



**Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
(BT-Drucksache 18/9528)**

sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Ausschussdrucksachen:

18(14)0196.1

18(14)0196.2

18(14)0196.3

(PsychVVG)

Stand 22.09.2016

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
§ 115d – Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (neu).....	5
§ 271 Absatz 2 Satz 4 – Gesundheitsfonds.....	6
§ 269 SGB V – Klarstellung zu den Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im RSA.....	8
§ 31 RSAV: Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells	10
Zu Artikel 7 (Inkrafttreten).....	11

Grundsätzliche Anmerkungen

In dieser Stellungnahme widmen wir uns vor allem den Regelungen zum Gesundheitsfonds und den Änderungsanträgen zur gesetzlichen Klarstellungen hinsichtlich der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte im Risikostrukturausgleich. Hinsichtlich der Bewertung der Regelungen, die die Versorgung und die Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen im Blick haben, verweisen wir – mit Ausnahme zu Artikel 5, Nr. 5, § 115d (Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung) – vollumfänglich auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes. Die Innungskrankenkassen lehnen die Einführung von stationsäquivalenten Behandlungen in der jetzigen Form ab.

Die nunmehr im zweiten Anlauf geplante Klarstellung zu den Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im RSA ist nach wie vor zweckdienlich und wird von den Innungskrankenkassen begrüßt. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die Regelung zu den Auslandsversicherten aber aus inhaltlichen Gründen für die Zukunft abzuschaffen.

Positiv sehen wir den Entfall des vormaligen Änderungsantrages, in dem die unterjährige Anpassung des Klassifikationsmodells durch das BVA ermöglicht wurde. Wir hatten in der Stellungnahme zur ursprünglich geplanten Änderung des § 31 RSAV stattdessen empfohlen, die Regelung auf den konkreten Einzelfall der Sonderregelung des GKV-FQWG zu begrenzen. Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber dieser Empfehlung gefolgt ist.

Allerdings wirft insbesondere die Begründung des Änderungsantrages 1, dessen Notwendigkeit nicht angezweifelt wird, Fragen nach dem Verhältnis des selbstverwalteten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zur staatlichen Verfügungsgewalt auf. Seit längerem ist eine Zunahme eines politischen Einflusses auf die Krankenkassen zu beobachten. Indem nun der Gesetzgeber darauf verweist, dass die Krankenkassen – festgehalten durch die einschlägige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes – keine Träger von Grundrechten sind und daher für sie nicht das Gebot des Vertrauensschutzes gelte, manifestiert sich ein politisches Bild, das die Krankenkassen mehr und mehr zu Institutionen der unmittelbaren Staatsgewalt macht. Vertrauensschutz ist auch für die Krankenkassen – vor allem für deren Beitragszahler – gleichwohl eine Kategorie, der für die Zukunft dringend wieder Geltung verschafft werden muss. Denn Krankenkassen verfügen über im Rahmen der Sozialwahlen direkt legitimierte Handlungsorgane. Die Versicherten und die Arbeitgeber als Beitragszahler müssen über die gewähl-

ten Vertreter materiellen Einfluss auf wichtige Entscheidungen der Sozialversicherungsträger nehmen können und sich dabei auch sicher sein dürfen, dass ihre Interessen nicht im Dickicht von heute nicht antizipierbaren Erwägungen des Gesetzgebers zurückstehen müssen.

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 115d – Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingeführten § 115d soll mit den stationsäquivalenten Leistungen ein neuer Versorgungsbereich geschaffen werden.

Bewertung

Grundsätzlich ist das Bestreben des Gesetzgebers, für mehr Versorgungsnähe und eine bessere Verzahnung zwischen ambulanten und stationären Leistungen auch für psychiatrische Patienten zu sorgen, zu begrüßen. Allerdings ist die Umsetzung in dieser Form abzulehnen. Es liegen darin noch viele offene Fragen, die geklärt werden müssen, z.B. ob derzeit tatsächlich Versorgungslücken bestehen, die eine wohnortnahe Krankenhausversorgung mit all ihrem personellen, organisatorischen und finanziellen Aufwänden notwendig macht. Hier scheint es noch erhebliche Zweifel zu geben, denn schon heute erbringen die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen. Eine Einführung von stationsäquivalenten Leistungen wäre nur sinnvoll, wenn vollstationäre Leistungen vollständig substituiert werden könnten, die Qualitätsvorgaben streng definiert werden und die Leistungen der PIA als Teil der stationsäquivalenten Leistungen gelten würden. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden diese wichtigen Punkte nur unzureichend geregelt.

Zudem bergen die gesetzlichen Regelungen deutliche Probleme bezüglich der Abgrenzung zu den bereits etablierten Versorgungsformen. Dies wird zusätzliche administrative Aufwendungen erzeugen. Die Regelung übersieht ferner, dass es auch andere Optionen gibt, um das Ziel einer wohnortnahen ambulanten Versorgung zu erreichen. Ein pauschaler Vorrang der Krankenhäuser für über die PIA hinausgehende ambulante Versorgungsangebote kann so nicht nachvollzogen werden.

In der jetzigen Ausgestaltung, die konzeptionelle Mängel aufweist und gleichzeitig viele Fragen offen lässt, wird die Einführung des § 115d SGB von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 271 Absatz 2 Satz 4 – Gesundheitsfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Das Ziel der gesetzlichen Regelung besteht darin, dem Gesundheitsfonds im Jahr 2017 einmalig 1,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Fonds zuzuführen. Damit steigen die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen, was zu einer deutlichen finanziellen Entlastung der Krankenkassen führt.

Als Begründung gibt der Gesetzgeber an, dass mit den zusätzlichen Mitteln einerseits die Mehrbelastungen der Krankenkassen für die gesundheitliche Versorgung von versicherungspflichtigen Asylberechtigten abgemildert und andererseits Investitionen für den Aufbau der Telematikinfrastruktur finanziert werden sollen. Ferner gibt der Gesetzgeber als Begründung an, dass die zusätzlichen Kosten, die aus dem PsychVVG entstehen, mit den frei werdenden finanziellen Mitteln finanziert werden.

Bewertung

Grundsätzlich begrüßen die Innungskrankenkassen das Abschmelzen der Liquiditätsreserve bis zur Mindestrücklage. Die Beiträge der Mitglieder der GKV sollten zeitnah für die Versorgung der Versicherten verwendet und nicht über die Höhe der Mindestrücklage hinaus im Gesundheitsfonds gespart werden.

Die Begründung für die geplante Zuführung von 1,5 Milliarden Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds ist aus unserer Sicht allerdings nicht sachgerecht. Die gesundheitliche Versorgung von Asylberechtigten wie auch der Ausbau der Telematikinfrastruktur sehen wir als gesamtgesellschaftliche Aufgaben, für die der Bund die entsprechenden Mittel zur Verfügung zu stellen hat. Sachgerecht wäre in diesem Zusammenhang zudem eine Erhöhung der Pauschalen der Bundesagentur für Arbeit für Empfänger von ALG II, die derzeit nicht kostendeckend und deshalb ursächlich für die Mehrbelastungen in der GKV sind.

Die Erfahrung zeigt – das vorliegende Gesetzesvorhaben bildet da keine Ausnahme -, dass in der Liquiditätsreserve auflaufende Beitragsmittel zur politischen Verfügungsmasse des Gesetzgebers werden, der damit kurzfristig Leistungsausweitungen gegenfinanziert, die aber mittel- und langfristig durch Zusatzbeiträge aufgefangen werden müssen. Eine Ausschüttung nach politischem Gutdünken konterkariert die Verantwortung der Selbstverwaltung für die effiziente Verwendung von Beitragsmitteln und ist ord-

nungspolitisch unklug. Für das Abschmelzen der Liquiditätsreserve bis zur Mindestrücklage sollte stattdessen ein regelhafter Prozess etabliert werden, der den gesetzlichen Krankenkassen Planungs- und Rechtssicherheit gibt. Dabei ist darauf zu achten, dass durch die Absenkung der in der Liquiditätsreserve verbleibenden Mittel im Rahmen des von uns vorgeschlagenen Abflussmechanismus sichergestellt wird, dass es nicht zu Liquiditätsengpässen bei den Kassen kommt. Ein wichtiger Schritt hierzu wäre die Auflösung langfristiger Anlagen des Gesundheitsfonds, in denen Mittel der Liquiditätsreserve gebunden sind.

Änderungsvorschlag

§ 271 Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:

„Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres ~~mindestens~~ 25 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen.

Es wird folgender Satz 4 eingeführt.

„Überschüssige Mittel in der Liquiditätsreserve werden ab dem Jahr 2017 nach Ablauf eines Geschäftsjahrs den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt.“

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13a (neu)

§ 269 SGB V – Klarstellung zu den Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im RSA

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Neuregelung wird klargestellt, dass die im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) eingeführten Sonderregelungen zur Berechnung der Zuweisungen für das Krankengeld und für Auslandsversicherte im Risikostrukturausgleich vom Bundesversicherungsamt (BVA) schon ab dem Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2013 zu berücksichtigen waren. Die Sonderregelungen wurden eingeführt, um die finanziellen Wirkungen der zeitgleichen Umstellung auf pro-Tag-Werte (Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener) abzufedern.

Bewertung

Die vorgeschlagene Änderung ist vor dem Hintergrund des Urteils des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen vom 29. Oktober 2015 (Az.: L 5 KR 745/14 KL) grundsätzlich zu begrüßen. Da das Gericht die Kompetenz des Bundesversicherungsamtes, unterjährig eine Anpassung der Festlegungen nach § 41 Abs. 4 Satz 1 RSAV für das laufende Ausgleichsjahr vorzunehmen, in Abrede stellt, ergibt sich aus dem Urteil des LSG NRW für die Krankenkassen für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 eine erhebliche finanzielle Unsicherheit. Auch für das IKK-System drohen auf Grund der unklaren Gültigkeit der in § 269 SGB V ausgeführten Sonderregelungen vor allem wegen der Krankengeldsonderregel Rückstellungen in beitragsatzrelevanter Höhe. Die Vermeidung dieser zusätzlichen Belastung wird von uns ausdrücklich unterstützt.

Dabei stellt aber die Bekräftigung der im GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) getroffenen Sonderregelung für Auslandsversicherte aus unserer Sicht die Verstetigung einer Fehleinschätzung dar, die schnellstmöglich zu korrigieren ist. Bereits vor der Einführung der Kappung der Zuweisungen für Auslandsversicherte haben wir darauf hingewiesen, dass die zugrundeliegende Kappungsgrenze in Gestalt der von den Krankenkassen verbuchten Ausgaben für Auslandsleistungen methodisch ungeeignet ist, das tatsächliche Ausgabenvolumen für Auslandsversicherte abzubilden. Die Deckelungshöhe bemisst sich nur unter Berücksichtigung einer Teil-

größe, den Auslandskosten für Auslandsversicherte, während ein anderer Teil – die Inlandskosten – außen vor bleibt. Diese Betrachtungsweise ist aber deutlich zu kurz gefasst.

Dieser Einschätzung folgen auch die Gutachter des auf Grundlage des § 269 Abs. 3 SGB V erstellten Gutachtens zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte. Die aktuelle Kappungshöhe ist hochgradig willkürlich gewählt. Selbst die Gutachter räumen ein, dass letztlich über das Vorliegen und die Höhe einer Überdeckung für Auslandsversicherte nur spekuliert werden kann. Vielmehr ist weiterhin davon auszugehen, dass durch die Sonderregelung eher eine GKV-weite Unterdeckung des Ausgleichs für Auslandsversicherte, insbesondere für sogenannte Grenzgänger, geschaffen werden, und damit einhergehend erhebliche Anreize zur Risikoselektion entstehen. Es fehlt also an einem materiellen Grund sowie einer inhaltlich belastbaren Herleitung für die Einführung der per Sonderregelung vorgenommenen Begrenzung der Zuweisung.

Auch wenn die Innungskrankenkassen im vorliegenden Fall eine Legitimierung der Rückwirkung der Sonderregelungen befürworten, weil eine Umsetzung des Urteils des LSG NRW zu noch größerer Planungsunsicherheit für die vergangenen und laufenden Haushaltsjahre führen würde, ist in jedem Fall der in der Begründung dargelegte fehlende Anspruch auf Schutz durch das Rückwirkungsverbot des Art. 20 Abs. 3 GG für Krankenkassen kritisch zu bewerten. In der Konsequenz vermittelt die dargelegte Begründung eine deutliche Abkehr vom Bild des eigenverantwortlich handelnden Sozialversicherers Krankenkasse, denn letztlich werden die Interessen der handelnden Akteure an Vertrauensschutz und Planungssicherheit vollständig zugunsten von politischen Eingriffsmöglichkeiten negiert. Dies ist aus unserer Sicht mit der Konstruktion von Krankenkassen als selbstverwalteten Wettbewerbern unvereinbar. Krankenkassen mögen als mittelbare Staatsverwaltung zwar keinen eigenständigen Grundrechtsschutz genießen, sie verfügen allerdings über im Rahmen der Sozialwahlen direkt legitimierte Handlungsorgane. Die Versicherten und der Sozialpartner müssen über die gewählten Vertreter materiellen Einfluss auf wichtige Entscheidungen der Sozialversicherungsträger nehmen können und sich auch sicher sein können, dass ihre Interessen nicht im Dickicht von heute nicht antizipierbaren Erwägungen des Gesetzgebers zurückstehen müssen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 2: Anpassung des Klassifikationsmodells für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 an die Änderungen des GKV-FQWG.

Zu Artikel 6a (neu) (Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung)

§ 31 RSAV: Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorliegenden Regelung wird das Bundesversicherungsamt verpflichtet, die Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2013 und 2014 anzupassen, soweit dies für die Umsetzung der Regelungen in § 41 Absatz 1 Satz 2 und 3 erforderlich ist.

Bewertung

Die Regelung stellt klar, dass die rückwirkend durch das Bundesversicherungsamt vorgenommene Anpassung der Festlegungen für die Jahre 2013 und 2014 zur Umsetzung der Regelungen in § 41 Absatz 1 Satz 2 und 3 RSAV geltendem Recht entspricht. Dies ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 3

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die in Artikel 5 Nummer 13a sowie Artikel 6a vorgesehenen Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte rückwirkend zum 1.8.2014 in Kraft treten sollen.

Bewertung

Das rückwirkende Inkrafttreten ergibt sich aus den vorhergehenden Regelungen (Änderungsanträge 1 und 2) und ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Keiner.