

ef / 24.8.06 h.7

Tischvorlage zu TOP 2  
der Vorstandssitzung am 6.9.06

# berlin aktuell



## Analyse

24.08.2006

### Erster Arbeitsentwurf zur Gesundheitsreform liegt vor

#### Einige Auszüge nach erster cursorischer Durchsicht

Der erste Arbeitsentwurf des BMG für ein „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV“ hat partiell eine aus früheren Gesetzen der rot-grünen Bundesregierung bekannte Diktion übernommen. So wird dem deutschen Gesundheitswesen zwar bescheinigt, im internationalen Vergleich „wettbewerbsfähig“ zu sein, zugleich aber gebe es „Ineffizienzen“, sodass es teilweise zu „Über- und Unterversorgung“ komme. Nationale Studien und internationale Vergleiche belegten, „dass die Qualität der Versorgung erheblich variiert und Ressourcen nicht nur an den Schnittstellen nicht optimal eingesetzt werden“. In den Anfang Juli von Union und SPD vorgelegten Eckpunkten zur Gesundheitsreform war auf solche Schuldzuweisungen noch verzichtet worden.

Auch angesichts großer Herausforderungen, insbesondere des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts, müsse das Gesundheitswesen weiterentwickelt werden. Vor diesem Hintergrund bedürfe es „in Fortsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes“ weiterer tiefgreifender Reformen. „Dabei muss eine Reform der Finanzierungsstrukturen und damit der Einnahmeseite im Gesundheitswesen gleichzeitig verbunden sein mit einer Reform auf der Ausgabenseite, die sicherstellt, dass die Mittel effizient und effektiv eingesetzt werden“, heißt es in dem Arbeitsentwurf eines GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (Stand: 17. August 2006).

Eine Qualitäts- und Effizienzsteigerung verspricht sich das BMG u.a. durch die „**Intensivierung des Wettbewerbs** auf Kassen- und Leistungserbringerseite sowie Straffung der Institutionen“ und die „Etablierung von Grundlagen für einen fairen Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen“.

Im Zentrum der Reform steht die **Einrichtung eines Gesundheitsfonds**, durch den der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensiviert werden soll: „Durch den Fonds werden die Krankenkassen gezwungen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, um ihre Versicherten halten zu können. Bis zum Start des Gesundheitsfonds müssen sich heute noch verschuldete Kassen entschulden“, heißt es in dem Entwurf des BMG. Implizit wirft das BMG den Kassen vor, nicht vernünftig mit den Beitragsgeldern gewirtschaftet zu haben. Die Einrichtung des Gesundheitsfonds

#### Impressum

berlin aktuell

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft  
Alexander Dückers  
Hans-Jörg Freese  
Verena Hoppe

Herbert-Lewin-Platz 1 · 10623 Berlin  
Tel. (030) 40 04 56-358 · Fax -707  
presse@baek.de · www.baek.de

„garantiert eine wirtschaftliche Verwendung von beitrags- und Steuermitteln“, heißt es in dem Arbeitsentwurf.

Im Einzelnen sieht der Entwurf folgende **Regelungen** vor:

- Der Gesundheitsfonds wird zum 1. Juli 2008 eingerichtet. Hierzu werden die bestehenden Strukturen beim Bundesversicherungsamt genutzt.
- Die Beiträge von Arbeitgebern und Mitgliedern der Krankenkassen werden gesetzlich fixiert.
- In das neue Modell wird mit ausreichenden Finanzmitteln gestartet; bis zum Start des neuen Modells müssen die Kassen daher entschuldet sein.
- Der Beitragseinzug wird spätestens bis zum 31. Dezember 2010 auf regional organisierte Einzugsstellen in der Trägerschaft von Kassen auf Landesebene übertragen.
- Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Kassen künftig für ihre Versicherten neben einer Grundpauschale einen alters- und risikoadjustierten Zuschlag. (wie z.B. Alter, Krankheit, Geschlecht). Hier besteht allerdings noch erheblicher Abstimmungsbedarf. Daher finden sich auch keine Regelungen zur Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs im Entwurf.
- Künftig gibt es keine Differenzierung mehr in Zahler- und Empfänger-Kassen.
- Krankenkassen, die mit ihren Fondsmitteln nicht auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen.
- Um soziale Härten zu vermeiden, darf dieser Zusatzbeitrag ein Prozent des Haushaltseinkommens nicht überschreiten.
- Im Startjahr 2008 sollen die Finanzmittel ausreichen, um die Gesamtausgaben der GKV zu decken. Aus dem Fonds müssen mindestens 95% der Ausgaben bestritten werden.
- Zudem sind ausreichende Finanzreserven (Schwankungsreserve) vorzuhalten. Sollte die Schwankungsreserve nicht ausreichen, ist eine Liquiditätshilfe des Bundes vorgesehen.

### **Steuerzuschüsse des Bundes**

Der Entwurf des Ministeriums sieht vor, dass die partielle Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, insbesondere der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern, fortgeführt und ausgebaut wird. Das ist insofern irreführend, als dass die Regierung gerade erst den Zuschuss aus dem Tabaksteueraufkommen zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen gestrichen hat (insgesamt 4,2 Mrd. Euro) und bisher noch keine Steuermittel geflossen sind, um die Kindermitversicherung zu finanzieren. Von „Fortführung und Ausbau“ der Steuerfinanzierung kann also keine Rede sein. Immerhin aber wird nun

eine **Teilfinanzierung der Kindermitversicherung aus Steuermitteln** ab 2008 in Aussicht gestellt, zunächst in Höhe von 1,5 Mrd. Euro (Haushaltsjahr 2008) und im Jahr 2009 in Höhe von 3 Mrd. Euro. Die GKV werde damit auf eine „langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis“ gestellt, behauptet das BMG. Mit Blick auf die jährlichen Gesamtausgaben der GKV in Höhe von etwa 134 Mrd. Euro wird man dieser Einschätzung kaum folgen können.

Der Bundeszuschuss soll nach 2009 weiter ansteigen. „Die Sicherung der Finanzierung erfolgt in der nächsten Legislaturperiode“, heißt es lapidar. Ob der Bundeszuschuss auch über 2009 bestehen bleibt, hängt demnach allein von den finanzpolitischen Prioritäten der dann amtierenden Bundesregierung ab.

### **Wettbewerb zwischen GKV und PKV**

Nach dem Gesetzentwurf wird allen Nichtversicherten eine Rückkehrmöglichkeit in ihre jeweils letzte Krankenversicherung eröffnet. Die private Krankenversicherung muss hierfür einen dem Leistungsumfang der GKV entsprechenden **Basistarif** mit Kontrahierungszwang „zu bezahlbaren Prämien“ anbieten. Der Basistarif umfasst den Leistungsumfang der GKV und steht allen PKV-Versicherten und allen freiwillig Versicherten der GKV offen. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse dürfen nicht erfolgen. Alterungsrückstellungen sind vorzusehen.

Um den Wettbewerb innerhalb der PKV sowie zwischen GKV und PKV zu intensivieren, wird die **Portabilität der Alterungsrückstellungen** gesetzlich geregelt.

Freiwillig versicherte Arbeitnehmer der GKV können künftig zur PKV wechseln, wenn ab 4. Juli 2006 in drei aufeinanderfolgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird. Damit soll verhindert werden, dass einkommensstärkere Versicherte sich frühzeitig aus der Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten verabschieden.

Künftig sollen Krankenkassen im Zuge des Wettbewerbs auch in erweitertem Umfang mit Ärzten besondere Vereinbarungen treffen können, die von der kollektivvertraglichen Versorgung abweichen oder darüber hinausgehen. Ärzte können einzeln, als Gruppe oder über eine von der Kassenärztlichen Vereinigung getragene Dienstleistungsgesellschaft Vertragspartner sein. Vertragspartner können auch Managementgesellschaften sein, wie in der integrierten Versorgung bereits vorher möglich. Das **Wettbewerbsfeld der Selektivverträge** umfasst die hausarztzentrierte Versorgung, die **gesamte ambulante ärztliche Versorgung** sowie auch einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung (besondere Versorgungsaufträge).

### **Neuregelungen zur Kostenerstattung**

Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten künftig Wahltarife anzubieten. Hierzu gehören spezielle Tarife bei Nutzung von Angeboten besonderer Versorgungsformen oder die Teilnahme an besonderen Versorgungsverträgen. Die Krankenkassen können auch **fakultative Selbstbehaltstarife** in begrenzter Höhe oder einen **Kostenerstattungstarif**

anbieten. Die bisherige Regelung zu Selbstbehaltstarifen wird auch für Pflichtversicherte geöffnet und nicht mehr an die Kostenerstattung gekoppelt.

Die Möglichkeiten für Versicherte, **Kostenerstattung** zu wählen, werden flexibilisiert und entbürokratisiert. Bislang war es nur möglich, die Kostenerstattung für alle Behandlungen zu wählen oder alternativ nur auf ambulante Behandlungen zu erstrecken. Die Krankenkasse musste die Versicherten zuvor beraten. Dies erforderte nach Auffassung des BMG einen erheblichen Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen und nahm den Versicherten die Möglichkeit, für einzelne Behandlungen oder Leistungssektoren die Entscheidung für die Kostenerstattung zu treffen. „Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten jetzt die Möglichkeit, vor jeder Behandlung zu entscheiden, ob sie anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen zugelassener oder ermächtigter Leistungserbringer wählen. Gleichzeitig entfällt für die gesetzlichen Krankenkassen die Verpflichtung, die Versicherten vor ihrer Entscheidung zu beraten“, heißt es in dem Arbeitsentwurf des Ministeriums.

Für Kostenerstattung kann die Krankenkasse **Wahltarife** einführen. Die Höhe der Kostenerstattung kann die Kasse variabel gestalten. Beispielsweise wäre es möglich, dem Versicherten den 2,3-fachen Satz nach GOÄ/GOZ zu erstatten. Für die Mehrkosten, die dies gegenüber Sachleistungen bedeutet, muss die Kasse eine entsprechend kalkulierte Prämienzahlung des Versicherten einfordern. Ob hier die CDU mit ihrer Idee einer Gesundheitsprämie noch einmal andocken kann, bleibt abzuwarten.

An die Adresse der Ärzte gerichtet, schreibt das BMG: „Die Erleichterungen zur Wahl der Kostenerstattung für Versicherte bedeuten auch eine höhere Verantwortung für Leistungserbringer. Sie dürfen Patienten nicht in die Kostenerstattung drängen. Es ist **kein Wahlrecht des Arztes**, sondern der Versicherten.“

### **Euro-Gebührenordnung wird gedeckelt**

Die gegenwärtige Honorarsystematik wird abgelöst durch eine Euro-Gebührenordnung, die für den hausärztlichen und fachärztlichen Bereich nach unterschiedlichen Kriterien entwickelte Pauschalvergütungen in Kombination mit einer überschaubaren Zahl von Einzelleistungsvergütungen vorsieht.

Das BMG behauptet zwar, dass die bisherige Budgetierung, die an die Grundlohnsumme anknüpft, abgeschafft werde; die Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung seien künftig an der Morbidität der Versicherten orientiert, „d.h. für zusätzliche Leistungen, die aus einem Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten herrühren, ist von den Krankenkassen mehr Honorar zur Verfügung zu stellen“. Diese Behauptung führt aber in die Irre. Denn es gibt **weiterhin budgetierende Regelungen**. So heißt es in der Begründung: „Bei der erstmaligen Vereinbarung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen ist für jede Krankenkasse auf die im Vorjahr erbrachte Leistungsmenge (einschließlich der so genannten ‚ausgedeckelten‘ und mit Einzelleistungsvergütung finanzierten Leistungen sowie der bereits nach bisherigem Recht in Euro bewerteten Leistungen) abzustellen, gesteigert um den

voraussichtlichen Mengenanstieg für das Jahr 2009 (bundeseinheitlicher Wert nach § 87 Abs. 2c Satz 5), um eine **tendenziell kostenneutrale Einführung des neuen Vergütungssystems** zu ermöglichen.“

Damit das neue Vergütungssystem - wie im durch das GKV-Modernisierungsgesetz vorgegebenen gesetzlichen Rahmen - **kostenneutral** eingeführt werden kann, bestimmt der Entwurf für das erste Jahr der Einführung des Vergütungssystems eine Reihe von Vorgaben, um sicherzustellen, dass es weder durch den Preis noch durch den Mengeneffekt zu Mehrkosten für die GKV insgesamt kommt. Auch bei Geltung einer Euro-Gebührenordnung bleiben arztbezogene Regelleistungsvolumina nach wie vor Instrument zur Mengensteuerung im neuen Vergütungssystem.

### **Neuordnung der Arzneimittelversorgung**

Die Verordnung von kostenintensiven bzw. speziellen Arzneimitteln (z.B. biotechnologisch hergestellte Krebsmedikamente) und Diagnostika muss künftig in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen. Die Anforderungen an die Qualifikation dieser Ärzte werden von der gemeinsamen Selbstverwaltung nach Abstimmung mit den Fachkreisen festgelegt. Die Bestimmung der besonders qualifizierten Ärzte erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen.

Verordnet der Arzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ein neues Arzneimittel, dessen hohe Kosten zu einer Überschreitung der Richtgröße führen können, muss er die Sicherheit haben, dass dieses Arzneimittel als Praxisbesonderheit anerkannt wird, da ihm sonst ein Regress droht. Daher werden durch die Neuregelung Vorschriften eingeführt, die für die verordnenden Ärzte Rechtssicherheit herstellen. Entsprechende Verordnungen werden als Praxisbesonderheiten berücksichtigt, wenn hierfür eine vorherige, zustimmende Zweitmeinung eingeholt worden ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird hierfür Richtlinien erlassen.

### **Kosten-Nutzenbewertung durch das IQWiG**

Eine Kosten-Nutzenbewertung kann Grundlage für die Festsetzung eines Höchstbetrages für nicht festbetragsfähige Arzneimittel sein. Die Neuregelung gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss zudem die Möglichkeit, eine Kosten-Nutzenbewertung in geeigneten Fällen als Grundlage für Beschlüsse über Verordnungseinschränkungen bzw. -ausschlüsse sowie für Therapiehinweise in Auftrag zu geben und ihre Ergebnisse zu nutzen. Zudem ist die Kosten-Nutzenbewertung Grundlage für die Festsetzung eines Erstattungshöchstbetrags für nicht fest-betragsfähige Arzneimittel.

Die Kosten-Nutzenbewertung soll die Belange der Patienten, aber auch die der Kostenträger angemessen berücksichtigen. Beim Patientennutzen sollen insbesondere eine Verlängerung der Lebensdauer, die Verbesserung der Lebensqualität und die Verkürzung der Krankheitsdauer berücksichtigt werden. Bei der wirtschaftlichen Bewertung sollen neben dem Patientennutzen auch die

Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherten-gemeinschaft angemessen berücksichtigt werden.

### **Neuorganisation der Krankenkassen**

Es werden kassenartenübergreifende Fusionen ab 1. Januar 2007 ermöglicht, um den Prozess der Bildung dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähiger Einheiten der Krankenkassen und der **Angleichung der Wettbewerbsebenen** zu beschleunigen. Die Krankenkassen werden hierdurch in die Lage versetzt, den gestiegenen Anforderungen an die Verwaltung und Organisation der Leistungserbringung gerecht zu werden.

Zur Straffung der Entscheidungswege und zur Vermeidung von Verhandlungsblockaden bilden Krankenkassen mit mehr als 1 Million Mitgliedern und ihre Verbände künftig auf Bundesebene einen Spitzenverband. Der Spitzenverband vertritt alle Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung. So vertritt der **Spitzenverband** künftig im Gemeinsamen Bundesausschuss die Interessen der Kassen und **schließt alle nicht wettbewerblichen Verträge** mit den Leistungserbringern. In den Eckpunkten zur Gesundheitsreform war die Vertragskompetenz des Spitzenverbandes noch auf „wenige wettbewerbsneutrale Aufgaben“ begrenzt worden.

### **Ausbau des GBA zur unterstaatlichen Behörde**

Im Gemeinsamen Bundesausschuss wird das Entscheidungsgremium künftig von **weisungsunabhängigen Hauptamtlichen**, die von Trägerorganisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung vorgeschlagen werden, besetzt. Die Amtszeit der Hauptamtlichen wird auf zwei Amtsperioden begrenzt. Das Beschlussgremium besteht nach Satz 1 insgesamt aus neun stimmberechtigten Personen (3 Unparteiische, 3 vom Spitzenverband der Krankenkassen vorgeschlagene sowie 3 gemeinsam von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgeschlagene Mitglieder), die ihr Amt im Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 hauptamtlich wahrnehmen. Auch dem Patientenvertreter wird jetzt eine Hauptamtlichkeit zugemessen. Durch die Einführung der Hauptamtlichkeit im Beschlussgremium und die Finanzierung analog § 139 c SGB V entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung voraussichtlich Kosten in Höhe von rd. 1,8 Millionen Euro jährlich.

Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses wird insbesondere durch eine stärker sektorenübergreifend ausgerichtete Organisation der Gremien gestärkt. Die Stellung der Unparteiischen im Gemeinsamen Bundesausschuss wird durch erweiterte Möglichkeiten zur Konfliktlösung und Antragsrechte zur Einleitung des Bewertungsverfahrens für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gestärkt.

In dem Arbeitsentwurf werden auch die **aufsichtsrechtlichen Mittel des Bundesministeriums für Gesundheit** im Rahmen der Prüfung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert. Das BMG kann danach im Zusammenhang mit einem Richtlinienbeschluss vom Gemeinsamen Bundesausschuss die zur Klärung der Sach- und Rechtsfragen notwendigen

weiteren Auskünfte verlangen. Außerdem erhält das Ministerium nunmehr ausdrücklich die Möglichkeit, den Bescheid der Nichtbeanstandung einer Richtlinie mit Nebenbestimmungen, z.B. Bedingungen, Befristungen oder Auflagen zu versehen sowie zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist vorzugeben. Dem BMG steht damit neben der Beanstandung einer Richtlinie auch das weniger einschneidende Mittel der Erteilung von Nebenbestimmungen, insbesondere von Auflagen zur Verfügung, um z.B. rechtlicher Hindernisse, die der uneingeschränkten Nichtbeanstandung entgegenstehen, zu beseitigen. Die Möglichkeit der Ersatzvornahme durch das BMG bleibt unverändert bestehen.

Von herausragender Bedeutung dürfte die Hereinnahme der Qualitätssicherung in das Aufgabenspektrum des GBA sein (§ 92, Abs. 1 Satz 2, nunmehr Punkt 13). Die sektorenübergreifende Beschlussfassung im Bereich der Qualitätssicherung, so heißt es im Entwurf, entspricht der mit diesem Gesetz vorgenommenen Neustrukturierung der Rechtsgrundlage für die Vorgaben zur Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137, die gleichermaßen sektorenübergreifend gestaltet ist.

In der Begründung zum Gesetz heißt es weiter: Durch die Neuregelungen werden die bisher in unterschiedlichen Vorschriften bestimmten Aufgaben des GBA zur Qualitätssicherung für die vertragsärztliche und -zahnärztliche Versorgung sowie die Krankenhausversorgung zusammengefasst. Gleichzeitig erhält der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals die Aufgabe, die **Qualitätsanforderungen für das ambulante Operieren** festzulegen. Mit dieser Vorgabe wird das Ziel verfolgt, die Qualitätssicherung - soweit wie möglich - sektorenübergreifend zu fassen und die Qualitätssicherungsinstrumente effizient zu nutzen. Ziel dieser Regelung ist auch, die Anforderungen an die Qualitätssicherung möglichst einheitlich und stringent zu gestalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist nach Nr. 1 einerseits dazu verpflichtet, die für die Leistungserbringer anzuwendenden Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung festzulegen. Der Verweis auf die Regelungstatbestände des § 137a Absatz 2 Nr. 1 und 2 verdeutlicht, dass zur Durchführung der vergleichenden Qualitätssicherung die von dieser Institution erarbeiteten Indikatoren und Instrumente sowie Dokumentationsanforderungen den Qualitätsvorgaben zu Grunde zu legen sind. Andererseits hat er nach Nr. 1 auch die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement festzulegen. Diese Regelungen haben sich - wie bisher auch - auf grundlegende Mindestanforderungen zu beschränken, weil die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen stark von den spezifischen Gegebenheiten und Bedingungen der einzelnen Einrichtungen bestimmt wird. Die Regelungen nach Nummer 2 entsprechen für die Vertragsärzte und Krankenhäuser dem bisher geltenden Recht. Neu findet diese Regelung nun Anwendung auf das ambulante Operieren nach § 115b.

### **Qualitätsberichte**

Unverändert ist vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte die Versicherten über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser auf der Basis der Qualitätsberichte informieren sollen. „Die Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen für

Pflegeberufe sichert weiterhin die bereits bestehende Beteiligung dieser Organisationen an der Erarbeitung der Qualitätsvorgaben.“

### **Neue Institute zur Qualitätssicherung**

Durch die Vorschrift wird der Gemeinsame Bundesausschuss damit beauftragt, eine Institution mit der Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sowie mit der Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsbemühungen zu beauftragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, die Anforderungen an die Qualitätssicherung im vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und akutstationären Bereich sowie beim ambulanten Operieren festzulegen und Empfehlungen an die Qualitätssicherung bei den strukturierten Behandlungsprogrammen zu erarbeiten. Demgegenüber wird es einer stärker wissenschaftlich ausgerichteten Institution übertragen, die Normen und Werkzeuge für die Qualitätsmessung (möglichst sektorenübergreifend) zu entwickeln und die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu gestalten, durchzuführen, auszuwerten und die Einrichtungen über die Ergebnisse zu informieren. Um die Transparenz über die Versorgungsqualität sowie das Informationsbedürfnis und das Selbstbestimmungsrecht der Bürgerinnen und Bürger zu stärken, ist es sinnvoll, dass diese Institution auch Informationen über die Ergebnisse der Qualitätssicherung und die Versorgungsqualität allen Interessierten zur Verfügung stellt.

### **Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung**

Um zusätzlichen finanziellen und organisatorischen Aufwand sowie Probleme bei der Neugestaltung zu vermeiden und gleichzeitig Wissen und Erfahrungen zu nutzen, verdeutlicht der Entwurf, dass vorhandene Einrichtungen, wie beispielsweise die BQS, nach Anpassung ihrer Organisationsform für Maßnahmen einrichtungsübergreifender Qualitätssicherung genutzt werden sollen. Eine Anpassung der Organisationsform der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung wäre allerdings insbesondere deshalb notwendig, weil die sie derzeit tragenden Gesellschafter (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Bundesärztekammer, Verband der privaten Krankenversicherung) die notwendige Unabhängigkeit von Verbandsinteressen nicht ausreichend gewährleisten.

### **Bundeskompetenz im Krankenhausbereich**

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes soll unter Hinweis auf den Artikel 74 GG zur Sicherung der Wahrung der Rechtseinheit ausgebaut werden. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die im Krankenhausbereich vorgesehenen Maßnahmen stützt sich auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit, vor allem aber der Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich (Art. 72 Abs. 2 GG), heißt es in dem Entwurf.

Dies gelte insbesondere für folgende Änderungen: Finanzierung der Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an Stichprobenkalkulationen aus den Mitteln des DRG-System-Zuschlages, Vergütung für die Behandlung extra teurer



Patienten zur Vermeidung von Kostenunterdeckungen im DRG-System, Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Auswertung und Veröffentlichung der DRG-Leistungsdaten der Krankenhäuser durch das Statistische Bundesamt, Kürzung des Landes-Basisfallwertes für die DRG-Fallpauschalen um ein Prozent und Kürzung der Budgets aller Krankenhäuser um ein Prozent, Verlängerung der Regelung zur Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen bis Ende 2008 entsprechend der Verlängerung der Konvergenzphase für die Einführung der DRG-Fallpauschalen bis Ende 2008 durch das Zweite Fallpauschalenänderungsgesetz, Ausgliederung von Leistungen aus den Krankenhausbudgets im Falle der Leistungserbringung im Rahmen der integrierten Versorgung ab 2009.

Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich. Dementsprechend müssten auch die für alle Krankenhäuser geltenden Rahmenbedingungen im Interesse eines einheitlichen Standards der akutstationären Versorgung der Bevölkerung bundesweit einheitlich geändert werden.