

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Vorbemerkung

Der Referentenentwurf zum GKV-VSG enthält eine Vielzahl von Vorschlägen zur Neugestaltung bzw. Ergänzung des SGB V, die aus Sicht von MEDI GENO Deutschland kritisch zu sehen und dringend korrekturbedürftig sind. Dies betrifft mindestens die Themenfelder „Streichung des § 73c SGB V und Neuregelung der bisherigen Facharztverträge in § 140a SGB V“, „Arztbezogene Bereinigung bei Selektivverträgen“, „Praxisnetze“ und „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“. Deshalb erfolgt hiermit eine Stellungnahme zu diesen Punkten.

Streichung des § 73 c SGB V und Neuregelung der bisherigen Facharztverträge in § 140a SGB V (Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Nrn. 17 und 57)

Zunächst wertet diese Umstellung fachärztliche Selektivverträge im Sinne des bisherigen § 73c SGB V schon alleine durch den Wegfall der eigenständigen Normierung im SGB V deutlich ab. Wenn der Hintergrund dieser Änderung die Systematisierung der Direktverträge mit den Krankenkassen sein soll, so fragt sich, warum dann der bisherige § 73c betroffen ist, nicht aber § 73b.

Es handelt sich aber auch mitnichten um eine bloße systematische Umstellung, vielmehr werden einschneidende und nicht nachvollziehbare inhaltliche Änderungen eingebaut.

So wird der Kreis der Vertragspartner der Krankenkassen im Hinblick auf besondere Versorgungsleistungen im ambulanten fachärztlichen Bereich durch den Verweis auf alle zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringer (also auch Krankenhausträger bzw. Krankenhäuser) deutlich ausgeweitet (§ 140a Abs. 3 Nr. 1 und 2 - „neu“). Hinzu kommen Pflegekassen und –einrichtungen, Praxiskliniken, Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller (§ 140a Abs. 3 Nrn. 3 bis 6 „neu“).

Hiermit wird auch ohne Not in eine bewährte freiberufliche Struktur eingegriffen und die flächendeckende qualitativ hochwertige ambulante fachärztliche Versorgung konterkariert. Qualitätsfragen bleiben ausgeblendet (z. B. stellt sich die Frage nach dem Facharztstatus im Krankenhaus oder anderen Einrichtungen sowie nach weiteren Qualitätsvorgaben und die Prüfung ihrer Einhaltung).

Die Einschränkung in § 140a Abs. 3 Satz 2 - „neu“ bei der Flexibilisierung des Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus nur auf Verträge zur integrierten Versorgung ist nicht nachvollziehbar. Die Flexibilisierung muss für Vereinbarungen zu besonderen ambulanten Versorgungsaufträgen (Facharztverträge i. S. des bisherigen § 73c SGB V) ebenfalls gelten.

§ 73c - „alt“ sah die Übernahme des Sicherstellungsauftrages durch die Krankenkassen vor. Im neuen § 140a SGB V fehlt dies. Dies schafft Unklarheiten; z. B. stellt sich die Frage der Einwirkungsmöglichkeit der KV (als der für die Sicherstellung ansonsten zuständigen Einrichtung) auf die fachärztlichen Leistungen in Selektivverträgen. Zusammen z. B. mit dem Innovationsfonds gem. § 92a „neu“ (der vorrangig offenbar zur Weiterentwicklung der Regelversorgung dienen soll) drängt sich der Eindruck auf, dass Selektivverträge wieder zurückgedrängt werden sollen.

Die Regelung zum Wirtschaftlichkeitsnachweis nach vier Jahren ist für die Facharztverträge i. S. des bisherigen § 73c SGB V neu und nicht notwendig. Vergütungsstruktur und vertraglich vereinbarter Versorgungsumfang der bestehenden von MEDI GENO Deutschland betreuten Facharztverträge schaffen bereits jetzt Anreize für eine wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise. Zuletzt haben verschiedene Aufsichtsbehörden (auch das BVA) zum Teil unsachgemäße Anforderungen gestellt.

Die Neuregelung in § 71 Abs. 6 SGB V - „neu“ verschärft ohne Not die Art der aufsichtsrechtlichen Maßnahmen bei Facharztverträgen. Die Aufsichtsbehörden können bei erheblichen Rechtsverletzungen Anordnungen treffen und/oder Zwangsgelder verhängen. Die Regelung ist zu unbestimmt und kann zu erheblichen Rechtsunsicherheiten führen (etwa bei Vertragsaufhebung und Ansprüchen vertragsteilnehmender Ärzte hinsichtlich ihrer getätigten Investitionen). Die neue Vorgabe schränkt die Bereitschaft der Krankenkassen zum Abschluss und zur Gestaltung von Selektivverträgen erneut ein und verhindert die unter Versorgungsgesichtspunkten und wirtschaftlichen Aspekten sinnvollen Verträge.

Die Struktur des bisherigen § 73c sollte – verbunden mit der Flexibilisierung des Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus - beibehalten und abschließend in dieser eigenständigen Vorschrift normiert werden.

Arztbezogene Bereinigung bei Selektivverträgen (Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Nrn. 16 c) und 26 d))

Die Regelung in § 73b Abs. 7- „neu“ betrifft ausschließlich Fragen der Gesamtvergütungsvereinbarung.

Leider fehlt jegliche lösungsorientierte gesetzliche Rahmenvorgabe zur Bereinigung auf Arzteebene (insbesondere der Bereinigung von Regeleistungsvolumina). Hier erfolgt lediglich in § 87b Abs. 4 Satz 2 der Verweis auf die Erstellung von Vorgaben durch die KBV für ein „geeignetes“ Verfahren zur Honorarvereinbarung. Dies wird den bekannten erheblichen Problemen in keiner Weise gerecht.

Die Bereinigung der KV-Gesamtvergütung wirkt sich auch auf die Höhe der Regelleistungsvolumina der Ärzte aus. Hier besteht ein Ungleichgewicht: Nach den derzeitigen Vorgaben der KBV zur RLV-Bereinigung bei Selektivverträgen müssen die im Kollektivvertrag verbleibenden Ärzte eine Absenkung der Regelleistungsvolumina nur bis zu 2,5 % akzeptieren. Die Belastung der Selektivvertragsärzte ist dagegen nicht begrenzt. In manchen KVen ist sogar vorgesehen, dass die Selektivvertragsärzte ganz alleine die Bereinigungslast tragen.

Die Selektivvertragsärzte müssen damit zunächst eine Kürzung ihrer RLV – Fallzahlen in der Weise hinnehmen, dass jeder im Vorjahresquartal noch über die Regelversorgung behandelte und abgerechnete Versicherte, der zwischenzeitlich im Selektivvertrag ist, ihr jeweiliges RLV mindert. Bei den im Kollektivvertrag verbleibenden Ärzten erfolgt keine Fallzahlreduktion. Durch die bei 2,5% gezogene Grenze bei den Kollektivvertragsärzten kann es dann geschehen, dass die Selektivvertragsärzte bei der RLV-Bereinigung auch noch mit einem unverhältnismäßig hohen Bereinigungsfallwert belastet werden. Beispiel aus Baden-Württemberg bei den Psychiatern im 73c-Vertrag Quartal 2/13: RLV-Fallwert 75.-Euro; Bereinigungsfallwert 143 Euro!

Bereits im Sondergutachten 2012 „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Kapitel 7.4 des Gutachtens „Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch selektive Verträge“ die Defizite des aktuellen Bereinigungssystems kritisiert. Demnach ist es nicht gerechtfertigt, dass keine Fallzahlkürzungen bei Kollektivvertragsärzten vorgenommen werden. Es sei nicht sachgerecht, dass der Wechsel eines Patienten aus dem Kollektiv- in den Selektivvertrag unterschiedlich behandelt wird, je nachdem von welchem Arzt der Patient kommt.

Die Problematik zeigt sich an folgendem Beispiel:

Versicherter A war im Quartal 1/13 von einem Kollektivvertragsarzt in der Regelversorgung behandelt worden und ist seit dem Quartal 1/14 in den Selektivvertrag eingeschrieben: Bereinigung des RLV des Kollektivvertragsarztes um diesen Behandlungsfall erfolgt nicht!

Versicherter A war im Quartal 1/13 von einem Selektivvertragsarzt in der Regelversorgung behandelt worden und ist seit dem Quartal 1/14 in den Selektivvertrag eingeschrieben: Bereinigung des RLV des Selektivvertragsarztes erfolgt um diesen Behandlungsfall!

Diese Art der RLV-Bereinigung ist schlicht unfair. Die Patienten, die in den Selektivvertrag wechseln und die Bereinigung auslösen, wurden in der Vergangenheit auch von Kollektivvertragsärzten versorgt. Der zu bereinigende Leistungsbedarf betrifft somit sowohl Kollektivvertragsärzte als auch Selektivvertragsärzte. Es ist deshalb nicht einzusehen, dass sie unterschiedlich behandelt werden. Hierdurch wird auch die Etablierung von sinnvollen Facharztverträgen in weiteren Bundesländern behindert.

Es ist deswegen dringend eine gesetzliche Vorgabe notwendig, die eine Diskriminierung der Selektivvertragsärzte ausschließt. Eine Benachteiligung der Kollektivvertragsärzte im Fall der Inanspruchnahme durch in den Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte (sog. nicht vertragskonforme Inanspruchnahme (NVI)), ist ausgeschlossen, denn über die NVI erhalten sie zusätzliche Vergütungen für diese Fälle. Hierfür wird eine Regelung vorgeschlagen, welche die Vergütung der NVI im Rahmen der RLV vorsieht.

Vorschlag (auf der Basis des SGB V in der derzeit gültigen Fassung):

a) Einfügung eines § 87b Abs. 4a SGB V:

„(1) Bei Bereinigungen der Gesamtvergütungen infolge des Abschlusses von Selektivverträgen gem. §§ 64 Abs. 3, 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d SGB V sind, soweit der Honorarverteilungsmaßstab arzt- bzw. praxisbezogene Begrenzungen insbesondere gem. § 87b Abs. 2 Satz 1 vorsieht, die Auswirkungen der Gesamtvergütungsbereinigung auf diese Begrenzungsmaßnahmen so zu gestalten, dass einheitliche Regelungen für an Selektivverträgen teilnehmende und nicht teilnehmende Vertragsarztpraxen gelten. Eine Diskriminierung von Vertragsarztpraxen, die an Selektivverträgen teilnehmen, ist auszuschließen.

(2) Krankenkassen, die von Regelungen nach Abs.1 in der Umsetzung der von ihnen geschlossenen Selektivverträge betroffen sind, steht die Anrufung des Schiedsamtes gem. § 89 Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Überprüfung der getroffenen Regelungen zu. Im Übrigen bleibt § 87b Abs. 1 SGB V unberührt.“

b) Einfügung noch eines weiteren neuen Halbsatzes in § 87a Abs.5 Satz 7 SGB V:

„; die Vorgaben des Bewertungsausschusses enthalten auch Regelungen zur Abrechnung von kollektivvertraglich in Anspruch genommenen Leistungen, die bereinigt wurden, unter Berücksichtigung der tatsächlichen Bereinigungshöhe und mengensteuernden Grundsätzen;“.

Praxisnetze (Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Nr. 26 b))

Die geplante Neuregelung verpflichtet nun zwar die KVen, anerkannte Praxisnetze zu fördern. Allerdings müssen die Fördermittel nach wie vor aus Geldern, die der Honorarverteilung zugeordnet sind, finanziert werden. Dies führt dazu, dass das Interesse der KVen zur Förderung der Praxisnetze weiterhin gering bleibt.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollten einen prozentualen Anteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zusätzlich in einen bei der Kassenärztlichen Vereinigung gebildeten Strukturfonds zur Förderung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

(vernetzte Praxen) einrichten. Die Kommunen sollten ebenfalls Mittel in den Strukturfonds entrichten.

Vorschlag (auf der Basis des SGB V in der derzeit gültigen Fassung):

- 1. § 73a erhält die Überschrift „Strukturverträge und Strukturfonds“.**
- 2. Der bisherige § 73a wird zu § 73a Abs. 1. Neu aufgenommen wird folgender § 73a Abs. 2: „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entrichten v. H. der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen in einen bei der Kassenärztlichen Vereinigung gebildeten Strukturfonds zur Förderung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen (vernetzte Praxen). Die Kommunen können ebenfalls Mittel in den Strukturfonds nach Satz 1 entrichten; das Nähere vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den zuständigen Stellen der Länder. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zu Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze und zu den Regelungen nach Satz 1 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Die Vorgaben sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten; über die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hinaus können keine weiteren Kriterien oder Anforderungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vorgegeben werden.“**
- 3. In § 87b Abs. 2 entfällt der derzeitige Satz 2. Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden zu den Sätzen 2 und 3.**
- 4. In § 87b Abs. 4 Satz 1 entfallen die Wörter „sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 1 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen,“.**
- 5. In § 87b Abs. 4 Satz 2 werden die Wörter „zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen“ durch die Wörter „zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 und 2 zu bestimmen“ ersetzt.**

Bestandsschutzregelungen bei der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) (Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Nr. 41 c)

Der Gesetzgeber hat bisher als Übergangslösung vorgesehen, dass die bestehenden Verträge auf der Grundlage des früheren § 116b (Umsetzung alleine durch

Krankenhäuser) noch zwei Jahre weitergeführt werden können, nachdem der Bundesausschuss zu dem jeweiligen Krankheitsbild einen Beschluss gefasst hat. Diese großzügige Regelung sichert die Kontinuität der Versorgung. Der Referentenentwurf hat hier an entscheidender Stelle eine Korrektur vorgenommen. Die Genehmigung durch die Landesbehörde kann demnach nur entzogen werden, wenn gegen Vorschriften des früheren § 116 b verstoßen wird. Im Bereich der alten Verträge wird also das Monopol der Krankenhäuser zementiert und damit verhindert, dass die derzeitige ASV-Regelung in weiten Teilen zur Anwendung kommt. Hinzu kommt, dass dauerhaft von den Ländern zwei verschiedene Systeme zu verwalten sind, so dass auch von daher wenig Interesse an der Umsetzung der ASV zu erwarten ist.

Die bisherige Regelung muss beibehalten werden.