Anlage 1

Krankenhaus
Gesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Krankenhausgesellschaft NW Postfach 30 05 63 40405 Düsseldorf

An die

Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen
Verbandsmitglieder
Außerordentlichen Mitglieder
der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Unser Zeichen	Telefon – Durchwahl	Datum
GF/V/Sch	0211 – 47819 **53**	4. Juli 2006

Rundschreiben Nr. 209/2006

Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Koalitionsspitze hat in der Nacht vom 2. auf den 3. Juli 2006 die Eckpunkte für eine Gesundheitsreform 2006 konsentiert. Am 3. Juli 2006 um 5.30 Uhr erfolgte eine Presseunterrichtung durch Merkel, Beck und Stoiber im Bundeskanzleramt.

Das Verhandlungsergebnis basiert auf einem 56 Seiten langen Eckpunktepapier vom 29. Juni 2006, das insbesondere auch die Dissenspunkte zwischen SPD und CDU/CSU darstellt. Dieses Papier ist entsprechend der erzielten Ergebnisse überarbeitet und an die Fraktionen SPD und CDU/CSU zur Beratung und Beschlussfassung übersandt worden. Nach Beschlussfassung der Fraktionen sollen die Eckpunkte am 4. Juli 2006 in einer für 15.30 Uhr anberaumten Pressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Anbei übersenden wir Ihnen das Eckpunktepapier, Stand 4. Juli 2006 (**Anlage**) und geben Ihnen nachfolgend einen ersten Überblick zu den für den Krankenhausbereich relevanten Punkten:

- **„Sanierungsbeitrag" in Höhe von 1% der Krankenhausbudgets**

Die Krankenhäuser sollen zu einem pauschalen **„Sanierungsbeitrag" in Höhe von 1 Prozent** der Budgets (Landesbasisfallwerte) herangezogen werden.
Begründung: *Angemessene Beteiligung der Krankenhäuser als größter Ausgabenfaktor der gesetzlichen Krankenversicherung an den finanziellen Stabilisierungsmaßnahmen.*

- **Einführung einer Anschubfinanzierung für § 116 b SGB V**

Zur Förderung der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen am Krankenhaus nach **§ 116 b SGB V** soll eine **eigene Anschubfinanzierung** aus Mitteln der Krankenhäuser und Krankenkassen bereitgestellt werden, die sich **zur Hälfte aus 0,5 Prozent der Krankenhausbudgets** und **zur anderen Hälfte aus Mitteln der Krankenkassen** in gleicher Höhe finanziert.

- **Keine Lösung für Investitionskostenfinanzierung Krankenhäuser**

Im Jahr 2007 sollen im Rahmen einer Sonder-Gesundheits-Minister-Konferenz Vorschläge für die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens im Anschluss an die im Jahr 2008 auslaufende Konvergenzphase erarbeitet werden. Dabei sollen auch Grundfragen, wie innerhalb eines zu definierenden Zeitraums der Umstieg von einer dualen zur monistischen Finanzierung durchgeführt werden kann, geklärt werden. Dieser Umstieg hätte eine Übernahme der Investitionskosten durch die GKV zur Folge. Daraus resultierende Kostenbelastungen der Krankenkassen müssten kompensiert werden.

- **Keine generelle Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Tätigkeit**

Die Sicherstellung einer flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung soll zentrale Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben.

Jeder Krankenkasse soll zudem die Möglichkeit eröffnet werden, **mit Krankenhäusern oder Vertragsärzten**, in einem Integrationsvertrag nach § 140 a SGB V Leistungen nach § 116 b Abs. 3 SGB V zu vereinbaren. Krankenhäuser sollen somit im Rahmen von IV-Verträgen über den bisherigen Umfang hinaus für die ambulante Versorgung geöffnet werden.

Die **Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsverträge** nach § 140d SGB V soll verlängert werden soweit und solange die Vergütungen in der ambulanten und stationären Versorgung in Form von Budgets erfolgen (*Anmerkung: Voraussichtlich 2009*).

Integrationsverträge sollen auf eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ausgerichtet sein. Diese sei gegeben, wenn entweder in einer größeren Region (z.B. mehrere Land- oder Stadtkreise) die **Behandlung einer oder mehrerer versorgungsrelevanten Volkskrankheiten** (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in der IV organisiert wird **oder** in einer (auch kleineren) Region **das gesamte Krankheitsgeschehen** der versicherten Personen der vertragsschließenden Kasse **in der IV versorgt wird**.

Leistungen der sozialen Pflegeversicherungen sollen in die IV einbezogen werden. Die Kranken- und Pflegekassen haben jeweils ihre Leistungen im Rahmen ihrer Zuständigkeit zu finanzieren. (siehe: Beschlussvorschlag Nr. 3 zur Schnittstelle Rehabilitation und Pflege)

Auch nichtärztliche Heilberufe sollen in die Versorgungskonzepte einbezogen werden. Mittel aus der Anschubfinanzierung dürfen nicht zur Vergütung von Leistungen dieser Berufsgruppen eingesetzt werden.

Zur Erhöhung der Transparenz sollen Krankenkassen verpflichtet werden, der von KBV, DKG und GKV auf freiwilliger Basis eingerichtete gemeinsamen Registrierungsstelle die **Inhalte ihrer IV-Projekte offen zu legen** (kein Zertifizierungsverfahren).

Die Registrierungsstelle wird verpflichtet, einmal jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit und den zuständigen Länderministerien einen Bericht über Inhalt und Umfang der IV-Projekte vorzulegen.

Die Kassen sollen verpflichtet werden, gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern die **Verwendung der einbehaltenen Mittel plausibel darzulegen.**

- **<u>Neuordnung des vertragsärztlichen Vergütungssystems</u>**

Das ärztliche Vergütungssystem soll vereinfacht und entbürokratisiert werden. Die von Budgets und floatenden Punktwerten geprägte Honorarsystematik soll durch eine Euro-Gebührenordnung abgelöst werden, die für den fachärztlichen und den hausärztlichen Versorgungsbereich jeweils nach unterschiedlichen Systematiken ausgestaltete Pauschalvergü-

tungen sowie Abstaffelungsregelungen vorsieht. Kennzeichen eines neuen Vergütungssystems sollen sein:

- Ablösung der bisherigen Budgetierung durch ein neues Vergütungssystem mit Mengensteuerung
- Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung
- Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen
- Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten
- Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung
- Honorarzuschläge für besondere Qualität
- Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize
- Professionalisierung der Erarbeitung der Vergütungsreform

Für ambulante Leistungen unabhängig vom Ort der Erbringung (niedergelassene Praxis oder Krankenhaus) sollen **gleiche Preise** gelten.

- **GKV-Leistungskatalog**

In den Leistungskatalog sollen zusätzliche Leistungen (z. B. geriatrische Reha und Palliativversorgung) aufgenommen werden.

Impfungen, sofern von der STIKO empfohlen, und Mutter-Vater-Kind-Kuren sollen in Regel- und Pflichtleistungen überführt werden.

Bei selbstverschuldeten Behandlungsbedürftigkeiten - zum Beispiel nach Schönheitsoperationen, Piercings, Tätowierungen - müsse in stärkerem Umfang von Möglichkeiten der Leistungsbeschränkung Gebrauch gemacht werden.

- **Reform Gemeinsamer Bundesausschuss**

Die Entscheidungsgremien im GBA sollen von Hauptamtlichen besetzt werden, die von den verschiedenen Seiten (Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser) vorgeschlagen werden können und in ihrem Handeln weisungsunabhängig sind. Deren Amtszeiten sollen auf höchstens zwei Amtsperioden begrenzt sein. An der Patientenbeteiligung soll in der bisherigen Form festgehalten werden.

Die Gremienarbeit soll gestrafft und transparenter gestaltet werden. Die Sitzungen haben in der Regel öffentlich zu sein. Sektorenübergreifende Entscheidungen auch zur Arzneimittelversorgung sind in einem Gremium zu fällen. Werden Entscheidungen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht in angemessenen Fristen getroffen, gelten diese Methoden als zugelassen. Wird ein Antrag auf Ausschluss von Leistungen nicht in angemessener Frist beschieden, bleiben diese Leistungen im Leistungskatalog. Die Möglichkeiten zur Konfliktlösung durch die unparteiischen Mitglieder sollen erweitert und die Möglichkeiten des BMG zur Einflussnahme bis zur Ersatzvornahme präzisiert werden.

- **Reform Krankenkassenstrukturen**

Jede Kasse darf mit anderen Kassen im GKV-System fusionieren. Fusionen sollen aber weiterhin in einem geordneten Rahmen erfolgen.

Damit zeitliche und organisatorische Abläufe in den Verbänden und der gemeinsamen Selbstverwaltung deutlich gestrafft und Handlungsblockaden vermieden werden, sollen die Krankenkassen bzw. ihre Verbände zur Erfüllung bestimmter Aufgaben auf Bundesebene einen Spitzenverband bilden. Dies kann in Form eines Vereines geschehen. Die Verbindlichkeit der Entscheidungen des Spitzenverbandes für die Krankenkassen bzw. deren Verbände ist zu gewährleisten. Der Spitzenverband erhält einige wenige wettbewerbsneutrale Aufgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Diese Aufgaben sollen umfassen:

Der Spitzenverband vertritt die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung (Bundes- und Landesebene).

Die Vertragskompetenz des Spitzenverbands beschränkt sich auf Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen (z. B. Rahmenvertrag für Vergütung auf Bundesebene, Mindeststandards für Qualitätsanforderungen, Festbetragsfestsetzungen).

Um die Entstehung einer kartell- oder monopolähnlichen Struktur zu vermeiden, umfassen die Aufgaben des Spitzenverbandes nicht Bereiche, die über den Wettbewerb der einzelnen Krankenkassen oder deren Verbände bzw. Zusammenschlüsse geregelt werden

- **Finanzierung der GKV über einen Gesundheitsfonds**

Der Fonds erhebt Beiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern. Beide Beitragssätze werden gesetzlich fixiert. Der Arbeitnehmerbeitrag enthält den heutigen zusätzlichen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent.

Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben muss zu mindestens 95 Prozent aus dem Fonds erfolgen.

Krankenkassen, die nicht mit den Fondsmitteln auskommen, können einen Zusatzbetrag von ihren Mitgliedern erheben. Die Obergrenze des Zusatzbeitrags darf 1 Prozent des Haushaltseinkommens nicht überschreiten. Dadurch werden individuelle soziale Härten vermieden. Gestaltung und Erhebung des Zusatzbeitrags wird innerhalb dieses Rahmens der einzelnen Kasse überlassen. Sie kann den Fonds mit der Einziehung beauftragen.

Es ist eine ergänzende Steuerfinanzierung insbesondere für die in der GKV beitragsfreie Mitversicherung von Kindern vorgesehen. Zu diesem Zweck soll im Haushaltsjahr 2008 ein Zuschuss von 1,5 Mrd. € und im Jahr 2009 von 3 Mrd. € geleistet werden. Hierfür sollen keine zusätzlichen Steuerbelastungen entstehen. Es wird in diesem Zusammenhang ausgeschlossen, Kürzungen im Leistungskatalog der GKV oder in anderen sozialen Sicherungssystemen vorzunehmen. In den Folgejahren soll der Zuschuss weiter ansteigen. Seine Finanzierung ist in der kommenden Legislaturperiode sicherzustellen.

Im Jahr 2007 sollen die Beitragssätze der GKV um 0,5 Prozent angehoben werden. Begründung: 2007 sei ein Übergangsjahr auf dem Weg zu einer teilweisen Finanzierung des Systems über Steuermittel.

- **Verhältnis PKV zur GKV**

Die privaten Krankenversicherungen sollen auch zukünftig als Vollversicherer im Markt bleiben.

Um den Wettbewerb sowohl innerhalb der privaten Krankenversicherung als auch zwischen den Systemen GKV und PKV zu ermöglichen, wird die Portabilität der individuellen Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV für den Alt- wie den Neubestand und beim Wechsel zwischen den Systemen gesetzlich geregelt.

Nichtversicherte bzw. nicht mehr Versicherte sind von dem System zu versichern, aus dem sie kamen bzw. dem sie zugeordnet sind (Nichtversicherte). Ehemalige PKV-Versicherte ohne Versicherungsschutz erhalten ein Rückkehrrecht zur PKV in einen Basistarif.

Der PKV-Basistarif beinhaltet folgende Elemente: Leistungsumfang der GKV, Kontrahierungszwang ohne individuelle(n) Risikoprüfung und -zuschlag sowie ohne Leistungsausschluss, bezahlbare Prämien, Alterungsrückstellung.

Um die PKV bei den freiwillig Versicherten zukünftig auch zur Aufnahme schlechter Risiken zu verpflichten, wird der PKV-Basistarif auch für alle freiwillig Versicherten geöffnet.

Die PKV wird an den Ausgaben für die Primärprävention in Deutschland beteiligt. Damit leistet sie in diesem für alle Bürger wichtigen Bereich einen erforderlichen solidarischen Beitrag
Der Wechsel freiwillig versicherter Arbeitnehmer von der GKV zur PKV ist ab dem Stichtag 3. Juli 2006 dann möglich, wenn in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird.

Im ambulanten Bereich zahlen GKV und PKV für vergleichbare Leistungen eine vergleichbare Vergütung (mit der Möglichkeit zur Abweichung innerhalb des Gebührenrahmens (Steigerungssätze)).

Die DKG hat am 3. Juli 2006 in einer außerordentlichen Präsidialsitzung über die bis dato bekannten Eckpunkte mit folgender erster Bewertung beraten:

- Eine zusätzliche Belastung der Krankenhäuser mit einem „Sanierungsbeitrag" i. H. v. 1 Prozent wird mit aller Schärfe abgelehnt. Die DKG wird hiergegen mit allen Mitteln protestieren.

- Die vorgesehenen Strukturreformen im Leistungsbereich sind enttäuschend und setzen an den falschen Stellen an. So bleibt es bei der Dominanz der Kollektivverträge in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und der Aufrechterhaltung der Sektorengrenzen.

- Die vorgesehene Reform der GKV (Spitzenverband) und des GBA (hauptamtliche Strukturen) werden als Schlag gegen die Selbstverwaltung und neben dem Fonds als weiterer Wegbereiter für ein staatliches Gesundheitssystem kritisiert.

- Die Einführung eines Gesundheitsfonds stellt keine Lösung der Einnahmeprobleme der GKV dar.

Die DKG wird nach Verabschiedung der Eckpunkte durch die Fraktionen im Einzelnen Stellung beziehen.

Wir werden Sie zeitnah informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Richard Zimmer
Geschäftsführer

Anlage