

Von den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit zum GKV- Beitragssatzstabilisierungsgesetz – Destruktive Folgewirkungen von Kostendämpfungsmaßnahmen

Attac
AG Soziale Sicherungssysteme

Beispiel: Schwächung des zukünftigen Primärarztmodells

Die Schwächung der Regelversorgung durch Sparmaßnahmen gefährdet die Infrastruktur, die für das zukünftige ePA-basierte Primärarztmodell essenziell ist!

Beispiel: Schwächung des zukünftigen Primärarztmodells

- Das geplante Primärarztmodell sieht die elektronische Patientenakte (ePA) als zentrales Steuerungsinstrument vor, wobei der Patientenservice 116117 die digitale Ersteinschätzung und Terminvermittlung übernehmen soll.
- Massive Honorarkürzungen und Sparvorgaben für niedergelassene Ärzte können die Regelversorgung so stark belasten, dass Kapazitäten für Zusatzaufgaben wie den Service 116117 wegbrechen!

Beispiel: Schwächung des zukünftigen Primärarztmodells

- Der Patientenservice 116117 ist eine Sicherstellungsaufgabe der KVen
- Die KVen finanzieren den Patientenservice über eine Verwaltungskostenumlage, die von den Honoraren der Ärzte einbehalten wird.
- Diese Verwaltungskostenumlage wird prozentual von den Honoraren einbehalten, die an die Ärzte ausgezahlt werden.

Beispiel: Schwächung des zukünftigen Primärarztmodells

- Reformmaßnahmen wie z.B.
 - Die Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik (Vorschlag Nr. 1)
 - Die Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der EGV (= extrabudgetäre Gesamtvergütung) (Vorschlag Nr. 9)

machen für die Hausärzte die Erbringung von Leistungen in der Regelversorgung unattraktiv

-> Die Hausärzte erbringen die Leistungen stattdessen im Parallelsystem der HzV

Beispiel: Schwächung des zukünftigen Primärarztmodells

- Wenn immer mehr Leistungen über die HzV abgerechnet werden, fließen diese Honorarvolumina am „Topf“ der KV vorbei.
- Da die gesetzliche Aufgabe der KVs – die Sicherstellung der Versorgung inklusive des Notdienstes und der 116117 – jedoch am Gesamtumsatz der Regelversorgung hängt, schrumpft die finanzielle Basis für diese Dienste.

Beispiel: Schwächung des zukünftigen Primärarztmodells

- Zudem: Bisher werden Leistungen, die über die 116117 vermittelt werden (TSS-Akutfälle oder Terminvermittlungen), den Ärzten extrabudgetär und mit Zuschlägen (bis zu 200 %) vergütet.
- Gemäß Vorschlag Nr. 3 fällt diese Vergütung nun weg
- **Folge: Ärzte melden dem Patientenservice keine freien Termine mehr!**

Beispiel: Schwächung des zukünftigen Primärarztmodells

Während das Gesundheitsministerium die 116117 zur zentralen Säule des ePA-Primärarztmodells erklärt, entzieht es durch die Sparvorgaben in der Regelversorgung gleichzeitig die Mittel für deren Betrieb!

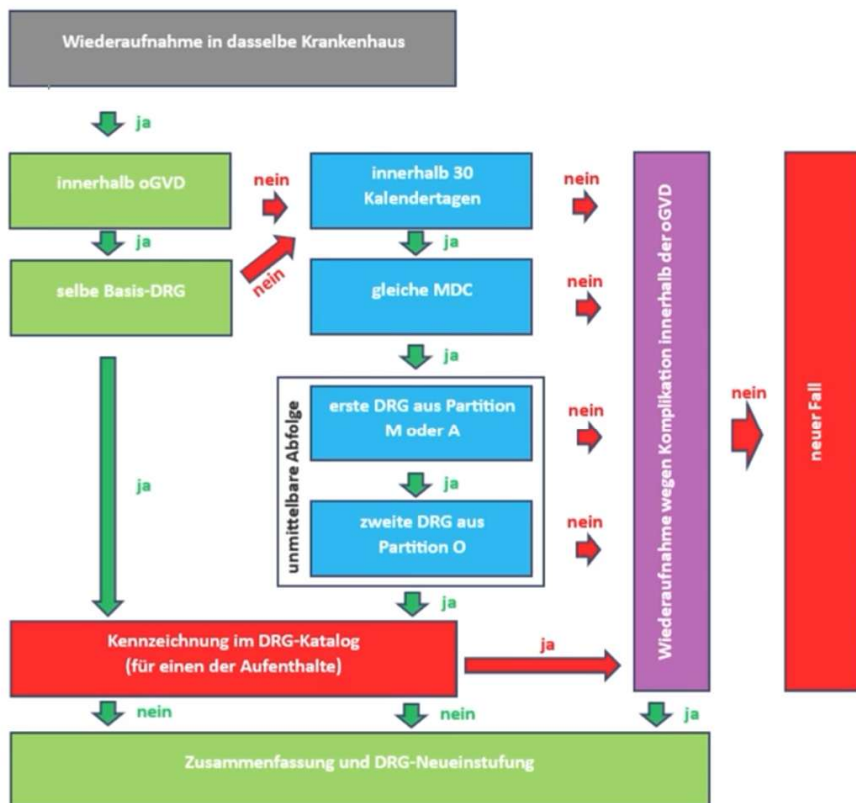
Beispiel: Erweiterung der Fallzusammenführung in der stationären Versorgung (Vorschlag Nr. 30)

Zielkonflikt zwischen Kosteneinsparung und medizinischer Versorgungssicherheit wird zugunsten der Kosteneinsparung entschieden!

Im Referentenentwurf des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes ist ein Prüfauftrag für die erweiterte Fallzusammenführung enthalten!

Prüfung der Regelungen zur Fallzusammenführung durch Vertragsparteien (Kassen und KH) (KHEntgG §9)

Regelungen bisher



Regelungen in Zukunft

Fallzusammenführung nach Empfehlung der Finanzkommission:

- Zusammenführung aller Fälle innerhalb 30 Tagen nach Entlassung
- Zusammenführung unabhängig von medizinischen Kriterien. also auch bei unterschiedlichen Diagnosen (Beinbruch und Herzinfarkt werden zusammengeführt)
- Zusammenführung auch, wenn 2. Erkrankung in einem anderen Krankenhaus behandelt wird.
- Keine Ausnahmen für Notfälle

Erwartetes Einsparvolumen: 2,1 Mrd € pro Jahr

Beispiel: Erweiterung der Fallzusammenführung in der stationären Versorgung

- Bisher erfolgte eine Fallzusammenführung grds. nur bei gleicher Hauptdiagnosegruppe (MDC) oder spezifischen Komplikationen innerhalb desselben Krankenhauses
- Jede Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach der Ersteinweisung wird mit dem ersten Fall zu einer Abrechnungseinheit zusammengefasst
- Es spielt keine Rolle mehr, ob die Wiederaufnahme wegen derselben Erkrankung (MDC) erfolgt: Ein Patient, der nach einer Knie-OP wegen einer Blinddarmentzündung wiederkommt, wird abrechnungstechnisch zu einem Fall !
- Selbst wenn die Wiederaufnahme in einem anderen Krankenhaus erfolgt, soll eine Fallzusammenführung stattfinden

Beispiel: Erweiterung der Fallzusammenführung in der stationären Versorgung

- Gesundheitsministerium will mit der Maßnahme „Fall-Splitting“ der Krankenhäuser eindämmen und auf diese Weise 2,1 Mrd. Euro p.a. einsparen
- Gesundheitsministerium lehnt Ausnahmeregelungen für Notfallpatienten und chronisch Kranke ab

Beispiel: Erweiterung der Fallzusammenführung im Krankenhaus – Folgen für die Versorgung

- Krankenhäuser werden zukünftig versuchen, 30-Tages-Regelung konsequent umsetzen
- Krankenhäuser können dazu neigen, Hochrisikopatienten, bei denen Wiederaufnahme wahrscheinlich ist, abzuweisen oder Wiederaufnahme über die 30-Tage-Grenze hinaus zu verzögern
- Noch unklar: Entweder geht zweitbehandelndes Krankenhaus komplett leer aus oder bei Wiederaufnahme in ein anderes Krankenhaus muss die Pauschale geteilt werden: Neue Verrechnungsbürokratie!
- Krankenhäuser werden zusätzlich zur gegenwärtig stattfindender Krankenhausreform zusätzlich belastet

Symptombehandlung statt Systemreform

Zweitmeinung wird Pflicht bei bestimmten
mengenanfälligen Erkrankungen, Abrechnungsverbot bei
Fehlen der Zweitmeinung (SGB5 § 27b)

Das DRG-System hat über Jahrzehnte den finanziellen Anreiz geschaffen, immer mehr Fälle mit lukrativen Fallpauschalen abzurechnen.

Einsparungen auf Kosten der MitarbeiterInnen in den Gesundheitseinrichtungen

1. Deckelung für Haushaltshilfen und **Wegfall Nachweis Tarifvergütung (SGB 5 §132)**
2. Deckelung für häusliche Pflege und **Wegfall Nachweis Tarifvergütung (SGB 5 §132a)**
3. Deckelung für außerklinische Intensivpflege und **Wegfall Nachweis Tarifvergütung (SGB 5 §132I)**
4. Deckelung auch für Rehabereich (SGB 5 §111) und **Entfall der Verpflichtung zur Vorlage des Nachweises der Tarifbezahlung (SGB 5 §111c)**

Erfolge bei der Verbesserung der Bezahlung von Pflege werden aus Einspargründen rückabgewickelt

Einsparungen speziell auf Kosten der Pflegekräfte

Deckelung Pflegebudget (Ausgangsjahr 2026)
auf Veränderungswert

Der Satz, dass die Wirtschaftlichkeit (der Kosten des Pflegebudgets) nicht geprüft wird und das bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarte Kosten diese als wirtschaftlich gelten und darüber hinausgehende Kosten einer besonderen Begründung bedürfen, wird gestrichen.
(KHEntgG §6a)

Beendigung Finanzierung pflegeentlastende
Maßnahmen (pauschal 2,5% Pflegebudget)
(KHEntgG §6a)

Konsequenzen der eingabeorientierten Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen

Alle Ausgaben für Leistungserbringer werden auf die Veränderungsrate (Grundlohnsummensteigerung) gedeckelt. Ist der Orientierungswert (Preissteigerungsrate für KH) höher gilt die Veränderungsrate, ist der Orientierungswert niedriger gilt er. (**Abschaffung Meistbegünstigungsklausel**).

Eingabeorientierte Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen funktioniert immer

- auf Kosten der Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden
- mit höheren finanziellen Belastungen für die Versicherten der GKV
- mit Leistungskürzungen für betroffene Patientinnen und Patienten

Forderungen für eine nachhaltige Gesundheitsreform

- Leistungen des Gesundheitssystems sind Daseinsvorsorge und damit Pflichtaufgabe des Staates
- In einer demokratischen Gesellschaft müssen alle Menschen nach denselben Standards behandelt werden.
- Alle Leistungen, die für die medizinische Versorgung notwendig sind, müssen bezahlt werden. Prüfungen der wirtschaftlich sparsamen Betriebsführung aller Gesundheitseinrichtungen sind sinnvoll und notwendig, Tarifregelungen dürfen nicht durch Einsparungen gefährdet werden.
- Gewinne sind in Krankenhäusern gesetzlich zu verbieten, um die entstandene Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens abzubauen.
- Die aktuellen finanziellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung müssen durch Verbesserung der Beitragseinnahmen behoben werden. Dies ist erreichbar durch
 - eine solidarische Bürgerversicherung für alle Menschen, die in Deutschland leben
 - Verbeitragung aller Einkunftsarten
 - Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze in der Sozialversicherung