



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

### **Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV** (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV/WSG)

[BT-Drs. 16/3100 vom 24.10.2006]

#### **Gliederungsübersicht:**

- A. Allgemeiner Teil
- B. Einzelstimmungen
  - I. Finanzierung
  - II. Neue Leistungen
  - III. Wahltarife/Eigenbeteiligungen
  - IV. Ambulante Versorgung (Wettbewerb durch selektive Verträge / Vergütung / integrierte Versorgung)
  - V. Stationäre Versorgung/Krankenhausorganisation/Krankenhausfinanzierung
  - VI. Arzneimittelversorgung
  - VII. Krankentransport
  - VIII. Gemeinsamer Bundesausschuss
  - IX. Qualität/Qualitätssicherung
  - X. DMP und Risikostrukturausgleich
  - XI. Neuorganisation der Krankenkassen
  - XII. Telematik
  - XIII. PKV/Privatärztliche Vergütung

## A. Allgemeiner Teil

### I.

Die Bundesärztekammer hält die Regelungsvorschläge des Gesetzentwurfs in ihrer Gesamtheit nicht für einen geeigneten Schritt zur Reform des Gesundheitswesens. Auch wenn einzelne Regelungen durchaus richtige Ansätze für Reformüberlegungen darstellen, bewirkt die Gesamtschau der Regelungen eine herbe Ernüchterung in der Einschätzung, dass eine solche Gesamtkonzeption Ausdruck der Reformfähigkeit der Politik für das deutsche Gesundheitswesen sein könne. Die Gefährdung des freiheitlichen deutschen Gesundheitswesens durch die verschiedenen Konzeptionen des Gesetzentwurfs überwiegt in einer längerfristigen Betrachtung das nützliche Reformpotential einzelner Ansätze.

Diese Bewertung beruht auf der Analyse des Zusammenwirkens folgender Grundelemente des Entwurfs:

- Die Finanzautonomie der Krankenkassen wird beseitigt. Durch Rechtsverordnung der Bundesregierung werden künftig Einheitsbeiträge für alle Krankenkassen festgesetzt. Sie werden über einen Gesundheitsfonds verteilt, über dessen Finanzausstattung mit dem Recht der Beitragsfestsetzung und zusätzlicher Steuerzahlungen der Staat entscheidet. Ob künftig die Mittel zur Finanzierung der am Patientenbedarf orientierten medizinischen Versorgung ausreichen, kann damit niemand voraussagen. Zusatzbeiträge, denen allerdings Grenzen gesetzt sind, sollen Krankenkassen in die Lage versetzen, bei unzureichender Finanzausstattung weitere Finanzmittel zu schöpfen. Auch dies dürfte eine kaum ausreichende Finanzierungsgrundlage für den wachsenden Leistungsbedarf des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sein, zumal neue Leistungen zusätzlich eingeführt werden sollen.
- Krankenkassen sollen bei unzureichender Finanzausstattung ihre Rettung in Fusionen oder Insolvenzen suchen. Sie werden aufgefordert, mit Leistungserbringern Sonderverträge abzuschließen, denen die Zielsetzung zugrunde liegt, Ausgaben einzusparen, was wiederum darauf hinausläuft, Leistungserbringern angemessene Vergütungen vorzuenthalten. Kassenfusionen werden mittelfristig nicht ausbleiben und zu einigen Großkassen in der Bundesrepublik Deutschland führen, welche als Monopolisten die Arbeits- und Vergütungsbedingungen der Leistungserbringer diktieren.
- Deshalb sieht das Gesetz eine Rückführung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Beförderung von besonderen selektiven Verträgen

zwischen Krankenkassen und Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und anderen vor. Der im Patienteninteresse notwendige Schutz zur Wahrung der beruflichen Unabhängigkeit geht auf diese Weise verloren. Die langsame Liquidation der Körperschaften wird eingeleitet.

- Über Wahltarife und selektive Verträge entstehen unterschiedliche Sektoren der Patientenversorgung. Der vermeintliche Fortschritt, den dieses Wettbewerbsmodell bringen soll, wird nicht eintreten: Die im Patienteninteresse gebotene Gleichmäßigkeit der Versorgung in räumlicher Nähe und entsprechender Qualität wird auf diese Weise nicht bewirkt werden. Im Gegenteil: Die ärztliche Versorgung der Versicherten wird im Beteiligungsverhältnis der Kassen bei nichtautonomer Finanzausstattung leiden.
- Die in den Eckpunkten der Gesundheitsreform angekündigte Aufhebung der Budgetierung der Vergütung der Vertragsärzte erfolgt nicht. Die Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen im Rahmen der Vergütung ist nur begrenzt vorgesehen.
- Nicht genug damit: Es erfolgt eine Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer mit hauptamtlichen Mitgliedern besetzten Exekutiv-Agentur zur verbindlichen Steuerung des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne verbindliche Mitwirkung der Betroffenen. Mit der Zuweisung umfassender Aufgaben im Bereich der Qualität, der Qualitätssicherung und der Fortbildung von Ärzten an den Gemeinsamen Bundesausschuss wird aus der bisher in der ärztlichen Profession durch Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder gesicherten Selbstbestimmung über die beruflichen Belange im Rahmen der gesetzlichen Regelungen eine – auch verfassungsrechtlich höchst fragwürdige - Fremdbestimmung unter Ausschluss der Mitwirkung der Berufsangehörigen.
- Die Veränderung der Krankenkassenorganisation mit der Auflösung der bisherigen Vielfalt verschiedener Kassenarten und Verbände durch das Zusammenführen und die Pflichtmitgliedschaft aller Krankenkassen in einem sogenannten Spitzenverband Bund, welchem Aufgaben in umfassender Weise als künftiger Vertragspartner der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie im Vergütungsbereich durch Mitwirkung bei der Vergütungsgestaltung über den Bewertungsausschuss zugewiesen werden, entsteht eine zusätzliche Zentralisierung für das Gesundheitssystem.
- Krankenkassen und ihre Verbände, Kassenärztliche Vereinigungen sowie die bisher

mit Recht sog. „gemeinsame Selbstverwaltung“ erleiden durch die Veränderungen einen Substanzverlust in ihrer demokratisch legitimierten Autonomie, der es rechtfertigen würde, von der Abschaffung der Selbstverwaltung zu sprechen, da der jetzige Trend zur Staatsmedizin das nach unserer Verfassung und sozialen Erfahrung erwartbare Regelniveau für dieses Institut sichtbar und nachhaltig unterschreitet. Dazu trägt auch die Auslagerung bisheriger Selbstverwaltungsentscheidungen in den Körperschaften in sog. „professionalisierte Gremien“ (Institute u.ä.) bei. Die „Institutologie“ überlagert in demokratisch zweifelhafter Weise den Gedanken der Selbstverwaltung, der darauf beruht, dass die Beteiligten ihre Belange selbst gestalten dürfen.

- Durch verschiedene Regelungen wird bewirkt, dass die ärztliche Berufsausübung, die auf den Eckpfeilern der Professionalität und Therapiefreiheit beruht, in die Enge staatsbeeinflusster Programm- und Weisungsmedizin gerät, die dazu beiträgt, dass die Gesundheitsversorgung nicht mehr den Patienteninteressen entspricht.
- Die Einführung des GKV-gleichen Basistarifs in die private Krankenversicherung beendet deren Funktion als freiheitliche Variante der Absicherung der Bürger im Krankheitsfall.

Aus alledem folgt, dass in einigen Jahren das deutsche Gesundheitssystem vorherrschend Züge eines staatlichen Gesundheitsdienstes haben wird. Alle zuvor genannten Einzelelemente stellen ein legislatives Virenpogramm zur Zerstörung des freiheitlichen Betriebssystems unseres Gesundheitswesens dar. Es sind Zweifel angebracht, ob das durch die Grundrechte der Patienten angelegte Schutzprogramm zur Sorge im Krankheitsfall durch dieses zukünftige Gesundheitssystem verwirklicht werden kann.

## II.

Die Bundesärztekammer weist im Übrigen auf die mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam beschlossene Resolution des Außerordentlichen Ärztetages vom 24. Oktober 2006 hin (**Anlage**).

## III.

Die nachstehenden Einzelstellungen stellen Bewertungen aus der Sicht der Bundesärztekammer zu einzelnen Regelungen dar. Wie schon eingangs betont, bedeuten positive Bewertungen nicht, dass die Bundesärztekammer von ihrer Gesamtbeurteilung abrückt.

## **B. Einzelstellungennahmen**

### **I.**

#### **Finanzierung**

Die Bundesärztekammer bezweifelt, ob die nunmehr vorgesehene Finanzierung für das System der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend ist, um eine dauerhafte Bereitstellung von finanziellen Mitteln für eine an den Patientenbedürfnissen orientierte Gesundheitsversorgung zu realisieren. Die vorgeschlagenen Elemente künftiger Finanzierung (Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge, Ausschöpfung sog. Wirtschaftlichkeitsreserven, Kassenfusionen, aber auch Insolvenzen) stellen eher ein Experiment mit unsicherem Ausgang dar, als dass sie Verlässlichkeit für die Zukunft bewirken. Der Außerordentliche Deutsche Ärztetag vom 24. Oktober 2006 weist der Politik Wege zur grundlegenden Absicherung der Einnahmenbasis der gesetzlichen Krankenversicherung, wie sie aus der Sicht der verfassten Ärzteschaft gangbar sind (vgl. **Anlage**).

### **II.**

#### **Neue Leistungen**

##### **1. Art. 1 = § 11 SGB V (Versorgungsmanagement als neue Leistungsart)**

###### **Kurzbeschreibung**

Es soll eine neue Leistungsart „Versorgungsmanagement“ eingeführt werden. Die Leistungserbringer sollen für eine Anschlussversorgung der Versicherten sorgen und sind hierbei von den Krankenkassen zu unterstützen.

###### **Analyse und Bewertung**

Der Gesetzgeber greift hiermit auch die von der Bundesärztekammer geforderte Verbesserung der Versorgung an den Schnittstellen ambulant-stationär innerhalb des SGB V sowie leistungsbereichsübergreifend zwischen SGB V (Krankenversicherung) und SGB XI (Pflegeversicherung) auf. Die Leistungserbringer sollen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten Sorge tragen und hierbei von den Krankenkassen unterstützt werden.

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Ihrer Eigenart nach handelt es sich bei „Versorgungsmanagement“ weniger um eine Leistungsart im Sinne von § 11 Abs. 1 SGB V (Früherkennung von Krankheiten, Behandlung, Rehabilitation), sondern um eine auf (selektiv-)vertraglicher Basis vereinbarte Versorgungsstruktur bzw. um ein Versorgungsprogramm (Managed Care).

Die konkrete Umsetzung, auch im Hinblick auf den sektorübergreifenden Datenaustausch, bleibt offen. Dabei ist eine kritische Beobachtung erforderlich. Dies wäre im Rahmen der Verträge nach §§ 140a bis d SGB V zur Integrierten Versorgung oder in den Verträgen nach § 112 oder § 115 SGB V zu regeln. Dies lässt die Erprobung aller möglichen Spielarten von Case-Management zu (arztgesteuert, krankenkassengesteuert oder pflegegesteuert). Im Interesse von Patientensicherheit und Versorgungsqualität muss am Grundsatz der ärztlichen Verantwortung für die Koordination der Behandlung zwingend festgehalten werden.

## 2. **Art. 1 = § 20 SGB V** (Gesundheitsförderung und Prävention)

### **Analyse und Bewertung**

Durch die Regelung der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die neu geschaffenen §§ 20a und b sollen die Leistungen der Krankenkassen konkretisiert und die Kooperation von Krankenkassen und Unfallversicherungen im Betrieb verbessert werden. Ob damit Aufgabenbereiche der Werksärzte und Arbeitsmediziner zurückgedrängt werden, muss einer weiteren Prüfung überlassen bleiben.

Die Regelungen zur primären Prävention durch Schutzimpfungen werden durch den Regelungsvorbehalt des G-BA stark eingeschränkt. Es ist zu befürchten, dass durch die Formulierung eines gesetzlichen Anspruchs Impfungen zukünftig nicht mehr außerhalb des Arzneimittelbudgets durchgeführt werden können. Für diesen Fall muss eher mit einem Rückgang als mit einer Stärkung des Impfschutzes in der Bevölkerung gerechnet werden.

## 3. **Art. 1 = § 37b Abs. 1 bis 3 neu i.V.m. § 132d SGB V** (Palliativversorgung)

### **Kurzbeschreibung**

Versicherte der GKV mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung und Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen i. S. von § 72

Abs. 1 SGB XI haben unter bestimmten medizinischen Bedingungen zukünftig Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung; dies gilt auch für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen i. S. von SGB XI. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss von einem Vertrags- oder Krankenhausarzt verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden.

Nach §132d neu schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung von §37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, in denen ergänzend geregelt ist, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden.

### **Analyse und Bewertung**

Mit dem Versorgungsangebot der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung soll es den Versicherten ermöglicht werden, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination. Die Leistung ist primär medizinisch ausgerichtet. Wer koordiniert, ist nicht gesetzlich festgelegt. Der G-BA bestimmt bis 30. Juni 2007 das Nähere über die Leistungen und über Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

Das neue Versorgungsangebot einschließlich der sektoren- und leistungsbereichsübergreifenden Verzahnung ist zu begrüßen. Die Koordinationsfunktion für die medizinischen Aufgabenbereiche ist nicht geregelt, sondern wird auf eine „untergesetzliche“ Ebene verlagert (wie im Übrigen auch bisher in den Richtlinien für die Häusliche Krankenpflege).

#### **4. Art. 1 = § 132d SGB V (Palliativversorgung)**

##### **Kurzbeschreibung**

Vergleiche Kommentar zu § 37b

Aus der Begründung geht hervor, dass die Erbringung der spezialisierten Palliativversorgung voraussetzt, dass - wie auch im Rahmen eines ambulanten Palliativ-Care-Teams – ein auf Palliativmedizin spezialisierter Arzt einbezogen ist. Dies sollte auch im Gesetzestext deutlicher zum Ausdruck kommen, um eine Leistungserbringung

ausschließlich durch Pflegepersonal auszuschließen. Hinter Satz 2 von Absatz 2 könnte z.B. ergänzt werden:

„Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistungen nach Abs. 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen, der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; stationäre Pflegeeinrichtungen, die keinen auf Palliativmedizin spezialisierten Arzt beschäftigen, sind zum Abschluss eines Kooperationsvertrages mit einem derartigen Arzt verpflichtet. § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.“

In Ergänzung zu der von der Bundesärztekammer im Rahmen der G-DRG- Systemanpassung wiederholt geforderten (und 2005/2006 erfolgten) Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen der stationären Palliativbehandlung ist die Sicherung eines nahtlosen Übergangs der Behandlungsmöglichkeiten in den ambulanten Sektor ein wichtiger Schritt.

### III.

#### Wahltarife / Eigenbeteiligungen

##### 1. **Art. 1 = § 13, § 53 Abs. 4 SGB V** (Kostenerstattung, Wahltarife)

###### **Kurzbeschreibung**

Die bisherige Möglichkeit, Kostenerstattung für alle Behandlungen zu wählen oder alternativ nur auf ambulante Behandlungen zu erstrecken, wird erweitert. Die Versicherten erhalten jetzt die Möglichkeit, in jedem Einzelfall zu entscheiden, ob sie anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen zugelassener oder ermächtigter Leistungserbringer wählen. Die Beratungspflicht der Krankenkassen entfällt. Die Versicherten können jeweils im Einzelfall entscheiden, ob und wann sie vom Sachleistungssystem abweichen und die jeweilige Leistung über Kostenerstattung abrechnen lassen. Die Mindestbindungszeit von einem Jahr entfällt damit (Widerspruch zu § 53 Abs. 7 – Mindestbindungsfrist für Wahltarife beträgt drei Jahre, Ausnahme nur Wahltarife nach § 53 Abs. 3).

§ 85 Abs. 2 Satz 8 regelt, dass Ausgaben der Kassen für Kostenerstattung auf die Gesamtvergütung anzurechnen sind, was Mehrausgaben der Krankenkassen für Leistungen im Kostenerstattungssystem verhindern soll. Das Anrechnungsverfahren soll in Gesamtverträgen geregelt werden.

Die Höhe der Kostenerstattung kann variabel gestaltet werden; so wäre es möglich, dem Versicherten den 2,3-fachen Satz GOÄ<sup>1</sup> zu erstatten. Die Mehrkosten gegenüber Sachleistungen muss die Kasse durch Zusatzbeiträge beim Versicherten einfordern. Mit dieser eigenständigen Tarifgestaltung soll die Wettbewerbsposition der gesetzlichen gegenüber der privaten Krankenversicherung gestärkt werden.

Der Spitzenverband Bund wird verpflichtet, dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März 2009 über die Erfahrungen bei der Umsetzung der Neuregelung zur Kostenerstattung zu berichten (§ 13 Abs. 2).

### **Analyse und Bewertung**

Mit den Regelungen soll die Kostenerstattung als Wahltarif mehr als bisher gefördert werden. Dazu dient der Wegfall der Mindestbindungspflicht von einem Jahr und die Öffnung für die Einzelfallentscheidung des Versicherten, Kostenerstattung zu wählen. Auch die Beratungspflicht der Krankenkassen, die in der Regel den Versicherten eher abhielt wegen der Konsequenzen des Kostenerstattungstarifs (Mehrzahlung), soll entfallen.

Trotz dieser Öffnung wird der Kostenerstattungstarif aller Voraussicht nach nicht wesentlich mehr in Anspruch genommen werden, da der Versicherte mit einer finanziellen Belastung zu rechnen hat. Er kann zwar die höhere Belastung im Kostenerstattungstarif durch einen Zusatztarif bei einer gesetzlichen Krankenversicherung absichern. Hierfür muss er jedoch zusätzliche Beitragsmittel aufbringen, erhält dann aber eine privatärztliche Behandlung (wenn z.B. die Erstattung auf dem Niveau der Schwellenwerte in GOÄ erfolgt). Die Unterschiede zur PKV werden verwischt und der Kostenerstattungstarif GKV kann in Konkurrenz zur privaten Vollversicherung oder Zusatzversicherung der PKV treten.

## **2. Art. 1 = §§ 53 Abs. 3 i.V.m. §§ 63, 73b, 73c, 137f, 140a ff SGB V (Wahltarife)**

### **Kurzbeschreibung**

Krankenkassen können für bestimmte Versorgungsformen Wahltarife anbieten. Dies betrifft Modellvorhaben (§ 63); die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b), die besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c), DMPs (§ 137f) und die integrierte Versorgung (§§ 140a ff)

---

<sup>1</sup> Amtliche Gebührenordnung für Ärzte

## Analyse und Bewertung

(siehe im Übrigen auch IV.)

Die Ausweitung des Einzelvertragssystems zu Lasten des Kollektivvertragssystems soll den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern fördern zum Zweck von mehr Effizienz und Qualität, Schaffung von mehr Wahlmöglichkeiten für Versicherte.

Mit der Einführung der Wahltarife wird der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auf den Personenkreis begrenzt, der keinen entsprechenden Wahltarif in Anspruch nimmt. Dies ergibt sich insbesondere aus der Regelung zum Notdienst, der Teil des Wahltarifs ist und dessen Durchführung der KV nur gegen Aufwandsersatz übertragen werden kann. Daraus ergibt sich, dass Regelversorgung und Versorgung in den Wahltarifen systematisch voneinander abgegrenzte Versorgungsbereiche sein sollen.

Die Abgrenzung erfolgt jedoch, bezogen auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten nicht entsprechend konsequent; der Versicherte behält vielmehr seine Versichertenkarte und kann damit Leistungen der Regelversorgung in Anspruch nehmen, ohne dass dies für den Leistungserbringer erkennbar ist.

Dies führt zu einer rechtswidrigen Belastung des Vergütungsvolumens für die Regelversorgung. Auf der Versichertenkarte ist nämlich die Eintragung des Versichertenstatus, bezogen auf die Wahltarif-Versorgung, nicht obligatorisch (§ 291 SGB V). Damit soll offenkundig vermieden werden, dass ein Versicherter im Wahltarif, der die Regelversorgung in Anspruch nimmt, mit einer Privatliquidation belastet wird. Dies geht zu Lasten derjenigen Ärzte, die in der Regelversorgung tätig bleiben. Die Regelversorgung wird nicht nur durch Wahltarife eingeschränkt, sondern auch bewusst durch Prämienzahlungen, Boni, Zuzahlungsbefreiungen für Versicherte und ein freies Vergütungssystem für Ärzte ohne Begrenzung (wie z.B. Regelleistungsvolumen, Abstaffelung) und ohne ein kassenübergreifendes Punktsystem unattraktiv gemacht.

3. **Art. 1 = §§ 62, 65a SGB V** (Belastungsgrenzen für Zuzahlungen im Zusammenhang mit der Nutzung von Vorsorgeangeboten und Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten)

## **Kurzbeschreibung**

Mit dem GMG vom 1. Januar 2004 hatte der Gesetzgeber unterschiedliche Belastungsgrenzen für Zuzahlungen geregelt. Diese betragen nach der geltenden Regelung 2 v.H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, können sich allerdings für chronisch Kranke auf 1 % reduzieren. Wer zu diesem anspruchsberechtigten Versichertenkreis gehört, wurde bislang durch die am 28. Januar 2004 erlassene sog. „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (zzgl. ergänzender Richtlinien vom 16.03.2004 und 21.12.2004) geregelt.

Die mit dem Gesetzentwurf anvisierte Regelung sieht nun abweichend vor, dass für diejenigen chronisch Kranken, die von der Möglichkeit, für ihre Erkrankung relevante Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen, keinen Gebrauch gemacht haben, nicht in den Genuss der reduzierten Belastungsgrenze kommen sollen. Insbesondere betrifft dies Diabetiker, Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen, Nierenkranke sowie Krebskranke.

Dem G-BA wird die Möglichkeit eingeräumt festzulegen, welche „Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht durchgeführt werden müssen.“

In der Gesetzesbegründung wird angeführt, dass zur Erfassung der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ein standardisiertes Bonusheft der Kassen erstellt werden soll.

Rückwirkende Sanktionen wegen in der Vergangenheit nicht durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen sollen nicht vorgenommen werden.

Mit der neuen Regelung soll die 1-%ige Belastungsgrenze für Teilnehmer an strukturierten Behandlungsprogrammen regelhaft Anwendung finden. Im geltenden Gesetz ist eine solche Regelung noch den Satzungen der Krankenkassen überlassen (s. § 65a).

## **Analyse und Bewertung**

Mit der neuen Regelung zur Absenkung der Belastungsgrenze wird versucht, gesundheitsbewusstes, vorsorgeorientiertes Verhalten bei den GKV-Versicherten zu

stärken, in dem die im § 62 in Aussicht gestellten finanziellen Vergünstigungen (Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 %) bei „Fehlverhalten“ nicht gewährt werden.

Durch die Regelung werden zusätzliche Anreize für eine Teilnahme an Chronikerprogrammen geschaffen, während sie für Teilnehmer einer hausarztzentrierten (§ 73b) oder einer integrierten Versorgung (§ 140a) reduziert werden.

Mit der Regelung wird teilweise implizit ein Selbstverschuldungsprinzip für Erkrankungen eingeführt.

Dazu sind folgende Bemerkungen zu machen:

**a)** „Selbstverschuldungsprinzip“

Die Einführung eines Selbstverschuldungsprinzips für Krankheit ist ein paradigmatischer Wechsel in der Bewertung von Krankheit innerhalb eines vom Anspruch her solidarisch organisierten Gesundheitswesens. Dies wirft grundsätzliche ethische Fragen auf.

Mit der Regelung, nur dann Vergünstigungen bei den Zuzahlungen in Anspruch nehmen zu dürfen, wenn man regelmäßig seinen Gesundheitszustand überprüfen lässt, wird auch ein bislang bestehendes „Recht auf Nichtwissen“ in Frage gestellt.

Die Regelung sanktioniert zudem auch die Versicherten, die aus wohl überlegten Kosten-Nutzen-Erwägungen heraus sich gegen die Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung entschieden haben. Insbesondere dürfte dies bei invasiven oder anderen risikobehafteten Vorsorgeuntersuchungen der Fall sein, auch wenn der Gesetzgeber hierbei dem G-BA die Kompetenz einräumt, einschränkende Regelungen zu erlassen.

Zwar wird in der Gesetzesbegründung eine rückwirkende Sanktionierung einer Nichtteilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ausgeschlossen; hingegen findet sich dazu im Gesetzestext selbst kein Hinweis. Unabhängig davon wirft dies praktische Probleme auf, z.B. wenn ein Diabetes mellitus erst spät diagnostiziert wird, ohne dass sicher rekonstruiert werden kann, wie lange die Erkrankung bereits bestanden haben mag.

Auch ist unklar, mit welcher Regelmäßigkeit die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen erfolgt sein muss. Es muss allerdings davon ausgegangen werden, dass eine vollständige Teilnahme an allen Vorsorgeangeboten verlangt werden wird, die in dem Bonusheft zu dokumentieren sind.

Weder die Gesetzesregelung noch die Begründung berücksichtigen, dass Erkrankungen nicht zwingend allein durch Prävention vermieden werden können. Auf unklare und komplexe Ursache-Wirkung-Zusammenhänge und wie mit diesen zu verfahren ist, wird nicht eingegangen.

Sozial Schwache, für die die abgesenkte Zuzahlungsregelung einen gewissen Ersatz für den Wegfall der alten Befreiungsregelung nach §61 SGB V gewährleisten sollte, werden voraussichtlich durch die in der Neufassung angelegten Sanktionen am stärksten betroffen werden. Schließlich ist bekannt, dass diese Bevölkerungsgruppen Ärzte weniger präventiv als vielmehr kurativ nutzen.

Es wird auch nicht dargelegt, welche Mehrkosten durch die Regelung im Gesundheitswesen initiiert werden, und welcher gesundheitsökonomische Nutzen diesen gegenübersteht.

Schließlich bringt die Regelung einen erhöhten bürokratischen Aufwand für die Seite der Leistungserbringer wie auch der Kostenträger mit sich.

**b) DMP und Erhöhung der Zuzahlungsbelastungsgrenze**

Bei der Regelung handelt es sich um eine verdeckte allgemeine Erhöhung der Zuzahlungsbelastungsgrenze von 1% auf 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen für Chroniker und Krebskranke, die nicht sachgerecht ist. Mit den derzeitigen Gesundheitsuntersuchungen gem. §25 Abs. 1 bzw. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gem. §25 Abs. 2 kann nur in sehr begrenztem Umfang eine effektive Sekundärprävention betrieben werden. Die Festlegung der Altersgrenzen bei den an Krebs erkrankten Versicherten berücksichtigt außerdem nicht, dass bestimmte Krebsfrüherkennungsuntersuchungen erst ab einem höheren Lebensalter angeboten werden.

So würde z. B. nach dem jetzigen Regelungsvorschlag ein mit 49 Jahren an Darmkrebs erkrankter Versicherter mit einer Belastungsgrenze von 2% be-

strafft werden, obwohl eine Darmkrebsfrüherkennung mittels Papierstreifentest erst ab 50, mittels Koloskopie erst ab 55 als GKV-Leistung angeboten wird. Anschließend hätte dieser mit 49 Jahren an Krebs erkrankte Versicherte nicht die Möglichkeit, in den Genuss der DMP-Teilnahmebonusregelung (Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 Prozent) zu kommen, da kein DMP bei Darmkrebs angeboten wird. Möglicherweise sind dies die Ausnahmetatbestände, die zukünftig vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien geregelt werden sollen.

Zur „Bonus-Regelung“ im Falle der Teilnahme an einem DMP: Da bei weitem noch nicht für alle chronischen Erkrankungen und Krebserkrankungen ein DMP zur Verfügung steht, müsste der G-BA in Richtlinien regeln, welche Erkrankungen von der so genannten Bonus-Regelung ausgenommen werden bzw. für welche chronisch Erkrankte oder Krebskranke ebenfalls eine Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 Prozent vertretbar ist, obwohl kein DMP zur Verfügung steht. Eigentliches Motiv dieser nicht sachgerechten bürokratieproduzierenden „Bonus-Regelung“ kann nur sein, die Teilnahme an den DMPs zu erhöhen, was im Ergebnis zu einer noch größeren Anzahl von „gesunden“ Chronikern an den DMP-Programmen führen dürfte.

**c) „Therapiegerechtes Verhalten“**

Für Versicherte soll in Zukunft eine reduzierte Zuzahlungsbelastungsgrenze nur dann gelten, wenn sie von relevanten Vorsorgeuntersuchungen für ihre Erkrankung regelmäßig Gebrauch machen. Die bereits heute nach der Chroniker-Regelung begünstigten Versicherten bleiben nur dann begünstigt, wenn sie sich „therapiegerecht“ verhalten.

So sehr es zu begrüßen ist, dass eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch die Bevölkerungen angestrebt wird, stellt sich jedoch anhand der Formulierung des Gesetzentwurfs die Frage, ob mit den vorgesehenen Regelungen die Zielgruppen zum richtigen Zeitpunkt erreicht werden. Neben den noch nicht erkrankten jüngeren Versicherten werden als zweite Zielgruppe die Chroniker angesprochen.

Die Einbeziehung von chronisch kranken, zumeist älteren Patienten (insbesondere in strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V) bleibt kritisch zu hinterfragen. Bei diesen Patienten wird als Ausdruck der Wahr-

nehmung der besonderer Eigenverantwortung die Teilnahme an „Vorsorgeuntersuchungen“ gefordert. Langwierige Diskussionen zur Ausgestaltung des DMP-Brustkrebs haben z.B. gezeigt, dass innerhalb der DMPs die Nachuntersuchungsintervalle im Sinne einer „Vorsorge“ sogar reduziert wurden.

Des weiteren ist völlig offen, ob bei den chronisch kranken Patienten die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen zu den bei jungen gesunden Patienten belegten Erfolgen führt.

Kritisch bleibt für Ärzte, dass eine jährliche Bescheinigung für ein „therapiegerechtes Verhalten des Versicherten“ ausgestellt werden muss. Insbesondere bei sektorübergreifender, in Kooperation mit vielen Ärzten verlaufender Therapie dürfte es für den einzelnen Arzt kaum möglich sein, jenseits von DMP-Dokumentationen nachvollziehen zu können, ob sich ein Patient über ein Jahr therapiegerecht verhalten hat. Zudem dürfte diese Regelung nicht unwesentlich zu einer Einschränkung der dem individuellen Patientenbedarf gerecht werdenden Therapiefreiheit des Arztes führen.

Da der Begriff „therapiegerechtes Verhalten“ weder im vorgesehen Gesetzes- noch Begründungstext definiert wird, dürfte es bei Verweigerung des Attestes zu nicht unerheblichen (auch rechtlichen) Diskussionen zwischen Arzt und Patient kommen. Eine derartige Intervention in das Arzt-/Patienten-Verhältnis wird als äußerst kritisch eingeschätzt.

Für den klinischen Ablauf dürften diese Bescheinigungen bei zunehmender Öffnung der stationären Einrichtungen eine nicht unerheblich Bürokratie und Abstimmungsbelastung mit den ambulant tätigen Ärzten beinhalten

#### Folgerungen der Bundesärztekammer:

- Streichung der Regelungen zu „therapiegerechtem Verhalten“
- Änderung der Modalität bei Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung dahingehend, dass der Versicherte unmittelbar einen Bonus erhält und somit die Prozentregelung im Falle der Erkrankung verzichtbar wird. Dies würde verhindern, dass eine Versicherte zum Zeitpunkt der Diagnosestellung eines Mamma-Karzinoms bei fehlender Vorsorge (z.B. Mammographiescreening) gleichzeitig mit der Finanzbelastung konfrontiert werden muss. Diese „Ratio-

nierungsinformation“ hätte wiederum der behandelnde Arzt zu vermitteln.

#### IV.

### **Ambulante Versorgung (Wettbewerb durch selektive Verträge)**

#### 1. **Art. 1 = § 73b SGB V** (hausarztzentrierte Versorgung)

[siehe auch die Ausführungen zu III.2]

#### **Kurzbeschreibung**

Die Krankenkassen müssen flächendeckend ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung auf selektivvertraglicher Basis anbieten. Diese soll in den Jahren 2007 und 2008 noch extrabudgetär finanziert werden, wobei aber das Gesamtbudget um den „eingesparten“ kollektivvertraglichen Leistungsbedarf bereinigt werden muss, ab 2009 soll sich die Finanzierung nach der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten richten. Für die hausarztzentrierte Versorgung werden Mindestqualitätsmerkmale festgelegt (Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie, hausärztliche Leitlinien, hausarztspezifische Fortbildungen, hausarztspezifisches Qualitätsmanagementsystem). Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung soll freiwillig sein. Die Krankenkassen müssen ihre Versicherten nicht nur über die Inhalte und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung, sondern auch über die jeweils wohnortnahe Verfügbarkeit informieren.

#### **Analyse und Bewertung**

Es handelt sich um einen grundlegenden Systemwechsel: Die hausärztliche Versorgung soll von der kollektivvertraglichen Organisation in eine selektivvertragliche Organisation überführt werden, der Sicherstellungsauftrag für die hausärztliche Versorgung wandert „einzelvertragsweise“ von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen.

Die Zuweisung des Sicherstellungsauftrags an die Krankenkassen sorgt für den nötigen Druck, entsprechende Verträge abzuschließen. Vor diesem Hintergrund ist allerdings die „Freiwilligkeit“ der Einschreibung in Frage zu stellen, da – wie in der Begründung auch eingeräumt wird – nur eine hohe Einschreibequote (die über Teilnah-

meboni realisiert werden soll) den Krankenkassen die erforderliche Planungssicherheit zur Erfüllung ihres flächendeckenden Sicherstellungsauftrags für die hausarztzentrierte Versorgung ermöglichen wird.

Zusammenfassend gesehen soll wohl die sukzessive Einführung des Hausarzt- bzw. Primärarztsystems in die ambulanten Versorgung mit dem Ziel erreicht werden, den derzeit noch unmittelbaren Zugang zur ambulanten fachärztlichen Versorgung für die Versicherten zu erschweren. Die Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung im Gesamtsystem bleiben abzuwarten.

Der Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner - auch nicht über eine Dienstleistungsgesellschaft nach § 77a SGB V vgl. (Art. 1 Nr. 49 des Gesetzentwurfs) - stellt den offensichtlichen Versuch dar, die Körperschaft durch Entzug von Sicherstellungsaufgaben und damit auch Gesamtvergütungsmitteln als Basis für die Erfüllung ihrer Verwaltungsaufgaben zu schwächen.

Problematisch ist auch die Verselbständigung der hausärztlichen Versorgung im Hinblick auf Fortbildung, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung.

## **2. Art. 1 = § 73c SGB V (besondere ambulante ärztliche Versorgung)**

(siehe auch die Ausführungen zu III.2)

### **Kurzbeschreibung**

Den Krankenkassen wird die Möglichkeit eröffnet, den Versicherten entweder die gesamte ambulante ärztliche Versorgung oder einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung auf selektivvertraglicher Basis anzubieten. Diese Einzelverträge können auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen werden, aber auch mit Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante fachärztliche Versorgung anbieten, d.h. auch mit Medizinischen Versorgungszentren als juristische Personen oder mit an Krankenhäusern angeschlossenen Medizinischen Versorgungszentren. Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung soll freiwillig sein. Ab 2009 soll die Finanzierung entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Versicherten erfolgen.

### **Analyse und Bewertung**

Im Gegensatz zur hausarztzentrierten Versorgung sind die Krankenkassen nicht dazu verpflichtet, die besondere ambulante ärztliche Versorgung flächendeckend anzubieten. Dennoch werden hiermit die Weichen dahingehend gestellt, dass die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen in der ambulanten Versorgung zukünftig ausschließlich im dezentralen wettbewerblichen Selektivvertragssystem organisiert wird: „Macht die Krankenkasse von der Option Gebrauch, bei ihren Versicherten die ambulante ärztliche Versorgung durch Abschluss entsprechender Selektivverträge anzubieten (...), dann geht im Umfang der selektivvertraglich organisierten Versorgungsaufträge und für die Dauer der Vertragslaufzeit und der Selbstbindung des Versicherten der Sicherstellungsauftrag auf die vertragschließende Krankenkasse über“ [vgl. Begründung zu Art. 1 Nr. 46 (§ 73c)].

Die selektivvertraglich organisierte „besondere ambulante ärztliche Versorgung“ nach § 73c kann nicht nur einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung oder neue Versorgungsstrukturen, sondern die gesamte ambulante ärztliche Versorgung umfassen (§ 73c Abs. 1 Satz 2).

Den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleibt nur noch ein partieller Sicherstellungsauftrag für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung, der stetig kleiner werden dürfte.

Durch die einzelvertragliche Atomisierung des Sicherstellungsauftrags wird die Kontinuität der ambulanten Akut- bzw. Notfallversorgung gefährdet. Um dies auszuschließen, soll die Kassenärztliche Vereinigung auf Verlangen der Krankenkassen den entsprechenden Notdienst sicherstellen (§ 73c Abs. 3).

### **Zusammenfassung:**

Nicht nur die hausärztliche Versorgung, sondern auch die fachärztliche Versorgung soll also sukzessiv auf Einzelverträge umgestellt werden, der Sicherstellungsauftrag in der ambulanten Versorgung „wandert“ an die Krankenkassen. Für die Krankenkassen wird somit der Paradigmenwechsel vom Kostenträger zum „Einkäufer“ von (ambulanten) Gesundheitsdienstleistungen (ohne Kontrahierungszwang) vollzogen.

Die Eröffnung eines Parallelspektors der ambulanten Versorgung mit selektiven Verträgen stellen ein Liquidationsprogramm zur schleichenden Aushöhlung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen dar.

**3. Art. 1 = § 116 b SGB V (Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung)****Kurzbeschreibung**

Eröffnung des Zugangs des stationären Bereichs für die hochspezialisierten Leistungen

Eine kontrollierte Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung ambulanter hochspezialisierter Leistungen ist akzeptabel. Diese Regelung jedoch stellt einen Verstoß gegen die gebotene Gleichbehandlung mit niedergelassenen Fachärzten dar, indem sie die Krankenhäuser öffnet, Vertragsärzte aber an den Zulassungsbeschränkungen scheitern lässt, obwohl sie qualitativ vergleichbare Leistungen erbringen könnten. Es ist ersichtlich, dass – auch über die vorgesehene Besserstellung in der Vergütung (§ 116b Abs. 5 Sätze 3 ff. SGB V) - ein erster Ansatz gesucht wird, um die von bestimmten politischen Kräften propagierte Beseitigung der fachärztlichen Versorgung durch niedergelassene freiberuflich tätigen Vertragsärzte langfristig durch fachärztliche Versorgung am Krankenhaus zu ersetzen.

**4. Art. 1 = § 75, § 73c Abs. 3, § 75 Abs. 3, § 77a SGB V (Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen / „Stellenwert“ der Kassenärztlichen Vereinigungen)****Kurzbeschreibung**

Die Kassenärztliche Vereinigung behält den Sicherstellungsauftrag für die Regelversorgung (§ 75). Ärzte, die an Wahltarifen der Kassen teilnehmen sollen, müssen zugelassene Vertragsärzte oder angestellte Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentren sein. Die Teilnahmeberechtigung von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung bleibt unberührt.

Zusätzlich erhalten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen den Sicherstellungsauftrag für Basistarifversicherte (§ 75 Abs. 3a).

Die Kassenärztliche Vereinigung kann Dienstleistungsgesellschaften für Vertragsärzte gründen, auch zur Abwicklung von Einzelverträgen (§ 77a); sie kann Vertragspartner für Verträge nach § 73c sein.

## Analyse und Bewertung

Die Verstärkung des Vertragswettbewerbs ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung als „Kollektivvertragspartner“ ist das Ziel. Die Übertragung von „neuen“ Sicherstellungsaufgaben für die PKV ist verfassungsrechtlich zweifelhaft. Sie dient nämlich der mittelbaren Einführung einer Behandlungspflicht im Basistarif der PKV als ein Baustein im „Gleichbehandlungsprogramm“: gleiche Vergütung in der GKV und PKV. Dies lehnt die Bundesärztekammer entschieden ab.

Wie schon unter IV.2 ausgeführt, ist es Ziel, die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Dienstleistungsfunktionen zu reduzieren und ihre Interessensvertretungsfunktion zu beschneiden. Dies bedeutet eine Schwächung der Selbstverwaltung, weil Steuerungsfunktionen zunehmend auf die Krankenkassen übergehen.

5. **Art. 1 = §§ 85 (wie bisher); 85a; 85b; 87 SGB V** (Vergütungsreform in der vertragsärztlichen Versorgung)

### Kurzbeschreibung

Die Vergütungsreform im ambulanten vertragsärztlichen Bereich wird mit Versäumnissen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen begründet (Sie war aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht umsetzbar: gesetzlich vorgegebene Trennung zwischen Morbiditätsrisiko und Arztlisiko erfordert eine sehr komplexe Regelung mit einer eigenständig zu entwickelnden Morbi-Klassifikation). Die jetzige Regelung belegt diese Schwierigkeit; sie geht in der Komplexität noch über die geltende Regelung hinaus.

Die Vergütung soll vereinfacht und transparenter werden. Das Vergütungssystem soll „entbürokratisiert“ werden. Die feste Gebührenordnung in Euro soll Kalkulations- und Planungssicherheit gewährleisten. Das Morbiditätsrisiko soll auf die Krankenkassen übergehen. Strukturiert wird die Gebührenordnung in Pauschalen (Kopfpauschalen für Hausärzte, Fallpauschalen für Fachärzte). Die bisherige Budgetierung soll entfallen, dafür werden über die Mengengrenzungen durch Pauschalen hinaus arztbezogene Regelleistungsvolumina und Abstaffelungsregelungen vorgesehen, die die Leistungserbringung wirtschaftlicher gestalten sollen. Die Kosten- und Mengengrenzung erfolgt durch vertragliche Vereinbarungen.

Honorarzuschläge für besonders qualifizierte Leistungen sind möglich. Zum Abbau von Unter- und Überversorgung werden künftig finanzielle Anreize bei der Euro-Vertragsgebührenordnung ermöglicht.

Die Vergütungsreform wird durch ein „neutrales professionelles Institut“ beim Bewertungsausschuss unterstützt.

Die Vergütungsreform soll des Weiteren die Verteilungsgerechtigkeit zwischen Ärzten gewährleisten und durch den festen Europreis (regional) Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung gleich behandeln.

Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen vereinbaren gemeinsam und einheitlich die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen auf regionaler Ebene: die regionalen Punktwerte und, daraus abgeleitet, die regionale Euro-Gebührenordnung sowie die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und die jährlichen Anpassungen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs.

Wesentlich ist die Schaffung eines Vergütungssystems mit festen Preisen in Euro. Regionale Punktwertvereinbarungen auf der Grundlage von bundesweit vorgegebenen Orientierungswerten dienen dazu. Regionale Besonderheiten, z.B. Preisniveau oder Morbiditätsentwicklung sollen dadurch berücksichtigt werden. Der Morbiditätsbezug soll den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf decken.

Die Selbstverwaltung muss durch Plausibilitätsprüfung und Wirtschaftlichkeitsprüfung die wirtschaftliche Leistungserbringung sichern. Als Voraussetzung für die Erfassung von Morbiditätsstrukturdaten dienen Regelungen zur Übermittlung versichertenbezogener Daten von Krankenkassen an Vertragspartner der Honorarvereinbarung nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses (Datensicherheit!). [Volle Transparenz bei Krankenkassen fördert die Risikoselektion.]

Die Finanzierung von zusätzlichen Leistungen, z. B. aufgrund der Zunahme von Arztzahlen wird ausgeschlossen. Auch bei Geltung der Euro-Gebührenordnung bleibt das arztbezogene Regelleistungsvolumen als Instrument zur Mengenbegrenzung im Vergütungssystem enthalten. Die Abstufung bei Erreichen des Regelleistungsvolumens soll eine Mengenausweitung vermeiden, sie wird vom Bewertungsausschuss geregelt. Die Regelleistungsvolumina sind zwingend nach Arztgruppen und Versorgungsregionen festzulegen. Zudem werden Tagesprofile vorgegeben. Die Morbidi-

tätsklassifikationen werden bei Berechnung der Regelleistungsvolumina auf Alter und Geschlecht begrenzt.

Alle zentralen Vorgaben zum Vergütungssystem für ärztliche Leistungen werden auf Bundesebene im Bewertungsausschuss getroffen. Die regionale Ebene hat diese Vorgaben zwingend umzusetzen (Rahmenvorgabe für Euro-Gebührenordnung) § 87 (neu) enthält die gesetzlichen Regelungen zu Rahmenvorgaben. Diese sind:

- Bewertungsrelationen für ärztliche Leistungen im EBM
- Orientierungswerte für den Punktwert (bundesweit und kassenabhängig)

Das neue vertragsärztliche Vergütungssystem soll am 1. Januar 2009 in Kraft treten. In der Zwischenzeit (2007, 2008) gilt das vertragsärztliche Vergütungssystem weiter. Die Honorarverteilung wird zum 1. Januar 2009 abgeschafft.

Die Gesamtvergütung wird um Ausgaben für die Kostenerstattung mit Wahltarif nach § 13 gekürzt.

### **Analyse und Bewertung**

Die Bundesärztekammer verweist auf die Ablehnung der vorgesehenen Vergütungsregelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, welche sie als unzureichend bezeichnet, da sie entgegen den Ankündigungen in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform die Budgetierung nicht beendet. Das Vergütungssystem wird über eine systematisch und honorarpolitisch unverträgliche Trias von Pauschalen im einheitlichen Bewertungsmaßstab, morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und arztbezogenen Regelleistungsvolumina gesteuert und über die Übergangsregelung in das Korsett bestehender Vergütungshöhen auch für den Neubeginn ab 2009 eingezwängt.

Die Bundesärztekammer schließt sich dieser Kritik an.

## **6. Art. 1 = § 87 SGB V (Einheitlicher Bewertungsmaßstab; hier: Qualitätszuschläge)**

### **Kurzbeschreibung**

Im einheitlichem Bewertungsmaßstab sollen zukünftig Qualitätszuschläge für die hausärztliche Versorgung bzw. an Qualitätsmerkmale geknüpfte Zusatzpauschalen für die fachärztliche Versorgung vorgesehen werden.

## Analyse und Bewertung

Hierbei handelt es sich um den Einstieg in „Pay for Performance“ – Modelle nach US-amerikanischem Vorbild, allerdings ausschließlich für die ambulanten Leistungen im Kollektivvertragssystem.

Die Definitionshoheit über die inhaltlichen Anforderungen für Qualitätszuschläge bzw. qualitätsgekoppelte Zusatzpauschalen soll jedoch beim Gemeinsamen Bundesausschuss liegen, dessen diesbezügliche Kompetenz bezweifelt werden darf.

In Anbetracht des bevorstehenden Systemwechsels in der ambulanten Versorgung (sukzessive Umstellung vom Kollektivvertrags- auf Einzelvertragssystem, Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die Krankenkassen) erscheint die Einführung von Pay for Performance – Ansätzen plausibel, da die Krankenkassen die Gesundheitsdienstleitungen im Interesse ihrer Versicherten nicht nur nach Preis– sondern auch nach Qualitätsgesichtspunkten vereinbaren sollten. Insofern sollte aber die Einführung von Pay for Performance – Konzepten auch für die auf einzelvertraglicher Basis organisierte ambulante Versorgung gefordert werden, und nicht für die noch im Kollektivvertragssystem organisierte Versorgung; hier müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen ohnehin über den Sicherstellungsauftrag die Qualität der Versorgung gewährleisten. Im Rahmen der vertragsärztlichen Leistungen werden die sog. „Qualitätszuschläge“ wiederum nur ein weiteres Instrument zur Mengensteuerung darstellen.

7. **Art. 1 = § 140b SGB V** (ambulante Behandlung der im Katalog nach § 116b Abs. 3 genannten hochspezialisierten Leistungen usw. im Rahmen der integrierten Versorgung)

### Kurzbeschreibung

Gesetzliche Berechtigung der Krankenhäuser zur Erbringung von Leistungen gemäß dem Katalog zu hochspezialisierten Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung.

## **Analyse und Bewertung**

Über die Leistungserbringung nach § 140a ff SGB V wird die Erbringung hochspezialisierter Leistungen in stationären Einrichtungen erleichtert. Inhaltlich – angesichts der angestrebten sektorübergreifenden Vollversorgungsmodelle zur Integrierten Versorgung – dürfte die Trennung schwierig werden.

Die Regelung hat negativen Einfluss auf die Quantität der Erbringung hochspezialisierter Leistungen durch freiberufliche niedergelassene Fachärzte (s. auch Stellungnahme zu Nr. 3).

### **8. Art. 1 = § 140d SGB V (Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung)**

#### **Kurzbeschreibung**

Fortführung der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung, allerdings unter der neuen Prämisse bevölkerungsbezogener Verträge.

#### **Analyse und Bewertung**

- Hierdurch soll eine Förderung einer zunehmend bevölkerungsbezogenen Integrationsvollversorgung erfolgen. Die bisher üblichen indikationsbezogenen Verträge, die einen Großteil der derzeitig ca. 2.600 Integrationsverträge darstellen, werden mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform nicht mehr prioritär finanziert. (Fortführung der Indikationsverträge durch die Vertragsparteien – der Aufbau der bisherigen Strukturen hat immerhin je ca. 600 Mio. Euro für 2004 und 2005 umfasst).
- Die Forcierung von Verträgen, die eine bevölkerungs-bezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen sollen, dürfte nach den bisherigen Schwerpunkten der integrierten Versorgung zu einer Konzentration auf Ballungsgebiete führen.
- Die Angebote in der Fläche dürften aufgrund des hohen logistischen Aufwandes abnehmen.

- Eine Zunahme der Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land ist zu erwarten.
- Immer noch fehlt eine ausreichende Regelung zum Umfang der Rechnungslegung über den Verbrauch der Mittel aus der Anschubfinanzierung seitens der Krankenkassen.

**9. Art. 1 = § 92b neu SGB XI (Integrierte Versorgung/Pflege)**

**Kurzbeschreibung**

Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach SGB V Verträge zur Integrierten Versorgung gemäß § 140 schließen oder bestehenden Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten. Die Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zu den Pflegevergütungen gemäß SGB XI wird ermöglicht.

**Analyse und Bewertung**

Mit dieser Regelung wird die Pflegeversicherung in die bislang auf die Krankenversicherung begrenzte Integrierte Versorgung einbezogen, analog zu den o. g. Regelungen im SGB V. Die Pflegekassen haben Initiativrecht oder können Vereinbarungen beitreten. Innerhalb bestimmter Grenzen kann vom geltenden Vertrags- und Vergütungsrecht der Sozialen Pflegeversicherung abgewichen werden. Die Vergütung der Pflegeeinrichtung wird abweichend von der Festlegung durch die Pflegesatzparteien inkl. Finanzierungsanreiz durch die Parteien der Integrierten Versorgung bestimmt.

Durch die Verzahnung bisher getrennter Leistungsbereiche wird ein (strukturell beschränkter) Ansatz zur Optimierung vorgenommen, aus dem sich Möglichkeiten ergeben könnten, das Zusammenwirken von Ärzten und Pflege in der häuslichen Krankenpflege und ggf. auch mit anderen Fachberufen zu erproben.

**V.****Stationäre Versorgung / Krankenhausorganisation /  
Krankenhausfinanzierung****1. Art. 1 = § 275 SGB V****Kurzbeschreibung**

Einführung einer Aufwandspauschale für Prüfaufträge der Krankenkassen an den MDK.

**Analyse und Bewertung**

Die vorgesehene Regelung dürfte dazu führen, dass Krankenkassen zeitnah ihre möglichen Bedenken bezüglich der Krankenhausbehandlung/Abrechnung frühzeitig dem zuständigen Medizinischen Dienst melden müssen. Insgesamt ist dies zu begrüßen, da die aktuellen „Massenanfragen“ abnehmen würden. Die Möglichkeit der Einforderung einer Aufwandspauschale in Höhe von 100,- Euro bei nicht resultierender Minderung des Abrechnungsbetrages dürfte sich ebenfalls positiv auswirken. Zu erwarten ist z.B. eine Zunahme der Anfragen zu den „Hochpreis“-DRGs.

In Ergänzung wäre die Einführung eine Fristenregelung zu diskutieren, die den relativ zeitnahen Abschluss einer Prüfung und die Mitteilung des Prüfergebnisses durch den MDK ermöglichen würde. Dies würde ggf. dem Umstand vorbeugen, dass Krankenkassen die Auszahlung von nicht unbeträchtlichen Summen unter dem Hinweis auf ein noch laufendes Prüfverfahren über einen längeren Zeitraum zurückhalten und somit in Summation die (begrenzte) Liquidität einer Klinik maßgeblich negativ beeinflussen könnten.

(zu diskutierender) Ergänzungsvorschlag zu § 275 Abs. 1c - neu -

„Das Ergebnis der Prüfung nach Satz 1 ist in der Regel spätestens acht Wochen nach Beginn der Prüfung durch den Medizinischen Dienst anzuzeigen“

## 2. **Art. 18 = § 17b Abs. 1 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz)**

### **Kurzbeschreibung**

Für stationär behandelte Patienten mit extrem hohen Kostenunterdeckungen sollen Daten für die Entwicklung geeigneter Vergütungsformen erhoben werden können.

(§ 17b Abs. 1 Satz 16 - neu -:

„Entstehen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen und hierfür erforderlichenfalls zusätzliche Daten zu erheben.“)

### **Analyse und Bewertung**

Der Regelungsvorschlag greift ein seit längerem von der Bundesärztekammer und weiteren Organisationen gefordertes Anliegen auf. Die Intention ist zu begrüßen, soweit keine Nachteile für Kliniken der Grundversorgung entstehen.

Indirekt wird durch diese Regelung der bisher seitens des Gesetzgebers angestrebte 100 %-Abbildungsansatz im G-DRG-System verlassen.

Der Vorschlag ist positiv zu bewerten

## 3. **Art. 14 = § 28 Abs. 4 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz)**

### **Kurzbeschreibung**

Die Bundesstatistik zu Krankenhäusern soll über zusätzliche Datenlieferungen erweitert werden.

### **Analyse und Bewertung**

Der Vorschlag stellt eine erhebliche Erweiterung der Datenübergabeverpflichtung an das Statistische Bundesamt dar. Da betriebswirtschaftliches Know-how sehr stark mit den DRG-Daten einzelner Kliniken verbunden ist und die Gesundheitsreform den Wettbewerb der stationären Einrichtungen deutlich forciert, bleibt wesentlich, wie dif-

ferenziert die Datenlieferung zu erfolgen hat. Davon abhängig ist, ob hier ggf. eine Interaktion mit der Weitergabe betriebsinterner Informationen resultieren könnte.

Weiterhin bleibt kritisch zu hinterfragen, welche medizinische Sinnhaftigkeit mit der Zusammenstellung und ggf. Veröffentlichung von Daten z.B. zu den Beatmungsstunden in deutschen Kliniken verbunden ist (vgl. Abs. 4 Nr. 2).

Nicht auszuschließen ist die Gefahr der erheblichen Fehlsteuerung von medizinischen Versorgungsprozessen bei Fehlinterpretation der dem DRG System entstammenden Daten, da es sich um ökonomische und nicht Pauschalen-kongruente medizinische Inhalte handelt.

#### **4. Art. 15 = § 21 Abs. 3a SGB V KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz)**

##### **Kurzbeschreibung**

DRG-Daten sollen auch für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung auf Landesebene zur Verfügung gestellt werden können

##### **Analyse und Bewertung**

Der Vorschlag eröffnet die Möglichkeit der Kopplung von Vergütungsdaten (in diesem Falle DRG) mit Daten der Qualitätssicherung. Bei der aktuellen Art der Ausgestaltung des DRG-Kataloges muss darauf hingewiesen werden, dass insbesondere bei der Ableitung von medizinischen Qualitätssicherungsdaten aus den DRG-Fallpauschalen die Validität stark zu hinterfragen ist, da die medizinische Homogenität der DRG nicht durchgehend gewährleistet ist. Das G-DRG-System richtet sich primär auf eine ökonomische Homogenität der jeweiligen DRGs.

#### **5. Art. 16 SGB V (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)**

##### **Kurzbeschreibung**

Einführung eines Sanierungsbeitrages der stationären Einrichtungen in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro zur GKV-Entlastung.

## **Analyse und Bewertung**

Der Entzug von 500 Mio. Euro dürfte angesichts des Investitionsfinanzierungsstaus von ca. 30 Mrd. Euro und der überaus kritischen Finanzlage der Kliniken zu einem weiteren Personalabbau mit einer damit verbundenen Verschlechterung der Qualität der Patientenversorgung führen.

Die Bundesärztekammer hält daher die Aufgabe dieser Absicht für zwingend erforderlich.

## **VI.**

### **Arzneimittelversorgung**

1. **Art. 1 = § 35b SGB V** (Kosten - Nutzenbewertung von Arzneimitteln) i.V.m. § 139a Abs. 3 Nr. 5

#### **Kurzbeschreibung**

Der Auftrag des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) soll um die Kosten-Nutzenbewertung von Arzneimitteln erweitert werden.

Neue oder bereits länger im Markt befindliche Arzneimittel sollen nicht nur im Hinblick auf den therapeutischen Zusatznutzen, sondern auch im Hinblick auf die Kosten mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen verglichen werden. Die Kosten-Nutzenbewertung soll u.a. zukünftige Grundlage für die Festsetzung eines Erstattungshöchstbetrags für nicht festbetragsfähige Arzneimittel sein (vgl. § 31). Das IQWiG soll selbst über die Methoden für die Erarbeitung der Kosten-Nutzen-Bewertung entscheiden können. Bei der Festlegung der Methoden zur Kosten-Nutzenbewertung wird das IQWiG zur Beteiligung von Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker verpflichtet.

#### **Analyse und Bewertung**

Der Handlungsbedarf zur Entwicklung von Instrumenten, die zu einer stärkeren Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung beitragen sollen, kann aus Sicht der Bundesärztekammer grundsätzlich bestätigt werden. Die im Vergleich zur sonstigen Aus-

gabenentwicklung überproportionale Steigerungsrate bei den Arzneimittelausgaben wirkt sich insbesondere auch zu Ungunsten der Vergütung ärztlicher Leistungen aus. Vor diesem Hintergrund wurde vom 109. Deutschen Ärztetag in Magdeburg u.a. auch die Einführung einer Positivliste gefordert. Zu den Preisinstrumenten (wie Festbetragsregelungen und Höchstpreisregelungen, Rabattregelungen etc.) sowie den Steuerungsinstrumenten, die wie das Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) am Ende des Arzneimittelversorgungsprozesses beim verordnenden Arzt ansetzen, sollten „systemische“ Lösungsansätze zu Beginn der Marktimplementierung neuer Arzneimittel treten, ohne dabei allerdings die arzneimittelrechtliche Zulassung von Innovationen und den Markteintritt als solchen zu behindern. Derzeit bleibt die Verantwortung für die Steuerung bzw. Begrenzung der Arzneimittelausgaben überproportional stark beim einzelnen Arzt hängen, wogegen die Ärzteschaft u.a. im Zusammenhang mit der Einführung des AVWG protestiert hat.

Der jetzt vorliegende Methodenreport des IQWiG lässt große Zweifel an der gesundheitsökonomischen Expertise des IQWiG aufkommen. Die methodischen Vorfestlegungen im IQWiG-Methodenreport könnten dazu führen, dass der gesundheitsökonomische Wert medizinischer Maßnahmen unterschätzt wird, Kostenabschätzungen auf Basis von Modellierungsstudien werden tendenziell abgelehnt, stattdessen werden die Ansprüche an Datenumfänge und Zeithorizonte der abzuliefernden gesundheitsökonomischen Studien überstrapaziert. Im Ergebnis dürfte aus diesem insuffizienten „Methodenmix“ ein Hemmnis für die Implementierung innovativer Arzneimittel resultieren.

Grundsätzlich ist außerdem abzulehnen, dass die externen Sachverständigen sich ausschließlich an der Methodik der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln beteiligen sollen bzw. dürfen, eine Sachverständigenbeteiligung wäre grundsätzlich für jede Kosten-Nutzenbewertung eines einzelnen Arzneimittels zu fordern. Aus Sicht der Bundesärztekammer wäre außerdem zwingend die Einbeziehung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu fordern.

Ob die punktuellen Kosten-Nutzenbewertungen neuer Arzneimittel durch das IQWiG zu einer wirksamen Steuerung der Arzneimittelausgaben beitragen werden, ist mehr als fraglich.

## 2. § 73d SGB V (i. V. m. § 92 SGB V) (Besondere Arzneimittel)

### Kurzbeschreibung

In § 73d Absatz 1 wird definiert, dass bei der Verordnung von besonderen Arzneimitteln eine Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt und einem „Arzt für besondere Arzneimitteltherapie“ erfolgen muss. Im Weiteren wird geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 das Nähere insbesondere zu den Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte bestimmen soll.

In § 73d Abs. 2 werden dazu die Anforderungen geregelt:

„Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie sind im Rahmen der Versorgung der Versicherten tätige Ärzte, die die Voraussetzungen der nach Absatz 1 beschlossenen Richtlinien erfüllen; sie werden durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt, ...“

### Analyse und Bewertung

Der Entwurf bezieht sich bei dieser Regelung insbesondere auf gentechnisch entwickelte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel. Wegen der Schwere der zu behandelnden Erkrankungen sowie des oftmals hohen Preises der Arzneimittel soll eine indikationsgerechte Anwendung dadurch gewährleistet werden, dass besondere Anforderungen an spezialisierte Fachkenntnisse durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen sind.

In der Begründung weist der Entwurf neben der Sicherung der Qualität insbesondere auch auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung hin und zielt mehrfach auf eine indikationsgerechte sowie gezielte Kontrolle der Anwendungen dieser besonderen Arzneimittel ab.

- a) Die Regelung bewirkt eine Einschränkung der Therapiefreiheit der (u.a. stationär) tätigen Ärzte. Die Handhabung ist insbesondere bei multimorbiden Patienten mit deutlichem Aufwand verbunden. In der Regel erfolgen – im übrigen schon seit Jahren – Hinweise der Krankenhausapotheker und der Chefarzte bezüglich der Handhabung besonders aufwändiger und teurer Wirkstoffe.

Weiterhin sind lebensgefährliche Interaktionen für den Patienten auch durch „einfache“ Wirkstoffe wie Kalium bei Nichtbeachtung der Sorgfaltspflicht möglich und werden durch diese Regelung nicht erfasst.

- b) Die Befugnis zur Definition der Qualifikationsanforderung des Arztes durch den G-BA verstößt gegen die verfassungsrechtlich vorgegebene Kompetenzverteilung.

Die Einfügung des neu beabsichtigten § 73d in das SGB V muss in Bezug zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bewertet werden.

Als bisherige Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses wird in §92 Abs. 1 Satz 2 SGB V definiert, dass insbesondere die methodischen Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von medizinischen Maßnahmen zu regeln sind. Anders als beispielsweise im Zusammenhang mit § 135 Abs. 2 SGB V, dessen differenzierte Regelung mit Blick auf die Kompetenz der Landesärztekammern für das Weiterbildungsrecht einen akzeptablen Zusammenhang zwischen Berufsrecht und Sozialrecht aufweist, stellt die unbeschränkte Übertragung der Festlegung von Qualifikationsbestimmungen für die Entscheidung über Arzneimitteltherapie eindeutig aus der Sicht der Bundesärztekammer einen Verstoß gegen die Kompetenzverteilung zwischen Sozialrecht und Berufsrecht dar, da die Bestimmung von Qualifikationsanforderungen dieser Art in die Kompetenz der Landesärztekammern im Rahmen der Bestimmungen über das Weiterbildungsrecht fällt.

Die Regelung ist so nicht akzeptabel.

## VII.

### Krankentransport

1. **Art. 1 = § 133 SGB V** (Versorgung mit Krankentransportleistungen)

#### Kurzbeschreibung

- Die Leistungen des Rettungsdienstes werden auf Bundesebene nur in Form von „Fahrkosten“ bei den Ausgaben der Krankenkassen wahrgenommen.

- Rettungsdienst ist ein Teil der Daseinsvorsorge, der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr und somit auch Gegenstand der Sozial- und Innenpolitik des Bundes bzw. der Länder.
- Diese Fahrkosten im Rettungsdienst (Notfallrettung und qualifizierter Krankentransport) sollen pauschal um 3% der vertraglich vereinbarten Vergütungen gekürzt werden.
- Begründet wird dies mit einem überproportionalen Anstieg der Krankenkassenausgaben im Bereich der Fahrkosten, welcher kompensiert werden muss.

### **Analyse und Bewertung**

Die Auswirkungen dieser Regelung für den Rettungsdienst lassen sich weder auf Bundes- noch auf Landesebene abschätzen.

Es stellt sich die Frage, wer für den Ausfall der Kostenerstattungen aufkommen muss: „Gegebenenfalls ist der Differenzbetrag von den Versicherten zu tragen“.

Sollen die nicht erstatteten Kosten auf die Versicherten (nur GKV-Versicherte, auch PKV-Versicherte?; von Versicherten, die im Falle einer notwendigen und u. U. lebensrettenden Behandlung und Transport in einem medizinischen Notfall die Situation und damit die später auf sie zukommenden Forderungen nicht beeinflussen können?) umgelegt werden oder sollen die Träger des Rettungsdienstes – aus welchem Finanztopf auch immer – das Defizit, ev. auch anteilig, tragen?

Diese Vorgehensweise belastet die Versicherten ggf. erneut und trägt keinesfalls zum allgemein angestrebten Bürokratieabbau bei.

Vorab ärztlich verordnete Krankentransportleistungen werden u.U. von den Versicherten wegen der persönlichen finanziellen Belastung nicht mehr in Anspruch genommen; das kommt den Kassen kurzfristig sicher entgegen, ist aber für die Patienten und Krankenkassen mittelfristig von erheblichem Nachteil, da notwendige medizinische Leistungen nicht oder zu spät in Anspruch genommen werden. (Parallele zur Praxisgebühr)

Mit einer Qualitätsminderung im Rettungsdienst ist zu rechnen. Beispiele: Reduktion der Anzahl und Ausstattung der Rettungsmittel; verringerte Qualifikation des Rettungsdienstpersonals (Paramedicmedizin statt ärztliches Primat im Rettungswesen,

Rettungshelfer statt qualifizierte Rettungsassistenten); Schließung von Standorten, Verlängerung der Hilfsfristen in der Notfallrettung.

## VIII.

### Gemeinsamer Bundesausschuss

#### 1. Art. 1 = § 91 SGB V; Art. 2 = § 91 SGB V (Gemeinsamer Bundesausschuss)

##### Kurzbeschreibung

Durch die Neuregelung im Art: 1 des GKV-WSG-E behält sich das BMG die Möglichkeit vor, durch Rechtsverordnung die Einzelheiten (!) der in 2008 beabsichtigten Neuorganisation des G-BA zu regeln. Den Mitgliedsorganisationen des G-BA sowie den Patientenvertretern soll die Möglichkeit zur Stellungnahme zur Neuorganisation des G-BA eingeräumt werden.

Im Art. 2 GKV-WSG (weitere Änderungen des SGB V) wird in § 91 die weitreichende Neuregelung des GBA statuiert, nämlich die künftige Umwandlung der ehrenamtlichen Struktur in eine hauptamtliche.

##### Analyse und Bewertung

Der G-BA verliert durch diese Regelungen, u.a.

- „Verhauptamtlichung“,
- Regelung der Hinzuziehung von Fachleuten aus den Trägerorganisationen sowie externer Sachverständiger im Rahmen von Arbeits- oder Themengruppen im Rahmen der Rechtsverordnung durch das BMG (bisher Gegenstand der vom G-BA selbst beschlossenen Geschäftsordnung),

den Charakter eines Selbstverwaltungsgremiums und nimmt stattdessen den Charakter einer Behörde an.

Die Infragestellung des Selbstverwaltungsprinzips im Gesundheitswesen gefährdet Sachnähe, Fachkundigkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Akzeptanz der zukünftigen Gestaltung der medizinischen Versorgung. Der Umbau der Gemeinsamen Selbstverwaltung in einen zentral-administrativ steuernden Apparat mit wenigen hauptamtlichen, weisungsunabhängigen Entscheidungsträgern mag vordergründig zwar zu einer Stei-

gerung der „Produktivität“ des G-BA führen, (Verkürzung der Beratungen und Erhöhung der Richtlinienanzahl), die Komplexität der einzelnen Beratungsgegenstände (z.B. Mindestmengen- oder Strukturqualitätsvereinbarungen) wird hierbei aber ebenso unterschätzt wie das Risiko, dass bei strukturell oder zeitlich verkürzten Beratungsprozessen die Wahrscheinlichkeit willkürlicher Entscheidungen oder der Einflussnahme von Partikularinteressen steigt.

Außerdem scheint die Konzentration der Entscheidungsgewalt – wie zum Beispiel im Zusammenhang mit den Inhalten des abschließenden GKV-Leistungskatalogs – in Fragen von zentraler Bedeutung für das bislang noch aus Versichertenbeiträgen finanzierte GKV-System nach Aufgabe des Selbstverwaltungscharakters des G-BA nur noch fraglich demokratisch legitimiert. Dies zeigt auch die Absicht, die Organisationsform privatrechtlicher Gesellschaften – wie z.B. der BQS-gGmbH – gegebenenfalls ändern zu wollen (vgl. Art. 1 Nr. 111 = § 137a Abs. 1 Satz 2 SGB V). Entscheidungen über die Verteilung begrenzter Ressourcen sollten sich nach dem Verständnis der ärztlichen Selbstverwaltung auf einen breiten Konsens der sog. Stakeholder im Gesundheitswesen stützen können, anderenfalls handelt es sich um „Staatsmedizin“.

Der zentralistisch-administrative Umbau der Gemeinsamen Selbstverwaltung erhöht a priori die Risiken von Kontrollzwängen, Überregulierung und Bürokratie. Es ist zu befürchten, dass Qualitätssicherung in noch stärkerem Maße als bisher zur Qualitätskontrolle verkürzt und für Zwecke einer vordergründigen, nur fraglich zur Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems beitragenden Mengensteuerung instrumentalisiert wird. Die zur Freisetzung von qualitätsfördernden Verbesserungspotentialen erforderlichen Freiräume, zu denen aus Sicht der Ärzteschaft - aber auch der nicht-ärztlichen Heilberufe - unabdingbar auch eine adäquate Beteiligung der Betroffenen und die Wahrung professioneller Selbstbestimmung zählt, wird vom Entwurf des GKV-WSG in ihrer Bedeutung verkannt und/oder bewusst negiert.

Es kann unter diesen Bedingungen nicht mehr von einer untergesetzlichen Regulierungsebene der Selbstverwaltung gesprochen werden.

In Kombination mit der Regelung, dass die Bundesregierung in Zukunft ohne Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung den Beitragssatz für 80 Millionen Versicherte festlegt, zeichnet sich eine erhebliche zentralistische Gesundheitssystemsteuerung ab.

Für den stationären Sektor bedeutet insbesondere die vorgesehene massive Steige-

rung der Steuerungsfähigkeit des BMG in Kombination mit den zu erwartenden Vorgaben sektorübergreifender Qualitätssicherung (sukzessiver Ersatz der Landeskrankenhausplanung) und in Kombination mit den dem BMG über das InEK zugänglichen Vergütungs- und Krankenhausstrukturdaten (bundesweit) ein erhebliches Risiko.

## **2. Art. 1 = § 92 Abs. 1 SGB V**

### **Kurzbeschreibung**

Die Richtlinienkompetenz des G-BA wird in Absatz 1 explizit um den Bereich „Qualitätssicherung“ sowie um die neue „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ nach § 37b ausgeweitet.

### **Analyse und Bewertung**

Dies ist eine logische Folge der Änderungen in den §§ 135 ff. (vgl. Art. 1 Nrn. 105 ff.). Inhaltlich stellt dies keine Neuerung dar, da der G-BA nach Vorarbeiten im Unterausschuss „Qualitätsbeurteilung und -sicherung“ bereits Richtlinien zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement verabschiedet hat (Sicherung der Qualität von Dialysebehandlungen, Anforderungen an einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, Richtlinie zur Qualitätsprüfung, vertragsärztliche Versorgung).

## **3. Art. 1 = § 92 Abs. 4 SGB V**

### **Kurzbeschreibung**

In § 92 Abs. 4 SGB V wird die bisherige pauschale und nicht weiter konkretisierte Verpflichtung von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten anfallende Ergebnisse zu sammeln und auszuwerten, dahingehend geändert, dass die Einzelheiten zu Auswertung und Evaluation künftig Bestandteil der G-BA-Richtlinien zur Früherkennung sein sollen.

### **Analyse und Bewertung**

Hier soll offenbar ein Beschluss der Entbürokratisierungs-AG des BMG umgesetzt werden. Ende Mai 2006 war als „Beschluss Nr. 17: Datenerhebung bei Früherkennungsmaßnahmen“ angemahnt worden, die Daten zur Früherkennung „zukünftig zielgerichtet unter Berücksichtigung spezifischer Fragestellungen“ und nicht mehr als

flächendeckende Vollerhebung zu sammeln. Begründet wurde dies mit dem unverhältnismäßig hohen Aufwand der Datensammlung im Vergleich zu den erzielten Auswertungen (die offenbar stark zu wünschen übrig ließen). Im Begründungstext zur Gesetzesänderung wird dies wiederholt.

Grundsätzlich können die Forderungen nach Evaluation und Datensparsamkeit begrüßt werden, da gerade im vielgestaltigen Bereich der Früherkennung eine methodisch saubere Abwägung von Aufwand, Nutzen und Risiken oftmals fehlt oder ignoriert wird. Abzuwarten sein wird, in welcher Weise der GBA dies konkret in seine Richtlinien aufnehmen wird.

#### **4. Art. 1 = § 92 Abs. 7 Nr. 3 neu SGB V**

##### **Kurzbeschreibung**

Der G-BA hat künftig in den Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege die Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege und für die Mitgabe von Arzneimitteln im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zu regeln.

##### **Analyse und Bewertung**

Die Kompetenz wird vom niedergelassenen Arzt auf den Krankenhaus-Arzt übertragen. Damit sollen der von Pflegediensten beanstandete enorme Aufwand bei der nahtlosen Weiterversorgung bei Entlassung einschließlich Medikation reduziert und Versorgungslücken geschlossen werden.

Die Problematik an dieser Schnittstelle wird seit Jahren von Patienten und Pflegediensten beklagt; die Effekte der Neuregelung bleiben abzuwarten.

#### **5. Art. 1 = § 94 SGB V (Wirksamwerden der Richtlinien)**

##### **Kurzbeschreibung**

Die Frist von zwei Monaten für das BMG, die Richtlinien des G-BA vor einer Genehmigung zum Zwecke der Rechtsaufsicht zu prüfen, kann auf unbestimmte Zeit durch das BMG erweitert werden, indem es zusätzliche Informationen/Stellungnahmen anfordert. Außerdem kann das BMG seine Nichtbeanstandung von Nebenbestimmungen abhängig machen.

## **Analyse und Bewertung**

Das BMG dehnt zusätzlich zu seiner gesteigerten Einflussnahme auf die Struktur des G-BA seinen Einfluss auf die Arbeitsprozesse des G-BA (Richtlinienggebung) aus. Dies soll durch zusätzlich mögliche Informationsforderungen und die Aussetzungen eigener Fristen geschehen.

Dass eine Nichtbeanstandung von Nebenbestimmungen abhängig gemacht werden kann, unterstreicht den Willen des BMG, künftig eine stärkere fachliche Kontrolle über den G-BA auszuüben. Es handelt sich um eine endgültige Abkehr von der (ohnehin nicht eingehaltenen) Beschränkung auf die Rechtsaufsichtsfunktion. Damit stellt auch diese Regelung einen weiteren Baustein im Umbau des G-BA zu einer staatsgeleiteten Behörde dar.

- 6. Art. 1 = § 135 Abs. 1 SGB V (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)**

## **Kurzbeschreibung**

Auch die Unparteiischen des G-BA sollen Anträge auf Anerkennung oder Nicht-Anerkennung einer Leistung für den GKV-Leistungskatalog stellen können. Vorgesehen ist ferner eine Regelung zur Fristsetzung durch das BMG.

## **Analyse und Bewertung**

Der Vorschlag wird mit bisherigen Verzögerungen oder Blockaden begründet, die durch Interessenkonflikte bei Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassen entstanden sein sollen. Aus mindestens zweierlei Gründen ist die Neuregelung zu kritisieren: Die „unparteiischen Vorsitzenden“ sollten bei kontroversen Beratungen eigentlich die Rolle des Mittlers spielen, im Falle eines selbst gestellten Antrags entsteht ein Interessenkonflikt. Für die Unparteiischen wächst außerdem die Gefahr der Instrumentalisierung durch die bisherigen Antragsberechtigten. Selbst bei tatsächlich unbeeinflusster Antragsstellung (was nicht zu belegen sein wird) wird die Rolle der Unparteiischen mittelfristig Schaden nehmen.

Wenn der G-BA in einer vom BMG gesetzten Frist zu keinem Beschluss kommt, führt dies dazu, dass die beantragten Leistungen Bestandteil der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung werden.

Der Wunsch nach einer zügigeren Bewertung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist nachvollziehbar, die Fristsetzung von sechs Monaten jedoch realitätsfremd. Politisch gewollt und laut Verfahrensordnung hat sich der G-BA zu einer evidenzbasierten Entscheidungsfindung verpflichtet, die damit einhergehende systematische Literaturrecherche sowie der anschließende Prozess des so genannten „Critical Appraisal“ sind jedoch jeweils aufwändige Verfahren, die selbst bei erheblicher Aufstockung der G-BA-Geschäftsstelle im Regelfall nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten zu bewältigen sein dürften. Seriöse internationale HTA-Agenturen geben als Bearbeitungs- und Beratungszeitraum für die abschließende Nutzenbewertung einer neuen Methode niemals weniger als neun bis zwölf Monate an.

Der durch die Neuregelung erzeugte Zeitdruck wird zu Qualitätseinbußen beim Prozess der Entscheidungsfindung führen oder auch Entscheidungen im Sinne von Partikularinteressen begünstigen.

## **IX.**

### **Qualität/Qualitätssicherung/Umsetzung der Qualitätssicherung**

- 1. Art. 1 = § 135a SGB V und Art. 15= § 8 Abs. 8 Krankenhausentgeltgesetz (Verpflichtung zur Qualitätssicherung)**

#### **Kurzbeschreibung**

Aufgaben der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung (z.B. auf Basis der Qualitätsmanagement-Richtlinie für die vertragsärztliche Versorgung) werden zukünftig einer sektorübergreifenden Regelung unterstellt (vgl. Änderung des § 137 sowie § 137a; § 136a wird gestrichen). In § 135a werden die Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser dazu verpflichtet, ihre QS-Daten an die nach § 137a neu zu gründende, für sektorübergreifende Qualitätssicherung zuständige Einrichtung zu übermitteln. Die Meldeverpflichtung wird für die Krankenhäuser durch den neuen Absatz 8 im § 8 des Krankenhausentgeltgesetzes noch verstärkt.

## **Analyse und Bewertung**

Bisher wurden im Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung – mit Ausnahme des sog. direkten Verfahrens – keine Daten aus Krankenhäusern direkt an die BQS geliefert, sondern nur über die Zwischenstation der Landesgeschäftsstellen. Auch die QS-Daten der Vertragsärzte werden bislang auf Landesebene erfasst und ausgewertet.

Die vorgesehene Änderung bahnt einer Zentralisierung der QS-Datenerfassung und -auswertung unter Umgehung der Zwischenstationen auf Landesebene den Weg. Die regionalen „Zwischenstationen“ (Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung, Kassenärztliche Vereinigungen) bzw. die regionalen Netzwerke sind jedoch unerlässliche Voraussetzungen für funktionierende Ergebnisrückkopplung, Qualitätszirkelarbeit und andere Aspekte der konkreten Operationalisierung sowie allgemein für die Akzeptanz von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

### **2. Art. 1 = §§ 136a, 136b SGB V**

#### **Kurzbeschreibung**

§§ 136a (QS in der vertragsärztlichen Versorgung) und 136b (QS in der vertragszahnärztlichen Versorgung) werden aufgehoben.

#### **Analyse und Bewertung**

Die bislang sektorspezifischen Regelungsinhalte werden dem sektorübergreifend neu formulierten § 137 zugeordnet.

Die sektorübergreifende Gesamtkonzeption von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie entspricht einer langjährigen Forderung der Ärzteschaft nach sektorübergreifender Longitudinalbeobachtung.

### **3. Art. 1 = § 137 Abs. 1 SGB V (Neue Richtlinienkompetenz des G-BA)**

## Kurzbeschreibung

Die bisher auf die Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern begrenzte Richtlinienkompetenz des G-BA wird sektorübergreifend (§ 137 Abs. 2) erweitert: gemäß § 135a Abs. 2 auf Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Reha-Einrichtungen u.a. gemäß § 115b Abs. 1 Satz 3 auf ambulante Operationen im Krankenhaus, sowie gemäß § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 auf hochspezialisierte Leistungen und Leistungen zur Diagnostik und Therapie seltener Erkrankungen im Krankenhaus. (vgl. § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1) Die QS-Richtlinien des G-BA müssen die Indikatoren und sonstigen Instrumente zur Qualitätsmessung und -darstellung sowie die Vorgaben der Dokumentation (Spezifikationsanforderungen) berücksichtigen, wie sie zukünftig von dem noch zu bestimmenden „fachlich unabhängigen Institut“ (§ 137a) im Auftrag des G-BA entwickelt werden sollen („unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“).

## Analyse und Bewertung

Ziel ist die sektorübergreifende Zusammenführung von QS-Maßnahmen, allerdings nicht für die Leistungen auf einzelvertraglicher Basis. Die Richtlinien des G-BA schließen nicht ein: Die integrierte Versorgung gemäß § 140a bis d, die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b und die so genannte besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c.

Im Gegensatz zur bisherigen Situation soll die Qualitätssicherung überwiegend sektorübergreifend durch Richtlinien des G-BA gestaltet werden. Dies umfasst die §§ 135a, 135b, 137a.

Die bisherigen Versuche der Umsetzung (Einrichtung verschiedener Arbeitsgruppen und Ausschüsse zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung) durch den GBA haben bedingt durch die Komplexität nur wenige zielführende Ergebnisse und Richtlinien ermöglicht.

Die Formulierung „Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt (...) durch Richtlinien die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (...) unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2“ kann so verstanden werden, dass der G-BA die von ihm in Auftrag gegebenen Qualitätsmessverfahren (Indikatorenauswahl etc.) und Dokumentationsspezifikation zur verbindlichen Anwendung durch die Leis-

tungserbringer (vgl. § 135a Abs. 2 Nr. 1) in die Richtlinie integriert. Dies entspräche der derzeitigen Vorgehensweise in der stationären Qualitätssicherung (Richtlinienkompetenz beim G-BA in der Zusammensetzung nach § 91 Abs. 7 [früher Bundeskuratorium Qualitätssicherung], konkrete Ausarbeitung der QS-Maßnahmen, die in der Richtlinie verankert werden, durch die BQS bzw. die BQS-Fachgruppen). Für den vertragsärztlichen Bereich würde diese Vorgehensweise hingegen ein Novum darstellen (bislang z.B. Entwicklung der DMP-Inhalte einschließlich Festlegung der Indikatoren durch die beteiligten Selbstverwaltungsorganisationen, hier Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände. Erstmals wurde nun für die Dialyse die Entwicklung der Qualitätssicherung ausgeschrieben). Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stellt die geplante Aufgabenübertragung der Entwicklungsarbeit an einen Dritten einen Teilverlust an Normgebungskompetenz dar (vgl. Stellungnahme zu § 137a – nachstehend Nr. 9 –).

Dass die Leistungen der integrierten Versorgung nicht in die sektorübergreifenden QS-Maßnahmen bzw. – Richtlinien eingeschlossen sind, wirft derzeit schon massive Probleme in der praktischen Umsetzung der Qualitätssicherung auf.

Abhängig von der weiteren Entwicklung der Ausgestaltung der Vergütungssysteme ergeben sich ggf. Vorteile für Kliniken und relative Nachteile für Einzelpraxen, kleinere Gemeinschaftspraxen, kleinere Medizinische Versorgungszentren unter der Prämisse, dass die Vorhaltung und die Erfüllung von zu erwartenden Anforderungen an Strukturmerkmale (durch Richtlinien des G-BA) durch Kliniken günstiger möglich sein wird.

#### **4. Art. 1 = § 137 Abs. 2 SGB V**

##### **Kurzbeschreibung**

Sektorbezogene Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung werden nur noch in besonderen Fällen vorgesehen.

##### **Analyse und Bewertung**

- Umkehrung der bisherigen Relationen zwischen Vorgaben der Krankenhausplanung durch die Länder und den Richtlinien des GBA. Nur noch in Ausnahmefällen sind sektorbezogene Richtlinien vorgesehen. Inwiefern sektorübergreifende Richtlinien den unterschiedlichen Strukturen und Bedingungen

des stationären und ambulanten Sektors in Stadtstaaten und Flächen-Bundesländern gerecht werden können, bleibt offen.

- Konsekutive Zunahme des Drucks zur Konvergenz der Vergütungssysteme.

**5. Art. 1 = § 137 Abs. 3 Nr. 1 SGB V (Beschlüsse zur Fortbildung der Krankenhausfachärzte)**

**Kurzbeschreibung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll Beschlüsse über Inhalt und Umfang der Fortbildungspflichten der Fachärzte in Krankenhäusern fassen.

**Analyse und Bewertung**

Die Vereinbarungen über die Fortbildungsverpflichtungen der Krankenhausärzte sollen insbesondere die Vorgaben zum Nachweisverfahren enthalten. Tatsächlich aber ermöglicht die Gesetzesformulierung die Festlegung von Inhalten und Umfang der Fortbildung der Krankenhausärzte durch den G-BA, und zwar losgelöst von den berufsrechtlichen Vorgaben. Hier überschreitet der Gesetzgeber die kompetentiellen Grenzen der Sozialversicherungskompetenz: Inhalte der Fortbildung der Krankenhausärzte, welche keiner unmittelbaren „Zugriffsbefugnis“ des SGB V unterstehen können, sind ausschließlich Gegenstand der Regelungskompetenz des Berufsrechts (also der Landesärztekammern).

§ 137 Abs. 3 Nr. 1 muss sich deshalb auf das Verfahren zum Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung beschränken.

**6. Art. 1 = § 137 Abs. 3 letzter Satz SGB V**

**Kurzbeschreibung**

Qualitätssicherungsvorgaben der Landeskrankenhausplanung sollen (nur noch) ergänzend möglich sein.

**Analyse und Bewertung**

Die bisher ungeklärte Frage des Verhältnisses der Krankenhausplanung zu den (qualitätssicherungsbezogenen) Richtlinien des G-BA wird konkretisiert. Allerdings bleibt offen, wie bei der zu erwartenden Fülle an sektorübergreifenden Qualitätssicherungsvorgaben des G-BA das Rechtsverhältnis der Qualitätssicherungs-Vorgaben der Landeskrankenhausplanung zu denen der Richtlinienvorgaben des G-BA sein soll.

Die Formulierung lässt auf eine sinkende Bedeutung der Landeskrankenhausplanung im Sinne einer eher additiven Funktion schließen. Daraus ist eine Tendenz zur Zentralisierung abzuleiten.

## **7. Art. 1 = § 137 Abs. 3 Nr. 2 – SGB V (Mindestmengen)**

### **Kurzbeschreibung**

Beibehaltung des Mindestmengenansatzes für den stationären Sektor

### **Analyse und Bewertung**

Es ist bekannt, dass die Bundesärztekammer die Mindestmengenkonzeption ablehnt.

Es handelt sich auch hier um die unbelehrbare Fortführung der Mindestmengenphilosophie, ohne dass eine Reflexion der (fachlich bedingt durch Widersprüchlichkeit der Studienlage) relativ spärlichen Ergebnisse der Beratungen seit Gründung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie der aktuellen Veröffentlichung des IQWiG im Bereich der Mindestmengenanalysen im Fachbereich Koronarchirurgie, Bauchaortenaneurysma und PTCA erfolgt wäre.

Die Auswirkungen auf die Planungssicherheit von Kliniken und den verbundenen Investitionen sind erheblich. Es besteht die Gefahr der Zentralisierung vieler Versorgungsangebote auf Ballungsräume (insbesondere bei nicht mehr rein selektiven Eingriffen bedenklich – z.B. Innere Medizin beim älteren Patient). Eine Reduktion des Angebots der wohnortnahen stationären Versorgung und die Rationierung über Wartezeiten (-listen) werden die Konsequenz sein.

Offen bleibt nach wie vor, wie ein Krankenhaus, das einmal aufgrund der Mindestmengen-Regelung ausgeschieden ist, jemals wieder in den Leistungsbereich einsteigen können soll.

**8. Art. 1 = § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V****Kurzbeschreibung**

Im Unterschied zur derzeit noch gültigen Fassung soll in Absatz 3 der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einem „die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat“ erstellt werden.

**Analyse und Bewertung**

Die Erstellung und Übermittlung der Qualitätsberichte nach einem einheitlichen elektronischen Datensatzformat ist bereits Inhalt der aktuellen Vereinbarung zur Qualitätssicherung (vgl. Anlage 1 zum Qualitätsbericht) und grundsätzlich zu begrüßen.

**9. Art. 1 = § 137a SGB V (Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität)****Kurzbeschreibung**

Der G-BA soll nach „öffentlicher Ausschreibung“ eine „fachlich unabhängige Institution“ mit der „Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität“ beauftragen. Hierbei soll auf bereits existierende Organisationen zurückgegriffen werden, die ggf. in ihrer Organisationsform anzupassen sind.

**Analyse und Bewertung**

Der Gesetzgebungsvorschlag wirft kritische Fragen zum Verhältnis zur existierenden BQS der Spitzenorganisationen auf.

- a) Zum Aspekt der Beauftragung: Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass Richtliniengebung (Legislative) und operatives Geschäft (Exekutive) getrennt bleiben sollen. Laut Begründung hat die Beauftragung durch den G-BA den Charakter eines „Generalauftrags“, mit dem der GBA seine Normgebungsfunktion an die „fachlich unabhängige Institution“ delegiert: „(...) hat die Institution möglichst sektorübergreifende Vorgaben (...) zu erarbeiten. Dies stärkt nicht nur die Stringenz der Qualitätssicherung, sondern (...) schränkt die Vielzahl der mit der Qualitätssicherung befassten Gremien ein und baut bürokratische Hemmnisse ab. Nach § 135a sind die jeweiligen Leistungserbringer verpflicht-

tet, die von der Institution festgelegten Werkzeuge und Verfahren anzuwenden.“

- b)** Zum Aspekt der Ausschreibung: Anders als „Forschungs- und Entwicklungsdienstleistungen“ fallen die Qualitätssicherungsdienstleistungen, die derzeit die BQS bzw. in Zukunft das „fachliche unabhängige Institut“ erbringen soll, nicht unter die Vergabefreiheit nach § 100 Abs. 2 Buchst. n) GWB. Die Bundesärztekammer lehnt das Ausschreibungsmodell nicht ab.
- c)** Zum Aspekt der „fachlichen Unabhängigkeit“: Laut Begründung muss die mit der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen beauftragte Institution organisatorisch und wirtschaftlich völlig unabhängig sein und frei von Interessenkollisionen. Der durch die breit gefächerte Zusammensetzung der Gesellschafter (BÄK, SpiK, DKG, PKV, DPR, sowie ggf. zukünftig die Kassenärztliche Bundesvereinigung, in allen Fachgruppen außerdem zusätzlich Patientenvertreter) ermöglichte Interessenausgleich bzw. Neutralisation von Partikularinteressen wird nicht grundsätzlich in Frage gestellt, die BQS als GmbH der Selbstverwaltungsorganisationen könnte als durchaus weiterhin ihre Aufgabe erfüllen, gegebenenfalls nach Präzisierung ihrer Aufgabenstellung und Erweiterung des Kreises der Gesellschafter. Diese Möglichkeit, bewährte Strukturen fortzuführen, ist positiv zu bewerten.
- d)** Zum Aspekt der Änderung der Organisationsform (der BQS): Die nach § 127a Abs. 1 Satz 2 ermöglichte Umwandlung oder Anpassung der Organisationsform der BQS-gGmbH dürfte deshalb nur insofern sinnvoll und realisierbar sein, dass eine Ausweitung des Kreises der Gesellschafter im Sinne der erweiterten Aufgabenstellung erfolgt und alle bisherigen Gesellschafter im Grundsatz ihre Stellung in der Gesellschaft ebenso erhalten können, wie der Charakter der Gesellschaft als privatrechtliche Organisation erhalten bleiben muss.

Die Vorschläge des Arbeitsentwurfs in den §§ 137, 137a und 299 bzw. die diesbezüglichen Begründungen werfen zahlreiche offene Fragen u.a. im Hinblick auf die Kontinuität der externen Qualitätssicherung auf, insbesondere die Konsequenzen für die Landesebene scheinen nur unzureichend bedacht (Auflösung der Selbstverwaltungsstruktur auch auf Landesebene? Qualitätssicherungs-Vereinbarung als Vertragsgrundlage zwischen Bundes- und Landesebene ausreichend? etc.). Eine Loslösung der BQS von den tragenden Selbstverwaltungsorganisationen und Unterbrechung

des zwischenzeitlich etablierten Zusammenspiels zwischen BQS und Landesgeschäftsstellen dürfte nach Einschätzung aller BQS-Gesellschafter zu einem massiven Einbruch bei der Akzeptanz des BQS-Verfahrens mit Negativauswirkungen im Hinblick auf die Erfüllung der Verträge sowie die Validität der BQS-Ergebnisse zur Folge haben.

Der Erhalt der BQS als Institution in Trägerschaft der Selbstverwaltungsorganisationen ist im Hinblick auf die Akzeptanz und Kontinuität der Qualitätssicherung im GKV-System notwendig. Die Richtlinienkompetenzen des G-BA sollen im Vergleich zum GMG noch ausgebaut werden, dem „fachlich unabhängigen Institut“ im Sinne von § 137a werden eigene, normgebend wirkende Zuständigkeiten zugeordnet. Im Falle einer Umwandlung oder Neugründung der BQS ohne Beteiligung der Selbstverwaltungsorganisationen wäre die Bundesärztekammer als berufsrechtlich unverzichtbare Institution auf der Steuerungsebene nicht mehr präsent, die Geschäftsstellen und Fachgruppen der Landesebene wären endgültig auf die Rolle von Ausführungsorganen reduziert. Die Rahmenbedingungen des sog. Qualitätswettbewerbs im Gesundheitswesen würden zukünftig nahezu „selbstverwaltungsfrei“ definiert werden, mit absehbaren Negativfolgen für die Sachnähe und Akzeptanz der Versorgungsentscheidungen, für den Erhalt des derzeitigen Qualitätsniveaus, für die professionelle Selbstbestimmung und für die Interessen der Patienten.

Es werden deshalb die folgenden Änderungen am Gesetzestext vorgeschlagen:

#### Vorschläge der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer schlägt im Hinblick auf die vorstehenden Ausführungen zu c) und d) folgende Änderungen des § 137a vor (Änderungen sind unterstrichen):

#### "§ 137 a

##### Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt nach öffentlicher Ausschreibung eine fachlich unabhängige Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach §§ 115b Abs. 1, 116b Abs. 4 Satz 4 und 5, 137 Abs. 1 und 137 f Abs. 2 Nr. 2 zu entwickeln, die möglichst sektorenübergreifend anzulegen sind. Dieser Institution soll auch die Aufgabe übertragen werden, sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Bereits existierende Einrichtungen sollen genutzt werden. [gestrichen: „und, soweit erforderlich, in ihrer Organisationsform den in Satz 1 und 2 genannten Aufgaben angepasst“]

- (2) Die Institution ist insbesondere zu beauftragen
1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,
  2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
  3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen, soweit die Umsetzung der verpflichtenden Maßnahmen nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 nicht durch die Mitwirkung weiterer geeigneter fachlich unabhängiger Einrichtungen sichergestellt ist und
  4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Institution in geeigneter Weise und in einer für die Bürgerinnen und Bürger verständlichen Form zu veröffentlichen.

In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 mitwirken, haben diese der Institution nach Absatz 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. Die Institution hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Anforderung Datenauswertungen zur Verfügung zu stellen, sofern er diese zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben benötigt.“

**10. Art. 1 = § 299 Abs. 1 SGB V (Datenerhebung zum Zwecke der Qualitätssicherung)**

**Kurzbeschreibung**

Durch Richtlinien des G-BA soll sichergestellt werden, dass zum Zwecke der Qualitätssicherung Sozialdaten in der Regel nur im Sinne von Stichproben erhoben und pseudonymisiert werden, die Auswertung der Daten durch eine „unabhängige Stelle“ erfolgt und die betroffenen Patienten in geeigneter Weise informiert werden. Sofern medizinisch fachliche oder methodische Gründe es erfordern, sind Vollerhebungen weiterhin zulässig.

**Analyse und Bewertung**

Die Pseudonymisierung patientenbezogener Daten erlaubt eine sektorübergreifende Longitudinalbeobachtung und ist grundsätzlich begrüßenswert.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bleibt eine zweckgebundene Datenerhebung unumgänglich – der Realisierung der allgemeinen Forderung nach einer stärkeren Nutzung von sog. Routinedaten (Abrechnungsdaten) sind damit enge Grenzen gesetzt.

In welchem Umfang auf Vollerhebungen verzichtet werden kann (derzeit sind alle BQS-Erfassungen Vollerhebungen im Rahmen des jeweiligen QS-Leistungsbereichs), wird von den zukünftigen QS-Leistungsbereichen abhängen. Die Verankerung einer Pflicht zur Datensparsamkeit ist grundsätzlich begrüßenswert.

Fraglich ist, ob die „unabhängige Stelle“ identisch im Sinne des §299 ist/sein kann mit der „fachlich unabhängigen Institution“ gemäß § 137a.

## X.

### DMP und Risikostrukturausgleich

#### 1. **Art. 30 = §§28d, 28f, 28g RSAV** (Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung)

##### **Analyse und Bewertung**

Im Referentenentwurf werden im Bezug zum Risikostrukturausgleich und der dazugehörigen Verordnung unter Artikel 30 durchgehend Änderungen vorgenommen, die die Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme gemäß § 137f (ff) SGB V, „erleichtern“ sollen. Hierzu gehört, dass die Voraussetzung für eine gültige Einschreibung für die quartalsbezogene Dokumentation, als aber auch für die Notwendigkeit der Unterschrift des Arztes vereinfacht und entflochten werden. Weitere Vereinfachungen sind für den Wechsel eines Versicherten von einer Krankenkasse zur anderen vorgesehen.

So sehr dies zunächst aus den teilweise unerfreulichen Erfahrungen der ambulant und stationär tätigen Ärzteschaft während der Umsetzung der DMP innerhalb der letzten vier Jahre zu begrüßen ist, bleibt zu berücksichtigen, dass die seit der geplanten Einführung der Disease-Management-Programme seitens der Ärzteschaft kritisch hinterfragte Finanzkopplung grundsätzlich bleibt.

Die seit 2002 wiederholt behauptete Steigerung der Qualität in der Behandlung chronisch kranker Patienten konnte bisher nicht eindeutig belegt werden. In Verknüpfung mit weiteren vorgesehenen Änderungen innerhalb des Gesetzentwurfs steht zu be-

fürchten, dass im Gegenteil durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Zukunft vermehrt Disease-Management-Programme für weitere chronische Erkrankungen angeboten werden, die dann sogar noch der Philosophie eines „therapiegerechten Verhaltens“ der Patienten unterlegt werden. Die damit verbundene Umsetzungsproblematik, ebenso die damit verbundenen Eingriffe in die Therapiefreiheit der behandelnden Ärztinnen/Ärzte bleibt kritisch.

## XI.

### Neuorganisation der Krankenkassen

#### 1. **Art. 1 = § 171 a SGB V** (kassenartenübergreifende Fusionen)

##### Analyse und Bewertung

- Ähnlich wie im Bereich der stationären Versorgung (Intervention des Bundeskartellamtes zu Privatisierung/Fusion) stellt sich auch bei dem intendierten Ansatz der Ermöglichung und Förderung der Kassenarten-übergreifenden Fusionen die generelle Frage, inwiefern die wettbewerbsrechtlichen Kontrollmöglichkeiten für diesen Ansatz gegeben sind.
- Das insbesondere auf andere Wirtschaftsbereiche ausgerichtete Instrumentarium des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB) dürfte für die anstehende Wettbewerbskontrolle von entstehenden Großkassen nur sehr bedingt geeignet sein.
- Für die mit (großen) Krankenkassen im Vertragsverhältnis stehenden stationären Einrichtungen erwächst aus der noch nicht abschätzbaren Wettbewerbskontrolle durch das Bundeskartellamt und der ungeklärten Situation für die kasseninternen Fusionen eine erhebliche Planungsunsicherheit.

#### 2. **Art. 1 = § 171b SGB V** (Insolvenzverfahren einer Krankenkasse)

##### Kurzbeschreibung

Insolvenzfähigkeit einer Krankenkasse.

## **Analyse und Bewertung**

Für den ambulanten und den stationären Sektor und die dort tätigen Ärzte hat diese Neuregelung erhebliche nachteilige Konsequenzen.

Insbesondere bei zunehmend fusionierten und damit mitgliederstarken Krankenkassen droht im Falle der Insolvenz einer Krankenkasse den Kassenärztlichen Vereinigungen und den vertraglich abhängigen Krankenhäusern ein nicht zeitnah kompensationsfähiger Liquiditätsausfall. Damit sind Gefährdungen der Existenzgrundlage verbunden.

Dies muss durch zwingenden Haftungseintritt der Landesverbände oder der Bildung eines Haftungsfonds vermieden werden.

## **XII. Telematik**

1. **Art. 1 Nrn. 195, 196 = §§ 291a, 291b SGB V** (Telematik / Elektronische Gesundheitskarte)

### **Kurzbeschreibung**

- a) Neu eingefügter § 291a Abs. 1a SGB V

Die Ausgabe und Nutzung von elektronischen Gesundheitskarten auch durch die PKV wird vereinfacht und eine Weiternutzung unter Mitnahme der medizinischen Daten auch bei Wechsel von PKV zu GKV und umgekehrt ermöglicht. Unternehmen der PKV wird zu diesem Zweck die Bildung der einheitlichen Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V unter Nutzung der Rentenversicherungsnummer ermöglicht.

- b) Änderung bzw. Ergänzung des §291a Abs.7 Sätze 4 bis 6 SGB V; Streichung des § 291a Abs. 7c SGB V

Die Finanzierung der gematik mbH soll zukünftig nicht mehr im Rahmen einer Finanzierungsvereinbarung durch die Gesellschafter der gematik selbst, son-

dem durch das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden.

**c) Ergänzung des § 291b Abs. 1a und 1b SGB V**

Es werden Regelungen für die Zulassung von Komponenten und insbesondere für den Betrieb von Diensten der Telematikinfrastruktur neu geschaffen. Ausweislich der Begründung dürfen sowohl die gematik als auch ihre Gesellschafter den operativen Betrieb von Komponenten, Diensten und Schnittstellen der Telematikinfrastruktur nicht durchführen, diese Leistungen sind vielmehr von Anbietern zu erbringen. Bis zu einer Übergangsfrist (01.01.2009), dürfen die gematik und die Gesellschafter selbst Betriebsleistungen erbringen, sie müssen jedoch zur Durchführung des operativen Betriebes nach vorheriger Ausschreibung Aufträge an Anbieter vergeben. Nach dem 1. Januar 2009 sind Anbieter für die Erbringung der beschriebenen Leistungen zuzulassen. Die Anzahl der zugelassenen Anbieter kann beschränkt werden.

**Analyse und Bewertung**

**a) Neu eingefügter § 291a Abs. 1a SGB V**

Die Regelung stellt klar, dass Regelungen zum Datenschutz und zum Zugriff auf die Daten der elektronischen Gesundheitskarte auch für die von Unternehmen der privaten Krankenversicherung herausgegebenen elektronischen Gesundheitskarten Anwendung finden und wird insofern positiv bewertet.

**b) Änderung bzw. Ergänzung des §291a Abs.7 Sätze 4 bis 6 SGB V, Streichung des § 291a Abs. 7c SGB V**

Da den Gesellschaftern die Zuständigkeit für die Festlegung der Finanzierung der gematik entzogen und auf das Bundesministerium für Gesundheit übertragen wird, wird den Organisationen der Selbstverwaltung ein wichtiges Steuerungsinstrument für die von ihnen gebildete Gesellschaft entzogen.

**c) Ergänzung des § 291b Abs. 1a und 1b SGB V**

Aus den Regelungen ergibt sich, dass dem Gesetzgeber langfristig eine ausschließlich von privaten Anbietern im Wettbewerb betriebene Telematik-

infrastruktur vorschwebt, in der den Organisationen der Selbstverwaltung lediglich über die von ihnen gebildete Gesellschaft für Telematik eine Überwachungs- und Prüffunktion zugestanden wird.

Aus Sicht der Bundesärztekammer muss bei einer solchen, ausschließlich von privaten Unternehmen betriebenen, Telematikinfrastuktur in besonderem Maße auf die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen und der Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht geachtet werden.

Weiterhin ergeben sich Schwierigkeiten aus Sicht berufsrechtlicher Vorschriften dann, wenn mehrere Anbieter für die Erbringung von Leistungen – z.B. den Betrieb einer elektronischen Patientenakte – zugelassen werden, deren unmittelbarer Vertragspartner der Versicherte ist. In diesem Fall kann ein Arzt in die Situation geraten, gegenüber Patienten Empfehlungen für bestimmte Produkte bzw. Dienstleitungen abgeben zu müssen, die geeignet sind, ihn in den Konflikt mit Vorschriften des Berufsrechtes zu bringen.

Die Vorschriften des § 291b Abs. 1a und 1b SGB V (neu) sollten so gestaltet sein, dass den datenschutzrechtlichen Anforderungen genügt wird und klar gestellt ist, auf Grundlage welcher Kriterien eine Beschränkung von Zulassungen seitens der Telematik erfolgen kann.

Ergänzender Vorschlag der Bundesärztekammer

Es wird vorgeschlagen den § 291b Abs. 1a Sätze 2 und 3 SGB V (neu) zu ergänzen und wie folgt zu fassen:

„Die Zulassung wird erteilt, wenn die Komponenten und Dienste funktionsfähig, interoperabel und sicher sind und den datenschutzrechtlichen Anforderungen genügen. Die Gesellschaft für Telematik prüft die Funktionsfähigkeit, Interoperabilität und die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen auf der Grundlage der von ihr veröffentlichten Prüfkriterien.“

Begründung:

Durch die Ergänzungen wird klar gestellt, dass neben der Sicherstellung der technischen Funktionsfähigkeit, Interoperabilität und Sicherheit auch die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Bestimmungen ausdrückliches Kriterium für die Zulassung von privaten Anbietern für Betriebsleistungen der Telematik ist.

2. **Art. 1 = § 291a Abs. 7a SGB V** (Finanzierungsmodalität der für Kliniken entstehenden Kosten im Zusammenhang mit der Einführung der Telematik)

### **Kurzbeschreibung**

Die bei den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten werden durch einen Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag).

### **Analyse und Bewertung**

Der Vorschlag ist positiv zu bewerten, da ansonsten eine weitere Reduktion von Personal zur Kompensation der Ausgaben zu erwarten wäre.

## **XIII.**

### **PKV/Privatärztliche Vergütung**

#### **Kurzbeschreibung**

1. Einführung des Basistarifs (weitere Stichworte: Standardtarif, Jahresentgeltgrenze; vgl. **Art. 1 Nr. 3e = § 6 SGB V; Nr. 174 = § 257 SGB V sowie Art. 44 (insbesondere §§ 12ff. VAG) und Art. 43 (§§ 178b ff. VVG)**)

Alle Unternehmen der PKV werden verpflichtet, künftig einen Basistarif anzubieten, der inhaltlich durch eine Verweisung auf die Pflichtleistungen der GKV definiert werden soll.

Der Leistungsumfang des Basistarifs soll bei allen Unternehmen der PKV gleich sein. Der Basistarif tritt neben die bestehenden Tarife. Er kann mit Zusatzversicherungen desselben oder eines anderen PKV-Unternehmens kombiniert werden. Für den Basistarif gilt ein Kontrahierungszwang, d.h., das jeweilige PKV-Unternehmen muss dem Versicherungsnehmer den Basistarif ohne individuelle Risikoprüfung und ohne Leistungsausschlüsse anbieten. Über § 12g Versicherungsaufsichtsgesetz ist ein Risikoausgleich im PKV-Bereich vorgesehen.

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung Rahmenvorgaben zum Umfang des Versicherungsschutzes im Basistarif gegenüber den PKV-Unternehmen festzulegen (§ 12 VAG, neuer Absatz 1d Absatz 1).

Jeder PKV-Versicherte, freiwillig PKV-Versicherte und alle nicht Versicherten, die vormals in der PKV versichert waren oder der PKV zuzuordnen sind, können in den Basistarif wechseln (§ 12 Versicherungsaufsichtsgesetz). Der Beitrag für den Basistarif wird der Höhe nach begrenzt (§ 12 Abs. 1c Versicherungsaufsichtsgesetz); den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von €300,00, €600,00 oder €900,00 oder €1.200,00 jährlich zu vereinbaren. Ehegatten oder Lebenspartner sowie berücksichtigungsfähige Angehörige können bei entsprechender Beitragserhöhung mitversichert werden.

Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige sollen spezielle Varianten des Basistarifs geschaffen werden (§ 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz i.V.m. § 178e VVG). Verminderungen des Beitrags für den Basistarif sind für Personen vorgesehen, die deshalb hilfebedürftig werden; darüber hinaus wird der zuständige Träger gem. SGB II und SGB XII im notwendigen Umfang am Beitrag beteiligt, max. aber mit dem für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlenden Betrag (§ 12 Abs. 1c Versicherungsaufsichtsgesetz).

Die Alterungsrückstellung des Basistarifs wird bei einem Wechsel zwischen PKV-Unternehmen übertragen (Portabilität); es erfolgt keine Auszahlung. Für Versicherungsnehmer, die aus einem anderem Tarif in einen Vollversicherungstarif bei einer anderen PKV wechseln, wird die vorhandene Alterungsrückstellung höchstens in der Höhe übertragen, die dem Leistungsniveau des Basistarifs entspricht (§ 178f Abs. 1 Ziff. 1 VVG).

Bei Verträgen nach dem Standardtarif wird zukünftig der Basistarif zugrundegelegt; die Beitragsobergrenze bleibt bestehen. Im Übrigen gilt § 257 Abs. 2a und Abs. 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung für Verträge zum Standardtarif fort, die vor diesem Zeitraum geschlossen wurden. Versicherungsverträge, die den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 SGB V in der vor dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zum Gegenstand haben, können auf Antrag der Versicherten auf den Basistarif umgestellt werden (vgl. § 2 Übergangsbestimmung).

Der Wechsel für freiwillig in der GKV versicherte Arbeitnehmer in die PKV wurde erschwert. Voraussetzung für den Wechsel ist nach dem Gesetzesentwurf, dass das Arbeitsentgelt eines Versicherungsnehmers in drei aufeinander folgenden Jahren die

Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat; zudem soll die Regelung rückwirkend zum 4. Juli 2006 in Kraft treten.

Im Übrigen sollen die Bestimmungen zur PKV zum 1. Januar 2008 in Kraft treten.

**2. Art. 1 Nr. 48 = § 75 Abs. 3a SGB V – neu** (Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für Versicherte im brancheneinheitlichen Basis- und Standardtarif)

- Versicherte bei Unternehmen der privaten Krankenversicherung im brancheneinheitlichen Standardtarif (§ 12 Versicherungsaufsichtsgesetz [vgl. Art. 36 GKV-WSG-E]) sowie nach Art. 38 §2 GKV-WSG [Übergangsregelung] können die dem Basistarif entsprechenden ärztlichen Leistungen der ambulanten Versorgung im Rahmen eines Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung durch Vertragsärzte erhalten.
- Voraussetzung ist ein Vertrag über die Vergütung der ärztlichen Leistungen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen und „im Einvernehmen mit den Trägern in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften“.
- Maßstab ist die Ersatzkassenvergütung; eine höhere Vergütung ist möglich. Kommt ein Vertrag nicht zustande, gilt die Ersatzkassenvergütung.
- Entstehen Verwaltungskosten, sind Regelungen zur Erstattung dieser Kosten „in angemessenem Umfang“ zu treffen.
- Unternehmen, die nicht dem PKV-Verband angehören, können den Vereinbarungen beitreten.

### **Analyse und Bewertung**

**1. Einführung des Basistarifs**

- Die Regelungen treffen keine detaillierten Aussagen zum Leistungsumfang des Basistarifs. Es wird lediglich auf die Pflichtleistungen der GKV verwiesen,

die es in dieser Form nicht gibt. Damit ist der Leistungsumfang des Basistarifs unbestimmt.

- Die Vergütung für die ärztlichen Leistungen nach dem Basistarif soll gemäß § 75 Abs. 3a SGB V – neu – geregelt werden. Offensichtlich sollen allen Steuerungsmechanismen, die im GKV-Bereich Anwendung finden, auch auf Einnahmen aus dem Basistarif ausgedehnt werden. Dies betrifft sowohl die Anrechnung der Einnahmen auf die Gesamtvergütung als auch die Anwendung getrennter Steuerungsmechanismen im GKV-System.
- Da jeder PKV-Versicherte den Basistarif wählen kann (vgl. § 12 Versicherungsaufsichtsgesetz), wird langfristig indirekt Druck auf Beihilfeberechtigte ausgeübt werden, den Basistarif zu wählen, weil zukünftig die Erstattungsfähigkeit auf Leistungen nach dem Basistarif beschränkt werden könnte.
- Die Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit der PKV wird unterminiert, indem in die PKV eine Pflichtmitgliedschaft ohne Risikoprüfung, einschließlich Portabilität der Alterungsrückstellungen, eingeführt wird. Zudem hat die PKV keinen Einfluss auf die Gestaltung der Beitragshöhe, die letztendlich an den GKV-Beitrag gekoppelt wird.

**2. § 75 Abs. 3a SGB V – neu** (Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für Versicherte im brancheneinheitlichen Basis- und Standardtarif)

Mit dieser Regelung soll eine Behandlungspflicht für Vertragsärzte für Versicherte des brancheneinheitlichen Standardtarifs sowie für Beamte eingeführt werden. Die Sicherstellungspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen soll anscheinend die verfassungsrechtlich unzulässige – in den Eckpunkten angedeutete – Behandlungspflicht der Ärzte zu bestimmten Sätzen der GOÄ über eine Umwegsgestaltung in das System der vertragsärztlichen Versorgung vermitteln.

Die Regelung ist in mehrfacher Hinsicht rechtstechnisch misslungen – ganz abgesehen von ihrer Verfassungswidrigkeit:

- Schließt der PKV-Verband verbindlich einheitlich einen Vertrag für alle Beteiligten?

- Kann ein Unternehmen, das dem PKV-Verband angehört, einen besonderen Vertrag schließen?
- Was geschieht, wenn kein Vertrag zustande kommt, mit den Beihilfeberechtigten?
- Wer bestimmt die „Ersatzkassen-Vergütung“, die es nach dem neuen Vergütungssystem in dieser Form nicht gibt?
- Wie sind Verwaltungskosten festzulegen, wenn kein Vertrag zustande kommt?

Die Vorschrift ist abzulehnen und verfassungsrechtlich nicht haltbar. Zwar sucht sie vermutlich Anschluss an die bereits in § 75 SGB V enthaltenen Sicherstellungsaufträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen für Heilfürsorgeberechtigte und Insassen von Justizvollzugsanstalten. Indessen handelt es sich bei den Basistarifversicherten und bei Beamten um einen Personenkreis, dessen Versorgung nicht „in besonderem Maße im öffentlichen Interesse“ liegt – wie es das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 8. Dezember 1982 zur Regelung über die Heilfürsorge angesprochen hat (BVR ErfG vom 08.12.1982 – 2 BVL 12/79). Auch stellt die Vergütungsprivilegierung eine gemeinschaftsrechtlich unzulässige Beihilfe für private Unternehmen dar. Die Einbeziehung der beihilfeberechtigten Beamten verstößt gegen das Willkürverbot, weil der Staat auf diese Weise versucht, seine Finanzmittel zu Lasten der Ärzte gering zu halten.

### **Auswirkungen des Basistarifs und der Sicherstellung über § 75 Abs. 3 SGB V - neu**

1. Unter dem Schlagwort „Wettbewerb“ wird die Gleichschaltung der GKV und der PKV eingeleitet.
2. Mit der Einführung des Basistarifs werden privatärztliche Leistungen dem GKV-Niveau angeglichen, was insbesondere eine Nivellierung der Patientenversorgung sowie der ärztlichen Vergütung zur Folge haben wird. Für die Ärzteschaft wird die Einführung des Basistarifs mit einem erheblichen Honorarverlust verbunden sein und zwar sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor.
3. Die existenzielle Gefährdung der PKV geht einher mit der Reduzierung der ärztlichen Vergütung, der Eingrenzung des Anwendungsbereichs und letztlich der Gefährdung der GOÄ.
4. Der PKV wird teilweise die Beitragssatzhoheit entzogen und damit der Einfluss auf wirtschaftliche Entscheidungen.

5. Die Gestaltungshoheit über PKV-Tarife wird bezüglich der Basistarife aufgehoben und im Wesentlichen staatlich vorgegeben.
6. Im PKV-Bereich erwirtschaftete Mittel werden genutzt, um im GKV-Bereich finanzielle Engpässe zeitweise zu überwinden. Eine Nachhaltigkeit ist nicht gegeben.
7. Der Weg in die Einheitsversicherung (Bürgerversicherung) ist gebahnt; damit ist letztendlich die Aufhebung der Trennung zwischen PKV und GKV angelegt.

...

**Zu Punkt I der Tagesordnung:**

**Mehr Freiheit wagen und Verantwortung tragen  
– diese Reform jedoch macht krank!**

- 1. Resolution des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages 2006 und der Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Mehr Freiheit wagen und Verantwortung tragen - diese Reform jedoch macht krank – sie kennt nur Verlierer!**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-01) fassen der Außerordentliche Deutsche Ärztetag und die Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einstimmig folgende Entschließung:

Der Abbau des deutschen Gesundheitswesens hat begonnen. Die große Koalition ist im Begriff, die leistungsfähigen Strukturen ärztlicher Versorgung zu zerschlagen, das Vertrauen der Patienten in die Medizin nachhaltig zu zerstören und die Beschäftigten im Gesundheitswesen auf Dauer zu demotivieren. Selbstverwaltung wird durch Staatsbürokratie ersetzt, Therapiefreiheit durch Zuteilungsmedizin. Statt „mehr Freiheit wagen“ heißt es nun „der Staat hat das Sagen“. Dieses Ausmaß destruktiver Gesundheitspolitik ist beispiellos. Ebenso einmalig ist die geschlossene Ablehnung der im Gesundheitswesen Tätigen wie auch der Versicherten und Patienten. Über 80 Prozent der Bevölkerung lehnen diese Reform ab, weil sie wissen, dass hier etwas Funktionierendes zerstört wird, aber nichts Besseres nachfolgt. Auch viele Abgeordnete des Deutschen Bundestages wissen um die katastrophalen Folgen für die Patientenversorgung, sollen sich aber der Fraktionsdisziplin unterordnen.

Die Große Koalition spricht von ihrem größten Reformvorhaben und schließt gleichzeitig ganz bewusst den Sachverstand der Gesundheitsberufe aus. Gesundheitspolitik ist keine Sachfrage mehr, Gesundheitspolitik ist eine Machtfrage. Der Erhalt der Koalition ist führenden Politikern offensichtlich wichtiger als ihre Verantwortung für eine gute medizinische Versorgung der Bevölkerung. Deshalb appelliert die verfasste deutsche Ärzteschaft an die Bundeskanzlerin der Bundesrepublik Deutschland, Frau Dr. Angela Merkel: Stoppen Sie diese Reform aus Verantwortung für unser Gesundheitswesen!

Noch in der Einleitung zu dem Entwurf des sogenannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes heißt es, Deutschland habe ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, es biete eine Patientenversorgung auf hohem Niveau und seine Innovationskraft sei von erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland.

Ein Gesundheitswesen aber ist weder modern noch leistungsfähig, wenn es zu einer Staatsmonopolisierung auf Kostenträgerseite kommt und zugleich zu einer Atomisierung der Leistungserbringerseite. Der Staat soll nach Haushaltslage den Beitragssatz festlegen können und ein sogenannter Spitzenverband Bund gibt dann die Verantwortung für die Mangelversorgung in einem ruinösen Preiswettbewerb an die Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ab. Eine Patientenversorgung auf hohem Niveau kann nicht mehr gewährleistet werden, wenn medizinischer Fortschritt eingefroren, Qualitätssicherung durch Kontrolle ersetzt wird und Ärzte in Behandlungsschemata hineingepresst werden. Und es kann sich keine Innovationskraft im Gesundheitswesen entwickeln, wenn der Wettbewerb der Krankenversicherungssysteme aufgehoben wird, um eine Einheitsversicherung mit Einheitsmedizin durchzusetzen.

## **Keine Medizin mit Wartelisten und Leistungsausschlüssen**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird der Weg vorgezeichnet in einen Nationalen Gesundheitsdienst nach britischem Vorbild mit Wartelistenmedizin und Leistungsausschlüssen. In Deutschland soll diese Aufgabe der Gemeinsame Bundesausschuss als unterstaatliche Rationierungs- und Zuteilungsbehörde übernehmen. Er wird maßgeblich über die Verteilung sich verringernder Ressourcen entscheiden und über Maßnahmen zur Qualitätskontrolle die Leistungsmenge steuern. Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung und Fortbildung (der Krankenhausärzte), originäre Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung, sollen nunmehr nach Wirtschaftlichkeitserwägungen und administrativen Vorgaben reguliert werden. Das aber steht im völligen Gegensatz zu den Heilberufsgesetzen der Länder und ist daher verfassungsrechtlich höchst bedenklich.

Eine flächendeckende Versorgung der Patienten – bisher Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens – wird nach diesem Gesetz nicht mehr möglich sein. Das bisherige System ambulanter Versorgung wird zerschlagen und die bestehende chronische Unterfinanzierung von mehr als 30 Prozent weiter verschärft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden vom Vertragswettbewerb ausgeschlossen. Sie werden reduziert auf die Abwicklung der kollektivvertraglichen Regelversorgung und Mangelverwaltung, die immer mehr staatlichen Vorgaben unterliegt. Steuerungsfunktionen gehen zunehmend auf die Krankenkassen über. Wie vor 50 Jahren werden Patienten sich dann vor einer Behandlung erkundigen müssen, ob der Arzt oder Psychotherapeut ihres Vertrauens einen Vertrag mit der Krankenkasse hat. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen entmachtet werden, weil sie angeblich ausschließlich als Interessenvertretung der niedergelassenen Vertragsärzte agieren. In Wirklichkeit jedoch wird durch die Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen vor allem die flächendeckende Versorgung der Patienten zerstört.

## **Keine Budgets für Vertragsärzte**

Statt wie versprochen die Budgets abzuschaffen, werden diese nur ersetzt durch eine restriktive und letztlich budgetierende Vergütungsordnung für Vertragsärzte. Die „festen“ Preise werden nach wie vor Mengen- und Kostendämpfungsmaßnahmen unterworfen, die zwangsläufig zu einem weiteren Preisverfall führen. Die begrüßenswerte Flexibilisierung des Vertragsarztrechts durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird dadurch konterkariert. Denn nur auf der Basis einer Gebührenordnung ohne Budgets hätten die neuen Freiheiten im Patienteninteresse sinnvoll genutzt werden können.

Schon heute sind durch die langjährige Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung viele Arztpraxen in ihrer Existenz bedroht. Es bedarf deshalb eines substantiellen Sofortprogramms, insbesondere in den neuen Bundesländern, um diesen Arztpraxen das wirtschaftliche Überleben zu sichern und damit die Patientenversorgung zu gewährleisten.

## **Kein Sonderopfer von Krankenhäusern!**

Die Krankenhäuser sollen ein Sonderopfer in Höhe von einem Prozent des Budgets – also etwa 500 Mio. Euro pro Jahr – erbringen, weil sie angeblich der größte Kostenfaktor sind. Dabei sind die Krankenhäuser durch gesetzlich bedingte Kostensteigerungen wie der Mehrwertsteueranhebung ab 2007, notwendige Tarifanpassungen sowie die gestiegenen Energiekosten ohnehin finanziell überfordert. Der Entzug von einer halben Milliarde Euro wird angesichts der überwiegend kritischen Finanzlage vieler Kliniken und des Investitionsstaus von 30 Milliarden Euro die Situation weiter

verschärfen und den Abbau von Personal und Versorgungskapazitäten beschleunigen. Mit der Zwangsabgabe will die Politik eine „Marktbereinigung“ erreichen, Krankenhäuser sollen schließen oder fusionieren. Ein Kliniksterben in diesem Ausmaß aber kann sich unsere Gesellschaft allein schon wegen der demografischen Entwicklung nicht leisten.

Gegen die Zerstörung eines freiheitlichen Krankenversicherungssystems

Die bestehenden Versicherungssysteme sollen auf niedrigem Niveau angeglichen werden. Dazu wird den privaten Krankenversicherungsunternehmen ein GKV-kompatibler Basistarif mit Kontrahierungszwang und Verbot der Risikoprüfung auferlegt. Das Zukunftsmodell einer auf Kapitaldeckung basierenden Krankenversicherung wird demontiert, um den Weg frei zu machen für eine staatlich kontrollierte Einheitszwangsversicherung mit Zuteilungsmedizin. Schrittweise sollen die PKV-Vollversicherungstarife zunächst in Basistarife und dann in Zusatztarife umgewandelt und so die PKV als Vollversicherung abgeschafft werden, um den Weg in eine Bürgerversicherung zu bereiten.

Das Nebeneinander von GKV und PKV hat maßgeblich die Versorgung befördert, Innovation gesichert und medizinischen Fortschritt vorangetrieben. Kein Problem im Gesundheitswesen würde gelöst, wenn die einzig finanziell gesicherte Krankenversicherung zerstört würde. Eine solche Gesundheitsreform löst keine Probleme, sie ist das Problem.

### **Mut zum Neuanfang**

Statt ein bewährtes System in politisch-dogmatischer Manier zu zerstören, sollte die Koalition den Mut aufbringen, den Resetknopf zu drücken und unser bewährtes System der gegliederten Krankenversicherung konstruktiv und an Sachargumenten orientiert weiterzuentwickeln. Eine verantwortungsbewusste Gesundheitspolitik muss Lösungen für die drängenden Finanzierungsprobleme finden. Nur so können Innovationen und medizinischer Fortschritt auf Dauer gewährleistet werden.

### **Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV**

Ausschließlich lohnbezogene Einnahmen werden nicht mehr ausreichen, um zu einer soliden Finanzierung der GKV beizutragen. Die Einnahmehasis muss entsprechend der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten auf sämtliche Einkommensarten ausgedehnt werden. Dadurch ließe sich der durchschnittliche Beitragssatz spürbar senken. Zur Verbreiterung der Einnahmehasis müssen dann sämtliche Einkünfte gemäß dem Einkommenssteuerrecht herangezogen werden.

### **Missbrauch der GKV beenden**

Seit Jahrzehnten destabilisiert die Politik selbst durch Ausweitung versicherungsfremder Leistungen sowie durch Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige („Verschiebahnhöfe“) die GKV in jährlich zweistelliger Milliardenhöhe. Allein die sogenannten Hartz-Gesetze belasten die GKV seit diesem Jahr mit 3,6 Milliarden Euro. Durch die Rücknahme des Bundeszuschusses zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen entzieht der Bundesfinanzminister dem GKV-System weitere 4,2 Milliarden Euro. Darüber hinaus werden der GKV durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer auch auf Arzneimittel über 2 Milliarden Euro entzogen. Die GKV muss endlich auf ihre originären Aufgaben zurückgeführt werden.

### **Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen**

Die Eigenverantwortung der Versicherten und die Inanspruchnahme solidarisch finanzierter Leistungen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zu einander stehen. Große Risiken müssen selbstverständlich umfassend abgesichert sein. Aber Versicherte müssen ihrer Verantwortung für die Solidargemeinschaft entsprechen, in dem sie z.B. durch Prävention und Gesundheitsvorsorge aktiv zur Risikominderung beitragen. Auch Eigenbeteiligung und eine der Patientensouveränität angemessene Weiterentwicklung der Gestaltungsfreiheit bei Leistungen und Tarifen, so beispielsweise eine Beitragsminderung des Versichertenbeitrages durch individuellen Leistungsausschluss für selbstverantwortlich finanzierbare Leistungen oder Beitragsminderung bei nicht chronisch Kranken für selbst gewählte Leistungsbegrenzung durch Festzuschüsse, stärken die Eigenverantwortung.

### **Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile**

Die generell beitragsfreie Ehegattenversicherung ist angesichts der demografischen Entwicklung nicht mehr zeitgemäß. Allerdings sollte diese Form der Versicherung angesichts der für die Gesellschaft bedeutsamen Erziehungsarbeit für diejenigen Elternteile aufrechterhalten bleiben, die sich ausschließlich der Kindererziehung widmen.

### **Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern**

Eine vollständige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Kinder aus Steuermitteln könnte zu einer Entlastung allein in der GKV von weit über 10 Milliarden Euro führen. Die Krankenversicherung der Kinder ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es ist allerdings sicherzustellen, dass die Steuerfinanzierung nicht haushaltspolitischer Kurzsichtigkeit oder Beliebigkeit anheim fällt, sondern in ihrem Umfang verlässlich bleibt. Damit wäre den Versicherten und Patienten wie auch der nachwachsenden Generation gleichermaßen gedient.

### **Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli und demografiebezogener Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung der Rentner**

Der Anteil der beitragszahlenden Rentner unter den gesetzlich Krankenversicherten hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Im Jahr 2005 waren knapp 17 Millionen Rentner Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung, fast zehn Prozent mehr als 1998. Dieser zahlenmäßige Anstieg der Rentner hat zu erheblichen Mindereinnahmen der GKV geführt, weil Rentner im Durchschnitt weniger als Arbeitnehmer in die GKV einzahlen. Die Schere zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) geht immer weiter auseinander. Betrug die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben im Jahr 1993 noch 24,9 Mrd. Euro, so klafft inzwischen eine Lücke von 35 Mrd. Euro (2005). Die stetig steigende Quersubventionierung der KVdR durch die GKV muss durch einen demografiebezogenen Ausgleichsfaktor sowie durch den Aufbau eines Systems zur Alterungsrückstellung durch einen „Gesundheitssoli“ sukzessive reduziert werden.

### **Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV**

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auch und vor allem ein Wettbewerb der Versicherungs- und Finanzierungsmodelle sein. Ein System der Krankenversicherung, das auf den Prinzipien der risikoäquivalenten Beiträge, der Kostenerstattung und Kapitaldeckung für den notwendigen demografischen Faktor basiert, darf

nicht den Finanzierungsnöten der gesetzlichen Krankenversicherung geopfert werden. Deshalb ist die jetzt geplante Angleichung der privaten Krankenversicherung an das GKV-System der falsche Weg. Ziel muss es sein, einen Wettbewerb der Systeme durch Modernisierung der GKV und Stärkung der PKV zu eröffnen.

### **Einrichtung eines Gesundheitsrates**

Nach Überzeugung der deutschen Ärzteschaft reichen weder die bestehenden Finanzmittel noch die derzeit verfügbaren so genannten Humanressourcen im Gesundheitswesen aus, um die großen Probleme in der Patientenversorgung zukünftig bewältigen zu können. Deshalb ist ein gemeinsames Handeln notwendig. Durch die Einrichtung eines Bundesgesundheitsrates, der im vorpolitischen Raum sachgerecht und transparent politische Entscheidungen für das Gesundheitswesen vorbereitet, könnten Prioritäten unter ärztlichen, ethischen, medizinisch-gesundheitswissenschaftlichen sowie sozialen Kriterien entwickelt und dann mit allen betroffenen Gruppen öffentlich diskutiert werden. In ein solches Gremium sollten neben Ärzten und Wissenschaftlern auch Patientenvertreter berufen werden.

...