

Weichenstellung im G-BA gegen die Krankenhäuser?

Anlässlich des 6. Hamburger Krankentages am 18. Mai 2005 referierte DKG-Präsident Wolfgang Pföhler zu den Aufgaben, zur Zusammensetzung und zu den mittlerweile vorliegenden Erfahrungen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Das folgende Interview fasst Pföhlers zentrale Aussagen zusammen und spitzt sie auf die Frage zu: „Gibt es im G-BA eine Weichenstellung gegen die Krankenhäuser und wie kann die künftige Arbeit des Gremiums im Konsens anstatt im Konflikt fortgeführt werden?“

Welchen Stellenwert hat der G-BA in der Selbstverwaltung?

Wolfgang Pföhler: Der G-BA ist ein mächtiges Gremium. Er kann in einigen wichtigen Punkten zentrale Weichenstellungen für das deutsche Gesundheitswesen treffen. Für die deutschen Krankenhäuser heißt dies, dass sie auf der Hut sein müssen. Im Zweifel können die Weichenstellungen im G-BA für die Leistungserbringung im Krankenhaus nachteilige Folgen haben. Deshalb kann man die Arbeit im GBA gar nicht ernst genug nehmen. Hier müssen die Krankenhäuser politisch und fachlich ebenso präsent sein wie bei Gesetzgebungsverfahren auf Bundes- und Landesebene.

Wie wird die Arbeit des G-BA Ihrer Meinung nach in den Krankenhäusern wahrgenommen?

Wolfgang Pföhler: In den Krankenhäusern haben noch längst nicht alle Akteure die Bedeutung des G-BA in vollem Umfang erkannt. Dies mag ein Stück weit daran liegen, dass der G-BA ein neues Gremium ist. Für viele Beobachter präsentiert er sich als „Black Box“ mit einem kaum zu überblickenden Innenleben. Um jedoch die aktuellen Debatten im und um den Ausschuss verstehen zu können, muss man seine Funktionsweise kennen. Man muss wissen, dass es zu unterschiedlichen Fragestellungen unterschiedliche Gremienzusammensetzungen gibt, was dazu führen kann, dass die Krankenhäuser bei manchen Fragen, die sie unmittelbar betreffen, von den Kassen und von der KBV überstimmt werden können. Diese Zusammenhänge gilt es zu verstehen, denn von ihnen hängt es ab, wie G-BA-Entscheidungen von strategischer Bedeutung für die Krankenhäuser letztlich ausfallen.

Wie ist der G-BA aufgebaut?

Wolfgang Pföhler: Mit dem GBA hat der Gesetzgeber verschiedene Vorläuferausschüsse, so den Ausschuss Krankenhaus und den Koordinierungsausschuss sowie zahlreiche weitere Ausschüsse, auf eine völlig neue rechtliche Basis gestellt. Im G-BA werden verschiedene Aufgabenbereiche der Selbstverwaltung konzentriert. Das Plenum des G-BA setzt sich aus 3 unabhängigen Mitgliedern, 9 Kassenvertretern, 4 Vertretern der KBV, 1 Vertreter der KZBV und 4 Krankenhausvertretern zusammen. Im Plenum werden Grundsatzentscheidungen für die Arbeit der Selbstverwaltung getroffen, etwa zur Verfahrensordnung und zur Geschäftsordnung. Zusätzlich zum Plenum tritt der

G-BA zu den verschiedenen Themenbereichen in jeweils unterschiedlichen Besetzungen zusammen. Dabei verändert sich jeweils die Sitzaufteilung auf der Leistungserbringerseite. Die jeweiligen Besetzungen orientieren sich an der Zusammensetzung der Einzelausschüsse, die in der Vergangenheit existierten. Oft ist in diesem Zusammenhang auch von unterschiedlichen „Kammern“ des G-BA die Rede.

Wie sieht es mit den Einflussmöglichkeiten der Krankenhäuser in den verschiedenen Gremien des G-BA aus?

Wolfgang Pföhler: In der Kammer für vertragsärztliche Versorgung hat die DKG bei Punkten, die auch den Krankenhausbereich betreffen, nur ein Mitberatungs-, aber kein Mitentscheidungsrecht. Neben 9 Kassenvertretern sitzen 9 KBV-Vertreter in diesem Gremium. Damit knüpft diese Kammer an den alten Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen an. Hier ist es aus DKG-Sicht dringend geboten, dass die Krankenhäuser bei den Themen, die sie unmittelbar betreffen, besser eingebunden werden. Ein Beispiel für Entscheidungen, die eine wesentliche Ausstrahlung auf den Krankenhausbereich haben, sind die Richtlinien über die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten. Hier stand vor kurzem eine Entscheidung zur Einführung eines Neugeborenen-Screenings auf der Agenda. Für die dafür erforderlichen Laboruntersuchungen bestehen seit Jahren bewährte Laborstrukturen, die vorwiegend an Krankenhäusern angesiedelt sind. Nur die Finanzierung dieser Laboruntersuchungen war uneinheitlich und teilweise sehr unbefriedigend geregelt. Mit der neuen Richtlinie wird die Finanzierung dieser



Foto: Mhatsch

„Ich appelliere mit Nachdruck an alle, die im und für den G-BA Verantwortung tragen, von der Konfrontation zur Kooperation zurückzukehren. Nur so kann Selbstverwaltung in Deutschland funktionieren. An den Krankenhäusern und ihren Verbänden wird es mit Sicherheit nicht scheitern.“

bereich haben, sind die Richtlinien über die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten. Hier stand vor kurzem eine Entscheidung zur Einführung eines Neugeborenen-Screenings auf der Agenda. Für die dafür erforderlichen Laboruntersuchungen bestehen seit Jahren bewährte Laborstrukturen, die vorwiegend an Krankenhäusern angesiedelt sind. Nur die Finanzierung dieser Laboruntersuchungen war uneinheitlich und teilweise sehr unbefriedigend geregelt. Mit der neuen Richtlinie wird die Finanzierung dieser

Leistungen durch die GKV an eine vertragsärztliche Zulassung und detaillierte Strukturanforderungen einschließlich Mindestmengen geknüpft. Insbesondere die Mindestmengenanforderungen für das Screening sind in Fachkreisen umstritten. Sie werden voraussichtlich zu einem starken Konzentrationsprozess und zur Zerschlagung der wenigen bewährten Strukturen, insbesondere in den neuen Bundesländern, führen.

Wie stellt sich die Situation in den anderen Kammern dar?

Wolfgang Pföhler: In der Kammer für ärztliche Angelegenheiten hat die KBV 5 Vertreter und die DKG 4. Das Gremium ist damit von den Mehrheitsverhältnissen her ähnlich aufgebaut wie das Plenum des G-BA. Neben sektorübergreifenden Aufgaben werden hier zum Beispiel bestimmte Entscheidungen zur Qualitätssicherung getroffen. Ein sehr wichtiges Thema ist die Weiterentwicklung des Katalogs für hoch spezialisierte ambulante Leistungen sowie besondere Erkrankungen nach § 116 b SGB V. Dies ist für die Krankenhäuser von großer Bedeutung. Es berührt unmittelbar die Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Leistungserbringung. Für Leistungen, die in diesem Katalog enthalten sind, können Krankenkassen und Krankenhäuser bekanntermaßen Einzelverträge abschließen. Auf der Grundlage dieser Einzelverträge sollen Krankenhäuser laut Gesetz ambulant behandeln dürfen. In der Praxis verweigern die Kassen jedoch bekanntlich den Abschluss solcher Verträge. Als Begründung führen sie an, dass sie diese ambulanten Leistungen dann „doppelt“ finanzieren müssten, nämlich einerseits über die ärztliche Gesamtvergütung und andererseits über den Vertrag mit den Krankenhäusern.

Welche Rolle spielt der G-BA in dieser Frage?

Wolfgang Pföhler: Im G-BA gehen Kassen und KBV sogar noch weiter: Sie versuchen, durch die Hintertür die gesetzliche Regelung zu den hoch spezialisierten Leistungen und seltenen Krankheiten auszuhöhlen. Ihr Ziel ist es, die Reichweite des bereits im Gesetz genannten Krankheitskatalogs einzuschränken, indem sie überzogene Kriterien für die Pflege des Katalogs definieren. Die Einführung von Prozedurenkodes bei Krankheitsbildern soll das derzeitige Leistungsspektrum erheblich einschränken. Dieser restriktive Ansatz wurde in der Kammer für ärztliche Angelegenheiten beraten und gegen die Stimmen der DKG beschlossen. Dabei hat der G-BA nach unserer Überzeugung gar nicht das Mandat, die gesetzlichen Vorgaben neu zu interpretieren. Das Gesetz gibt vor, dass der G-BA den Katalog pflegen und weiterentwickeln soll. Es ist nicht die Rede davon, dass der Ausschuss den Katalog beschneiden soll. Versuche, mit der DKG nach einer für alle Seiten vertretbaren Lösung zu suchen, fanden nicht statt, oder die Hürden wurden unüberwindbar hoch gelegt. Stattdessen wurde die DKG überstimmt. Die Patientenvertreter unterstützten zwar die Auffassung der DKG, sie haben aber kein Stimmrecht im G-BA.

Welche Konsequenzen hat diese Entwicklung?

Wolfgang Pföhler: Die Frage ist, wie sich das BMGS zu dieser Entscheidung stellt. Möglicherweise kommt es zu

einer Beanstandung. Unabhängig davon muss aber die Frage erlaubt sein, ob es künftig sinnvoll ist, das Thema „hoch spezialisierte Leistungen und besondere Erkrankungen“ überhaupt in der Kammer für ärztliche Angelegenheiten angesiedelt zu lassen, wo die KBV mitentscheidet. Dass die KBV kein Interesse an einer Öffnung der Krankenhäuser hat, ist offensichtlich. Konstruktive Diskussionsbeiträge sind kaum zu erwarten. Außerdem hat der Gesetzgeber die Öffnung für hoch spezialisierte Leistungen und besondere Krankheiten gerade auch deshalb vorgesehen, weil es hier um Bereiche geht, in denen im ambulanten Sektor Versorgungslücken bestehen oder stationäre und ambulante Behandlung derart ineinander greifen, dass die Behandlung aus einer Hand für die Patienten sinnvoll und wünschenswert ist. Der niedergelassene Bereich ist von diesen Regelungen bestenfalls am Rande betroffen. Deshalb sieht die DKG an dieser Stelle einen dringenden gesetzlichen Änderungsbedarf. Die Weiterentwicklung des Katalogs zu hoch spezialisierten Leistungen und seltenen Erkrankungen gehört, wenn überhaupt, in die G-BA-Kammer für Krankenhausbehandlung.

Inwiefern unterscheidet sich diese Kammer von den anderen Kammern?

Wolfgang Pföhler: In dem Nachfolger des Ausschuss Krankenhaus sind die Fragen angesiedelt, die hauptsächlich die Krankenhäuser betreffen. Entsprechend sitzen sich 9 Kassen- und 9 Krankenhausvertreter gegenüber. Ein entscheidender Unterschied zu früher ist, dass in dieser Kammer – wie auch in allen anderen Kammern und dem Plenum – mit einfacher Mehrheit abgestimmt wird. Können sich DKG und Kassen nicht einigen, geben die Stimmen des unabhängigen Vorsitzenden und seiner beiden Beisitzer den Ausschlag. Damit haben die unabhängigen Mitglieder der Kammer in Konfliktfällen einen großen Einfluss. Im früheren Ausschuss Krankenhaus galt noch das Einvernehmlichkeitsprinzip. Kampfabbestimmungen waren somit faktisch ausgeschlossen.

Welche entscheidenden Themen stehen in dieser Kammer auf der Tagesordnung?

Wolfgang Pföhler: Zu den bekanntesten Themen gehört die Problematik, die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter anderem mit den Verfahren der evidenzbasierten Medizin daraufhin zu bewerten, ob sie für die Versorgung im Rahmen der GKV erforderlich und damit erstattungsfähig sind. Neben der Methodenbewertung ist die Kammer auch für Qualitätssicherungsmaßnahmen zuständig. Dies betrifft unter anderem die von der BQS durchgeführte externe vergleichende Qualitätssicherung, die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und die Festlegung von Mindestmengen für planbare Leistungen.

Wie wird das sensible Thema Mindestmengen behandelt?

Wolfgang Pföhler: Die Problematik ist zwischen DKG und Kassen bekanntlich heftig umstritten. Mindestmengen können in der Versorgung eine starke Steuerungswirkung entfalten. Deshalb ist es unbedingt erforderlich, dass der G-BA bei seinen Entscheidungen zu diesem Thema höchst-

te methodische Anforderungen stellt. Die Kassenseite möchte zum Teil aufgrund einer mehr als dünnen Faktenlage Mindestmengen etablieren. Ohne starke empirische Belege für die qualitätsfördernde Wirkung bestimmter Mindestmengen besteht die Gefahr von Fehlsteuerungen. An den Stellen, wo wir mit den Kassen keinen Konsens herstellen können, wird den unabhängigen Mitgliedern des Gremiums, insbesondere dem Vorsitzenden, eine zentrale Rolle bei der Entscheidungsfindung zukommen.

Wodurch sind in den letzten Wochen die teilweise heftigen Diskussionen über die Stellung des G-BA entstanden?

Wolfgang Pföhler: Mit der Schaffung des G-BA hat die Arbeit der Selbstverwaltung auf der Bundesebene eine neue Qualität erhalten. Während die Arbeit in den alten Gremien mehr oder weniger auf Konsens und Einstimmigkeit ausgerichtet war, werden im G-BA in Kampf Abstimmungen Partikularinteressen durchgesetzt. Besonders drastisch wurde den Krankenhäusern dies vor Augen geführt, als der G-BA vor einigen Wochen seine Verfahrensordnung beschlossen hat. Hierbei stehen nicht zuletzt die Verfahren für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Fokus, speziell die methodischen Vorgaben, die einer solchen Bewertung zugrunde zu legen sind. Entsprechend hängt von der Ausgestaltung dieser Regelungen ab, ob und wie zum Beispiel Innovationen Eingang in den Leistungskatalog der GKV finden. Für die Krankenhäuser ist es von entscheidender Bedeutung, dass Innovationen auch künftig problemlos in die Versorgung integriert werden. Dies würde durch die jüngst vom Plenum des G-BA gegen die Stimmen der DKG und gegen das Votum der Patientenvertreter beschlossene Fassung einer Verfahrensordnung verhindert.

Wie geht es in dieser brisanten Frage weiter?

Wolfgang Pföhler: Es bleibt abzuwarten, ob das BMGS die Verfahrensordnung in dieser Form genehmigt. Ministerin Schmidt hat bereits öffentlich signalisiert, dass sie dies nicht tun wird. Wie genau das BMGS agiert, ist aber zurzeit noch offen.

Welches sind Ihre Hauptkritikpunkte an der Verfahrensordnung?

Wolfgang Pföhler: Die DKG hat 2 wesentliche Kritikpunkte an den Innovationsregelungen in der vorliegenden Verfahrensordnung. Der 1. Kritikpunkt betrifft die Regelung zur Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der GKV. Dafür wäre künftig in der Regel die höchste Evidenzstufe bei der Bewertung der Methode erforderlich. Nur im Einzelfall soll von diesem Grundsatz abgewichen werden können. Dies halten wir für nicht akzeptabel. Zum einen ist bei einem großen Teil von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren eine Bewertung auf höchster Evidenzstufe gar nicht möglich. Wie sollte zum Beispiel eine entsprechende Studie zur Operation eines vereiterten Blinddarms durchgeführt werden? Das Beispiel zeigt, dass die alleinige Betrachtung von Evidenzstufen nicht ausreicht. Deshalb müssen in die Bewertung einer Methode auch andere Elemente einfließen. Dazu gehören die klinische Erfahrung der Ärzte, die Verfügbarkeit



Privatärztliche
Verrechnungsstelle
Baden-Württemberg e.V.



Ist Ihre Abrechnung ein Drahtseilakt?

Outsourcing!

Damit Sie festen Boden unter den Füßen behalten!

Wir sind die Spezialisten für Ihre Krankenhausabrechnung.

- DRG. Überprüfungskodierung, Endkodierung.
- Stationäre und ambulante Chefarztabrechnung.
- Ambulante OP.
- Physikalisch-therapeutische Leistungen.
- Notfallscheinabrechnung.
- Abrechnung im Rahmen einer Kassenärztlichen Ermächtigung.

Mit uns können Sie rechnen!

Testen Sie uns!

Unsere Erfahrung und unser Know-how bringen auch Sie weiter!

Mehr Informationen bei:

Herrn Ottmar > Tel.: 0711 / 7201-122

Frau Harder > Tel.: 0711 / 7201-245



Mitglied im Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen

und der Nutzen von Alternativmethoden, die Bewertung durch Patienten oder der Grad der Behandlungsnotwendigkeit.

Noch gravierender ist die Tatsache, dass laut der vorliegenden Verfahrensordnung Innovationen im Krankenhaussektor bis zum Nachweis einer entsprechenden Evidenzstufe aus der Regelversorgung herausgenommen werden können. Dies widerspricht dem geltenden, im Sozialgesetzbuch niedergelegten Recht nach § 137 c SGB V. Es galt bislang der Grundsatz, dass Krankenhäuser Innovationen solange erbringen dürfen, bis der G-BA sie infolge eines Bewertungsverfahrens ausdrücklich von der Versorgung ausgeschlossen hat.

Welche Motive stehen hinter der Abkehr von dem bewährten Prinzip?

Wolfgang Pföhler: Die Kassen wollen offenbar den medizinischen Fortschritt als Kostentreiber beschneiden, indem sie die Hürden für Innovationen möglichst hoch legen. Die KBV will für Innovationen die gesetzlichen Regelungen im ambulanten Bereich – das grundsätzliche Verbot mit Erlaubnisvorbehalt – auf den Krankenhausbereich ausweiten.

Ist der Ruf nach den „gleich langen Spießen“ nicht berechtigt?

Wolfgang Pföhler: Die Forderung nach „gleich langen Spießen“ mag zunächst einleuchtend klingen. Man darf aber nicht unterschlagen, dass der ambulante und der stationäre Bereich grundlegend unterschiedliche Patientenstrukturen und Aufgaben aufweisen. Im Krankenhaus landen die schwerkranken Patienten, die schnellen Zugang zu innovativen Leistungen beispielsweise in der Intensivmedizin benötigen. Hier ist es nicht vermittelbar, dass etwa Leistungen, die von den behandelnden Ärzten aufgrund ihrer praktischen Erfahrungen als echte Fortschritte anerkannt sind, zunächst ein langwieriges und aufwändiges Bewertungsverfahren durchlaufen müssen, bevor sie zur Versorgung zugelassen werden. Darüber hinaus werden Innovationen überwiegend im stationären Sektor entwickelt und eingesetzt. Aus diesen Gründen kollidiert eine Übertragung der ambulanten Regelung auf den stationären Sektor nicht nur mit geltenden Gesetzen, sie ist auch nicht sach- und vor allem nicht patientengerecht.

Welche negativen Auswirkungen wären von der jetzt vorliegenden Verfahrensordnung zu erwarten?

Wolfgang Pföhler: Wenn die Verfahrensordnung in ihrer jetzigen Form in Kraft tritt, wird dies im Krankenhaussektor als Innovationsbremse erster Güte wirken. Dadurch würde sich das deutsche Gesundheitswesen vom medizinischen Fortschritt abkoppeln. Für die Patienten im Krankenhaus kann die beschlossene Regelung schwerwiegende Konsequenzen haben. Innovationen würden ihnen künftig nicht mehr zeitnah in der Versorgung zur Verfügung stehen.

Es bliebe dann die Anwendung neuer Methoden im Rahmen klinischer Studien. Liegt hier ein Ausweg?

Wolfgang Pföhler: Die Anwendung einer Methode im Rahmen von klinischen Studien kann kein Ersatz für die bishe-

rige Zulassungs- und Finanzierungspraxis bei Innovationen sein. In der praktischen Umsetzung wären für viele Patienten innovative Leistungen faktisch nicht mehr zugänglich. Einerseits setzt das wissenschaftliche Design von Studien häufig bestimmte Eigenschaften der Teilnehmer voraus, beispielsweise bei Geschlecht und Alter. Damit wird der Zugang für Patienten deutlich eingeschränkt. Hinzu kommt die räumliche Entfernung zu den meist wenigen Studienzentren. Von einer flächendeckenden Umsetzung des medizinischen Fortschritts könnte jedenfalls keine Rede sein. Letztlich ist es auch ethisch problematisch, wenn ein Patient zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie benötigt wird, um möglicherweise lebenswichtige Behandlungen zu erhalten. Auch die Problematik der sachgerechten Studienfinanzierung müsste aufgeworfen werden.

Welche weiteren Implikationen hat dieses Thema?

Wolfgang Pföhler: Hier geht es nicht nur um eine krankenhäus- und gesundheitspolitische, sondern auch um eine wirtschafts- und gesellschaftspolitische Frage ersten Ranges. Hätte die Verfahrensordnung in der jetzigen Form Bestand, so widerspräche das allen politischen Willensbekundungen zum Standort Deutschland. Es wird immer wieder betont, dass die Zukunft Deutschlands in seiner Innovationskraft liegt. Wir können im globalen Markt nicht mit dem Lohnniveau in Niedriglohnländern konkurrieren. Unsere Stärke liegt darin, dass wir innovative Produkte anbieten, die andere noch gar nicht haben. Die restriktive Verfahrensordnung würde dem Zukunfts- und Wachstumsmarkt Gesundheitswesen genau diesen Wettbewerbsvorteil nehmen. Dies müssen und werden wir gegenüber der Politik auf allen Ebenen deutlich machen.

Wenn Sie alle Aspekte zusammenfassen: Erfolgt im G-BA eine Weichenstellung gegen die Krankenhäuser?

Wolfgang Pföhler: Die Antwort lautet eindeutig ja. Eine solche Weichenstellung wird vorgenommen. Wie gravierend sie sich auswirken wird, hängt jedoch ganz wesentlich davon ab, wie sich das BMGS beim Katalog für hoch spezialisierte Leistungen und seltene Erkrankungen und bei der Verfahrensordnung entscheidet. Unabhängig davon sind im G-BA weitere Auseinandersetzungen in jedem Fall vorprogrammiert.

Wie sollen die Konflikte im G-BA künftig gelöst werden?

Wolfgang Pföhler: Kampfabbestimmungen der bisherigen Art in existenziellen Fragen können im G-BA nicht das Mittel der Wahl sein. Ich appelliere mit Nachdruck an alle, die im und für den G-BA Verantwortung tragen, von der Konfrontation zur Kooperation zurückzukehren. Nur so kann Selbstverwaltung in Deutschland funktionieren. An den Krankenhäusern und ihren Verbänden wird es mit Sicherheit nicht scheitern. ■