

A45402

15. August 2011

Ausgabe 15-16/2011

29. Jahrgang

ISSN 0945-3059

Sonderthema: Gemeinsamer Bundesausschuss

Dr. Rainer Hess, <i>Unparteiischer Vorsitzender des G-BA</i>	2-3
Dr. Doris Pfeiffer, <i>Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes</i>	3-5
Dr. Rudolf Kösters, <i>Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft</i>	5-7
Dr. Andreas Köhler, <i>Vorstandsvorsitzender der KBV</i>	7-9
Dr. Frank-Ulrich Montgomery, <i>Präsident der Bundesärztekammer</i>	9-11
Dr. Jürgen Fedderwitz, <i>Vorstandsvorsitzender der KZBV</i>	11-13
Dr. Peter Engel, <i>Präsident der Bundeszahnärztekammer</i>	13-15
Wolfram-Arnim Candidus, Peter Schmidt, Dr. Richard Barabasch, <i>Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten</i>	15-17
Barbara Steffens, <i>Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen</i>	17-19
Jens Spahn, MdB, <i>CDU/CSU-Bundestagsfraktion</i>	19-21
Heinz Lanfermann, MdB, <i>FDP-Bundestagsfraktion</i>	21-23
Biggi Bender, MdB, <i>Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen</i>	23-25
Dr. Martina Bunge, MdB, <i>Bundestagsfraktion DIE LINKE</i>	25-26

Der G-BA – noch ein Zukunftsmodell?

dgd – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich über verschiedene Reformen hinweg zu einer der wichtigsten Schaltstellen des deutschen Gesundheitswesens entwickelt. Ursprünglich zum Ausgleich unterschiedlicher Interessen bei der Erstattung zu Lasten der GKV gedacht, kommt dem Gremium mittlerweile systemgestaltende und -verwaltende Bedeutung zu. Kein Wunder, dass immer häufiger auch die Frage der Legitimität gestellt wird. Im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) soll der G-BA nun zusätzliche Kompetenzen erhalten. Gleichzeitig wird über einen stärkeren Einfluss der Politik auf die Besetzung des zweifellos wichtigsten Gremiums der Selbstverwaltung diskutiert. Wie soll der G-BA künftig aussehen?



15. August 2011
Seite 2 – Nr. 15-16/2011

Der Gemeinsame Bundesausschuss bezieht seine rechtliche Legitimation aus dem Prinzip der Selbstverwaltung

Dr. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist zum 1. Januar 2004 durch Zusammenschluss der vormals sektorenbezogenen Ausschüsse unter einem gemeinsamen Dach und unter gleichzeitiger Einführung einer Patientenbeteiligung gebildet worden. Das Gremium soll diejenigen Angelegenheiten der kollektivvertraglich und nach wie vor sektorbezogenen gemeinsamen Selbstverwaltungen sektorenübergreifend regeln, die entweder nach einer einheitlichen Bewertungsmethodik oder durch sektorenübergreifende Verfahren in rechtsverbindlichen sektorenübergreifenden Richtlinien einheitlich geregelt werden sollen.

Rechtsgrundlage und verfassungsrechtliche Legitimation sowohl für das normativ wirkende Kollektivvertragssystem als auch für die Zusammenführung dieser Systeme in einer gemeinsam getragenen Dachorganisation **ist das Selbstverwaltungsprinzip**, das die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) seit ihrer Entstehung prägt. Dieses Prinzip reduziert die Gesetzgebung des Staates auf die Vorgabe von Rahmenbedingungen und die Gewährleistung einer angemessenen Rechtsaufsicht. Zugleich wird den Selbstverwaltungsorganen die inhaltliche Ausgestaltung der medizinischen Versorgung als mittelbare Staatsverwaltung übertragen, um ihre eigenen und in der GKV gemeinsamen Angelegenheiten auch in der Finanzierung möglichst eigenverantwortlich zu regeln.

Der Gesetzgeber greift zwar immer stärker in diese Strukturen der Selbstverwaltung ein, hält aber an deren Grundstrukturen fest. Im Jahr 2008 ist die sektorenübergreifende Aufgabenstellung des G-BA noch einmal verdichtet worden, indem die vormals sechs sektorenbezogenen Beschlussgremien zu einer einzigen Beschlusskammer, dem „Plenum“ zusammen geführt wurden. Die Beschlussvorbereitungen erfolgen – je nach Interessenlage der Trägerorganisationen – in mehr oder weniger sektorbezogenen oder sektorenübergreifend besetzten Unterausschüssen.

Dieses System der gemeinsamen Selbstverwaltung ist verfassungsrechtlich in seinem Bestand nicht geschützt, sondern steht unter dem einfachen Gesetzesvorbehalt. Der Gesetzgeber kann es daher jederzeit unter Einhaltung notwendiger Übergangsregelungen aufheben oder ändern. Bleibt er aber bei diesem System, dann muss er seine Gesetzmäßigkeiten beachten. Dann ist der G-BA mit seiner normativen Richtlinienzuständigkeit („top down“) nur dann gesetzlich legitimiert, wenn die Verbindlichkeit nach wie vor „bottom up“ durch den Aufbau der ihn tragenden Mitgliedsorganisationen begründet wird. Der G-BA erreicht die Vertragsärztin und den Vertragsarzt mit seinen Richtlinien nur deswegen unmittelbar rechtsverbindlich, weil diese Mitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sind, diese wiederum Mitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die eine Trägeror-

15. August 2011
Seite 3 – Nr. 15-16/2011

Hess II / Pfeiffer

ganisation des G-BA ist, und weil die KVen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) einen gesetzlichen Sicherstellungsauftrag haben.

Patientenvertreterinnen und -vertreter, drittbetroffene Unternehmen, an der Bedarfsplanung zu beteiligende Bundesländer, berufsrechtlich tangierte Heilberufskammern oder Pflegeberufsorganisationen können daher in dieser Selbstverwaltungsstruktur nicht denselben Rechtsstatus haben, wie diejenigen Organisationen, die die Umsetzung der im G-BA beschlossenen Richtlinien in ihrem jeweiligen System als Körperschaften des öffentlichen Rechts oder öffentlich-rechtlich Beliehene zu gewährleisten haben. Die notwendige Mitwirkung dieser Organisationen muss über Beteiligungs- oder Anhörungsrechte geregelt werden. Auch die **Berufung von unparteiischen Mitgliedern des G-BA durch den Deutschen Bundestag würde diese Selbstverwaltungsstruktur des G-BA eher gefährden** als stützen, weil die Unparteiischen in ihrer Amtsführung dann dem Parlament und nicht den Trägerorganisationen verantwortlich wären. Dies würde sich insbesondere in Amtshaftungsverfahren schwierig gestalten. Eine andersartige Besetzung der stimmberechtigten Bänke und der Unparteiischen im G-BA und deren Berufung bedürfte daher einer von Grund auf neuen Legitimation. Sie könnte im geltenden Recht nur unmittelbar vom Staat abgeleitet werden, wie dies auch in anderen EU-Mitgliedstaaten bei vergleichbaren Organisationen der Fall ist. Dort trifft das jeweils zuständige Ministerium die rechtsverbindlichen Entscheidungen.

Bleibt es bei der Einordnung der Struktur des G-BA in das Recht der gemeinsamen Selbstverwaltung, dann wachsen dem G-BA in dem Ausmaß **neue Aufgaben** zu, in dem der Gesetzgeber zunehmend die **Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Regelung** sieht. Angesichts kurzer Krankenhaus-Verweildauern und einer zunehmend ambulant möglichen spezialisierten Versorgung insbesondere im ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich ist die Beseitigung einer strikten sektorenbezogenen Abschottung geboten. Dies gilt auch für den zahnärztlichen Bereich, in dem vergleichbare methodenbezogene Anforderungen an die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie an die Qualitätssicherung und die Gewährleistung von Transparenz bestehen.

G-BA-Reform: Gemeinsam – oder jedem seine Wagenburg?

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes

Die letzten Gesundheitsreformen haben Struktur, Auftrag und Arbeitsweise des G-BA schrittweise weiterentwickelt. Besonders die konsequente Ausrichtung des G-BA auf eine die Sektoren übergreifende Betrachtungsweise und die gemeinsame

15. August 2011
Seite 4 – Nr. 15-16/2011

Pfeiffer II

Verantwortung der Beteiligten haben sich positiv auf die Gestaltung von Versorgungsanforderungen ausgewirkt. Die Erwartungen und Herausforderungen an den G-BA werden weiter wachsen. Aus meiner Erfahrung als Mitglied im Plenum halte ich deshalb die inhaltliche Weiterentwicklung des G-BA in den folgenden Kernbereichen für erforderlich:

- Im Bereich der **Methodenbewertung** brauchen wir bessere gesetzliche Bestimmungen für die geregelte Einführung von Innovationen im stationären Bereich, die einen Anreiz für die frühe und aussagekräftige Evaluation schaffen. Der G-BA muss die Möglichkeit bekommen, hierfür verbindliche fachliche Vorgaben zu machen. Die Rahmenbedingungen müssen so ausgestaltet werden, dass Evaluationsvorhaben auch wirklich gelingen können und nicht zeitgleich mit der Durchführung von Studien bereits die flächendeckende Einführung in die Routineversorgung erfolgt.
- Bei der **Sektorenübergreifenden Qualitätssicherung** müssen vom Gesetzgeber tragfähige Voraussetzungen für die Nutzung von Routinedaten geschaffen werden.
- Wir brauchen einen neuen Ordnungsrahmen für den Bereich der **spezialärztlichen Versorgung** insgesamt. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und nicht die Interessen von Leistungserbringern müssen dabei im Vordergrund stehen.

Strukturreform des G-BA geht in die falsche Richtung

Leistungserbringer sowie Vertreter der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie sehen hingegen – von ihren Partikularinteressen geleitet – vor allem die Notwendigkeit, die G-BA-Strukturen zu verändern. Einige dieser Ideen sind nun im Referentenentwurf zum Versorgungsstrukturgesetz wiederzufinden. Die dort skizzierten Reformen gehen meines Erachtens in die falsche Richtung. So soll die Neutralität der Unparteiischen gestärkt werden, indem der Bundestagsausschuss für Gesundheit der Berufung der von den Trägerorganisationen vorgeschlagenen Kandidaten widersprechen kann. Politische Erwägungen rücken damit bei der Auswahl der Unparteiischen in den Vordergrund, die Systemverantwortung der Unparteiischen würde geschwächt und im Ergebnis für den G-BA eine nicht funktionsfähige Mischform aus Staatsverwaltung und allgemeiner Selbstverwaltung etabliert.

Die Unparteiischen sollen weiterhin dadurch „neutralisiert“ werden, dass diese in den drei Jahren vor ihrer Berufung nicht bei den Trägerorganisationen des G-BA, deren Verbänden oder als Leistungserbringer in der Versorgung von GKV-Patienten beschäftigt gewesen sein dürfen. Wo, wenn nicht als Verantwortliche in den Trägerorganisationen, sollen denn Kandidaten ihre Qualifikation und Erfahrungen für die Aufgaben als Unparteiische sammeln und erlangen können? Auch eine vertragsärztliche Tätigkeit wird zum Neutralitätshindernis gemacht. Inhaber einer Pri-

15. August 2011
Seite 5 – Nr. 15-16/2011

Pfeiffer III / Kösters

vatpraxis oder die Tätigkeit für die pharmazeutische Industrie dagegen wären erlaubt. Gerade die fachliche Qualifikation im sozialen Gesundheitswesen ist für die Unparteiischen unverzichtbar und auch Garant dafür, dass komplexe Beratungen zu den unterschiedlichsten Themen kompetent begleitet und ausgewogene Beschlüsse im G-BA erreicht werden.

Ein deutlicher Rückschritt ist die beabsichtigte Wiedereinführung sektoraler Entscheidungsgremien. Damit könnten die Leistungserbringer sich inhaltlich wieder auf ihren abgegrenzten Bereich zurückziehen und sich ihrer Verantwortung für das Gesamtsystem entziehen.

Inhalte statt Strukturen weiterentwickeln

Die für den G-BA geplanten Strukturänderungen sind rückwärts gewandt. Der gemeinsame Gestaltungswille und das Interesse der Versicherten an einer Versorgung aus einem Guss bleiben dabei auf der Strecke. Sie führen außerdem zur partiellen Entscheidungsunfähigkeit des Gremiums. Das bietet dann den Vorwand für die Politik, quasi einspringen zu müssen – der Weg in die Staatsmedizin ist bereitet! Die GKV trägt und unterstützt nachdrücklich die Arbeit des G-BA als zentrale Organisation der gemeinsamen Selbstverwaltung. Wir sind bereit, über den G-BA Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung zu übernehmen und auch schwierige Entscheidungen mitzutragen. Es gilt, die inhaltliche Weiterentwicklung in den Bereichen Methodenbewertung, Sektoren übergreifende Qualitätssicherung und spezialärztliche Versorgung voranzutreiben. Unsere Orientierung muss das Patientenwohl sein. Hier liegen die echten Herausforderungen und nicht in einer Strukturreform zurück in die Wagenburgen konkurrierender Sektoren.

Einheitliche Zuständigkeit des G-BA als Gremium für die stationäre und ambulante Qualitätssicherung wäre konsequent

Dr. Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft

In unserem anerkannt leistungsfähigen Gesundheitssystem ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nicht nur das größte, sondern auch das mit den weitreichendsten Regelungskompetenzen ausgestaltete Organ der Selbstverwaltung. Im Jahr 2004 mit dem Ziel geschaffen, die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, haben sich die Regelungsbereiche des G-BA seitdem kontinuierlich erweitert. Stand zunächst die Konkretisierung der Leistungs-

15. August 2011
Seite 6 – Nr. 15-16/2011

Kösters II

ansprüche der gesetzlich Versicherten im Mittelpunkt, werden die Kompetenzen in der jüngsten Gesetzesreform mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) um wesentliche strukturelle Gestaltungskompetenzen im Rahmen der Schaffung eines sektorverbindenden ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs erweitert.

Der Gesetzesentwurf enthält zahlreiche Elemente, die im Sinne einer patientengerechten Versorgung unter den gegebenen Rahmenbedingungen begrenzter Ressourcen einen guten Beitrag leisten. Zu nennen sind die Stärkung der Legitimation der Unparteiischen, die Stimmberechtigung der Leistungserbringerorganisationen in Abhängigkeit ihrer sektorenspezifischen Betroffenheit, das Mindestquorum bei Abstimmungen über den Ausschluss sektorenübergreifend erbrachter Leistungen aus dem GKV-Katalog, das Recht einer mündlichen Anhörung bisher (ausschließlich schriftlich) stellungnahmeberechtigter Verbände und die Verpflichtung des G-BA zur Abschätzung von (Bürokratie-)Folgekosten seiner Entscheidungen.

Kritisch zu bewerten ist die – durch eine überzogene Karenzzeit – deutliche Einschränkung des Personenkreises, aus dem die Unparteiischen Mitglieder benannt werden dürfen. **Der vollständige Ausschluss der Trägerorganisationen und ihrer Mitglieder widerspricht dem Gedanken der Selbstverwaltung** und ist daher nicht zielführend. Der zweite kritische Aspekt betrifft die uneinheitlichen Regelungsmechanismen zur sektorenspezifischen Qualitätssicherung. Während die gesamte Qualitätssicherung im stationären Sektor den Regelungen des G-BA unterliegt – und damit von beiden Sektoren gemeinsam getragen wird – werden die Qualitätsanforderungen für die ambulante Versorgung in (bilateralen) Bundesmantelverträgen zwischen GKV-Spitzenverband und KBV vereinbart. Diese unterschiedlichen Zuständigkeiten sind inhaltlich und systematisch nicht gerechtfertigt. Systematisch konsequent ist daher die **einheitliche Zuständigkeit des G-BA als gemeinsames Gremium der Selbstverwaltung sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Qualitätssicherung**. Von diesen Regelungen sind so zentrale Bereiche wie die ärztliche Fortbildung und die Definition von Mindestmengen betroffen, um nur zwei Beispiele zu nennen.

Schaltzentrale ist der G-BA zunächst im Hinblick auf seine originäre Aufgabe, die Festlegung des Leistungsumfangs des GKV-Kataloges. Schaltzentrale ist er auch für die formalen Qualitätsanforderungen dieser Leistungen. Mit dem GKV-VStG ist er darüber hinaus mit seinen strukturellen und inhaltlichen Gestaltungskompetenzen des neu geschaffenen ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs noch sehr viel stärker in die strukturelle und damit versorgungssichernde Ausformung des Gesundheitswesens eingebunden. Damit nimmt die Verantwortung des G-BA für die Zukunftsfähigkeit der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten in Deutschland nicht unerheblich zu.

15. August 2011
Seite 7 – Nr. 15-16/2011

Kösters III / Köhler

Die Zukunftsgerechtigkeit der Versorgung wird über die strukturellen Bedingungen hinaus wesentlich durch weitere Aspekte wie Bewertungskriterien, Evidenzlevel und den Erhalt von Innovationspotentialen, also die konkrete Ausgestaltung der Arbeit des G-BA bestimmt. Der G-BA wird seiner hohen Verantwortung für die zukünftige Versorgung nur gerecht werden können, wenn u.a. die von ihm vorzunehmende Bewertung medizinischer Verfahren (Methodenbewertung) **nicht ausschließlich auf Basis klinischer Studien** (externe Evidenz) und – die weitere Verengung dieser Betrachtung – auf randomisierte kontrollierte Studien (RCT), geschieht. Zum einen wird der Eindruck erzeugt, dass es sich bei dem wiederholt geforderten „Nutzenbeleg“ um eine international anerkannte statische Grenze (cut off point) auf der Evidenzstufe I handelt und dass sich eine qualifizierte Methodenbewertung auf diesen auf Evidenzstufe I fixierten „cut off point“ beschränken kann. Dabei wird jedoch eine angemessene Berücksichtigung der Belange und Versorgungsmöglichkeiten von beispielsweise Patientensubgruppen und Patienten mit seltenen Erkrankungen vernachlässigt. In die Bewertung einzubeziehen ist darüber hinaus z.B. auch die Therapieverbesserung durch die Reduktion von Nebenwirkungen. **Bewertungsmaßstab** für die Bereitstellung von Leistungen GKV-Versicherter kann **nur der aktuelle medizinische Wissensstand** und das heißt, die best verfügbare und nicht die beste, theoretisch wünschenswerte Evidenz in Kombination mit einem umfassenden Abwägungsprozess sein.

Der G-BA ist eine wichtige Institution für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Kein entwickeltes Land wird ohne eine solche oder ähnliche Institution zukünftig auskommen. Seine Akzeptanz wird jedoch ganz wesentlich von seiner Arbeitsweise abhängen. Die geforderten umfassenden Abwägungsprozesse verbunden mit Maß und Mitte gehören ganz wesentlich dazu.

Aufgabenkonzentration des G-BA steht im Widerspruch zu der stärkeren Regionalisierung der vertragsärztlichen Versorgung

Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Bei der Lektüre des Referentenentwurfs fällt eines schnell auf: Das Versorgungsstrukturgesetz scheint eine Linie fortzuführen, die bereits die vorherige Regierung begonnen hat, nämlich die Ausweitung der Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Dies führt zu einer aus meiner Sicht spannenden Frage: Wie lässt sich der G-BA künftig in der Gesamtstruktur des Gesundheitssystems verorten? Ist

15. August 2011
Seite 8 – Nr. 15-16/2011

Köhler II

er angesichts seiner aktuellen und zukünftigen Aufgaben überhaupt **noch ein echtes Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung**? Oder wird er sich, auch im Zusammenspiel mit möglichen Ersatzvornahmen des Bundesministeriums für Gesundheit, von der Selbstverwaltung abkoppeln und zu einer staatlichen Institution?

Letzteres ließe sich vor allem aus der schon erwähnten Vielfalt der Aufgaben begründen, die der G-BA künftig bewältigen soll. Keine der Trägerinstitutionen wird auf Dauer in der Lage sein hier mitzuhalten; bei konfliktiven Themen werden in der Regel die unparteiischen Mitglieder den Ausschlag geben. Ob und inwieweit es im Lichte des Versorgungsstrukturgesetzes noch möglich sein wird, den G-BA als Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen zu betrachten, ist derzeit nicht zu beurteilen. Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigt sich aber, dass ein wesentliches Prinzip der Selbstverwaltung, nämlich der **Interessenausgleich** zwischen Versicherten und Krankenkassen beziehungsweise Ärzten und Psychotherapeuten, **zunehmend nicht mehr als Ordnungsprinzip im Vordergrund steht**. Die Lösung dieses Problems kann jedoch nicht ausschließlich der Politik überantwortet werden. Vielmehr erfordert es den Willen der Selbstverwaltung, für die Versorgung sinnvolle Lösungen auch tatsächlich selbst zu erarbeiten.

Ohne Zweifel ist der G-BA eine wesentliche Schaltzentrale für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies war von der vorherigen Regierungskoalition so gewünscht und scheint auch von der jetzigen schwarz-gelben Koalition beabsichtigt. Der aktuelle Gesetzentwurf zum Versorgungsstrukturgesetz spricht hier eine eindeutige Sprache. Demnach soll der G-BA neben der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung weitere maßgebliche Aufgaben übernehmen, etwa bei der Bedarfsplanung und der neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgung.

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) steht die Aufgabenkonzentration beim G-BA vor allem im **Widerspruch zu** dem von der KBV und dem Gesetzgeber vorgesehenen **Grundsatz der stärkeren Regionalisierung der vertragsärztlichen Versorgung**. Deshalb fordert die KBV etwa bei der Bedarfsplanung einen zusätzlichen Gestaltungsspielraum für die Landesebene bei lokalem Versorgungsbedarf. Auch bei der ambulanten spezialärztlichen Versorgung soll der G-BA eine entscheidende Rolle spielen. So soll die Regelung entsprechender Leistungen sowie der Qualitätsanforderungen umfassend diesem Gremium übertragen werden. Hier gibt es Grenzen, bei denen die KBV klar sagt, dass die Kompetenz der Partner der Bundesmantelverträge nicht beschnitten werden darf. Bilaterale oder auch KBV-spezifische – sofern nur die Vertragsärzte betroffen sind – Regelungen haben den klaren Vorteil, dass sie flexibler und im Zweifelsfall auch „praxisnäher“ getroffen werden können als langwierige multilaterale Vereinbarungen. Deshalb ist der

15. August 2011
Seite 9 – Nr. 15-16/2011

Köhler III / Montgomery

Gesetzesvorschlag zu begrüßen, dass bei Beschlüssen, von denen nur entweder die Ärzte, die Zahnärzte oder die Krankenhäuser betroffen sind, eine Stimmübertragung möglich sein soll.

Ein wichtiges Ziel des Versorgungsstrukturgesetzes ist der **Abbau von Bürokratie**. Dies unterstützen wir ausdrücklich. Auch der G-BA soll künftig die Auswirkungen seiner Entscheidungen einer Bürokratiekostenmessung unterziehen. Dies wird unter Umständen dazu führen, dass Beschlüsse sich verzögern. Es bietet aber auch die Chance einer besseren Dokumentation und größeren Transparenz.

Letztere hat sich durch die Struktur des G-BA, wie sie seit 2008 besteht, auf jeden Fall erhöht. Die Arbeitsweise und auch Beschlüsse sind transparenter geworden. Dazu gehört allerdings auch, dass die unterschiedlichen Maßstäbe in den Sektoren – etwa bei der Frage der Zulässigkeit von Leistungen für gesetzlich Versicherte – noch deutlicher zutage treten. Diese Ungleichheit, die auch aus Patientensicht überhaupt nicht nachvollziehbar ist, wird durch das neue Gesetz nicht ausgeräumt. Wenn der G-BA eine Schaltzentrale für zukunftsgerechte Versorgung sein will, muss seine Entscheidung, ob eine innovative Behandlungsmethode für gesetzlich Versicherte erbracht werden darf, von der Methode selbst abhängen und nicht davon, ob der Patient sich im Krankenhaus oder einer Praxis befindet.

Bundesärztekammer fordert eine stimmberechtigte Beteiligung als assoziiertes Mitglied im G-BA

Dr. Frank-Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist die institutionelle Verkörperung zweier prägender Merkmale des deutschen Gesundheitswesens, der Selbstverwaltung und des **Korporatismus**. Dabei ist die Bedeutung des Gremiums in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. In dem nun vorliegenden Entwurf für das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) ist zudem eine Fülle weiterer Aufgaben für den G-BA vorgesehen.

Ob der Machtzuwachs des Gemeinsamen Bundesausschusses mit einem Kompetenzgewinn der Organisationen der Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene einhergeht, muss allerdings hinterfragt werden. Zum einen werden ihm Aufgaben zugewiesen, für die der G-BA originär nicht zuständig ist. Ein Beispiel: Bei dem gesetzlichen Auftrag, Modellvorhaben zur Neuordnung der Aufgabenverteilung

15. August 2011
Seite 10 – Nr. 15-16/2011

Montgomery II

zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen (§ 63 c SGB V) zu regeln, liegt die Definitionshoheit für die Qualifikation der ärztlichen Profession klar bei den Ärztekammern und nicht beim G-BA in Berlin.

Zum anderen war der Machtzuwachs des G-BA vor allem unter der Vorgängerregierung mit einer **verstärkten Einflussnahme des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) auf die Arbeit der Selbstverwaltungspartner** verbunden. Sie durften zwar mehr entscheiden, wurden dabei aber von der Regierung an die kurze Leine genommen. Das BMG reizte die Möglichkeiten der Einflussnahme bis hin zur Ersatzvornahme immer stärker aus. Will der G-BA seine hervorgehobene Stellung als höchstes Entscheidungsgremium der Selbstverwaltung erhalten, muss er seine Unabhängigkeit gegenüber der Politik erstreiten. Auch deshalb ist eine Reform seiner Strukturen unerlässlich.

Die mit dem GKV-VStG angestrebten Neuregelungen sind im Grundsatz zu begrüßen. Allerdings dient es nicht der Unabhängigkeit des G-BA, wenn – wie es die Regierung plant – der unparteiische Vorsitzende sowie die weiteren unparteiischen Mitglieder künftig durch den Gesundheitsausschuss des Bundestages benannt werden sollen. Das führt zu einem noch stärkeren Einfluss der Politik auf die Arbeit des G-BA. Noch weniger Sinn ist auch in der Regel zu entdecken, dass die Vorsitzenden mindestens drei Jahre keine Funktionen in der Selbstverwaltung gehabt haben dürfen. **Da wird nicht Kompetenz gesucht, sondern politisches Proporzdenken ausgelebt.**

Positiv zu beurteilen ist hingegen die vorgesehene Übertragungsmöglichkeit von Stimmen innerhalb der Bank der sogenannten Leistungserbringer in Abhängigkeit vom Sektorenbezug der Entscheidung. Bislang sind die Krankenkassen bei strittigen Entscheidungen im G-BA klar im Vorteil. Die Stimmen zwischen Kassen und sogenannten Leistungserbringern sind zwar paritätisch verteilt, doch treten die Kassen als geschlossener Block auf, was für die Leistungsseite aufgrund der heterogenen Zusammensetzung oft nicht zutrifft. Die vorgesehenen Übertragungsmöglichkeiten von Stimmen sind deshalb ein erster richtiger Schritt. Er löst die Probleme des Fehlens einer interessenneutralen Vertretung der Ärzteschaft, wie es nur die Bundesärztekammer leisten kann, aber nicht. **Die Bundesärztekammer fordert deshalb eine stimmberechtigte Beteiligung im G-BA** im Sinne einer assoziierten Mitgliedschaft. Die Bank der Krankenkassen wäre zum Erhalt der Parität um die entsprechende Stimmenzahl aufzustocken.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung setzen sich entsprechend der Beschlüsse Deutscher Ärztetage gegenüber der Politik nachdrücklich für eine entsprechende Regelung im Versorgungsstrukturgesetz ein. Immer wieder vor-

15. August 2011
Seite 11 – Nr. 15-16/2011

Montgomery III / Fedderwitz

getragene Gegenargumente, die Bundesärztekammer trage keine sogenannte Versorgungsverantwortung für GKV-Versicherte und könne aus diesem Grund nicht beteiligt werden, verfangen nicht. Der Gesetzgeber hat die Bundesärztekammer bereits mehrfach **mit normativer Verantwortung beliehen**. Zu nennen sind beispielhaft die Regelungen im SGB V zur elektronischen Gesundheitskarte, die eine Mitgliedschaft der BÄK in der gematik vorsehen, oder etwa Regelungen im Transplantations- sowie im Gendiagnostikgesetz.

Die derzeitige Konfliktrichtigkeit der Entscheidungen des höchsten Beschlussgremiums ist nicht länger tragbar. Die Struktur des G-BA bedarf deshalb dringend einer Weiterentwicklung unter stärkerer Berücksichtigung patientenrelevanter Gesichtspunkte und einer adäquaten Beteiligung der Gesamt-Ärzteschaft. Die Bundesärztekammer ist bereit, hierfür Verantwortung zu übernehmen.

Bei Reform geht es nicht um externe Kontrollmechanismen sondern um Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des G-BA

Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Dass früher „alles besser gewesen“ sei, ist für gewöhnlich eine abgegriffene Behauptung älterer Jahrgänge, die vergangene Zeiten verklären. Wenn es aber um die G-BA-Struktur geht, stimmt der Satz tatsächlich. Warum?

Bis Mitte 2008 gab es für den zahnärztlichen Versorgungsbereich im G-BA eine eigene Beschlusskammer, in der Vertreter von Krankenkassen und Zahnärzteschaft gemeinsam Versorgungs- und Leistungsfragen diskutierten und beschlossen. Der bürokratische Aufwand war gering, die Verhandlungsergebnisse waren mit fachlicher Expertise unterlegt und passgenau, die Selbstverwaltung funktionierte. Seit der Umstrukturierung des G-BA sieht die Situation anders aus: Jeder Sektor nimmt nun an Verhandlungen über Regelungen für andere Sektoren teil. Krankenhausvertreter beraten über ambulante zahnärztliche Leistungen und Zahnärzte über Katarakt-Operationen. **Fachfremde entscheiden über spezifische Versorgungsfragen mit**, der Sitzungs- und Verwaltungsaufwand ist, da „jeder irgendwie an allem“ beteiligt ist, immens gestiegen. Für die Zahnmedizin ist diese Gemengelage besonders prekär. Als kleinster Versorgungssektor wird sie am ehesten majorisiert. Die zahnmedizinische Versorgung droht vielfach unter Regelungen

15. August 2011
Seite 12 – Nr. 15-16/2011

Fedderwitz II

für den ambulanten und stationären ärztlichen Bereich subsumiert zu werden. Ein Umstand, der insofern problematisch ist, als sich die Zahnmedizin an vielen Punkten von anderen Versorgungsbereichen massiv unterscheidet: Beispielsweise haben Zahnarztpraxen aufgrund der Natur der Erkrankungen, die sie behandeln, kaum Verbindung zu anderen Sektoren. Lebensbedrohliche Erkrankungen kommen nicht vor, Medikamente werden kaum benötigt. Es gibt keine Zulassungsbeschränkungen und, anders als bei Haus- und Fachärzten, keine regionale Unterversorgung.

Aus dieser Andersartigkeit resultieren **spezifische Versorgungsfragen, die der G-BA in seiner jetzigen Struktur nicht vernünftig bearbeiten kann**. Sie macht durch die weitgehende und unübersichtliche Befassung „aller mit allem“ den Selbstverwaltungsprozess gerade für die Probleme anfällig, die sie eigentlich verhindern soll: Es wird Regelungs- bzw. Koordinationsbedarf „übersehen“. Jüngstes Beispiel ist die Verabschiedung der Heilmittelrichtlinie. Die Zahnärzteschaft wurde an der Erarbeitung des Entwurfs in den nachgeordneten Gremien nicht beteiligt und musste das im Plenum rügen, als die Richtlinie dort auf die Tagesordnung kam. Trotzdem fasste das Plenum einen Beschluss, der auch für die zahnärztliche Versorgung Auswirkungen gehabt hätte. Anschließend war strittig, ob die Richtlinie nach einem solchen Procedere überhaupt Geltung haben bzw. für den zahnärztlichen Bereich gültig sein kann. Prompt kritisierte das Bundesgesundheitsministerium im Wege seiner Rechtsaufsicht, dass die Belange und Besonderheiten des zahnärztlichen Sektors nicht berücksichtigt worden seien. Die Richtlinie konnte bei Zahnärzten deshalb auch keine Anwendung finden, solange sie nicht unter zahnärztlicher Beteiligung nachverhandelt war. Sie musste daher geändert werden.

Aus Unzufriedenheit mit der jetzigen Struktur sind die Leistungsträgerorganisationen mit einem gemeinsamen Forderungspapier an Politik und Öffentlichkeit gegangen. Sie haben dargelegt, warum und wie eine G-BA-Reform erfolgen sollte. Dabei **ging es gerade nicht um die Installation externer Kontrollmechanismen sondern um die Wiederherstellung interner Arbeitsfähigkeit** des G-BA als Eckpfeiler einer möglichst freien Selbstverwaltung.

Der Gesetzgeber hat die Initiative aufgegriffen und im Entwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz Veränderungen angekündigt, die die Lage deutlich verbessern dürften: Zukünftig sollen sich Leistungserbringer gegenseitig Stimmrechte übertragen können, wenn nicht alle Sektoren von einer Entscheidung betroffen sind. Das **reduziert das Übergewicht der monolithisch organisierten Kostenträgerseite** und entschlackt die Entscheidungsprozesse. Außerdem soll für bestimmte Entscheidungen, die sektorenübergreifend gefällt werden, zukünftig eine Zweidrit-

15. August 2011
Seite 13 – Nr. 15-16/2011

Fedderwitz III / Engel

telmehrheit nötig sein. Das schafft eine breitere Akzeptanz der Beschlüsse und verringert die ständige Gefahr einer Majorisierung für die Zahnärzteschaft. Dazu beitragen dürfte auch die Berufung von nunmehr fünf statt zwei Unparteiischen. Jede Organisation im G-BA hat damit die Möglichkeit, einen Unparteiischen vorzuschlagen.

Der ganz große Wurf wird diese G-BA Reform dennoch nicht. Die Kriterien für die Bestellung der Unparteiischen werden es schwierig machen, die Posten fachlich kompetent und professionell zu besetzen. Weiterhin ist nicht geklärt, dass, von einem sektorspezifisch besetzten Beschlussgremium verabschiedete Richtlinien auch nur in den Sektoren gelten können, deren Leistungserbringer in diesem Gremium vertreten waren. Für eine konsequente Reform bedürfte es letztlich eines mutigen Schrittes der Politik, eines **Schrittes zurück in die Zukunft**, zu einem eigenständigen Entscheidungsgremium für den Sektor Zahnmedizin, wie es schon einmal existierte.

Steigende Machtfülle des G-BA könnte zur Aushöhlung der originären Aufgaben der Zahnärztekammern führen

Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer

Regulierungs- oder Rationierungsbehörde? Wie auch immer hier die Antwort zu Rolle und Selbstverständnis des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für jeden Einzelnen ausfallen mag – fest steht: An diesem mächtigen gesundheitspolitischen Player kommt in nächster Zukunft keiner vorbei, der aktiv Gesundheitspolitik mitgestalten will.

Zur Erinnerung: Der Gesetzgeber hat dem G-BA ganz bewusst die Aufgabe zugeteilt, zu konkretisieren, welche ambulanten und stationären Leistungen im Gesundheitswesen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den **Charakter von untergesetzlichen Normen**. Gremien mit einer solchen Entscheidungsreichweite müssen allerdings – wollen sie nicht als „Staat im Staat“ wahrgenommen werden – in punkto Entscheidungsstrukturen hinreichend demokratisch legitimiert sein. Sprich: Der G-BA muss wichtige gesundheitspolitische Akteure mit einem konkret ausgestalteten Stimmrecht bedenken – symbolische Beteiligung per Sitzrecht reicht nicht aus. Das gilt vor allem für die Bundeszahnärztekammer (BZÄK).

15. August 2011
Seite 14 – Nr. 15-16/2011

Engel II

Immer häufiger werden im G-BA auch wichtige Weichen für die Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland gestellt. Zu nennen ist hier etwa der Bereich der **Qualitätssicherung – ein Thema, das a priori in die Zuständigkeit einer Kammer fällt** und schon in der Phase der Aufgabendefinition, Diskussion und Entscheidungsfindung im G-BA auf das Praxis-Know-how unseres Berufsstandes angewiesen ist. Weitere Themen sind Bestimmungen zu Hygiene und Infektionsschutz, zahnärztliche Berufsausbildung und Fortbildung und – last but not least – das immens wichtige **Zukunftsthema Patientenrechte**. Auch hierzu werden Vorentscheidungen im G-BA generiert, die erhebliche Außenwirkung für gesetzlich Versicherte im zahnärztlichen Bereich, für Vertragszahnärzte und generell auch für Zahnärzte und Patienten im privat Zahnärztlichen Bereich haben.

Zwar wird im Sozialgesetzbuch versucht, bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Zahnärzte berührt, der Bundeszahnärztekammer nach SGB V (§ 91 Abs. 5) eine Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Bei dem Erlass von Richtlinien zur Qualitätssicherung ist die BZÄK sogar konkret zu beteiligen (§137 Abs. 1 SGB V). Dies klingt de jure beides gut, kommt jedoch de facto im G-BA nicht vor. Summa summarum findet so zu wichtigen Entscheidungen, die gerade auch den zahnmedizinischen Bereich betreffen, nur eine symbolische gesundheitspolitische Beteiligung der Bundeszahnärztekammer im G-BA statt. **Von konkreter Mitbestimmung ist da keine Spur**. Im Extremfall kann das – bei steigender Machtfülle des G-BA – zu einer Aushöhlung der originären Aufgaben der Zahnärztekammern führen. Ein Zustand, den der Gesetzgeber kaum wollen kann.

In seinen nun vorliegenden Eckpunkten zum sogenannten Versorgungsstrukturgesetz (VStG), das zum 1. Januar 2012 in Kraft treten soll, hat sich das Bundesgesundheitsministerium zum Ziel gesetzt, die Verfahren und Entscheidungswege des G-BA in Richtung mehr Transparenz und einer Ausweitung der Beteiligungsrechte zu überprüfen. Als Berufsvertretung der deutschen Zahnärzteschaft auf Bundesebene muss die BZÄK in Zukunft zu wichtigen zahnmedizinischen Themen nicht nur mitreden, sondern vor allem durch ein konkretes Beteiligungsrecht auch mitgestalten können. Im Klartext heißt das: Ein Stimmrecht für die BZÄK in allen die zahnärztliche Berufsausübung betreffenden Angelegenheiten und insbesondere bei allen sektorenbezogenen Entscheidungen. **Dabei sind die Rechte und Pflichten der BZÄK an die Rechte und Pflichten der Bundesärztekammer anzugleichen**. Bei der gesetzlich vorgesehenen Regelung, die die BZÄK im Gegensatz zur Bundesärztekammer nicht beachtet, kann es sich nur um ein redaktionelles Versehen handeln, dass es nunmehr im Rahmen des VStG zu beseitigen gilt. Zusätzlich fordern wir, mindestens bei der Formulierung von Richtlinien zur Qualitätssicherung

15. August 2011
Seite 15 – Nr. 15-16/2011

Engel III / Candidus, Schmidt, Barabasch

– im Gegensatz zur bisher gängigen Praxis – auch wirklich beteiligt zu werden. Nur so können wir Aufgabe und Anspruch, die an eine Kammer gestellt werden, effizient und glaubwürdig vertreten.

Mit dem aktuell debattierten Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber eine echte Chance, Rolle und Struktur des G-BA so zu gestalten, dass seine Entscheidungen im größtmöglichen Konsens aller Akteure legitimiert und damit auch zukunftsfest werden. Die BZÄK kann als wichtiger gesundheitspolitischer Akteur ihren Teil dazu beitragen – mit Sitz und vor allem auch mit Stimme.

Interessen der Patienten kommen bei den Strukturen des G-BA zwischen die Mühlsteine gegensätzlicher Positionen

*Wolfram-Arnim Candidus, Peter Schmidt, Dr. Richard Barabasch
Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten*

Der Gesetzgeber hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem obersten Organ der Gemeinsamen Selbstverwaltung, ein hohes Maß an Gestaltungsmacht eingeräumt. Seine Aufgabe ist es, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zu definieren. Damit legt er fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erbracht und finanziert werden. Dabei muss der G-BA sich an den Leitplanken der §§ 2 Abs. 1 Satz 3 und 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V orientieren. Zudem müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Der G-BA bestimmt also sowohl Art und den Umfang als auch Qualität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen. Seine Richtlinien und Beschlüsse konkretisieren die Leistungsverpflichtungen der Krankenkassen und der Leistungserbringer sowie die Leistungsansprüche der GKV-Versicherten andererseits. Der G-BA verdankt seine einzigartige Machtposition der nachvollziehbaren Abneigung des Gesetz- bzw. Ordnungsgebers, sich ständig und im Detail mit Fragen der medizinischen Versorgung auseinander zu setzen. Außerdem versteckt sich die Politik nur allzu gerne hinter dem G-BA.

An der Institution G-BA führt daher kein Weg vorbei, wenn und solange das Selbstverwaltungsprinzip unser Gesundheitssystem prägt. Das anstehende „Versorgungsstrukturgesetz“ will dem G-BA nicht von ungefähr zusätzliche Aufgaben

15. August 2011
Seite 16 – Nr. 15-16/2011

Candidus, Schmidt, Barabasch II

überantworten. Niemand könnte den G-BA daran hindern, sich durchgängig und stringent an den Interessen der Patienten auszurichten. Davon kann in seiner Entscheidungspraxis aber keine Rede sein. Woran liegt das?

Der G-BA wird – ebenso wie schon seine Vorgänger, die früheren Bundesausschüsse – immer wieder mit gegenläufigen Interessen der Mitglieder konfrontiert. Dadurch wird seine Handlungs- und Kompromissfähigkeit stets aufs Neue auf eine harte Probe gestellt. Derzeit ist die Bank der Leistungserbringer nach Einschätzung der Bürgerinitiative Gesundheit DGVP eher bestrebt, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im GKV-Leistungskatalog zu verankern, während die Kassenbank eher danach fragt, ob eine Innovation nicht nur neu, sondern auch besser ist und – vor allem – was sie kostet.

Institutionell ist eine Mehrheitsbildung dadurch gewährleistet, dass das Gremium 13 stimmberechtigte Mitglieder hat, von denen drei unabhängig sind. Hinzu kommen fünf nicht stimmberechtigte Mitglieder als Vertreter der Bürger. Der G-BA und seine stimmberechtigten Mitglieder werden nicht müde zu betonen, dass der Patient im Mittelpunkt ihrer Aktivitäten steht. Der Kenner der Berliner Szene weiß jedoch: **ein wohlfeiles, obligatorisches Lippenbekenntnis**, mit dem die systemrelevanten Akteure der Selbstverwaltung ihre Partikularinteressen seit eh und je bemänteln und kaschieren.

Dies gilt auch für die Krankenkassen, denen die Medien gerne – und zu Unrecht – attestieren, sie verträten als einzige der im G-BA mit Sitz und Stimme repräsentierten Player eo ipso das Gemeinwohl. Krankenkassen verfolgen jedoch wie jede andere Organisation auch vorrangig das Ziel, als Organisation am Markt zu bleiben. Die aktuellen Rahmenbedingungen lassen dieses prioritäre Ziel am ehesten erreichen, wenn kein Zusatzbeitrag erhoben werden muss. Krankenkassen können es sich deshalb unter dem Blickwinkel ihrer Individualrationalität zurzeit einfach nicht leisten, Geld in die Hand zu nehmen, um die Versorgungsqualität auf längere Sicht zu erhöhen, obwohl dies im Sinne der Kollektivrationalität läge. Ausnahme: Es gelingt ihnen durch Selektivverträge, die Vertragspartner finanziell so auszuquetschen, dass Mehrausgaben in einem Leistungssektor durch Einsparungen in einem anderen Leistungssektor gegenfinanziert werden.

Der rechtliche Status Quo zwingt die GKV, **in Sachen Qualität der Versorgung auf die Bremse zu treten**, in puncto Kosteneffizienz hingegen Gas zu geben. Allzu viele Kassen handelten und handeln nach dem Motto „Geiz ist geil“, wobei sie – etwa in der Hilfsmittelversorgung – ohne zu zögern auch Qualitätsabstriche in Kauf nehmen, um Einsparungen zu realisieren (Bsp.: Inkontinenzversorgung).

15. August 2011
Seite 17 – Nr. 15-16/2011

Candidus, Schmidt, Barabasch III / Steffens

So manche Krankenkasse enthält ihren Versicherten sogar Leistungen gänzlich vor, auf die sie einen Anspruch haben (z.B. Mutter-Vater-Kind-Kuren). Die Versicherten/Patienten als Prinzipal haben in ihrer Krankenkasse nach alledem niemanden, der ihre Belange uneingeschränkt vertritt. Das gilt auch für die Kassenbank im G-BA.

Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser sind – anders als im Versorgungsalltag – im G-BA ebenfalls nicht die Sachwalter der Patienten. Denn sie verdienen ihr Geld mit der Behandlung kranker Menschen. Ihr individualrationales Hauptaugenmerk muss zwangsläufig darauf gerichtet sein, ihre Existenzgrundlage in der GKV-Versorgung zu sichern. Sie werden deswegen tendenziell eher für Leistungsausweitungen bzw. gegen Leistungsausschlüsse plädieren.

Die Patienten stehen im G-BA also nicht im Zentrum, sondern am Rand. Der G-BA hat alle Hände voll zu tun, die Interessenkonflikte seiner stimmberechtigten Mitglieder auszutarieren. Strukturell besteht stets die Gefahr, dass Belange der Patienten zwischen den Mühlsteinen gegensätzlicher Interessen von Ärzten, Krankenhäusern, Zahnärzten und Krankenkassen zerrieben werden. Die Patientenvertreter können ihre Vorstellungen und Vorschläge für die Versorgung zwar in den G-BA einbringen und dafür eintreten. Da sie aber kein Stimmrecht besitzen, definieren letztlich allein die stimmberechtigten Mitglieder des Gremiums nach Maßgabe ihrer jeweiligen Interessen die Art und den Umfang der Versorgung.

Wenn der Satz „Der Patient steht im Mittelpunkt“ anders als bisher nicht eine bloße Worthülse bleiben, sondern endlich gelebte Realität werden soll, muss den Bürgern jetzt das volle Stimmrecht im G-BA eingeräumt werden. Das setzt unter den Aspekten einer demokratischen Legitimation allerdings voraus, dass ihre Vertreter nicht von irgendwelchen Organisationen in den G-BA entsandt, sondern von den Bürgerinnen und Bürgern selbst unmittelbar ins Gremium gewählt werden.

In Sachen Länderbeteiligung wird zu kurz gesprungen

Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der in dieser Konstitution seit 2004 existiert, ist als konstitutives Selbstverwaltungsinstrument, das die gesetzlichen Normen des SGB V konkretisiert, aus unserem Gesundheitswesen nicht weg zu denken. Seine Aufgaben haben sich im Zeitverlauf verändert, sind gewachsen. Sein

15. August 2011
Seite 18 – Nr. 15-16/2011

Steffens II

Grad der Professionalisierung hat zugenommen. Zuletzt im Rahmen des GKV-Wirtschaftlichkeitsstärkungsgesetzes 2008, das zu einer Straffung der G-BA-Strukturen beitrug. Ich bewerte die Existenz und Entwicklung des G-BA grundsätzlich als notwendig und positiv, wenn auch nicht kritiklos.

Als erstes positives Moment möchte ich die Zusammenführung der „alten“ Bundesausschüsse über den Zwischenstep Koordinierungsausschuss zum G-BA nennen. Damit wurde der gesundheits- und versorgungspolitischen Debatte nach verzahntem, sektorübergreifendem Denken und Handeln Rechnung getragen. Doch sind wir hier noch längst nicht am Ende: Die demographische Entwicklung und ihre Konsequenzen auf die Morbidität sowie auf die „Ressource Arzt“, die begrenzten finanziellen Mittel und v.a. die Bedarfe der Patientinnen und Patienten fordern permanent verzahntes Denken und Handeln ein.

Verzahnung aber findet auch auf der Ebene statt, dass im G-BA die verschiedenen Selbstverwaltungspartner aufeinander treffen: Kassen auf der einen Seite – vertreten von Arbeitgeber- und Versichertenvertretern – sowie Leistungsanbieter auf der anderen Seite. Novum des G-BA war, dass die Anbieter eine Bank ausmachen. **Selbstverwaltung als mittelbare Staatsverwaltung wird im G-BA gelebt** und damit nochmals auf eine andere Stufe gestellt. Die permanente Notwendigkeit zu einem Prozess konsensualer Entscheidungen zu kommen ist wesentliches Merkmal unseres gut funktionierenden Gesundheitswesens.

Positiv aus meiner Sicht hervorzuheben ist auch die seit 2004 ergänzte Beratung und Beschlussfassung mit Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern. Sie bringen eigene spezifische, ausschließlich an der Versorgung orientierte Aspekte in den G-BA hinein. Das vielleicht bestehende Spannungsverhältnis zur ansonsten im G-BA zu Recht vorherrschenden Evidenzbasierten Medizin werde ich als konstruktiv.

Der G-BA zeigt mit seiner Geschichte seine Anpassungsfähigkeit an neue Erfordernisse, weshalb wir Länder optimistisch bei unserer Forderung nach G-BA-Beteiligung zu Fragen der Bedarfsplanung und sektorübergreifenden Qualitätsindikatoren waren. Entscheidungen des G-BA greifen hier in unsere grundgesetzlich vorgegebene Verantwortung zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung ein. Wir erleben täglich vor Ort die Konsequenzen der G-BA-Entscheidungen. Deshalb forderten wir eine argumentative Beteiligung bei den Richtlinien, die die ärztliche Bedarfsplanung und den stationären Sektor hinsichtlich qualitativer Vorgaben betreffen. Die Regierungsfractionen als G-BA-Konstrukteure lassen sich mit dem Entwurf eines Versorgungsstrukturgesetzes zwar großzügig auf unsere Beteiligung mit zwei Ländervertretern zu Bedarfsplanungsfragen ein – mehr aber nicht. Das mag man als Fortschritt werten, ich tue das nicht. Wer wirklich an dem Wissen,

15. August 2011
Seite 19 – Nr. 15-16/2011

Steffens III / Spahn

den Problemen und der Meinung der Länder interessiert ist, hätte mehr als zwei Ländervertreter zugelassen, denn diese zwei werden nicht die Vielfalt der Bedarfe der Länder widerspiegeln. Und so wichtig die ambulante Bedarfsplanung ist, genau so wichtig ist die Beteiligung der Länder an den Fragen der sektorübergreifenden Qualitätsindikatoren. **Hier springt die Bundesregierung, die offensichtlich eher macht- als versorgungspolitisch denkt, eindeutig zu kurz.**

Das machtpolitische Denken der Bundesregierung zeigt sich im Übrigen auch an den geplanten Neukonstruktionen des G-BA. Die hier u.a. angestrebte „Rückkopplung“ mit dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages bei der Besetzung der neutralen Vorsitzenden und die Ersatzvornahmemöglichkeit des BMG spricht aus meiner Sicht für eine **Politisierung und fachliche Entwertung des G-BA** und seiner Entscheidungen. Das wird nicht zu einer größeren Akzeptanz seiner Entscheidungen führen, diese aber mehr als bislang mit einem „politischen Geschmäcke“ versehen. Ich halte das für eine falsche Weichenstellung. Genauso wie die Überlegungen, wieder zu mehr sektorierten Entscheidungen zu kommen. Auch das ist aus meiner Sicht weder zeitgemäß noch versorgungspolitisch angezeigt. Alle Erkenntnisse, was Patientinnen und Patienten wünschen, gehen in die Richtung „Versorgung aus einer Hand“. Jetzt wieder nach Sparten zu entscheiden und damit auch zu denken, ist der falsche Fingerzeig, soll sich unser Gesundheitswesen effizient der Patientinnen- und Patientenversorgung widmen.

Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses durch einen vom Parlament erteilten Auftrag ergänzen

Jens Spahn, MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Die Politik legt die Rahmenbedingungen fest und die Partner in der Selbstverwaltung sind für deren Ausgestaltung auf Bundes- und Landesebene zuständig. Dieses Grundprinzip des deutschen Gesundheitswesens hat sich bewährt. Es gewährleistet so für über 70 Millionen Menschen sach- und fachgerechte Entscheidungen zum Umfang und Qualität der Versorgung innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung. Als Ausdruck dieses Prinzips wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als zentrales Selbstverwaltungsgremium gegründet und weiterentwickelt.

Diese zentrale Rolle der Selbstverwaltung hat sich in Deutschland als ein fester und solider Grundstein des Gesundheitssystems etabliert. Die Selbstverwaltungspartner können als Organisation der Leistungserbringer bzw. der Leistungsträger meist sachgerechtere und praxisnähere Lösungen finden und vereinbaren. Die Vereinba-

15. August 2011
Seite 20 – Nr. 15-16/2011

Spahn II

Die Lösung von Problemen aus den „eigenen Reihen“ führt zu einer besseren Akzeptanz bei den Betroffenen, erhöht die Transparenz und entlastet nicht zuletzt auch die Politik.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz soll sich im konkreten Versorgungsalltag die Situation vieler Patientinnen und Patienten spürbar verbessern, etwa indem bürokratische Hemmnisse abgebaut, der Zugang zu erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln vereinfacht und die Behandlungsabläufe für den Patienten zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen besser abgestimmt werden.

Auf Grund dieser großen Verantwortung und zentralen Rolle, die dem G-BA vom Gesetzgeber übertragen wurde, **sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Selbstverwaltungspartner agieren, kontinuierlich auf den Prüfstand zu stellen** und an die Erfordernisse anzupassen.

Daher wollen wir die Neutralität und Unabhängigkeit der Unparteiischen und ihrer Stellvertreter maßgeblich stärken. Als Unparteiische und deren Vertreter dürfen grundsätzlich zukünftig etwa nur solche Personen benannt werden, die in den vorangegangenen drei Jahren nicht bei den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses, bei deren Mitgliedsverbänden oder bei Verbänden von deren Mitgliedern beschäftigt waren. Gleichzeitig erhält der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zukünftig das Recht, die vorgeschlagenen Personen einzeln anzuhören und ihrer jeweiligen Berufung mit Zweidrittelmehrheit zu widersprechen, wenn er die Unabhängigkeit als nicht gewährleistet ansieht. Die Amtszeit wird auf einmalig sechs Jahre begrenzt. Dies verringert die Gefahr des trägerinternen Gekungels und dient der Neutralität und Professionalität des Gremiums. Zudem wird die in dem Selbstverwaltungsprinzip begründete **Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses durch eine vom Parlament abgeleitete Legitimation ergänzt** und damit die Legitimationsbasis des Gemeinsamen Bundesausschusses insgesamt gestärkt.

Es wäre ein schönes Zeichen, wenn mit dieser Neuregelung für die Mitte 2012 beginnende neue Amtsperiode des G-BA nach dem Ausscheiden des hochverdienten bisherigen Vorsitzenden Dr. Rainer Hess, der den G-BA nach seiner letzten Reform sicher durch alle Stürme geführt hat, **ein komplett neues Team kompetenter und unabhängiger Unparteiischer an den Start** gehen könnte.

In Zukunft erhalten bei der Bedarfsplanung auch die Bundesländer ein Mitberatungsrecht bei den Sitzungen der Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Länder können hierzu zwei Vertreter zur Teilnahme an der jeweiligen Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses entsenden, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden.

15. August 2011
Seite 21 – Nr. 15-16/2011

Spahn III / Lanfermann

Bei der konkreten Ausgestaltung der durch die Politik vorgegebenen Ziele haben die Selbstverwaltungspartner in der Regel gemeinsame Lösungen zu vereinbaren, obwohl sie unterschiedliche – oft sogar gegensätzliche – Interessen vertreten. Daher ist es oft nicht einfach, zu einer für alle Seiten tragfähigen und akzeptablen Lösung zu kommen. Transparenz und faire Beteiligung sind die Voraussetzung für Akzeptanz. Unter dieser Überschrift wollen wir die Verfahren und Beratungen des G-BA im Plenum und in den Unterausschüssen verändern. Nur so kann der Gemeinsame Bundesausschuss die selbstverwaltete Schaltzentrale für eine hochwertige Versorgung in Deutschland bleiben.

Entscheidungen des G-BA auf breitere Akzeptanzbasis stellen und die Transparenz der Prozesse stärken

Heinz Lanfermann, MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion

Als oberstes Beschlussgremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen bleibt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) natürlich nicht von aktuellen politischen Diskussionen verschont. Gerade weil es um die Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung der Versicherten geht, muss die maßgeblich von den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen vorgetragene Kritik ernst genommen und gründlich geprüft werden. Wenn sie sich als zutreffend erweist und nicht rein interessengeleitet ist, muss der Gesetzgeber reagieren und die Strukturen und Verfahrensweisen des G-BA weiterentwickeln.

Die häufigsten Kritikpunkte an dem laut Ärztezeitung **den Krankenversicherten wahrscheinlich unbekanntesten Gremium** der Selbstverwaltung sind die Transparenz über das Zustandekommen der Entscheidungen, mangelnde Klarheit über bürokratische Folgekosten, mögliche sachferne Entscheidungen aufgrund von fehlendem Zuständigkeitsbezug der Stimmberechtigten auf der „Leistungserbringerbank“ und eine zu geringe demokratische Legitimation des G-BA.

Dabei ist nicht verwunderlich, dass sich manche Kritikpunkte, weil aus unterschiedlichen Betrachtungswinkeln definiert, diametral gegenüberstehen. Es ist daher jetzt nun die „dankbare“ Aufgabe der Politik, vornehmlich der Regierungsfractionen, die in der Kritik genannten Schwächen aufzugreifen und die gesetzlichen Grundlagen zu verbessern. Das versucht die Koalition mit dem jetzt auf den Weg gebrachten Versorgungsstrukturgesetz. Strukturen und Verfahrensweisen des

15. August 2011
Seite 22 – Nr. 15-16/2011

Lanfermann II

G-BA sollen weiterentwickelt werden, ohne dass die Unabhängigkeit des Gremiums als hohes Gut beeinträchtigt wird.

Die **Transparenz** bei der Entscheidungsfindung im G-BA **wird weiter gestärkt**, ohne die unabhängige, rein wissenschaftlichen Kriterien folgende Bewertung zu beeinflussen oder das Verfahren zu verzögern. Deshalb erhalten die jeweils stellungnahmeberechtigten Verbände und Institutionen das Recht, beim G-BA auch mündlich angehört zu werden. Außerdem erhält der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zukünftig ein Stimmrecht bei Beschlüssen und Richtlinien, die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener oder -beziehbarer Daten regeln. Der G-BA muss bei seinen Entscheidungen zukünftig entstehende Bürokratiekosten abschätzen.

Für Beschlüsse, die wegen des Ausschlusses von bisher zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen besondere Auswirkungen auf die Versorgung haben und mit sektorenübergreifender Stimmverteilung getroffen werden, wird ein Mindestquorum von neun Stimmen eingeführt, das einer **Zweidrittelmehrheit** entspricht, **um diese weitreichenden Entscheidungen auf eine breitere Akzeptanzbasis** zu stellen.

Bei Beschlüssen, von denen nicht jede der drei Leistungserbringerorganisationen wesentlich betroffen ist, werden die Stimmen der Nichtbetroffenen jeweils zu gleichen Teilen auf die Mitglieder der Betroffenen übertragen. Das mindert die Gefahr sachferner Entscheidungen.

Im Vorfeld des Gesetzes wurde auch eine fehlende demokratische Legitimation des G-BA diskutiert. Darüber mag sich mancher trefflich streiten, tatsächlich aber wäre die Gefahr einer parteipolitischen Einflussnahme auf die Zusammensetzung oder aber die Entscheidungen des G-BA wesentlich größer, wenn man Überlegungen folgte, die Vorschläge für die unabhängigen Personen oder die Entscheidungen über ihre Bestellung dem politischen Raum zu übertragen.

Mit dem Vorschlag im Referentenentwurf dürfen weiterhin die Trägerorganisationen die Vorschläge unterbreiten. Nach der Vorlage des Vorschlags beim BMG und Weiterleitung an den Gesundheitsausschuss kommt es dort zwar zu einer nicht-öffentlichen Anhörung der Vorgesprochenen, bestätigt werden sie durch den Ausschuss jedoch nicht. Vielmehr besteht ein Ablehnungsrecht der Abgeordneten, aber nur mit Zweidrittelmehrheit. Damit ist eine **politische Einflussnahme auf die Zusammensetzung des G-BA weitestgehend ausgeschlossen**.

Zu Stärkung der Unabhängigkeit soll eine Karenzregel gelten, nach der die Kandidaten in den letzten drei Jahren nicht an leitender Stelle in den entsprechenden

15. August 2011
Seite 23 – Nr. 15-16/2011

Lanfermann III / Bender

Organisationen tätig sein durften. Die noch zu ausführliche Regelung wird im Gesetzgebungsverfahren noch konkretisiert werden müssen. Der Entwurf geht für die Zukunft von einer sechs- statt vierjährigen Amtszeit aus, wobei eine Wiederwahl nicht vorgesehen ist.

Mindestquorum und die Wiedereinführung sektorenbezogener Besetzung würde G-BA zu einer Statistenrolle degradieren

Biggi Bender, MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen

Die Debatte um die Neuausrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist auch eine Diskussion um die Funktionsfähigkeit und Legitimation der Selbstverwaltung. Grundsätzlich und trotz gelegentlich berechtigter Kritik hat sich die Selbstverwaltung in Deutschland bewährt. Die allermeisten Entscheidungen, die der G-BA als oberstes Selbstverwaltungsgremium zu treffen hat, werden im Konsens getroffen und wirken in die Versorgung. Einige wenige Themen sorgen über die gesundheitspolitische Fachöffentlichkeit hinaus für Zündstoff. Beispielhaft dafür stehen die Entscheidungen zu kurzwirksamen Insulinaloga bei Kindern. Ein anderes Beispiel ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Hier **kritisierte der Gesundheitsausschuss die sehr langwierige Umsetzung** durch die Selbstverwaltung. Der Versorgungsbedarf konnte bislang noch nicht annähernd gedeckt werden.

Der G-BA ist – vor allem im Hinblick auf die Konkretisierung gesundheitspolitischer Vorgaben – eine Schaltzentrale für die zukunftsgerichtete Versorgung. Selbstverwaltung statt Direktsteuerung durch die Politik lautet der deutsche Weg. **Politik kann und sollte nicht darüber entscheiden, welche konkreten medizinischen Maßnahmen von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden sollten.** Für die Selbstverwaltung bedeutet dies, dass sie ihrer hohen Verantwortung, aber auch ihren Gestaltungsspielräumen mit dem Blick aufs Ganze gerecht werden muss. Eine starke Selbstverwaltung trägt auch dazu bei, dass sich die Akteure mit ihren Aufgaben identifizieren. Der G-BA – und damit die Kostenträger und Leistungserbringer – sind, um sachgerechte und zukunftsweisende Entscheidungen treffen zu können, auf die richtigen Rahmenvorgaben der Politik angewiesen. Die bislang im Entwurf für ein sogenanntes Versorgungsstrukturgesetz enthaltenen Regelungen füllen im Wesentlichen die Kassen der Ärzteschaft. Von einer wirklichen

15. August 2011
Seite 24 – Nr. 15-16/2011

Bender II

integrierten Versorgung und der umfassenden Beteiligung anderer Gesundheitsberufe im Interesse einer guten Versorgung von PatientInnen ist keine Rede.

G-BA ist für Umsetzung von Innovationen unverzichtbar

Der G-BA selbst ist weniger ein Motor für Innovationen, sondern er sorgt dafür, dass diese in einem angemessenen Rahmen umgesetzt werden können. Innovativ ist z.B. eine systematische indikationsbezogene Frühbewertung von komplexen nicht-medikamentösen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den G-BA. Bei fehlendem Nutzen müssten in qualifizierten Einrichtungen (Innovationszentren) Studien zur Evaluation und Bewertung erstellt werden. Die Bundesregierung will davon nichts wissen, denn sie will alle potenziell wirksamen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Aussetzung des regulären Bewertungsverfahrens im stationären und ambulanten Sektor erproben. Das im Gesetzentwurf vorgesehene **Mindestquorum von neun Stimmen** für den Ausschluss einer Leistung bedeutet, dass praktisch keine Leistung mehr ausgeschlossen werden kann, da ein Quorum von zwei Drittel so gut wie nie erreicht wird – **ein Freibrief für die Hersteller**.

In Verbindung mit der Forderung nach einer Wiedereinführung sektorenbezogener Besetzungsmöglichkeiten – dies wäre eine Rückkehr zum sektorenspezifischen Denken – könnte es zu einer Verlängerung der Verfahrensdauer kommen, insbesondere dann, wenn es keinen Konsens darüber gibt, was sektorenbezogen oder sektorenübergreifend zu entscheiden ist.

Dem G-BA käme damit eine Statistenrolle zu, da er bei der Nutzenbewertung keine wesentliche Rolle mehr spielen würde bzw. bei einem von nur einigen Akteuren beabsichtigten Leistungsausschluss handlungsunfähig würde. Das ist eine Schwächung der Selbstverwaltung, der wir entschieden entgegenreten.

Gesundheitsausschuss als politisches Folterwerkzeug?

Das im Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz geplante Widerspruchsrecht des Gesundheitsausschusses ist die **Androhung eines politischen Folterwerkzeuges** für die Selbstverwaltung, von dem ich hoffe, dass es nicht zum Einsatz kommt. Mit der geplanten Regelung ist auch ein Drohpotenzial verbunden, dass sich die Selbstverwaltung auf Unparteiische verständigt, die sowohl durch die Selbstverwaltung legitimiert sind als auch durch die Politik Unterstützung erfahren.

Die Vorgabe, dass die Unparteiischen nicht unmittelbar aus dem Leistungsgeschehen kommen sollen, soll verhindern, dass lange vor Amtsbeginn zum gegenseitigen Nutz und Frommen der Bänke Personalpakete ausgeküngelt werden. Ich bin sicher, dass es auch in Zukunft geeignete KandidatInnen mit fachlicher Expertise gibt!

Ein **Wiederwahlverbot der Unparteiischen ist nicht nachvollziehbar** und würde Kontinuität im G-BA verhindern, denn nach der Einarbeitung müssten sie wieder

15. August 2011
Seite 25 – Nr. 15-16/2011

Bender III / Bunge

gehen. Da alle Unparteiischen immer komplett wechseln müssten, entstünden Brüche in der Entscheidungsfähigkeit, vor allem in der Arbeit der Ausschüsse, die von den Unparteiischen zu leiten sind. Die bisherigen Vorschläge der Bundesregierung legen den G-BA enger an die Leine der Politik. Welchen Vorteil dies für die zukünftige Versorgung bringen soll, hat die Bundesregierung bislang nicht erklären können.

Der G-BA kann nur so unabhängig und patientenorientiert sein, wie es das Gesundheitssystem zulässt – Mehr Öffentlichkeit!

Dr. Martina Bunge, MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion DIE LINKE

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufgabe Gesetze auszufüllen und für deren alltagspraktische Umsetzbarkeit zu sorgen. Dabei vertreten im gewissen Grade die Leistungserbringer die krankheitsbezogenen Interessen, die in der Regel eine Ausweitung der Leistungen fordern. Der GKV-Spitzenverband vertritt die Interessen der Versicherten, als Zahler der Beiträge. Auf einer dritten Bank sitzen die Patientenvertreterinnen und -vertreter und bringen ohne Stimmrecht die Interessen der Patientinnen und Patienten ein. Der G-BA wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt, um das vorherige System mehrerer Bundesausschüsse durch ein gemeinsames Gremium zu ersetzen. So wurde auf die Querwirkungen von Beschlüssen auf andere Leistungsbereiche reagiert. Dies sollte beibehalten und nicht geschwächt werden.

Idealerweise setzt der G-BA die gesetzlichen Regelungen unter Verwendung wissenschaftlicher transparenter Methoden, teilweise unter Zuhilfenahme von wissenschaftlichen Instituten und damit im Sinne der Patientinnen und Patienten und Versicherten um. Das Bundesministerium für Gesundheit übt nur die Rechtsaufsicht aus. Und das ist richtig so. **Ein wichtiger Aspekt des G-BA ist nämlich, dass er inhaltlich unabhängig von der Politik agiert.** Die Politik soll und kann nur den Rahmen setzen, aber keine inhaltlichen Bewertungen vornehmen, welche Verfahren medizinisch sinnvoll sind. Diese Entscheidungen sollten auf möglichst wissenschaftlicher und unabhängiger Basis getroffen werden, also unabhängig von der Politik, ebenso wie von der Pharmaindustrie oder anderen Interessensgruppen. Derzeit findet genau die gegenteilige Bewegung statt. Die Bundesregierung will den Einfluss der Politik und der Akteure auf den G-BA vergrößern. So sollen nach dem Referentenentwurf der Bundesregierung zum Versorgungsstrukturgesetz die vorgeschlagenen Unparteiischen vom Gesundheitsausschuss des Bundestages abgelehnt werden können. Oder die Bank der Leistungserbringer soll je nach Thema anders

15. August 2011
Seite 26 – Nr. 15-16/2011

Bunge II

besetzt werden. Zudem werden Einflussmöglichkeiten der Industrie gestärkt, indem regelhafte mündliche Stellungnahmen der Pharmaindustrie geschaffen werden.

Dies sind alles fragliche Veränderungen, die angeblich der Akzeptanz der Beschlüsse des G-BA dienen sollen. Ich denke aber nicht, dass der G-BA dafür verantwortlich sein sollte, dass die Pharmaindustrie mit den Beschlüssen zufrieden ist. Anstatt also die Unabhängigkeit und Neutralität des G-BA zu schwächen, sollten Überlegungen unternommen werden, diese zu stärken.

In einem zunehmend gewinn- und wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem nehmen auch die Eigeninteressen der Beteiligten im G-BA zu. In einem System, in dem Krankenkassen die Pleite droht, wird der Kostengesichtspunkt bei G-BA Beschlüssen von den Kassen aus Eigenschutz immer stärker ins Feld geführt werden. Auf der anderen Seite besteht bei den Leistungserbringern zunehmend die Gefahr, Leistungen ausweiten zu wollen, nicht weil sie notwendig für die Versorgung sind, sondern weil z.B. auch Krankenhäuser immer betriebswirtschaftlicher denken müssen. Dadurch rücken wirtschaftliche Gesichtspunkte immer mehr in den Fokus und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten geraten aus dem Blick.

Ein Gegenmittel stellt die Kontrolle des G-BA dar. **Die beste Kontrolle ist Transparenz und Öffentlichkeit.** Es ist daher z.B. nicht förderlich, dass nichtöffentliche Sitzungen, auch in Details die zur Entscheidungsfindung geführt haben, geheim gehalten werden. Warum sollte nicht öffentlich werden, welche Argumente zu einem bestimmten Beschluss geführt haben. Dies legt die Vermutung nahe, dass hier gekungelt wird im Sinne von: komme ich Dir hier entgegen, kommst Du mir da entgegen. Das ist keine Politik im Sinne der Bürgerinnen und Bürger. Die öffentliche Kontrolle muss gestärkt werden. Darüber hinaus sollte bei einer Reform des G-BA darüber nachgedacht werden, ob die Bank der Leistungserbringer ausreichend besetzt ist. So könnten z.B. die Erbringer von Heilmitteln angemessen im Beschlussgremium des G-BA vertreten sein.

Letztlich kann der G-BA nur so unabhängig und patientenorientiert sein, wie es die Ausgestaltung des Gesundheitssystems zulässt. Es ist fraglich, ob allein mit Umgestaltungen des G-BA der zunehmenden Bedeutung wirtschaftlicher Interessen bei den Beschlüssen entgegengewirkt werden könnte oder ob dazu nicht die zunehmend wettbewerbsorientierte Ausrichtung des Gesundheitssystems an sich in Frage zu stellen ist. Eine zunehmende Verschärfung des Wettbewerbs wird zu Korruption führen, die auch den G-BA nicht außen vorließe. Daher darf Gesundheit nicht zur Ware werden und im Gesundheitssystem muss die Solidarität und das (zumindest formale) gemeinsame Interesse von Versicherten, Patienten, Kassen und Leistungserbringern in den Vordergrund zu rücken: Die Verbesserung der Gesundheit aller Menschen.

15. August 2011
Seite 27 – Nr. 15-16/2011

INFOPOOL

Die Informationen im Gesundheitswesen sind auf beinahe unermessliche Umfänge angestiegen.

Veranstaltungen, Konferenzen, Strategie-Papiere, Gesetz-Entwürfe, Pressemeldungen: Die relevanten Nachrichten in dieser Datensammlung werden von uns gefunden und gesichtet.

Unsere politischen Korrespondenten

kennen die wichtigsten Informationsquellen im Gesundheitswesen und haben Zugang zu den bedeutendsten Gremien und Personengruppen.

Das Team von Vincentz Network sammelt Informationen aus

- + Ministerien in Bund und Ländern
- + Parteien
- + Verbänden und Institutionen
- + Spitzenverbänden des Gesundheitswesens
- + Ärzte- und Apothekerschaft
- + Forschung und Wissenschaft
- + Krankenkassen und -versicherungen.

Unsere Journalisten wissen um die Wertigkeit der veröffentlichten Meldungen und Hintergrundberichte. Sie analysieren diese und ordnen sie zielgenau ein. So erhalten Sie – blitzschnell, online und rund um die Uhr – die relevantesten Nachrichten zur Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft.

Ihr persönliches Informationspaket können Sie mit dem INFOPOOL abonnieren. Sie werden dann sofort über das Erscheinen informiert und entscheiden mit Hilfe einer Mail mit Beschreibungstext, ob Sie über die Nachricht hinaus mehr zur Meldung wissen wollen. Außerdem haben Sie jederzeit Zugriff auf unsere Online-Daten.

Der aktuelle **Online-Terminkalender** mit den wichtigsten Veranstaltungen zur Gesundheits-, Gesellschafts- und sozialpolitisch orientierten Wirtschaftspolitik. Jederzeit online einsehbar, jeden Freitag per Mail.

INFOPOOL

Vincentz Network
GmbH & Co. KG
Zeitschriftendienst
Plathnerstr. 4 c
30175 Hannover

T +49 511 9910-025
F +49 511 9910-029
zeitschriftendienst@vincentz.net

Bestellung



Wir bestellen "Der Gelbe Dienst"

ab _____

als E-Mail-Informationsdienst an
folgende E-Mail-Adresse:

als Druckversion an folgende Adresse:

Erscheinungsweise 14-tägig (24 Ausgaben pro Jahr), Bezugs-
preis Inland 41,25 € monatlich inkl. MwSt./Porto (Stand
1.1.2011). Abbestellung ist bis drei Monate vor Quartalsende
möglich. Preise für individuelle PC-Mehrplatzlösungen auf
Anfrage.

Datum, Unterschrift

Hier meine Zahlungsweise (nach Rechnungserhalt)

Die Abrechnung/Abbuchung soll

jährlich vierteljährlich erfolgen.

Umsatzsteuer-Ident-Nr. _____

Verrechnungsscheck/Überweisung

Abbuchung von

Konto-Nr.

Kreditinstitut

BLZ

Einzug per Kreditkarte:

Mastercard/Eurocard

Visa

American Express

Karte Nr.

Karteninhaber/in

Gültig bis

Mein gutes Recht: Mir ist bekannt, dass ich diese Vereinbarung
innerhalb von 14 Tagen (Poststempel/Fax-Datum) mit einer
kurzen schriftlichen Mitteilung an Vincentz Network,
Plathnerstr. 4 c, 30175 Hannover, widerrufen kann.
Alle Preisangaben Stand 1.1.2011

Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie mir ein kostenloses Probeexemplar

Pflege intern
Nachrichten, Analysen, Hinter-
gründe aus dem Spannungsfeld
Pflege und Politik



Termine der Woche
Der aktuelle Terminkalender
zur Gesundheitspolitik
(jeden Freitag neu)

