

Informationen und Argumente zur Gesundheitsreform 2006

- ***Defizit der GKV durch höheren Bundeszuschuss lösen***
- ***500 Mio. € Sanierungsbeitrag geht nicht***
- ***MWSt-Erhöhung geht zu Lasten der Krankenhäuser***
- ***Tarifrunde 2006 muss refinanziert werden***
- ***Gesundheitsfonds löst Problem der GKV-Finanzierung nicht***
- ***Gemeinsamer Bundesausschuss – mehr Staat, wenig Selbstverwaltung***
- ***Integrationsversorgung – Anschubfinanzierung muss spitz abgerechnet werden***

***Defizit der GKV
durch höheren Bundeszuschuss lösen***

Fakten zum Finanzdefizit der GKV

Das aktuelle Beitragssatzproblem der GKV ist von der Politik hausgemacht. Seit Jahren ist bekannt, dass die Einnahmenseite der GKV erodiert. Ursachen dafür sind insbesondere,

- der Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse infolge hoher Arbeitslosigkeit und demografischer Entwicklungen;
- die sinkende Lohnquote;
- politisch initiierte Verschiebepflichten zu Lasten der GKV.

Die richtige Antwort auf die Erosion der GKV-Finanzierung wäre die Rücknahme der Verschiebepflichten und die Verbreiterung der Beitragsbasis. Genau das passiert aber nicht. Im Gegenteil schafft die Politik neue Verschiebepflichten zu Lasten der GKV und saniert damit den Bundeshaushalt. Dies betrifft insbesondere die

- Streichung der aus der Tabaksteuer finanzierten Steuerzuschüsse an die GKV, d. h. Entzug von 2,7 Mrd. € in 2007 (Reduktion des Zuschusses von 4,2 Mrd. auf 1,5 Mrd. in 2007).
- Erhöhung der Mehrwertsteuer um 3 %, d. h. Mehrkosten im Gesundheitswesen von 1,4 Mrd. €, von denen die Krankenhäuser 0,5 Mrd. € ohne Refinanzierung selbst tragen müssen (Mehrkosten GKV 0,9 Mrd. €).

Damit fehlen in 2007 3,6 Mrd. €.

Gleichzeitig profitieren Bund- und Länderhaushalte allein von den Mehrbelastungen der Krankenkassen und Krankenhäuser infolge der Mehrwertsteuererhöhung mit 1,4 Mrd. €.

Hinzu kommt, dass das Aufkommen der Tabaksteuer in 2006 massiv um voraussichtlich mehr als 10 % steigt, was ca. 1,5 Mrd. € Mehreinnahmen für den Bund bedeutet (*Quelle: Monatsbericht des BMF, Juni 2006, S. 37 ff. - Steuereinnahmen des Bundes und der Länder im 1. Quartal 2006*).

Fazit:

- Ein Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser für die GKV ist nicht gerechtfertigt, da er am eigentlichen Problem vorbeigeht.
- Der Steuerzuschuss an die GKV muss um die unerwartete Erhöhung des Tabaksteueraufkommens angehoben werden.
- Das aus dem Gesundheitswesen fließende Aufkommen aus der Erhöhung der Mehrwertsteuer in Höhe von 1,4 Mrd. € muss ins Gesundheitswesen zurückfließen.

Fakten zur Ausgabenentwicklung der Krankenkassen für stationäre Leistungen

Der Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung um 5,6 % im ersten Quartal (West 5,7 / Ost 5,8) je Mitglied ist ein statistisch absolut instabiler Wert, der nicht auf das Jahresgesamtergebnis hochgerechnet werden kann und der auch keine verlässliche Aussage über die Kosten-/Erlössituation in den Krankenhäusern zulässt. Seit der Einführung der DRG-Fallpauschalen wird das erste Quartal immer überhöht ausgewiesen. In der Jahresausgabenstatistik war der Ausgabenwert für die Krankenhäuser regelmäßig deutlich niedriger.

Veränderungsraten der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Mitglied einschließlich Rentner Vergleich 1. Quartal und 1.-4. Quartal

| | 2003 | 2004 | 2005 |
|----------------------|------------|------------|------------|
| 1. Quartal | 2,3 | 2,3 | 4,1 |
| 1.-4. Quartal | 1,8 | 1,5 | 3,3 |

Bei der Ausgabenstatistik (KV-45) wird ein Vergleich zum Vorjahr vorgenommen (hier 1. Quartal 2005 : 1. Quartal 2006). Dabei ist entscheidend, wann die Pflegesatzvereinbarungen vor Ort getroffen wurden. Grundsätzlich gilt, dass die Zahlbasisfallwerte des Vorjahres bis zur Vereinbarung neuer Werte weitergezahlt werden. Es spricht vieles dafür, dass der Ausgangswert des 1. Quartals 2005 zu niedrig ausgewiesen ist und deshalb für das 1. Quartal 2006 eine statistisch überhöhte Steigerungsrate herauskommt.

Ein zu niedriger Wert im 1. Quartal 2005 ist dadurch bedingt, dass

- die volljährige Finanzierung des AiPs (300 Mio. €), die volljährige Finanzierung der reformierten Pflegeausbildung (100 Mio. €) und die jeweilige Jahrestanche für das 0,2-Programm zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (100 Mio. €) erst nach dem Abschluss des ersten Quartals 2005 in die Vergütungssätze eingeflossen sind, weil vorher kaum Budgetvereinbarungen zustande gekommen waren. Diese Positionen kumulieren auf 500 Mio. €. Um diese Positionen sind die Zahlbeträge im ersten Quartal 2006 automatisch höher. Es handelt sich um gesetzlich bedingte Ausgabensteigerungen hinter denen gesetzlich bedingte Mehrausgaben stehen und die deshalb nicht zu Lasten der Krankenhäuser interpretiert werden dürfen.

- Durch Umstellung des DRG-Kataloges von 2004 auf 2005 sind die Bewertungsrelationen um durchschnittlich 5 % abgesenkt worden. Der Ausgleich erfolgt über eine entsprechende Erhöhung der Basisfallwerte. Da es noch keine neuen Pflegesatzvereinbarungen in den ersten Monaten 2005 gab, konnte die technische Absenkung noch nicht ausgeglichen werden, so dass die tatsächlichen Abrechnungsbeträge der ersten drei Monate 2005 niedriger waren. Dementsprechend ist die Steigerungsrate im 1. Quartal 2006 höher.
- Um 0,3 % erhöht ist der Ausgabenwert für das 1. Quartal schon rein aufgrund des Rückgangs der Zahl der Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem 1. Quartal 2005.

Ausgaben für Krankenhausbehandlung im 1. Halbjahr 2006 gesunken

Zwischenzeitlich liegt die GKV-Ausgabenstatistik für das 1. Halbjahr 2006 vor. Danach betragen die Ausgaben für Krankenhausbehandlung im 1. Halbjahr 2006 gegenüber dem Vorjahreszeitraum 4,4 % (West: 4,1 %, Ost: 5,6 %).

Wie von der DKG vorausgesagt, ist der Anstieg der GKV-Ausgaben je Mitglied für Krankenhausbehandlung im Vergleich zum Vorjahr mit dem 2. Quartal deutlich zurückgegangen.

Schon jetzt bedeutet die Absenkung des Anstiegs im 1. Quartal 2006 auf den Halbjahreswert 2006 von 5,8 auf 4,4 Prozent, dass zwischen den 2. Quartalen 2005 und 2006 nur noch ein Anstieg von knapp 3 Prozent zu verzeichnen ist. Eine solch deutliche Veränderung nach unten zwischen den Ergebnissen des 1. Quartals und des 1. Halbjahres hat es in den letzten Jahren nicht gegeben, wie folgende Tabelle zeigt.

**Veränderungsraten der GKV-Ausgaben für Krankenhausaufgaben je Mitglied (Bund)
Vergleich 1. Quartal und 1. Halbjahr**

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1. Quartal | 0,8 | 0,2 | 2,6 | 2,3 | 2,3 | 4,1 | 5,8 |
| 1. Halbjahr | 0,8 | 0,3 | 3,6 | 1,9 | 1,3 | 4,0 | 4,4 |

Zusätzlich ist folgende Besonderheit aus dem Jahr 2005 zu berücksichtigen:

Der Großteil der Budgetverhandlungen des Jahres 2005 erfolgte erst ab der 2. Jahreshälfte 2005. Dabei waren durch die verspätete Korrektur der wegen der Weitergeltung der vorjährigen Basisfallwerte zu niedrig abgerechneten Fallpauschalen entsprechend hohe Ausgleichszahlungen fällig. Damit ist mit einer Umkehrung des statistischen Effektes zu rechnen, indem die Ausgaben der Vergleichsbasis 2005 in den letzten Quartalen erhöht sind.

Dies wird zu einer weiteren deutlichen Absenkung der Höhe des Anstiegs der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung in der Ganzjahresstatistik der KV45 führen. Es zeigt sich, dass eine Quartalsbetrachtung in keiner Weise aussagekräftig ist und nur der Ganzjahresvergleich korrekte Schlussfolgerungen über Ausgabenentwicklungen zulässt.

500 Mio. € „Sanierungsbeitrag“ geht nicht

- 500 Mio. € Sanierungsbeitrag (GKV-WSG)
plus
- 330 Mio. € Grundlohnkürzung (AVWG)
bei
- 0,28 Zuwachs Grundlohnrate-West (1,05 Ost)
und
- ca. 5 % Kostensteigerungen (tarifliche, Mehrwertsteuer, Bereitschaftsdienst, Integrationsverträge)

bringt Krankenhäuser in Not.

L A S T E N der Krankenhäuser

Nach den Eckpunkten zur Gesundheitsreform geplant:

- Minus 500 Millionen Euro (Sanierungsbeitrag)
- Minus 500 Millionen Euro (Verlängerung Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung)
- Minus 330 Mio. € Folgewirkung AVWG in 2007

Gesetzlich- und tarifbedingte Kosten- und Ausgabensteigerungen:

- 1,5 Milliarden Euro (TVöD-Umstellung, neue und erwartete Tarifierhöhungen für Klinikärzte)
 - 1,3 Milliarden Euro (erwartete Mehrkosten durch Änderung Arbeitszeitgesetz)
 - 500 Millionen Euro (gesetzliche Vorgaben Abschaffung AiP, Pflegeausbildung, DRG-Systemkosten)
 - 500 Millionen Euro (Mehrwertsteuererhöhung ab 2007)
 - 1 Milliarde Euro (durch gesetzliche Auflagen wie Naturalrabattverbot, steigende Anforderungen an Qualitätssicherung, sicherheitstechnische Auflagen)
-

Minimale Grundlohnrate 2007

West 0,28 %

Ost 1,05 %

d. h. zur Deckung des Kostenzuwachses stehen nur 0,28 % bzw. 1,05 % zur Verfügung

tatsächlicher Kostenzuwachs ca. 5 %

Grundlohnrate 2007

Fast Null (West)

Im September hat das BMG die Steigerungsraten für die Krankenhausbudgets in 2007 bekannt gegeben. In den alten Bundesländern steht für die Krankenhausvergütungen eine Zuwachsrate von 0,28 Prozent und in den neuen Bundesländern von 1,05 Prozent zur Verfügung.

Die tatsächlichen Kostensteigerungen der Kliniken liegen aufgrund der Tarifabschlüsse, der Mehrwertsteuererhöhung sowie zahlreicher weiterer kostentreibender Faktoren um ein Vielfaches darüber.

Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser infolge der Absenkung der Steigerungsrate für 2006 auf 0,63 % durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) zusätzlich 330 Millionen Euro zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen einsparen müssen. Dabei ist zu sehen, dass ausschließlich die Krankenhäuser mit dieser um 50 Prozent reduzierten, versichertenbezogenen Veränderungsrate belastet worden sind, während allen anderen Leistungsbereichen die volle Rate gewährt worden ist.

Angesichts dieser eklatanten Unterdeckung kann den Krankenhäusern im Rahmen der Gesundheitsreform nicht auch noch ein Sanierungsbeitrag von 500 Millionen Euro abverlangt werden.

Die mageren Grundlohnraten machen deutlich, dass die Philosophie der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, bei der die Lohnentwicklung die Zuwachsrate für die medizinische Versorgung bestimmt, am Ende ist. Die Abkoppelung der GKV-Finanzierung vom Arbeitseinkommen war auch genau der Ausgangspunkt für die Reform. Es ist indes derzeit nicht festzustellen, dass der Gesundheitsfonds mit dem staatlich limitierten Einheitsbeitrag das Finanzierungsproblem der GKV auch nur annähernd löst. Notwendig sind zusätzliche Steuermittel, mit denen die versicherungsfremden Leistungen der GKV finanziert werden.

***MWSt-Erhöhung
geht zu Lasten der Krankenhäuser***

Fakten zu den Auswirkungen der Mehrwertsteuererhöhung auf die Krankenhäuser

Krankenhäuser müssen bei Bezug von Sachgütern und Dienstleistungen Mehrwertsteuer bezahlen. Die Summe der mehrwertsteuerpflichtig von den Krankenhäusern bezogenen Güter und Dienstleistungen liegt bei 22 Mrd. €. Davon entfallen ca. 1,3 Mrd. € auf Lebensmittel, für die die Erhöhung nicht greift (ermäßigter Steuersatz i. H. v. 7 %). Bei den verbleibenden 20 Mrd. € bedeuten 3 % MwSt. 600 Mio. €. Geht man davon aus, dass diese 600 Mio. € ein Maximalwert sein und sich Teile der Kostensteigerungen auf Zulieferer abwälzen lassen, dann ist immer noch mit Mehrkosten i. H. v. ca. 500 Mio. € zu rechnen. Bezogen auf die GKV-Ausgaben der Krankenhausbudgets (ca. 50 Mrd.) entspricht dies einer Kostensteigerung von ca. 1 %.

Diese bleibt beim Krankenhaus, da Krankenhausleistungen mehrwertsteuerfrei erbracht werden, das heißt, die Möglichkeit zum Vorsteuerabzug besteht für Krankenhäuser nicht.

Eine Weitergabe der Mehrkosten in die von den Krankenkassen zu erstattenden Fallpauschalen bzw. Vergütungen ist aufgrund der gesetzlichen (pflegesatzrechtlichen) Restriktionen so gut wie gar nicht möglich. Kostenentwicklungen werden nur im Umfang bis zur Grundlohnrate berücksichtigt. Solange die Grundlohnraten sich in den minimalistischen Zonen wie derzeit bewegen (unter 1 %), und die übrigen Kostenfaktoren, wie insbesondere Personalkosten, Energiekosten usw. diesen Zuwachs bereits absorbieren, kann die mehrwertsteuerbedingte Kostenentwicklung bei der Vereinbarung der landesweiten Basisfallwerte nicht untergebracht werden. Grundsätzlich gilt: Kostenbedingter Geldbedarf kommt nur ins System, wenn die landesweiten Basisfallwerte entsprechend erhöht werden.

Eine Einbringung von mehrwertsteuerbedingten Kosten über die jährlichen DRG-Kalkulationen ist nicht möglich. Die DRG-Kalkulationen reagieren nur auf Kostenentwicklungen, die leistungsspezifisch sind. Da Mehrwertsteuererhöhungen genauso wie Personalkostenerhöhungen bei allen Leistungen in gleichem Maße auftreten, reagieren die Bewertungsrelationen nicht. D. h. das Verhältnis einer Blindarmoperation zu einer Herzoperation bleibt infolge der Mehrwertsteuererhöhung in der Regel gleich, so dass auch hier wieder gilt: ohne Erhöhung der Basisfallwerte kommt zusätzliches Geld für die Mehrwertsteuererhöhung nicht ins System.

Fazit:

Die Mehrwertsteuererhöhung muss aus den Erlösen der Krankenhäuser finanziert werden. Von 2100 Krankenhäusern schreiben bereits heute 1000 rote Zahlen. Die Mehrwertsteuer erhöht die Verluste dieser Krankenhäuser und mindert das Vermögen der Krankenhausträger/Eigentümer bzw. erhöht die Defizite, die von den öffentlichen Trägern (Länder und Kommunen) zu tragen sind.

Tarifrunde 2006 muss refinanziert werden

Fakten zur Refinanzierung von Personalkostensteigerungen im Krankenhausbereich

Seit der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips sind die Möglichkeiten für Krankenhäuser, Kostensteigerungen im Krankenhausbudget zu berücksichtigen, immer weiter eingeschränkt worden. Trotzdem herrscht oft noch der Irrglaube vor, die Krankenhäuser könnten Kostensteigerungen weiterhin unbegrenzt über eine Erhöhung der Krankenhausbudgets auffangen. In diesem Zusammenhang soll mit einigen immer wieder geäußerten Missverständnissen aufgeräumt werden, auf die nachfolgend eingegangen wird.

Auch wenn die Kalkulation auf der Basis von Ist-Kosten erfolgt, führen steigende Kosten nicht gleichzeitig zu steigenden Preisen. Charakteristisch für alle DRG-Systeme ist die Bewertung der Fallpauschalen mit relativen Kostengewichten (Bewertungsrelationen), welche die durchschnittliche ökonomische Fallschwere einer Fallpauschale bezogen auf einen Referenzwert bezeichnen. Nur diese Bewertungsrelationen, die keine monetären Größen darstellen, werden durch das kalkulierende DRG-Institut vorgegeben. Sind beispielsweise alle Fallpauschalen gleichermaßen von Kostensteigerungen betroffen, hat dies keinen Einfluss auf die Bewertungsrelationen. Das Bewertungsverhältnis von Blinddarm-OP zur Herz-OP ändert sich bei proportionalen Personalkostensteigerungen nicht. Eine Refinanzierung von Kostensteigerungen ist damit nicht verbunden. Der Preis einer Fallpauschale leitet sich vielmehr weiterhin aus dem auf Grund des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gedeckelten Budget des Krankenhauses und eben nicht aus der Kalkulation ab.

Bei der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts sind voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Die Erhöhung des landesweiten Basisfallwerts ist jedoch auf die Höhe der Veränderungsrate (2006: 0,63 %) begrenzt. Diese gibt die maximale Anhebung vor (Obergrenze). Kostensteigerungen, die darüber hinausgehen, werden auf diese Obergrenze gekappt. Nur wenn per Gesetz die Grundlohnratenbegrenzung aufgehoben würde, könnten Personalkostensteigerungen oberhalb der Grundlohnrate finanziert werden.

Die BAT-Berichtigungsrate konnte nur bis zum Jahr 2004 budgeterhöhend berücksichtigt werden. Mit Beginn der Konvergenzphase (erstmals 2005) kann die BAT-Berichtigungsrate im Fallpauschalenbereich nicht mehr geltend gemacht werden. Diese gilt nur noch für vom DRG-System ausgenommene Bereiche wie die Psychiatrie. Auch dort ist diese weiterhin nur vereinbar, soweit dies erforderlich ist, um den Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Fazit:

Personalkostensteigerungen oberhalb der Veränderungsrate können nach den gesetzlichen Vorgaben nicht budgeterhöhend berücksichtigt werden.

Die derzeitigen gesetzlichen Regelungen ermöglichen daher keine ausreichende Refinanzierung der Personalkostensteigerungen im Krankenhausbereich. Erforderlich ist ein gesetzlicher Zuschlag in Höhe von 3 % zur Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen.

***Gesundheitsfonds
löst Problem der GKV-Finanzierung nicht***

Fakten zum Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds ist in seiner beabsichtigten Ausgestaltung keine Antwort auf die Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das Modell beinhaltet keine Lösung für die aus dem demografischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt resultierenden Herausforderungen. Außerdem ist der Fonds nicht geeignet, das enorme Wachstumspotential der deutschen Gesundheitswirtschaft frei zu setzen.

Eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis der GKV erfolgt nicht. Die Beiträge werden weiterhin ausschließlich lohnbezogen auf Grundlage der bisherigen Bemessungsgrenze erhoben. Zudem kehrt die Bundesregierung mit den vorgesehenen Steuerzuschüssen letztlich auf einen ordnungspolitischen Weg zurück, den sie im Zuge der Haushaltskonsolidierung durch die Streichung der Steuerzuschüsse für versicherungsfremde Leistungen gerade erst verlassen hatte. Insoweit ist dies kein Fortschritt sondern die bloße Korrektur eines Rückschritts, die noch dazu nur halbherzig vollzogen wird. Denn das nun vorgesehene Steuervolumen liegt mit 3 Mrd. Euro in 2009 deutlich niedriger als der gerade erst gestrichene Zuschuss aus der Tabaksteuer in Höhe von 4,2 Mrd. Euro pro Jahr.

Unklar ist deshalb, welche Vorteile der Gesundheitsfonds gegenüber dem hergebrachten Finanzierungssystem der GKV haben soll. Hinsichtlich des Beitragseinzugs entstünden neue Strukturen, bei denen zweifelhaft wäre, ob sie tatsächlich effizienter funktionieren als die bestehenden. Für eine Modifikation des Risikostrukturausgleichs ist keine Systemänderung erforderlich.

Damit bleibt als möglicher Vorteil des Gesundheitsfonds nur eine potenzielle Verschärfung des Beitragswettbewerbs zwischen den Kassen infolge der kassenindividuellen Zusatzbeiträge. Hier ist zu befürchten, dass der derzeitige reine Kostensenkungswettbewerb zwischen den Kassen noch zunehmen wird. Die Folge werden weitere Einsparungen der Kassen zu Lasten der Qualität der Leistungen sein. Darüber hinaus wird infolge der Kostenkontrollbemühungen der Kassen die nicht sachgerechte Misstrauens- und Gängelungsbürokratie zu Lasten der Leistungserbringer weiter zunehmen.

Gemeinsamer Bundesausschuss
- *mehr Staat, wenig Selbstverwaltung*

Fakten zur Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die mit dem GKV-WSG vorgeschlagene Strukturreform des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist verfehlt und bereitet den Weg in eine nivellierte Listenmedizin.

- Bestehende Probleme werden nicht gelöst, neue Probleme werden geschaffen.
- Ein zentralistisches Bürokratiemonster wird aufgebaut.
- Funktionierende Strukturen in der Qualitätssicherung werden zerstört.
- Die rechtliche Unmöglichkeit einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Verlaufsbeobachtung) wird zementiert.
- Die Entwicklung und Verbreitung des medizinischen / medizinisch-technischen Fortschritts wird behindert.
- In unsäglicher Weise werden Belange der Hochleistungsmedizin und Belange wie z.B. Zahnfüllungen zwangsweise zusammengeworfen und einem einzigen Entscheidungsgremium unterstellt.
- Die Benachteiligung der Krankenhäuser wird verschärft.

Die geplanten Änderungen des G-BA sind bis dato fernab der öffentlichen Wahrnehmung eingeleitet worden. Die vom BMG formulierten Begründungen zu den jeweiligen Änderungen sind in weiten Teilen unhaltbar oder nicht schlüssig.

Nachfolgend werden die wesentlichen Änderungen dargelegt und analysiert. Grundlage ist der Referentenentwurf zum GKV-WSG vom 11.10.2006.

**Änderung 1: Nur noch ein Beschlussgremium – alles in einen Topf
(Neufassung § 91 SGB V)**

Es gibt nur noch ein Beschlussgremium des G-BA. Dieses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, drei von den Krankenkassen benannten Mitgliedern und drei gemeinsam von KBV, KZBV und DKG benannten Mitgliedern.

Fakten

Der G-BA entscheidet bereits heute sektorenübergreifend bezüglich ärztlicher Angelegenheiten und bezüglich seiner inneren Verwaltung (Haushalt, Personal). Dagegen entscheidet der G-BA bezüglich der näheren Regelung sektorspezifischer Gesetzesvorgaben in unterschiedlich besetzten Spruchkammern. Dies ist auch sachgerecht. Es entscheiden beispielsweise zu Qualitätskriterien für Zahnersatz/Kronen nur die KZBV/ GKV; zur ärztlichen Betreuung bei Mutterschaft nur die KBV / GKV und bei Mindestmengen für Krankenhäuser nur die DKG/ GKV.

Die Wirkungen der geplanten Änderungen sind:

- ⊖ Die gesamte Seite der Leistungserbringer wird geschwächt, da sie nur noch zusammen gerechnet die gleiche Sitzanzahl wie die Krankenkassen erreicht – jedoch völlig unterschiedliche Inhalte und Ziele zu vertreten hat.
- ⊖ Die Krankenhausseite ist bei heute neun Mitgliedern insgesamt nur noch mit einem Mitglied vertreten. Damit ist eine Artikulation von Krankenhausbelangen so gut wie ausgeschlossen.
- ⊖ Durch das Zusammenwürfeln aller Themen werden existentielle Fragen der Hochleistungsmedizin (z.B. Angebot der Stammzelltransplantation bei Leukämieerkrankung) auf eine Stufe gestellt mit Fragen zur Gewährleistung von Zahnfüllungen. Dies ist allein wegen der unterschiedlichen Bedeutung der Themen völlig unangemessen.
- ⊖ Ein einziges Beschlussgremium, das zu allen Aspekten unseres Gesundheitssystems Entscheidungen treffen soll, ist eine reine Kopfgeburt. Eine Fülle sachwidriger Beschlüsse ist dabei vorprogrammiert. Zur Verdeutlichung: Zahnärzte würden über Krankenhaustherapie für Krebskranke, Krankenhausvertreter über zahnmedizinische Belange entscheiden.

Das neunköpfige Gremium müsste folglich fachlich in der Lage sein, die weit reichende Themenvielfalt mit mehr als 50 unterschiedlichen Aufgaben im G-BA sachgerecht zu entscheiden, wie zum Beispiel:

- Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im ambulanten und stationären Bereich (von der Akupunktur bis zur Stammzelltransplantation)
- Entwicklung unterschiedlichster Disease-Management-Programme
- Bewertung zahnärztlicher Leistungen
- Arzneimittelbewertung
- Richtlinien zur Prävention
- Familienplanung
- Bewertung von Heil- und Hilfsmitteln
- Bewertung psychotherapeutischer Verfahren
- Externe stationäre Qualitätssicherung
- Patienteninformationen
- Verfahrens- und Geschäftsordnung des G-BA
- Ambulante Qualitätssicherungsmaßnahmen

- ⊖ Ein solches Gremium erreicht nie und nimmer einen effizienten Mitteleinsatz und zügige Entscheidungen. Das Gegenteil ist der Fall. Es wird ein künstlicher Flaschenhals auf Entscheidungsebene errichtet. Das BMG selbst konzidiert in der Begründung, dass diese Konstruktion mit jährlichen Mehrkosten von 1 Mio. Euro verbunden ist. Nach Einschätzung der DKG werden die Mehrkosten mindestens fünfmal so hoch sein.
- ⊖ Rechtlich vorgesehene Unterschiede, wie beispielsweise bei der Bewertung medizinischer Verfahren im ambulanten und stationären Sektor (Verbotsvorbehalt im Krankenhaus und Erlaubnisvorbehalt im ambulanten Bereich) werden vollständig untergehen und den politisch gewollten Innovationsstandort Deutschland nachhaltig gefährden.

Änderung 2: Hauptamtlichkeit

(Neufassung § 91 SGB V)

Die Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Sie sind bei Entscheidungen an Weisungen nicht gebunden.

Fakten

- ⊖ Die Einführung des hauptamtlichen weisungsungebundenen Beschlussgremiums kommt einer vollständigen Entmündigung der gemeinsamen Selbstverwaltung gleich, da diese von der Entscheidungsebene des G-BA ausgeschlossen wird. Statt dessen wird ein Gremium etabliert, welches verfassungsrechtlich betrachtet erhebliche Bedenken bezüglich seiner Legitimation für derart weit reichende Versorgungsentscheidungen aufwirft.
- ⊖ Der Nutzen der gemeinsamen Selbstverwaltung wird völlig verkannt. Die Selbstverwaltung führt gerade in der paritätischen Besetzung zu einem sinnvollen Interessenausgleich. Ferner sorgen die Selbstverwaltungspartner in ihrem jeweiligen Bereich für Akzeptanz vor Ort – selbst bei unpopulären Entscheidungen. Diese wichtigen Funktionen würden ersatzlos entfallen.
- ⊖ Die große Sachkenntnis der gemeinsamen Selbstverwaltung würde weitestgehend entwertet. Das Zurückdrängen der Sachkenntnis auf die "vorbereitende" Ebene ist keine Lösung. Der Gesetzentwurf selbst betont die völlige Weisungsungebundenheit der Entscheidungsebene. Entscheidungsverantwortung und Sachkenntnis werden somit künstlich voneinander getrennt. Überflüssige, bürokratische Abstimmungsrituale werden geschaffen.
- ⊖ Die Trennung von sachkundiger Vorbereitungsebene und weisungsungebundener Entscheidungsebene führt zu einer schlechteren Qualität der Entscheidungen.
- ⊖ Die Trennung der Ebenen führt unweigerlich zu einer deutlichen Verlangsamung der Entscheidungsprozesse. Aufgrund des extrem breiten Aufgabenspektrums des Beschlussgremiums sind zeitaufwändige Rückkoppelungen zu den untergeordneten Beratungsgremien absehbar.

Änderung 3: Sektorübergreifung wird Selbstzweck

(Neufassung § 137 SGB V und § 91 SGB V)

Die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA sind in der Regel sektorenübergreifend zu fassen.

Fakten

- ⊖ Die Sinnhaftigkeit einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist unbestritten. So ist beispielsweise der Behandlungserfolg einer Hüftgelenksendoprothetik erst erkennbar, wenn neben dem Krankenhausaufenthalt die sich anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen und die Nachsorge im vertragsärztlichen Bereich etc. einbezogen sind (Verlaufsbeobachtung). Der Gesetzentwurf hat jedoch unverständlicher Weise den zentralen Bereich der Qualitätssicherung für stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen außerhalb der Regelungskompetenz des G-BA gelassen. Der gesamte Ansatz, sektorenübergreifende Qualitätssicherung gangbar zu machen, ist somit zum Scheitern verurteilt. Die unbefriedigende Rechtslage wird zementiert. Im G-BA würden demzufolge Scheindebatten geführt. Die gemeinsame Selbstverwaltung hat bereits vor Jahren dem BMG umfangreiche Gutachten zur Verfügung gestellt, welche gesetzlichen Änderungen vorzunehmen wären, um die sektorenübergreifende Qualitätssicherung endlich durchführen zu können. Der Gesetzgeber hat dies wiederum nicht aufgegriffen. Es liegt nicht am fehlenden Willen der Selbstverwaltung, dass die sektorenübergreifende Qualitätssicherung noch in den Kinderschuhen steckt.

- ⊖ In anderen Themenbereichen ist die vorgesehene sektorenübergreifende Beschlussfassung des G-BA schon aus rechtlichen Gegebenheiten nicht möglich. Gleichwohl werden ausgerechnet solche Bereiche im GKV-WSG explizit dieser Beschlussfassung unterworfen. Hier ist zuallererst der Bereich der Arzneimittelversorgung zu nennen. Allein aus rechtlicher Sicht ist eine sektorenübergreifende Regelungskompetenz des G-BA z.B. für Festbetragsgruppen oder Negativlisten zu verwerfen. Eine zwangsweise sektorenübergreifende Befassung kommt somit einer angeordneten Ressourcenverschwendung gleich.

- ⊖ Noch gravierender ist, dass im Bereich der Arzneimittelversorgung auch inhaltlich absolut widersinnige sektorenübergreifende Regelungen etabliert werden. So ist die geplante Gültigkeit der Arzneimittelrichtlinien (bisher vertragsärztlicher Bereich) für die Krankenhäuser gänzlich unpassend. Die Patientenklientel dort ist anders und in der Regel schwerer erkrankt, zum Teil sogar austerapiert. Deshalb sind häufig auch andere, ggf. neuartige Medikationen erforderlich. Das Reformgesetz strebt hier eine Nivellierung an, die erschreckende Folgen für die Krankenhauspatienten hätten.

- ⊖ Die gesamte „Entkammerung“ des G-BA ist keinesfalls nur von formaler Bedeutung. Vielmehr ist damit eine eklatante Ungleichbehandlung verbunden. Durch die vorgesehene Beschlussfassung in einem einzigen Gremium werden die Krankenhausbelange automatisch von KBV und KZBV mitentschieden. Die gleichen Belange für den vertragsärztlichen Bereich dagegen (z.B. Fortbildungspflichten; Mindestmengen) bleiben einer Mitbestimmung durch die DKG entzogen, da sie nicht der Entscheidungskompetenz des G-BA unterworfen werden.

Änderung 4: BQS-Strukturen erhalten

(§ 137 a SGB V - neu)

Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt nach öffentlicher Ausschreibung eine fachlich unabhängige Institution mit der Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität. Bereits existierende Einrichtungen sollen genutzt und soweit erforderlich in ihrer Organisationsform den Aufgaben angepasst werden.

Fakten

- ⊖ Diese Änderung würde die über ein Jahrzehnt aufgebaute Infrastruktur für die Qualitätssicherung im Krankenhaus zerschlagen. Damit wäre die stationäre Qualitätssicherung auf Jahre zurück geworfen. Derzeit ist sie weltweit führend mit einem Beobachtungsspektrum von fast 20 Prozent aller Krankenhausleistungen (2,6 Millionen Fälle).
- ⊖ Allein die konstruierte Ausschreibungspflicht birgt immense Risiken, dass bestehende Einrichtungen keine Berücksichtigung finden. Die Ausschreibungspflicht ist rechtlich nicht erforderlich. Bereits bei der Beauftragung der BQS durch den G-BA (GMG 2004) war eine Ausschreibungspflicht rechtlich nicht gegeben. Somit konnte die Arbeit der BQS ohne Brüche fortgesetzt werden. Nunmehr werden alle Institutionen aufs Spiel gesetzt. Daran ändern auch Beschwichtigungen in der Begründung nichts. Der finanzielle Aufwand für Neugründungen wird im zweistelligen Millionenbereich liegen.
- ⊖ Die gemeinsame Selbstverwaltung als Träger der BQS hat sich niemals in die fachliche Unabhängigkeit des Instituts eingemischt. Die Inhalte werden von ärztlichen und pflegerischen Experten im Konsens erarbeitet; die Verfahrenselemente werden im G-BA (und nicht von den Trägern der BQS) entschieden.

- ⊖ Der zwangsweise Auszug der Selbstverwaltung als Träger der BQS bedeutet:
- Der bislang hergestellte Interessenausgleich entfällt.
 - Die Erfahrungen und der Sachverstand der Selbstverwaltung bleiben ungenutzt.
 - Die Schaffung von Akzeptanz vor Ort durch die Selbstverwaltung ist nicht mehr gegeben (es gibt Erfahrungen, was es heißt, Qualitätssicherung gegen oder ohne die Beteiligung der verfassten Ärzteschaft implementieren zu müssen).
 - Die Selbstverwaltung hat in der BQS ihre Arbeitsfähigkeit und ihre Konsensfähigkeit unter Beweis gestellt. An anderer Stelle sind Institute vom Gesetzgeber bewusst in gemeinsamer Trägerschaft der Selbstverwaltung (z.B. InEK) konzipiert worden und frei vom Vorwurf der Abhängigkeit.
 - Die BQS zeichnet sich in ihrer jetzigen Konstruktion durch qualitativ hochwertige Konzepte aus. Dies ist maßgeblich zu verdanken der Teilhabe von Praktikern und Selbstverwaltung an der Entscheidungsfindung. Welche fachlichen Blamagen drohen, wenn bei der Meinungsbildung auf den Einbezug Dritter verzichtet wird, zeigt der Forschungsbericht des IQWiG zur Stammzelltransplantation.
- ⊖ Alle oben aufgeführten Probleme entstehen auch in den 16 Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung, da dort eine entsprechende Trägerschaft durch die Selbstverwaltung vorherrscht. Ohne die Landesebene ist das Verfahren nicht durchführbar.
- ⊖ Die externe datengestützte Qualitätssicherung ist bis heute allein im Krankenhaussektor eingeführt und etabliert. Alle übrigen Leistungsbereiche haben noch immer keine vergleichbaren Maßnahmen realisiert, auch wenn seit Jahren deren Einführung angekündigt wird. Vor diesem Hintergrund drängt sich die Frage auf, warum gerade dort die Axt angelegt werden soll, wo es funktioniert.
- ⊖ Inwieweit ein neues Qualitätsinstitut, dessen Trägerschaft und Rechtsform der Gesetzentwurf völlig unklar lässt, die im Gesetz beschriebenen Normsetzungsfunktion übernehmen darf, muss bezweifelt werden. Sollte eine staatliche Behörde dies tun, so kann man das klar und stringent formulieren.

Änderung 5: Zweckentfremdung der DRG-Daten **(Neufassung § 21 KHEntgG)**

Die mit der Durchführung der Qualitätssicherung beauftragte Institution soll künftig ausgewählte DRG-Daten anfordern können. Mit dem angeblichen Ziel der Vermeidung von Doppelerhebungen und unnötiger Bürokratie in den Krankenhäusern wird die bislang gesetzlich streng geschützte Zweckgebundenheit der Daten nach § 21 KHEntgG durchbrochen.

Fakten

- ⊖ die § 21-Daten sind aus Zeitgründen nur begrenzt (aus Sicht der DKG: gar nicht) im Rahmen des jährlichen Qualitätssicherungsverfahrens nutzbar,
- ⊖ der vorgesehene Datentransfer dient vielmehr der Gegenkontrolle (Kontrollübermaß) der Qualitätssicherungsdaten durch die Krankenkassen.

In aller Deutlichkeit wird damit klar, dass es nicht um die Vermeidung von Doppelerhebungen in den Krankenhäusern geht, wie die Begründung behauptet. De facto wird ein langersehnter Wunsch der Krankenkassen erfüllt. Bürokratie wird nicht abgebaut, sondern in erheblichem Ausmaß vergrößert.

Integrationsversorgung:

Anschubfinanzierung muss spitz abgerechnet werden

Fakten zur Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsverträge

Eine zweijährige Verlängerung der Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsverträge soll nunmehr in das parlamentarische Verfahren zum VÄndG eingebracht werden.

Gleichzeitig soll mit dem GKV-WSG der Anspruch der Krankenhäuser auf Rückerstattung nicht verbrauchter Mittel aus der Anschubfinanzierung gestrichen werden.

Unabhängig von einer Ablehnung eines Sanierungsbeitrages der Krankenhäuser für die Krankenkassen in Gänze, wäre es sachlich völlig verfehlt, das Rückerstattungsrecht der Krankenhäuser für den Zeitraum der beabsichtigten Verlängerung der Anschubfinanzierung ausschließen zu wollen.

Dies hätte angesichts der fehlenden inhaltlichen Transparenz von Integrationsverträgen die Wirkung eines Freibriefes für Krankenkassen, die Krankenhausrechnungen generell um 1 % (Obergrenze der Abzugshöhe) zu kürzen.

Im Gegenzug würden sich Krankenhäuser im Wege der gerichtlichen Klärung massiv gegen dem Grunde und der Höhe nach ungerechtfertigte Kürzungen zur Wehr setzen müssen.