

Pressekonferenz Arbeitsprogramm G-BA 2023

am 14. Februar 2023

Eingangsstatement Prof. Josef Hecken

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch von meiner Seite aus: Besten Dank für Ihr Kommen und Ihr Interesse am Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Nachdem meine beiden Kolleginnen bereits auf ausgewählte Aspekte unserer Arbeit eingegangen sind, ergänze ich das gerne meinerseits um Informationen aus den Bereichen Arzneimittel und Bedarfsplanung. Einsteigen möchte ich jedoch mit einer Standortbestimmung zur Selbstverwaltung.

Das „Selbstverwaltungs-Bashing“ durch politisch Verantwortliche, das in den vergangenen Monaten stärker als je zuvor wahrzunehmen war, ist für mich mehr als irritierend. Als Beispiel erwähne ich nur, dass eine Regierungskommission zur Gestaltung einer Krankenhausstrukturreform mit dem Argument eingesetzt wurde, die „Lobbyisten“ der Selbstverwaltung seien zu einer solchen Reform nicht imstande.

Dabei wird völlig vergessen, dass Krankenhausplanung niemals eine gesetzliche Aufgabe der Selbstverwaltung war: Die Planungshoheit liegt ausschließlich bei den Ländern. Wohin das geführt hat, sieht man an dem – jetzt von allen Seiten als überfällig angesehenen – Reformbedarf der Krankenhausplanung und den Klagen über unsystematische und teilweise versorgungsgefährdende „kalte Strukturbereinigungen“.

Die Regierungskommission hat inzwischen einen aus meiner Sicht gelungenen Diskussionsvorschlag für eine künftige Einteilung der Krankenhauslandschaft in verschiedene Level vorgelegt. Diesen Levels sollen jeweils nach bundeseinheitlichen Vorgaben Leistungsgruppen zugeordnet werden. Bei der Vorstellung wurde betont, dieses „Meisterwerk“ hätte in dieser Form und in so kurzer Zeit von den bereits erwähnten „Selbstverwaltungslobbyisten“ niemals kreiert werden können.

Was bei der Vorstellung des Vorschlags leider nicht erwähnt wurde, der guten Ordnung halber aber dazu gehört, damit einer Legendenbildung vorgebeugt wird, ist dies:

- Die Level I, II und III sind absolut identisch mit den vom G-BA beschlossenen und bereits seit fünf Jahren in Kraft befindlichen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Sie sind bereits gelebte Praxis und werden

auch zur Planung der Notfallversorgung in vielen Krankenhausplänen genutzt.
(Anlage 1)

- Echte Neuerungen sind nur die Versorgungsstufe Ii, das heißt die sogenannte integrierte ambulant/stationäre Krankenhausversorgung unterhalb der Basisstufe der Notfallversorgung, sowie die universitäre Stufe III, die aber auch nur eine Kombination der regulären Stufe III und den bereits seit mehreren Jahren beschlossenen Zentrums-Regelungen des G-BA darstellt.

In der Sache bin ich jedoch sehr froh darüber, dass auf die mittlerweile praxiserprobte Notfallstufenregelung des G-BA zurückgegriffen wurde. Bedauerlich wäre allerdings, wenn bei der Umsetzung, die ja auch mit wesentlichen neuen Finanzierungsinstrumenten verbunden ist, die Selbstverwaltung keine Mitgestaltungsverantwortung bekäme.

Denn mit der Einführung von erheblichen Vorhaltekostenanteilen in der Krankenhausvergütung werden hohe zweistellige Milliardenbeträge auf die Krankenhäuser verteilt. Daher wäre es eine vertane Chance, wenn damit keine bedarfsorientierte Krankenhausplanung im Sinne eines geordneten Strukturwandels erfolgen würde.

Die Vorhaltekosten müssen aus Beitragsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden. Wenn hier 20 oder 30 Milliarden Euro Vorhaltekosten bezahlt werden, aber damit keine Konzentration komplexer elektiver Eingriffe auf besonders qualifizierte Krankenhäuser verbunden ist – natürlich bei gleichzeitiger Garantie einer guten regionalen Grundversorgung –, dann bedeutet das lediglich erhebliche Mehrausgaben. Und zwar genau in dem Bereich der GKV-Finzen, der seit Jahren der kostenintensivste Block ist. Mehrausgaben ohne eine Strukturveränderung – das wäre fatal für die mittelfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung.

Denn das Jahr 2023 und die Folgejahre werden extrem schwierige Jahre für die gesetzliche Krankenversicherung: der kostenintensive medizinisch-technische Fortschritt trifft auf eine deutsche Gesellschaft im demografischen Wandel – und beides verstärkt die vorhandenen Finanzprobleme.

Stichwort Finanzen:

Wir haben auch nach dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz einen historisch hohen Beitragssatz von 16,2 Prozent. Die Rücklagen der Krankenkassen und die Reserven des Gesundheitsfonds sind aufgebraucht und eine Bereitschaft zu deutlichen Erhöhungen des Bundeszuschusses zur gesetzlichen Krankenversicherung ist im Bundesfinanzministerium nicht erkennbar. Dies gilt umso mehr, als bei der gesetzlichen Pflegeversicherung im Augenblick auch noch Milliardenlücken zu schließen sind.

Schon die Annahmen des Schätzerkreises für das Jahr 2023 sind „auf Kante genäht“, die geschätzten Ausgaben mit 299,9 Milliarden Euro sind extrem knapp kalkuliert, die Beitragseinnahmen dagegen eher überzeichnet.

Hinzu kommt, dass eine Krankenhausreform, sofern sie denn tatsächlich beschlossen wird, frühestens nach 7 bis 10 Jahren echte Kostendämpfungseffekte zeigen würde. In der Zwischenzeit kosten die notwendigen Strukturveränderungen erst einmal Geld. Denn nach meiner realistischen Einschätzung braucht man ein Strukturförderprogramm, da die Länder das Geld für Investitionen in Strukturveränderungen wahrscheinlich nicht haben.

Stichwort Demografie:

Die demografische Veränderung wird Fahrt aufnehmen, weil die geburtenstarken Jahrgänge in Rente gehen und gleichzeitig zunehmend älter werden. Das führt dazu, dass wir in 17 Jahren 5,2 Millionen mehr Rentnerinnen und Rentner und 6 Millionen weniger Erwerbsfähige haben werden. Das bedeutet: Die Gruppe der Rentner, deren einkommensabhängige Beiträge im Schnitt geringer sind, wächst, während der Anteil der potenziell Erwerbstätigen mit eher höheren Beiträgen sinkt. *(Anlage 2)*

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch ein Blick auf die Leistungsausgaben der GKV: Sie steigen in der zweiten Lebenshälfte kontinuierlich mit jedem weiteren Lebensjahr an. Eine ältere Gesellschaft ist damit auf Basis der bisherigen Erfahrungen auch eine Gesellschaft, die mehr Leistungen der Gesundheitsversorgung abrufen. *(Anlage 3)*

Stichwort Innovationen:

Dank des medizinisch-technischen Fortschritts werden immer mehr Krankheiten behandelbar. Davon profitieren sowohl ältere multimorbide Patientinnen und Patienten, als auch jüngeren Menschen beispielsweise mit seltenen Erkrankungen. Doch neue innovative Therapieansätze gehen erfahrungsgemäß mit erheblichen Kostensteigerungen einher. Angesichts dieser Aussichten ist es geradezu elementar, dass wir als G-BA unsere Kernaufgaben im Lichte des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) und des Qualitätsgebots (§ 2 SGB V) allen Nadelstichen gegen die Selbstverwaltung zum Trotz mit hohem Verantwortungsbewusstsein wahrnehmen: evidenzbasiert über neue Methoden und Wirkstoffe entscheiden und die Qualität der Versorgung sicherstellen. Oder anders ausgedrückt: Mit Blick auf die finanziellen, demografischen und medizinisch-technischen Herausforderungen vor denen wir stehen, müsste der G-BA erfunden werden, wenn es ihn nicht bereits gäbe.

Nach dieser grundsätzlichen Aussage komme ich jetzt auf meine zwei Fachthemen.

Arzneimittel

Ein Schwerpunkt unserer Arbeit liegt auch in diesem Jahr wieder im Bereich der neuen Arzneimittel. Wie bereits in den vergangenen 11 Jahren werden wir den Prozess der frühen Nutzenbewertung neuer Wirkstoffe bzw. Anwendungsgebiete konsequent fortsetzen, ohne dadurch die immer noch hervorragende Versorgung mit patentgeschützten neuen Wirkstoffen in Deutschland zu gefährden. *(Anlagen 4-6)*

Mittlerweile haben wir weit über 1.000 Bewertungen durchgeführt. In diesem Jahr werden es wieder gut 130 Nutzenbewertungsverfahren sein. 130 neue Nutzenbewertungsverfahren bedeuten für den G-BA konkret Folgendes:

- Dies sind 130 Verfahren, in denen binnen drei Monaten nach der Einreichung umfangreichster Dossiers durch die pharmazeutischen Unternehmer eine Dossierbewertung vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder bei Orphan Drugs von der Fachberatung Medizin des G-BA vorliegen muss.
- Dies sind 130 Verfahren, in denen drei Monate nach Vorliegen der Dossierbewertung ein Nutzenbewertungsbeschluss gefasst werden muss: Innerhalb dieser Zeitspanne wertet der G-BA nicht nur die Dossierbewertung aus, sondern führt auch ein umfangreiches Stellungnahmeverfahren mit medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, klinischen Experten und betroffenen pharmazeutischen Unternehmen durch und setzt sich mit den hier vorgebrachten Argumenten auseinander.
- All diese Verfahren werden vom G-BA also innerhalb der gesetzlichen Frist von insgesamt sechs Monaten abgewickelt, wie dies auch schon bei den vorangegangenen über 1.000 Verfahren der Fall war: Es gab hier nur 2 Ausnahmen.

Das sind Fakten. Die sollten auch von denjenigen zur Kenntnis genommen werden, die gerne mal leichtfertig behaupten, „ein Verfahren beim G-BA könne auch schon mal 100 Jahre dauern“.

Durch diese Nutzenbewertung erwirtschaften wir eine Nettoersparnis bei den Arzneimittelausgaben von 4,5 bis 5 Milliarden Euro, dies sind allein 0,3 Beitragssatzpunkte, die jedes Jahr ausgabendämpfend zu Buche schlagen. (*Anlage 7*)

Rechnet man die Einsparungen durch Festbetragsgruppen und Rabattverträge dazu, dann resultieren hieraus insgesamt Beitragssatzdämpfungen von über einem Prozentpunkt.

Erwähnt seien im Zusammenhang mit den frühen Nutzenbewertungen, dass wir in diesem Jahr wieder ca. 260 förmliche Beratungsverfahren von pharmazeutischen Unternehmen entweder vor Beginn von Phase-III-Studien oder vor der Dossiervorlage durchführen werden. Für das laufende Jahr sind heute bereits faktisch alle Beratungstermine reserviert – die Anzahl der Anfragen übersteigt unsere Ressourcen deutlich. Dringende Beratungsanfragen werden dennoch selbstverständlich möglich gemacht, da (leider oft kurzfristig) Reservierungen abgesagt werden. Wenn wir die personellen Kapazitäten dafür hätten, könnten wir noch wesentlich mehr Beratungen durchführen. Ich bin sehr glücklich darüber, dass die pharmazeutischen Unternehmen unsere Beratungsangebote so intensiv in Anspruch nehmen. Dies zeigt, wie etabliert und europaweit vorbildlich das AMNOG mittlerweile funktioniert.

Außerhalb der frühen Nutzenbewertung steht im März dieses Jahres die G-BA-Entscheidung über den Einsatz von Medizinal-Cannabis an. Nachdem die Ergebnisse der Begleiterhebung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Sommer des vergangenen Jahres vorlagen, hat es ein sehr breites Stellungnahmeverfahren gegeben, das uns viele wertvolle Erkenntnisse gebracht hat. Sie werden in den Beschluss einfließen.

Zu entscheiden ist im ersten Halbjahr 2023 auch über den Austausch von ärztlich verordneten Biologika durch Apotheken. Wir haben hier nach der Änderung des gesetzlichen Auftrages und die Beschränkung auf parenterale Zubereitungen ein neues Stellungnahmeverfahren durchgeführt; hier steht die Anhörung noch aus.

Eine weitere große „Baustelle“ im Bereich des Unterausschusses Arzneimittel ist unser Engagement in der Vorbereitung der Implementation des europäischen Nutzenbewertungsverfahrens, das im Jahr 2025 mit Arzneimitteln für neuartige Therapien – ATMP und Onkologika starten wird. Wir sind hier gemeinsam mit dem IQWiG und dem Bundesministerium für Gesundheit in allen Vorbereitungsgruppen sehr engagiert. Ein Schwerpunkt unserer Arbeit liegt in den Arbeitsgruppen Methodik und frühe Beratung. Wir bringen uns gerade hier so stark ein, um sicherzustellen, dass die neuen internationalen Standards auf unseren nationalen Erfahrungen aufbauen und die hier etablierten Standards fortgesetzt werden. Im Sinne der Patientinnen und Patienten dürfen die ersten EU-Nutzenbewertungsverfahren nicht scheitern, sondern müssen ein Erfolg werden.

Bedarfsplanung

Im Bereich Bedarfsplanung sind zwei Entscheidungen im Jahr 2023 von besonderer Bedeutung.

Zum einen werden wir den gesetzlichen Auftrag erfüllen und eine Richtlinie beschließen, um ein Ersteinschätzungsverfahren zur ambulant-stationären Notfallversorgung zu definieren (§ 120 Absatz 3b SGB V). Dabei hat der G-BA zwei Aufgaben zu lösen: Zum einen soll er ein Instrument entwickeln, das Kranke, die sich hilfeschend als „Notfall“ an ein Krankenhaus wenden, entsprechend nach Dringlichkeit der Hilfe einschätzt und zugleich gezielt gelenkt werden, damit sie entweder ambulant oder stationär weiterbehandelt werden können. Auch nach der gestrigen Vorstellung der Regierungskommission „Krankenhaus“ zur künftigen Strukturierung der Notfallversorgung ist ein solches standardisiertes Ersteinschätzungsinstrument notwendig. Schon allein wegen der eingangs skizzierten Zeitschiene: Selbst im Idealfall wird es mehrere Jahre dauern, bis die aktuellen Plänen für eine Gesetzgebung tatsächlich als Strukturveränderungen in der Krankenhausversorgung ankommen. Um Patientinnen und Patienten jedoch kurzfristig bedarfsgerecht gut zu versorgen, brauchen wir sehr viel schneller geeignete Instrumente.

Zum anderen haben wir als unparteiische Mitglieder des G-BA gegenüber dem Gesetzgeber angeregt, dass er uns die Möglichkeit gibt, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie eine gesonderte Planung von Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vorzunehmen. Diese müssen bislang aufgrund der gesetzlichen Vorgaben gemeinsam mit den Erwachsenen-Therapeuten geplant werden. Insbesondere nach der COVID-19-Pandemie halten wir hier eine separate Planungsmöglichkeit für notwendig. Sie würde es uns erlauben, schnell und gezielt auf die Versorgungsbedarfe von Kindern und Jugendlichen einzugehen. Wir hatten bereits mehrfach in der Vergangenheit um diese gesetzliche Differenzierung gebeten, bislang ist der Gesetzgeber dem Vorschlag aber nicht gefolgt. Nunmehr hat aber der Bundesgesundheitsminister in Aussicht gestellt, dass er uns dieses neue Instrument an die Hand geben wird.

Damit können wir passgenau zusätzliche Möglichkeiten für Arzt- resp. Therapeutesitze zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausweisen, um Wartezeiten für diese Gruppe zu verkürzen.

Dies wäre wichtig, weil wir trotz der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und den beschlossenen Erleichterungen bei der Gruppentherapie insbesondere für schwerkranke Patientinnen und Patienten immer noch unzumutbar lange Wartezeiten registrieren.

Ich bin dem Bundesgesundheitsminister dankbar, dass er angekündigt hat, den Fokus der Versorgungsverbesserung auf die Verkürzung der Wartezeiten für schwerkranke Patientinnen und Patienten zu legen. Hier wird die von uns beschlossene Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-Richtlinie), mit den dort vorgegebenen klaren Fristen hoffentlich schon zeitnah Versorgungsverbesserungen bringen, nämlich dann, wenn sich die entsprechenden Verbände gegründet haben. Speziell für diese Netzverbände zusätzliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zuzulassen, wie es der Minister möchte, wäre eine sinnvolle Ergänzung und würde die Personalgewinnung deutlich unterstützen. Ich hoffe, dass diese Initiative von Minister Lauterbach auch umgesetzt werden kann, denn die rechtliche Frage, ob solche Sonderbedarfszulassungen überhaupt möglich sind, ist nicht trivial.