

Stellungnahme des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)“

1. Vorbemerkungen

1.1 Der Gesetzentwurf enthält durchaus **Elemente**, die geeignet erscheinen könnten, eingefahrene Strukturen im bisherigen System der Gesundheitsversorgung **positiv** zu verändern. Hierzu gehören u.a. die Abschwächung der Kollektivvertragspflicht und die Stärkung der Einzelvertragsabschlüsse, die Gebührenordnung mit festen Preisvorgaben, die Pauschalzuwendungen an die Krankenkassen etc..

Jedoch werden diese Elemente flankiert von Gesetzregelungen, die schon vorab deutlich werden lassen, dass mögliche **positive Entwicklungen so konterkariert** werden, dass in der Summe bei der Realisierung des Gesetzentwurfes kein wirklicher Fortschritt, sondern eine Verschlechterung der Gesamtsituation durch

- zwangsläufigen Leistungsabbau und Rationierung,
- programmierte Beitragserhöhungen (und damit auch Steigerung der Lohnzusatzkosten),
- Beginn der Demontage der Privaten Krankenversicherung,
- Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Versicherten und
- unzureichende Finanzierungsregelungen

eintreten wird.

1.2 Der Gesetzentwurf **ebnet eindeutig den Weg in ein behördlich gelenktes Gesundheitssystem** mit staatlich festgesetzten statt frei gebildeten Beiträgen zur Krankenversicherung und indirekt staatsgelenkten Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses in allen Bereichen, in denen bislang die gemeinsame Selbstverwaltung zwar mühsam aber sachgerecht die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung geprägt hat.

Staatsplanung soll offensichtlich das bislang relativ freiheitlich funktionierende System der Gesundheitsversorgung schrittweise ersetzen.

Dies wird – wie von zentralistisch geführten Staaten bekannt - zu einer Verschlechterung gegenüber dem Status quo und zur Abkoppelung vom internationalen medizinischen Fortschritt führen, da dann durch die gewollte Verquickung von (begrenzter) staatlicher Kompetenz, finanzieller Abhängigkeit von Haushaltsüberlegungen und politisch definierten Gesundheitszielen die Qualität der Gesundheitsversorgung bestimmt wird.

1.3 Natürlich beinhaltet der Gesetzentwurf auch eine aus VLK-Sicht überschaubare Anzahl **positiv einzustufender Regelungen**, z.B: die Einordnung der ambulanten Leistungserbringung hochspezialisierter Leistungen der Krankenhäuser in den Bereich der Landesplanung. Da die positiven Elemente aber durch die erwähnten, im Gesetzentwurf deutlich werdenden Negativtendenzen überlagert werden, wird im Ergebnis jede objektive Schlussbilanz sowohl der Zielrichtung wie auch der Einzelbestimmungen des Gesetzentwurfs zu einer **negativen Gesamtbewertung** führen.

2. Zu einzelnen Regelungsbereichen des Gesetzentwurfes sowie zu Einzelbestimmungen, die den stationären Versorgungsbereich betreffen, nimmt der VLK wie folgt Stellung:

2.1 Gesundheitsfonds

Artikel 1 Nr. 182 (§ 271 SGB V), Artikel 2 Nr. 29 (§221 SGB V), Artikel 1 Nr. 178 (§276 SGB V), Artikel 1 Nr. 161 (§242 SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht die Bildung eines Gesundheitsfonds ab dem Jahre 2009 vor. In diesen Fonds werden die Beiträge der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung , sowie die Arbeitgeberanteile der Krankenversicherungsbeiträge, die Beiträge aus Rentenzahlungen sowie die Bundesmittel eingezahlt. Die Krankenkassen erhalten aus diesem Fonds zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben eine Grundpauschale sowie alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge. Wird der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch diese Zuweisungen nicht gedeckt, **muss** sie von Ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben, der entweder pauschal 8 EURO beträgt oder – darüber hinausgehend – auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt ist.

Diese Regelung wird in der Amtlichen Begründung des Gesetzentwurfes als Einstieg in die nachhaltige Sicherung der Finanzierung der Gesundheitsleistungen qualifiziert. Gleichzeitig soll dies nach den Worten der Amtlichen Begründung dazu beitragen, den Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenkassen untereinander anzukurbeln.

Es ist abzusehen, dass in der Realität Folgendes geschehen wird:

- Die Bundesregierung setzt gem. § 242, Abs. 2 SGB V auf der Basis eines Schätzgutachtens die Höhe des von Versicherten und Arbeitgebern zu zahlenden Beitrages fest.
- Diese Beiträge fließen ebenso wie der gem. § 221 SGB V für das Jahr 2009 fixierte Haushaltsanteil in den Gesundheitsfonds ein.
- Diese Mittel werden vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung nicht ausreichen, die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zu decken.

- Der Versuch der Krankenkassen, die Leistungserbringer (Zulieferanten) vertraglich zu günstigeren Konditionen zu „überreden“ wird nur begrenzt Erfolg haben können.
- **Folglich werden Beitragserhöhungen unumgänglich.**
- Der viel zitierte Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird nicht wirklich stattfinden, da für die Krankenkassen das finale Ziel nicht Gewinnerzielung, sondern Defizitminimierung lautet.
- Stattdessen wird ein Wettbewerb der Krankenkassen um möglichst gut kaschierten **Leistungsabbau** stattfinden.
- Die Abhängigkeit von der Haushaltslage im Hinblick auf die Höhe des in den Folgejahren zu gewährenden Staatsanteils für den Gesundheitsfonds wird die Unsicherheit noch vergrößern.
- **Die Spirale von Beitragserhöhung, Leistungsabbau und letztlich Reduzierung der Qualität der Versorgung wird unausweichlich.**

Der Gesundheitsfonds löst mithin weder die akuten noch die langfristigen finanziellen Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung. Er ist keineswegs der Einstieg in die von der Politik gewollte nachhaltige Sicherung der Finanzierung der Gesundheitsleistungen.

Der Gesundheitsfonds hat lediglich die Funktion einer Geldsammel- und Pauschalenzuteilungs-Stelle.

Er bläht die Administration unnötig auf, ist in Wirklichkeit überflüssig und bringt im Sinne der gewünschten Zielstellung keinerlei positive Wirkung.

Die Regelung des Gesundheitsfonds sollte ersatzlos aus dem Gesetzentwurf gestrichen werden.

2.2 Gemeinsamer Bundesausschuss

Artikel 2 Nr. 14 (§ 91, Abs. 1-9 SGB V)

Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht ab dem Jahre 2009 aus drei unparteiischen Mitgliedern und 6 hauptamtlichen Mitgliedern. Letztere werden von den Kassenärztliche Bundesvereinigungen, der DKG und vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannt.

Die Hauptamtlichen stehen während ihrer vierjährigen Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung Einzelheiten insbesondere zur Stellung, Funktion und Vergütung der hauptamtlichen Mitglieder sowie zur Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen dieses Gremiums regeln.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt eine Verfahrensordnung und eine Geschäftsordnung. Beide bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sind für die Leistungserbringer verbindlich.

Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit.

Die im Gesetzentwurf geplante und zuvor beschriebene Umstrukturierung des höchsten Gremiums der Selbstverwaltung, des Gemeinsamen Bundesausschusses, gibt Anlass zu großen Befürchtungen: Bisher arbeitet der Gemeinsame Bundesausschuss in 5 „Kammern“ zu unterschiedlichen Themenkreisen mit ehrenamtlichen Mitgliedern, die sich je nach Schwerpunktthema aus den Bänken der KBV, der GKV und der DKG rekrutieren. Ab dem Jahre 2009 sollen dann – neben den drei unparteiischen Mitgliedern – nur noch insgesamt 6 hauptamtliche Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses über die gesamte Themenpalette aller in diesem Gremium zu behandelnden Aspekte zu beschließen haben und zwar mit verbindlicher Wirkung für alle Leistungserbringer.

Dies bedeutet – bei aller Wertschätzung – sicherlich eine **fachliche Überforderung** der Hauptamtlichen. Zudem mutiert dieses ehemalige Pardegremium der Selbstverwaltung zu einem **perfekt staatsgelenkten Organ**: Dienstherr dieser Hauptamtlichen ist der Gemeinsame Bundesausschuss, über den das Bundesministerium für Gesundheit die Aufsicht führt.

Außerdem regelt das BMG Einzelheiten über die Position, die Funktion und die Vergütung dieser hauptamtlichen Mitglieder ebenso wie Einzelheiten ihrer Arbeitsweise.

Hinzu kommt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss sich eine Verfahrensordnung und eine Geschäftsordnung gibt, die beide der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedürfen!

Vor diesem Hintergrund der fast **lupenrein durchkonstruierten Staatsabhängigkeit** der künftigen hauptamtlichen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses fällt es schwer zu glauben, dass die künftig in diesem Gremium gefassten **Beschlüsse** nicht **staatsnah** sind und sich nicht an den Vorgaben des Ministeriums orientieren.

Realistischer erscheint, dass das Bundesministerium für Gesundheit künftig seine politischen Ziele über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses unter dem Deckmantel des Gütesiegels der Selbstverwaltung umsetzt. Dies ist um so bigotter, als nach den vorgesehenen Regelungen des Gesetzentwurfes die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses verbindlich für die Leistungserbringer sind.

Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. **lehnt deshalb mit Entschiedenheit diese vorgesehenen Regelungen für die künftige Strukturierung und Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses ab.**

2.3 Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit

Artikel 1 Nr. 55 (§ 85a und 85 b SGB V)

Nach den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen vereinbaren künftig die Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen jeweils für das Folgejahr eine morbiditätsbezogene Gesamtvergütung auf der Basis eines ebenfalls vereinbarten Behandlungsbedarfs, der mit vereinbarten Punktwerten multipliziert wird. Die im Rahmen des Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen sollen mit Preisen der EURO-Gebührenordnung vergütet werden.

Darüberhinaus gehende Leistungen, die sich aus einem nicht vorhersehbarem Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes ergeben, sollen ebenfalls mit den in der EURO-Gebührenordnung enthaltenen Preisen vergütet werden.

Diese Regelungen scheinen auf den ersten Blick das Ende der bisherigen Budgetierung für vertragsärztliche Vergütung, das Ende floatender Punktwerte sowie das Ende der Unsicherheit über die tatsächliche Höhe der erzielten vertragsärztlichen Vergütung einzuläuten.

Auf den zweiten Blick aber wird deutlich, dass sich nicht allzu viel zum Positiven gewendet hat:

Bei der zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und des Landesverbänden der Krankenkassen abzuschließenden Vereinbarung über die Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen anzuwenden sind, sind **Orientierungswerte** zu beachten. Diese sollen jedoch nach der in § 87, Abs. 2g SGB V vorgesehene Regelung des Gesetzentwurfes so festgelegt werden, dass **bundesweit insgesamt Beitragserhöhungen ausgeschlossen** werden. Dies ist natürlich nichts anderes als die **Vorgabe einer Budgetierung**, die damit in das neue Vergütungssystem „hinüber gerettet“ wird, wenn auch unter anderem Namen.

Außerdem ist auch noch die **Bremswirkung des arztbezogenen Regelleistungsvolumens** vorgesehen. Dies umfasst die von einem Arzt in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Leistungsmenge, deren Werte differenziert nach Arztgruppen und Versorgungsgraden unter Berücksichtigung im Gesetz konkret vorgegebener umfangreicher und diffiziler Einzeltatbestände festgelegt werden. Das arztbezogene Regelleistungsvolumen wirkt demnach auch bei Geltung einer EURO-Gebührenordnung als **Instrument zur Mengensteuerung** im neuen Vergütungssystem: Überschreitet der einzelne Vertragsarzt sein Regelleistungsvolumen, das ihm von der KBV zugewiesen wird, so wird er mit abgestaffelten Preisen vergütet. Die Höhe der Abstufung ist vom Bewertungsausschuss zu bestimmen.

Die neue vertragsärztliche Vergütung ist demnach nur **alter Wein in neuen Schläuchen**: die vom einzelnen Vertragsarzt zu erwartende Vergütung wird sich zwar ab dem Jahre 2009 konkret in Preisen aus der EURO-Gebührenordnung ablesen lassen, soweit sich diese Leistungen im Rahmen des Regelleistungsvolumens bewegen. Allerdings sind die EURO-Preise abgeleitet aus dem Vergütungsgeschehen des vertragsärztlichen Bereiches im Jahre

2008, so dass Einkommenssteigerungen sich durch die neue Gebührenordnung alleine nicht ergeben werden.

Neu an den im Gesetzentwurf vorgesehenen Bestimmungen zur vertragsärztlichen Vergütung ist allerdings die Möglichkeit, dass morbiditätsbedingte Mehrleistungen des einzelnen Vertragsarztes, die über sein Regelleistungsvolumen hinaus gehen, auch zusätzlich vergütet werden, wenn auch abgestaffelt. Die in diesem Zusammenhang in der Amtlichen Begründung des Gesetzentwurfes aufgestellte Behauptung, dass das Morbiditätsrisiko damit auf die Krankenkassen verlagert wird ist aber ein **Etikettenschwindel**: Da den Krankenkassen zur Bezahlung der von ihren Versicherten in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen aus dem Gesundheitsfonds nur ein endlicher Beitrag zur Verfügung gestellt wird, sind sie verpflichtet, Zusatzbeiträge zu erheben, wenn die ihnen aus dem Gesundheitsfonds zufließenden Mittel nicht ausreichen, um diese Leistungen zu bezahlen. Mehrleistungen im vertragsärztlichen Bereich können aber aufgrund der indirekt fortgeltenden Budgetierungsregelung nicht beitragsneutral vergütet werden. Den Krankenkassen bleibt also nur der Weg, diese Mehrleistungsvergütung über Zusatzbeiträge gegenzufinanzieren.

Mithin wird das Morbiditätsrisiko nicht auf die Krankenkassen, sondern auf die Versicherten übergewälzt.

Der VLK lehnt aus diesem Grunde die Regelung des Gesetzentwurfes ab.

4. Private Krankenversicherung

Artikel 1 Nr. 3 (§ 6, Abs. 1 SGB V, Artikel 44 Nr. 5 (§ 12, Abs. 1a, 1b und 1c Versicherungsaufsichtsgesetz)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass alle Unternehmen der Privaten Krankenversicherung künftig einen Basistarif anzubieten haben, der sich am Leistungsumfang der GKV orientiert, bei allen Anbietern gleich ist und dessen Beitrag den durchschnittlichen GKV-Höchstbetrag nicht überschreiten darf. Für den Basistarif gelten ein Kontrahierungszwang und das Verbot der Risikoprüfung.

Zudem ist künftig als Voraussetzung für einen Wechsel freiwillig krankenversicherter Arbeitnehmer zur PKV vorgesehen, dass ihr Arbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat.

Die Verpflichtung der PKV-Unternehmen, künftig einen Basistarif mit GKV-Leistungsniveau und zum durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag anzubieten, wird sich voraussichtlich nicht sonderlich negativ auf das Kerngeschäft der PKV-Unternehmen auswirken: die aus der Einführung des Basistarifes zu erwartenden Wanderungsbewegungen dürften sowohl aus der Zielgruppe der jetzt PKV-Vollversicherten wie auch aus der Zielgruppe der derzeit GKV-Freiwillig-Versicherten relativ übersichtlich bleiben.

Jedoch wird die in § 6 Abs. 1 SGB V vorgesehene Regelung, dass künftig abhängig Beschäftigte erst dann versicherungsfrei und damit „PKV-tauglich“ werden, wenn ihre regelmäßiges Arbeitsentgelt in drei aufeinanderfolgenden Jahren die Arbeitsentgeltgrenze überstiegen hat, negative Auswirkungen auf das Kerngeschäft der Privaten Krankenversicherungsunternehmen haben. Diese Regelung führt zwangsläufig zu einer Erschwerung des Wechsels der Betroffenen von der gesetzlichen in die private

Krankenversicherung und wird gemeinsam mit der Tatsache, dass künftig die gesetzlichen Krankenkassen auch Wahltarife für Ihre Versicherten anbieten können, zur Folge haben, dass künftig bedeutend weniger Neuverträge für private Krankenvollversicherungen abgeschlossen werden. Dies wird mit Sicherheit den **Einstieg in den Ausstieg** aus der derzeitigen **privaten Krankenvollversicherung** bedeuten.

Der VLK lehnt die in § 6 Abs. 1 vorgesehene Regelung ab, da sie darauf abzielt, die Private Krankenversicherung als Variante der Absicherung der Bürger im Krankheitsfall willkürlich und ohne offensichtliche Notwendigkeit einzuschränken mit der möglichen Zielstellung, sie mittelfristig ganz zu eliminieren.

5. Der stationäre Leistungsbereich

Artikel 1 Nr. 85 (§ 116 b, Abs. 2 SGB V), Artikel 1 Nr. 121 (140d SGB V), Artikel 19 Nr. 1 (§ 4 Abs. 9 Krankenhausentgeltgesetz), Artikel 19 Nr. 2 (§ 8, Abs. 9 Krankenhausentgeltgesetz) Artikel 1 Nr. 185 (§ 275 Abs. 1c SGB V)

Die Neuregelung des **§ 116b, Abs. 2 SGB V** wird vom **VLK begrüßt**.

Diese Regelung befreit die Einsatzmöglichkeiten der Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung für den Bereich hochspezialisierter Leistungen von der Prämisse eines Vertragabschlusses mit den Krankenkassen. Krankenkassen zeigten bisher wenig Neigung, diesen Paragraphen umzusetzen, da die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser unmittelbar von den Krankenkassen zusätzlich vergütet werden musste. Durch die Koppelung der Berechtigung der Krankenhäuser zur Erbringung dieser ambulanten Leistungen an die Aufnahme in die Landesplanung fällt diese Hürde weg. Damit wird die angestrebte **Verzahnung ambulanz/stationär sicherlich einen großen Schub nach vorne** erhalten. Das Leistungsgeschehen wird damit auch gleichzeitig zu Gunsten der Patienten verbessert werden.

Auch die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung des **§ 275, 1c SGB V** wird vom **VLK begrüßt**. Diese Regelung befreit die Krankenhäuser von der bislang unerfreulichen Tatsache, dass der Medizinische Dienst zur Prüfung der Berechtigung des Krankenhausaufenthaltes in inflationär großer Zahl und mit zeitlich mitunter ausgesprochen großem Abstand zum tatsächlich vollzogenen Krankenhausaufenthalt Einzelfallprüfungen vornehmen konnte. Dies wird nun insofern eine Besserung erfahren, als im Gesetz die Zeitnähe der Prüfungsdurchführung festgeschrieben wird. Außerdem wird die vorgesehene von den Krankenkassen an das Krankenhaus zu zahlende Aufwandpauschale bei einer ohne Rechnungsänderung abgeschlossenen Prüfung ein sicherlich monetär spürbarer Hinderungsgrund für die Krankenkassen sein, solche Prüfungen quantitativ ausufern zu lassen.

Hingegen **lehnt der VLK** den sich aus der Kombination der vorgesehenen Änderungen des § 140 d, SGB V, § 4, Abs. 9 und § 8, Abs. 9 Krankenhausentgeltgesetz ergebenden **„Sanierungsbeitrag“ ab**. Diese drei Regelungen bewirken im Ergebnis, dass die Leistungsausgaben der Krankenkassen für den stationären Bereich in den Jahren 2007 und 2008 um jeweils 500 Millionen EURO gekürzt werden. Diese Beträge stehen dann nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung. Logische Folge dieser **„Zwangsentziehung“** sind naturgemäß **Leistungsausdünnung, Rationierung von Leistungen** und möglicherweise **Qualitätseinbußen** der Versorgung.