



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Stellungnahme

der

Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100

Stellungnahme zum Gesetzentwurf im Allgemeinen

Der vorliegende Gesetzentwurf ist das Ergebnis monatelanger Beratungen der Koalitionsregierung. Festzustellen ist, dass mit diesem Ergebnis keines der ursprünglich gesetzten Ziele erreicht wird. Statt einer sachlich fundierten Gesundheitsreform mit einem nachhaltigen Finanzierungskonzept und einer Verbesserung der Leistungsstrukturen beinhaltet der Gesetzentwurf

- konzeptionslose und rechtlich fragwürdige Kostendämpfungsmaßnahmen,
- keine Lösung der GKV-Einnahme-Problematik und
- den Weg in ein zentralistisches, deutlich stärker staatlich gelenktes Gesundheitswesen.

Am Ende wird der Versicherte mehr bezahlen, ohne dass auch nur eines der finanziellen und strukturellen Probleme der GKV durch den Gesetzentwurf gelöst wäre.

Der beabsichtigte Gesundheitsfonds löst die GKV-Einnahme-Problematik in keinsten Weise und wird daher von der DKG abgelehnt.

Der Gesundheitsfonds löst keine Probleme. Für den Geldeinzug ist der Fonds nicht notwendig und für die wegbrechenden Einnahmen der Kassen bietet er keine Lösung. Statt die Finanzierungsbasis der GKV zu verbreitern, werden die Beiträge weiterhin ausschließlich lohnbezogen auf Grundlage der bisherigen Bemessungsgrenze erhoben. Zudem kehrt die Bundesregierung mit den vorgesehenen Steuerzuschüssen letztlich auf einen ordnungspolitischen Weg zurück, den sie im Zuge der Haushaltskonsolidierung durch die Streichung der Steuerzuschüsse für versicherungsfremde Leistungen gerade erst verlassen hatte. Insoweit ist dies kein Fortschritt sondern die bloße Korrektur eines Rückschritts, die noch dazu nur halbherzig vollzogen wird. Denn das nun vorgesehene Steuervolumen liegt mit 3 Mrd. Euro in 2009 deutlich niedriger als der gerade erst gestrichene Zuschuss aus der Tabaksteuer in Höhe von 4,2 Mrd. Euro pro Jahr.

Unklar ist deshalb, welche Vorteile der Gesundheitsfonds gegenüber dem hergebrachten Finanzierungssystem der GKV haben soll. Hinsichtlich des Beitragseinzugs entstünden neue Strukturen, bei denen zweifelhaft wäre, ob sie tatsächlich effizienter funktionieren als die bestehenden. Für eine Modifikation des Risikostrukturausgleichs ist keine Systemänderung erforderlich.

Damit bleibt als möglicher Vorteil des Gesundheitsfonds nur eine potenzielle Verschärfung des Beitragswettbewerbs zwischen den Kassen infolge der kassenindividuellen Zusatzbeiträge. Hier ist zu befürchten, dass der derzeitige reine Kostensenkungswettbewerb zwischen den Kassen noch zunehmen wird. Die Folge werden weitere Einsparungen der Kassen zulasten der Qualität der Leistungen sein. Darüber hinaus wird infolge der Kostenkontrollbemühungen der Kassen die nicht sachgerechte Misstrauens- und Gängelungsbürokratie zulasten der Leistungserbringer weiter zunehmen.

DKG-Stellungnahme zum Gesetzentwurf GKV-WSG

Durch die Verstaatlichung der Beitragsfestsetzung sind jährliche Kostendämpfungsmaßnahmen über Haushaltsbegleitgesetze vorprogrammiert. Das bedeutet, dass Versicherte anstelle der bisherigen Vollversorgung zukünftig nur noch eine Grundversorgung mit begrenzten Möglichkeiten einer Zusatzversorgung erhalten werden. Zusammen mit der Zentralisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Gesundheitsfonds damit letztlich ein Instrument der Rationierung.

Die DKG wendet sich entschieden gegen einen Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser für die Krankenkassen

Ein Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser für die GKV ist in keinster Weise gerechtfertigt, da er am eigentlichen Problem vorbeigeht. Seit Jahren ist bekannt, dass die Einnahmenseite der GKV erodiert. Ursachen dafür sind insbesondere,

- der Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse infolge hoher Arbeitslosigkeit und demografischer Entwicklungen;
- die sinkende Lohnquote;
- politisch initiierte Verschiebepolitik zu Lasten der GKV.

Die richtige Antwort auf die Erosion der GKV-Finanzierung wäre die Rücknahme der Verschiebepolitik und die Verbreiterung der Beitragsbasis. Genau das passiert aber nicht. Im Gegenteil schafft die Politik neue Verschiebepolitik zu Lasten der GKV und saniert damit den Bundeshaushalt. Dies betrifft insbesondere die

- Streichung der aus der Tabaksteuer finanzierten Steuerzuschüsse an die GKV, d. h. Entzug von 2,7 Mrd. € in 2007 (Reduktion des Zuschusses von 4,2 Mrd. auf 1,5 Mrd. in 2007).
- Erhöhung der Mehrwertsteuer um 3%, d. h. Mehrkosten im Gesundheitswesen von 1,4 Mrd. €, von denen die Krankenhäuser 0,5 Mrd. € ohne Refinanzierung selbst tragen müssen (Mehrkosten GKV 0,9 Mrd. €).

Damit fehlen in 2007 3,6 Mrd. €. Gleichzeitig profitieren Bund- und Länderhaushalte allein von den Mehrbelastungen der Krankenkassen und Krankenhäuser infolge der Mehrwertsteuererhöhung mit 1,4 Mrd. €

Hinzu kommt, dass das Aufkommen der Tabaksteuer in 2006 massiv um voraussichtlich mehr als 10 % steigt, was ca. 1,5 Mrd. € Mehreinnahmen für den Bund bedeutet (*Quelle: Monatsbericht des BMF, Juni 2006, S. 37 ff. - Steuereinnahmen des Bundes und der Länder im 1. Quartal 2006*).

Angesichts der jetzt festgelegten niedrigen Grundlohnrate für 2007 (neue Bundesländer 1,05 %, alte Bundesländer 0,28 %) in Verbindung mit den massiven Belastungen, vor denen die Krankenhäuser in 2007 stehen, ist ein Sanierungsbeitrag nicht zu verkräften. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Krankenhäuser infolge des AVWG in 2007 schon mit mehr als 300 Mio. Euro zu Einsparungen bei den Kostenträgern beitragen. Mehr geht nicht.

Vielmehr ist es notwendig, die pflegesatzrechtlichen Voraussetzungen für die Refinanzierung der gestiegenen Tarifkosten und der Mehrwertsteuererhöhung zu schaffen. Personalkostensteigerungen oberhalb der Veränderungsrate können nach den gesetzlichen Vorgaben nicht budgeterhöhend berücksichtigt werden. Die derzeitigen gesetzlichen Regelungen ermöglichen daher keine ausreichende Refinanzierung der Personalkostensteigerungen im Krankenhausbereich. Erforderlich ist ein gesetzlicher Zuschlag in Höhe von 3 % zur Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen.

Hinzu kommt, dass der Sanierungsbeitrag auf erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken stößt. In einer von der DKG in Auftrag gegebenen Kurzexpertise kommt der Berliner Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht und ordentlicher Professor der Freien Universität Berlin, Herr Prof. Dr. Helge Sodan, zu dem Ergebnis, dass es sich beim Sanierungsbeitrag zum einen um eine Sonderabgabe handeln dürfte, für die die Gesetzgebungskompetenz des Bundes höchst zweifelhaft ist. Zum anderen greife der Sanierungsbeitrag in die rechtlich garantierte Berufsfreiheit der Krankenhausbetreiber gemäß Artikel 12 Grundgesetz ein. Eingriffe dieser Art müssen grundsätzlich dem Verhältnismäßigkeitsprinzip genügen. Es sei äußerst fraglich, ob der Gesetzgeber mit den beabsichtigten Maßnahmen die Grenzen der Zumutbarkeit für einen solchen Eingriff in die Berufsfreiheit einhalten würde.

Zu den Regelungen im einzelnen siehe Teil B der Stellungnahme.

Die beabsichtigte Strukturreform des Gemeinsamen Bundesausschusses ist verfehlt und bereitet den Weg in ein zentralistisches staatliches Gesundheitswesen

Mit der Einführung eines hauptamtlichen Beschlussgremiums sowie primär sektorübergreifend ausgerichteten, vorbereitenden Ausschüssen werden die Ziele der Reform vollständig verfehlt. Statt transparentere und schlankere Strukturen, zügigere Entscheidungen und weniger Bürokratie zu schaffen wird ein intransparentes, träges und zentralistisches Bürokratiemonster aufgebaut. Mangelnde Sachkompetenz sowie die Belange einzelner Sektoren ignorierende Interessensbündnisse werden die Qualität nachhaltig beeinträchtigen und zu patientenfernen Entscheidungen führen. Die derzeit hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung sowie der Innovationsstandort Deutschland werden nachhaltig gefährdet.

Die Einführung eines hauptamtlichen Beschlussgremiums führt de facto zu einer Politisierung und Verstaatlichung der Entscheidungsebene mit einer vollständigen Entmündigung der Selbstverwaltung. Verfassungsrechtliche Bedenken stellen die Legitimation eines Gremiums mit derart weit reichender Entscheidungskompetenz grundsätzlich in Frage. Ein neunköpfiges Beschlussgremium, das 50 äußerst komplexe medizinische Themenbereiche sachkompetent und für alle GKV-Versicherte Deutschlands verbindlich regeln soll (z. B. Bewertung hoch komplexer Krankenhausleistungen; Arzneimittelversorgung; Psychotherapie; zahnmedizinische, hausärztliche und fachärztliche Versorgung), wird die fachlichen Anforderungen zu keiner Zeit angemessen erfüllen können. Zudem wird die künftig, aufgrund mangelnder Verantwortung ausbleibende Unterstützung auch unpopulärer Entscheidungen durch die, die einzelnen Sektoren vertretenden Organisationen die Akzeptanz des G-BA nachhaltig schwächen.

Die „Entkammerung“ des G-BA mit einer vollständigen Überführung in sektorübergreifende Gremien wird bereits bekannte Probleme im G-BA zusätzlich verschärfen. Unterschiedliche Belange, Leistungen und zu lösende Fragestellungen der einzelnen Sektoren werden in willkürlich zusammen gesetzten Gremien realitätsfern beraten und beschieden. In ihrer Bedeutung völlig unterschiedliche Sachverhalte werden unangemessen auf eine Stufe gestellt. So sollen künftig Hausärzte über hoch komplexe Krankenhausleistungen wie die Stammzelltransplantation, Psychologen über Amalgamfüllungen und hoch qualifizierte Krankenhausesperten über Familienplanung beraten und entscheiden. Dies wird zu verfehlten und taktischen Manövern zum Opfer gefallenen sachfremden Entscheidungen sowie Ineffizienz führen. Vom Gesetzgeber gewünschte Unterschiede wie beispielsweise bei der Methodenbewertung im ambulanten und stationären Sektor werden zudem vollständig untergehen. Dies wird in Folge die Innovationsfähigkeit deutscher Krankenhäuser erheblich behindern und im internationalen Wettbewerb zurückwerfen.

Zu den Regelungen im Einzelnen siehe Teil B der Stellungnahme.

Die DKG spricht sich gegen eine sinnlose Schwächung des funktionierenden Systems der Privaten Krankenversicherung aus.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird das funktionierende PKV-System in Frage gestellt, ohne damit irgendeines der Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung zu lösen. Im Gegenteil würde das System der PKV immer stärker an die gesetzliche Krankenversicherung angeglichen und ebenfalls zu einem Sanierungsfall werden.

Die privaten Versicherungen sollen verpflichtet werden, einen Basistarif anzubieten, dessen Leistungsumfang und Höchstbetrag in etwa der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Der Tarif ist vor allem als Rückkehrmöglichkeit für ehemalige PKV-Mitglieder gedacht, die ihren Versicherungsschutz verloren haben. Die Zahl der derzeit Nichtversicherten wird mit rund 200.000 angegeben. Aber auch freiwillig gesetzlich Versicherte oder PKV-Altkunden sollen in diesen Tarif wechseln können. Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Der Wechsel von einer Privatkasse zur anderen wird erleichtert, indem Altersrückstellungen mitgenommen werden können. Sie werden aber nur im Umfang des Basistarifs angerechnet.

Hierdurch würde das Kalkulationsprinzip der PKV außer Kraft gesetzt und die Privatversicherten mit erheblichen Beitragssteigerungen belastet werden. Vereinfacht gesagt soll die PKV im Basistarif ein vom Gesetzgeber vorgegebenes Leistungspaket zu einem Preis, der nicht mehr risikoadäquat kalkuliert ist und oftmals nicht kostendeckend sein wird, anbieten müssen, ohne Zusatzprämien auf den Basistarif erheben zu können. Vielmehr soll dieser Tarif von den heute schon Privatversicherten über erhebliche Prämien erhöhungen subventioniert werden.

Die PKV ist als Teil der solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos unverzichtbar. Die Privatversicherten tragen in erheblichem Maße dazu bei, dass allen Bürgern eine ärztliche Versorgung in beispielhafter Weise zugänglich ist, dass die medizinischen Innovationen allen zeitnah zur Verfügung stehen und dass der Investitionsstau in zweistelliger Milliardenhöhe in den Krankenhäusern nicht zu deren baulichem und medizinisch-technischem Verfall geführt hat.

DKG vermisst Regelungen zur Neugestaltung der belegärztlichen Versorgung

Seit Jahren ist eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die belegärztliche Versorgung zu beobachten, die zu einer Existenzgefährdung vieler Belegkrankenhäuser bzw. Belegabteilungen und somit zu einer akuten Gefährdung der Patientenversorgung führt. Ursächlich hierfür ist die Verschlechterung der Honorarsituation der Belegärzte, die insbesondere aus der Veränderung der Honorarverteilungsverträge (HVV) sowie der Fehlkalkulationen und –anreize im zum 01.04.2005 eingeführten EBM 2000plus resultiert. Realistischerweise kann aufgrund unterschiedlicher Interessenslagen weder im Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V für den EBM, noch auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die HVVs zeitnah mit korrigierenden Maßnahmen gerechnet werden. Die DKG wies mehrfach auf die prekäre Situation hin und begrüßt ausdrücklich die Absicht der Koalition, für die belegärztliche Vergütung eine Regelung im DRG-System zu finden, wie dies im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005 festgehalten ist.

Dem Gesetzentwurf sind leider zu dieser Thematik keinerlei Regelungen zu entnehmen, die eine kurz- bis mittelfristige Lösung der in Rede stehenden Problematik in Aussicht stellen. Es besteht jedoch aufgrund der sich weiter verschärfenden Situation und zur Vermeidung sich bereits abzeichnender Fehlentwicklungen dringender kurzfristiger Handlungsbedarf. Eine substanzielle Verbesserung kann hierbei nur mit der Überführung in ein Kooperationsarztmodell, das dem BMG u. a. in einer Sitzung zu dieser Thematik am 16. Mai 2006 ausführlich dargelegt wurde, erreicht werden. Die zur Umsetzung des Kooperationsarztmodells notwendigen gesetzlichen Regelungen sind in das GKV-WSG aufzunehmen. Hierbei muss jedoch sicher gestellt werden, dass der Casemix-Zuwachs, der durch die im Kooperationsarztmodell durch die Krankenhäuser erbrachten ärztlichen Leistungen entsteht, entsprechend vergütet wird. Neben den zur Umsetzung des Kooperationsarztmodells notwendigen Gesetzesänderungen ist insbesondere eine weitergehende Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit, u. a. durch eine entsprechende Anpassung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV, notwendig. Dies ist leider mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) nicht in ausreichendem Maße erfolgt.

Stellungnahme zu den Regelungen des Gesetzentwurfs im Einzelnen

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft nimmt zu folgenden Themenbereichen des Gesetzentwurfs Stellung:

A. Finanzierung

I. „Sanierungsbeitrag Krankenhäuser“

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 19 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
Artikel 20 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

II. Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

B. Organisation

I. Reform Gemeinsamer Bundesausschuss

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

II. Qualitätssicherung

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

III. Medizinischer Dienst

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

C. Medizinische Versorgung

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

- I. Zulassung Krankenhäuser für ambulante hochspezialisierte Leistungen
- II. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- III. Geburtshäuser
- IV. Integrierte Versorgung
- V. Neuorganisation der Vergütung in der ambulanten Versorgung

D. Vergütung Krankenhäuser

I. Krankenhausfinanzierungsgesetz - Artikel 18

II. Krankenhausentgeltgesetz - Artikel 19

E. Arzneimittelversorgung

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 30 Änderung des Arzneimittelgesetzes
Artikel 35 Änderung der Apothekenbetriebsverordnung
Artikel 36 Änderung des Apothekengesetzes

A. Finanzierung

I. „Sanierungsbeitrag Krankenhäuser“

Zu Artikel 1, Nummer 121, § 140 d SGB V

Zu Artikel 19, Nummern 1 und 2, §§ 4 und 8 KHEntgG

Zu Artikel 20, Nummern 2 und 3, §§ 12 und 14 BPfIV

Die DKG lehnt einen wie auch immer ausgestalteten Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser für die Krankenkassen strikt ab.

Mit dem vorgesehenen Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser in Höhe von insgesamt 1 % der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen beschreitet die Bundesregierung weiterhin den Irrweg einer Kostendämpfungspolitik, anstatt die Gesetzliche Krankenversicherung zukunftsfest zu machen und Versorgungsbarrieren abzubauen. Der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser ist sachlich völlig unbegründet und für die Kliniken angesichts der Fülle an gesetzlichen und tariflichen Lasten nicht zu schultern.

Die DKG warnt dringend davor, durch die Zwangsabgabe der Krankenhäuser in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro die stationäre Vollversorgung besonders in den ländlichen Regionen zu gefährden. Ein Verlierer der Reform stünde sonst schon heute fest: der Patient. Er muss sich auf Wartelisten, längere Anfahrtswege und eine Billigmedizin einstellen und soll dafür auch noch höhere Beiträge zahlen.

Angesichts der massiven Lasten, die die Krankenhäuser bereits heute zu schultern haben, kann ein Sanierungsbeitrag für die gesetzlichen Krankenkassen nicht aufgebracht werden. Viele Krankenhäuser sind selbst sanierungsbedürftig. Über tausend Kliniken haben zwischenzeitlich mit Belastungsanalysen nachgewiesen, dass tatsächliche Kostensteigerungen von ca. 5 % infolge der Tarifabschlüsse, des Arbeitszeitgesetzes und der Mehrwertsteuererhöhung die gesetzlich zugestandenen Kostensteigerungen von 0,28 % in den alten bzw. 1,05 % in den neuen Bundesländern um ein Vielfaches überschreiten und die finanziellen Möglichkeiten der Krankenhäuser überfordern. Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser infolge des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) alleine in 2007 330 Millionen Euro Einsparungen für die gesetzlichen Krankenkassen erbringen.

Bei einer Veränderungsrate von lediglich 0,28 % bzw. 1,05 % können diese zusätzlichen Lasten nicht von den Krankenhäusern getragen werden. Allein zur Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen ist stattdessen eine Budgeterhöhung in Höhe von 3 % dringend erforderlich.

Während im 3. Arbeitsentwurf der Sanierungsbeitrag noch in Form einer einprozentigen Budgetabsenkung wirken sollte, sind nunmehr verschiedene Maßnahmen vorgesehen, die zu Einsparungen in gleicher Höhe führen sollen. Eine Entlastung der Krankenhäuser infolge der differenzierteren Ausgestaltung ist demnach ausdrücklich nicht beabsichtigt. Vielmehr würden die Krankenhäuser in unterschiedlichem Ausmaß von der zusätzlichen Belastung betroffen sein.

Ursprünglich war es Ziel des Gesetzgebers, die Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Systems unter verlässlichen und planbaren Rahmenbedingungen vorzunehmen. Dieser Weg würde nunmehr verlassen und die Krankenhäuser in Kombination mit enormen Kostensteigerungen, die teilweise politisch verursacht sind (z. B. Mehrwertsteuererhöhung), existenziell gefährdet. Die absehbaren Verwerfungen, die dadurch in der Krankenhauslandschaft entstehen würden, müssten von der Politik gegenüber den betroffenen Patienten verantwortet werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Behauptung des Gesundheitsministeriums, dies sei die erste Gesundheitsreform seit vielen Jahren, die den Patientinnen und Patienten keine neuen Lasten aufbürdet, schlichtweg falsch. Zwar sind die Patienten nicht von höheren Zuzahlungen betroffen. Die extrem gestiegenen und steigenden Kosten im Krankenhausbereich können in Verbindung mit dem „Sanierungsbeitrag“ jedoch zweifelsfrei nur über Rationierung und Personalabbau, die zwangsläufig zu Lasten der Patienten gehen, aufgefangen werden.

o **Verfassungsrechtliche Bedenken**

Die Tatsache, dass die Krankenhäuser „angemessen an der Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beteiligen“ seien (Bundestagsdrucksache 16/3100, S. 258) stößt darüber hinaus auf verfassungsrechtliche Bedenken. Zu diesem Ergebnis kommt eine Kurzexpertise die die DKG durch den Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht und ordentlichen Professor der Freien Universität Berlin, Herrn Prof. Dr. Helge Sodan, eingeholt hat. Zunächst sei die Gesetzgebungskompetenz des Bundes vor dem Hintergrund der Qualifikation des Sanierungsbeitrags als „Sonderabgabe“ höchst zweifelhaft. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts seien Sonderabgaben nur unter engen Voraussetzungen zulässig. Der Gesetzgeber dürfe nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts sich des Finanzierungsinstruments der Sonderabgabe nur zur Verfolgung eines Sachzwecks bedienen, der über die bloße Mittelbeschaffung hinausgehe. Schon die Verantwortlichkeit der Leistungserbringer für die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung stoße daher auf erhebliche Zweifel. Jedenfalls werde der Rechnungsabschlag lediglich erhoben, um die Krankenhäuser an der Sicherstellung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu beteiligen. Damit diene der Rechnungsabschlag der bloßen Mittelbeschaffung und nicht einer gruppennützigen Verwendung, was für eine zulässige Sonderabgabe notwendig wäre.

Weiterhin greife der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser in die grundlegende rechtlich garantierte Berufsfreiheit der Krankenhausbetreiber gemäß Artikel 12 Grundgesetz ein. Eingriffe in die Berufsfreiheit müssen grundsätzlich dem Verhältnismäßigkeitsprinzip genügen. Dass das Bundesverfassungsgericht die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung als Gemeinwohlaufgabe anerkannt habe, sei in diesem Zusammenhang noch nicht ausreichend, da schon die Geeignetheit der Maßnahme äußerst fraglich erscheine. Die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ihrerseits sei insofern kein Selbstzweck, sondern diene dem Erhalt eines leistungsfähiges Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland. Es dürfe aber mit Recht bezweifelt werden, dass dieses Ziel ausgerechnet mit der Absenkung der Vergütung der Krankenhäuser, also derjenigen, die für die Qualität der Gesundheitsversorgung unmittelbar verantwortlich seien, erreicht werden könne. Krankenhausbetreiber gingen insoweit ihrer beruflichen Tätigkeit, wie die übrigen Leistungserbringer, als Privatrechtssubjekte nach. Sie trügen das volle

unternehmerische Risiko für sich und ihre Mitarbeiter. Sie seien insofern keineswegs ein integraler Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung. Daher könne den Leistungserbringern auch grundsätzlich keine Gruppenverantwortung für die demographisch und strukturell bedingten finanziellen Defizite der gesetzlichen Krankenversicherung aufgebürdet werden. Vor diesem Hintergrund erscheine es äußerst fraglich, ob der Gesetzgeber mit den beabsichtigten Maßnahmen die Grenzen der Zumutbarkeit für einen solchen Eingriff einhalten würde.

o **Zum Sanierungsbeitrag im Einzelnen**

Mit der vorgesehenen Absenkung des Mindererlösausgleichssatzes von 40 % auf 20 % wird die mit den Erlösausgleichen beabsichtigte Schutzfunktion bei Belegungsschwankungen in einem Budgetierungssystem erheblich abgeschwächt. In einem Krankenhaus kann im Gegensatz zu Industrieunternehmen nicht auf Halbe produziert werden.

Die Ursachen für Belegungsschwankungen können sehr vielschichtig sein. Oftmals sind Mindererlöse durch Ereignisse höherer Gewalt bedingt, die ein Krankenhaus nicht beeinflussen kann. Dazu gehören beispielsweise Schadensereignisse wie Überflutungen durch Hochwasser oder Streikaktionen. Es ist daher derzeit kaum möglich abzuschätzen, ob die Absenkung der Mindererlösausgleiche tatsächlich nur die angestrebten 0,2 Prozentpunkte ausmachen würde.

Zudem lässt die Formulierung im Gesetzentwurf einen gewissen Interpretationsspielraum hinsichtlich des Beginns der Wirksamkeit der Neuregelung, da nicht auf den Vereinbarungszeitraum 2007, sondern auf das Jahr 2007 abgestellt wird. Auslegungstreitigkeiten zwischen den Vertragsparteien vor Ort wären daher schon vorprogrammiert.

Die Finanzierung für integrierte Versorgungsverträge mittels Anschubfinanzierung wird mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz um 2 Jahre bis zum 31.12.2008 verlängert. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll jedoch der Anspruch der Krankenhäuser auf Rückerstattung nicht verbrauchter Mittel aus der Anschubfinanzierung mit der Begründung gestrichen werden, dass Krankenhäuser hierdurch einen Beitrag zur Sanierung der Krankenkassen leisten müssen.

Die Krankenhäuser leisten mit einem 1%-igen Abzug für die Anschubfinanzierung rund 460 Millionen jährlich, die kassenärztlichen Vereinigungen rund 220 Millionen. Folglich wird der Topf der Anschubfinanzierung zu 2/3 von den Krankenhäusern gespeist, ohne dass diese aufgrund der geltenden Finanzierungssystematik die Möglichkeit haben, entsprechend an dem Topf der Anschubfinanzierung zu partizipieren. Aus der Anschubfinanzierung dürfen nur solche stationären Leistungen finanziert werden, die nicht oder nicht in der vereinbarten Menge im individuellen Krankenhausbudget enthalten sind, auch wenn sie als integrierte Versorgungsleistung erbracht werden. Demgegenüber sind in der Integrationsversorgung vereinbarte vertragsärztliche Leistungen ab der ersten Leistung aus dem Topf der Anschubfinanzierung zu vergüten.

Unabhängig von einer Ablehnung eines Sanierungsbeitrages der Krankenhäuser für die Krankenkassen in Gänze, wäre es sachlich völlig verfehlt, das Rückerstattungsrecht der Krankenhäuser für den Zeitraum der beabsichtigten Verlängerung der Anschubfinanzierung, also ab 01.01.2007 ausschließen zu wollen.

Dies hätte angesichts der fehlenden inhaltlichen Transparenz von Integrationsverträgen die Wirkung eines Freibriefes für Krankenkassen, die Krankenhausrechnungen generell um 1 % (Obergrenze der Abzugshöhe) zu kürzen und den Krankenhäusern weitere finanzielle Mittel zu entziehen.

Im Gegenzug würden sich Krankenhäuser im Wege der gerichtlichen Klärung massiv gegen dem Grunde und der Höhe nach ungerechtfertigte Kürzungen zur Wehr setzen müssen.

II. Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Zu Nummer 124, § 155 SGB V

Zu Buchstabe b

Der beabsichtigte Wegfall der derzeit in § 155 Abs. 4 SGB V geregelten solidarischen Haftung der kassenartenbezogenen Landes- und Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen für Verbindlichkeiten einer geschlossenen Krankenkasse wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgelehnt.

Mit der solidarischen Haftung soll die vollständige Vergütung der Leistungserbringer im Falle der Schließung einer gesetzlichen Krankenkasse sichergestellt werden. Die künftig in § 155 Absatz 4 Satz 3 SGB V vorgesehene lediglich „anteilmäßige Befriedigung“ der Gläubiger unter entsprechender Geltung der Vorschriften des fünften Teils der Insolvenzordnung gemäß dem beabsichtigten Satz 4 der Regelung lässt im Falle der Schließung einer gesetzlichen Krankenkasse erhebliche Vergütungsausfälle auf Seiten der Krankenhäuser befürchten. Die derzeit bereits extrem angespannte wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser würde dadurch noch weiter verschärft. Anschlussinsolvenzen von betroffenen Krankenhäusern, bedingt durch entsprechende Forderungsausfälle gerade bei größeren Krankenkassen, wären nicht auszuschließen, wodurch die flächendeckende Patientenversorgung – insbesondere in ländlichen Regionen – gefährdet wäre.

Daher könnten die Krankenhäuser künftig nicht mehr davon ausgehen, dass die Vergütung erbrachter Behandlungsleistungen durch die gesetzliche Krankenkasse des Patienten sichergestellt wird, auch wenn eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorläge. Die Krankenhäuser stünden dadurch einem deutlich höheren Insolvenzrisiko gegenüber und müssten diesem naturgemäß entsprechende Sicherungsinstrumentarien entgegensetzen, um ihren eigenen wirtschaftlichen Bestand nicht zu gefährden. Demnach bestünde die Notwendigkeit, dass die Kliniken aufschiebbare Behandlungen – unter Aufhebung der Beschränkungen in § 8 Abs. 7 KHEntgG bzw. § 14 Abs. 4 BpflV – künftig nur noch gegen Vorkasse durchführen. Denkbar wäre auch, dass die Krankenhäuser in Zukunft nur noch Patienten behandeln, deren Krankenkasse zur Absicherung eines Forderungsausfalls bei der Klinik etwa eine Bankbürgschaft hinterlegt hat. Allerdings wäre diese Absicherung auf Seiten der Krankenkassen mit nicht unerheblichen Mehrkosten verbunden, welche sich voraussichtlich negativ auf das politische Ziel der Beitragssatzstabilität auswirken würden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft spricht sich deshalb ausdrücklich gegen die beabsichtigte Änderung des § 155 Abs. 4 SGB V aus. Diese Ausführungen gelten entsprechend auch für die beabsichtigten Folgeänderungen in § 164 (Nummer 125), § 171 (Nummer 129) und § 171 b (Nummer 131) SGB V.

Zu Buchstabe c

Die durch die Neufassung von § 155 Abs. 5 SGB V entfallende Möglichkeit der Landes- und Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, entsprechende Sicherungsfonds für den Fall der Schließung einer Krankenkasse einzurichten, ist zwar eine in Bezug auf den Wegfall der solidarischen Haftung durch die Änderung von § 155 Abs. 4 SGB V (Buchstabe b) notwendige Folgeregelung. Auf die negativen Auswirkungen dieser Änderung wurde vorstehend jedoch bereits hingewiesen.

Darüber hinaus ist die nunmehr in § 155 Absatz 5 SGB V beabsichtigte Übergangsregelung, wonach für vor dem 01.01.08 entstandene „Altschulden“ weiterhin die Kas senarten haften, die Problematik des erhöhten Insolvenzrisikos für die Krankenhäuser nicht entschärft. Vielmehr wird das Risiko, dass das beitragsabhängige Finanzvolumen der gesetzlichen Krankenkassen zur Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben nicht ausreicht, über das Insolvenzverfahren letztlich den Gläubigern der gesetzlichen Krankenkasse aufgebürdet. Dies sind insbesondere die Versicherten, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer. Mit der Geltung der Insolvenzordnung werden die strukturellen Probleme einer ungünstigen Versichertenstruktur jedoch nicht gelöst, sondern nur durchgereicht.

B. Organisation

I. Gemeinsamer Bundesausschuss

Zu Artikel 1, Nummer 61, § 91 SGB V

Zu Artikel 2, Nummer 14, § 91 SGB V

Zu § 91 Abs. 1 - 9 und Abs. 11

Die DKG lehnt die Neuorganisation des G-BA in Gänze ab.

Mit der Einführung eines hauptamtlichen Beschlussgremiums sowie primär sektorübergreifend ausgerichteten, vorbereitenden Ausschüssen werden die Ziele der Reform vollständig verfehlt. Statt transparentere und schlankere Strukturen, zügigere Entscheidungen und weniger Bürokratie zu schaffen wird ein intransparentes, träges und zentralistisches Bürokratiemonster aufgebaut. Mangelnde Sachkompetenz sowie die Belange einzelner Sektoren ignorierende Interessensbündnisse werden die Qualität nachhaltig beeinträchtigen und zu patientenfernen Entscheidungen führen. Die derzeit hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung sowie der Innovationsstandort Deutschland werden nachhaltig gefährdet.

Die Einführung eines hauptamtlichen Beschlussgremiums führt de facto zu einer Politisierung und Verstaatlichung der Entscheidungsebene mit einer vollständigen Entmündigung der Selbstverwaltung. Verfassungsrechtliche Bedenken stellen die Legitimation eines Gremiums mit derart weit reichender Entscheidungskompetenz grundsätzlich in Frage. Ein neunköpfiges Beschlussgremium, das 50 äußerst komplexe

DKG-Stellungnahme zum Gesetzentwurf GKV-WSG

medizinische Themenbereiche sachkompetent und für alle GKV-Versicherte Deutschlands verbindlich regeln soll (z. B. Bewertung hoch komplexer Krankenhausleistungen; Arzneimittelversorgung; Psychotherapie; zahnmedizinische, hausärztliche und fachärztliche Versorgung), wird die fachlichen Anforderungen zu keiner Zeit angemessen erfüllen können. Zudem wird die künftig, aufgrund mangelnder Verantwortung ausbleibende Unterstützung auch unpopulärer Entscheidungen durch die, die einzelnen Sektoren vertretenden Organisationen die Akzeptanz des G-BA nachhaltig schwächen.

Die „Entkammerung“ des G-BA mit einer vollständigen Überführung in sektorübergreifende Gremien wird bereits bekannte Probleme im G-BA zusätzlich verschärfen. Unterschiedliche Belange, Leistungen und zu lösende Fragestellungen der einzelnen Sektoren werden in willkürlich zusammen gesetzten Gremien realitätsfern beraten und beschieden. In ihrer Bedeutung völlig unterschiedliche Sachverhalte werden unangemessen auf eine Stufe gestellt. So sollen künftig Hausärzte über hoch komplexe Krankenhausleistungen wie die Stammzelltransplantation, Psychologen über Amalgamfüllungen und hoch qualifizierte Krankenhausesperten über Familienplanung beraten und entscheiden. Dies wird zu verfehlten und taktischen Manövern zum Opfer gefallenen sachfremden Entscheidungen sowie Ineffizienz führen. Vom Gesetzgeber gewünschte Unterschiede wie beispielsweise bei der Methodenbewertung im ambulanten und stationären Sektor werden zudem vollständig untergehen. Dies wird in Folge die Innovationsfähigkeit deutscher Krankenhäuser erheblich behindern und im internationalen Wettbewerb zurückwerfen. Die Notwendigkeit der Beanstandung von Richtlinien durch das BMG sowie Prozesse zwischen BMG und G-BA werden stark zunehmen, wenn die Versorgung der Bevölkerung nicht nachhaltig verschlechtert werden soll.

Gegenwärtig dringend notwendige Reformen, die gleichberechtigten Partnern faire Regelungen zur Beschlussfassung und somit Übernahme der Verantwortung ermöglichen, werden abermals nicht angegangen. Vielmehr werden die Belange der Krankenhäuser nochmals nachhaltig geschwächt. So wird in dem neunköpfigen Beschlussgremium lediglich eine Person die spezifischen Belange der Krankenhäuser und somit der von ihnen behandelten schwerkranken Patienten ohne jeglichen Erfolg vertreten.

Die DKG hält daher an der bisherigen Grundkonstruktion des G-BA mit einigen gezielten Änderungen fest. Verbesserungsvorschläge im System wurden von der DKG bereits eingebracht. Mit Blick auf die bisherigen Erfahrungen sind die Mehrheitsverhältnisse im G-BA insgesamt und bei der Beschlussfassung zu ändern sowie einige Themen einer sachgerechteren Lösung zuzuführen (Vorschläge hierzu siehe spezifische Paragraphen).

Zu Artikel 2 – Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Zu Nummer 14, § 91 Abs. 7 Satz 2

Beschlüsse des G-BA zur Arzneimittelversorgung sind möglichst sektorenübergreifend zu fassen. Diese Änderung ist höchst problematisch und muss aus verschiedenen Gründen abgelehnt werden.

Änderungsvorschlag

§ 91 Abs. 7 Satz 2 ist ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Grundsätzlich gilt im Krankenhaus im Gegensatz zum niedergelassenen Bereich rein rechtlich ein Verbotsvorbehalt im Sinne von § 137 c SGB V. Darüber hinaus ist das Patientenklientel der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen in der Regel wesentlich schwerer erkrankt als im vertragsärztlichen Bereich oder sogar austerapiert. Daher ist z.B. auch eine andere, ggf. neuartige Medikation erforderlich.

Zudem ist die bisher für den vertragsärztlichen Bereich vorgesehene Nutzenbewertung des IQWiG umstritten. Zum Teil wird der Eindruck erweckt, dass es sich bereits jetzt eher um eine Kostenbewertung handelt. Da das IQWiG zukünftig Kosten-Nutzen-Bewertungen erstellen soll, ist zu befürchten, dass der Kostenfaktor eine noch größere Rolle spielen wird.

In diesem Zusammenhang wird häufig übersehen, dass im Krankenhaus andere (Arzneimittel-)Kosten und eine andere Preispolitik zum Tragen kommen als im vertragsärztlichen Bereich. Daher wird eine einheitliche, sektorübergreifende Regelung, die primär auf die Wirtschaftlichkeit im vertragsärztlichen Bereich ausgerichtet ist, zu Mehrbelastungen für das Krankenhaus führen. Ungeachtet der realen Gegebenheiten sollen hier Einsparungen für die GKV im vertragsärztlichen Bereich zu Lasten der Krankenhäuser erzielt werden.

II. Qualitätssicherung

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 84, § 115 b

Die Änderungen stellen darauf ab, die Qualitätsanforderungen für das ambulante Operieren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält diese Änderungen für überflüssig und schlägt die Streichung vor.

Die Änderungen führen lediglich dazu, dass der vor wenigen Wochen im Konsens verabschiedeten Qualitätssicherungsvereinbarung der Vertragspartner gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V die Rechtsgrundlage entzogen wird. Die Qualitätsvereinbarung sollte inhaltlich und formal in der Hand derjenigen Vertragspartner bleiben, die auch den Grundlagenvertrag inklusive Katalog zum ambulanten Operieren vereinbaren.

Zu Nummer 110, § 137

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert, § 137 Abs. 2 ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Die Konstruktion, nach der die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sektorenübergreifend zu erlassen sind, ist grundsätzlich hochproblematisch. Sofern sich die Richtlinien auf die Arzneimittelversorgung beziehen, ist ein sektorenübergrei-

DKG-Stellungnahme zum Gesetzentwurf GKV-WSG

fender Bezug widersinnig. Auch für Richtlinien zur zahnärztlichen Behandlung erschließt sich diese Notwendigkeit nicht.

Für die Qualitätssicherungsmaßnahmen ergeben sich darüber hinaus folgende Probleme:

- Alle bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (für Vertragsärzte und Krankenhäuser) müssten extrem aufwändigen Prüfungen unterzogen werden, da sie einen neuen Geltungsbereich (sektorenübergreifend) haben und von einem völlig anders zusammengesetzten Beschlussgremium (vgl. Änderungen durch Artikel 2 Nr. 14 dieses Gesetzentwurfs) zu verantworten sind.
- Diese Prüfungen wären formal und inhaltlich durchzuführen. Bürokratie würde hier geradezu explodieren.
- Das Problem ist kein wirklichkeitsfernes Szenario. Es entspricht vielmehr exakt der Realität in den Jahren 2004 und 2005. Seinerzeit wurden alle existierenden Qualitätsvereinbarungen der damaligen Vertragspartner gemäß § 137 SGB V durch das GMG in die Beschlusskompetenz des G-BA überführt. Dies führte dazu, dass für die formale Prüfung und Adaption der bestehenden Vereinbarungen mehr als ein Jahr ins Land ging. Ressourcen wurden in erheblichem Maße verschwendet.

Dieser Problematik steht ein äußerst bescheidener Gewinn gegenüber. Eine stärker harmonisierte Qualitätssicherung hat zwar positive Seiten. Der Gesetzentwurf lässt aber überhaupt keine klare Linie erkennen. Während alle Qualitätsmaßnahmen für Krankenhäuser dem G-BA unterstellt werden, wird davon in anderen Leistungsbereichen abgesehen:

- Die Fortbildungspflichten der Fachärzte in Krankenhäusern unterliegt der Beschlusskompetenz des G-BA, während die gleichgelagerte Pflicht zur fachlichen Fortbildung für Vertragsärzte unverändert über § 95 d und damit außerhalb des G-BA vereinbart wird.
- Die Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation bleibt außerhalb der Regelungskompetenz des G-BA. Sektorenübergreifende Verlaufsbeobachtungen werden damit verunmöglicht.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert des weiteren, § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 Satz 4 und Satz 5 (Mindestmengenregelung) ersatzlos zu streichen. Hilfsweise ist Satz 4 zu streichen.

Begründung:

Die Mindestmengenregelung hat sich nicht bewährt. In keinem der bis dato vereinbarten oder diskutierten Leistungsbereiche konnten die wissenschaftlichen Studien einen zur Mindestmengenbestimmung hinreichenden Zusammenhang zwischen erbrachter Leistungsmenge und der Behandlungsqualität herstellen. Im krassen Gegensatz zu der nicht nachgewiesenen Evidenz stehen die überscharfen Sanktionen (Leistungsausschluss) bei Nichterreichen der Mindestmengen. Der Umgang mit der Mindestmengenthematik im Gemeinsamen Bundesausschuss ist vor diesem Hintergrund zu einem Willkürakt geworden.

Zu Nummer 111, § 137 a – neu

Vorgesehen ist, dass der gemeinsame Bundesausschuss nach öffentlicher Ausschreibung eine fachlich unabhängige Institution mit der Verfahrensentwicklung und der Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragt.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft lehnt § 137 a in dieser Form in aller Entschiedenheit ab. Die Konstruktion in dieser Form ist überflüssig, nicht gerechtfertigt und mit immensen Risiken verbunden.

Begründung:

§ 137 a – neu ist überflüssig, da für die beschriebenen Aufgaben seit dem Jahr 2001 mit der BQS und den Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung bewährte Institutionen zur Verfügung stehen. Die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung für Krankenhäuser ist aufgrund dieser etablierten Strukturen erfolgreich und auch im internationalen Vergleich führend. Die Träger der BQS stehen in konkreten Gesprächen mit der KBV über einen Einbezug als Gesellschafter. Damit wird der Einbezug der Qualitätssicherung für Vertragsärzte und die Umsetzung sektorenübergreifender Qualitätssicherung ermöglicht.

Die vorgeschlagene Konstruktion, die im Gesetzestext und insbesondere in der Begründung die fachliche Unabhängigkeit des Instituts betont, ist nicht gerechtfertigt in dem Sinne, dass dies für bestehende Institutionen nicht zuträfe. Das Gegenteil ist der Fall: DKG, GKV, PKV und BÄK als Träger der BQS arbeiten nach dem Konsensprinzip, die Inhalte werden von ärztlichen und pflegerischen Experten erarbeitet, die Verfahrensfragen werden im G-BA entschieden. Die BQS ist seit jeher fachlich unabhängig.

Die vorgeschlagene Konstruktion ist hoch riskant aufgrund der vorgesehenen Ausschreibungspflicht. Diese ist rechtlich nicht notwendig. So wurde mit Artikel 35 GMG vom Gesetzgeber seinerzeit ein wesentlich intelligenterer Weg gebahnt. Die nun vorgesehene Ausschreibungspflicht forciert das Risiko, dass die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung und mit ihr die siebzehn Landesgeschäftsstellen zerstört werden. Die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung für Krankenhäuser würde damit auf Null zurückgesetzt und bis zum Neuaufbau von Strukturen jahrelang lahm gelegt. In aller Klarheit muss gesagt werden: Auch § 137 a Abs. 1 Satz 3, nach der bereits existierende Einrichtungen genutzt werden sollen, ist keineswegs geeignet, das beschriebene Risiko auszuräumen.

Kritisch anzumerken ist ferner, dass in der vorgesehenen Konstruktion das Durchführungsrecht für Qualitätserhebungen weiter bei den kassenärztlichen Vereinigungen verbleibt. Damit würde eine unerträgliche Schieflage konstruiert. Die Qualitätssicherung der Vertragsärzte würde in der Geborgenheit der Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben, während allein für den Krankenhaussektor darüber hinausgehende Transparenz und Mitbestimmungsrechte für die Krankenkassen und die Patientenvertreter gälten. Wie schon weiter oben mit anderen Beispielen veranschaulicht, lässt sich der Gesetzgeber auf eine eklatante Ungleichbehandlung zu Lasten des Krankenhäuser ein.

Um die sektorenübergreifende Qualitätssicherung voranzubringen ohne dass funktionierende Strukturen zerstört werden, schlägt die DKG den folgenden Weg vor.

Formulierungsvorschlag:

§ 137 a - neu wird wie folgt gefasst:

- (1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer vereinbaren die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135 a Abs. 2 Nr. 1 einschließlich ihrer Finanzierung. Die Vertragspartner nach Satz 1 entscheiden einvernehmlich. Sind einvernehmliche Entscheidungen nicht möglich, wird ein geeigneter Konfliktlösungsmechanismus etabliert, der mehrheitliche Entscheidungen zulässt.*
- (2) Die Durchführungsverantwortung für die Maßnahmen nach Abs. 1 liegt bei dem von den Vertragspartnern nach Absatz 1 Satz 1 unter Beteiligung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe getragenen Qualitätssicherungsinstitut. Die Durchführungsverantwortung bezieht sich auch auf die Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b Abs. 1 SGB V. Neben der sektorbezogenen Betrachtung sind Verfahren und Darstellungsweisen im Sinne einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu entwickeln.*
- (3) Die Richtlinien- und Beschlusskompetenz zu den übrigen Qualitätssicherungsmaßnahmen verbleibt beim gemeinsamen Bundesausschuss.*

Folgeänderungen: § 136 wird aufgehoben, § 136 a wird aufgehoben, § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 wird gestrichen, § 137 b wird aufgehoben.

Formulierungsvorschlag (hilfsweise):

§ 137 a Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt eine fachlich unabhängige von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer getragene sowie um die Kassenärztliche Bundesvereinigung erweiterte Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 135 a Abs. 2 Nr. 1 zu entwickeln, die möglichst sektorenübergreifend anzulegen sind.“

Zu Nummer 201, § 299 –neu

Der neu eingefügte § 299 regelt die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung.

Die DKG schlägt folgende Änderungen vor:

In Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 sind die Wörter " in der Regel" zu streichen.

Absatz 1 Satz 2 ist zu streichen.

Begründung:

Datenerhebungen für Zwecke der Qualitätssicherung sind immer auf Stichprobenerhebungen zu begrenzen, um den Aufwand möglichst gering zu halten. Es existieren keine medizinisch fachlichen oder methodischen Gründe, Vollerhebungen durchzuführen. Die vorgesehenen Abweichungsmöglichkeiten von der Stichprobenerhebung sind deshalb entbehrlich. Es muss auch gesehen werden, dass als Ausnahme gedachte Abweichungen schnell zum Regelfall werden. Dann würde das zu begrüßende Gebot der Datensparsamkeit verfehlt werden.

III. Medizinischer Dienst

**Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Zu Nummer 185, § 275 SGB V**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt die Entscheidung des Gesetzgebers, das Prüfverfahren in den Krankenhäusern zu entbürokratisieren und zu beschleunigen.

Die in den §§ 275 ff. SGB V geregelte Möglichkeit zur Durchführung einer verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen hat sich in der jüngeren Vergangenheit zu einer Belastung für die Krankenhäuser entwickelt. Dieses Prüfinstrument ist, entgegen seiner Intention, von einzelnen Krankenkassen dazu zweckentfremdet worden, um in unangemessener Weise und ungebunden von Verfahrensregelungen umfassende Prüfungen in Krankenhäusern durchzuführen, die nicht mehr als Einzelfallprüfungen bezeichnet werden können. Diese Thematik und die daraus folgenden Probleme sind durch den Gesetzgeber erkannt worden. Die geplanten Änderungen stellen einen Schritt in die richtige Richtung dar, gehen jedoch nicht weit genug, um die Kernprobleme der ausufernden Einzelfallprüfungen zu lösen.

Zu Buchstabe a

Die Beschränkung des Prüfzeitraums ist uneingeschränkt zu befürworten. Um dem Erfordernis der zeitnahen Überprüfung jedoch gerecht zu werden, erscheint eine kürzere Frist (ein Monat nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse) sinnvoll. Die geplante Aufwandspauschale ist ein positiver Ansatz zur Vermeidung ausufernder Einzelfallprüfungen.

Von existenzieller Bedeutung für die Krankenhäuser ist eine gesetzliche Klarstellung, dass die Durchführung einer Einzelfallprüfung die Fälligkeit des Zahlungsanspruches nicht hinausschiebt. Die Dauer einer Prüfung zieht sich möglicherweise über einen Zeitraum von mehreren Monaten hin. Die Krankenhäuser werden enorm belastet, wenn die Krankenkassen für den gesamten Zeitraum die Zahlung verweigern, denn die Aufrechterhaltung des Betriebes müsste dann kostspielig zwischenfinanziert werden. Eine entsprechende gesetzliche Regelung würde Krankenkassen zudem den Anreiz nehmen, Zahlungen aufgrund der Durchführung von Einzelfallprüfungen zurückzuhalten.

Hilfswise sollte daran gedacht werden, auch einen Zeitraum vorzugeben, innerhalb dessen die Prüfung durch den Medizinischen Dienst abgeschlossen werden muss (beispielsweise innerhalb von sechs weiteren Wochen nach Auftragserteilung an den Medizinischen Dienst).

Auch wird aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus dem geänderten § 275 SGB V noch nicht hinreichend deutlich, dass es sich hier ausschließlich um verdachtsabhängige Prüfungen eines Einzelfalles handelt. Dies ist im Gesetzestext herauszustellen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält es daher für erforderlich, § 275 SGB V wie folgt zu fassen:

§ 275 Begutachtung und Beratung

*(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es **im individuellen Behandlungsfall (Einzelfall)** nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,*

- 1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,*
- 2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach den §§ 10 bis 12 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,*
- 3. bei Arbeitsunfähigkeit*
 - a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder*
 - b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit*

*eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen. **Verdachtsunabhängige Prüfungen sind unzulässig.***

(1a)

(1b)

*(1c) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens **vier Wochen** nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus einer Aufwandspauschale in Höhe von 100 EURO zu entrichten.*

*(1d) Die Durchführung des Prüfverfahrens schiebt die **Fälligkeit des Zahlungsanspruches des Leistungserbringers nicht hinaus. Gegebenenfalls entstehende Rückforderungsansprüche können nach Abschluss des Prüfverfahrens bzw. nach rechtskräftigem Abschluss eines daran anschließenden Rechtsstreits verrechnet werden.***

(2)

(3)

(3a)

(4)

(5)

Zu Nummer 186, § 276 SGB V

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält die im Folgenden dargelegte Ergänzung des die Zusammenarbeit regelnden § 276 SGB V zwecks Eindämmung der Einzelfallprüfungen durch den Medizinischen Dienst um Verfahrensregelungen für erforderlich.

Zielführend wird es sein, die Krankenkassen zu verpflichten, die prüfauslösenden Verdachtsmomente schriftlich darzulegen. Die formalisierte, schematisch erfolgende Einleitung einer Prüfung wird durch dieses Begründungserfordernis verhindert, das geprüfte Krankenhaus kann zudem entsprechende Vorarbeiten leisten, was Dauer und Aufwand der Prüfung minimiert. Auch sollten zur Sicherung der Einheitlichkeit der Durchführung von Einzelfallprüfungen eindeutige Verfahrensregelungen vorgegeben werden, die sich an den entsprechenden Regelungen zur Stichprobenprüfung nach § 17 c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) orientieren können. Die Durchführung eines Vorverfahrens hilft, Streifragen im Vorfeld einer Prüfung zu klären und eine kosten- und zeitintensive Prüfung zu verhindern. Zur Sicherung der Qualität der Prüfungen ist die Einhaltung des Facharztstandards erforderlich. Darüber hinaus sollte § 277 Absatz 1 SGB V dahingehend ergänzt werden, dass der Medizinische Dienst das Begutachtungsergebnis fallbezogen schriftlich zu begründen hat. Dadurch wird die Entscheidungsfindung des Medizinischen Dienstes sowohl dem Krankenhaus als auch der Krankenkasse gegenüber transparenter und nachvollziehbarer und fördert somit die Akzeptanz des gefundenen Ergebnisses.

Daher schlägt die Deutsche Krankenhausgesellschaft folgende Fassung des § 276 und des § 277 SGB V vor:

§ 276 Zusammenarbeit

*(1) Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen, **die prüfauslösenden Verdachtsmomente schriftlich mitzuteilen** und Auskünfte zu erteilen. Unterlagen, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 und 65 des Ersten Buches hinaus seiner Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, dürfen an den Medizinischen Dienst nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat. Für die Einwilligung gilt § 67b Abs. 2 des Zehnten Buches. **Der Medizinische Dienst hat die von der Krankenkasse benannten prüfauslösenden Verdachtsmomente dem geprüften Leistungserbringer in schriftlicher Form zur Kenntnis zu geben.***

(2) Der Medizinische Dienst darf Sozialdaten nur erheben und speichern, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 und für die Modellvorhaben nach § 275a erforderlich ist; haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 bis 3 eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst, **hat dieser mit dem Leistungserbringer im Vorfeld der Überprüfung Zweifelsfragen auszuräumen (Vorverfahren). Führt dieses Vorverfahren zu keiner einvernehmlichen Klärung, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes ausschließlich diesem am Ort der Leistungserbringung zur Verfügung zu stellen**, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist. **In Ausnahmefällen kann in beiderseitigem Einvernehmen auch eine Übersendung von Patientenunterlagen durch die Leistungserbringer an den Medizinischen Dienst erfolgen. In diesen Fällen sind die Leistungserbringer berechtigt, vom Medizinischen Dienst eine Kostenerstattung nach Maßgabe des Gerichtskostengesetzes zu verlangen.** Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen nur für die in § 275 genannten Zwecke verarbeitet oder genutzt werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. Die Sozialdaten sind nach fünf Jahren zu löschen. Die §§ 286, 287 und 304 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend. Der Medizinische Dienst hat Sozialdaten zur Identifikation des Versicherten getrennt von den medizinischen Sozialdaten des Versicherten zu speichern. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. Der Schlüssel für die Zusammenführung der Daten ist vom Beauftragten für den Datenschutz des Medizinischen Dienstes aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. Jede Zusammenführung ist zu protokollieren.

(2a)

(2b)

(3)

(4) Wenn es im Einzelfall zu einer gutachtlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten erforderlich ist, sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu betreten, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und, soweit erforderlich, den Versicherten untersuchen zu können. In den Fällen des § 275 Abs. 3a sind die Ärzte des medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser zu betreten, um dort die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen einzusehen. **Die Prüferärzte des Medizinischen Dienstes haben in Bezug auf den konkreten Prüfgegenstand eine dem verantwortlichen Krankenhausarzt vergleichbare fachärztliche Qualifikation vorzuweisen und auf Verlangen des Krankenhauses zu belegen (Facharztstandard). Die Prüfergebnisse sind zwischen dem Medizinischen Dienst und dem verantwortlichen Krankenhausarzt zu erörtern. Soweit sich die Beteiligten über die Prüfergebnisse und die sich daraus ergebenden Folgen nicht einigen, kann jeder Beteiligte den Schlichtungsausschuss nach § 17 c Abs. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anrufen. Die näheren Einzelheiten zur Durchführung des Prüfverfahrens regeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit den Landeskrankenhausesgesellschaften in Verträgen nach § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V.**

(5)

(6)

§ 277 Mitteilungspflichten

*(1) Der Medizinische Dienst hat dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, und der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung **fallbezogen schriftlich zu begründen** und der Krankenkasse **zusätzlich** die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Er ist befugt, den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Der Versicherte kann der Mitteilung über den Befund an die Leistungserbringer widersprechen.*

(2)

C. Medizinische Versorgung

I. Zulassung Krankenhäuser zur Erbringung hochspezialisierter ambulanter Leistungen

**Zu Artikel 1Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Zu Nummer 85, § 116b SGB V**

Die DKG begrüßt grundsätzlich den im Gesetzentwurf beabsichtigten Weg, geeignete Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zur Erbringung ambulanter Katalogleistungen zuzulassen.

Die Abkehr vom Einzelvertragsmodell zugunsten eines Zulassungsmodells ist ein Schritt in die richtige Richtung. Der Einzelvertragswettbewerb ist nicht geeignet, eine qualitativ bessere und/oder durchgängige Versorgung der Versicherten zu erreichen. Grundsätzlich sollte jeder Versicherte, der einer hochspezialisierten Behandlung bedarf oder an einer seltenen Erkrankung leidet, unabhängig von der gewählten Krankenkasse eine gleich gute Versorgung erhalten. Darüber hinaus schränkt der Tatbestand „hochspezialisierte Leistungen und seltene Erkrankungen“ den Kreis potentieller Krankenhäuser ein, die überhaupt an einem Vertragswettbewerb teilnehmen können. Bietet zudem eine Kasse einen innovativen Vertrag an, besteht die Gefahr eines Anstieges der schlechten Risiken bei dieser durch Kassenwechsel. Schließlich sind bei seltenen Erkrankungen die Fallzahlen bezogen auf eine Krankenkasse in der Regel eher gering.

Die DKG begrüßt die Ausführungen in der Begründung, dass das Land als Planungsbehörde bei der vorgesehene Zulassung von geeigneten Krankenhäusern zur ambulanten Leistungserbringung das Letztentscheidungsrecht hat.

Zu Nummer 85 Buchstabe d), § 116 b Abs. 4 Satz 4

Die vorgeschlagene Neufassung wird abgelehnt. Es ist nicht einsichtig, warum an die ambulante Behandlung im Krankenhaus zusätzliche Anforderungen gestellt werden im Vergleich zur stationären Behandlung im Krankenhaus oder im Vergleich zur ambulanten Behandlung beim Vertragsarzt.

Formulierungsvorschlag:

Satz 4 wird wie folgt formuliert:

„In den Richtlinien sind sächliche und personelle Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses zu regeln, sofern bestehende Anforderungen nach § 137 SGB V nicht ausreichend sind.“

Hilfsweise Beibehaltung des Satzes 4 in der geltenden Fassung des SGB V.

Zu Nummer 85 Buchstabe e) bb), § 116 b Abs. 5

Leistungen nach dem Katalog des § 116 b sollen nach der EBM-Systematik vergütet werden. Diese Regelung berücksichtigt nicht, dass einige der nach dem Katalog möglichen ambulanten Leistungen nicht im EBM abgebildet sind. Insbesondere führt die Regelung aber auch zu Problemen bei der Vergütung von innovativen Leistungen, wenn diese nicht im EBM aufgeführt sind. Notwendig ist daher, dass die Regelung die Möglichkeit vorsieht, für diese Leistungen eigenständige Vergütungsregelungen ergänzend zum EBM zu treffen.

II. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Zu Nummer 23, § 37 b SGB V

Zu § 37 b Abs. 1 SGB V

Die DKG begrüßt grundsätzlich den neuen Anspruch der Versicherten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Zu § 37 b Abs. 3 SGB V

In dem Gesetzentwurf der Bundesregierung ist vorgegeben, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs. 4 in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen regeln soll. Der Hinweis auf § 91 Abs. 4 passt jedoch nicht mehr zu der in § 91 vorgesehenen Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschuss, in dem lediglich ein hauptamtliches, sektorübergreifendes Beschlussgremium vorgesehen ist. Diese wird von der DKG allerdings abgelehnt (siehe dort). § 92 SGB V wiederum beinhaltet Regelungen für Richtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Verweis darauf, dass das Nähere über die Leistungen in den Richtlinien nach § 92 zu regeln ist (z. B. Anforderungen an die Erkrankungen sowie an den besonderen Versorgungsbedarf, Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung etc.) birgt im hohen Maße die Gefahr, dass künftig die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nicht wie im Gesetz vorgesehen von allen geeigneten Sektoren (Krankenhäuser, Hospize, niedergelassene Ärzte, Pflegeeinrichtungen etc.) gleichberechtigt erbracht werden kann, sondern vielmehr ausschließlich auf die Vertragsärzte

zugeschnittene Anforderungen in den Richtlinien festgelegt werden. Insofern sollte Satz 1 umformuliert werden: „Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 bestimmt in den Richtlinien gemäß § 91 Abs. 12 bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen insbesondere ...“. In § 91 wäre zudem in einem neuen Absatz 12 die Pflicht des G-BA aufzunehmen, sektorübergreifend die Richtlinien zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu erlassen. Dies würde ermöglichen, dass alle betroffenen Sektoren gleichberechtigt und gemeinsam im G-BA die Richtlinien formulieren könnten. Zudem wäre im Artikel 1, Nr. 62, (§ 92) in Abs. 1 Satz 2 die Ziffer 14 zu streichen.

Zu Nummer 102, § 132 d

Zu § 132 d Abs. 1

Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich die Vergütung und deren Abrechnung sollen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37 b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen abschließen. Aus Sicht der DKG sollte der Begriff „geeignete Einrichtungen“ präzisiert werden. Der Gesetzgeber weist ausdrücklich darauf hin, dass bereits vorhandene Strukturen berücksichtigt werden sollen. Derzeit wird die spezialisierte palliativmedizinische Versorgung häufig auch von Palliativstationen am Krankenhaus ambulant erbracht. Insofern erscheint es sinnvoll, in Satz 1 die Worte „...geeignete Einrichtungen...“ durch „...geeignete Krankenhäuser, Einrichtungen...“ zu ersetzen. Hierdurch wird klargestellt, dass neben Einrichtungen auch Krankenhäuser an der Versorgung beteiligt werden können.

Zu § 132 d Abs. 2

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen

- die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
- Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

festlegen. Mit Blick auf die künftige Gründung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen stellt sich die Frage, ob an dieser Stelle tatsächlich die Spitzenverbände der Krankenkassen die Empfehlungen treffen sollen. Darüber hinaus ist nicht erkennbar, warum diese Empfehlungen lediglich unter Beteiligung der betroffenen Leistungserbringer und nicht in einer gemeinsamen Empfehlung erfolgen. Da die Empfehlungen die originären Strukturen und Leistungen der Leistungsanbieter betreffen, sollten diese auch gleichberechtigt eingebunden werden. Insofern sollte Abs. 2 folgendermaßen lauten:

„Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie die Kassenärztli-

che Bundesvereinigung legen gemeinsam und einheitlich in Empfehlungen..... fest.“

III. Geburtshäuser

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Zu Nummer 104, § 134 a

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert mit Nachdruck, die Änderung des § 134 a ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Die rechtliche Etablierung von Geburtshäusern und die Übernahme der Betriebskosten durch die Krankenkassen wird strikt abgelehnt. Dies ist grundsätzlich der falsche Weg. Es würden Doppelstrukturen verfestigt, Unwirtschaftlichkeiten gefördert und Qualitätsrisiken eröffnet. Im stationären Bereich stehen ausreichende Kapazitäten mit einer hoch entwickelten einrichtungsbezogenen Qualitätskontrolle zur Verfügung. Wenn eine sinnvolle Verzahnung der Sektoren gewünscht ist, dann müssen Krankenhäuser für ambulante Entbindungen zugelassen werden, auch und gerade unter dem Aspekt der Patientensicherheit.

IV. Integrierte Versorgung

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Zu Nummern 119 und 121, § 140 a und § 140 d SGB V

Eine Beschränkung der integrierten Versorgung auf die Behandlung einer oder mehrerer versorgungsrelevanter Volkskrankheiten oder das gesamte Krankheitsgeschehen versicherter Personen ist aus Sicht der DKG kontraproduktiv und würde dem System die Chance für innovative Versorgungsansätze nehmen. Zudem würde der integrierten Versorgung der Charakter von Disease-Management-Programmen zukommen und die Wettbewerbsorientierung der Akteure an Bedeutung verlieren. Ausschlaggebend für die integrierte Versorgung muss der medizinische Nutzen für den Patienten sein.

Des Weiteren stellt sich die Frage der konkreten Umsetzbarkeit. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Krankenkassen für Integrationsverträge, die mit Wirkung ab 01.04.2007 abgeschlossen werden, nur dann Mittel aus der Anschubfinanzierung in Anspruch nehmen können, soweit durch diese eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung der Versicherten ermöglicht wird. Folglich würde es zukünftig folgende Vertragsarten geben:

„Altverträge“ vor 01.04.2007: Anschubfinanzierung wie bisher

„Neuverträge“ ab 01.04.2007: nur Anschubfinanzierung, wenn flächendeckende Versorgung

Hier stellt sich die Frage, wer die Berechtigung zur Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung für „Neuverträge“ prüft und wie dies erfolgen soll. Der Registrierungsstelle liegen die abgeschlossenen Integrationsverträge nicht vor, da sie lediglich die Aufgabe hat, die Meldungen der Krankenkassen zu registrieren und hierüber Auskunft

zu erteilen (Nachweis des Abschlusses eines Integrationsvertrages und Höhe des Abzugsbetrags).

zu Nummer 121, § 140 d SGB V

Die Finanzierung für integrierte Versorgungsverträge mittels Anschubfinanzierung wird mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz um 2 Jahre bis zum 31.12.2008 verlängert. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll jedoch der Anspruch der Krankenhäuser auf Rückerstattung nicht verbrauchter Mittel aus der Anschubfinanzierung mit der Begründung gestrichen werden, dass Krankenhäuser hierdurch einen Beitrag zur Sanierung der Krankenkassen leisten müssen.

Die Krankenhäuser leisten mit einem 1%-igen Abzug für die Anschubfinanzierung rund 460 Millionen jährlich, die kassenärztlichen Vereinigungen rund 220 Millionen. Folglich wird der Topf der Anschubfinanzierung zu 2/3 von den Krankenhäusern gespeist.

Unabhängig von einer Ablehnung eines Sanierungsbeitrages der Krankenhäuser für die Krankenkassen in Gänze, wäre es sachlich völlig verfehlt, das Rückerstattungsrecht der Krankenhäuser für den Zeitraum der beabsichtigten Verlängerung der Anschubfinanzierung, also ab 01.01.2007 ausschließen zu wollen.

Dies hätte angesichts der fehlenden inhaltlichen Transparenz von Integrationsverträgen die Wirkung eines Freibriefes für Krankenkassen, die Krankenhausrechnungen generell um 1 % (Obergrenze der Abzugshöhe) zu kürzen und den Krankenhäusern weitere finanzielle Mittel zu entziehen.

Im Gegenzug würden sich Krankenhäuser im Wege der gerichtlichen Klärung massiv gegen dem Grunde und der Höhe nach ungerechtfertigte Kürzungen zur Wehr setzen müssen.

V. Neuorganisation der Vergütung in der ambulanten Versorgung

Zu Artikel 1

Zu Nummern 55 und 57, §§ 85a, 85b, 87 SGB V

Die DKG begrüßt die Einsicht des Gesetzgebers, dass das Morbiditätsrisiko der Bevölkerung und die damit verbundene Leistungsmengenentwicklung nicht mehr auf die Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung abgewälzt werden kann. Zudem wird mit dem GKV-WSG zumindest nicht explizit ausgeschlossen, dass im Vertragsarztsystem anders als im Krankenhausbereich, bei der Preisbildung die reale Kostenentwicklung ohne sachfremde Deckelung durch Bindung an die Grundlohnrate berücksichtigt werden kann. Der mit dem GKV-WSG vorgesehene Richtungswechsel in der vertragsärztlichen Versorgung bestärkt die Erwartungen der Krankenhäuser, dass diese Grundsätze auch bei der Ausgestaltung des zukünftigen ordnungspolitischen Rahmens für die stationäre Versorgung Gültigkeit haben werden.

Da das vertragsärztliche Vergütungssystem bereits heute für eine Vielzahl von ambulanten Krankenhausleistungen (Ermächtigungen, ambulantes Operieren) und innovativen Versorgungsformen (integrierte Versorgung, hochspezialisierte Leistungen) Anwendung findet, sind auch die Krankenhäuser von den Ergebnissen der aktuellen Reform unmittelbar betroffen. Die Krankenhäuser werden dennoch nicht an deren Umsetzung beteiligt. Auch wenn durch die geplante Entbürokratisierung des Vertragsarztsystems und die angekündigte Transparenz des anstehenden Entwick-

lungsprozesses auf eine Vereinheitlichung des Systems zu hoffen ist, werden auch weiterhin sowohl die Definition der Pauschalen als auch die Festlegung der arztgruppen- bzw. krankenhausspezifischen Vergütungshöhe ausschließlich von Vertragsärzten und Krankenkassen festgelegt. Die Erfahrungen aus der letzten EBM-Reform haben bedauerlicherweise gezeigt, dass beide Vertragspartner des EBM und der Gesamtvergütungen dabei wiederholt Regelungen zu Lasten der Krankenhäuser treffen, so dass diese im Vergleich zu den Vertragsärzten benachteiligt werden (insbesondere ambulante Notfallversorgung, belegärztliche Versorgung, ambulante Strahlentherapie etc.).

Die DKG fordert mit Nachdruck, dass die Krankenhausseite an den für sie relevanten Entscheidungen bezüglich des EBM und der Gesamtvergütungen beteiligt wird. Sofern dies nicht geschieht, muss durch die zuständigen Aufsichtsbehörden bzw. Gesundheitsministerien gewährleistet werden, dass auch für die relevanten Krankenhausleistungen geeignete Entgelte entwickelt werden und gezielte Benachteiligungen der Krankenhäuser oder der Krankenhausärzte in Zukunft unterbleiben.

D. Vergütung Krankenhäuser

I. Krankenhausfinanzierungsgesetz

Artikel 18 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer. 4a, § 17 b Abs. 1 KHG

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt, dass im Gesetzentwurf die Problematik von Kostenausreißerfällen und das mit diesen verbundene Risiko von Kostenunterdeckungen insbesondere im Bereich der Hochleistungsmedizin aufgegriffen wird. Der im Gesetzentwurf vorgesehene Lösungsansatz, über einen Prüfauftrag an die Selbstverwaltung zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen zu kommen, greift jedoch zu kurz. Im Rahmen der in ihrer Kompetenz liegenden Weiterentwicklung des pauschalen Vergütungssystems ist eine vollständige Lösung des Problems der Unterfinanzierung von Kostenausreißerfällen und mit diesen überdurchschnittlich belasteten Krankenhäusern nicht erreichbar, auch wenn die Abbildung hochkomplexer Behandlungsformen innerhalb des Klassifikations- und Bewertungssystems ständig verbessert wird. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert deshalb die Schaffung eines Öffnungstatbestandes als Auffangregelung für verbleibende Extremkostenfälle, die über das Klassifikationssystem nicht abgebildet werden können, und schlägt dazu, wie dem BMG bereits dargelegt wurde, eine ergänzende Regelung analog zu dem bestehenden § 6 Abs. 2a KHEntG vor.

Zu Nummer 4a und c, § 17 b Abs. 1 Satz 4 und Abs. 5 Nummer 1 Satz 2

Die Änderung in § 17 b Abs. 1, Satz 4 u. Abs. 5 Nr. 1 Satz 2 ist aus Sicht der DKG abzulehnen, da krankenhaushausindividuelle Besonderheiten und unterschiedliche Ausbildungsstrukturen zu sehr unterschiedlichen Kostenstrukturen führen. Eine Durchschnittskalkulation von Richtwerten mit Preisfunktion würde zwangsläufig zu fehlerhaften Ergebnissen führen. Nur unter Berücksichtigung definierter Abweichungstatbestände wäre eine auskömmliche Finanzierung über Richtwerte im eigentlichen Wortsinne möglich. Die DKG verweist in diesem Zusammenhang auf ihr Finanzierungsmodell für Ausbildungsstätten, welches dem BMG wiederholt zur Verfügung gestellt wurde.

Die bisherige Erfahrung mit der praktischen Umsetzung der Vorgaben des § 17 a KHG hat ergeben, dass eine Vereinbarung über Richtwerte auf Bundesebene, unter Berücksichtigung von Abweichungstatbeständen nicht möglich und durch Teile der Krankenkassenverbände auch nicht gewollt ist. Durch diese Vorgehensweise der Krankenkassen wird der Versuch unternommen, auf Ortsebene den Druck auf die Krankenhäuser zu verschärfen, um niedrige Budgetabschlüsse zu erreichen.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen und der bestehenden Inkompatibilität von Richtwerten im Sinne eines Finanzierungsbetrages sieht die DKG eine grundsätzliche Gesetzesänderung in folgender Weise für dringend geboten:

Im § 17 a KHG muss eine gesetzliche Klarstellung zur umfassenden Berücksichtigung der Folgekosten des Krankenpflegegesetzes und deren vollständige Finanzierung durch die Krankenkassen aufgenommen werden. Die zu finanzierenden Tatbestände inkl. der Mehrkosten aufgrund der Umsetzung des Krankenpflegegesetzes müssen im § 17 a KHG durch den Gesetzgeber geregelt und grundsätzlich zu finanzierende Positionen festgelegt werden. Ergänzend hierzu sind – auch in Abhängigkeit der gesetzlichen Regelungstiefe – ergänzende oder differenzierende Rahmenvereinbarungen durch die Selbstverwaltungsparteien auf Bundes- und/oder Landesebene möglich. Durch krankenhaushausindividuelle Vereinbarungen von Ausbildungsbudgets zwischen den Selbstverwaltungsparteien auf Ortsebene wird sichergestellt, dass neben den generell zu beachtenden Bundes- und/oder Landesvereinbarungen auch rein krankenhaushausindividuelle Spezifika – dort wo erforderlich - Berücksichtigung finden.

II. Krankenhausentgeltgesetz

Artikel 19 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes Zu Nummer 4, § 10 Abs. 4 KHEntgG

Die beabsichtigte Änderung in § 10 Abs. 4 KHEntgG ist dringend erforderlich und wird daher begrüßt. Der Klarstellung halber sollten jedoch parallel dazu entsprechende Anpassungen in § 10 Abs. 3 KHEntgG vorgenommen werden.

Formulierungsvorschlag:

§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4

4. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen **sowie gegenläufige Auswirkungen bei Fallzahlreduzierungen**

Darüber hinaus ist festzustellen, dass § 10 Abs. 3 Satz 2 redundant ist, da das gewollte bereits mit Satz 1 Nr. 4 umgesetzt wird.

Es wird vorgeschlagen, Absatz 3 Satz 2 zu streichen

Alternativ müsste Satz 2 als Folge der oben genannten Klarstellungen wie folgt gefasst werden:

Formulierungsvorschlag:

§ 10 Abs. 3 Satz 2

²Bei der Anwendung von Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend **und zurückgehende Fallzahlen erhöhend** berücksichtigt werden.

Weiterer Anpassungsbedarf des § 10 KHEntgG im Einzelnen

Darüber hinaus sieht die DKG jedoch weiteren dringenden Änderungsbedarf bei der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts, worauf nachfolgend nochmals detailliert eingegangen wird. Dabei wird zu den einzelnen Absätzen des § 10 KHEntgG dargestellt, worin der Klarstellungs-/Anpassungsbedarf besteht. Gleichzeitig wird ein Formulierungsvorschlag für eine Anpassung unterbreitet.

1. § 10 Abs. 1 Satz 5 KHEntgG – Berücksichtigung des Fehlschätzungsausgleichs

Vereinzelt kam es zu Irritationen, bezüglich des nach Absatz 4 zu berücksichtigenden Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. In Verhandlungen wurde (unsachgerecht und ohne Erfolg) bezweifelt, dass ein (positiver) Ausgleichsbetrag einer Fehlschätzung nach Absatz 1 berücksichtigt werden dürfte. Begründet wurde dies mit Satz 5. Diese Regelung ist aber eigentlich nicht erforderlich, um die Beitragssatzstabilität zu wahren, da ohnehin eine Vereinbarung über die konkreten Fehlschätzungstatbestände im Vorfeld getroffen werden muss. Eine nachträgliche Feststellung, ob bei der zu ändernden Vereinbarung des Vorjahres auch ohne eine Fehlschätzung eine Berücksichtigung des Betrags der Basisberichtigung zulässig gewesen wäre, ist redundant.

Es wird vorgeschlagen Satz 5 zu streichen.

Mindestens ist aber die ebenfalls vorgeschlagene redaktionelle Klarstellung in Absatz 4 vorzunehmen, die noch deutlicher zum Ausdruck bringt, dass selbstverständlich die Veränderungsrate überschritten werden kann, um den Fehlschätzungsausgleich vollständig durchführen zu können (vgl. Ausführungen zu 2.6).

2. § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 allgemeine Kostenentwicklungen in Verbindung mit § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 Wirtschaftlichkeitsreserven

Die isolierte Betrachtung des § 10 Abs. 3 KHEntgG wird der Gesamtsystematik der Krankenhausfinanzierung nicht gerecht. Neben der Ermittlung eines „sachgerechten“

DKG-Stellungnahme zum Gesetzentwurf GKV-WSG

Preises für Krankenhausleistungen anhand bestimmter Kriterien (z.B. Kostenentwicklungen) geht es auch um die in § 1 KHG definierten Ziele einer

„wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten...“

§ 17 KHG verdeutlicht diese Vorgabe in Absatz 1 Satz 4: „Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen.“

Es kann mithin nicht darum gehen, jedwede „Einsparmaßnahme“, die dazu dient, die wirtschaftliche Betriebsführung eines Krankenhauses zu sichern, im Rahmen einer „Kollektivhaftung“ zu Lasten aller Krankenhäuser (quasi virtuell) als Preissenkungsargument zu verwenden, obwohl klar ist, dass für eine krankenhausesindividuelle Budgetreduktion keinerlei Begründung vorliegen würde.

Konkret bedeutet dies:

Werden von Krankenhausträgern z.B. Notlagentarifverträge abgeschlossen, so ist dies Ausdruck der Situation, dass die bisherige Finanzierung der Betriebskosten gerade nicht ausreichend war für die wirtschaftliche Sicherung der betroffenen Krankenhäuser. Personalkosten-„Einsparungen“ stellen damit keine Wirtschaftlichkeitsreserven dar, sind auch kein Ausdruck allgemeiner Kostenentwicklungen (im Land oder im Bund), sondern sind Maßnahmen zur Deckung bestehender Defizite. Das gleiche gilt für jedwede tarifliche „Verbesserung“ (aus Sicht der Arbeitgeber), die nur möglich ist, wenn im gesamtgesellschaftlichen Konsens (d.h. gemeinsam mit den Arbeitnehmervertretern) festgestellt wird, dass ansonsten der Betrieb in dieser Form nicht (mehr) aufrecht erhalten werden kann.

Es wäre systemfremd, Reduktionen bisher schon nicht gedeckter Kosten als Abzugsposition zu verwenden, um das Defizit bestehen zu lassen bzw. über den pauschalierenden Effekt eines Landespreises zu Defiziten für noch mehr Krankenhäuser werden zu lassen.

Eine entsprechende Auffangregelung, die klarstellt, dass derartige Effekte nicht auftreten dürfen, fehlt derzeit, ist aber dringend erforderlich.

Formulierungsvorschlag:

§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 und 3:

2. **voraussichtliche** allgemeine Kostenentwicklungen,
3. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind, **oder zur Deckung von Kostenentwicklungen erforderlich sind, die über die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 des fünften Buches Sozialgesetzbuch hinaus gehen. Wirtschaftlichkeitsreserven im Sinne dieser Regelung liegen nur vor, wenn landesweit die Mehrzahl der Krankenhäuser von diesen Entwicklungen betroffen ist.**

3. § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 Ausgabenentwicklung im Nicht-DRG-Bereich

Zu berücksichtigen sind die Ausgabenentwicklungen „bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate“ überschreiten.

Bei einem „freigegebenen“ Preissystem muss das in § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 geregelte Prinzip einer „einseitig“ kommunizierenden Röhre als systemfremd bezeichnet werden und sollte daher – grundsätzlich – abgeschafft werden.

Es wird vorgeschlagen, Nr. 5 zu streichen.

Alternativ dazu müssten auf jeden Fall Klarstellungen und Änderungen vorgenommen werden. Die Beschränkung „soweit...“ könnte ggf. dahingehend interpretiert werden, dass gegenläufige Effekte (Rückläufige Ausgaben im Nicht-DRG-Bereich) nicht unter dieser Rubrik berücksichtigt werden könnten. Eine derart einseitig belastende Interpretation muss jedoch abgelehnt werden. Es ist nicht nachvollziehbar, dass auf der einen Seite Ausgabensteigerungen das Erlösbudget mindern sollen, aber vorhandene Spielräume durch Ausgaben senkungen im Nicht-DRG-Bereich nicht ausgeschöpft werden sollen.

Weiterhin ist nicht nachvollziehbar, dass Leistungsänderungen im DRG-Bereich zu den in § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG genannten Berücksichtigungsquoten „ungedeckelt“ möglich sind, im Nicht-DRG-Bereich jedoch zu einer Gegenrechnung führen sollen.

Wird Nr. 5 nicht gestrichen, müsste diese Ziffer zumindest wie folgt gefasst werden:

Formulierungsvorschlag:

§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5:

5. die Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, **dies gilt bei Ausgabensteigerungen nur, soweit dabei für Mehrleistungen der Vomhundertsatz gem. § 4 Abs. 4 Satz 2 und insgesamt die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch überschritten wird;** dabei werden die Zuschläge zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen **und Leistungen gemäß § 6 Abs. 2** nicht einbezogen,

4. § 10 Abs. 3 Satz 3 verändertes Kodierverhalten

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass verändertes Kodierverhalten der Krankenhäuser in einem Bundesland nicht mehr zu nachweisbaren Effekten auf die vereinbarte oder zu vereinbarende Summe der Bewertungsrelationen führen kann.

Sollte es sich um Upcoding gehandelt haben, wird dieses im Rahmen der Krankenhausindividuellen Erlösausgleiche gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG bereinigt und kann nicht zu einer Auswirkung auf den (Landes-)Preis führen. Right-Coding-Effekte im Sinne von relevantem veränderten Kodierverhalten sind im siebten Jahr der DRG-

DKG-Stellungnahme zum Gesetzentwurf GKV-WSG

Kodierung in deutschen Krankenhäuser nicht mehr zu erwarten. „Normale“ Lerneffekte, die mit der notwendigen Schulung von Krankenhausmitarbeitern bezüglich des jährlichen wechselnden DRG-Kataloges einhergehen, wirken in beide Richtungen.

Ausgabenerhöhungen durch veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren sind nicht mehr zu erwarten. Die amtliche Begründung zum KHEntgG führte im Jahr 2002 folgendes aus: *„Derzeit werden in den Krankenhäusern noch weniger Nebendiagnosen erfasst, als dies bei richtiger Kodierung für das Fallpauschalensystem erforderlich ist. Auf Grund internationaler Erfahrungen ist damit zu rechnen, dass sich etwa in den ersten vier Jahren nach Einführung des DRG-Systems das Kodierverhalten in den Krankenhäusern ändert und mehr Nebendiagnosen erfasst werden als bisher.“*

Die Vorschrift hat sich überholt und sollte gestrichen werden.

5. § 10 Abs. 8 Ersatzvornahme

Diese Regelung war auf das Jahr 2005 beschränkt und kann daher entfallen.

Zu Nummer 6 Buchstabe b), § 21 Abs. 3a – neu

Absatz 3a – neu eröffnet ein Zugriffsrecht auf die bislang gesetzlich strikt geschützten DRG-Daten.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert, diesen Absatz ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Die DKG spricht sich in aller Entschiedenheit dagegen aus, dass die mit der Durchführung der Qualitätssicherung nach § 137 a SGB V beauftragte Institution ausgewählte Daten von der DRG-Datenstelle anfordern und erhalten kann. Die DRG-Daten sind sensibel und zu gänzlich anderen Zwecken erhoben. Aus diesem Grund schützt das Gesetz diese Daten. Andere Verarbeitungen und Nutzungen der Daten sind explizit unzulässig (§ 21 Abs. 3 Satz 9 KHEntgG). Es gibt keine nachvollziehbare Begründung für das Aufbrechen dieser Schutzregelung. Aus der Gesetzesbegründung (S. 561) ist erkennbar, dass man völlig falschen Überlegungen aufgesessen ist. Das aufgeführte Ziel der Vermeidung von Doppelerhebungen in den Krankenhäusern kann damit nicht verfolgt werden. Im Gegenteil: Es wird ein weiterer Datenabgleich, diesmal zwischen DRG-Daten und Qualitätssicherungsdaten, konstruiert. Dieser belastet die Krankenhäuser, das Qualitätssicherungsinstitut und die DRG-Datenstelle mit zusätzlicher Arbeit. Das zweite in der Begründung angegebene Ziel eines "institutionsbezogenen Screenings über alle Fachgebiete" ist völlig aus der Luft gegriffen. Die DRG-Daten sind hierfür völlig ungeeignet.

E. Arzneimittelversorgung

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 30 Änderung des Arzneimittelgesetzes

Artikel 35 Änderung der Apothekenbetriebsverordnung

Artikel 36 Änderung des Apothekengesetzes

Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 47, § 73 d Abs. 2

Zukünftig soll bei der Verordnung besonderer Arzneimittel ein zweiter Arzt hinzugezogen werden. Gemäß Abs. 2 Satz 5 kann dies auch ein Krankenhausarzt sein, der im Rahmen eines Vertrages nach § 116 Abs. 2 SGB V tätig ist.

Hier ist zunächst ein technischer Fehler festzustellen: § 116 SGB V hat keinen Absatz 2. Gemeint ist vermutlich § 116 b Abs. 2 SGB V. Auch dies wäre nicht sachgerecht.

An dieser Stelle ist eine Öffnung für weitere Krankenhausärzte sinnvoll.

Formulierungsvorschlag:

§ 73 d Abs. 2 Satz 5 sollte wie folgt geändert werden:

„Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse auch Krankenhausärzte zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapien bestimmen.“

Begründung:

Die geforderten Fachkenntnisse der Ärzte sind nicht nur bei zugelassenen Krankenhäusern mit Ambulanzen für hochspezialisierte Leistungen vorhanden, sondern in vielen Krankenhäusern. Schon allein aufgrund des Patientenlientels sind Krankenhausärzte qualifiziert, als „Arzt für besondere Arzneimitteltherapie“ zu fungieren.

Zu Nummer 62 Buchstabe f), § 92 Abs. 7 Nummer 3

Die vorgesehene Ergänzung des § 92 Abs. 7 SGB V in Verbindung mit § 14 Abs. 7 Satz 4 ApoG muss gestrichen werden.

Begründung:

Laut Begründung des Gesetzentwurfes sollen durch diese Ergänzung des Absatzes 7 Versorgungslücken vermieden und der Behandlungserfolg gesichert werden.

Grundsätzlich sollen hier die Krankenhäuser herangezogen werden, Versorgungslücken im vertragsärztlichen Bereich zu schließen. Um den Behandlungserfolg sicherzustellen sollen sie dem Patienten Arzneimittel aus dem Bestand des Krankenhauses mitgeben dürfen, welche somit aus dem laufenden Budget finanziert werden und nicht aus dem des vertragsärztlichen Bereiches. Eine derartige Regelung zu Lasten der Krankenhäuser muss abgelehnt werden.

Die Gesetzesbegründung führt weiter aus, dass der Krankenhausarzt den medizinischen Sachverhalt besser abschätzen kann und die Einbeziehung des Vertragsarztes in den Verordnungs- und Behandlungsprozess im Hinblick auf die Verordnung häuslicher Krankenpflege oftmals mit einem enormen Verwaltungsaufwand verbunden ist. Diese Einschätzung wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft geteilt. Völlig unverständlich bleibt dann aber, warum der Gesetzgeber dem Krankenhausarzt keine Verordnungsfähigkeit überträgt. Der Gesetzgeber lässt den festgestellten hohen Verwaltungsaufwand sehenden Auges weiter zu.

Das gewünschte Ziel wird am sichersten erreicht, wenn dem Krankenhausarzt durch eine entsprechende Änderung des SGB V die Möglichkeit gegeben wird, nicht nur die häusliche Krankenpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, sondern auch die dafür notwendigen Arzneimittel verordnen zu können.

Darüber hinaus ist es inakzeptabel, dass die Arzneimittel-Richtlinien des G-BA für den vertragsärztlichen Bereich berücksichtigt werden müssten. Eine Akzeptanz der Arzneimittel-Richtlinien an dieser Stelle würde den Weg bereiten, zukünftig die G-BA-Beschlüsse zur Arzneimittelversorgung für den vertragsärztlichen Bereich auch im Krankenhaus anwenden zu wollen.

Formulierungsvorschlag:

- a. § 115 a SGB V wird um einen neuen Absatz 2 a ergänzt:

„(2a) Wird im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung zur Sicherung des Behandlungserfolges häusliche Krankenpflege notwendig, so kann der behandelnde Krankenhausarzt diese übergangsweise für 3 Tage einschließlich der eventuell benötigten Arzneimittel verordnen.“

- b. § 115 c SGB V wird um einen neuen Absatz 3 ergänzt:

„(3) Um den Behandlungserfolg beim Übergang von der stationären Versorgung zur häuslichen Krankenpflege zu sichern, kann der behandelnde Krankenhausarzt die benötigten Arzneimittel übergangsweise für 3 Tage verordnen.“

Formulierungsvorschlag (hilfsweise):

Es wird ein neuer Paragraph ins SGB V aufgenommen:

„§ 115 d Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Krankenhausärzte

Wird im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung zur Sicherung des Behandlungserfolges häusliche Krankenpflege notwendig, so kann der behandelnde Krankenhausarzt diese übergangsweise für 3 Tage einschließlich der eventuell benötigten Arzneimittel verordnen.“

**Zu Artikel 30 Änderung des Arzneimittelgesetzes
Zu Nummer 2 Buchstabe b) und Nummer 3, § 10 Abs. 11 und § 11 Abs. 7**

DKG-Stellungnahme zum Gesetzentwurf GKV-WSG

Geregelt wird, dass aus Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen (Auseinzelung) nur mit einer Kennzeichnung (mindestens Name des pharmazeutischen Unternehmers, Bezeichnung des Arzneimittels, Chargenbezeichnung, Verfallsdatum) sowie nur mit einer Ausfertigung der Packungsbeilage abgegeben werden dürfen.

Diese Regelung ist für die Abgabe von Arzneimitteln an Patienten im Rahmen der stationären Versorgung nicht umsetzbar. Daher ist für den Krankenhausbereich eine Ausnahmeregelung erforderlich.

Formulierungsvorschlag:

Ergänzung des § 10 Abs. 11 AMG durch folgenden Satz 3 sowie des § 11 Abs. 7 AMG durch folgenden Satz 4:

„Satz 1 gilt nicht für Arzneimittel, die im Rahmen der stationären Versorgung an die Patienten abgegeben werden.“

Begründung:

Beide Regelungen sind im Krankenhausbereich nicht durchführbar, da die ausgeeinzelten Arzneimittel für die einzelnen Patienten zum einen nicht in dauerhaft gekennzeichneten Behältnissen abgegeben werden können und zum anderen nicht jedem Patienten zu jedem Arzneimittel eine Kopie der Packungsbeilage ausgehändigt werden kann. Insbesondere letzteres würde neben einem enormen bürokratischen Aufwand zu einer gigantischen „Zettelwirtschaft“ im Patientenzimmer führen. Zudem ist im Krankenhaus jederzeit ein Arzt greifbar, der dem Patienten bei Fragen zu seiner Medikation Auskunft geben kann; gleiches gilt für möglicherweise aufgetretene unerwünschten Arzneimittelwirkungen. So werden die Funktionen, die ansonsten durch die Packungsbeilage erfüllt werden müssen, im Krankenhaus auf der persönlichen Ebene zwischen Personal und Patient geklärt.

Zu Artikel 35 – Änderung der Apothekenbetriebsordnung

In Analogie zu der vorgeschlagenen Änderung der §§ 10 und 11 AMG muss auch § 26 Abs. 2 der Apothekenbetriebsordnung geändert werden, da dieser auf § 14 Abs. 1 Satz 2 Apothekenbetriebsordnung Bezug nimmt.

Formulierungsvorschlag:

Änderung des § 26 Abs. 2 wie folgt:

„Die Vorschriften des § 4 Abs. 1 und 6 sowie der §§ 5 bis 14, 16, 18, 20 Abs. 1, 21, 22, 25 gelten für den Betrieb von Krankenhausapotheken entsprechend. Abweichend von Satz 1 gilt § 14 Abs. 1 Satz 2 nicht für Arzneimittel, die im Rahmen der stationären Versorgung an Patienten abgegeben werden.“

Begründung:

Ausgezeichnete Arzneimittel können im Krankenhaus aus Praktikabilitätsgründen nicht in dauerhaft gekennzeichneten Behältnissen abgegeben werden. Ebenso wenig ist es möglich, jedem Patienten zu jedem Arzneimittel eine Packungsbeilage zu geben. Dies ist im Krankenhaus auch nicht notwendig, da jederzeit Fachpersonal ansprechbar ist, das den Patienten über seine verordneten Arzneimittel informieren kann. Im niedergelassenen Bereich muss diese Funktion von einer Packungsbeilage übernommen werden.

Zu Artikel 36 – Änderung des Apothekengesetzes

Infolge der vorgeschlagenen Streichung des § 92 Abs. 7 Nr. 3 SGB V muss § 14 Abs. 7 Apothekengesetzes angepasst werden.

Formulierungsvorschlag:

§ 14 Abs. 7 Satz 4 soll wie folgt gefasst werden:

„Unbeschadet von Satz 3 können für Patienten, für die der behandelnde Krankenhausarzt eine Verordnung über häusliche Krankenpflege gemäß § 115 a Abs. 2 a SGB V sowie über die benötigten Arzneimittel gemäß § 115 c Abs. 3 SGB V ausgestellt hat, diese aus der Krankenhausapotheke abgegeben werden.“

Formulierungsvorschlag (hilfsweise)

§ 14 Abs. 7 Satz 4 soll wie folgt gefasst werden:

„Unbeschadet von Satz 3 können für Patienten, für die der behandelnde Krankenhausarzt eine Verordnung über häusliche Krankenpflege sowie über die benötigten Arzneimittel gemäß § 115 d SGB V ausgestellt hat, diese aus der Krankenhausapotheke abgegeben werden.“

Begründung:

Um die Patientenversorgung beim Übergang von stationärer Krankenbehandlung zu häuslicher Krankenpflege nicht durch die notwendige Einbeziehung eines Vertragsarztes zu erschweren, wird den Krankenhausärzten die Möglichkeit eingeräumt, die benötigten Arzneimittel für 3 Tage übergangsweise zu verordnen und diese aus der Krankenhausapotheke abzugeben.

Die o. g. Formulierungsvorschläge müssen kongruent sein zu den Formulierungsvorschlägen der DKG zu Artikel 1 Nr. 62 Buchstabe f).