

04.02.15

Antrag

des Landes Nordrhein-Westfalen

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG)

Punkt 16 der 930. Sitzung des Bundesrates am 6. Februar 2015

Der Bundesrat möge beschließen:

Zu Artikel 1 Nummer 35 Buchstabe b (§ 87a Absatz 4a SGB V)

In Artikel 1 Nummer 35 Buchstabe b ist § 87a Absatz 4a wie folgt zu fassen:

"(4a) Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2016 ist eine einmalige basiswirksame Erhöhung des nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2015 angepassten Aufsatzwertes in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 im Jahr 2015 vorzunehmen, wenn die jeweils für das Jahr 2013 und jeweils einschließlich der Bereinigungen zu berechnende durchschnittliche an die Kassenärztliche Vereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung die durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten, gewichtet mit der Morbiditätsstruktur der Versicherten im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, unterschreitet. Die Berechnungen nach Satz 1 werden durch das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 durchgeführt. Es teilt den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder das Ergebnis bis spätestens zum 15. September 2015 mit. Eine

einmalige basiswirksame Erhöhung des Aufsatzwertes ist nur dann zu vereinbaren, wenn in den Verhandlungen nach Satz 1 festgestellt wird, dass der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war. Der Aufsatzwert ist in dem Umfang zu erhöhen, wie der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war. Die Erhöhung erfolgt um einen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für alle Krankenkassen einheitlichen Faktor. Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden. Die zusätzlichen Mittel können auch zur Verbesserung der Versorgungsstruktur eingesetzt werden. Umverteilungen zu Lasten anderer Kassenärztlicher Vereinigungen sind auszuschließen."

Begründung:

Seit der Honorarreform im Jahr 2009 ergeben sich hinsichtlich der je Versicherten gezahlten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) zwischen den einzelnen Bezirken der Kassenärztliche Vereinigungen erhebliche Unterschiede, die nicht durch Unterschiede im Versorgungsbedarf der Versicherten begründet sind.

Da eine Angleichung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur durch eine gesetzliche Regelung möglich ist, soll mit der Änderung eine möglichst zeitnahe Umsetzung ermöglicht werden. Eine weitere Verzögerung bis 2017 ist nicht hinnehmbar. Dies gilt auch für eine einseitige Beweislastregelung für die Kassenärztliche Vereinigungen. Auch der explizite Hinweis auf eine mögliche Begründetheit durch eine höhere Inanspruchnahme des stationären Sektors geht fehl. Den stationären Behandlungen kommt durchweg kein Substitutionseffekt für die ambulante Versorgung zu. Mit Blick auf den Grundsatz "ambulant vor stationär" muss es vielmehr Ziel sein, durch eine Stärkung des ambulanten Bereichs Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen.

Mit der Ergänzung zur Morbiditätsgewichtung soll erreicht werden, dass bestehende, länderbezogene Honorarunterschiede sachgerecht in der Regelung zur Anpassung der vertragsärztlichen Vergütung Berücksichtigung finden.

Schließlich sollten die Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses auch den Ländern zugeleitet werden.