

Deutscher Städtetag

Deutscher Landkreistag

Deutscher Städte- und Gemeindebund

## Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Bundesvereinigung komm. Spitzenverbände • Postfach 12 03 15 • 10593 Berlin

An den Vorsitzenden des Ausschusses  
für Gesundheit und Soziale Sicherung  
des Deutschen Bundestages  
Herrn Abgeordneten Klaus Kirschner

Ernst-Reuter-Haus  
Straße des 17. Juni 112  
10623 Berlin

21.06.2003 /tk

Telefon (0 30) 3 77 11-0  
Durchwahl 3 77 1-400  
Telefax (0 30) 3 77 11-4 09  
E-Mail post@staedtetag.de

Bearbeitet von  
Dr. Manfred Wienand, Ingrid Rob-  
bers, Ludwig Fuchs, Ursula Fried-  
rich, Dr. Irene Vorholz

Aktenzeichen  
53.05.07 D

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung	
Ausschussdrucksache	
15(13)	02 48 (61)
15. Wahlperiode	

### **Stellungnahme** zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)

Zu dem Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes - GMG - wird nachfolgend Stellung genommen, und zwar aus Sicht der Kommunen

- als Träger kommunaler Krankenhäuser
- als Träger kommunaler Gesundheitspolitik und des kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienstes
- als Träger der Sozialhilfe und der Grundsicherung.

#### **I. Sicherung der Finanzierung**

Die grundsätzliche Zielsetzung, durch ein Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbreitern und zu sichern, ist auch aus kommunaler Sicht zu unterstützen. Es ist jedoch sicherzustellen, dass Mehrbelastungen der kommunalen Haushalte infolge der vorgesehenen Regelungen tatsächlich ausgeschlossen werden. Vorschläge für eine mittel- und langfristige Finanzierung der sozialstaatlichen Sicherungsziele werden von der „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ erwartet.

Neben der Stärkung der Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und einer Überprüfung und Anpassung des Leistungskataloges der GKV an die medizinische und gesellschaftspolitische Entwicklung als Daueraufgabe muss Ziel einer Reform sein, Einsparpotentiale auf der Ausgabenseite durch mehr Transparenz, Effizienz und Wirtschaftlichkeit verbunden mit weniger Bürokratie bei der Leistungserbringung und -abrechnung auszuschöpfen.

Soweit mit der Neugestaltung von Zuzahlungsregelungen unter Beachtung ausreichender Härtefallklauseln eine steuernde Wirkung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erreicht werden kann und diese nicht dazu führt, dass notwendige Hilfen nicht in Anspruch genommen werden, kann damit ein zielgerechter Einsatz der Mittel der GKV unterstützt werden.

## **II. Krankenhauswesen**

Wir beschränken uns auf die aus Sicht der Träger kommunaler Krankenhäuser wesentlichen Vorschriften und verweisen im übrigen auf die ausführliche Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die von uns mitgetragen wird.

### **1. Krankenhausplanung**

Die entscheidende Reform ist im Krankenhaussektor mit der Einführung des neuen Vergütungssystems über die DRG's (Diagnoses Related Groups) bereits eingeleitet worden. Es bestand bisher Übereinstimmung, dass die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen erst dann geregelt werden, wenn Erfahrungen über die Auswirkungen der DRG's vorliegen. Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ist vor diesem Hintergrund zunächst bis zum 31. Dezember 2006 befristet. Wir halten es daher zum jetzigen Zeitpunkt für verfrüht, Regelungen zur Krankenhausplanung in das GMG aufzunehmen, da die Krankenhäuser erst ab dem 1. Januar 2004 verpflichtet sind, das neue Entgeltsystem anzuwenden, und die optionale Einführung von DRG's im Sinne einer Übergangslösung erst seit dem 1. Januar 2003 möglich ist. Demgemäß liegen noch keine Erfahrungen mit dem neuen Finanzierungssystem vor und Entwicklungen können fundiert weder vorausgeschätzt noch vorausgesehen werden. Wir bitten daher, Artikel 1 Nr. 56, 57, 58 und 59 des Entwurfs ersatzlos zu streichen.

Der mit der Einführung von DRG's entstehende Wettbewerbsdruck für die Krankenhäuser wird zur Veränderung in der Versorgungslandschaft führen. Fehlentwicklungen müssen durch eine sinnvolle Krankenhausplanung, in der die Länder die Letztverantwortung tragen, verhindert werden. Dabei ist die seit Jahren strittige Frage der Investitionsfinanzierung zu klären. In einem wettbewerblichen System können die Krankenhäuser nur bestehen, wenn sie die Möglichkeit haben, die notwendigen Investitionen zu tätigen. Die Krankenhäuser benötigen diesbezüglich Planungssicherheit.

Der Gesetzentwurf sieht in verschiedenen Bereichen eine Aufgabenverlagerung zu Gunsten der Krankenkassen vor. So soll insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung künftig der Sicherstellungsauftrag für die fachärztliche Versorgung von den kassenärztlichen Vereinigungen auf die Krankenkassen übergehen. Im Krankenhausbereich sollen die Länder als Grundlage für den Abschluss, die Änderung und Kündigung von Versorgungsverträgen im Einvernehmen mit den Krankenkassen allgemeine leistungsorientierte Rahmenvorgaben beschließen.

Eine derartige einseitige Aufgabenverlagerung zu Gunsten der Krankenkassen wird abgelehnt, da damit den Kassen de facto eine Monopolstellung eingeräumt wird, die mit einem wettbewerblichen System nicht in Einklang steht. Insbesondere im Krankenhaussektor ist aus der Verpflichtung zur Daseinsvorsorge im Rahmen des Sozialstaatsprinzips an der uneingeschränkten Sicherstellungsverpflichtung der Länder festzuhalten.

Die Entwicklung der integrierten Versorgung so wie der DMP's (Disease-Management-Programme), an der die Leistungserbringer durch Abschluss von Einzelverträgen mit den Krankenkassen teilnehmen, wird Einfluss auf die bisherige Form der ambulanten und stationären Versorgung nehmen und die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen zum Einkauf bestimmter Leistungen öffnen. Die

Auswirkungen auf die Nachfrage der Versicherten und die Versorgung sind sorgfältig zu analysieren und mit allen Beteiligten zu diskutieren. Sie sind künftig bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

## 2. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Der Gesetzentwurf weist mit der vorgesehenen stärkeren Verzahnung der Versorgungsbereiche in die richtige Richtung. Damit können noch bestehende systembedingte Unwirtschaftlichkeiten beseitigt werden. Insbesondere den Krankenhäusern muss mit der Einführung der DRG's die Möglichkeit eröffnet werden, nach Einweisung der Patienten zu entscheiden, wie diese zu behandeln sind. Nur dann können sich die Krankenhäuser zu Gesundheitszentren entwickeln und die Patienten optimal behandelt werden. Die vorgesehene Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Behandlung würde diesem Anliegen in Teilbereichen Rechnung zu tragen. Es wird daher begrüßt, dass die Krankenhäuser im Falle der Unterversorgung zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können. Dabei sollte, wie auch von der DKG gefordert, der Institutsermächtigung der Vorrang gegenüber der persönlichen Ermächtigung gegeben werden und die Einbindung der Krankenhäuser auf Dauer oder zumindest für einen vertraglich vereinbarten und unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausreichenden Zeitraum erfolgen.

Auch die vorgesehene Neuregelung zur integrierten Versorgung mit der geplanten vertraglichen Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung stellt aus unserer Sicht eine Verbesserung dar. Die gleichzeitig geplante Aufhebung der Anbindung der Leistungserbringer an den Zulassungs- und Ermächtigungsstatus in der Integrationsversorgung, die Aufhebung der Anbindung der integrierten Versorgung an den Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität sind wichtige Voraussetzungen, diese Versorgungsform voran zu treiben.

Dagegen wird die Gründung von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen zur integrierten Versorgung entschieden abgelehnt. Zum einen wird hierfür kein Bedarf gesehen und zum anderen widerspricht es den Wettbewerbsprinzipien, Angebot und Nachfrage in einer Hand zu bündeln.

Die weiterhin vorgesehene Eröffnung der Möglichkeit der Krankenhäuser, auch im Rahmen von DMP's Versicherte ambulant zu behandeln, ist positiv zu werten. Wir unterstützen den Vorschlag der DKG, die Ausgestaltung der Öffnungstatbestände für Krankenhäuser im Rahmen von DMP's innerhalb der Einzelvertragssystematik der Integrationsversorgung zu regeln und nicht wie vorgesehen in Form eines vertragsgebundenen Zulassungsanspruchs.

In der geplanten Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen ist unseres Erachtens eine Verbesserung für die Patientenversorgung zu sehen. Die Zulassung der Krankenhäuser hierfür sollte - wie auch von der DKG gefordert - analog § 115 b SGB V ausgestaltet werden. Damit würden die Krankenhäuser wie beim ambulanten Operieren einen „gesetzlich“ verankerten Zulassungsanspruch für die Erbringung hochspezialisierter ambulanter fachärztlicher Leistungen erhalten. Dies wäre unseres Erachtens einem rein vertragsgebundenen Zulassungsanspruch in einem Einzelvertragssystem vorzuziehen.

Auch die vorgesehene Fristverlängerung nach stationärer Behandlung im Krankenhaus auf einen Monat ist im Interesse von Patienten insbesondere mit schweren Krankheiten zu begrüßen. Damit wird die Nachsorge durch die behandelnden Ärzte für die Patienten des Krankenhauses ermöglicht. Allerdings ist es notwendig, den Krankenhäusern dafür eine sachgerechte zusätzliche Vergütung zu zahlen. Dies ist nach dem Krankenhausentgeltgesetz nicht vorgesehen.

### III. Stärkung der Primärprävention

Aus Sicht der kommunalen Gesundheitspolitik ist die durch Änderung und Ergänzung des § 20 SGB V vorgesehene Stärkung der Primärprävention zu begrüßen. Es ist zu fordern, dass der in § 20 Abs. 1 und 2 SGB V gesetzlich vorgegebene finanzielle Rahmen für Ausgaben der Krankenkassen je Versicherten für Zwecke der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Selbsthilfeförderung künftig voll ausgeschöpft wird, um der Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung besser als bisher gerecht zu werden.

Es ist erforderlich, dass die gesetzlichen Krankenkassen von Gesetzes wegen generell stärker zur Kooperation im Feld der Primärprävention und Gesundheitsförderung verpflichtet werden. Ein Gebot zur Zusammenarbeit der Beteiligten - wie es z. B. in § 21 SGB V für die Zahngesundheitspflege verankert ist - sollte auch in § 20 SGB V aufgenommen werden. Es sollte ferner vorgesehen werden, dass vorrangig örtliche Gemeinschaftsprojekte zum Zuge kommen können, weil zum Erfolg von Prävention am besten gemeindenahen Aktivitäten beitragen. Deshalb sollten auch mehr als 25 % der gesetzlich festgelegten Beträge vor allem für die Aufgabenerfüllung in Gemeinschaftsprojekten vor Ort investiert sein. Die Träger der kommunalen Gesundheitspolitik bieten für die Umsetzung solcher Projekte ausdrücklich ihre Zusammenarbeit an.

### IV. Auswirkungen auf die Sozialhilfe und die Grundsicherung

#### 1. Leistungsrechtliche Einbeziehung von Sozialhilfeempfängern

Die kommunalen Spitzenverbände fordern die Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger in die GKV entsprechend dem Auftrag des Artikels 28 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992. Der vorliegende Gesetzentwurf entspricht nicht dem Auftrag des Artikels 28 GSG, weil weder ein Mitgliedsstatus begründet wird noch das der gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde liegende Solidaritätsprinzip in Bezug auf Leistungsberechtigung und auf den Kreis der Leistungsempfänger (keine Familienversicherung) Anwendung findet. Durch die Neuregelung wird lediglich die bisherige Kann-Bestimmung des § 264 SGB V zu einem zwingenden Kostenerstattungstatbestand auf der Grundlage der tatsächlich anfallenden Krankenbehandlungskosten, einschließlich der pauschal festgelegten Verwaltungskosten, ausgestaltet. Ferner wird die Versorgung der Leistungsempfänger bei der Bemessung der Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 2 SGB V berücksichtigt und damit die Leistungsmenge begrenzt. Die Ungleichbehandlung von Sozialhilfeempfängern und Mitgliedern in der GKV führt auch sozialpolitisch in die falsche Richtung. Sie wäre ein Einfalltor für die Ausgliederung weiterer Personengruppen, die seitens der GKV als besonders risikobehaftet bezeichnet werden.

Zu begrüßen ist, dass alle einbezogenen Sozialhilfeempfänger eine Krankenversichertenkarte erhalten sollen. Abzulehnen ist jedoch, dass dem Sozialhilfeträger das Missbrauchsrisiko bezüglich der Verwendung der Krankenversichertenkarte auferlegt werden soll. Es ist Sache der Krankenkasse, sowohl die Krankenversichertenkarte auszugeben als auch sie einzuziehen. Der Sozialhilfeträger erfüllt seine Obliegenheiten, indem er der jeweiligen Krankenkasse unverzüglich mitteilt, dass ein Hilfeempfänger nicht mehr bedürftig im Sinne des BSHG ist.

Da die nach § 264 SGB V zwingend in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogenen Sozialhilfeempfänger keinen förmlichen Versicherungsstatus besitzen, ist der Status dieses Personenkreises in Bezug auf die Einbeziehung in die soziale Pflegeversicherung klärungsbedürftig. Ebenso wie für den Bereich der Krankenversicherung sprechen wir uns auch für den Bereich der Pflegeversicherung grundsätzlich dafür aus, die Versicherungspflicht der Sozialhilfeempfänger

sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der sozialen Pflegeversicherung vorzusehen.

Die hohen Verwaltungskosten der mehr als 300 Krankenkassen können nicht die Grundlage für die von den Sozialhilfeträgern zu erstattenden Verwaltungskosten sein. Die 5-Prozent-Regelung ist auch deshalb unakzeptabel, da sie sich nicht am tatsächlichen Verwaltungsaufwand orientiert und gleichermaßen von hohen stationären Kosten mit geringem Verwaltungsaufwand erhoben werden soll. Es dient nicht der Reduzierung von Verwaltungskosten, wenn sich die Erstattungsregelung an den durchschnittlich hohen Verwaltungskosten der Krankenkassen orientiert. Schließlich bleibt zweifelhaft, ob alle wirtschaftlich relevanten Maßnahmen einschließlich der Prüfungen von Leistungserbringern und Sozialhilfeempfängern zum Tragen kommen. Die Krankenkassen hätten keinen Nutzen von einer „Gleichbehandlung“, weil höhere Ausgaben erstattet würden bei gleichzeitig höheren Verwaltungskostenpauschalen.

## 2. Auswirkungen auf die Krankenhilfe nach dem BSHG

Die in Artikel 17 GMG vorgesehenen Änderungen der §§ 37 Abs. 1, 38 Abs. 3 BSHG genügen nicht, die Auswirkungen der Kürzung bzw. der Streichung von Leistungen des Krankenversicherungsrechts (Art. 1 Nrn. 6, 7, 12, 13, 20, 22 zu §§ 24 b, 27 a, 33, 34, 58, 59, 61 Abs. 1 SGB V) auf die Sozialhilfe abschließend zu regeln:

Anspruch auf Krankenhilfe soll auch künftig nur in dem Umfang bestehen, wie die Krankenkasse Leistungen übernimmt (§ 37 Abs. 1 BSHG). Dabei sollen die von der Krankenkasse nach § 264 SGB V kraft Gesetzes übernommenen Leistungen vorgehen und damit an die Stelle des Anspruchs auf Krankenhilfe nach dem BSHG treten. Um eine Besserstellung von Sozialhilfeempfängern gegenüber dem Personenkreis der gesetzlich Krankenversicherten zu vermeiden, ist die Deckungsgleichheit von Krankenhilfe- und Krankenversicherungsleistungen beizubehalten und eine Ausweitung des Anspruchs auf Krankenhilfe auf die mit der Reform ausgeschlossenen Krankenversicherungsleistungen abzulehnen.

Bereits nach geltendem Recht müssen Sozialhilfeempfänger nach § 34 SGB V die von dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus ihrer laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 11 BSHG tragen. Hierfür ist im Regelsatz ein Betrag enthalten. Die nunmehr von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossenen Arznei- und Verbandsmittel sind jedoch wesentlich umfangreicher. Wir regen deshalb an zu prüfen, ob mit dem in dem Regelsatz enthaltenen Betrag auch die neu ausgeschlossenen Arznei- und Verbandsmittel finanziert werden können oder ob ggf. eine ergänzende Regelung - zumindest zur Klarstellung - in § 11 BSHG aufgenommen werden muss. Wir bitten auch zu prüfen, wie die aus der Leistungspflicht der Krankenkassen gestrichenen Sehhilfen im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt zu behandeln sind.

Künftig sollen Sozialhilfeempfänger zu Arznei- und Verbandsmitteln mindestens 1 € je Packung aus ihrer Hilfe zum Lebensunterhalt zuzahlen (Nr. 1 Ibcc § 31 Abs. 3 d. E.). Um diese Zuzahlungspflicht der Sozialhilfeempfänger zu erreichen, muss in § 38 Abs. 2 Nr. 3 BSHG klargestellt werden, dass insoweit kein Anspruch auf Übernahme der Zuzahlung im Rahmen der Krankenhilfe nach dem BSHG besteht.

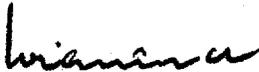
Folge der Streichung des Anspruchs auf ein Sterbegeld wird in all den Fällen, in denen nach § 15 BSHG die Sozialhilfe die Kosten nicht oder nur nachrangig zu tragen hat, sein, dass die Kommunen dort, wo sie zuständig nach Bestattungsrecht sind, als Ordnungsbehörde zusätzliche Kosten zur Be-sorgung der Bestattung zu tragen haben.

### 3. Auswirkungen auf die Grundsicherung

Für Grundsicherungsempfänger, die nicht z. B. als Rentner versicherungspflichtig sind, muss eine Einbeziehung in die GKV möglich sein. Es gilt das unter IV.1 Ausgeführte entsprechend.

Des weiteren ist die bisherige Regelungslücke bei den Härtefällen dergestalt zu schließen, dass Grundsicherungsempfänger in § 61 Abs. 2 Nr. 1 SGB V, Vollständige Befreiung, aufgenommen werden.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung



Dr. Manfred Wienand