



## **Stellungnahme**

des

Marburger Bund Bundesverbandes

zum

Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD

### **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100

## **A. Grundsätzliche Einschätzung**

Es ist unbestritten, dass die demografische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und die Strukturprobleme der Volkswirtschaft eine grundlegende Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich machen.

Im Ergebnis muss die hohe Effizienz und Qualität des heutigen Gesundheitswesens gesichert und weiterentwickelt werden, allen Bürgern die Teilhabe am medizinischen Fortschritt ermöglicht und es müssen die Finanzierungsgrundlagen den Herausforderungen entsprechend verbessert werden.

Der von den Regierungsparteien nun vorgelegte Gesetzentwurf zur „Stärkung des Wettbewerbs in der GKV“, der sich aus einer Fülle von tief greifenden Struktur- und Finanzierungsänderungen zusammensetzt, wird dem Anspruch an eine wirklich notwendige, nachhaltige und zukunftsorientierte Veränderung jedoch nicht gerecht.

Insbesondere werden die grundsätzlichen, systemgefährdenden bereits bestehenden bzw. zu erwartenden Finanzierungsprobleme der GKV nicht ansatzweise gelöst. Es gibt keine Abkoppelung vom Arbeitseinkommen und weiterhin werden die Kosten der Gesundheitsversorgung voll auf die Beschäftigungssituation durchschlagen.

Andererseits wird diese Reform viele Qualitätselemente des deutschen Gesundheitswesens vernichten: Wahlfreiheit, Qualitätswettbewerb, Selbstverwaltung und vor allem Verlässlichkeit werden geopfert.

Zudem wird mit dem Begriff des Wettbewerbsstärkungsgesetzes eine Entwicklung vorgespiegelt, die mit den vorgesehenen Regelungen in keiner Weise erreicht werden kann – im Gegenteil führt diese Reform geradewegs in eine Sackgasse von Staatsmedizin und Einheitsversicherung.

Denn: Was hat es mit Wettbewerb zu tun, wenn die Bundesregierung demnächst einen einheitlichen Kassenbeitragssatz festlegt? Was hat es mit Wettbewerb zu tun, wenn man den Spielraum der Krankenkassen auf die Erhebung einer Zusatzprämie begrenzt? Was hat es mit Qualität zu tun, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss demnächst als unterstaatliche Rationierungs- und Zuteilungsbehörde agiert und unliebsame Entscheidungen der so genannten freien Selbstverwaltung durch ministerielle Ersatzvornahmen geregelt werden? Und was hat es mit Verlässlichkeit auf sich, wenn man den Kliniken Finanzierungssicherheit bis zum Ende der Konvergenzphase bei der Einführung neuer Fallpauschalen zusichert und ihnen dann sachlich völlig unbegründet 1% „Solidarbeitrag“ abpresst. Und ist es nicht unehrlich, den Einstieg in die Steuerfinanzierung zu propagieren, weil im Jahr 2008

1,5 Mrd. Euro und 2009 3 Mrd. Euro Zuschüsse des Staates bereitgestellt werden, zugleich aber 4,2 Mrd. Euro bereits zugesagte Zuschüsse aus der Tabaksteuer weggenommen werden – der „Einstieg“ also in Wirklichkeit ein mühsam kaschierter Ausstieg ist?

**Der Marburger Bund lehnt daher den vorgelegten Gesetzentwurf in seinen Kernelementen ab und fordert den Mut zu einem echten Neuanfang. In diesem Zusammenhang nehmen wir Bezug auf die vom Außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 24.10.2006 in Berlin verabschiedete Resolution mit der grundlegenden Einschätzung der Deutschen Ärzteschaft, die vom Marburger Bund geteilt wird.**

## **B. Bewertung von Einzelregelungen**

Unbeschadet der vorangegangenen Gesamtkritik nehmen wir zu folgenden Punkten im Einzelnen Stellung:

- I. Finanzierung
  1. Gesundheitsfonds
  2. „Sanierungsbeitrag“ der Krankenhäuser“
  
- II. Krankenhäuser
  1. Öffnung für ambulante Versorgung
  2. Kostenausreißerproblematik im DRG-System
  
- III. Gemeinsamer Bundesausschuss
  1. Allgemeine Einschätzung
  2. Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung
  
- IV. Medizinischer Dienst

## **I. Finanzierung**

### **1. Gesundheitsfonds**

§271 SGB V

Die Einführung eines Gesundheitsfonds als Kernelement einer Gesundheitsreform wird vom Marburger Bund abgelehnt, da er keine Antworten auf die zentralen Herausforderungen der GKV bietet.

Insbesondere beseitigt er nicht die in den letzten Jahren immer bedrohlicher gewordene Einnahmeschwäche der Gesetzlichen Krankenversicherung:

- Durch die Finanzierung des Fonds im Wesentlichen aus lohnbezogenen Beiträgen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern fließt kein zusätzlicher Euro in das System und die Koppelung von Gesundheits- und Arbeitskosten wird zementiert.
- Zusätzlich in den Fonds fließende Steuermittel zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, die vom Marburger Bund grundsätzlich begrüßt werden, stellen jedoch nur dann eine nachhaltige Finanzierungsquelle dar, wenn sie nicht konjunktur- und politikanfällig, sondern nachhaltig, angelegt werden. Die Diskussion um die Zuschüsse aus der Tabaksteuer belegen die Gefahren für die Finanzierung der GKV, wenn der Zugriff der Politik leichtfertig gestaltet wird. Von daher teilen wir die von den Regierungsfractionen im Gesetzentwurf vorgenommene Aussage, dass durch die anteilige Finanzierung aus dem Bundeshalt die Finanzierung der GKV „auf eine langfristig gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt“ wird, nur begrenzt.

Hier sind wesentlich stärkere Selbstverpflichtungen der Politik erforderlich.

### **2. „Sanierungsbeitrag“ Krankenhäuser**

Artikel 1 Nr. 121/§ 140 d SGB V

Artikel 19 Nr. 1 und 2/§§ 4 und 8 Krankenhausentgeltgesetz

Artikel 20 Nr. 2 und 3/§§ 12 und 14 Bundespflegegesetzverordnung

Der Marburger Bund lehnt die geplanten Regelungen zur Beteiligung der Krankenhäuser an der Stabilisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung entschieden ab.

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Krankenhäuser „als größten Ausgabenfaktor“ der GKV zu einem Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt 1% der Ausgaben für stationäre Leistungen heranzuziehen. Diese Begründung ist intellektuell hohl und nicht schlüssig. Der Anteil der Krankenhäuser an den Ausgaben der GKV ist im internationalen Vergleich eher niedrig. Eine isolierte prozentuale Solidaritätsabgabe ist nicht begründbar.

Während der dritte Arbeitsentwurf noch eine 1%ige generelle Budgetabsenkung vorsah, sind nun drei verschiedene Einzelregelungen vorgesehen:

- Kürzung der Krankenhausrechnungen für voll- und teilstationäre Leistungen bei GKV-versicherten Patienten
- Absenkung der Mindererlösquote der Krankenhäuser von bislang 40% auf 20%
- Streichung der Rückzahlungspflicht von Krankenkassen für nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung.

Damit kommt es zu einer unterschiedlichen Belastung einzelner Krankenhäuser, die jedoch nichts an der grundsätzlichen Kritik an dem Verfahren ändert.

Nach Ansicht des Marburger Bundes ist es in keiner Weise gerechtfertigt, die Krankenhäuser mit einem Sanierungsbeitrag in der Größenordnung von rd. 500 Mio. Euro erneut schwer zu belasten, und sie damit an der Erfüllung ihrer Aufgaben zu hindern und letztendlich in ihrer Existenz zu gefährden.

Ein Sanierungsbeitrag wäre allenfalls dann zu rechtfertigen, wenn die Krankenhäuser von gesundheitspolitischen Entscheidungen in den vergangenen Jahren unbelastet geblieben wären. Das genaue Gegenteil ist jedoch der Fall. Durch die Reformgesetze der letzten Jahre wurden die Krankenhäuser durch milliardenschwere Kostendämpfungsprogramme belastet. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Kürzungen verstärken den Trend zu Personalabbau, Kürzung der Sachkosten und Krankenhausschließungen. Damit ist die flächendeckende, qualitativ hochwertige und humane Patientenversorgung im Krankenhaus hochgradig gefährdet.

## **II. Krankenhäuser**

### **1. Zulassung der Krankenhäuser zur Erbringung hochspezialisierter ambulanter Leistungen**

Artikel 1, Nr. 85/§116 b SGB V

Die vorgesehene Änderung des Zulassungsverfahrens hält der Marburger Bund für sinnvoll. Während nach geltendem Recht die Krankenkassen entscheiden können, ob und ggf. mit welchem Krankenhaus sie einen Vertrag über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen abschließen wollen, sehen die geplanten Regelungen den Wegfall dieser Vertragskompetenz vor. Stattdessen ist ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog genannten Leistungen berechtigt, „wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist.“

Während die Formulierung „unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ darauf hinzuweisen scheint, dass eine Bedarfsprüfung vorzunehmen ist, wird dies in der Begründung ausdrücklich verneint. Hier ist im Interesse von Rechtssicherheit eine deutlichere Formulierung zu wählen.

### **2. „Kostenausreißer“ im DRG-System**

Artikel 18, Nr. 4a/§17 b Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Der Marburger Bund begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, hohe Kostenunterdeckungen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen, die mit dem DRG-System bislang nicht sachgerecht finanziert werden können, vertieft zu prüfen, um zu geeigneten Vergütungsformen zu kommen.

Dies entspricht einer Forderung der Ärzteschaft, da die Behandlung dieser Patienten insbesondere in Unikliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung zu finanziellen Problemen geführt hat.

Soweit die mit der Aufgabe betrauten Selbstverwaltungspartner im Rahmen der in ihrer Kompetenz liegenden Weiterentwicklung des DRG-Systems nicht zu einer vollständigen Problemlösung kommen können, sollten noch verbleibende Fälle über entsprechende Öffnungstatbestände geregelt werden können.

### **III. III. Gemeinsamer Bundesausschuss**

#### **1. Allgemeine Einschätzung**

Artikel 1, Nr. 61/§ 91 SGB V

Artikel 2, Nr. 14/§ 91 SGB V

Die Regelungen zur Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses von einem Selbstverwaltungsgremium zu einer behördenähnlichen Einrichtung werden vom Marburger Bund entschieden abgelehnt.

Die Konstruktion und Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses ist geprägt durch die Prinzipien der Selbstverwaltung, Ehrenamtlichkeit sowie Sachnähe und Fachkunde. Diese systemtragenden Prinzipien werden nun ohne Not aufgegeben.

Eingeführt wird ein Gemeinsamer Bundesausschuss, bestehend aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, drei gemeinsam von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten und drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen genannten Mitgliedern. Diese üben, mit Ausnahme der Unparteiischen, ihre Tätigkeit hauptamtlich und weisungsungebunden aus. Die Aufgaben des Ausschusses sollen zukünftig stärker sektorenübergreifend ausgerichtet und die Zahl der Gremien deutlich verringert werden, um effizientere Mittelverwendung sowie eine zügigere Entscheidungsfindung zu erreichen.

Es ist jedoch zu bezweifeln, dass diese Ziele nur durch eine völlige Neukonstruktion zu erreichen sind und nicht auch durch eine Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen. Fakt ist, dass diese Neuordnung zu einer nahezu vollständigen Entmündigung der gemeinsamen Selbstverwaltung führt.

Angesichts der erheblichen Aufgabenfülle und weitreichenden Entscheidungskompetenzen des neuen Bundesausschusses sind darüber hinaus Zweifel angebracht, ob neun Personen in der Lage sind, schneller und effizienter zu sachgerechten Lösungen zu kommen als dies bislang der Fall war. Da sie im Regelfall sicher niemals alle über Sach- und Fachkompetenz

in der Einzelfrage verfügen, sind sie auf die Bewertung von Gutachten, Zuarbeit und Information durch Fachleute angewiesen. Die angestrebte Professionalisierung kann daraus jedenfalls nicht abgeleitet werden.

Die berechtigten Interessen von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern werden zukünftig nur noch von jeweils einer Person vertreten werden können, während aktuell z. B. neun Vertreter der Krankenhäuser im Gemeinsamen Bundesausschuss tätig sind.

Unter anderem aus den genannten Gründen halten wir eine Streichung der vorgesehenen Regelungen für zwingend erforderlich und fordern den Gesetzgeber auf, am bewährten Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung festzuhalten und zielführende Verbesserungen an der gegenwärtigen Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses vorzunehmen.

## **2. Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung**

Nr. 110/§137 Abs. 3 SGB V

Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist es auch, für zugelassene Krankenhäuser Beschlüsse über den „Inhalt und den Umfang“ der von Krankenhausfachärzten zu erfüllenden Fortbildungspflichten zu erlassen sowie das Verfahren zum Nachweis ihrer Erfüllung festzulegen.

Dieser Regelungsumfang wird vom Marburger Bund abgelehnt.

Ausweislich der Begründung zum Gesetzentwurf geht es dem Gesetzgeber nicht um die Vorgabe von Fortbildungsinhalten, die sich, wie zutreffend bemerkt wird, aus den berufsrechtlichen Vorgaben ergeben, sondern um Vorgaben zum Nachweisverfahren.

Dies sollte dann auch im Gesetzestext zum Ausdruck kommen. Wir schlagen daher vor, zur Klärung das Wort „Inhalt“ zu streichen.

Unverändert bleibt es eine Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist zu erstellen, und Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus festzulegen.

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, diese Regelung endlich zu streichen und von der Mindestmengenphilosophie Abstand zu nehmen.

Bekanntlich hat die Ärzteschaft seit Beginn dieser Diskussion auf die Probleme bei der Erfassung des Zusammenhangs zwischen Menge und Ergebnisqualität hingewiesen. Die

bisherigen Diskussionen im GBA sowie die kürzlich veröffentlichten Untersuchungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu den Problemen von Mindestmengenanalysen in verschiedenen Leistungsbereichen, die keinen hinreichenden Zusammenhang zwischen Menge und Behandlungsqualität erkennen konnten, bestätigen uns in dieser ablehnenden Haltung.

**IV.**

**IV. Medizinischer Dienst**

Artikel 1 Änderung des Fünften Bundessozialgesetzbuches  
Nr. 195/§275 SGB V

Der Marburger Bund teilt die Einschätzung der Bundesregierung, dass im Hinblick auf den Umfang der gutachtlichen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes im Krankenhaus Handlungsbedarf besteht.

Seit Jahren haben Krankenhäuser und die in Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte darauf hingewiesen, dass von der in §275 SGB V eingeführten Möglichkeit einer verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung von zahlreichen Kassen in unangemessener Weise Gebrauch gemacht wird. Dabei wird weder das Erfordernis des begründeten Verdachts noch die Notwendigkeit einer zeitnahen Prüfung beachtet.

Dies führt zu erheblichen Problemen im Krankenhausablauf und hat mit zu dem Paradoxon beigetragen, dass Ärzte sich in ihrer Arbeitszeit nicht mehr uneingeschränkt der Patientenversorgung widmen können, sondern zunehmend mit administrativen Tätigkeiten belastet werden.

Von daher begrüßen wir die nun vorgesehenen Regelungen, nach denen eine Prüfung zeitnah durchzuführen ist, halten allerdings den angegebenen Zeitraum von 6 Wochen nach Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse für zu lang. Hier plädieren wir für eine Frist von einem Monat.

Die Regelung, wonach die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zu entrichten hat, sofern die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, halten wir grundsätzlich für sinnvoll. Ob die Höhe der Pauschale tatsächlich steuernden Einfluss haben wird, bleibt allerdings abzuwarten.

Außerdem verweisen wir auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, derzufolge die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus bereits mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten entsteht und es den Krankenkassen nicht gestattet ist, bei beanstandeten Rechnungen Teile der Forderung zurückzuhalten.

Diese Praxis der Krankenkassen hat inzwischen in zahlreichen Krankenhäusern zu erheblichen Liquidationsproblemen geführt.

Deshalb halten wir eine diesbezügliche gesetzliche Klarstellung für zwingend erforderlich.