

**Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den "Eckpunkten einer Gesundheitsreform 2006" vom 04.07.2006**  
 - Endfassung vom 18.08.2006 -

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
<p><b>1. Finanzreform</b></p> <p>Konzept zur Sicherung der dauerhaften Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens durch stabile Finanzstrukturen.</p>	<p>Finanzierung der GKV über einen Gesundheitsfonds.</p> <p>Einstieg in die teilweise Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der GKV (aus dem Bundeshaushalt: 2008: 1,5 Mrd. Euro, 2009: 3 Mrd. Euro, in den Folgejahren weiter ansteigend).</p>	<p>Zentrales Problem der Krankenversicherung ist die geschätzte Finanzierungslücke bis zum Jahr 2009 von mindestens 16 Mrd. Euro. Gründe auf der Einnahmenseite sind u.a. die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit, der Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung sowie aktuelle politische Eingriffe, insbesondere die Kürzung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen und die Mehrwertsteuererhöhung. Auf der Ausgabenseite sorgen insbesondere die Arzneimittel- und die Krankenhausausgaben für erhebliche Zuwächse. Ziel muss es daher sein, die Finanzen der GKV sowohl kurzfristig als auch nachhaltig zu stabilisieren.</p> <p>Die vorgesehenen Maßnahmen sind nicht geeignet, die Finanzierung der GKV auf eine stabile und nachhaltige Grundlage zu stellen. Die für 2008 und 2009 in Aussicht gestellten 1,5 Mrd bzw. 3 Mrd. Euro bleiben noch hinter dem diesjährigen Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen von 4,2 Mrd. zurück. Die fehlende Gegenfinanzierung der angekündigten Steuerzuschüsse lässt zudem erhebliche Zweifel an der Verlässlichkeit dieser Finanzierungssäule zu.</p> <p>Auch bei Berücksichtigung der in Aussicht gestellten Zuschüsse verbleibt ein geschätztes Defizit von rund 13 Mrd. Euro bis 2009; ihrem Anspruch, eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen, wird die Koalition damit nicht gerecht.</p>
	<p>Fonds erhebt Beiträge von Mitgliedern und Arbeitgebern, die Beitragssätze werden gesetzlich fixiert, der Arbeitnehmerbeitrag enthält den heutigen Sonderbeitrag von 0,9%, Verteilung der Beitragslast entspricht heutiger Situation.</p> <p>Krankenkassen erhalten für jeden Versicherten eine Grundpauschale und einen risikoadjustierten Zuschlag.</p> <p>Beitragseinzug für alle Sozialversicherungszweige durch regional organisierte Einzugsstellen, Übergangsregelungen für heutige Organisationseinheiten und Mitarbeiter der Kassen in diesem Bereich.</p>	<p>Mit dem Gesundheitsfonds wird ein folgenschwerer Systemwechsel im Gesundheitswesen eingeleitet. Die Krankenkassen verlieren weitgehend ihre Finanzautonomie. Ihr finanzpolitischer Spielraum beschränkte sich dann allein auf die Festlegung der Höhe der zusätzlichen Prämien. Zusammen mit einem staatlich angeordneten Dachverband und dem zu einer Regulierungsbehörde umgewandelten Gemeinsamen Bundesauschuss wird der Weg in ein verstaatlichtes Gesundheitssystem beschritten.</p> <p>Die Errichtung eines Gesundheitsfonds wird dazu führen, dass zusätzliche Bürokratie durch den Aufbau von Doppelstrukturen geschaffen wird. Zusätzlich zum Beitragseinzug der neuen Einzugsstellen des Fonds müssten auch die Krankenkassen weiterhin einen Beitragseinzug durchführen, nämlich für den Einzug der zusätzlichen Prämie von den Versicherten. Die Reorganisation des Beitragseinzugs gefährdet ein Verfahren, mit dem die Krankenkassen bislang kompetent, reibungslos und effizient den gemeinsamen Beitragseinzug für die GKV, für die Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie für die Lohnfortzahlungsversicherung der Arbeitgeber sicherstellen.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
	<p>Aus dem Gesundheitsfonds sollen mindestens 95 Prozent der Gesundheitsausgaben finanziert werden. Krankenkassen, die mit den Fondsmitteln nicht auskommen, sollen die bereits vorhandenen und die neu geschaffenen Möglichkeiten nutzen, ihre Versorgung kostengünstiger zu organisieren (z.B. durch Hausarztmodelle, Selbstbehalttarife usw.). Wenn dies nicht ausreicht, können sie einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Ggf. anfallende Überschüsse können ausgeschüttet werden. Der Zusatzbeitrag darf 1% des Haushaltseinkommens des Mitglieds nicht überschreiten (analoge Regelung zur Überforderungsklausel). Die Krankenkasse kann den Fonds mit dem Beitragseinzug beauftragen.</p>	<p>Die 95-Prozent-Regel soll die mit der Einführung der zusätzlichen Prämie verbundene Mehrbelastung der Versicherten begrenzen. Gleichwohl setzen die kassenindividuellen Zusatzbeiträge, mit denen die Krankenkassen die Ausgaben finanzieren müssen, die nicht durch die Zuweisungen aus dem Fonds gedeckt sind, im Zusammenhang mit den anderen Wirkungen des Gesundheitsfonds falsche Anreize für den Wettbewerb und werden folglich zu Wettbewerbsverwerfungen führen. Zwar soll jede Krankenkasse wählen können, ob sie den Zusatzbeitrag einkommensbezogen erhebt oder als "kleine" Prämie. In der Praxis wird aber die "kleine" Prämie die Regel sein, weil Krankenkassen mit einkommensbezogenen Zusatzbeiträgen Gefahr laufen, ihre Versicherten mit höheren Einkommen an Krankenkassen mit Kopfprämien zu verlieren. Da die Prämien allein von den Versicherten getragen werden, werden sich die Wettbewerbsabstände zwischen den Krankenkassen vergrößern und mit jeder notwendig werdenden Erhöhung weiter auseinander driften.</p> <p>Um die Erhebung einer zusätzlichen Prämie zu vermeiden, sind die vorhandenen und neuen Vertragsfreiheiten sowie die Wahl- und Selbstbehalttarife weder geeignet noch hinreichend. Durch den Übergang der Vertragskompetenzen bei den Kollektivverträgen auf die Dachverbände auf Landesebene wird zudem der Wettbewerb gegenüber der heutigen Situation erheblich eingeschränkt. Deshalb werden die Krankenkassen gezwungen sein, Satzungs- und - soweit rechtlich möglich - Ermessensleistungen einzuschränken sowie Geschäftsstellen und Serviceangebote für die Versicherten abzubauen. Das ist kontraproduktiv. Statt Anreize zur Erhöhung von Qualität und zum Aufbau neuer, produktiverer Versorgungsformen und -strukturen zu setzen, wird sich der Wettbewerb auf gesunde Versicherte konzentrieren.</p> <p>Die Vorgabe, dass die zusätzliche Prämie 1 Prozent des Haushaltseinkommens des Mitglieds nicht übersteigen darf, mildert die negativen Verteilungswirkungen der zusätzlichen Prämie, wird aber diejenigen Krankenkassen weiter schwächen, die überdurchschnittlich viele Geringverdiener versichern. Sie werden von ihren Mitgliedern mit höheren Einkommen entsprechend höhere Prämien verlangen müssen.</p> <p>Beauftragt die Krankenkasse den Fonds mit dem Einzug der zusätzlichen Prämie, entfällt zwar der Beitragseinzug bei der Krankenkasse. Es entsteht jedoch zusätzlicher bürokratischer Aufwand dadurch, dass die Krankenkasse den Fonds laufend über ihren aktuellen Mitgliederbestand informieren muss, damit der Fonds die zusätzlichen Prämien auf Basis der konkreten Versicherungszeiten korrekt einziehen und ggf. vollstrecken kann. Zusätzlich benötigt der Fonds Daten über die Haushaltseinkommen der Versicherten, die - nach Prüfung durch die Krankenkasse - unter die neue Überforderungsklausel fallen. Insgesamt wird ein aufwändiger permanenter Datenaustausch zwischen der Krankenkasse und dem Fonds notwendig.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
		<p><b>Vorschläge SpiK:</b>  Rückführung der sozialpolitischen Verschiebebahnhöfe, durch die der GKV jährlich ein Finanzkraftverlust von rund 7,1 Mrd. Euro entsteht.</p> <p>Finanzierung versicherungsfremder Leistungen, die sich für die GKV auf über 5 Mrd. Euro belaufen, aus Steuermitteln. Ein erster Schritt dazu wäre die Rücknahme der Kürzung des Bundeszuschusses um 2,7 Mrd. Euro in 2007.</p> <p>Reduzierter Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel und Hilfsmittel.</p> <p>Beibehaltung des Beitragseinzugs durch die Krankenkassen und Fortsetzung der Optimierung des Beitragseinzugs durch diese selbst.</p> <p>Die Vertragskompetenzen der Krankenkassen dürfen nicht durch Verlagerung auf Dachverbände verengt, sondern müssen zugunsten des Wettbewerbs um Qualität und Effizienz der Versorgung erweitert werden.</p>
<p><b>2. Kassenfusionen</b></p>	<p>Jede Krankenkasse soll künftig mit jeder Krankenkasse fusionieren können. Es sollen Regelungen für bestehende Verbindlichkeiten fusionierter Krankenkassen und deren Zuordnung zu einem Haftungsverbund geschaffen werden, damit sie sich nicht missbräuchlich durch Fusionen von Schulden und Verbindlichkeiten befreien oder diese in einen anderen Haftungsverbund einbringen können. Es soll eine zeitlich begrenzte nachfolgende Haftung eingeführt werden.</p> <p>Fusionen bedürfen weiterhin der Zustimmung der vor der Fusion zuständigen Aufsichtsbehörden und sollen nach einheitlichen Kriterien beurteilt werden, die insbesondere eine Erfüllung von Haftungsverbindlichkeiten, ein tragfähiges Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur sowie die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung durch die neue Kasse gewährleisten.</p> <p>Zuvor nicht zuständige Aufsichtsbehörden können aus der Neuordnung der Versorgungsaufsicht kein Mitwirkungs- oder Vetorecht ableiten.</p> <p>Staatsverträge sind nicht (länger) erforderlich.</p> <p>Zur Vermeidung von Monopolen und des Missbrauchs marktbeherrschender Stellungen sollen wettbewerbsrechtliche Regelungen unter Beachtung der spezifischen Anforderungen der GKV Anwendung finden.</p>	<p>Mit der Zulassung kassenartenübergreifender Fusionen soll der bereits fortschreitende Konzentrationsprozess in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter intensiviert werden. Verbunden wird damit die Hoffnung, dass durch größere Einheiten zugleich eine größere Effizienz der Kassenorganisation erreicht werden kann. Allerdings zeigt die Empirie, dass größere Versicherungsträger keinesfalls automatisch niedrigere Verwaltungskosten pro Kopf haben als kleinere Krankenkassen. Zudem bergen kassenartenübergreifende Fusionen auch erhebliche Risiken, wenn keine effektiven flankierenden Regelungen getroffen werden. So ist die Vorgabe der Koalition zu begrüßen, dass sichergestellt werden soll, dass sich Krankenkassen nicht durch Fusionen ihren Haftungsverpflichtungen und -risiken innerhalb ihrer Verbände entziehen.</p> <p>Negativ bewertet wird, dass die Aufsichtsbehörden künftig als Fachaufsicht die ökonomische und versorgungspolitische Zweckmäßigkeit von Vereinigungen beurteilen sollen. Über die Zweckmäßigkeit von Vereinigungen sollten die Krankenkassen als selbstverwaltete Körperschaften autonom entscheiden; die Leistungsfähigkeit der vereinigten Krankenkassen muss sich dann im Wettbewerb um die Versicherten erweisen.</p> <p>Es wird begrüßt, dass - im Falle einer von den Spitzenverbänden grundsätzlich kritisch beurteilten Verlagerung der Versorgungsaufsicht auf die Länder - den zuvor nicht zuständigen Aufsichtsbehörden hinsichtlich der Fusionen keine Mitwirkungsrechte eingeräumt werden.</p> <p>Positiv bewertet wird, dass für Fusionen künftig keine Staatsverträge mehr erforderlich sind.</p> <p>Der Absicht, marktbeherrschende Stellungen und Monopole auszuschließen, ist zuzustimmen. Es sind geeignete Referenzgrößen zu entwickeln.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
	<p>Es soll sichergestellt werden, dass bis zu einem Stichtag grundsätzlich alle Kassen schuldenfrei sind.</p> <p>Bei Fusionen und bei der Schaffung neuer Institutionen bedarf es eines einheitlichen Vertretungsrechts in der Selbstverwaltung.</p>	<p>Die gegenwärtig noch bestehende restliche Verschuldung der Krankenkassen ist u.a. darauf zurückzuführen, dass in 2003 Beitragssatzerhöhungen untersagt waren. In den Jahren 2004 und 2005 wurden die Krankenkassen zudem von der Politik kritisiert, sie würden die Schulden zu schnell abbauen und nicht in ausreichendem Maße die Beitragssätze senken.</p> <p>Unklar ist, in welcher Weise konkret die Schuldenfreiheit zum 31.12.2007 sichergestellt werden soll. Der Schuldenstand der gesetzlichen Krankenkassen beträgt ca. 3,7 Mrd. Euro. Der sich hieraus ergebende Beitragssatzbedarf ist abhängig vom Zeitraum der Entschuldung. Bei einer Entschuldung der verschuldeten Krankenkassen bis Ende 2007 entstünde bezogen auf die gesamte gesetzliche Krankenversicherung ein zusätzlicher Beitragssatzbedarf von jeweils 0,19 Beitragssatzpunkten in 2006 und 2007. Die Forderung, dass alle Krankenkassen zum 1.1.2008 schuldenfrei ins Fondsmodell starten, impliziert also für die Jahre 2006 und 2007 weitere Beitragssatzsteigerungen.</p> <p>Bei Fusionen sollte die Selbstverwaltung der beteiligten Versicherungsträger selbst über die Zusammensetzung ihrer Selbstverwaltungsorgane entscheiden können.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
<p><b>3. Verbände</b></p>	<p>Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände bilden auf Bundesebene einen Spitzenverband (ggf. in Form eines Vereines).</p> <p>Entscheidungen des Spitzenverbandes sind für die Krankenkassen bzw. deren Verbände verbindlich.</p> <p>Der Spitzenverband erhält als wettbewerbsneutrale Aufgaben die Vertretung der Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie die Vertragskompetenz für Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen (z.B. Rahmenvertrag für Vergütung auf Bundesebene, Mindeststandards für Qualitätsanforderungen, Festbetragsfestsetzungen).</p>	<p>In keiner Weise belegt ist die Annahme der Koalition, ein Dachverband auf Bundesebene könne die vielfältigen Aufgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen besser und zielgerichteter erfüllen als diese. Mit derselben Logik könnte man etwa für den Bankensektor oder die Pharmazeutische Industrie fordern, dass sich alle Banken und Sparkassen bzw. alle Arzneimittelhersteller in einem einzigen Dachverband zusammenschließen.</p> <p>Die historisch gegliederte Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung bewirkt bislang auch auf den Ebenen Landes- und Bundesverbände einen funktionalen Wettbewerb im Vertragsbereich und tragfähige - von den jeweiligen Mitgliedern akzeptierte - Interessenausgleiche überall dort, wo diese bereits heute gesetzlich zu einheitlichen und gemeinsamen Lösungen verpflichtet sind. Die Behauptung, die Arbeit der Verbände sei ineffektiv, ist somit falsch. In allen den Spitzenverbänden bislang vom Gesetzgeber übertragenen Angelegenheiten wurden im Gremium nach § 213 SGB V termingerecht Entscheidungen getroffen.</p> <p>Im Gegensatz zu den heutigen Verbänden dürfte es einem einzigen Dachverband wesentlich schwerer fallen, die unterschiedlichen Interessen einer Vielzahl von Krankenkassen auszugleichen und zu allgemein akzeptierten Entscheidungen zu kommen. In der Folge ist eine Zunahme an Ersatzvornahmen durch das Gesundheitsministerium und damit ein zunehmender staatlicher Einfluss zu erwarten. Die Selbstverwaltung durch die Vertreter von Versicherten und Arbeitgebern würde eingeschränkt.</p> <p>Es ist davon auszugehen, dass der Einfluss der mit der konkreten Versorgungssituation vor Ort vertrauten und erfahrenen Praktiker der Krankenkassen auf die Versorgung der Versicherten abnehmen wird. Einem staatsnahen Dachverband wird es zwangsläufig an Versichertennähe mangeln.</p> <p>Die Vertretung der Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung durch einen Dachverband wird u.a. mit Verweis auf Konflikte und Verzögerungen bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und im Gemeinsamen Bundesausschuss begründet. Die Anführung dieser Beispiele ist jedoch unredlich. Die gesetzliche Krankenversicherung hat hier durchgängig gemeinsame Positionen vertreten. Die aufgetretenen Konflikte hatten andere Ursachen, etwa unrealistische gesetzliche Terminvorgaben oder Konsensanforderungen im Verhältnis zu den Leistungserbringern. Eine nachprüfbar und zutreffende Begründung für die geplanten Organisationsrechtsänderungen bleibt die Politik damit schuldig.</p> <p><b>Vorschlag SpiK:</b> Die Bildung eines Spitzenverbandes auf Bundesebene wird abgelehnt. Die bisherigen bewährten pluralen Strukturen sind beizubehalten und weiterzuentwickeln.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
	<p>Für kollektive Vertragsbeziehungen auf Landesebene werden entsprechende gemeinsame Landesverbände errichtet.</p> <p>Den Kassen steht es darüber hinaus frei, Verbände oder Zusammenschlüsse zu bilden.</p> <p>Krankenkassen bzw. ihre Zusammenschlüsse erhalten volle Vertragsfreiheit für die wettbewerblichen Bereiche (z.B. Hausarzttarife, Integrationsverträge, Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und Apotheken).</p> <p>Die Kassen können sich Dritter bedienen, um Aufgaben zu erledigen oder wettbewerbsfähige Verhandlungspositionen zu erlangen.</p> <p>Soweit die Krankenkassen bzw. ihre Verbände nicht bis zum 31.12.2007 den Spitzenverband bzw. die Landesspitzenverbände errichtet haben, führen die Aufsichtsbehörden die Errichtung durch.</p>	<p>Die Verlagerung der "wettbewerbsneutralen Aufgaben" auf die Dachverbände auf Bundes- und Landesebene bedeutet im Ergebnis, dass diese die größten Ausgabeblocke der gesetzlichen Krankenversicherung zentral steuern werden. Mit den Rahmenverträgen für die stationäre Versorgung, für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung, für die Arzneimittelversorgung sowie mit den Gesamtverträgen werden die Dachverbände dann künftig 70 Prozent der Ausgaben mit verbindlicher Wirkung für die Krankenkassen regeln. Die Krankenkassen werden entsprechend an unternehmerischer Entscheidungskompetenz verlieren. Dies widerspricht fundamental der vorgetragenen Absicht der Koalition, mehr Wettbewerbselemente in die gesetzliche Krankenversicherung einzuführen. Das Gegenteil ist der Fall: Das Vorhaben schränkt die Vertragsautonomie der Krankenkassen weiter ein, sie müssen Verträge gegen sich gelten lassen, die gegen ihren Willen zu Stande kommen.</p> <p>In der Konsequenz haben die heutigen Bundes- und Landesverbände keine Vertragskompetenzen mehr. Die einheitlichen und gemeinsamen Verträge werden von den Dachverbänden geschlossen, alle anderen Verträge gehen in die Kompetenz der Krankenkassen über. Allerdings können sich die Kassen über Verbände in den Dachverbänden vertreten lassen und auch Einzelverträge über ihre Verbände abschließen.</p> <p><b>Vorschlag SpiK:</b> Die Bildung von gemeinsamen Landesdachverbänden wird abgelehnt. Die bisherigen, bewährten pluralen Strukturen sind beizubehalten und weiterzuentwickeln.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
<p><b>4. Gemeinsame Selbstverwaltung</b></p>	<p>Die Entscheidungsgremien im Gemeinsamen Bundesausschuss werden mit Hauptamtlichen besetzt, die von den Krankenkassen, Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern vorgeschlagen werden können und in ihrem Handeln weisungsunabhängig sind. Ihre Amtszeiten werden auf maximal zwei Amtsperioden begrenzt.</p>	<p>Die in den Eckpunkten vorgesehene Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses zerstört die bewährte Struktur einer Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung. Bei einer Besetzung der Entscheidungsgremien mit Hauptamtlichen müsste der Gemeinsame Bundesausschuss aus Gründen der Rechtssicherheit in eine nachgeordnete Behörde des Ministeriums umgewandelt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Mitglieder des Entscheidungsgremiums vom Ministerium ernannt werden. Die Möglichkeit für Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte oder Krankenhäuser hierfür Vorschläge zu machen, deutet darauf hin, dass diese Vorschläge keinerlei Bindungswirkung entfalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss wäre dann kein Organ der Selbstverwaltung mehr, denn deren Entscheidungsträger müssen sich über eine klare Legitimationskette auf Urwahlen berufen können (bei den Krankenkassen die Sozialwahl). Ansonsten sind sie nicht hinreichend demokratisch legitimiert (siehe hierzu die entsprechenden Urteile des Bundessozialgerichts und des Bundesverfassungsgerichts in Festbetragsangelegenheiten).</p> <p>Als verfassungsrechtlich zulässige Alternative kommt nur die staatsunmittelbare Verwaltung in Betracht, also eine Behörde, die als Teil der Exekutive dem BMG untersteht. Eine nachgeordnete Behörde des Ministeriums wäre einem erheblichen politischen Druck ausgesetzt. Die bislang praktizierte Sachnähe der Entscheidungsprozesse geht damit verloren. Gerade in Wahlkampfzeiten ist es fraglich, ob die Politik dem Druck der Interessenverbände standhalten könnte und nicht Einfluss auf die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nehmen würde. Das Festbetragsystem in der heutigen Form wäre unter diesen Umständen gegen die Interessen der pharmazeutischen Industrie wohl kaum zu halten.</p> <p>Für die geplante Umwandlung des Gemeinsamen Bundesausschusses gibt es keine sachlich fundierte Begründung. Alle dem Gemeinsamen Bundesausschuss vom Gesetzgeber erteilten Aufträge sind innerhalb der gesetzten Fristen erfüllt worden. Der jährliche Geschäftsbericht des Gemeinsamen Bundesausschusses zeigt, dass hier eine Vielzahl von sachgerechten Entscheidungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung und zur Umsetzung gesetzlicher Vorhaben getroffen werden. Dabei gewährleistet die heutige Mitwirkung der verantwortlichen Vertreter der jeweiligen Trägerorganisationen als Mitglieder des Gremiums, dass die Entscheidungen in den vertretenen Organisationen bzw. bei deren Mitgliedern eine hohe Akzeptanz und stringente Umsetzung erfahren.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
	<p>Die Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen künftig öffentlich zu sein.</p> <p>Sektorübergreifende Entscheidungen auch zur Arzneimittelversorgung sind in einem Gremium zu fällen.</p> <p>Werden Entscheidungen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht in angemessenen Fristen getroffen, gelten die Methoden als zugelassen; wird ein Antrag auf Ausschluss von Leistungen nicht in angemessener Frist beschieden, bleiben diese Leistungen im Leistungskatalog.</p> <p>Die Möglichkeiten zur Konfliktlösung durch die unparteiischen Mitglieder werden erweitert.</p> <p>Die Möglichkeiten des Ministeriums zur Einflussnahme bis zur Ersatzvornahme werden präzisiert.</p> <p>Um Doppelstrukturen (z.B. in der Qualitätssicherung) zu vermeiden, können Institutionen und Gremien außerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses in dessen Aufgaben- und Arbeitsstruktur integriert werden.</p>	<p>Schon heute ist weitestgehende Transparenz der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses gegeben, z. B. durch die Veröffentlichung der Beschlüsse noch vor Ablauf der Beanstandungsfrist durch das Ministerium, regelmäßige Pressearbeit, zahlreiche Informationen über die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses im Internet, durch die Beteiligung von Patientenvertretern usw.</p> <p>Eine fixe Zeitvorgabe für den Beratungszeitraum im Gemeinsamen Bundesausschuss ist weder zielführend noch sachgerecht. Es würde sich auch die Frage stellen, wie eine "angemessene" Zeit festzulegen ist. Je nach Beratungsgegenstand sind unterschiedliche Beratungszeiträume erforderlich. Werden unrealistische Vorgaben gemacht, besteht die Gefahr, dass medizinisch fragwürdige oder unwirtschaftliche Versorgungsleistungen zementiert bzw. eingeführt werden. Damit ist eine die Qualität gefährdende und kostentreibende Wirkung zu befürchten. Eine derartige Vorgabe ist zudem strategiefähig, da im Beratungsprozess gezielt Verzögerungstaktiken gefahren werden könnten.</p> <p>Nach heutiger Rechtslage werden die Richtlinien zur Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen. Die Durchführung der Qualitätssicherung wird im stationären Sektor von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) durchgeführt. Träger sind die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung. In der ambulanten Versorgung erfolgt sie durch die Selbstverwaltungspartner.</p> <p>Die Umwandlung des Gemeinsamen Bundesausschusses in eine staatliche Regulierungsbehörde und die Integration der Qualitätssicherung in diese Regulierungsbehörde würde einer verstaatlichten Qualitätssicherung gleichkommen und ist daher abzulehnen.</p> <p><b>Vorschlag SpiK:</b> Der Gemeinsame Bundesausschuss muss ein Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung bleiben, das der Rechtsaufsicht des Ministeriums unterliegt.</p> <p>Die Straffung der Beratungsarbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses entspricht im Grundsatz einem Anliegen der gesetzlichen Krankenversicherung. Entsprechende Vorschläge der Spitzenverbände zur Verschlankung und operativen Entlastung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen einer Selbstverwaltungslösung liegen dem Ministerium vor.</p> <p>Die Qualitätssicherung muss Aufgabe der Selbstverwaltung bleiben.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
<b>5. Aufsichtsrecht</b>	Die Aufsichtsbehörden der Länder erhalten die Aufsichtskompetenz über die Gestaltung der Versorgungsverträge und damit über die Sicherstellung der Versorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich für alle Krankenkassen.	<p>Grundsätzlich sollte für jede Krankenkasse nur eine Aufsichtsbehörde zuständig sein. Eine Trennung zwischen "inhaltlicher Aufsicht" und "Finanzaufsicht" ist nicht sinnvoll. Zum einen sind Versorgungsverträge immer auch haushaltsrelevant; zum anderen müssten sich bundesweite Krankenkassen regelmäßig mit 17 verschiedenen Aufsichtsbehörden verständigen. Dies führte nur zu mehr Bürokratie und Verwaltungskosten - sowohl bei den staatlichen Aufsichtsbehörden als auch bei den Krankenkassen.</p> <p><b>Vorschlag SpiK:</b> Die Aufteilung der Aufsichtszuständigkeiten wird abgelehnt. Die bisherigen Aufsichtszuständigkeiten sind beizubehalten.</p>
<b>6. Medizinischer Dienst</b>	<p>Organisation, Aufgaben und Finanzierung des Medizinischen Dienstes sollen den neuen wettbewerblichen Bedingungen angepasst werden.</p> <p>Insbesondere soll sichergestellt werden, dass die Kranken- und Pflegekassen die fachliche Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes respektieren und ihn nicht in unverhältnismäßiger Weise zur Einzelfallsteuerung einsetzen.</p> <p>Reduzierung des Prüfaufwandes in Bezug auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.</p>	<p>Der Vorschlag, die Strukturen der Medizinischen Dienste an die veränderten Organisationsstrukturen der Krankenkassen anzupassen, wird begrüßt. Die bisherigen Aufgaben für die Medizinischen Dienste sollen in einen strukturierten neuen Aufgabenkatalog im Neunten Kapitel SGB V münden.</p> <p>Die fachliche Unabhängigkeit der Gutachter des Medizinischen Dienstes ist sowohl von Seiten der Kranken- und Pflegekassen als auch von Seiten der Leistungserbringer zu respektieren. Eine Erleichterung von Fusionen und Kooperationen der Medizinischen Dienste ist zu begrüßen.</p> <p>Bezüglich der Begutachtungen im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation besteht bereits heute die Möglichkeit, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen in Ausnahmeregelungen festlegen, welche Anträge nicht durch den Medizinischen Dienst begutachtet werden müssen. Aufgrund dramatischer Ausgabensteigerungen mussten diese Ausnahmeregelungen nach Aufforderung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 1995 eingegrenzt werden. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass eine Beschränkung der Begutachtung auf Stichproben wiederum zu Ausgabensteigerungen im mehrstelligen Bereich führen würde.</p> <p>Aufgrund der Zuständigkeit unterschiedlicher Rehabilitationsträger ist der Medizinische Dienst zur medizinischen Beurteilung erforderlich, etwa um festzustellen, ob eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit besteht und damit die Zuständigkeit der Rentenversicherung gegeben sein könnte.</p> <p>Es ist deshalb weiterhin erforderlich, den Medizinischen Dienst bereits vor der Bewilligung von Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation mit der Beratung und Begutachtung im Einzelfall zu beauftragen.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
	<p>Es sollen neue Wege für eine Finanzierung nach Inanspruchnahme und für eine Auswahl unter den Medizinischen Diensten sowie anderer medizinischer Gutachterdienste möglich werden.</p> <p>Das Aufgabenspektrum des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen wird entsprechend angepasst.</p>	<p>Durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurde erstmals die Möglichkeit geschaffen, im Rahmen von Modellvorhaben in durch Richtlinien bestimmten wettbewerbsrelevanten Beratungsfeldern die Nutzerfinanzierung zu erproben. Dabei können die Krankenkassen bereits heute wählen, welchen Medizinischen Dienst sie beauftragen. Vor weiteren Rechtsänderungen sollten die noch laufenden Modellvorhaben zur Nutzerfinanzierung abgewartet werden.</p> <p>Zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Beratung und Begutachtung ist das gemeinschaftliche Handeln der Medizinischen Dienste auszubauen. Dazu ist das Aufgabenspektrum sowie die Koordinierungsfunktion des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen zu erweitern.</p> <p><b>Vorschlag SpiK:</b> Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben konkrete Vorschläge zur Änderung des Kapitels "Medizinischer Dienst der Krankenversicherung" im SGB V erarbeitet. Diese sehen vor, das Aufgabenspektrum der Medizinischen Dienste den aktuellen Erfordernissen anzupassen und zu präzisieren. Die Organisationsstruktur und die Finanzierung der Medizinischen Dienste soll an die z.B. durch Fusionen veränderten Strukturen der Krankenversicherung angepasst werden. Zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen medizinischen Beratung und Begutachtung wird eine Konkretisierung der Koordinierungsfunktion des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen vorgeschlagen. Die erarbeiteten Vorschläge der Spitzenverbände werden im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens eingebracht.</p>
<p><b>7. Senkung des Anstiegs der Arzneimittelausgaben</b></p>	<p>Erleichterung der Auseinzelung.</p>	<p>Finanzielle Auswirkungen einer erleichterten Auseinzelung sind zurzeit nicht kalkulierbar. Dies liegt daran, dass gegenwärtig die Auseinzelung als Rezeptur gilt und mit höheren prozentualen Aufschlägen versehen wird als die Abgabe einer Fertigarzneimittelpackung. Die bisher selten ärztlich verordnete Abgabe einer ausgeeinzelten Menge kann bei Kurzzeittherapien oder Neueinstellungen sinnvoll sein, wenn keine entsprechende Packungsgröße im Handel ist. Ausreichend für diesen Zweck wäre eine klare Regelung in der Arzneimittelpreisverordnung und im Arzneimittelgesetz (Abteilung aus preisgünstigster Packung, Beipackzettel etc.). Versorgungsfragen lassen sich mit der Packungsgrößenverordnung regeln, die therapiegerechte Packungsgrößen bestimmt. Eine regelhafte Auseinzelung wirft vielfältige Fragen zur Zulassung, Arzneimittelsicherheit, Produkthaftung sowie zur Vertragsgestaltung und Abrechnung auf.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
Deutliche Abgrenzung von Schein- zu echten Innovationen auf dem Arzneimittelmarkt	Die bestehende Nutzen-Bewertung wird zur Kosten-Nutzen-Bewertung, sie soll keine zusätzliche Zulassungsvoraussetzung darstellen.	<p>Die Kosten-Nutzen-Bewertung entspricht einer langjährigen Forderung der Spitzenverbände. Entscheidend ist die Ausgestaltung der tatsächlichen gesetzlichen Regelungen, vor allen Dingen im Hinblick auf Stringenz und Verbindlichkeit. Dies erscheint zumindest fraglich, wenn man die Rahmenbedingungen im Detail betrachtet, die bei der Kosten-Nutzen-Bewertung zu beachten sind. Insbesondere fehlt es an internationalen Standards für pharmakoökonomische Bewertungen.</p> <p>Die Bewertung von neu eingeführten Arzneimitteln, die keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden können, ist grundsätzlich sachgerecht. Nach der Markteinführung kommt sie allerdings regulativ zu spät. Die Pharmaindustrie geht hier von einer Bewertung 5 Jahre nach Marktzugang aus. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass einmal eingeführte Produkte kaum noch in ihrer Verordnungsfähigkeit eingeschränkt werden können, wenn die spätere Bewertung nicht positiv ausfällt.</p> <p><b>Vorschlag SpiK:</b> Um eine geordnete Einführung neuer Arzneimittel in den Erstattungsmarkt der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten, ist eine vorgelagerte Kosten-Nutzen-Bewertung unverzichtbar. Die Kosten-Nutzen-Bewertung sollte durch eine möglichst neutrale Institution auf der Basis einer klaren gesetzlichen Grundlage sowie nachvollziehbarer wissenschaftlicher Kriterien erfolgen.</p>
	Verordnung teurer/spezieller Arzneimittel mit Zweitmeinung.	<p>Die Verordnung teurer/spezieller Arzneimittel von der Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung abhängig zu machen, wird in einzelnen KV-Bereichen bereits erprobt (z.B. KV Hessen) ist bisher aber noch nicht evaluiert. Die Kostenwirksamkeit dieses Instruments ist abhängig von der Qualifikation der durchführenden Stellen und der Verbindlichkeit der Zweitmeinung. Die vorgesehene Anbindung an niedergelassene Ärzte, Krankenhausärzte oder weitere Zentren lässt nicht zwingend Kostenreduktionen erwarten. Fraglich ist auch die wohnortnahe Verfügbarkeit entsprechend qualifizierter Stellen.</p> <p><b>Vorschlag SpiK:</b> Nur unter der Voraussetzung, dass die entsprechende Rechtsvorschrift stringent ausgestaltet und ihre Wirkung evaluiert wird, ist sie zu begrüßen.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
	<p>Verbot der Aufbereitung und Nutzung arzt- oder patientenbezogener Arzneiverordnungsdaten für die Pharmaindustrie.</p>	<p>Bereits heute ist die Weitergabe der Verordnungsdaten aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen ausschließlich anonymisiert erlaubt. Dies gilt in Bezug auf die Patientendaten ebenso wie für die Arztnummer. Das geplante Verbot der Aufbereitung und Nutzung arzt- wie patientenbezogener Arzneiverordnungsdaten ist daher aus Sicht der Spitzenverbände nicht geeignet, die Marketingstrategien der Pharmaindustrie zu verhindern.</p> <p><b>Vorschlag SpiK:</b>  Es sollte geprüft werden, ob die rechtliche Handhabe besteht, die Weitergabe der Verordnungsdaten an Dritte generell zu untersagen. Da die interessensgeleitete Aufklärung der Ärzte durch die Referenten der pharmazeutischen Industrie nicht unterbunden werden kann, sollten den Ärzten vermehrt neutrale Arzneimittelinformationen durch geeignete unabhängige Institutionen zur Verfügung gestellt werden.</p>
	<p>Wirtschaftlichkeitsprüfungen: Effizienzsteigerung beabsichtigt - Abtrennung der Verfahren "Sonstiger Schaden": Erstinstanzliche Entscheidungen durch Geschäftsstelle, Widersprüche im Prüfungsausschuss, Beschwerdeausschuss entfällt - Beschränkung der Richtgrößenprüfungen auf 5 Prozent der Ärzte - Vereinfachung des Verfahrens über Praxisbesonderheiten - Ausschlussfrist von 2 Jahren für Prüfungen.</p>	<p>Die in den Eckpunkten vorgesehenen Neuregelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind grundsätzlich zu begrüßen. Die Entlastung der Prüfungsausschüsse durch die Zuweisung der Verfahren zum "Sonstigen Schaden" (Verordnung ausgeschlossener Arzneimittel) an die Geschäftsstellen sowie die Straffung der Verfahrensvorgaben (Wegfall des Beschwerdeausschusses) werden ebenfalls begrüßt.</p> <p>Richtgrößen wurden bisher aus den regionalen Ausgabenobergrenzen abgeleitet und hatten den Zweck, deren Einhaltung zu sichern. Die Beschränkung der Richtgrößenprüfung auf 5 Prozent der überschreitenden Ärzte reduziert das Instrument auf die Bestrafung der unwirtschaftlichsten Ärzte. Als Instrument der Ausgabensteuerung können die Richtgrößen dann nicht mehr wirken. Durch kollektives Ordnungsverhalten kann der Spielraum für sanktionsfreie Überschreitungen der Richtgrößen nach oben getrieben werden.</p> <p>Hinsichtlich der Anerkennung von Praxisbesonderheiten haben die Spitzenverbände einen kleinen Katalog von prüffrei stellbaren Arzneimitteln wegen erheblicher Ausweitungstendenz gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gekündigt (Richtgrößenempfehlung 1999). Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben in der Folge durchgesetzt, diesen Katalog als generelle Praxisbesonderheiten zu vereinbaren und erheblich erweitert mit der Folge, dass Arzneimittel reihenweise aus den Prüfungen fallen. Unwirtschaftlichkeiten können daher nicht mehr festgestellt werden. Dieser Missstand soll nun gesetzlich fixiert werden. Hinzu tritt eine Berücksichtigung von praxisindividuellen Besonderheiten, die auf Antrag zu gewähren sind. Das ohnehin schon ergebnisschwache Sanktionsinstrument kann von unwirtschaftlich verordnenden Ärzten mit guter Rechtsberatung nahezu vollständig unterlaufen werden.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
	<p>Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstpreise (Vertragsmöglichkeiten für Apotheker, Weitergabe von Vorteilen an Versicherte/Kassen, Einsparungen von mindestens 500 Mio. Euro im Jahr sollen garantiert werden).</p>	<p>Die Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung entspricht im Kern einer Forderung der Spitzenverbände. Zuletzt wurde insbesondere mit der Freigabe des Versandhandels darauf hingewiesen, dass ohne entsprechende frei gestaltbare Preise die Versandhandelsoption aus Kassensicht wenig zielführend ist.</p> <p>Das vorgesehene Mindesteinsparpotenzial von 500 Mio. Euro, das ggf. durch eine Absenkung des Kassenrabatts erreicht werden soll, entlastet die Krankenkassen. Das Verfahren wird allerdings einen hohen Verwaltungsaufwand erfordern und nicht vollständig transparent ausgestaltet werden können. Wird das Einsparvolumen nicht erreicht, erscheint eine Erhöhung des kollektiven Kassenrabattes weder rechtlich durchsetzbar noch die Verteilung des Differenzbetrages auf "Nichtverhandlungsapotheken" durchführbar. Ebenfalls besteht die Gefahr, dass ggf. erzielte Rabatte, die das Volumen von 500 Mio. Euro übersteigen, von den Apotheken nicht ausgewiesen werden.</p> <p>Die Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstpreise hat zwei Verhandlungsebenen:</p> <p>a) Hersteller - Apotheke (Durchreichen von angemessenen Preisvorteilen an Krankenkassen)</p> <p>b) Hersteller - Krankenkasse (vermutlich Rabatte, Vertragspreise)</p> <p>Die Öffnung der Preisbindung schiebt neue "Rabattgeschäfte" an. Dem erheblichen Managementaufwand bei den Krankenkassen stehen aber keine realen Chancen auf Ausgabeminderungen gegenüber, die über die gesetzlich geforderten 500 Mio. Euro hinausgehen. So haben die aus der Vergangenheit bekannten Verträge mit Krankenhausapotheken bisher nicht zu nennenswerten Ausgabeminderungen geführt.</p>
	<p>Rück- und Weitergabe nicht verbrauchter Arzneimittel innerhalb von Gemeinschaftseinrichtungen (Hospize, Pflegeheime).</p>	<p>Die Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel innerhalb von Gemeinschaftseinrichtungen erscheint vom Grundgedanken her plausibel. Die Maßnahme sollte allerdings unter dem Vorbehalt einer vorherigen Kosten-Nutzen-Bewertung stehen. Zudem sind im Vorfeld zivilrechtliche Fragen zu klären, da die Eigentumsrechte an den Arzneimitteln bei Tod des Versicherten auf die Erben übergehen.</p> <p>Um die Patienten hinreichend zu schützen, ist die Weitergabe nur in ärztlich geleiteten Gemeinschaftseinrichtungen mit einer eigenen Stationsapotheke umsetzbar. Für Opiate sind zudem betäubungsmittelrechtliche Vorschriften zu beachten.</p> <p>Zielführender wären Maßnahmen, die gewährleisten, dass die Ärzte bedarfsgerecht verordnen.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
<p><b>8. Krankenhaus</b></p> <p>Festlegung des ordnungspolitischen Rahmens für die Krankenhausversorgung nach dem Ende der Konvergenzphase</p>	<p>Im Jahr 2007 sollen Vorschläge für die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für den stationären Sektor durch eine gesonderte Gesundheitsministerkonferenz erfolgen. Dabei soll geklärt werden, wie innerhalb eines zu definierenden Zeitraums der Umstieg von einer dualen zur monistischen Finanzierung durchgeführt werden kann; die daraus resultierenden Kostenbelastungen der Kassen müssten kompensiert werden.</p> <p>Krankenhäuser werden mit einem Sanierungsbeitrag von 1 Prozent der Budgets (Landesbasisfallwerte) herangezogen.</p>	<p>Die Spitzenverbände werden im Vorfeld der Positionierung der Politik eigene Vorschläge für einen ordnungspolitischen Rahmen erarbeiten. Diese werden sich an folgenden Eckpunkten orientieren: Höchstpreissystem, Verschärfung der Mehr- und Mindererlösausgleiche, keine Schiedsstellenfähigkeit bei den Mengenvereinbarungen.</p> <p>Der monistischen Finanzierung stehen die Spitzenverbände grundsätzlich positiv gegenüber. Mit ihrer Einführung sollte aber die Aufgabe der Landeskrankenhausplanung verbunden sein. Der Investitionsstau ist vorher durch die Länder abzutragen. Die Investitionsfinanzierung sollte nicht im Wege der Antragsfinanzierung erfolgen.</p> <p>Die 1-prozentige Kürzung der Budgets (Landesbasisfallwerte) entlastet die GKV und ist unter diesem Gesichtspunkt zu begrüßen. Das eigentliche Problem der neuerlichen starken Steigerung der Krankenhausausgaben wird damit allerdings nicht gelöst. Die Ursache hierfür liegt darin, dass sich die Beitragssatzstabilität im Rahmen der Landesbasisfallwertvereinbarungen nur auf die Preiskomponente bezieht und Mengenausweitungen unberührt bleiben. Insofern sollten nicht die Symptome, sondern die Ursachen der Ausgabenentwicklung angegangen werden.</p> <p>Wenn sich die volle Wirkung der 1-prozentigen Absenkung entfalten soll, ist es nötig, parallel zur Absenkung der Landesbasisfallwerte auch die Erlösbudgets der Krankenhäuser um 1 Prozent zu kürzen. Ansonsten kann die Absenkung maximal in Höhe des Konvergenzschrittes 2007 wirken. Das bedeutet, dass der durch das Ministerium vorgesehene Einsparbetrag nicht erreicht werden wird.</p> <p><b>Vorschlag SpiK:</b></p> <p>Es wird eine gesetzliche Klarstellung im § 10 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes vorgeschlagen, die eindeutig regelt, dass sich die Veränderungsrate nach § 71 SGB V nicht primär auf den Landesbasisfallwert, sondern auf die stationären Gesamtausgaben in einem Land bezieht - mit der Folge, dass im Falle von Fallzahlsteigerungen die Erhöhung der Landesbasisfallwerte hinter der Veränderungsrate nach § 71 SGB V zurückbleiben muss. Zudem sollte im § 4 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ein Passus geschaffen werden, der eine 1-prozentige Basisberichtigung der Erlösbudgets der Krankenhäuser ermöglicht.</p>

Anspruch der Koalition	Eckpunkte	Bewertung / Vorschläge SpiK
	<p>Erleichterung der Anwendung der Regelungen zur Öffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung. Die Kliniken sollen im Rahmen der integrierten Versorgung über den bisherigen Umfang hinaus für die ambulante Versorgung mit hochspezialisierten Leistungen geöffnet werden. Zur Förderung der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen am Krankenhaus wird eine Anschubfinanzierung aus Mitteln der Krankenhäuser und Krankenkassen von je 0,5 % der Krankenhausbudgets finanziert.</p>	<p>Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen ist eine sinnvolle Konsequenz des Verweildauerrückgangs, der mit der Einführung der fallbezogenen Vergütung eingetreten ist. Es ist aber zu verhindern, dass Parallelstrukturen zum niedergelassenen Bereich aufgebaut werden. Daher sind einheitliche Wettbewerbsbedingungen und gleiche Vergütungen zwischen den Sektoren zu schaffen.</p> <p>Die vorgesehene Anschubfinanzierung für hochspezialisierte Leistungen am Krankenhaus birgt die Gefahr, dass diese Leistungen zusätzlich zum vorhandenen Angebot erbracht werden und damit zu einer Mehrbelastung der Krankenkassen von 250 Mio. Euro führen. Soweit diese Leistungen auch durch niedergelassene Ärzte am Krankenhaus zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können, sollte eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen erwogen werden.</p>
<p><b>9. Vergütungssystem Vertragsärzte</b></p>	<p>Es soll eine Euro-Gebührenordnung eingeführt werden. Überwiegend Pauschalvergütungen, wenige erforderliche Einzelleistungsvergütungen und Mengensteuerung über Abstufungsregelungen. Alle Kassen zahlen den gleichen Preis. Auf der Bundesebene wird ein Preisniveau definiert, von dem auf der Landesebene Zu- und Abschläge verhandelt werden können. Der Honorarverteilungsvertrag wird abgeschafft. Für besondere Qualität soll es Honorarzuschläge geben.</p>	<p>Die Details zum neuen Vergütungssystem in der entsprechenden Anlage zu den Eckpunkten sind noch sehr vage und zum Teil widersprüchlich. Eine Bewertung kann deshalb noch nicht vorgenommen werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat einen Vorschlag zur Konkretisierung vorgelegt und gibt dafür einen zusätzlichen Finanzierungsbedarf in Höhe von 4,5 - 5 Mrd. Euro an. Damit wird deutlich, dass mit der Neuregelung der ärztlichen Vergütung erhebliche Risiken für die Stabilität der Beitragssätze verbunden sind. Es kommt daher entscheidend auf die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen an.</p> <p><b>Vorschlag SpiK:</b> Das neue Vergütungssystem muss kostenneutral ausgestaltet werden. Insbesondere muss darauf geachtet werden, dass bei einer morbiditätsbezogenen Vergütung bzw. bei morbiditätsbezogenen Pauschalen weder falsche Anreize zu einer künstlichen Morbiditätssteigerung noch zu einer Mengenausweitung geschaffen werden.</p>