

Frau
Dr. Martina Bunge, MdB
Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit
Fraktion DIE LINKE
des Deutschen Bundestages
Platz der Republik 1
11011 Berlin

B I/SHo

1013

3011

08. Dezember 2006

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Hier: Änderungsvorschläge der Krankenhäuser

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

nach den Anhörungen des Gesundheitsausschusses des Bundestages und vor dem Hintergrund der Beratungen im Bundesrat legt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) konkrete Änderungsvorschläge zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vor.

Die Vorschläge sind als Anträge formuliert und beschränken sich auf besonders wichtige Themen. Sie verstehen sich als Ergänzung zu den bisherigen Stellungnahmen der DKG.

Wir bitten um wohlwollende Prüfung und Berücksichtigung.

Mit freundlichen Grüßen

Georg Baum

Anlage



Änderungsvorschläge für das GKV-WSG

- Gemeinsamer Bundesausschuss S. 2
- Qualitätssicherung S. 6
- Mindestmengen S. 9
- „Sanierungsbeitrag“ S. 10
- Integrierte Versorgung S. 11
- Hochspezialisierte ambulante Leistungen S. 15
- Arbeitszeitbedingungen im Krankenhaus S. 16
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen S. 18
- Belegärztliche Versorgung S. 22

Änderungsvorschlag zum GKV-WSG

Gemeinsamer Bundesausschuss

§ 91 wird wie folgt gefasst:

"§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss"

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Der unparteiische Vorsitzende des Beschlussgremiums nach Absatz 2 vertritt den Gemeinsamen Bundesausschuss gerichtlich und außergerichtlich.

(2) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, drei von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, drei von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und sechs von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Über den unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sollen sich die Verbände nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1. Der unparteiische Vorsitzende und die zwei unparteiischen Mitglieder üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Die Amtszeit der unparteiischen Mitglieder beträgt vier Jahre; eine zweite Amtszeit ist zulässig. Die Vertreter der Ärzte und Ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenhäuser und ihre Stellvertreter von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, sowie die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestellt. Die Organisationen benennen für jedes Mitglied bis zu 5 Stellvertreter. Die Mitglieder gemäß Abs. 1 Satz 1 des Beschlussgremiums führen ihr Amt als Ehrenamt und sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Amtszeit für Mitglieder nach Abs. 1 Satz 1 im Beschlussgremium beträgt vier Jahre; die Benennung für weiteren Amtszeiten ist zulässig.

(3) Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt mit Ausnahme der Kosten der von den Verbänden nach Absatz 2 bestellten Mitglieder § 139c Abs. 1 entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten regeln insbesondere zu Stellung, Funktion und Vergütung der hauptamtlichen Mitglieder im Beschlussgremium, zur Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses. Vor Erlass der Rechtsverordnung erhalten die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme. Im Übrigen gilt § 90 Abs. 3 Satz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass vor Erlass der Rechtsverordnung außerdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft anzuhören ist.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in der neuen Besetzung

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse sowie die Anforderungen an den Nachweis der fachlichen Unabhängigkeit von Sachverständigen und das Verfahren der Anhörung zu den jeweiligen Richtlinien, insbesondere die Feststellung der anzuhörenden Stellen, die Art und Weise der Anhörung und deren Auswertung, regelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere zur Geschäftsführung, zur Stellvertretung im Beschlussgremium und zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von Unterausschüssen trifft. In den vorbereitenden Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist grundsätzlich Einvernehmlichkeit unter Berücksichtigung der unterschiedlichen sektorenspezifischen und Patientenbelange anzustreben. In der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den Organisationen nach § 140f Abs. 2 entsandten sachkundigen Personen.

Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) Bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 137 Abs. 3 Satz 7 bleibt unberührt.

(6) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 137b und zu Empfehlungen nach § 137f sind für die Verbände nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(7) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner stimmberechtigten Mitglieder. Sofern alle Vertreter mindestens eines Verbandes nach Abs. 1 gegen einen Mehrheitsbeschluss stimmen, gilt der Beschluss erst dann als gefasst, wenn alle unparteiischen Mitglieder und die Mehrheit der anwesenden Stimmberechtigten dem Beschluss zustimmen. Halten der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich.

(8) Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und 14, § 116 b Abs. 4 und Beschlüssen zu Richtlinien zu den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 und Empfehlungen nach § 137 b und § 137 f sind die drei Unparteiischen, die drei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft

und die sechs Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen stimmberechtigt.

(9) Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, 2, 4 bis 12, § 56 Abs. 1, § 136 b und § 137 Absatz 4 sind die drei Unparteiischen, die drei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und drei Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen stimmberechtigt.

(10) Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 137 c und Beschlüssen zu § 137 Abs. 3 Nr. 1 bis 4 sind die drei Unparteiischen, die drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und drei Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen stimmberechtigt.

(11) Die Vertreter der Vereinigungen und Verbände nach Abs. 1 Satz 1, die bei den Beschlüssen und Entscheidungen nach den Absätzen 8 bis 10 nicht stimmberechtigt sind, haben ein Mitberatungsrecht.

(12) Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit; die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

(13) Die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 1 Satz 1 benennen bis zum 31. Januar 2008 den unparteiischen Vorsitzenden des Beschlussgremiums. Der Vorsitzende setzt danach umgehend die Mitglieder des Beschlussgremiums sowie die weiteren Unparteiischen ein. Die Bildung des Beschlussgremiums ist bis zum 31. März 2008 abzuschließen. Bis zur Benennung des Vorsitzenden nimmt der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 2 Satz 1 in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung die Aufgaben des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses weiter wahr. Beschlüsse fasst der Gemeinsame Bundesausschuss bis zur Bestellung des Beschlussgremiums in der Besetzung und nach den bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Regelungen."

Begründung:

Der Vorschlag der DKG zum Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 SGB V) orientiert sich weitestgehend an den Regelungen im GKV-WSG, er begegnet jedoch den vorgebrachten verfassungsrechtlichen und inhaltlichen Bedenken, löst bisherige Probleme und ermöglicht weiterhin eine deutliche Verschlankung der Gremien. Zudem wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Stellung der neutralen Mitglieder durch weitere Kompetenzen ausgebaut, beispielsweise durch eine sinnvolle Gewichtung ihrer Stimmen.

Bei mehr als zweiseitig besetzten Gremien kam es in der Vergangenheit wiederholt, zumeist auch gegen die Vorbehalte der Patientenvertreter, zu interessensgeleiteten Blockabstimmungen zu Lasten Dritter, mit der Folge sachfremder, patientenferner Regelungen. Die Stimmen der unparteiischen Mitglieder entfalteten in diesen Fällen keinerlei Wirkung auf die Beschlussfassung. Demgegenüber bestimmte in zweiseitig besetzten Gremien ausschließlich die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden den Beschluss. Mit Blick auf die weit reichenden Konsequenzen der G-BA-Richtlinien und Entscheidungen sind künftig unsinnige Stimmverhältnisse zu vermeiden und die Stimmen der unparteiischen Mitglieder sinnvoll zu gewichten.

Folgende Kernelemente beinhaltet der Vorschlag der DKG:

- Ein Beschlussgremium mit 3 (1 sektorübergreifende, 2 sektorspezifische) abweichenden Besetzungen durch unterschiedliche Stimmrechte (Reduktion der Beschlusskammern von 6 auf indirekt 3)
- Professionalisierung der neutralen Mitglieder durch Hauptamtlichkeit
- Besetzung des Beschlussgremiums durch ehrenamtlich tätige Mitglieder der Verbände
- Deutliche Reduktion der stimmberechtigten Mitglieder von 21 auf 15 bzw. 9 Mitglieder
- Keine interessensgeleiteten, patientenfernen Blockabstimmungen mehr gegen die Stimmen aller Mitglieder einer Organisation und ohne Zustimmung der neutralen Mitglieder

Anmerkung:

Aufgrund der umfassenden Änderungen in der vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären Qualitätssicherung steht die Zuordnung der diesbezüglichen Aufgaben zu den Absätzen 8 bis 10 noch unter Vorbehalt.

Änderungsvorschlag zum GKV-WSG

Qualitätssicherung

1. Zu Artikel 1 Nr. 84 (§ 115 b SGB V)

Artikel 1 Nr. 84 wird ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Zum 01.10.2006 ist der neue Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus – einschließlich der Qualitätssicherungsvereinbarung in Kraft getreten. Die Qualitätssicherungsvereinbarung sieht erstmals auch die Einführung einer gemeinsamen datengestützten Qualitätssicherung vor.

Die mit dem GKV-WSG vorgesehene Änderung entzieht der abgeschlossenen Qualitätsvereinbarung ihre rechtliche Grundlage. Die erforderliche rechtliche Adaption durch den Gemeinsamen Bundesausschuss dauert erfahrungsgemäß ein Jahr. Der bereits eingeleitete Aufbau der Qualitätssicherungsgremien und -institutionen wird somit erheblich verzögert.

2. Zu Artikel 1 Nr. 110 (§ 137 SGB V)

§ 137 Abs. 2 wird ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Die Ziele einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung werden mit § 137 Abs. 2 nicht erreicht: Qualitätssicherungsmaßnahmen der Vertragsärzte bleiben weiterhin der Beschlusskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses entzogen (z.B. § 95 d SGB V), Gleiches gilt für die Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation (§ 137 d SGB V); insofern wird auch eine sektorübergreifende Verlaufsbeobachtung als Ziel verfehlt.

Es verbleiben somit nur die Nachteile, die die Änderung mit sich bringt. Alle bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen müssen extrem aufwändigen inhaltlichen und rechtlich-formalen Prüfungen unterzogen werden, da sie von einem anderen Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses zu verantworten wären und einen anderen (erweiterten) Geltungsbereich hätten. Der G-BA wäre auf längere Zeit hinsichtlich der Qualitätssicherung mit rein formalen und bürokratischen Prüfprozeduren belegt.

3. Zu Artikel 1 Nr. 111 (§ 137 a SGB V)

Artikel 1 Nr. 111 wird wie folgt gefasst:

- (1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer vereinbaren die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135 a Abs. 2 Nr. 1 einschließlich ihrer Finanzierung. Die Vertragspartner nach Satz 1 entscheiden einvernehmlich. Sind einvernehmliche Entscheidungen nicht möglich, wird ein geeigneter Konfliktlösungsmechanismus etabliert, der mehrheitliche Entscheidungen zulässt.*
- (2) Die Durchführungsverantwortung für die Maßnahmen nach Abs. 1 liegt bei dem von den Vertragspartnern nach Absatz 1 Satz 1 unter Beteiligung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe getragenen Qualitätssicherungsinstitut. Die Durchführungsverantwortung bezieht sich auch auf die Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b Abs. 1 SGB V. Neben der sektorbezogenen Betrachtung sind Verfahren und Darstellungsweisen im Sinne einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu entwickeln.*
- (3) Die Richtlinien- und Beschlusskompetenz zu den übrigen Qualitätssicherungsmaßnahmen verbleibt beim gemeinsamen Bundesausschuss.*

Folgeänderungen: § 136 wird aufgehoben, § 136 a wird aufgehoben, § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 wird gestrichen, § 137 b wird aufgehoben.

Begründung:

Die Übertragung der Beschlusskompetenz zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auf den Gemeinsamen Bundesausschuss hat sich nicht bewährt. Seit dieser Übertragung im Jahr 2004 hat sich die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung vornehmlich hinsichtlich ihrer Formalismen ausgedehnt. In der bis Ende 2003 geltenden Fassung des § 137 SGB V waren die Entscheidungswege kürzer und der Output in einem günstigeren Kosten/Nutzen-Verhältnis.

Des Weiteren ist zu vermeiden, dass die bestehenden mit der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Institutionen auf Bundes- und Landesebene (18 Geschäftsstellen) in ihrer Existenz gefährdet werden. Die Geschäftsstellen Qualitätssicherung sind der Garant einer effektiven Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen mit rund 2,6 Mio. erfassten Fällen.

Der Änderungsantrag trägt dem Erfordernis einer sektorübergreifenden Trägerschaft durch Einbezug der KBV Rechnung.

Sollte die vorgenannte Fassung von Art. 1 Nr. 111 keine Zustimmung finden, wird **hilfsweise** folgende Änderung vorgeschlagen:

§ 137 a SGB V wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt eine fachlich unabhängige von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer getragene sowie um die Kassenärztliche Bundesvereinigung erweiterte Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 135 a Abs. 2 Nr. 1 zu entwickeln, die möglichst sektorenübergreifend anzulegen sind.“

b) Absatz 3 wird ersatzlos gestrichen.

c) Absatz 4 wird zu Absatz 3.

Begründung:

Die mit dem GKV-WSG vorgegebene Beauftragung einer Institution nach öffentlicher Ausschreibung ist nicht vereinbar mit der im gleichen Absatz formulierten Zielsetzung, bereits existierende Einrichtungen weiterhin zu nutzen. Vielmehr wird die Existenz der 18 Geschäftsstellen Qualitätssicherung für den Krankenhaussektor aufs Spiel gesetzt. Dies hätte gravierende Rückschläge für die stationäre Qualitätssicherung zur Folge.

Der Änderungsantrag ermöglicht eine Fortsetzung der auf hohem Niveau etablierten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Eine Fortsetzung des Beauftragungsverhältnisses zwischen dem Gemeinsamen Bundesausschuss und der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung in erweiterter Trägerschaft ist möglich. Eine öffentliche Ausschreibung ist nicht erforderlich; auf den seinerzeitigen Artikel 35 GMG wird verwiesen.

Änderungsvorschlag zum GKV-WSG

Mindestmengen im Krankenhaus

Zu Artikel 1 Nr. 110 (§ 137 SGB V)

§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2, Satz 4 und Satz 5 werden gestrichen.

Begründung:

Die im Jahr 2003 eingeführte Mindestmengenregelung hat sich nicht bewährt. In keinem der bis heute vereinbarten oder diskutierten Leistungsbereiche konnten die wissenschaftlichen Studien einen zur Mindestmengenbestimmung hinreichenden Zusammenhang zwischen erbrachter Leistungsmenge und der Behandlungsqualität herstellen. Im krassen Gegensatz zu der fehlenden Evidenz stehen die überscharfen Sanktionen in Form des Leistungsausschlusses bei Nichterreichen der Mindestmenge.

Änderungsvorschlag zum GKV-WSG

„Sanierungsbeitrag“

Zu Artikel 1, Nummer 121, Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb
Artikel 19, Nummern 1 und 2
Artikel 20, Nummern 2 und 3

Artikel 1, Nummer 121, Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb wird gestrichen.
Artikel 19, Nummer 1 wird gestrichen.
Artikel 19, Nummer 2 wird gestrichen.
Artikel 20, Nummer 2 wird gestrichen.
Artikel 20, Nummer 3 wird gestrichen.

Begründung:

Auf die Krankenhäuser kommt in 2007 eine Kostensteigerung von 5 % und mehr zu. Angesichts dieser Entwicklung ist die vorgesehene Kürzung nicht zu verantworten.

Integrierte Versorgung

1. Zu Artikel 1 Nummer 120 (§ 140 b)

Artikel 1 Nummer 120 wird wie folgt geändert:

Buchstabe b) wird wie folgt geändert:

Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können vereinbaren, dass Leistungen im Rahmen des vereinbarten Versorgungsauftrags auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.“

Begründung:

Leistungswettbewerb und innovative Versorgungsstrukturen setzen die Öffnung der Sektoren voraus. Die derzeit gültige Regelung des § 140 b Abs. 4 Satz 3 SGB V behindert diesen Wettbewerb. Danach sollen in der Integrationsversorgung nur solche Leistungen vereinbart werden können, für die einer der Vertragspartner einen Zulassungsstatus hat. Die Vertragspartner sollen sich lediglich innerhalb eines Integrationsvertrages darüber verständigen können, wer welche der vereinbarten Leistungen erbringen soll. Dies ist realitätsfern. Um hier Wettbewerb zu schaffen, muss die Berechtigung zur ambulanten Behandlung unmittelbar durch Vertragsabschluss geschaffen werden können.

2. Zu Artikel 1 Nummer 121 (§ 140 d)

Artikel 1 Nummer 121 wird wie folgt geändert:

Buchstabe a) aa) § 140 d Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Sie dürfen nur für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen verwendet werden; dies gilt nicht für Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben. Mittel der Anschubfinanzierung sollen vorrangig für Verträge, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung der Versicherten ermöglichen, und nachrangig für indikationsbezogene Verträge verwendet werden. Satz 2 und 3 gilt nicht für Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen worden sind. Die Krankenkassen müssen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen.“

Begründung:

Eine Beschränkung der integrierten Versorgung auf die Behandlung einer oder mehrerer versorgungsrelevanter Volkskrankheiten oder das gesamte Krankheitsgeschehen versicherter Personen ist aus Sicht der DKG kontraproduktiv und würde dem System die Chance für innovative Versorgungsansätze nehmen. Zudem würde der integrierten Versorgung der Charakter von Disease-Management-Programmen zukommen und die Wettbewerbsorientierung der Akteure an Bedeutung verlieren. Ausschlaggebend für die integrierte Versorgung muss der medizinische Nutzen für den Patienten sein.

Des Weiteren stellt sich bei einer absoluten Beschränkung die Frage der konkreten Umsetzbarkeit. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Krankenkassen für Integrationsverträge, die mit Wirkung ab 01.04.2007 abgeschlossen werden, nur dann Mittel aus der Anschubfinanzierung in Anspruch nehmen können, soweit durch diese eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung der Versicherten ermöglicht wird. Folglich würde es zukünftig folgende Vertragsarten geben:

„Altverträge“ vor 01.04.2007: Anschubfinanzierung wie bisher

„Neuverträge“ ab 01.04.2007: nur Anschubfinanzierung, wenn flächendeckende Versorgung

Hier stellt sich die Frage, wer die Berechtigung zur Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung für „Neuverträge“ prüft und wie dies erfolgen soll. Der Registrierungsstelle liegen die abgeschlossenen Integrationsverträge nicht vor, da sie lediglich die Aufgabe hat, die Meldungen der Krankenkassen zu registrieren und hierüber Auskunft zu erteilen (Nachweis des Abschlusses eines Integrationsvertrages und Höhe des Abzugsbetrags).

Eine Sollbestimmung zur vorrangigen Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung für bevölkerungsbezogene Versorgungsverträge bringt dagegen den politischen Willen klar zum Ausdruck, lässt für Innovationen ausreichend Raum und macht keine neue Nachweisbürokratie erforderlich.

3. Zu Artikel 1 Nummer 121 (§ 140 d)

Artikel 1 Nummer 121 wird wie folgt geändert:

Buchstabe a) bb) § 140 d Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

Der bisherige Satz 5 wird nach den Wörtern „sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuzahlen“ durch folgenden Halbsatz ergänzt: „ ; der Rückerstattungsanspruch der Krankenhäuser ist für in den Jahren 2004 bis 2006 einbehaltene Beträge ausgeschlossen.“

Begründung:

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll der Anspruch der Krankenhäuser auf Rückerstattung nicht verbrauchter Mittel aus der Anschubfinanzierung mit der Begründung gestrichen werden, dass Krankenhäuser hierdurch einen Beitrag zur Sanierung der Krankenkassen leisten müssen. Mit dieser Regelung werden Krankenkassen begünstigt, die in der Vergangenheit zuviel Mittel einbehalten haben.

Die Finanzierung für integrierte Versorgungsverträge mittels Anschubfinanzierung wird mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz um 2 Jahre bis zum 31.12.2008 verlängert. Eine prospektive Anwendung dieser Regelung auf den Verlängerungszeitraum käme einem Freibrief für Krankenkassen gleich, die Krankenhausrechnungen generell bis zur Obergrenze von 1 % zu kürzen. Den Krankenhäusern bliebe dann nur die Möglichkeit, sich im Wege der gerichtlichen Klärung gegen dem Grunde und der Höhe nach ungerechtfertigte Kürzungen zur Wehr zu setzen.

Bereits die Streichung des Rechtes auf Rückerstattung der in 2004, 2005 und 2006 zuviel einbehaltenen Mittel ist für die Krankenhäuser eine erhebliche Belastung. Eine prospektive Anwendung würde zusätzlich falsche Anreize setzen. Diese Maßnahme ist daher allenfalls rückwirkend akzeptabel.

4. Zu Artikel 1 Nummer 121 (§ 140 d)

Artikel 1 Nummer 121 wird wie folgt geändert:

Buchstabe a) wird wie folgt geändert:

Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2007 bis 2008 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtende Gesamtvergütung sowie bis zu 0,5 vom Hundert von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, ...“

Begründung:

Krankenhäuser können an der Anschubfinanzierung nur partizipieren, wenn sie im integrierten Versorgungsauftrag Mehrleistungen oder andere als bereits im Krankenhausbudget enthaltene Leistungen vereinbaren. Stationäre Leistungen, die bereits im Erlösbudget enthalten sind, gleichwohl aber in der integrierten Versorgung erbracht werden, müssen für die Dauer der Anschubfinanzierung weiterhin über das Krankenhausbudget und nicht aus der Anschubfinanzierung vergütet werden. Demgegenüber werden Leistungen der Vertragsärzte in der integrierten Versorgung vollständig aus der Anschubfinanzierung vergütet. Die Finanzmittel der Anschubfinanzierung werden jedoch zu 2/3 aus dem Krankenhausbereich und zu 1/3 aus der vertragärztlichen Gesamtvergütung aufgebracht.

Eine aktuelle Umfrage des Zweckverbandes Köln und Region zur Höhe der Abzüge bei Krankenhäusern einerseits und Erlöse der teilnehmenden Krankenhäuser aus

der Integrationsversorgung andererseits zeigt, dass gemessen am möglichen Gesamtvolumen der Anschubfinanzierung der Krankenhausbereich lediglich in Höhe von $1/3$, der niedergelassene Bereich jedoch in Höhe von $2/3$ partizipiert.

Der Abzugsbetrag für Krankenhäuser ist daher von maximal 1 vom Hundert auf 0,5 vom Hundert abzusenken.

Änderungsvorschlag zum GKV-WSG

Hochspezialisierte ambulante Leistungen

Zu Artikel 1 Nummer 85 (§ 116 b SGB V)

Artikel 1 Nummer 85 b) wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 2 Satz 1 bis 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„Verträge, die bis zum Inkrafttreten dieser Regelung gem. § 116 b Abs. 2 SGB V geschlossen worden sind, bleiben hiervon unberührt.“

Artikel 1 Nummer 85 e) wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 5 Satz 1 bis 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„Die Vergütung von Leistungen, die nicht im EBM abgebildet werden oder abgebildet werden können, erfolgt analog der Vergütung von Leistungen gemäß § 117 SGB V.“

Begründung:

Für den ambulanten Versorgungsbereich der hochspezialisierten Leistungen, der seltenen Erkrankungen und der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen hat sich ein wettbewerblicher Ordnungsrahmen mit Einzelverträgen nicht bewährt. Die gesetzlichen Krankenkassen haben seit Bestehen der Regelung wiederholt erklärt, keine diesbezüglichen Verträge schließen zu wollen. Demzufolge ist eine Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung durch die Bundesländer, wie es dieser Artikel vorsieht, eine gute Grundlage für eine bessere Versorgung des betroffenen Patientenlientels. Insbesondere Patienten der Onkologie, die in einer fortgeschrittenen Phase der Krankheit ständig zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wechseln, sollten die Möglichkeit erhalten, die gesamte Behandlung von einem Arzt ihres Vertrauens durchführen zu lassen. Bisher können nur PKV-Patienten den Krankenhausarzt als Arzt ihres Vertrauens wählen. Eine gezielte Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung dieses Personenkreises ist daher notwendig und sinnvoll. Die vorgesehene Zulassung der Krankenhäuser durch die Länder löst einerseits den bisherigen Boykott dieser Versorgungsform und schließt gleichzeitig ein ungesteuertes Wachstum dieses Leistungsbereiches aus.

Nichtsdestotrotz sollten die wenigen bestehenden Verträge geschützt werden. Dazu bedarf es einer Übergangsregelung für Verträge, die bereits vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geschlossen worden sind.

Für Leistungen, die nicht innerhalb der bestehenden Vergütungssysteme vergütet werden können, ist eine ersatzweise Regelung notwendig.

Änderungsvorschlag zum GKV-WSG

Arbeitszeitbedingungen im Krankenhaus

1. Zu Artikel 19 Nr. 1 (§ 4 KHEntgG)

§ 4 Abs. 13 Satz 1 und 2 Krankenhausentgeltgesetz werden wie folgt gefasst:

¹Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen vereinbaren die Vertragsparteien für die Jahre 2003 bis 2006 jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert und für das Jahr 2007 einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,6 vom Hundert des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 Satz 1. ²Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann dieser Betrag in den Folgejahren zusätzlich vereinbart werden.

Begründung:

Die Umstellung auf eine arbeitszeitrechtskonforme Arbeitszeitorganisation bedeutet für die Krankenhäuser erhebliche finanzielle Belastungen. Mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Regelung in die Bundespflegesatzverordnung und das Krankenhausentgeltgesetz aufgenommen worden, die den Krankenhäusern eine Refinanzierung der arbeitszeitbedingten Mehrkosten ermöglichen soll.

Die in § 6 Abs. 5 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und in § 4 Abs. 13 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vorgesehenen zeitlich gestaffelten Finanzmittel zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen kommen jedoch zu spät und sind im Volumen nicht ausreichend. Aus diesem Grund ist zumindest der im Jahr 2009 vorgesehene Höchstbetrag vorzuziehen. Der finanzielle Mehrbedarf für die gesetzlich vorgeschriebene Änderung der Arbeitszeitorganisation fällt bereits in 2006, spätestens jedoch nach Auslaufen der Übergangsregelung zum 1. Januar 2007 an.

2. Zu Artikel 20 (Änderung BPfIV)

§ 6 Abs. 5 Satz 1 und 2 Bundespflegesatzverordnung werden wie folgt gefasst:

¹Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen vereinbaren die Vertragsparteien für die Jahre 2003 bis 2006 jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert und für das Jahr 2007 einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,6 vom Hundert des Gesamtbetrags. ²Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann dieser Betrag in den Folgejahren zusätzlich vereinbart werden.

Begründung:

Die Umstellung auf eine arbeitszeitrechtskonforme Arbeitszeitorganisation bedeutet für die Krankenhäuser erhebliche finanzielle Belastungen. Mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Regelung in die Bundespflegesatzverordnung und das Krankenhausentgeltgesetz aufgenommen worden, die den Krankenhäusern eine Refinanzierung der arbeitszeitbedingten Mehrkosten ermöglichen soll.

Die in § 6 Abs. 5 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und in § 4 Abs. 13 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vorgesehenen zeitlich gestaffelten Finanzmittel zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen kommen jedoch zu spät und sind im Volumen nicht ausreichend. Aus diesem Grund ist zumindest der im Jahr 2009 vorgesehene Höchstbetrag vorzuziehen. Der finanzielle Mehrbedarf für die gesetzlich vorgeschriebene Änderung der Arbeitszeitorganisation fällt bereits in 2006, spätestens jedoch nach Auslaufen der Übergangsregelung zum 1. Januar 2007 an.

Änderungsvorschlag zum GKV-WSG

Medizinischer Dienst der Krankenkassen

1. Zu Artikel 1 Nummer 185 (§ 275 SGB V)

Artikel 1 Nummer 185 Buchstabe a) wird wie folgt geändert:

Absatz 1 c wird wie folgt gefasst:

„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nummer 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens vier Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten, durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen und spätestens innerhalb von weiteren sechs Wochen seit Einleitung des Prüfverfahrens abzuschließen. Die Krankenkasse hat dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100,00 Euro zu entrichten.“

Begründung:

Die vorgesehene Beschränkung des Prüfzeitraums ist uneingeschränkt zu befürworten. Um dem Erfordernis der zeitnahen Überprüfung jedoch gerecht zu werden erscheint eine kurze Frist sinnvoll. Darüber hinaus ist die Einführung einer weiteren gesetzlichen Frist zur Begrenzung der zeitlichen Dauer des Prüfverfahrens sinnvoll, um eine stringente Durchführung dieser Verfahren zu gewährleisten.

Die derzeitigen Regelungen führen zu einem regelrechten Stau von begonnenen und nicht beendeten Prüfverfahren beim Medizinischen Dienst. Die dadurch bedingten langen Verfahrensdauern führen bei den betroffenen Krankenhäusern oftmals zu erheblichen Liquiditätsengpässen, wodurch diesen dann letztlich nur noch die Möglichkeit verbleibt, die Vergütungen von den Krankenkassen einzuklagen. Außerdem sehen sich Krankenhausärzte in vielen dieser Fälle mit der Problematik konfrontiert, gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen Behandlungsabläufe und Entscheidungsfindungsprozesse noch Monate nach Entlassung des betreffenden Patienten nachvollziehen zu müssen, was sich in der Praxis oftmals schwierig gestaltet. Wie schon das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 13.12.2001 – B 3 KR 11/01 R – ausgeführt hat, solle ein Gutachter bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer stationären Behandlung nachträglich nicht lediglich auf schriftliche Dokumentationen des Behandlungsfalls, sondern vor allem auf die frische Erinnerung des behandelnden Arztes, dessen Entscheidung für die Durchführung der stationären Behandlung von der Rechtsprechung immerhin als Anscheinsbeweis für die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten angesehen wird, angewiesen sein. Diese Voraussetzungen seien lange Zeit nach Abschluss des jeweiligen Behandlungsfalles jedoch nicht mehr gewährleistet, weil die anschauliche Erinnerung des Arztes nachlasse, wodurch sich die Beweislage des Krankenhauses verschlechtere und sich dessen Aufwand erhöhe. Es wäre deshalb auch unter diesem Blickwinkel sachgerechter, nicht nur das Einleiten des Verfahrens, sondern auch dessen Durchführung zeitlich zu limitieren.

Die geplante Aufwandspauschale von 100,00 Euro stellt zwar einen positiven Ansatz zur Vermeidung ausufernder Einzelfallprüfungen dar. Gleichwohl wird die beabsichtigte Regelung nicht dem Umstand gerecht, dass jede Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, unabhängig von ihrem Ergebnis, auf Seiten der betroffenen Krankenhäuser einen nicht unerheblichen Aufwand begründet. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die beabsichtigte Regelung aufgrund des Umstandes, dass die Zahlung der Aufwandspauschale an ein negatives Prüfergebnis gekoppelt wird, Druck auf den Medizinischen Dienst dahingehend ausübt, möglichst in jedem Falle tatsächlich eine Fehlbelegung festzustellen. Aus diesen Gründen sollte die Aufwandspauschale von 100,00 Euro in jedem Fall an die betroffenen Krankenhäuser geleistet werden, unabhängig vom Ergebnis der Prüfung.

2. Ergänzung zu Artikel 1 Nummer 185 (§ 275 SGB V)

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „es“ die Wörter „im individuellen Behandlungsfall (Einzelfall)“ eingefügt.
- b) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Verdachtsunabhängige Prüfungen sind unzulässig.“

Begründung:

Die in den §§ 275 ff. SGB V geregelte Möglichkeit zur Durchführung einer verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen hat sich in der jüngeren Vergangenheit zu einer Belastung für die Krankenhäuser entwickelt. Dieses Prüfinstrument ist, entgegen seiner Intention, von einzelnen Krankenkassen dazu zweckentfremdet worden, um in unangemessener Weise und ungehindert von Verfahrensregelungen umfassende Prüfungen, unter Umgehung des § 17 c KHG, in Krankenhäusern durchzuführen, die nicht mehr als Einzelfallprüfungen bezeichnet werden können. Die derzeitige Fassung des § 275 SGB V und die im vorliegenden Gesetzesentwurf beabsichtigte Neufassung dieser Regelung stellt noch nicht hinreichend deutlich heraus, dass auf Grundlage von § 275 SGB V ausschließlich verdachtsabhängige Prüfungen eines Einzelfalls durchgeführt werden können. Dies ist im Gesetzestext ausdrücklich herauszustellen.

- c) Nach Absatz 1 c wird folgender Absatz 1 d eingefügt:

„Die Durchführung des Prüfverfahrens schiebt die Fälligkeit des Zahlungsanspruches des Leistungserbringers nicht hinaus. Gegebenfalls entstehende Rückforderungsansprüche können nach Abschluss des Prüfverfahrens bzw. nach rechtskräftigem Abschluss eines daran anschließenden Rechtsstreits verrechnet werden.“

Begründung:

Von existentieller Bedeutung für die Krankenhäuser ist eine gesetzliche Klarstellung, dass die Durchführung einer Einzelfallprüfung die Fälligkeit des Zahlungsanspruches nicht hinausschiebt. Die Krankenhäuser werden enorm belastet, wenn die Krankenkassen für den gesamten Zeitraum des Prüfverfahrens die Zahlung verweigern, denn die Aufrechterhaltung des Betriebes müsste dann kostspielig zwischenfinanziert werden. Eine entsprechende gesetzliche Regelung würde Krankenkassen zudem den Anreiz nehmen, Zahlungen aufgrund der Durchführung von Einzelfallprüfungen zurückzuhalten.

3. Ergänzung zu Artikel 1 Nummer 187 – neu – (§ 277 a SGB V)

Das SGB V wird um einen neuen § 277 a erweitert, der wie folgt gefasst wird:

§ 277a
Landesvertragliche Regelungen

„Der Medizinische Dienst hat bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach §§ 275 ff. die in den Verträgen nach § 112 Absatz 2 vereinbarten Regelungen zu beachten.“

Begründung: siehe 4.

4. Ergänzung zu Artikel 14 Nummer 5 (§ 17 c KHG)

§ 17 c Absatz 4 KHG wird um einen Satz 12 erweitert, der wie folgt gefasst wird:

„Der Medizinische Dienst hat bei der Prüfung die in den Vereinbarungen und Empfehlungen getroffenen Regelungen zu beachten.“

Begründung:

Zur Begutachtung und Beratung nach §§ 275 ff. SGB V bzw. zur Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen nach § 17 c KHG haben die Krankenkassen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einzuschalten.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat jüngst mit Urteil vom 28. September 2006 – B 3 KR 23/05 R – entschieden, dass der Medizinische Dienst rechtlich nicht verpflichtet sei, die in den Landesverträgen vereinbarten Regelungen für die Durchführung eines Prüfverfahrens zur Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung zu beachten. Halte er sich nicht an die im Landesvertrag vereinbarten Regelungen, könne dies auch nicht als Verfahrensverstöß der beauftragenden Krankenkasse gewertet und dieser angelastet werden.

Konsequenz dieser Rechtsprechung ist, dass die in den Landesverträgen nach § 112 Absatz 2 SGB V und in den Vereinbarungen und Empfehlungen nach § 17 c Absatz 4 KHG vereinbarten Regelungen zum Teil ins Leere laufen. Die Krankenhäuser sind insofern dem Medizinischen Dienst ausgeliefert, ohne dass es ihnen möglich wäre, etwaige Verfahrensverstöße dieser Dienste gegenüber den Krankenkassen zu deren

Lasten einzuwenden. Zur Sicherstellung eines geordneten Verfahrens und zur Wahrung der Parität zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern ist es vor dem Hintergrund der aktuellen BSG-Rechtsprechung dringend erforderlich, zu gewährleisten, dass der Medizinische Dienst die in den Landesverträgen nach § 112 Absatz 2 SGB V sowie in den Vereinbarungen und Empfehlungen nach § 17 c Absatz 4 KHG getroffenen Regelungen einzuhalten hat.

Änderungsvorschlag zum GKV-WSG

Belegärztliche Versorgung im Krankenhaus

Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates hat sich dafür ausgesprochen, die Vergütung von belegärztlichen Leistungen folgendermaßen zu ändern:

- Der Status des Belegarztes bleibt erhalten.
- Die Finanzierung der belegärztlichen Leistungen erfolgt im G-DRG-System, der Vertragsarzt wird durch das Krankenhaus honoriert.
- Die Refinanzierung der Mehrkosten im G-DRG-System ist nach dem Wortlaut des Gesetzestextes vorgesehen. Gemäß der Begründung sollen jedoch nur die „aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung entnommenen Beträge“ bereitgestellt werden.
- Die bisher von Belegärzten veranlassten Leistungen von Ärzten außerhalb des Krankenhauses werden zu Verbringungsleistungen des Krankenhauses und sind mit der G-DRG-Pauschale abgegolten.
- Die Vergütungshöhe (Relativgewicht) wird in einem separaten G-DRG-Katalog für die belegärztliche Versorgung festgelegt.
- Solange die belegärztlichen DRGs nicht von InEK kalkuliert werden können, sind die Relativgewichte aus dem Hauptabteilungskatalog mit einem Abschlag in Höhe von 15% abzuleiten.

Die Beibehaltung des Belegarztstatus führt im Kontext mit den vorgesehenen Änderungen auch unter leistungs- und vertragsrechtlichen Aspekten zu inkonsistenten Konstruktionen. Diese Inkonsistenzen wären durch eine Überführung des Belegarztwesens in ein Konsiliararztmodell zu vermeiden.

Der Änderungsantrag sieht nur bei oberflächlicher Betrachtung eine Refinanzierung des systemumstellungsbedingten Mehrbedarfes im Krankenhaussektor vor. Gemäß der Begründung zum Änderungsantrag sollen jedoch nur die „aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung entnommenen Beträge“ bereitgestellt werden. Ein Großteil der überführten Leistungen würde somit ohne die Bereitstellung von zusätzlichen Finanzmitteln auf die Krankenhäuser übertragen. Der resultierende Fehlbetrag müsste dann im Sinne einer „Kollektivhaftung“ über sinkende Landesbasisfallwerte von allen Krankenhäusern subventioniert werden.

Die Übergangslösung mit abgesenkten Fallpauschalen ist völlig inakzeptabel. Aus um 15 % abgesenkten Fallpauschalen können die Honorare für die Vertragsärzte nicht ansatzweise aufgebracht werden. Die bestehenden Fallpauschalen für Belegabteilungen sind durchschnittlich um ca. 20 % niedriger als vergleichbare Vergütungen in Hauptabteilungen. Bei einer Absenkung um 15 % blieben somit durchschnittlich nur 5 % für die Honorare der Vertragsärzte.

Um eine konsistente Neugestaltung des Belegarztwesens zu erreichen und der akut bestehende Gefährdung dieser bewährten Versorgungsform entgegen zu wirken muss eine Reform die folgende Ziele erreichen:

- Konsequente Überführung des Belegarztwesens in ein Konsiliararztmodell mit eindeutigen leistungs- und vertragsrechtlichen Regelungen.
- Einheitlicher G-DRG-Katalog für die Vergütung der Leistungen, das heißt: Keine Unterscheidung zwischen Leistungen in Haupt- und Belegabteilungen
- Refinanzierung der in den Krankenhaussektor übertragenen Aufgaben in Höhe des tatsächlich resultierenden Mehrbedarfs.

Eine Subventionierung der Systemumstellung durch die Krankenhäuser kann bei der bereits unzureichenden Krankenhausfinanzierung keine Lösung darstellen.