



**DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND**

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(12)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 -
GKV-FKG
12.12.2019

STELLUNGNAHME

DES DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBANDES E.V. ZUM GESETZESENTWURF

DER BUNDESREGIERUNG

**FÜR EIN GESETZ FÜR EINEN FAIREN KASSENWETTBEWERB IN DER GESETZLICHEN KRANKEN-
VERSICHERUNG**

(FAIRER-KASSENWETTBEWERB-GESETZ – GKV-FKG)

BT-DRUCKSACHE 19/15662

12. DEZEMBER 2019

A: VORBEMERKUNG

Zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) nehmen wir zu einzelnen Regelungen wie folgt Stellung.

- I. *Art. 5 Nr. 4 – Beteiligung und Klagerecht der Vertragspartner auf Ärzteseite und Beteiligung der Aufsichtsbehörden der Länder [§ 71 Abs. 6 und 7 SGB V (NEU); Folgeregelung in § 73b Abs. 5a SGB V]*
- II. *Art. 5 Nr. 5 – Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen [§ 73b Abs. 5 S. 7 und Satz 8 SGB V]*
- III. *Art. 5 Nr. 21 i. V. m. Art. 6 Nr. 11 b) aa) bbb) – Erfassung von Diagnosen nach Arztgruppenschlüsseln [§ 267 Abs. 2 SGB V; § 30 Abs. 1 Nr. 6 RSAV]*
- IV. *Art. 5 Nr. 26 – Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich*
- V. *Art. 5 Nr. 28 – Transparenzstelle (§ 293a SGB V)*

B. STELLUNGNAHME

I. ART. 5 NR. 4 – BETEILIGUNG UND KLAGERECHT DER VERTRAGSPARTNER AUF ÄRZTESEITE UND BETEILIGUNG DER AUFSICHTSBEHÖRDEN DER LÄNDER [§ 71 ABS. 6 U. 7 SGB V (NEU); FOLGEREGELUNG IN § 73B ABS. 5A SGB V]

Die Regelungen zu aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach § 71 Abs. 6 SGB V bedürfen einer Korrektur, da die derzeitige Regelung nicht berücksichtigt, dass die Hausarztzentrierte Versorgung zwei grundsätzlich unterschiedliche Vertragsformen vorsieht: primär einen Vertrag, zu dem die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind (Abs. 4 S. 1) und sekundär einen Vertrag, den die Krankenkassen selektiv schließen können (Abs. 4 S. 3). Etwaige aufsichtsrechtliche Verfahren und Maßnahmen in Fällen erheblicher Rechtsverletzung durch bestimmte Regelungen in Verträgen nach Abs. 4 S. 1 müssen dem Gedanken eines gesetzlich verpflichtenden Vertrages ebenso Rechnung tragen wie auch der besonderen Rechtsposition der Vertragspartner auf Ärzteseite (Gemeinschaften nach Abs. 4 S. 1.), die rechtlich als Drittbetroffene einzuordnen sind. Rechtsbehelfe müssen regelhaft aufschiebende Wirkung haben; im Zweifel müssen die Aufsichtsbehörden den sofortigen Vollzug der Maßnahme anordnen. Die Regelungen müssen auch für Verträge nach § 64 SGB V gelten.

Ferner sollten vor der Einleitung aufsichtsrechtlicher Maßnahmen nach § 71 Abs. 7 – NEU SGB V durch die Aufsichtsbehörde des Bundes (Bundesversicherungsamt) die aufsichtsführenden Behörden der Länder angehört werden. Etwaige Maßnahmen des Bundesversicherungsamtes gegenüber den bundesunmittelbaren Kassen wirken sich aufgrund der Vertragssystematik insbesondere der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V („[...] im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung“) auf die Versorgung in den Ländern aus, so dass hier zumindest das Benehmen mit den Ländern herzustellen ist. Da die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung regional sehr unterschiedlich sind, müssen die Versorgungsangebote den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten vor Ort Rechnung tragen. Den Ländern ist deshalb ein Anhörungs- und Stellungnahmerecht einzuräumen. Dadurch wird sichergestellt, dass alle Aspekte der Versorgungsstruktur des Landes berücksichtigt werden.

Das Letztentscheidungsrecht über das aufsichtsrechtliche Vorgehen verbliebe weiterhin bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (des Bundes).

Wir schlagen folgende Änderungen vor:

§ 71 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 6 wird Satz 1 wie folgt neu gefasst:

„Verletzen Regelungen in Verträgen nach §§ 64, 73b Absatz 4 Satz 3 und 140a das Recht erheblich, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der jeweiligen Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind.“

b) In Absatz 6 wird Satz 7 gestrichen. Die Sätze 8 bis 10 werden zu den Sätzen 7 bis 9. In Satz 7 (neu) wird die Zahl „7“ durch die Zahl „6“ ersetzt.

b) Nach § 71 Abs. 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Verletzen Regelungen in einem Vertrag nach § 73b Absatz 4 Satz 1 das Recht erheblich, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der jeweiligen Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. Absatz 6 Sätze 4 bis 6 gelten entsprechend. Vor der Anordnung von Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 hat die Aufsichtsbehörde des Bundes das Benehmen mit den aufsichtführenden Behörden der Länder herzustellen. Vor der Anordnung von Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 durch die Aufsichtsbehörde sind die Gemeinschaften nach § 73b Absatz 4 Satz 1 anzuhören und ihnen ist jeweils Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Vor der Anordnung von Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 durch die Aufsichtsbehörde des Bundes ist zusätzlich die für die Wahrnehmung der Interessen der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgebliche Spitzenorganisation anzuhören und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Anordnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind den Gemeinschaften nach § 73 Absatz 4 Satz 1 bekannt zu geben (§ 37 Absatz 1 und 2 SGB X).“

Danach ergibt sich die Notwendigkeit einer Folgeregelung in § 73b Abs. 5a SGB V.

„Satz 2 in § 73b Absatz 5a wird gestrichen“.

II. ART. 5 NR. 5 – DIAGNOSEN ALS VORAUSSETZUNG FÜR VERGÜTUNGEN [§ 73B ABS. 5 S. 7 UND S. 8 SGB V]

Die beabsichtigte Neuregelung entspricht dem im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Terminservice- und Versorgungsgesetz¹ (TSVG) diskutierten und umstrittenen „Änderungsantrag 6“. Der Deutsche Hausärzteverband lehnt die erneut in das nunmehrige

¹ BGBl. I S. 646

Gesetzgebungsverfahren für ein *Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz* eingebrachten Änderungen des § 73b Abs. 5 Satz 7 und 8 SGB V ab.

1. § 73b Abs. 5 S. 7 SGB V

Die Intention, die hausärztliche Vergabe von Diagnosen frei von Beeinflussungen durch die Krankenkassen zu halten, ist ohne Zweifel richtig. Abzulehnen ist jedoch ein gesetzlicher Eingriff, der über das Ziel hinausschießt. Der für die Versorgung der Versicherten wichtige Vertrags- bzw. Leistungswettbewerb der Krankenkassen wird damit weitestgehend eingeschränkt, mit dem fatalen Ergebnis, dass Krankenkassen zur Verbesserung der Versorgung ihrer Versicherten (Versichertenstruktur) keine darauf ausgerichteten Leistungen vereinbaren können. Vertragswettbewerb fördert aber nachweislich die Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, denn sie gewährleistet eine auf die Bedürfnisse (Behandlungsbedarfe und Behandlungsumfänge) der Versicherten ausdifferenzierte Vereinbarung von Leistungen.

IM EINZELNEN:

A. BEHANDLUNGSDIAGNOSEN ALS RICHTGRÖÖE BEI DER ERFASSUNG DER MORBIDITÄTSSTRUKTUR DURCH DIE KRANKENKASSEN IM RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH (RSA), (§ 266 Abs. 1 SGB V)

Behandlungsdiagnosen der Versicherten sind u. a. für die Finanzausstattung der Krankenkassen eine entscheidende Rechengröße. Krankenkassen erhalten Beitragszahlungen über den RSA als Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds. Die Zuweisung bemisst sich insbesondere am medizinischen Versorgungsbedarf (Morbidity) der Versicherten jeder einzelnen Krankenkasse. Als Messinstrument für die Morbidity spielen ärztliche Diagnosen eine zentrale Rolle: Die Leistungsausgaben werden von den Krankenkassen nicht versichertenbezogen in der Gliederung des Kontenrahmens für jedes Geschäftsjahr erfasst und fließen über den GKV-Spitzenverband in den RSA ein (§ 267 Abs. 1, Abs. 2, Abs. 4 SGB V; Datenannahmestelle des RSV, § 266 Abs. 7 SGB V). Die Krankenkassen erhalten im RSA aus dem Gesundheitsfonds neben den Grundpauschalen alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen (§ 266 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Die Berechnung der Höhe der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkasse ist also auch wesentlich abhängig von der Höhe der nachgewiesenen, dokumentierten Morbidity der Versicherten einer Krankenkasse. So weist der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt in seinem Sondergutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs vom 27.11.2017 darauf hin, dass „etwa die Hälfte der Zuweisungen, die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben erhalten, über die sogenannten HMG „verteilt“ werden. Codierung hat für die Einschätzung des Risikoprofils der einzelnen Krankenkasse – und somit für den Umfang ihrer jeweiligen Mittelausstattung – mit der Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 eine erhebliche Finanzwirksamkeit erlangt.“ (Sondergutachten vom 27.11.2017, S. 470.)

B. BEHANDLUNGSDIAGNOSEN ALS VORAUSSETZUNG IN DER ABRECHNUNGSBEZIEHUNG (§ 295 Abs. 1b S. 2, § 295a Abs. 1 SGB V)

Behandlungsdiagnosen sind zugleich unverzichtbare Voraussetzung für die Abrechnung ärztlicher Leistungen nach § 295 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Abs. 1b S. 1 SGB V und

damit letztlich auch Voraussetzung für die Vergütung ärztlicher Leistungen, denn ohne rechtskonforme Abrechnung keine Vergütung! Bei selektivvertraglichen Vereinbarungen ist eine direkte Abrechnungsbeziehung zwischen Leistungserbringer (Hausarzt) und der Krankenkasse notwendig und unvermeidbar. Das geltende Recht gibt daher vor, dass Ärzte in Selektivverträgen „die in Abs. 1 genannten Angaben“ an die jeweilige Krankenkasse übermitteln (§ 295 Abs. 1b S. 2 SGB V). Zu erfassen und zu übermitteln sind daher bei ärztlicher Behandlung durch den Hausarzt im Selektivvertrag auch die Diagnosen, codiert nach ICD-X (§ 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 i. V. m. § 295 S. 2-5 SGB V). Abrechnungsstellen der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite können eingebunden werden (§ 295 a Abs. 1 SGB V). In der Hausarztzentrierten Versorgung werden daher zwangsläufig Diagnosen mit Codices nach ICD-X im Rahmen der direkten Abrechnungsbeziehung zwischen Hausärzten und Kostenträgern übermittelt. Grundsätzlich sorgt dieser Mechanismus für faire Bedingungen zwischen den Krankenkassen und verhindert unsolidarischen Wettbewerb allein um junge und gesunde Versicherte.

C. AUSREICHENDER SCHUTZ VOR FEHLANREIZEN DURCH HEILMITTEL- UND HILFSMITTELVERSORGUNGSGESETZ (HHVG)

Der hohe Stellenwert von Diagnosen hat in der Vergangenheit auch Fehlanreize und missbräuchliche Vertragsgestaltungen hervorgebracht. In etlichen Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wurden – zugespitzt – allein Diagnosen vergütet und nicht die entsprechende ärztliche Behandlung (sog. „Betreuungsstrukturverträge“). Gesetzgeberisches Nachsteuern und Maßnahmen der zuständigen Aufsichtsbehörden haben diese Art der Verträge beendet und entsprechende Praktiken wirksam unterbunden. Seit dem Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz² (HHVG) vom 04.04.2017 sind Verträge über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen explizit untersagt (§§ 73b Abs. 5 S. 7 u. 140 a Abs. 2 S. 7 SGB V). Das HHVG und die o. g. Maßnahmen der Aufsichtsbehörden haben ihre Wirkung nicht verfehlt. Die Morbiditätsentwicklung in der GKV im Jahr 2018 zeigt: Von einem Steigerungseffekt durch vermeintliches „Upcoding“ kann keine Rede (mehr) sein. Für weitergehende gesetzliche Eingriffe in Versorgungsverträge nach § 73b SGB V gibt es bereits deshalb keine sachlichen Gründe, erst recht in Gestalt von unklaren, widersprüchlichen und somit rechtsunsicheren Regelungen.

D. ABGRENZUNGSPROBLEMATIK ZWISCHEN VERTRAGLICHER ABRECHNUNGSBEZIEHUNG UND VERGÜTUNGSVERBOT

Zu einer kaum lösbaren Abgrenzungsschwierigkeit führt die Regelung in § 73b Abs. 5 S. 7, 2. Halbsatz SGB V: Hiernach bleiben die „Pflichten der Leistungserbringer gem. § 295 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Abs. 1b S. 1 unberührt“. In der Einzelbegründung wird nicht nur beschrieben, was von der Verbotsregelung erfasst werden soll, sondern auch dasjenige, was nach Ansicht des Entwurfs vom Verbot nicht umfasst werden soll: Zulässig sollen bleiben, trotz des Verbots, die Vereinbarung spezifischer Module von HZV-Verträgen, bei denen die Teilnahme der Versicherten von verschiedenen Krankheiten oder Krankheitsausprägungen abhängig gemacht wird sowie Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten

² BGBl. I S. 778

Krankheiten angeboten werden, sofern sie an Kapitel und/oder Obergruppengliederungen nach ICD-X oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen.

Ausgangspunkt der Betrachtung ist der im Entwurf ausdrücklich geregelte Vorrang der unmittelbaren Abrechnungsbeziehung zwischen der Seite der Leistungserbringer und den Kostenträgern: „die Pflichten der Leistungserbringer gem. § 295 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Abs. 1b S. 1 bleiben unberührt“. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen, einschließlich des Tages, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, aufzuzeichnen und zu übermitteln (§ 295 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V). Die Diagnosen werden codiert nach ICD-X; diese Aufzeichnungs- und Übermittlungspflicht findet auf die Hausarztzentrierte Versorgung (und Selektivverträge) unmittelbar Anwendung (§ 295 Abs. 1b S. 1 SGB V). Dasjenige, was in einem Hausarztvertrag Gegenstand der ärztlichen Behandlung und damit Gegenstand der Dokumentationspflicht ist, wird vertraglich vereinbart. Die Dokumentationspflicht folgt in Inhalt und Umfang der vertraglichen Vereinbarung. Alles dasjenige, was aus der selektivvertraglichen Leistungs- und darauf aufbauend -Abrechnungsbeziehung zwischen der Seite der Leistungserbringer und der Krankenkassen abgeleitet wird und werden kann, bleibt bei dieser Interpretation von dem Verbot der Verknüpfung von Diagnosen und Vergütungen „unberührt“. In der hausarztzentrierten (selektivvertraglichen) Vergütungsregelung können und müssen also auch weiterhin „Diagnosen“ und zwar auch als Voraussetzungen für Vergütungen vereinbart und angegeben werden.

Als ein Hauptproblem der im Entwurf vorgeschlagenen Regelung erweist sich daher neben der Regelung der beiden Ausnahmen für Einschlusskriterien und DMP – die Abgrenzung der Regelung der Abrechnungsbeziehung einerseits und das Verbot der Verknüpfung von Diagnosen und Vergütungen andererseits. Diese ineinander verschränkten Regelungsbereiche werden zu einer Fülle von Abgrenzungsfragen führen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Verbotsregelung selbst „bestimmte Diagnosen als Voraussetzungen für Vergütungen“ nicht gerade besonders eindeutig und selbsterklärend ist. Die Gefahr, dass diese Regelung bei den Selektivverträgen weit über das Ziel hinausschießt und nicht die Besonderheiten der direkten, selektivvertraglichen Beziehung berücksichtigt, ist groß.

E. ZUSAMMENFASSUNG UND ERGEBNIS

Die hier zu bewertende Neuregelung in § 73b Abs. 5 Sätze 7 SGB V ist insgesamt abzulehnen: sie ist ein gesetzestechnisch verunglücktes Regelwerk, dessen Wirkungen für die Hausarztzentrierte Versorgung unkalkulierbar sind; sie ist geprägt von inneren Widersprüchen. So ist bereits fraglich, ob die in der Regelung angeführten Beispiele für das Verbot sowie die in der Begründung angeführten Ausnahmen von dem Verbot vom Wortlaut der Regelung als Grenze der möglichen Auslegung überhaupt erfasst werden. Unabhängig davon ist die Regelung, vor dem Hintergrund der geltenden Rechtslage, weder erforderlich noch verhältnismäßig.

Insoweit gilt es zur Kenntnis zu nehmen, dass die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V eine wettbewerbliche und alternative Versorgungsform mit exzellenten Evaluationsergebnissen ist. Die Hausarztzentrierte Versorgung garantiert langfristig die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Aktuell nehmen mehr als fünf Millionen

Versicherte und rund 17.000 Hausärzte teil; Tendenz steigend. Kernelement der Hausarztzentrierten Versorgung ist eine besondere hausärztliche Versorgung mit langfristiger Bindung der Patienten an die/den von ihnen gewählte/n Hausärztin/Hausarzt; einhergehend mit einer koordinierten Inanspruchnahme gebietsärztlicher, ambulanter oder pflegerischer Leistungen.

Unausgegorene und unklare gesetzliche Regelungen dürfen all dies nicht gefährden! Die geplante Neuregelung in § 73b Abs. 5 Satz 7 SGB V ist deshalb zwingend zu streichen.

2. § 73 B Abs. 5 S. 8 SGB V

Die beabsichtigte Einfügung des § 73 b Absatz 5 Satz 8 SGB V ist mit der geforderten Streichung des § 73 b Absatz 5 Satz 7 SGB V in Konsequenz ebenfalls zu streichen.

Grundsätzlich gilt: Eine verlässliche Versorgungs- und Rechtssicherheit kann nicht gewährleistet werden, wenn bereits geschlossene Vereinbarungen, die vor einem bestimmten Stichtag zustande gekommen sind, innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten des FKG wieder anzupassen sind. Die (kurze) Übergangsfrist trägt dem Vertrauen der Vertragsparteien nicht hinreichend Rechnung. Die jeweils betroffene Krankenkasse und die beteiligten Vertragspartner müssen darauf vertrauen können, dass sie einer durch die Aufsicht erteilten Genehmigung oder Nichtbeanstandung vertrauen können. Der Anreiz für diese Art der Verträge, die für die regionale Versorgung von großer Bedeutung sind, darf nicht durch potenziell (rückwirkende) nachteilige Neuregelungen und Rechtsfolgen konterkariert werden.

III. ART. 5 NR. 21 I. V. M. ART. 6 NR. 11 B) AA) BBB) – ERFASSUNG VON DIAGNOSEN NACH ARZTGRUPPENSCHLÜSSELN [§ 267 ABS. 2 SGB V; § 30 ABS. 1 NR. 6 RSAV]

Der Ansatz, für die Weiterentwicklung des RSA (identische) Diagnosen von Haus- und Fachärzten gesondert zu erfassen, ist für sich betrachtet auf den ersten Blick unkritisch, wenn es darum geht, die Datenlage zu verbessern. Fraglich und vollkommen unklar ist jedoch, a) welche Ergebnisse diese Datenerfassung liefern und b) welche Schlussfolgerungen bzw. Maßnahmen „zur Verbesserung des Ausgleichsverfahrens“ ergriffen werden sollen. Hierzu schweigt der Gesetzentwurf. Vor dem Hintergrund der Erläuterungen des Ministeriums in den „Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und des Organisationsrechts“ werden in diesem Zusammenhang aber offensichtlich Überlegungen angestellt, die nicht nur systemfremd sind, sondern als Herabsetzung der hausärztlichen Tätigkeit bzw. der Hausarztzentrierten Versorgung bewertet werden müssen.

In den o. g. Eckpunkten heißt es nämlich wie folgt: „Identische Diagnosen von Haus- und Fachärzten führen derzeit zu gleichen Zuschlägen, obwohl die hausärztliche Versorgung bei vielen Krankheiten in der Regel zu niedrigeren Ausgaben führt. Mit der Einführung einer Hausarzt-HMG könnten diese unterschiedlichen Kostenstrukturen in Zukunft berücksichtigt und Zuschläge in Abhängigkeit davon gezahlt werden, ob eine Diagnose vom Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Bei niedrigeren Zuschlägen für Hausarzt-HMG würden Verträge zur Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung weniger attraktiv und die Manipulationsresistenz des

RSA so gestärkt. Es wird zunächst die entsprechende Datengrundlage geschaffen (Kennzeichnung der haus- und fachärztlichen Diagnosen), um dieses Modell überprüfen zu können.“

Zum einen sollen nach richtigem Verständnis mit dem RSA keine „versorgungsebenenbedingten“ Ausgabenunterschiede, sondern Unterschiede in den Risikostrukturen und den daraus resultierenden Ausgabenrisiken ausgeglichen werden (vgl. hierzu auch das Sondergutachten des wissenschaftlichen Beirats vom 27.11.2017 in der korrigierten Fassung vom 25.02.2018, 1., 1.1., S. 20). Der RSA verfolgt nicht das Ziel, Ausgabenunterschiede, die durch die Behandlung der identischen Erkrankungen in unterschiedlichen Versorgungsebenen entstehen, auszugleichen!

Zum anderen, und diese Überlegungen wiegen wesentlich schwerer, sollen ganz offensichtlich Kassen dafür bestraft werden, wenn sie Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V abschließen und damit auf eine wirtschaftliche, qualitative hochwertige (besondere) hausärztliche Versorgung setzen. Das ist schlichtweg ein Frontalangriff auf die Hausarztzentrierte Versorgung, dem sich der Deutsche Hausärzteverband mit aller Macht entgegenstellen wird. Wenn mit „Verträgen zur Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung“ andere Verträge als die Verträge nach § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V gemeint sind – etwa die von einigen Krankenkassen unter dem Deckmantel des § 73b SGB V abgeschlossenen Betreuungsstrukturverträge – sollte sich das Ministerium hierzu eindeutig und unmissverständlich erklären.

IV. ART. 5 NR. 26 – DATENGRUNDLAGEN FÜR DEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

Die Neufassung des § 273 SGB V wird insgesamt abgelehnt.

Zum einen bedarf es keiner Erweiterung der Prüfkompetenzen des Bundesversicherungsamtes (BVA), zum anderen gefährden rückwirkende Prüfungen und darauf beruhende Maßnahmen (Abs. 7 – neu) die (selektivvertragliche) Versorgung.

Die aktuell geltenden Prüf- und Maßnahmenrechte des BVA in seiner Funktion als RSA-Durchführungsbehörde sind ausreichend. Es ist nicht erkennbar und in der Begründung zu § 273 SGB V auch nicht nachvollziehbar dargelegt, warum die Kompetenzen des BVA gestärkt werden müssen oder weswegen die jetzige Rechtsposition des BVA nicht ausreichend ist. Auch sind etwaige – nachlaufende – Korrekturen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über einen derart langen Zeitraum (rückwirkend bis zum Jahr 2013) nur schwer nachvollziehbar, können sie doch gerade wegen des langen Zeitraums zu einer wirtschaftlichen Schieflage betroffener Krankenkassen führen. Dies wiederum gefährdet dann aber die Versorgung der Versicherten, die über die jeweiligen (Selektiv-)Verträge der betroffenen Krankenkasse sichergestellt wird.

Die geplante Neufassung des § 273 SGB V macht zudem deutlich, dass das BVA hier eine systematisch unbefriedigende Sonderrolle einnimmt. Zum einen agiert das BVA als (Vertrags-)Aufsichtsbehörde und greift in dieser Funktion zum ersten Mal unmittelbar in das Versorgungsgeschehen ein, zum anderen prüft das BVA in seiner Rolle als RSA-Durchführungsbehörde die Rechtmäßigkeit von Versorgungsverträgen und zwar auch solcher, die durch die Aufsichtsbehörden der Länder nicht beanstandet wurden; das BVA greift so zum zweiten Mal in das (regionale) Versorgungsgeschehen ein.

Im Ergebnis kann das BVA damit die Rechtsauffassung der Länderaufsichten korrigieren, jedenfalls insoweit die dort (BVA) festgestellten Auffälligkeiten (nach Auffassung des BVA) ihren Ursprung in einzelnen (selektiv-)vertraglichen Regelungen finden, die aber wiederum von den Aufsichtsbehörden der Länder nicht beanstandet wurden. Diese Situation erscheint rechtlich bedenklich, laufen doch so die den Ländern zugewiesenen Aufgaben und Befugnisse ins Leere. Ebenfalls unbefriedigend geregelt ist die zweigeteilte Aufsicht über das Bundesversicherungsamt, wodurch vielfach ein aufsichtsrechtliches Tätigwerden des Bundesgesundheitsministeriums nur einschränkt möglich ist. Es gilt nach diesseitiger Auffassung zunächst einmal diese grundsätzlichen Bereiche neu zu ordnen, bevor über kleinteilige Detailregelungen nach und nach die Rechte des BVA zu einer zentralen „Bundesoberaufsichtsbehörde“ weiterentwickelt werden.

V. ART. 5 NR. 28 – TRANSPARENZSTELLE (§ 293A SGB V)

Die Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge über eine Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V und über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V wird begrüßt. Insbesondere ist es sinnvoll und zwingend erforderlich, dass auch die Aufsichtsbehörden der Länder Zugriff auf das Vertragsregister erhalten.

Eine Ergänzung unserer Stellungnahme behalten wir uns vor.

Ansprechpartner:

Deutscher Hausärzteverband e.V.
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

www.hausaerzteverband.de

Bundesvorsitz:

ulrich.weigeldt@hausarztverband.de
030 88 71 43 73-30

Geschäftsführung und Justizariat:

joachim.schuetz@hausarztverband.de
02203 9 77 88-03