten entwickelt.

- Insbesondere im Bereich der zahnärztlichen Versorgung finden sich Regelungen, die zu einer enormen Vergütungsausweitung führen. In Kombination mit der neuen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wirken sich der Wegfall der Budgetierung und die Unterminierung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ausschließlich zu Lasten der Beitragszahler aus. Dies lehnt der IKK e.V. ab. Dass die Innungskrankenkassen nunmehr für eine höhere Vergütung zu sorgen haben, nur weil das wettbewerblich genutzte Alleinstellungsmerkmal der Ersatzkassen, mehr Honorar zu zahlen, zurückgenommen wird, ist unverständlich.
- Die Stärkung des Einflusses der Länder auf die Bedarfsplanung sehen wir mit großer Skepsis. Auch wenn im Detail ersichtlich wird, dass der tatsächliche Einfluss der Länder eher gering sein dürfte, erweitert und erschwert man damit unnötig die ohnehin schon komplexen Abstimmungsprozesse der gemeinsamen Selbstverwaltung. Ein Versorgungssystem, das nach politischen Erwägungen regional beeinflusst wird, lehnen wir strikt ab, da regionale Versorgungsunterschiede dadurch noch verschärft werden. Zumal die Erfahrung zeigt, dass die geforderte Mitverantwortung der Länder in der Regel eine finanzielle Mitverantwortung nicht einschließt. Eine Verbesserung der erlebten Versorgungsrealität allein durch die verstärkte Beteiligung der Länder zu erreichen, kann durch den vorliegenden Entwurf nicht ernsthaft erwartet werden.
- Die vorgesehene Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses ist in den Augen des IKK e.V. ebenfalls eine Schwächung der Selbstverwaltung. Der sektorenüber-

greifende Ansatz wird unverständlicherweise durch einen sektorspezifischen Ansatz ersetzt – in Zeiten, in denen die Sektorengrenzen eigentlich zu überwinden sind und gerade auch der vorliegende Gesetzentwurf einen sektorübergreifenden Ansatz verfolgt. Insoweit ist der Gesetzentwurf nicht konsistent.

- Die Möglichkeit, erweiterte Satzungsleistungen anbieten zu können, wird vom IKK e.V. begrüßt. Allerdings erscheint es uns fragwürdig, ob das Instrument auch tatsächlich genutzt werden kann. Derzeit dürfte keine Krankenkasse willens und in der Lage sein, Zusatzbeiträge zu riskieren, um erweiterte Satzungsleistungen anzubieten.
- Die Regelungen im Zusammenhang mit Insolvenz/Schließung von Krankenkassen sind grundsätzlich sinnvoll, hat sich doch gezeigt, dass die bisherigen Regelungen im Ernstfall nicht oder erst mit Verzögerung greifen. Skeptisch sind wir jedoch, ob die Haftungsverschärfungen wirken. Sie sind nachvollziehbar, werden jedoch ins Leere laufen. Es dürfte schwer werden, zweifelsfrei nachzuweisen, dass eine Krankenkasse vorsätzlich und geplant Versicherten einer geschlossenen Krankenkasse eine Aufnahme verwehrt oder erschwert hat (vgl. Art.1 Nr. 64 b).
- Im Rahmen des Gesetzentwurfs soll auch ein Durchgriffsrecht der Aufsichten gegenüber den Krankenkassen normiert werden, dass die Amtsenthebung des Vorstandes ermöglicht. Der IKK e.V. sieht in diesem ultimativen Eingriffsrecht der Aufsichten eine Aushebelung der Selbstverwaltung. Wir sind der Auffassung, dass die der Aufsicht zur Verfügung stehenden Mittel ausreichend und zweckmäßig sind, um möglichen Fehlentwicklungen vorzubeugen. Die vorhandenen Instrumente müssen mit Nachdruck angewendet werden.
- Der IKK e. V. begrüßt das Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgungskonzeption im Bereich der ambulanten spezialärztliche Versorgung, weil damit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ gefolgt wird. Um zukünftige Versorgungsprobleme im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung zu lösen, sollte eine differenzierte Betrachtung herangezogen werden, die in der Zukunft zwischen primärärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung unterscheidet und sich an den bekannten und bewährten Rahmensetzungen und Vorschriften der ambulanten und stationären Versorgung – wie der Bindung an die Bedarfsplanung, Zulassung, Wirtschaftlichkeit und kontinuierliche Qualitätssicherung – orientiert. Bei der Aus- bzw. Umgestaltung bedarf es erheblicher Anpassungen gegenüber dem jetzigen Gesetzentwurf. Denn einerseits muss noch ein Umverteilungsmechanismus zwischen den betroffenen Sektoren definiert werden, andererseits ist ein sektorenübergreifendes bereinigtes Budget auf der Grundlage einer Bedarfsprüfung zu entwickeln. Darüber hinaus muss eine geregelte Zulassung für diese Versorgung sichergestellt sein und zwingend über die Zulassungsausschüsse organisiert werden. Das vorgesehene An-

zeigeverfahren lässt eine unkontrollierbare Versorgungssituation befürchten. Die Innungskrankenkassen teilen insoweit die vom Bundesrat geäußerte Kritik.

Anmerkung:

In den Punkten, zu denen im Folgenden keine gesonderte Stellungnahme erfolgt, schließt sich der IKK e.V. den Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes an, in deren Erarbeitung er als Spitzenorganisation der Innungskrankenkassen auf Bundesebene eingebunden war.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2b

§ 11 Abs. 6 - Erweiterte Satzungsleistungen

Beabsichtigte Neuregelungen

Die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen sollen ausgeweitet werden. Es geht hierbei um Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zum allgemeinen Leistungskatalog gewähren kann. Bedingung ist, dass diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen worden sind. Die für erweiterte Satzungsregelungen in Betracht kommenden Leistungsbereiche werden ausdrücklich benannt: medizinische Vorsorgemaßnahmen (§ 23 SGB V), künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V), zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2 SGB V), die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1 SGB V), Heilmitteln (§ 32 SGB V) und Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V), Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) und medizinische Rehabilitationsleistungen (§ 40 SGB V) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern. (27 a SGB V). Diese zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen gesondert auszuweisen.

Bewertung

Der IKK e. V. begrüßt, dass die wettbewerblichen Möglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite erweitert werden. Indem den Kassen die Möglichkeit zusätzlicher Satzungs- und Ermessensleistungen eröffnet wird, steigen auch die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung, die für die Festlegung der Satzungsleistungen einer Krankenkasse verantwortlich ist.

Auch Satzungsleistungen unterliegen dem allgemein gültigen Wirtschaftlichkeitsgebot der §§ 12, 70 SGB V. Daher ist derzeit unklar, in welchem Ausmaß die Neuregelung überhaupt zum Tragen kommen wird, da sich zum Teil die Leistungspflicht der Krankenkassen auf alle Leistungen erstreckt, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen. So besteht beispielsweise der Anspruch auf Versorgung mit allen Hilfsmitteln, die den Voraussetzungen des § 33 Abs. 1 SGB V genügen und die folglich nach § 139 Abs. 4 SGB V in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen sind. Die Vorschrift dürfte insoweit also ins Leere laufen oder sich auf Hilfsmittel erstrecken, deren Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis nicht beantragt oder aus einem der in § 139 Abs. 4 SGB V genannten Gründen,

also beispielsweise der mangelnden Funktionstauglichkeit oder Qualität, versagt wurde. Es muss daher in der Änderung des § 11 Abs. 6 deutlicher hervorgehoben werden, dass die qua Satzung zu gewährenden Leistungen den medizinischen Nutzen und die entsprechenden Qualitätsanforderungen erfüllen müssen. Ansonsten geht für die Versicherten von diesen Leistungen möglicherweise eine Gefahr aus. Gleiches gilt für die in dem Entwurf vorgesehenen Leistungen nicht zugelassener Leistungserbringer. Es muss daher sicher gestellt werden, dass auch die nicht zugelassenen Leistungserbringer in fachlicher Hinsicht die qualitativen Voraussetzungen erfüllen, die für zugelassene Leistungserbringer gelten, um Scharlatanerie auszuschließen. Personen, die keine vergleichbaren Qualitätsstandards erfüllen, sind von der Leistungserbringung auszuschließen.

Zu den Finanzierungsaspekten verweisen wir auf die Anmerkungen zu Artikel 1 Nr. 76 (§ 270 SGB V)

Änderungsvorschlag

In § 11 Abs. 6 S.1 SGB V werden nach den Wörtern „nicht ausgeschlossene“ die Wörter „medizinisch sinnvolle“ Leistungen und nach den Wörtern „Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern“ ein Komma und die Wörter „bei denen die fachlich gebotene Qualität in der Leistungserbringung durch einheitliche Standards sichergestellt ist,“ eingefügt.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 39 Abs. 1 Krankenhausbehandlung

Beabsichtigte Neuregelungen

Das Entlassungsmanagement wird als Bestandteil des Anspruchs der Versicherten auf Krankenhausbehandlung definiert und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten soll dabei nur mit Einwilligung sowie nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.

Bewertung

Der IKK e.V. sieht Anpassungsbedarf.

Der Vorschlag ist eine Erweiterung des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung und erfordert eine Änderung in § 284 SGB V.

Durch die Verankerung des Entlassungsmanagements in § 39 SGB V sollen Krankenhäuser mit den Krankenkassen zusammenarbeiten. Eine einseitige Verpflichtung der Krankenkassen zur Sicherstellung des Entlassungsmanagements – wie in der Begründung ausgeführt – wird nicht gesehen.

Des Weiteren ist die Datenübermittlung und –speicherung für das Entlassungsmanagement in § 284 SGB V aufzunehmen.

Änderungsvorschlag

Die Formulierung aus der Begründung „Die Krankenkassen, gegen die sich der Anspruch auf Krankenbehandlung richtet, sind verpflichtet dafür zu sorgen, dass die Erbringung der Leistung sichergestellt ist“ ist zu streichen. Ferner ist der Verweis zu § 11 Abs. 4 gesondert zu berücksichtigen und darf sich nicht nur auf den Satz 4 beschränken.

Anpassung des § 284 SGB V.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 b)

§ 85 Abs. 2a SGB V – Angleichung der zahnärztlichen Vergütungsstrukturen

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Angleichung der Vergütungsstrukturen zwischen den Ersatzkassen und den Primärkassen. Damit sollen Belastungsunterschiede bei den verschiedenen Krankenkassen und Kassenarten abgebaut werden.

Bewertung

Die Ersatzkassen haben historisch bedingt im Bereich der zahnärztlichen Behandlung höhere Punktwerte und dementsprechend auch höhere Gesamtvergütungen als die übrigen Kassenarten vereinbart. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben beruhen auf den durchschnittlichen Leistungsausgaben für die Versicherten. Die Ersatzkassen sehen sich hier gegenüber den anderen Kassenarten in einem wettbewerblichen Nachteil. Dieser Umstand muss jedoch als ein Ergebnis der unterschiedlichen Markt- und Wettbewerbsstrategien der Kassenarten verstanden werden. Eine bessere zahnärztliche Vergütung durch die Ersatzkassen war und ist auch ein Wettbewerbsinstrument und erfolgte demnach sehr bewusst. Die hierbei resultierenden Mehrausgaben der Ersatzkassen sind in diesem Zusammenhang als Investitionskosten für einen wettbewerblichen Vorteil gegenüber den übrigen Kassenarten zu verstehen.

Durch eine einmalige einheitliche Ermittlung der landesdurchschnittlichen Punktwerte des Jahres 2012 durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, geht die ab 2013 beabsichtigte Angleichung der Vergütungsstrukturen ausschließlich zu Lasten der Primärkassen. Dies stellt einen Eingriff in den Kassenwettbewerb dar, den die Innungskrankenkassen strikt ablehnen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Primärkassen den Rückbau eines früheren Wettbewerbsvorteils der Ersatzkassen mit höheren Leistungsausgaben finanzieren sollen. Eine Angleichung der Vergütung sollte daher aus Wettbewerbsgründen mittels einer Absenkung der Punktwerte der Ersatzkassen auf das Niveau der Primärkassen erreicht werden. Dadurch resultierende Mindereinnahmen der Leistungserbringer würden durch die ebenfalls beabsichtigte Abschaffung der Budgetierung mehr als ausreichend kompensiert werden.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 d)

§ 85 Abs. 3 SGB V – Vertragszahnärztliche Gesamtvergütung

Beabsichtigte Neuregelung

Die vorrangige Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) wird bei Vereinbarungen über die Gesamtvergütungen abgeschafft. Zusätzlich soll jetzt die Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung, die Kosten- und Versorgungsstruktur, die für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendende Arbeitszeit sowie die Art und der Umfang der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen, berücksichtigt werden.

Bewertung

Die gesetzlichen Neuregelungen zur Berücksichtigung weiterer Parameter zur Vereinbarung der Gesamtvergütung führen im Ergebnis zu einem Ausgabenanstieg in der GKV. Der Vorrang der Beitragssatzstabilität hat in der Vergangenheit eine ausgewogene Vergütungshöhe gewährleistet. Besonderheiten aufgrund der Morbidität und Versichertenstruktur bei einzelnen Krankenkassen bzw. Kassenarten wurden von den Gesamtvertragspartnern bereits auf freiwilliger Basis berücksichtigt und sind somit schon in den bisherigen Gesamtvergütungen enthalten. Die gleichberechtigte Berücksichtigung aller Parameter zur Ermittlung der vertragszahnärztlichen Vergütung führt letztlich dazu, dass kostensteigernde Elemente in den Vereinbarungen der Gesamtvergütung vollumfänglich Eingang finden werden. Dabei bleibt außer Acht, dass Vertragszahnärzte ohnehin einen Großteil ihrer Einnahmen auch gegenüber gesetzlich Krankenversicherten über Privatliquidationen generieren, die überdies durch die GOZ-Novelle jüngst stark angestiegen sind.

Aus diesem Grunde sollte aus Sicht der Innungskrankenkassen am bewährten Vorrang der Beitragssatzstabilität festgehalten werden, um im vertragszahnärztlichen Bereich kein weiteres kostentreibendes Element zu installieren.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 20 d) - 24

§§ 85 Abs. 4, 87, 87a, 87b, SGB V – Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung

Beabsichtigte Neuregelung

Die KVen erhalten die alleinige Kompetenz zur Honorarverteilung (Honorarverteilungsmaßstab), die nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen getrennt wird. Hierbei haben sie das Benehmen mit den Krankenkassen herzustellen. Die KBV kann in Richtlinien Vorgaben hierzu bestimmen, wobei hinsichtlich des zu vereinbarenden Vergütungsvolumens das Einvernehmen und hinsichtlich der Honorarverteilung das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen ist. Diesbezügliche Kompetenzen des Bewertungsausschusses entfallen ersatzlos. Mengensteuernde Maßnahmen im Honorarverteilungsmaßstab sollen künftig dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des für die von ihm voraussichtlich erbrachten Leistungen zu erwartenden Honorars ermöglichen.

Die Vertragspartner auf regionaler Ebene sollen mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei ihren Vereinbarungen über die Gesamtvergütungen erhalten.

Zentrale Umsetzungsvorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene für die Gestaltung der Vergütungen werden ganz oder teilweise zurückgenommen. Sie legen künftig nur noch einen Orientierungswert fest. Aufgetretene Defizite bei der Steuerungswirkung der Orientierungswerte sind künftig bei der Anpassung des Orientierungswertes nicht mehr zu berücksichtigen.

Der Grad der Pauschalierung im hausärztlichen Versorgungsbereich des EBM wird mit dem Ziel der Stärkung förderungswürdiger Einzelleistungen und Leistungskomplexe zurückgeführt. Die Beratungen und Unterlagen des Bewertungsausschusses sind künftig vertraulich.

Bewertung

Die geplanten Änderungen zur ärztlichen Gesamtvergütung und ihrer Verteilung werden allesamt abgelehnt, denn eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten ist durch sie nicht zu erwarten. Bleibt es bei diesen Änderungen, wird es perspektivisch zu erheblichen Mehrausgaben für die Krankenkassen kommen. Die bisherigen Mechanismen zur Mengensteuerung dienen der Wirtschaftlichkeit und der Versorgungssteuerung. Bei einer alleinigen Verantwortung der KVen für die Verteilung der Vergütung gehen diese Steuerungselemente verloren, da die Gefahr besteht, dass innerärztliche Verteilungsinteressen bei der Honorarverteilung stärker im Focus stehen als der Versorgungsbedarf

der Versicherten. Es ist insoweit auch inkonsequent, den Krankenkassen das Morbiditätsrisiko ihrer Versicherten zu übertragen und sie hinsichtlich der Honorierung der für die Versorgung ihrer Versicherten erbrachten Leistungen auf bloße Zahlungspflichten zu beschränken und ihnen jedweden Handlungsspielraum zur Versorgungssteuerung zu nehmen.

Wegen der Regionalisierung der Kompetenzen zur Vereinbarung und Verteilung der ärztlichen Vergütung droht ein Verlust der bundesweiten Vergleichbarkeit des ärztlichen Honorars. Daher sind negative Folgen für die Bewertung ärztlicher Leistungen zu befürchten. Durch Regionalisierung der Honorarverteilung sind wieder unübersichtliche und sich in den Steuerungszielen widersprechende Verteilungsmaßstäbe zu erwarten, die einzelne Arztgruppen in einzelnen Regionen benachteiligen.

Die geplante Abschaffung der bundesweiten Orientierungswerte bei Über- und Unterversorgung (§ 87 Abs. 2e S. 1 Nrn. 2 und 3) werden flankiert von geplanten, regional zu vereinbarenden Zuschlägen nach § 87a Abs. 2. Damit wird deutlich, dass es bei der geplanten Neuregelung lediglich um die Abschaffung von Abschlägen in überversorgten Gebieten geht. Hierdurch drohen den Kostenträgern erhebliche Mehrausgaben, denen keine adäquaten Einsparungen (mehr) gegenüberstehen.

Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 91 SGB V – Gemeinsamer Bundesausschusses

Beabsichtigte Neuregelungen

Der Gesetzentwurf formuliert einen Weiterentwicklungsbedarf für den Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Vermeintlicher Optimierungsbedarf wird vor allem bei der Selbstverwaltungsstruktur sowie den Themenbereichen Transparenz, Offenheit und Möglichkeit zur Beteiligung am Plenum sowie das Thema Bürokratiekostenabschätzung gesehen.

Bewertung

Eine Strukturreform des G-BA ist unnötig.

Selbstverwaltungsstruktur, paritätische Besetzung und sektorenübergreifende Organisation des G-BA haben sich bewährt. Dass dabei auch die Unparteiischen von den Trägerorganisationen autonom benannt werden, ist ein wesentliches Kennzeichen von Selbstverwaltungsorganen. Eine Sperrminorität für einzelne Träger oder über die einfache Mehrheit hinausgehende erhöhte Mindestquoten für das Zustandekommen von Beschlüssen sind kontraproduktiv und würden die Handlungsfähigkeit des G-BA in wichtigen Arbeitsfeldern einschränken. Kein Sektor soll sich auf eine Blockadehaltung zurückziehen können. Krankheiten halten sich nicht an Sektorengrenzen. Es wäre ein enormer Rückschritt, wenn sich die Arbeit des G-BA wieder zur alten sektoralen Beschlussfassung zurück entwickeln würde.

Entscheidungen müssen grundsätzlich auch in Zukunft im sektorenübergreifend besetzten Plenum gefällt werden. Zahl und Bedeutung der rein sektorspezifischen Themen sind ohnehin im Schwinden begriffen. Hier wird von Teilen der Leistungserbringer eine Scheindebatte geführt mit dem Ziel, die gesamte grundsätzliche sektorenübergreifende Ausrichtung des G-BA zu torpedieren.

Der IKK e. V. setzt sich für die Vermeidung unnötigen bürokratischen Aufwands ein und begrüßt den Vorschlag, in Zukunft eine Abschätzung der Bürokratiekosten bei Richtlinienbeschlüssen des G-BA vorzunehmen. Die Ausgestaltung und Umsetzung im G-BA sollte allerdings so erfolgen, dass die Beratungsverfahren nicht unnötig erschwert und die Beschlussfassung nicht unangemessen verzögert werden.

Sowohl die Stellungnahmeverfahren als auch die umfassende Dokumentation und Begründung der Entscheidungen in den öffentlich einsehbaren Abschlussberichten machen die Entscheidungen des G-BA auch für die Öffentlichkeit nachvollziehbar. Beteiligungsrechte von Seiten der pharmazeutischen sowie medizintechnischen Unternehmer und ihrer Verbände als auch von Patientenvertretern sind bereits angemessen berücksichtigt.

Hingegen wird ein Stellungnahmerecht bei Beschlüssen und Richtlinien, die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener oder -beziehbarer Daten regelt, sehr begrüßt. Insgesamt ist die Ausweitung der Plenumsstruktur des G-BA im Spannungsverhältnis zu anderen wichtigen Zielen wie Schnelligkeit der Beschlussfassung und Rechtssicherheit der Entscheidungen abzuwägen. Im Sinne des Patientenwohles und zur Erhöhung der Transparenz sollte die gesetzliche Möglichkeit geschaffen werden, auch Entscheidungen, die der G-BA im Verwaltungsverfahren trifft, öffentlich zugänglich zu machen.

Änderungsvorschlag

Beibehaltung der bisherigen Gesetzeslage mit Ausnahme der unter Nr. 29 g geplanten Änderungen

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 30

§ 92 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Beabsichtigte Neuregelungen

Absatz 7e räumt den Ländern ein Mitberatungsrecht im G-BA in Fragen der Bedarfsplanung ein. Hierfür werden zwei Vertreter von der GMK benannt.

Bewertung

Zum Mitberatungsrecht der Länder ist grundsätzlich die Frage zu stellen, inwieweit die Beteiligung in einem für eine einheitliche medizinische Versorgung in der gesamten Bundesrepublik zuständigen Beschlussgremium überhaupt erforderlich ist. Darüber hinaus steigt die Gefahr der Vertretung von Partikularinteressen, je mehr Vertreter in den G-BA entsandt werden. Insofern ist die Beteiligung der Länder abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Ablehnung der Gesetzesänderung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 37 b)

§ 105 Abs. 1a SGB V – Einrichtung eines Strukturfonds

Beabsichtigte Neuregelungen

Die KVen erhalten bei entsprechendem Versorgungsbedarf die Möglichkeit, einen Strukturfonds einzurichten, in den 0,1 % der jeweiligen Gesamtvergütung seitens der KV und ergänzend eine entsprechend gleich große Summe seitens der Krankenkassen einfließen. Über die Mittelverwendung entscheidet allein die KV.

Bewertung

Die Einrichtung eines Strukturfonds durch die KVen wird abgelehnt, da in den letzten Jahren von den Krankenkassen bereits ausreichend zusätzliche Finanzmittel aufgebracht wurden; zusätzliche Finanzmittel sind abzulehnen. Die Gründung eines Strukturfonds würde zudem wegen der bereits vorhandenen Förderungsmöglichkeiten nach § 105 Abs.1 und 4 zu unnötigen Doppelstrukturen führen, da die der Neuregelung zu Grunde liegenden Ziele durch die vorhandenen Regelungen bereits erreicht werden. Eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen – insbesondere ohne entsprechende Entscheidungsbefugnis über die Mittelverwendung – kommt daher nicht in Betracht. Es sollte vielmehr den KVen alleine ermöglicht werden, einen Sicherstellungsfonds einzurichten, der aus der Gesamtvergütung zu speisen ist.

Änderungsvorschlag

Streichung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Art. 22, 44, 80 a) aa)

§§, 116b, 87 Abs. 5a, 295 Abs. 1b und 2a SGB V – Spezialärztliche Versorgung

Beabsichtigte Neuregelungen

Es soll ein neuer sektorenübergreifender Versorgungsbereich für die ambulante spezialärztliche Versorgung geschaffen werden, der die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und seltenen Erkrankungen sowie hochspezialisierte Leistungen umfassen soll. Darüber hinaus sollen Teilbereiche ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Leistungen (nach § 115b SGB V) dem Versorgungsbereich der spezialärztlichen Versorgung (§ 116b-neu SGB V) zugeordnet werden. Die Zulassung zur spezialärztlichen Versorgung können ambulante Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser gleichermaßen erlangen, indem sie die Erfüllung der sächlichen und personellen Voraussetzungen gegenüber der zuständigen Landesbehörde belegen (Anzeigeverfahren). Die Landesbehörde hat die Möglichkeit, dem Antragsteller innerhalb von einer zweimonatigen Frist mitzuteilen, dass die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt sind. Erfolgt keine Beanstandung der Landesbehörde innerhalb der Frist, wird die Zulassung automatisch wirksam. Die sächlichen und personellen Zulassungsvoraussetzungen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definiert. Darüber hinaus konkretisiert der G-BA in einer Richtlinie die der spezialärztlichen Versorgung zuzuordnenden Erkrankungen, den Behandlungsumfang, Maßnahmen zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und Fälle, in denen eine Überweisung durch den behandelnden Arzt Voraussetzung für die Inanspruchnahme der spezialärztlichen Versorgung durch den Versicherten ist. Auf Antrag eines Unparteiischen, einer Trägerorganisation oder einer Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten ergänzt der G-BA den Katalog der spezialärztlichen Leistungen um weitere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen oder hochspezialisierte Leistungen. Eine Bedarfsplanung ist für den neuen sektorenübergreifenden Leistungsbereich nicht vorgesehen. Die Vergütung spezialärztlicher Leistungen nach § 116b-neu erfolgt auf Grundlage einer zwischen GKV-Spitzenverband, DKG und KBV zu vereinbarenden Kalkulationssystematik und diagnosebezogenen Gebührenpositionen ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen. Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung erfolgt die Vergütung auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Gebührenordnung. Die Vergütung von Leistungen, die durch öffentlich geförderte Krankenhäuser erbracht werden, ist um einen Investitionskostenabschlag in Höhe von 5 Prozent zu kürzen. Die spezialärztlichen Leistungen werden unmittelbar von der Kran-

kenkasse vergütet. Diese führt auch die Prüfungen zu Wirtschaftlichkeit und Qualität durch oder beauftragt hiermit eine Arbeitsgemeinschaft.

Bewertung

Der Begriff der „spezialärztlichen Versorgung“ ist kein scharf abgrenzbarer und klar definierter Begriff. Im gesundheitspolitischen Diskurs der Akteure im Gesundheitswesen wird mit dem Begriff oftmals der gesamte Bereich, in dem ambulante Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser gleichermaßen an der Versorgung teilnehmen, umfasst. Der Gesetzentwurf bezieht den Begriff „spezialärztliche Versorgung“ jedoch in einem engen Sinne auf die Leistungen, die im derzeit gültigen §116b SGB V abgebildet sind, sowie einen Teil der Leistungen im derzeit gültigen § 115b SGB V. Für eine umfassende Neuordnung des Bereichs ambulanter Leistungen, die von Leistungserbringern beider Versorgungssektoren erbracht werden, greift der Gesetzentwurf zu kurz.

Der Gesetzentwurf sieht für den Bereich der spezialärztlichen Versorgung keine Instrumente der Bedarfsplanung und Mengensteuerung vor. Dies ist im Bereich der seltenen Erkrankungen durchaus nachvollziehbar, da der Aufwand in keinem angemessenen Verhältnis zum Ergebnis stehen würde. Allerdings wird der Verzicht auf eine Bedarfsplanung bei den Krankheiten mit besonderem Verlauf (Anlage 3 der G-BA Richtlinie) seitens des IKK e.V. mit Besorgnis gesehen. Bei den onkologischen Erkrankungen oder der schweren Herzinsuffizienz ist zu befürchten, dass es bei Zulassungen ohne Bedarfsplanung zu starken regionalen Versorgungsunterschieden kommt. Darüber hinaus besteht nach dem Gesetzentwurf die Möglichkeit, den Katalog der spezialärztlichen Leistungen im § 116b-neu um weitere Erkrankungen zu ergänzen. Dies birgt die Gefahr, dass weitere Erkrankungen mit einer ähnlich hohen epidemiologischen Bedeutung, wie die zuvor angeführten Beispiele in den Katalog aufgenommen werden, ohne die Option, Zulassungen bedarfsgerecht zu steuern. Daher lehnt der IKK e.V. eine Zulassung der Leistungserbringer nach Anzeigeverfahren, das dem Motto „wer kann, der darf“ folgt, ab. Die Zulassung der Leistungserbringer sollte basierend auf einer Bedarfsplanung des G-BA für mengenmäßig relevante Erkrankungen durch ein Gremium auf Landesebene befristet erfolgen. Bei der Befristung der Zulassung ist zu beachten wie hoch die Investitionskosten für den Leistungserbringer sind und welche Mindestlaufzeit für die Zulassung entsprechend gerechtfertigt ist. Nur so kann dem regionalen Versorgungsbedarf angemessen Rechnung getragen werden.

Fehlende Instrumente zur Mengensteuerung im § 116b-neu SGB V werden zu hohen, noch nicht absehbaren Kosten für die GKV führen. Daher ist es aus Sicht des IKK e.V. abzulehnen, weitere Leistungsbereiche, insbesondere Leistungen des ambulanten Operierens nach §115b SGB V in diesen Paragraphen zu integrieren.

Des Weiteren ist aus Sicht des IKK e. V. die grundsätzliche Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die ambulante spezialärztliche Versorgung nicht zu vertreten. Insbesondere neue Methoden müssen vor der breiten Einführung in die Versorgung auf ihre Wirksamkeit und Evidenz geprüft werden.

Die Leistungen der spezialärztlichen Versorgung werden direkt zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse abgerechnet. Um Daten für die Umsetzung der oben geforderten Zulassung auf Grundlage einer Bedarfsplanung sowie für die im Gesetzentwurf vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen generieren zu können, sollte ein einheitliches Datenübermittlungsverfahren etabliert und eine Datenstelle zur GKV-weiten Zusammenführung von Daten eingerichtet werden. Die neu einzurichtende Datenstelle soll den verschiedenen Gremien und Akteuren, die an der Umsetzung der spezialärztlichen Versorgung beteiligt sind, zur jeweiligen Erfüllung ihrer Aufgaben die notwendige Datengrundlage zur Verfügung stellen.

Änderungsvorschlag

Der IKK e.V. fordert eine Zulassung von Leistungserbringern zur spezialärztlichen Versorgung durch ein Gremium auf Landesebene, das durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Landeskrankenhausesellschaften und die Kassenärztlichen Vereinigungen gebildet wird. Das Gremium ist paritätisch zu besetzen aus Vertretern der Kostenträger und der Leistungserbringer. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen den Vorgaben des G-BA zu sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringer sowie einer Bedarfsplanung für mengenrelevante gekennzeichnete Leistungen folgen. Die Zulassung hat indikationsbezogen und befristet zu erfolgen. Dem Leistungserbringer müssen mit der Zulassung leistungsbezogene Grenzwerte mitgeteilt werden, bei deren Überschreitung prozentuale Abschläge auf die Vergütung erfolgen. Der Zulassungsausschuss auf Landesebene hat die Einhaltung der leistungsbezogenen Grenzwerte zu prüfen.

Der IKK e.V. fordert, auf eine Integration von Leistungen des ambulanten Operierens nach §115b SGB V in den §116b-neu zu verzichten.

Aus Sicht des IKK e.V. können neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur Bestandteil der spezialärztlichen Versorgung sein, wenn sie im Rahmen einer Erprobung nach § 137e erbracht werden und durch die Gebührenordnung zur spezialärztlichen Versorgung abgebildet werden.

Der IKK e.V. fordert die Einführung eines einheitlichen Datenübermittlungsverfahrens zur Abrechnung von Leistungen der spezialärztlichen Versorgung sowie die Einrichtung einer Datenstelle, die eine GKV-weite Zusammenführung von Daten und die Bereitstel-

lung einer Datenbasis zur Erfüllung der Aufgaben der beteiligten Gremien und Akteure (z.B. G-BA, Zulassungsausschüsse) sicherstellt.

Der IKK e.V. fordert des Weiteren eine begleitende Versorgungsforschung zur Einführung der spezialärztlichen Versorgung, die insbesondere Leistungsentwicklungen und -verlagerungen untersuchen soll.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 51, 53

§§ 137c, 137e SGB V – Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelungen

Patienten werden in der Routineversorgung im Krankenhaus häufig mit neuen Behandlungsmethoden versorgt, deren Nutzen und Risiken unzureichend erforscht sind. Da aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage (insbesondere § 137 c SGB V / Verbotsvorbehalt) eine vorab durchgeführte transparente Bewertung des patientenrelevanten Nutzens in der Regel nicht erfolgt, wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf dem G-BA die Möglichkeit eröffnet, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit dem Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aber bisher unklarem Nutzen einer Erprobung zuzuführen.

Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser können gleichermaßen an den Studien teilnehmen, wenn Sie nachweisen, dass sie die Anforderungen einer wissenschaftlichen Begleitung erfüllen. Die Vergütung erfolgt unmittelbar durch die Krankenkassen. Für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung beauftragt der G-BA ein unabhängiges wissenschaftliches Institut. Beruht die technische Anwendung der Methode auf dem Einsatz eines Medizinproduktes, darf der Gemeinsame Bundesausschuss einen Beschluss zur Erprobung nur dann fassen, wenn die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung in angemessenem Umfang mitgetragen werden.

Darüber hinaus können Hersteller eines Medizinprodukts, auf dessen Einsatz die technische Anwendung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode beruht und Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter einer neuen Methode ein wirtschaftliches Interesse einer Leistung haben, beim G-BA einen entsprechenden Antrag stellen. Der G-BA berät hierzu Hersteller von Medizinprodukten und sonstige Unternehmen.

Bewertung

Der IKK e. V. begrüßt das systematische Vorgehen zu innovativen Behandlungsmethoden, sieht jedoch Anpassungsbedarf.

Grundsätzlich ist der Vorschlag zu begrüßen, dass der G-BA die Möglichkeit hat, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit dem Potential einer Behandlungsalternative aber bisher unklarem Nutzen einer Erprobung zuzuführen.

Jedoch muss gewährleistet sein, dass eine Finanzierung der medizinischen Leistung durch die GKV ausschließlich im Rahmen hochwertiger klinischer Studien erfolgt. Eine gleichzeitige flächendeckende Anwendung der neuen Methode außerhalb von Studien ist aus Gründen des Patientenschutzes abzulehnen. Weiterhin ist zu befürchten, dass sich die Akkreditierung und Teilnahmegewinnung schwierig gestalten wird, wenn die zu evaluierende Leistung bereits in der flächendeckenden Routineversorgung zur Verfügung steht.

Der Entwurf nimmt Hersteller von Medizinprodukten oder Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter der Methode wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, in die Pflicht, sich am Studienoverhead zu beteiligen. Grundsätzlich begrüßt der IKK e. V. diesen Vorschlag.

Der Industrie wird außerdem das Recht eingeräumt, einen Antrag auf Erstellung einer Richtlinie zur Erprobung ihrer Produkte oder Anwendungen beim G-BA zu stellen. Die Verantwortung für Planung, Beauftragung und Steuerung der Studie liegt dann beim G-BA. Diesen Vorschlag lehnt der IKK e. V. ab. Verantwortlich für die Planung, Durchführung und Finanzierung eines Produkts oder Verfahrens ist grundsätzlich der Entwickler und Hersteller. Der Gesetzesvorschlag ist deshalb so zu erweitern, dass interessierte Unternehmen selbst das Studienprotokoll und die sächlichen und personellen Anforderungen innerhalb der Studie erstellen und dies dann dem G-BA zur Genehmigung vorlegen. Sämtliche studienbedingte Mehrkosten sind in diesen Fällen von dem Antrag stellenden Unternehmen zu tragen. Sowohl die Studienentwicklung als auch die Studienoverheadkosten sind als Produkt-Entwicklungskosten anzusehen und sollten nicht von den GKV-Versicherten getragen werden.

Änderungsvorschlag

Der IKK e. V. unterstützt den Gesetzesvorschlag des GKV-Spitzenverbandes „Innovationszentren in der GKV-Versorgung“.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 67

§ 221b Abs. 2 SGB V – Evaluation der Vergütungsneuordnung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung soll die finanziellen Auswirkungen der nach § 85 und §87a Abs. 2 Satz 3 geplanten Neuregelungen in den Bereichen der vertragszahnärztlichen und der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 30.04.2014 evaluieren. Das Ergebnis der Evaluation soll bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich mindernd berücksichtigt werden, wenn sich unter der Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben.

Bewertung

Der IKK e.V. lehnt die geplante Neuregelung ab. Die Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge und des steuerfinanzierten Sozialausgleiches hat die Bundesregierung im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes maßgeblich damit gerechtfertigt, dass der Solidarausgleich in der Krankenversicherung nicht nur von den Beitragszahlern der GKV finanziert, sondern von allen Steuerzahlern aufgebracht werden sollte.

Diese Zielsetzungen werden durch die beabsichtigte Neuregelung konterkariert. Durch eine willkürliche Reduktion des Umfangs der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich – abhängig von der Ausgabenentwicklung im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich – entsteht eine Finanzierungslücke im Gesundheitsfonds, welche die Krankenkassen über höhere Zusatzbeiträge ausgleichen müssen. Der Sozialausgleich würde in diesem Falle aber nicht von allen Steuerzahlern, sondern ausschließlich von den Beitragszahlern der GKV aufgebracht werden. Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten und der PKV-Versicherten zur Finanzierung des Sozialausgleiches würde damit unterlaufen.

Änderungsvorschlag

Die Mittel für den steuerfinanzierten Sozialausgleich sind vollumfänglich über Steuermittel des Bundes zu finanzieren. Die beabsichtigte Neuregelung ist daher zu streichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 74

§ 265b SGB V – Freiwillige finanzielle Hilfen

Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 172 Abs. 2 S. 1 SGB V genannten Verbände (GKV-Spitzenverband und zuständiger Landesverband) haben den Krankenkassen, die eine Vereinbarung zur freiwilligen finanziellen Hilfe geschlossen haben, auf Verlangen Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Umfangs der Hilfsleistung erforderlich sind.

Bewertung

Die Regelung wird vom IKK e.V. begrüßt.

Schließungen oder Insolvenzen sollten möglichst vermieden werden. Daher kommt den freiwilligen finanziellen Hilfen gem. § 265b SGB V eine besondere Bedeutung zu. Instrumente, die eine freiwillige Finanzhilfe befördern, sollten vollumfänglich ausgeschöpft werden. Da das Gesetz und die Gesetzesbegründung von einer konkreten Hilfsbedürftigkeit einer von Schließung oder Insolvenz bedrohten Krankenkasse ausgehen, besteht keine Gefahr der Verletzung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen, da diese Krankenkasse ohnehin vollkommene Transparenz über ihre finanzielle Situation herstellen muss, um überhaupt Hilfeleistungen beanspruchen zu können. Krankenkassen, die dies nicht tun, verringern die gesetzlich beabsichtigte Möglichkeit zur frühzeitigen Vermeidung einer Schließung oder Insolvenz; deshalb bedarf es einer gesetzlichen Regelung, diese Transparenz zu erzwingen und damit die Möglichkeit finanzieller Hilfen zu erhöhen. Eine Auskunftspflicht des GKV-Spitzenverbandes gegenüber den Krankenkassen der Kassenart der von Schließung oder Insolvenz bedrohten Kasse, wird daher vom IKK e. V. begrüßt.

Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 76

§ 270 SGB V - Erweiterte Satzungsleistungen und deren Finanzierung

Beabsichtigte Neuregelung

Für diese erweiterten Satzungsleistungen ist vorgesehen, dass diese nicht in die standardisierten Leistungsausgaben für Satzungs- und Ermessensleistungen einfließen. Das bedeutet, dass diese Leistungen ausschließlich durch Eigenmittel der jeweiligen Krankenkasse – mithin also Zusatzbeiträgen – finanziert werden müssen.

Bewertung

Grundsätzlich ist es zielführend, dass die erweiterten Satzungsleistungen ausschließlich aus Eigenmitteln der Krankenkassen finanziert werden sollen. Allerdings sind nicht alle der im neuen § 11 Abs. 6 SGB V definierten Leistungsbereiche tatsächlich neue – bislang von den Krankenkassen nicht erbrachte – Satzungsleistungen. Leistungen der medizinischen Vorsorge nach § 23 Abs. 2, häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 2) und Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 2) sind bereits heute als Kann-Leistungen definiert und werden von den Krankenkassen als Satzungsleistungen erbracht. Hierfür haben die Krankenkassen im Jahr 2009 eine dreistellige Millionensumme ausgegeben.

Bislang erhalten die Krankenkassen für diese Satzungsleistungen eine versichertenbezogene Pauschale aus dem Gesundheitsfonds. Wenn diese Ausgaben zukünftig nicht mehr als standardisierte Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen berücksichtigt werden dürfen, sinken die Zuweisungen für Satzungsleistungen an die Krankenkassen nach § 270 Abs. 1a um diesen Betrag ab. Die Exklusion bereits heute erbrachter Satzungsleistungen bedeutet also nichts anderes als eine Kürzung der Fondszuweisungen im dreistelligen Millionenbereich. Eine Änderung der bisherigen Finanzierung für bestehende Satzungsleistungen über den Gesundheitsfonds würde für viele Versicherte eine Leistungseinschränkung beuteten, da viele Kassen Satzungsleistungen streichen müssten, um Zusatzbeiträge zu vermeiden.

Änderungsvorschlag

Nur die Aufwendungen für tatsächlich neue – von den Kassen bislang nicht erbrachte Satzungsleistungen – sollten zukünftig durch Eigenmittel der Kassen finanziert werden. Leistungen, die bereits heute als Satzungsleistungen erbracht werden, sollten auch weiterhin als berücksichtigungsfähige Aufwendungen im Sinne des § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gelten.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 80 d

§ 295 Abs. 3 S. 2 SGB V – Abrechnung ärztlicher Leistungen

Beabsichtigte Neuregelungen

Die Pflicht zur Vereinbarung Ambulanter Kodierrichtlinien (AKR) soll gestrichen werden.

Bewertung

Der IKK e. V. lehnt die Aufhebung der Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) sowohl mit Blick auf die Fortschreibung der ärztlichen Vergütung als auch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) strikt ab.

Die AKR bilden die Grundlage für eine valide Ermittlung von vergütungsrelevanten Veränderungen des Behandlungsbedarfs. Die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) sind für eine einheitliche Kodierung durch die Vertragsärzte unerlässlich. Eine Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der Versicherten zur Fortschreibung des Behandlungsbedarfs ist ohne die flächendeckende qualitätsgesicherte Anwendung der AKR nicht möglich.

Eine Aufhebung der Kodierrichtlinien hat auch für den Morbi-RSA äußerst problematische Auswirkungen. Die ambulanten Diagnosen bilden die Grundlage für die Berechnung der morbiditätsorientierten Zuweisungen an die Krankenkassen. Die weit überwiegende Mehrzahl der Krankheitszuschläge erfolgt ausschließlich auf Basis ambulanter Diagnosen, die größtenteils keine Validierung durch Arzneimittelverordnungen oder stationäre Diagnosen erfordern. Eine in zwei Quartalen gestellte Diagnose reicht mehrheitlich aus, um Zuschläge auszulösen.

Mit der Einführung einheitlicher ambulanter Kodierrichtlinien war bei vielen Akteuren in der GKV die Hoffnung verbunden, nicht nur die unzweifelhaft bestehende hohe Varianz in der regionalen und arztgruppenspezifischen Kodierqualität signifikant zu senken, sondern auch die Manipulationsanreize des Morbi-RSA zu reduzieren:

Eine regional und/oder zwischen Ärzten oder Arztgruppen differierende Diagnosequalität bzw. Diagnosepraxis unterminiert die Zuweisungsgerechtigkeit des Morbi-RSA. Nur durch verbindliche Kodierrichtlinien wird sichergestellt, dass in allen Bundesländern, bei allen Arztgruppen und für die Versicherten aller Krankenkassen bei gleichem Gesundheitszustand auch identische Diagnosen gestellt werden. Krankenkassen mit vielen Versicherten in Regionen mit hoher Datenqualität würden andernfalls höhere Fondszuweisungen erhalten als Krankenkassen, die maßgeblich in Regionen mit niedrigerer Qualität der ambulanten Diagnosen tätig sind. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass

Krankenkassen deshalb in finanzielle Schieflage geraten, weil die ambulante Kodierqualität in ihrer Region besonders schlecht ist.

Jenseits der wettbewerbsverzerrenden Wirkung divergierender Diagnosequalitäten war mit der Einführung einheitlicher ambulanter Kodierrichtlinien die Hoffnung verknüpft, dass die auf vielfache Weise erfolgten – und noch immer erfolgenden – Manipulationsversuche, insbesondere durch das Einwirken von Krankenkassen auf das Diagnoseverhalten ambulanter Ärzte, signifikant reduziert werden.

Ohne die Einführung bundesweit einheitlicher Kodierrichtlinien steht zu befürchten, dass die ambulante Diagnosequalität sich noch stärker als heute schon zu einem Wettbewerbsfeld zwischen den Krankenkassen entwickelt. Das äußert sich nicht nur in weiterhin vielfältigen Manipulationsversuchen. Mit Blick auf den selektivvertraglichen Bereich ist beispielsweise verstärkt zu erwarten, dass die exklusive Lieferung qualitativ hochwertiger und finanziell lohnenswerter Diagnosen einen noch höheren Stellenwert erlangen wird. Die Varianz der ambulanten Diagnosestellung und damit der Grad der Wettbewerbsverzerrung zwischen den Krankenkassen wird dadurch weiter ansteigen.

Aus diesen Gründen würde eine Abschaffung der AKR die Verwendung der ambulanten Diagnosen für das Versichertenklassifikationsmodell des Morbi-RSA ganz grundsätzlich in Frage stellen.

Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung Art. 1, Nr. 80 Buchstabe d wird gestrichen.

Zu Artikel 4 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 40 Abs. 5 SGB XI – Doppelfunktionale Hilfsmittel

Beabsichtigte Neuregelung

Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 SGB V als auch den in § 40 Abs. 1 SGB XI genannten Zwecken dienen können, soll der angegangene Kostenträger prüfen, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und über die Bewilligung entscheiden. Es ist vorgesehen, dass der zuerst angegangene Leistungsträger jeweils über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel entscheidet. Für die betroffenen Produkte ist eine pauschale Aufteilung der Ausgaben zwischen der Kranken- und Pflegekasse vorgesehen. Die genaue Ausgestaltung ist vom GKV-Spitzenverband in Richtlinien festzulegen.

Bewertung

Die Neuregelung wird vom IKK e. V. ohne Einschränkungen begrüßt, da durch sie Unstimmigkeiten bei abweichenden Rechtsauffassungen der Aufsichtsbehörden künftig beseitigt und zu Bürokratieabbau, Rechtssicherheit und mehr Transparenz gegenüber dem Versicherten beiträgt.

Diese Auffassung wird auch von den Pflegereferenten der Innungskrankenkassen geteilt. Von Seiten der Hilfsmittelreferenten wurde allerdings signalisiert, dass eine Entscheidungskompetenz des erstangegangenen Leistungsträgers – in Übereinstimmung mit der Auffassung des GKV-Spitzenverbandes – abgelehnt wird. Der GKV-Spitzenverband führt aus, dass jenseits von rechtlichen Bedenken bereits heute zügig über Anträge entschieden oder diese an die zuständigen Stellen weitergeleitet würden. Zudem sei bei der Gewährung von Pflegehilfsmitteln zudem die Pflegebedürftigkeit des Versicherten festzustellen, was ein eigenständiges Verfahren und gegebenenfalls die Gewährung weiterer Leistungen nach sich ziehe. Durch die Neuregelung seien das Verfahren und die Ansprechpartner für den Versicherten nicht mehr nachzuvollziehen. Dies könne insbesondere zu Problemen führen, wenn der Versicherte mit Leistungsentscheidungen nicht einverstanden ist oder neben Hilfsmitteln noch über weitere Leistungen zu entscheiden ist.

Aus Sicht des IKK e. V. dürften sich die geschilderten Probleme bei der beabsichtigten Neuregelung – wenn überhaupt – auf wenige Einzelfälle beschränken, da sie sich auf die Entscheidungen über die Versorgung mit doppelfunktionalen Hilfsmitteln beschränkt.

Hierbei kann eine entsprechende Rücksprache mit dem jeweils anderen Kostenträger unbürokratisch erfolgen. Weitergehende Leistungsanträge sind ohnehin an den zuständigen Kostenträger zuständigkeitshalber weiter zu leiten.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Weiterer Änderungsbedarf des IKK e.V.

Änderung der Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse (KKInsoV)

§ 2 Abs. 2 Aufteilung der Haftungsbeträge auf die Krankenkassen im Schließungsfall

Bewertung der bisherigen Regelung

Die aktuell gültige Verordnung zur Aufteilung von Haftungsbeträgen auf die Krankenkassen im Schließungsfall bewirkt eine ungerechte künstliche Erhöhung des Haftungsbetrages für Krankenkassen, die mit einer Kasse aus einem betroffenen Haftungsverbund zu einem früheren Zeitpunkt fusionierten und anschließend mit weiteren Krankenkassen nicht betroffener Kassenarten zusammen gegangen sind. Diese Krankenkasse muss nicht nur mit dem Anteil der Krankenkasse aus dem betroffenen Haftungsverbund haften. Entsprechend der aktuellen Verordnung wächst dieser Haftungsbetrag mit jeder weiteren Fusion mit Krankenkassen an, obwohl diese Krankenkassen nicht dem betroffenen Haftungsverbänden angehören.

Die aktuelle Verordnung zur Aufteilung der Haftungsbeträge im Schließungsfall bedeutet somit eine ungerechtfertigte finanzielle Mehrbelastung für Krankenkassen, die aus Fusionen hervorgegangen sind. Im Endeffekt kann die aktuelle Regelung sogar zur Folge haben, dass kassenartenübergreifende Fusionen unattraktiv werden. Darüber hinaus wird der betroffene Haftungsverbund auf Kosten anderer Kassenarten finanziell entlastet.

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen, die aus kassenartenübergreifenden Fusionen hervorgegangen sind und an der eine Kasse beteiligt war, deren ursprüngliche Kassenart zu einem späteren Zeitpunkt von einer Schließung betroffen ist, haften für die Erfüllung der in § 155 Abs. 5 SGB V genannten Verpflichtungen der geschlossenen Krankenkasse. Die Höhe des Haftungsbetrages dieser Krankenkasse ergibt sich aus mehreren Berechnungsschritten: Zunächst wird die Mitgliederzahl der an der Fusion beteiligten Krankenkasse aus der betroffenen Kassenart mit der Mitgliederzahl der neu entstandenen Kasse zum Zeitpunkt der Fusion ins Verhältnis gesetzt. Dieses Verhältnis wird zum Zeitpunkt der Schließung erneut angelegt, um die für den Umlagebetrag relevante Mitgliederzahl zu

berechnen. Hierbei wird jedoch das Mitgliederwachstum, das sich aufgrund nachfolgender Fusionen ergeben hat, heraus gerechnet. Anschließend wird diese Mitgliederzahl auf alle Mitglieder der mit Umlagebescheid belasteten Krankenkassen im Vormonat der Aufteilung der Haftungsbeträge angewendet.

Änderungsvorschlag

Der bisherige Satz 3 wird gestrichen und ersetzt durch folgende Formulierung:

„Das nach Satz 2 gebildete Verhältnis ist iterativ um den Zuwachs an Mitgliedern aufgrund zeitlich nachfolgender Vereinigungen wie folgt zu berichtigen:

1. Das Verhältnis nach Satz 2 ist anzuwenden auf die zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Genehmigung der zeitlich nachfolgenden Vereinigung festgestellte Mitgliederzahl der Krankenkasse, in der die Krankenkasse der betroffenen Kassenart aufgegangen ist;
2. das Ergebnis nach Nummer 1 wird durch die Summe der Mitglieder aller an der zeitlich nachfolgenden Vereinigung beteiligten Krankenkassen zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Genehmigung dieser zeitlich nachfolgenden Vereinigung geteilt.“