

17.06.11

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Stellungnahme der Bundesregierung zu der EntschlieÙung des Bundesrates zum Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit Schreiben vom 17. Juni 2011 zu der oben genannten EntschlieÙung* des Bundesrates Folgendes mitgeteilt:

Zum Punkt II.1 der EntschlieÙung:

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde durch die Neuregelungen zur nachrangigen Versicherungspflicht in der GKV und zur Versicherungspflicht in der PKV sichergestellt, dass grundsätzlich alle Bürger eine Absicherung im Krankheitsfall haben. Sie haben entweder Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung oder zu einem anderen System der Versorgung im Krankheitsfall. Die medizinische Versorgung wurde gestärkt. Dies gilt unter anderem für die palliativmedizinische Versorgung, die häusliche Krankenpflege sowie für Maßnahmen der Rehabilitation. Durch die Ausweitung der Wahltarife wurde der Wettbewerb grundsätzlich gestärkt. Dieser Weg wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz fortgesetzt. Bei den Satzungs- und Ermessensleistungen gab es in den letzten Jahren Ausgabenrückgänge. Insoweit prüft die Bundesregierung derzeit im Rahmen des anstehenden GKV-Versorgungsgesetzes, inwieweit die Möglichkeiten für Satzungs- und Ermessensleistungen zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV ausgeweitet werden können.

* siehe Drucksache 75/07 (Beschluss)

Zu den Punkten II.2 und II.3 der EntschlieÙung:

Die Entwicklung der Krankenhausversorgung im Hinblick auf die Kostenbelastungen der Krankenhäuser und deren Vermeidung waren u. a. Gegenstand des Gesetzgebungsverfahrens zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG, BGBl. S. 534) und sind mithin erledigt.

Zum Punkt II.4 der EntschlieÙung:

Mit dem auf der Grundlage der Eckpunkte zu einem Versorgungsgesetz vorzubereitenden Entwurfes eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Anspruch des Versicherten konkret auf das Entlassungsmanagement nach Krankenhausaufenthalt konzentriert. Dies betrifft etwa nach Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI).

Zum Punkt II.5 der EntschlieÙung:

Der mit dem GKV-WSG eingeführte Höchstbetrag (§ 31 Absatz 2a SGB V i.d.F. bis zum 31. Dezember 2010) wurde mit dem AMNOG durch den Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V ersetzt. Ein Höchstbetrag nach altem Recht wurde nicht festgesetzt. Mit der Vereinbarung der ersten Erstattungsbeträge nach neuem Recht auf Grundlage einer Nutzenbewertung nach § 35a SGB V ist Mitte 2012 zu rechnen.

Zum Punkt II.6 der EntschlieÙung:

Mit der am 18. Mai 2011 in Kraft getretenen 25. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (25. BtMÄndV) wurde die Weiterverwendung von Betäubungsmitteln (BtM) deutlich ausgebaut: jetzt dürfen auch in Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ärztlich verschriebene und nicht mehr benötigte BtM für andere Patienten weiterverwendet werden; zuvor war diese Regelung auf Alten-/Pflegeheime und Hospize begrenzt. Zusätzlich können in einem Hospiz oder einer Einrichtung der SAPV nicht mehr benötigte BtM jetzt in einen BtM-Notfallvorrat dieser Einrichtungen eingespeist werden.

Zum Punkt II.7 der Entschließung:

Das Bundesgesundheitsministerium wird die weitere Entwicklung der Teilnehmeraten an den Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V sorgfältig beobachten. Bundesweit repräsentative Ergebnisse sind durch die derzeit laufende KiGGS-Erhebung zu erwarten.

Nach § 62 Absatz 5 SGB V evaluieren die Spitzenverbände der Krankenkassen für das Jahr 2006 die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung und legen dem Deutschen Bundestag hierzu über das BMG spätestens zum 30. Juni 2007 einen Bericht vor. Dieser Bericht konnte bisher wegen der Probleme bei der Beschaffung repräsentativer Daten der einzelnen Krankenkassen nicht in der vorgesehenen Bearbeitungstiefe geliefert werden. Daher hat das BMG den GKV-Spitzenverband gebeten, den Bericht aus dem Jahre 2008 fortzuschreiben im Hinblick auf die Jahre 2005 bis 2010 und dem BMG spätestens bis zum 30. Juni 2011 vorzulegen, damit er dann umgehend dem Deutschen Bundestag zur Beratung vorgelegt werden kann.

Zum Punkt II.8 der Entschließung:

Der Bewertungsausschuss ist seiner mit dem GKV-WSG in § 121 Absatz 4 SGB V aufgenommenen Verpflichtung, mit Wirkung zum 1. April 2007 im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen zu treffen, in seinen 123. und 124. Sitzungen nachgekommen. In den EBM wurden mit den Beschlüssen das Kapitel 36 für belegärztliche Leistungen mit Wirkung ab dem 1. April 2007 aufgenommen. Begleitend hierzu wurde für die Umsetzung insbesondere der ab 1. April 2007 extrabudgetären Vergütung belegärztlicher Leistungen auf der Landesebene eine Bundesempfehlung abgeschlossen.

Zum Punkt II.9 der Entschließung:

Zusätzlich zu den Regelungen im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sowie im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber weitere Maßnahmen zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung ergriffen. So wurden mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) mit Wirkung zum vierten Quartal 2008 die Altersgrenze von 68 Jahren in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen

Versorgung aufgehoben. Zudem wurden die Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30. Juni 2009 vorrangig mit Gemeinschaften von Hausärzten Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen. Desweiteren wurde die Finanzierung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin verbessert. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PWG) ermöglichte zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung insbesondere in von Unterversorgung betroffenen oder bedrohten Planungsbereichen ärztliche Leistungen auf Praxisassistentinnen gemäß § 87 Absatz 2b Satz 5 SGB V zu delegieren und damit eine Entlastung der Hausärzte zu erreichen. Hinsichtlich der angestrebten Ost-West-Angleichung kann die Vergütungsreform als Erfolg angesehen werden. Diese Einschätzung ergibt sich aus den im Dezember 2010 dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat nebst Erläuterungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) übermittelten Daten des Bewertungsausschusses bis einschließlich zum 4. Quartal 2009 zur Entwicklung der Vergütungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung. So sind nach den dem BMG zur Verfügung gestellten Daten für die Jahre 2007 bis 2009 in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern deutlich höhere Zuwachsraten der ärztlichen Honorare zu verzeichnen.

Zum Punkt II.10 der Entschließung:

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen erfüllen genauso wie die anderen gesetzlichen Krankenkassen gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Daher erhalten die landwirtschaftlichen Krankenkassen ebenso wie alle übrigen gesetzlichen Krankenkassen Bundeszuschüsse zur pauschalen Abgeltung der von ihnen erfüllten gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (§ 221 SGB V).

Den Besonderheiten des Strukturwandels in der Landwirtschaft wird durch die Gewährung zusätzlicher Bundesmittel an die landwirtschaftliche Krankenversicherung Rechnung getragen. Diese Bundesmittel haben inzwischen vorrangig die Aufgabe, die strukturwandelbedingten Belastungen der Versicherten in der LKV abzumildern. Dies bestätigt ein hierzu von der Bundesregierung in Auftrag gegebenes Gutachten (BT-DRs. 16/10713).

Zum Punkt II.11 der Entschließung:

Die Portabilität der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung ist mit dem GKV-WSG für ab 1. Januar 2009 neu abgeschlossene Verträge

eingeführt worden. Die Bundesregierung wird eine Evaluation der Wirkungen der Portabilität der Alterungsrückstellungen durchführen, wenn dadurch aussagekräftige Ergebnisse zu erwarten sind. Zum jetzigen Zeitpunkt – etwas mehr als zwei Jahre nach Einführung – ist dies angesichts der noch geringen Zahl der Verträge, die eine Portabilität vorsehen, sowie der vergleichsweise geringen Laufzeit dieser Verträge, noch nicht zu erwarten.

Zum Punkt II.12 der Entschließung:

Das Ziel der Entschuldung aller Krankenkassen ist erreicht worden durch die Verpflichtung der früheren Spitzenverbände der Krankenkassen, in ihren Satzungen Regelungen zur Entschuldung der Krankenkassen ihrer Kassenart vorzusehen, die gewährleisten, dass eine Entschuldung bis zum 31. Dezember 2007, in Ausnahmefällen bis zum 31. Dezember 2008 eintritt (§ 265a SGB V in der Fassung vom 22. Dezember 2006 bis zum 31. Dezember 2008). Flankierende Maßnahmen hierzu waren nicht erforderlich.

Zum Punkt II.13 der Entschließung:

Umsetzung ist erfolgt durch das GKV-OrgWG.

Zum Punkt II.14 der Entschließung:

Die Bundesregierung hat – soweit notwendig – einige Nachsteuerungen zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgenommen, so z. B. mit dem Pflegeversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz und mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG). Mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurden die finanziellen Grundlagen des Gesundheitssystems kurz- und mittelfristig auf eine solide Basis gestellt. Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes hat Effizienz und Qualität der Arzneimittelversorgung gesteigert und mit dem in Arbeit befindlichen Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen jetzt Weichenstellungen in den Versorgungsstrukturen, um auch in Zukunft eine hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung zu gewährleisten.