

17.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(13)
vom 17.09.03**

15. Wahlperiode

**Stellungnahme des
Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)
zum Entwurf eines Gesetzes
zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)
Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 08.09.2003**

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) begrüßt die Grundzüge des vorliegenden Gesetzentwurfs, soweit es die Weiterentwicklung der stationären und ambulanten Versorgung in Richtung der Zulassung von mehr Wettbewerb betrifft. Dabei verhehlen wir nicht unsere Enttäuschung, daß der Gesetzentwurf im Laufe des Verfahrens weit hinter den ursprünglichen Ansätzen hinsichtlich der Zulassung von mehr Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern zurückgeblieben ist.

Eingedenk der Tatsache, daß der erreichte Stand des parlamentarischen Prozesses des vorliegenden Gesetzentwurfes kaum noch Änderungen zuläßt, möchten wir die dringend erforderlichen Veränderungen aus Sicht der Krankenhäuser auf wenige Aspekte begrenzen.



1. Integrierte Versorgung

Der VKD begrüßt ausdrücklich, daß im vorliegenden Gesetzentwurf gegenüber der bislang gültigen Rechtslage deutliche bürokratische Erleichterungen beim Abschluß von Integrationsversorgungsverträgen vorgesehen sind. Zwei Dinge bereiten den Krankenhäusern jedoch große Sorge.

Nicht vermittelbar ist die Festlegung des Gesetzentwurfs, daß der Krankenhausbereich mit 460 Mio. € mehr als doppelt soviel für die Anschubfinanzierung bereitstellt, wie der vertragsärztliche Bereich mit 220 Mio. €. Auch wenn viele Krankenhäuser den aus der gesetzlichen Vorgabe letztlich resultierenden Budgetabzug kaum verkraften können, wollen wir diese politische Festlegung im Interesse einer Anreizwirkung zum Abschluß von Integrationsversorgungsverträgen nicht in Frage stellen. Sie ist jedoch nur akzeptabel, wenn der Abzug im Krankenhausbereich auf höchstens 0,5 % festgelegt wird: Im Ergebnis würden damit beide Bereiche etwa das gleiche Finanzvolumen zur Anschubfinanzierung bereitstellen. Das ist umso wichtiger, als die Krankenhäuser gegenüber dem vertragsärztlichen Bereich bei der Refinanzierung benachteiligt werden: An der Integrationsversorgung beteiligten Vertragsärzten wird jede diesbezügliche Leistung zusätzlich vergütet. Die Krankenhäuser erhalten jedoch nur dann einen zusätzlichen Erlös, wenn sie mehr Patienten behandeln als vor Vereinbarung der Integrationsversorgung.

Darüber hinaus zeigt die bisherige Erfahrung, daß nur ein geringer Teil der Krankenhäuser bei den Krankenkassen Vertragspartner zum Abschluß von Integrationsversorgungsverträgen finden wird, wodurch eine zumindest teilweise Refinanzierung der Erlösausfälle möglich wird.

Um auch bei den Krankenkassen eine stärkere Anreizwirkung für den Abschluß von Integrationsversorgungsverträgen zu induzieren, schlagen wir vor, den in § 140 d Abs. 1 SGB V geregelten Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung in jedem Jahr zu fordern. Dadurch wird verhindert, daß insbesondere von kleinen Krankenkassen die Mittel zu Lasten der Leistungserbringer über längere Zeit thesauriert werden.



2. Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

Die vorgesehene Ausgestaltung einer Öffnung der Krankenhäuser bei Unterversorgung im vertragsärztlichen Bereich gemäß § 116 a SGB V macht die Krankenhäuser zu „Lückenbüßern“, wenn die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllen kann.

Krankenhäuser benötigen ein Mindestmaß an Planungssicherheit, um einen derartigen gesundheitspolitischen Auftrag in die betriebswirtschaftliche Realität umsetzen zu können. Die Formulierung „soweit und solange“ ist nicht akzeptabel. Für die entsprechende Ermächtigung muß deshalb eine Mindestdauer von beispielsweise drei Jahren im Gesetz festgelegt werden.

3. Gemeinsamer Bundesausschuß nach § 91 SGB V

Dem neu geschaffenen Bundesausschuß kommt eine maßgebliche Rolle bei der „Feinstrukturierung“ des Gesundheitssystems innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens zu. Angesichts des finanziellen Gewichts und der damit verbundenen Arbeitsplätze der Leistungssektoren ist bei der Sitzverteilung das Übergewicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit 4 Vertretern und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) mit 1 Vertreter gegenüber der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) mit nur 4 Vertretern nicht zu akzeptieren. Bei dieser Sitzverteilung ist beispielsweise mit einer totalen Blockade der KBV hinsichtlich der Weiterentwicklung der Regelungen zur Teilöffnung der Krankenhäuser nach § 116 b Abs. 4 SGB V zu rechnen. In diesen Fällen bekommt die KBV nämlich zusätzlich den Sitz der KZBV zugesprochen (§ 91 Abs. 4 SGB V). Damit würde die politische Absicht aus den Konsensgesprächen unterlaufen, daß mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem Platz greifen soll.

In Übereinstimmung mit der DKG fordern wir, daß diese stärker im Gemeinsamen Bundesausschuß vertreten ist. Falls aus uns nicht erkennbaren Gründen eine Verstärkung der Krankenhausesseite allein durch die DKG nicht umsetzbar ist, schlagen wir vor, bei Fragen, die den Krankenhausbereich betreffen, wie beispielsweise die Weiterentwicklung des Katalogs nach § 116 b Abs. 4 SGB V dem Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) 1 Sitz im Ausschuß nach § 91 Abs. 4 SGB V zuzugestehen.



Damit würde diejenige Institution in die Entscheidungen eingebunden, deren Mitglieder für die Umsetzung der Beschlüsse nicht nur institutionell, sondern überwiegend auch persönlich die Verantwortung tragen.

In § 91 Abs. 7 SGB V ist vorgesehen, daß bei Beschlüssen zu § 137 und zu Richtlinien nach § 137c SGB V anstelle der 4 Vertreter der KBV und des 1 Vertreters der KZBV 5 weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft mitwirken. Dies ist sicher zu begrüßen. Wenn aber in § 137 Abs. 1 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuß neben der DKG auch unter Beteiligung der Bundesärztekammer und der Berufsorganisation der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten beschließt, dann ist es folgerichtig, auch unseren Verband, der für die Umsetzung dieser Maßnahmen sicher ebenso wie die Ärzte und Pflegenden verantwortlich ist, auch mit zu beteiligen. Daher fordern wir hier eine entsprechende Aufnahme unseres Verbandes.

4. Inkrafttreten

Nach dem Krankenhausentgeltgesetz ist für die Krankenhäuser zum 01.01.2004 der Einstieg in das DRG-System bindend. Der Verordnungsgeber wird mit der „Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (KFPV 2004)“ im Oktober die Voraussetzungen geschaffen haben, daß noch im laufenden Jahr die Budgetverhandlungen geführt werden können.

Im vorliegenden Gesetzentwurf sind eine Reihe von Bestimmungen, die in engem Zusammenhang mit der Budgetvereinbarung 2004 stehen. Das gilt insbesondere für die Regelungen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus (§ 116 b SGB V), die integrierte Versorgung (§ 140 a ff SGB V) sowie die Artikel 13 (Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes), Artikel 14 (Änderungen der Bundespflegesatzverordnung) sowie Artikel 15 (Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes).

Die vorgenannten Regelungen müssen am Tag der Verkündung in Kraft treten, damit die Pflegesatzparteien Rechtssicherheit hinsichtlich der Budgetvereinbarung 2004 haben.