



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Ressort 9 – Gesundheitspolitik
10785 Berlin, Potsdamer Platz 10

Berlin, 11. November 2002

(13) Ausschuss für
Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache

0036

15. Wahlperiode

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di
zum Entwurf eines Zwölften Gesetzes
zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
(Zwölftes SGB V-Änderungsgesetz – 12. SGB V ÄndG)

und dem

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze
in der gesetzlichen Krankenversicherung
und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz-
BSSichG)

zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung
am 12. November 2002

Die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen sehen die Gesetzentwürfe als erforderlich an, um die Finanzgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Ver.di begrüßt, dass dies ohne weitere Belastung der Patientinnen und Patienten und der Versicherten geschehen soll. Sehr kritisch sind jedoch nach wie vor die Wirkungen der „Veränderungsrate Null“ auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen zu beurteilen. Deren Arbeits- und Einkommensbedingungen sind maßgebliche Voraussetzung zur Personalentwicklung und tragen damit wesentlich zur Versorgungsqualität bei. Daher sind dringlich Veränderungen in den vorliegenden Gesetzentwürfen vorzunehmen, um diese negativen Wirkungen zu vermeiden. Hierzu machen wir konkrete Vorschläge.

Begründet werden die vorgesehenen Maßnahmen mit den hohen Ausgabenzuwächsen in der Arzneimittelversorgung und der weltwirtschaftlichen Abkühlung der vergangenen Monate. Nicht übersehen werden darf jedoch, dass ein Teil der Probleme auch durch erneute Belastungen der Gesetzlichen Krankenkassen durch „Verschiebebahnhöfe“ zwischen den Sozialsystemen und zur Entlastung der Öffentlichen Haushalte geschaffen wurden. Diese zusätzlichen Probleme machen Lösungen generell schwieriger und sind den Versicherten, die das System finanzieren und dafür qualitativ gute Leistungen erwarten, nicht mehr vermittelbar. Seit 1980 ist die GKV mit mindestens 22 Mrd. € zusätzlich belastet worden.

Die beiden Gesetzentwürfe sollen eine Art Notbremse bei den Ausgaben vornehmen. Damit soll Raum für weitere Reformen geschaffen werden. Es ist allerdings erforderlich, dass diese weiteren Reformschritte auch erfolgen. Die Belastungen, die für einzelne Leistungserbringer und insbesondere deren Beschäftigte geschaffen werden, sind eine z.T. nur schwer verkraftbare Herausforderung. Ungerechtfertigte Belastungen müssen verhindert oder sobald als möglich wieder beseitigt und durch echte Strukturreformen ersetzt werden.

Zu einzelnen Bestimmungen nehmen wir wie folgt Stellung:

Entwurf eines Zwölften Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Zwölftes SGB V-Änderungsgesetz – 12. SGB V ÄndG)

Zu Artikel 1, §4 Abs. 4:

Zum Erhöhungsverbot für die Verwaltungsausgaben ist festzustellen, dass damit ein erheblicher Eingriff in die Selbstverwaltung vorgenommen wird. Obwohl die GKV – Kassen zusätzliche Aufgaben vom Gesetzgeber erhalten haben (z.B. Einrichtung der gemeinsamen

Ausschüsse zur Qualitätssicherung gem. § 137 ff SGBV) liegen die Verwaltungsausgaben weit unter denen der privaten Krankenversicherung (GKV 5,6 / PKV 17,1). Ein zu starker Druck auf die Verwaltungsausgaben der GKV würde aber zu Lasten der Arbeits- und Einkommensbedingungen der Beschäftigten bei den Gesetzlichen Krankenkassen gehen.

Zu Artikel 1, §35 und 35a:

Die Regelungen zu den Festbeträgen für Arzneimittel werden begrüßt. Sie sind erforderlich, da die Kostensteigerungen im Bereich der Arzneimittel ursächlich für einen großen Teil der Finanzprobleme sind, ohne dass hierdurch eine Verbesserung der Versorgungsqualität erfolgt ist, die diese Kostensteigerung rechtfertigt.

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz-BSSichG)

Zu Artikel 1, Nr.5:

Die Regelung, dass für zusätzliche Leistungen im Rahmen der qualitätsgesicherten Versorgung in strukturierten Behandlungsprogrammen die dafür erforderlichen Finanzmittel bereitgestellt werden, wird als wichtiger Schritt in Richtung Qualität und Effizienz begrüßt.

Zu Artikel 1, Nr.7 und 8:

Die Regelungen betreffen Rabatte bei der Abgabe von Medikamenten. Wie die Regelungen zu den Festbeträgen, sind auch diese erforderlich, weil die Kostensteigerungen im Bereich der Arzneimittel ursächlich für einen großen Teil der Finanzprobleme sind, ohne dass hierdurch eine Verbesserung der Versorgungsqualität erfolgt ist, die diese Kostensteigerung rechtfertigt.

Zu Artikel 4 und 5:

Die Festsetzung der Veränderungsrate auf die Rate von Null ist ein besonders schwerwiegender Eingriff und trifft zunächst alle Leistungserbringer gleichermaßen. Sie ist jedoch nur in sehr engen Grenzen akzeptabel. Insbesondere muss gewährleistet sein, dass negative Einflüsse auf die Qualität unterbleiben. Daher sind Ausnahmeregelungen erforderlich, die dieses sicherstellen. Wir begrüßen daher, dass als Ausnahmetatbestand genannt sind:

- die Überschreitung der Veränderungsrate bei Einführung von Disease-Management-Programmen und die Möglichkeit für Krankenhäuser, sich an diesen Programmen durch Direktverträge mit den Kassen zu beteiligen. Dies stellt einen Einstieg in die aus Qualitätsgründen gewünschte integrierte Versorgung dar, wenn auch noch in einem sehr eingeschränkten Umfang. Bisher ist es nur Privatpatienten möglich, gut ausgebildete Fachärzte in Krankenhäusern in Anspruch zu nehmen. Dies ist nun im Rahmen der DMP's auch für Kassenpatienten möglich. Insbesondere ist aber hervorzuheben, dass das Ministerium zu chronischen Herzerkrankungen und Herzschwäche bis spätestens 1.4.2003 ein weiteres DMP durch Rechtsverordnung in Kraft setzen wird. Diese Zusage ist auch dringend erforderlich. Darüber hinaus muss eine zügige Inkraftsetzung weiterer Programme erfolgen, damit die Qualität in der Versorgung chronisch kranker Menschen erhöht wird.
- der DRG – Umstieg für Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2003 auf das neue Vergütungssystem umstellen. Diese sollen die nach § 71 Abs. 3 SGB V festgestellte Veränderungsrate erhalten. Es ist jedoch ebenfalls klar zu stellen, dass für diese Krankenhäuser die Ausnahmetatbestände des § 6 der Bundespflegesatzverordnung insgesamt greifen. Sie hätten ansonsten – trotz der Ausnahme aus der Veränderungsrate Null – u.U. einen Nachteil gegenüber Krankenhäusern, die erst im Jahr 2004 in die neue Krankenhausvergütung einsteigen. Deshalb muss es in § 3 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 heißen **„...in entsprechender Anwendung von § 6 BPfIV zu vereinbaren....“**
- Die erforderlichen Anpassungen aufgrund der Tatbestände in § 6 der Bundespflegesatzverordnung. Darunter fallen auch die evtl. Auswirkungen einer Angleichung der BAT Vergütung in den neuen Bundesländern an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe und eine Berichtigung bei BAT Erhöhungen oberhalb der Veränderungsrate. Diese erfolgt zu einem Drittel des Unterschiedsbetrags und der BAT Erhöhung allerdings nur dann, wenn dies erforderlich ist, um den Versorgungsvertrag zu erfüllen. Dieser Nachweis ist allerdings in der Praxis nicht durchführbar. Die Ausgleichsregelung in § 6 Abs. 3 Satz 1 BPfIV muss daher wie folgt verändert werden: **„...um 1/3 des Unterschieds zwischen beiden Raten berichtigt, es sei denn, der Versorgungsvertrag kann auch ohne den Ausgleich erfüllt werden;...“** Damit wird klargestellt, dass das Krankenhaus immer dann einen Anspruch auf den Ausgleich hat, wenn nicht die Kostenträger nachweisen, dass der Versorgungsauftrag auch ohne Ausgleichsregelung erfüllt werden kann. Eine missbräuchliche Anwendung ist durch die Schiedsstellenfähigkeit ausgeschlossen.

Schließlich muss § 6 Abs. 5 der Bundespflegesatzverordnung so umgestaltet werden, dass der ursprünglich für Arbeitszeitverbesserung vorgesehene Betrag nicht abgesenkt wird. Die bisherige Regelung sieht eine Erhöhung um bis zu 0,2% des Gesamtbetrages

vor. Dies war von uns schon als kaum ausreichend angesehen worden. Bei der Vorgabe der Veränderungsrate Null fiel jetzt noch die Vorweganhebung aufgrund der Steigerungsrate 2003 weg. Damit stünden insgesamt rund 10 Millionen € weniger für Arbeitszeitverbesserungen zur Verfügung. Für Krankenhäuser, deren Budget sich um die Rate Null verändert muss daher **in § 6 Abs. 5 BPfIV in Satz 1 der Prozentsatz in „0,22 v.Hd.“** geändert werden.

Allerdings haben nicht alle Krankenhäuser gleichermaßen die Chance von den Möglichkeiten des Optionsmodells bei der DRG Einführung und dem Angebot von Disease-Management-Programmen zu profitieren. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der **Psychiatrischen Krankenhäuser und für die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern**. Da sie nicht durch eine verbesserte Qualität ihre Einnahmen stärken können, sind sie **insgesamt von der Vorgabe einer Veränderungsrate Null auszunehmen**. Dies ist vor allem auch zur Erfüllung der Personalverordnung Psychiatrie, die ein wichtiges Qualitätskriterium in der psychiatrischen Versorgung darstellt, erforderlich.

zu Artikel 6:

Die Absenkung der Preise für zahntechnische Leistungen geht nicht zu Lasten der Hersteller sondern zu Lasten der Patienten. Die Reduktion um 5% bei der Erstattung durch die Krankenkassen führt zu einer Belastung in gleichem Umfang bei den Patienten. Es ist sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten nicht durch diese Maßnahme finanziell belastet werden.

Zu Artikel 7:

Zum Erhöhungsverbot für die Beiträge ist festzustellen, dass damit wie bereits bei den Verwaltungskosten ein erheblicher Eingriff in die Selbstverwaltung vorgenommen wird. Auch die beschriebenen negativen Wirkungen auf die Arbeits- und Einkommensbedingungen der Beschäftigten bei den Gesetzlichen Krankenkassen sind mit dieser Maßnahme verbunden.

Zu Artikel 11:

Ver.di erwartet, dass die Einführung von Rabatten im Pharmagroßhandel, wie in allen anderen Leistungsbereichen, nicht zu Lasten der Arbeitsplätze geht.