

Ausschuß für Gesundheit und
Soziale Sicherung des
Deutschen Bundestages
- Sekretariat –
Platz der Republik 1

20. Juni 2003

11011 Berlin

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(32)
vom 20.06.03

15. Wahlperiode**

**Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG), Bundestagsdrucksache 15/1170 vom 16.06.2003**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der **Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)** bedankt sich für die Gelegenheit, zu dem Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen Stellung beziehen zu können.

Vor dem Hintergrund des sehr knappen Zeitrahmens erfolgt **keine detaillierte Stellungnahme zu allen einzelnen Paragraphen** des Gesetzentwurfes. Vielmehr beschränkt sich der VLK darauf, **zu wesentlichen Aspekten** des Entwurfes **grundsätzlich und auch im Detail** Stellung zu beziehen. Der VLK behält sich vor, eine ausführliche Stellungnahme zu allen aus seiner Sicht wesentlichen Aspekten des Gesetzentwurfes zu einem späteren Zeitpunkt nachzureichen.

1. Vorbemerkungen

Der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) **begrüßt** die durch den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen deutlich werdende Absicht, das **System** der Gesundheitsversorgung in Deutschland **zu stabilisieren** und **zu modernisieren**. Der VLK begrüßt auch die in diesem Zusammenhang bekräftigte Absicht, dabei die bewährten Grundprinzipien der **Solidarität**, des **Sachleistungsprinzips** und des **gleichen Leistungsanspruchs** für alle Versicherten **beizubehalten**.

Auch die mit dem Gesetzentwurf verfolgte Stoßrichtung, dies durch eine geänderte Steuerung der Versorgung, durch ein spürbares Abschmelzen des Leistungskataloges und durch eine Absicherung der Finanzgrundlagen zu erreichen, findet die Zustimmung des VLK.

Kennedydamm 55/Roßstrasse 166 – 40476 Düsseldorf – Telefon (0211) 4 54 99-0 – Telefax (0211) 45 18 34
Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G. Düsseldorf 0 001 123 114 (BLZ 300606 01)
Deutsche Bank Düsseldorf 7 434 855 (BLZ 300 700 10) – Postscheckkonto Karlsruhe 9 848-752 (BLZ 660 100 75)

Wenn aber durch den Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes der Grundstein zur Neuausrichtung des Gesundheitswesens in Deutschland gelegt werden soll, dann muss die Frage erlaubt sein, **warum nicht** auch wirklich dieser Weg zur Modernisierung nachhaltig beschritten wird. Beispielhaft sei hier nur die Frage aufgeworfen, warum im Zusammenhang mit den im Gesetzentwurf angedachten strukturellen Veränderungen im Bereich der fachärztlichen Versorgung nicht konsequenterweise die vollständige **Überwindung der sektoralen fachärztlichen Versorgungsschienen** angestrebt worden ist. Dies könnte bei entsprechender Realisierung und nach Ablauf einer notwendigen Übergangszeit zu erheblichen finanziellen Einspareffekten und zu positiven qualitativen und strukturellen Konsequenzen führen. Entsprechende Strukturvorschläge des VLK liegen vor und können bei Bedarf nachgereicht werden. Bei konsequenter Umsetzung, d.h. bei vollständiger Aufgabe sektoraler Versorgungsschienen wären z.B. dreiseitige Verträge (§ 115 b SGB V, Katalog hochspezialisierter Leistungen gem. § 116 b SGB V) überflüssig. Überdies wäre das gleichbedeutend mit dem Startschuss zu einem echten Qualitätswettbewerb.

Auch im Hinblick auf die **Sicherung der Finanzierungsgrundlagen** bleibt der Gesetzentwurf nach kurzem Weg in die richtige Richtung zu früh stehen: Die vorgesehenen Beträge zur Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der GKV für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 1 Mrd. € in 2004, 1,5 Mrd. € in 2005 und 2 Mrd. € im Jahre 2006 durch die Erhöhung des Tabaksteueraufkommens reichen keineswegs zum Ausgleich der von der GKV bislang finanzierten versicherungsfremden Leistungen, die derzeit mit etwa 3,2 Mrd. € zu Buche schlagen. Mut und Kreativität zur Umschichtung der Haushaltspositionen des Bundes sind erforderlich, um den eingeschlagenen richtigen Weg erfolgreich weiterzubegehen und die Ausgabenseite der GKV durch die Eliminierung aller nicht ursächlich zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsbekämpfung beitragenden Kosten zu sanieren. Mehr noch: Durch Entscheidungen der Politik in der Vergangenheit, die gesetzliche Krankenversicherung zugunsten anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates zu befrachten, wird die GKV derzeit jährlich mit etwa 6 Mrd. € belastet. Nach Einschätzung des VLK wäre es deshalb nur konsequent, im Zuge eines **wirklichen Reformgesetzes** auch diesen Missstand zu beseitigen, damit die akute Finanzierungsproblematik in der GKV von ihren wesentlichen Ursachen befreit wird.

Nach Einschätzung des VLK sind die **Versicherten durchaus bereit**, in angemessenem Umfang durch Eigenleistung und Selbstbeteiligung an den Kosten ihrer Gesundheitserhaltung zu partizipieren. Aber es muss ein nachvollziehbares, geschlossenes Konzept deutlich werden, das relativ gerecht die Belastungen verteilt, dessen Realisierung aber eine „Genesung auf Dauer“ garantiert.

Der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands begrüßt den durch den Gesetzentwurf eingeschlagenen Weg, **bedauert aber dessen unzureichende Modernisierungsin-tention**.

2. Anmerkungen zu den aus VLK-Sicht wesentlichen Aspekten des Gesetzentwurfes

2.1 Maßnahmen zur Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung und Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin

- Der VLK begrüßt die gemäß § 135 a Abs. 2 SGB V im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, auch für den Bereich der Vertragsärzte ein **einrichtungsinernes Qualitätsmanagement** einzuführen und weiterzuentwickeln. Insofern wird die bereits für den Bereich der stationären Versorgung geltende Verpflichtung zur Einführung eines Qualitätsmanagements, die sich als sinnvoll und zielführend erwiesen hat, auch auf den Bereich der ambulanten Versorgung ausgedehnt.

- Ebenso begrüßt der VLK die gemäß § 136 Abs. 1 SGB V vorgesehene Verpflichtung der **Kassenärztlichen Vereinigung, Maßnahmen zur Förderung der Qualität** der vertragsärztlichen Versorgung **durchzuführen**. Dies ist anstelle der bisher geltenden Verpflichtung der KVen zur Qualitätsprüfung der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen ein deutlicher Schritt nach vorne in Richtung zur flächendeckenden Steigerung der Qualität der Leistungserbringung auch im ambulanten Bereich, zumal gemäß § 136 Abs. 2 SGB V die Festlegung der verfahrenstechnischen Vorgaben für die Qualitätsprüfungen künftig bundeseinheitlich gestaltet werden soll.
- Gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V soll künftig auch die **Nachweispflicht erfolgter Fortbildung** der **im Krankenhaus tätigen Fachärzte** Bestandteil der im Rahmen der Selbstverwaltung zu vereinbarenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die zugelassenen Krankenhäuser werden. Diese vorgesehene Regelung korrespondiert mit der nach § 95 d SGB V vorgesehenen Verpflichtung des **Vertragsarztes zur fachlichen Fortbildung**.

Da die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 95 d Abs. 2 SGB V in internen Richtlinien Inhalt und zeitlichen Umfang der Fortbildung festlegen, die für den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung erforderlich ist, steht nach Einschätzung des VLK die Fortbildungsverpflichtung in § 95 d nicht im Widerspruch zur berufsrechtlichen Fortbildungsverpflichtung. Insofern macht – da die inhaltlich-fachliche Ausarbeitung der entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen innerärztlich geregelt wird, die vorgesehene Vorschrift, dass der Nachweis der Übereinstimmung des eigenen Kenntnisstandes der Fachärzte mit dem aktuellen medizinischen Wissen erbracht werden muss, **durchaus Sinn** und bedeutet neben einer steigenden **Qualitätssicherung** auch für den Patienten eine wachsende Behandlungssicherheit.

- Ein besonderes Kapitel im Zusammenhang mit der Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung ist das gemäß § 139 a SGB V vorgesehene **Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin**. Zu dem Aufgabenspektrum dieses Zentrums gehören unter anderem die Bereitstellung von Informationen für die Versicherten hinsichtlich von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ambulanten und stationären Versorgung und über die besten verfügbaren Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie, die Erstellung evidenzbasierter Leitlinien für ausgewählte Krankheiten, die Erstellung wissenschaftlicher Ausarbeitungen zu Fragen der Qualität der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen, die Abgabe von Empfehlungen an die Bundesausschüsse sowie die Abgabe von Empfehlungen an die Spitzenverbände der Krankenkassen über Referenzarzneimittel.

Zur Abarbeitung dieses Aufgabenspektrums richtet das Zentrum Arbeitsgruppen ein und kann wissenschaftliche Forschungsaufträge vergeben. Das Direktorium des Zentrums – dies sind der Wissenschaftliche Beirat und der Direktor sowie sein Stellvertreter - stellen die Aufgabendurchführung sicher. Ein Kuratorium aus 49 Mitgliedern berät das Zentrum bei der Erfüllung seiner Aufgaben.

Die durch die voraussichtlichen Arbeiten entstehenden Kosten werden durch Zuschüsse des Bundes nach Maßgabe des jeweiligen Haushaltsplan des Bundes ausgeglichen.

Hier drängt sich der Eindruck auf, dass mit diesem Zentrum eine Institution aufgebaut werden soll, die ein **Arbeitsprogramm** ableisten soll, das je nach Auslegung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Formulierungen **unendlich groß** ist, die diese Arbeit weitestgehend mit externem Sachverstand ableisten soll, die dazu von nahezu allen Institutionen, die im Gesundheitswesen in irgendeiner Form aktiv sind, beraten und „gesteuert“ wird und deren **Finanzierung letztlich auf vollkommen unsicheren Fü-**

Ben steht, da die Zuschüsse des Bundes als alleinige Einnahmequelle an den jeweiligen Haushaltsplan des Bundes gekoppelt sind. Dies bedeutet letztlich, dass eine Planungssicherheit für den Umfang und die Dauer der umfangreichen Arbeiten überhaupt nicht gegeben werden kann. Zudem erreicht das wohl maßgebliche Gremium des vorgesehenen Zentrums - das Kuratorium – mit 49 Mitgliedern eine Größenordnung, die erfahrungsgemäß jede **Arbeitsfähigkeit im Keim ersticken lässt**.

Der VLK sieht auch zumindest die **Gefahr großer Überschneidungen mit der Folge von Doppelarbeit** mit dem „Ausschuss Krankenhäuser“, dem „Koordinierungsausschuss“ und dem „Bundeskuratorium Qualitätssicherung“ (BQS), wenn nicht eine saubere Differenzierung der einzelnen Aufgabengebiete, der Zuständigkeiten und des hierarchischen Zusammenspiels der bereits auf diesem Gebiet bestehenden Institutionen mit dem vorgesehenen neuen Zentrum erfolgt.

Der VLK sieht in der angedachten Konfiguration und dem Nebeneinander von bestehenden Ausschüssen, Gremien der Selbstverwaltung und dem neuen Zentrum keine Verbesserung der Qualität der Versorgung, solange nicht sichergestellt ist, dass eine penible Arbeitsteilung, eine gesicherte Finanzierung und eine sich an fachlichen Notwendigkeiten und nicht am gesellschaftlichen Proporz orientierende Besetzung der Gremien dieses Zentrums erfolgt.

Hinsichtlich der vorgesehenen **Erstellung evidenzbasierter Leitlinien** für ausgewählte Krankheiten durch das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin ist **generell** darauf zu verweisen, dass nach Auffassung des VLK **Leitlinien mit definierten Unter- und Obergrenzen als Grundlage ärztlichen Handelns nicht geeignet sind**, da sie die ärztliche Freiheit einschränken, zu einer Entakadimisierung des ärztlichen Handelns führen und letztlich die Qualität ärztlichen Handelns in Abhängigkeit von der Qualität des einmal formulierten Textes einer Leitlinie bringen. Zudem bergen Leitlinien die **Gefahr**, als **verbindliche Richtlinien** interpretiert zu werden, die ein Unter- oder Überschreiten nicht, zumindest aber nur bei einer ausführlichen Begründung zulassen. Vielmehr **soll** nach Meinung des VLK **ärztliches Handeln** – soweit dies fachbezogen möglich ist – **auf Mindeststandards** basieren, die von den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelt, evaluiert, im Konsens verabschiedet und ständig fortgeschrieben werden. Diese Standards sind gleichzusetzen mit verbindlichen Mindestanforderungen, die vom Arzt nicht unterschritten, wohl aber überschritten werden dürfen.

Kritisch ist bei dem für das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin vorgesehenen Aufgabenspektrum auch zu hinterfragen, inwieweit die **Erstellung wissenschaftlicher Ausarbeitungen zu Fragen der Qualität** der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen sich von der Aufgabenstellung des Bundeskuratoriums Qualitätssicherung (BQS) unterscheidet, das nach Vorgabe des Verordnungsgebers von der Selbstverwaltung eingerichtet worden ist und das **bereits entsprechende Qualitätsberichte** zu einzelnen Diagnosen und Erkrankungen **vorgelegt** hat. Vor diesem Hintergrund muss eindeutig abgeklärt werden, wo auf diesem Gebiet noch Raum für eine entsprechende Aufgabenstellung des Deutschen Zentrums sein kann.

2.2 Veränderung bei den Versorgungsstrukturen

- **Gemäß § 95 Abs. 1 SGB V** nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und zugelassene **Gesundheitszentren** sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Gesundheitszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte tätig sind.

Nach der amtlichen Begründung hat diese neue Versorgungsform durch zugelassene Gesundheitszentren den Vorteil der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern, wodurch fachübergreifend oder leistungserbringerübergreifend die Versorgung aus „einer Hand“ möglich wird. Außerdem eröffnet die Neuregelung insbesondere jungen Ärzten die Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen.

Gesundheitszentren können sowohl im Bereich der haus-, augen- und frauenärztlichen Versorgung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Auch aufgrund von Einzelverträgen nach § 106 b SGB V können Gesundheitszentren andere fachärztliche Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen.

Der VLK sieht in dieser neuen Versorgungsform die Möglichkeit, **bestehende Versorgungslücken** im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung **flexibel und zeitnah schließen zu können**, da von den Trägern der Gesundheitszentren den jungen Ärzten das wirtschaftliche Risiko der Praxisgründung abgenommen wird, so dass damit eine hohe Schwelle der Niederlassungsverhinderung übersprungen werden kann. Voraussetzung ist allerdings, dass die **Krankenkassen oder deren Tochtergesellschaften von der Gründung von Gesundheitszentren ausgenommen sind**, weil ansonsten die Freiberuflichkeit niedergelassener Ärzte durch die künftigen Vertragsgestaltungsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und potentiellen Vertragsärzten nachhaltig bedroht wäre.

Der VLK ist hingegen der Auffassung, dass **Krankenhäuser als originäre Anbieter von Gesundheitsleistungen nicht von der Möglichkeit ausgeschlossen werden dürfen**, die Zulassung als Gesundheitszentrum zu erhalten. Gerade angesichts der Bemühungen, die kostenaufwendige doppelte Facharztschiene vollständig abzuschaffen, könnte die regelhafte Verzahnung von Gesundheitszentren und Krankenhausversorgung eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Alternative zur derzeitigen sektoralen Versorgung bieten. Der VLK plädiert deshalb dafür, **auch Krankenhäusern die Möglichkeit einzuräumen, als Gesundheitszentrum für vertragsärztliche Tätigkeit zugelassen zu werden**.

- Ein Novum verbirgt sich **in § 106 b, Abs. 1 SGB V** des vorgelegten Gesetzentwurfes. Nach dem vorgesehenen Verordnungstext haben die Krankenkassen zur Sicherstellung der bedarfsgerechten ambulanten und belegärztlichen fachärztlichen Versorgung mit Ausnahme der Versorgung mit Leistungen der Hausärzte, Frauenärzte und Augenärzte Verträge zu schließen. Diese Verträge können mit geeigneten Ärzten und Psychotherapeuten und Gesundheitszentren geschlossen werden.

Damit wird der **Sicherstellungsauftrag für den vertragsärztlichen Bereich der fachärztlichen** Versorgung auf die Krankenkassen übertragen. Gemäß 76 Abs. 1 SGB V können die Versicherten zusätzlich zu den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und den ermächtigten Ärzten auch unter den nach § 106 b an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, den Gesundheitszentren frei wählen. Damit soll verdeutlicht werden, dass auch nach der Teilübertragung des Sicherstellungsauftrages die **freie Arztwahl** für den Versicherten in unveränderter Form bestehen bleibt. Dies ist allerdings **nicht** der Fall:

Nach § 106 b Abs. 2 besteht ein Anspruch auf Vertragsabschluß nicht. Vielmehr schreiben die Krankenkassen unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien die Anforderung zur Abgabe eines Angebotes öffentlich aus. Da die Krankenkassen im Zweifel das Ausschreibungsergebnis, an dessen Ende ja der Vertragsabschluß nach §

106 b stehen wird, primär anhand ökonomischer Kriterien ermitteln, ist davon auszugehen, dass letztlich nicht alle zur Verfügung stehenden Fachärzte (und möglicherweise nicht die qualitativ besten) sondern die preiswertesten Fachärzte zur Erbringung fachärztlicher Leistungen im vertragsärztlichen Bereich vertraglich gebunden werden. **Die freie Arztwahl ist mithin nicht mehr gegeben.** Der Versicherte hat nicht mehr die Auswahl zwischen allen vorhandenen Fachärzten, sondern zwischen den Fachärzten, mit denen die Krankenkassen einen Vertrag zur fachärztlichen Leistungserbringung abgeschlossen haben. Dies muss nicht, kann aber durchaus eine qualitative Verschlechterung der Versorgungssituation darstellen.

- Die **Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung** ist nach den Regelungen des GMG mehrstufig vorgesehen:

Gemäß **§ 106 b Abs. 1 Ziffer 3** können Krankenkassen mit geeigneten Krankenhausärzten zur Sicherstellung der bedarfsgerechten ambulanten fachärztlichen Versorgung Verträge abschließen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt ist.

- In der zweiten Stufe können die Krankenkassen gemäß **§ 106 b Abs. 6** zur Schließung von Versorgungslücken bei Gefährdung der bedarfsgerechten ambulanten Versorgung Verträge mit zugelassenen Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung schließen.
- Eine dritte Möglichkeit, die Krankenhäuser an der ambulanten Behandlung zu beteiligen, besteht gemäß **§ 116 a SGB V** dann, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in bestimmten Planungsbereichen eine Unterversorgung festgestellt hat. Dann ist der Zulassungsausschuss verpflichtet, auf Antrag der Krankenhäuser diese zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Diese Ermächtigung gilt allerdings nur soweit und solange die Unterversorgung anhält.
- Auch im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme nach **§ 137 g** können die Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge nach **§ 106 b** über die ambulante ärztliche Behandlung abschließen, soweit die Anforderung an die Durchführung dieser strukturierten Behandlungsprogramme dies erfordern. Dies besagt **§ 116 b, Abs. 1 SGB V** im vorgesehenen Gesetzentwurf.

Da es sich bei der Mitbehandlungsmöglichkeit in der ambulanten Versorgung durch Krankenhausärzte gemäß **§ 106 b Abs. 1 Ziffer 3** um eine „**Kann**“-Bestimmung handelt, werden die Krankenkassen diese Möglichkeit **kaum ausschöpfen**. Ebenso verhält es sich mit der Einbeziehung zugelassener Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung gemäß **§ 106 b Abs. 6** bei der Gefährdung bedarfsgerechter ambulanter Versorgung zur Schließung von Versorgungslücken. Auch dies ist eine **Kann-Bestimmung**; außerdem ist als Vorbedingung erforderlich, dass die Feststellung der Gefährdung der bedarfsgerechten Versorgung nach den von den Spitzenverbänden der GKV aufgestellten Rahmenbedingungen erfolgen muss.

Auch die Einbeziehung von zugelassenen Krankenhäusern zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen gemäß **§ 116 a** ist **keine Selbstverständlichkeit**. Voraussetzung für die Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante vertragsärztliche Versorgung ist hier zunächst einmal die Feststellung der Unterversorgung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen; und zusätzlich ist dann die Einbeziehung des Krankenhauses in die vertragsärztliche Versorgung begrenzt auf den Zeitraum der Dauer der Unterversorgung.

Auch die nach § 116 b mögliche Einbeziehung der Krankenhäuser in ambulante Behandlungen ist zum einen vom **Goodwill** der Krankenkassen („Kann-Bestimmung“) **abhängig**, zum anderen müssen die Anforderungen an die Durchführung zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme die Einschaltung der Krankenhäuser in ambulante Behandlung notwendig machen.

Die vier vorgenannten **Möglichkeiten der Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung**, die in dem GMG-Entwurf vorgesehen sind, sind **bei realistischer Betrachtung** und Einschätzung der „Machtverhältnisse“ **äußerst gering**.

Überspitzt formuliert sind dies reine Alibi-Regelungen, die die Einbeziehung der Krankenhäuser in ambulante Tätigkeiten verdeutlichen aber nicht verwirklichen sollen.

- Mit **größeren Umsetzungschancen** behaftet ist die Bestimmung des § 116 b Abs. 2 SGB V: Nach dieser Regelung können die Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge nach § 106 b zur Teilnahme an der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen schließen. Der **Katalog** dieser **hochspezialisierten Leistungen** soll gemeinsam von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG vereinbart werden.

Dies beinhaltet zumindest mit größerer Wahrscheinlichkeit als die vorgenannten vier Aspekte die Möglichkeit der Einschaltung der Krankenhäuser. Allerdings wird der Grad der Einschaltung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung stark abhängig sein von der Ausprägung des Kataloges, den die Selbstverwaltung vereinbaren wird. Die Erfahrungen lassen befürchten, dass es hierbei vor dem Hintergrund angestrebter Besitzstandswahrungen nicht zu einer weitgehenden und den fachlich-technischen Möglichkeiten der Krankenhäuser entsprechenden Einbeziehung in die ambulante Versorgung kommen wird.

Der VLK bedauert dies sehr, da dieser „ängstliche“ kleine Schritt keineswegs die erhofften Modernisierungsaspekte bewirken wird und auch nicht zu mehr Effizienz und rationaler Nutzung der vorhandenen Ressourcen führen wird. Der VLK plädiert unter Verweis auf seine bereits erwähnten Strukturvorschläge (s.S.2) aus diesem Grunde für eine vollständige Abschaffung **der strengen sektoralen Versorgungsgrenzen unter Wahrung der Freiberuflichkeit**. Der VLK hält als **Zielvorstellung** eine **Gleichberechtigung der Facharztschienen im ambulanten und stationären Bereich** hinsichtlich ihrer **Einsatzmöglichkeit**, ihres **Tätigkeitsspektrums** und ihrer **Vergütung** für sinnvoll und **notwendig**. Diese Zielvorstellung beinhaltet konkret die Möglichkeit zur ambulanten fachärztlichen Versorgung durch Krankenhausärzte und gleichzeitig die Mitwirkungsmöglichkeit freiberuflicher Fachärzte bei der Versorgung im Krankenhaus unter Wahrung bewährter Verantwortungsstrukturen, Zielvorstellungen und „clinical pathways“ des Krankenhauses. Gleichzeitig erfordert diese Maßnahme eine Vergütung, die nicht sektoral differenziert gestaltet wird, sondern sich am Prinzip „Gleiches Entgelt für identische ärztliche Leistungen unabhängig vom Ort ihrer Erbringung“ orientiert.

2.3 Neugestaltung der Zuzahlungen sowie der Befreiungsregeln, beitrags- und versichertenrechtliche Veränderungen

Wie bereits in den Vorbemerkungen ausgeführt, ist der VLK der Auffassung, dass die Versicherten bereit sind, einen nennenswerten Beitrag in Form von Selbstbeteiligung oder Zuzahlung für ihre Gesundheitsversorgung zu leisten, sofern ein überzeugendes und nachvollziehbares Konzept deutlich wird, das eine relativ gerechte Behandlung aller Versicherten zu garantieren scheint und darüber hinaus vermuten lässt, dass mit der Realisierung dieses Kon-

zeptes das System der gesundheitlichen Versorgung über einen längerfristigen Zeitraum gesichert und keiner Änderungsnotwendigkeit unterliegend zu sein scheint.

Vor diesem Hintergrund sind die im GMG-Entwurf vorgesehenen „**Mehrbelastungen**“ der Versicherten durch den Wegfall der Kostenübernahme für Sterilisationsmaßnahmen (§ 24 b), Reduzierung des Leistungsanspruches auf Festzuschüsse für Zahnersatz und zahnärztliche Behandlung (§30), Erhöhung der Zuzahlung bei Packungsgrößen (§ 31,3), Wegfall des Leistungsanspruches auf Versorgung mit Sehhilfen (§ 33 Abs. 1), Ausschluß nicht verschreibungsfähiger Arzneimittel von der Versorgung (§ 34 Abs. 1), die Erhöhung der Zuzahlung für Krankenhausaufenthalt für 14 Tage im Jahr (§39 Abs. 4) sowie die Verschiebung der paritätischen Finanzierung zu Lasten des Versichertenanteils in Höhe des Finanzierungsanteils für die Krankengeldausgaben (§ 249 Abs. 1) **durchaus als hart aber tragbar anzusehen**, wenn faire Härteklauseln die mitunter doch erheblichen Einschnitte abfedern helfen.

Nach Auffassung des VLK ist hiervon jedoch die **in § 28 Abs. 4 SGB V** des GMG-Entwurfes vorgesehene Regelung der „**Eintrittsgebühr**“ in die Facharztpraxis ohne Überweisung auszunehmen: Nach dieser Regelung sollen Versicherte für jede Erstinanspruchnahme eines an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes, die nicht auf Überweisung erfolgt, 15 € je Kalendervierteljahr an den Arzt zahlen.

Nach der amtlichen Begründung ist es Ziel dieser Regelung, den Versicherten zu rationalem, systemgerechten Verhalten anzuhalten. Der Versicherte soll den Facharzt nicht direkt in Anspruch nehmen, sondern zunächst den Hausarzt aufsuchen, der zu entscheiden hat, ob und ggf. welche fachärztliche Weiterbehandlung medizinisch geboten ist.

Auch wenn entsprechend § 87 Abs. 2 a SGB V in Satz 3 vorgesehen wird, dass für die hausärztliche Versorgung von Versicherten im Rahmen von Hausarztssystemen **Vergütungspauschalen** vorzusehen sind, so wird nach Auffassung des VLK das Hausarztssystem dazu führen, dass anstelle von Kosteneinsparungen **Zusatzkosten entstehen**: Der Hausarzt muss den Versicherten, der ihn aufsucht, untersuchen. Er muss die Anamnese erstellen und zumindest eine Basisuntersuchung durchführen, bevor er auf der Basis dieser Befunde weiterführende diagnostische Maßnahmen durchführt oder bei komplexerem Krankheitsgeschehen den Patienten zum Facharzt überweist. Der Facharzt selbst muss trotz der primären Befundberichte aus medizinischer und rechtlicher Notwendigkeit eine erneute Befunderhebung und weiterführende Untersuchungen des Patienten durchführen, so dass hier zumindest überschneidende kostenpflichtige Doppelarbeiten geleistet werden müssen.

Diese **Doppelkosten wären vermeidbar**, wenn der Versicherte nicht gezwungen wäre, in jedem Fall primär den Hausarzt aufzusuchen. Mit einer derartigen Regelung wird im übrigen die Sinnhaftigkeit des nach § 139 a geplanten „Deutschen Zentrums“ hinsichtlich seiner vorgesehenen Aufgabe, dem mündigen Bürger bestmögliche Informationen zu Diagnostik und Therapie zu liefern, in Frage gestellt.

Das vorgesehene Hausarztssystem erzeugt zwangsläufig überflüssige Kosten, die sicherlich auch nicht annähernd durch die im Gegenzug zu entrichtenden 15€ der Praxisgebühren ausgeglichen werden können.

Hinzu kommt, dass auch die Vergütung des Hausarztes durch eine Pauschale aus Patientensicht nicht unbedingt eine zufriedenstellende Lösung ist, da eine derartige Pauschalregelung das Verwalten und nicht das Behandeln der Patienten fördert!

Die gemäß § 28 Abs. 4 GMG-Entwurf vorgesehene Eintrittsgebühr für den Facharztbesuch ohne Überweisung wird sich nach Einschätzung des VLK mithin als der falsche Weg erweisen.

Der VLK plädiert deshalb für eine **ersatzlose Streichung** dieser kostentreibenden Regelung.

2.4 Änderung bei der Arzneimittelversorgung

Der Verband der leitenden Krankenhausärzte begrüßt die im Gesetzentwurf vorgesehene Modernisierung der Vertriebsstrukturen und die Liberalisierung des Arzneimittelmarktes durch Zulassung von kontrolliertem Versandhandel auch mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Nach Einschätzung des VLK wird insbesondere die Maßnahme der Einschaltung von Versandapotheken positive Auswirkungen auf die Struktur der Apothekenabgabepreise an die Versicherten haben mit der Konsequenz, dass die GKV-Ausgaben für Arzneimittelversorgung künftig weniger schnell, im günstigsten Falle sogar absolut weniger, ansteigen werden.

Unabdingbar ist nach Einschätzung des VLK allerdings hierbei die Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit für den Patienten und eine vorausgegangene effektive Beratung durch den Arzt oder den Apotheker.

Der VLK regt darüber hinaus an, mit **Krankenhausapotheken** nicht nur für die Fälle Vereinbarungen über die Abgabepreise zu treffen, in denen die Krankenhausapotheke nach dem Apothekengesetz zur Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte in der ambulanten Versorgung berechtigt sind (§ 129 a SGB V). Vielmehr sollten Krankenhausapotheken **generell zur Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte** legitimiert sein. Dies hätte neben den unzweifelhaft eintretenden organisatorischen Vorteilen für die Versicherten auch erhebliche ökonomische Effekte, da für die Krankenhausapotheken die Vorschriften hinsichtlich der Abgabepreise nach dem Arzneimittelgesetz nicht gelten, sie also in der Preisgestaltung relativ frei sind.

2.5 Stärkung der Patientensouveränität

- Ein ganz entscheidender Fortschritt im Hinblick auf den Ausbau von Einflussmöglichkeiten der Patienten im Hinblick auf die **Qualität** und Fortschrittsangepasstheit der medizinischen Versorgung wird im GMG-Entwurf in § 135 SGB V erzielt: Dort ist vorgesehen, dass nunmehr auch der **Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten** beantragen kann, dass die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen Empfehlungen abgeben über beispielsweise die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens einer neuen Methode sowie deren medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis in der jeweiligen Therapierichtung.

Dies bedeutet, dass hinsichtlich der Einbeziehung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung **auch und offensichtlich nachdrücklich die Meinung der Patienten Eingang** finden wird. Damit scheint sichergestellt, dass die flächendeckende Anwendung neuer, erfolgversprechender und patientenfreundlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr lediglich aus ökonomischen Erwägungen heraus ausgeschlossen werden kann.

- Gleiches gilt auch für die **Arbeitsgemeinschaft zur Förderung** der Qualitätssicherung in der Medizin, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach den neuen Regelungen des

Gesetzentwurfes auch den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten hinzuziehen kann.

- Letztlich wird auch durch die nach § 139 b SGB V im Gesetzentwurf geplante Bereitstellung von Informationen für die Bürger über die Leistungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ambulanten und stationären Versorgung sowie über die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Diagnostik und Therapie in der Medizin ein wesentlicher Beitrag der Patientenrechte und der Patienteninformation durch das GMG geleistet. Allerdings bleibt hier **kritisch zu hinterfragen**, inwieweit gerade durch die Bereitstellung von Informationen über die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie in der Medizin nicht eine **Anspruchshaltung** bei den Versicherten **geschaffen wird**, die vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen und der Verpflichtung zur sparsamen Wirtschaftsführung **nicht immer erfüllt werden kann**. Zudem ist auch nicht auszuschließen, dass diese Informationen zur gezielten Steuerung des Leistungsspektrums missbraucht werden können.
- Die gem. § 291 a SGB V des GMG-Entwurfes vorgesehene Einführung der **elektronischen Gesundheitskarte** ab dem Jahre 2006 kann sicherlich entscheidend zur Verbesserung der Transparenz der medizinischen Behandlung beitragen, da die Gesundheitsdaten des Versicherten zum Zeitpunkt und am Ort der Behandlung verfügbar gemacht werden können. Gleichzeitig vermittelt diese Gesundheitskarte jederzeit einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand des Patienten, schafft damit Transparenz und fördert die Patientensouveränität.

Allerdings darf nicht übersehen werden, dass hier **sensible Informationen und Daten** gespeichert werden. Entsprechend **scharfe Sicherheitsvorkehrungen** müssen zum Zwecke der Missbrauchsverhinderung und für den Fall des Verlustes der Gesundheitskarte den Versicherten vor der Preisgabe seiner gesundheitlichen Daten gegenüber Dritten schützen.

- § 305 Abs. 2 SGB V sieht in der Fassung des GMG-Entwurfes vor, dass den Versicherten auf Verlangen schriftlich und spätestens 4 Wochen nach Ablauf des Quartals über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und vorläufigen Kosten ihrer Behandlung eine Unterrichtung in Form einer **Patientenquittung** zugeleitet wird. Hierfür ist eine Aufwandspauschale in Höhe von 1 € zzgl. Versandkosten zu entrichten. Diese Regelung betrifft die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen.

Nach Einschätzung des VLK ist auch diese **Regelung nur halbherzig**: Wenn mit der Patientenquittung beabsichtigt wird, dass die Versicherten aufgrund der ihnen vermittelten erhöhten Transparenz zu größerem Kostenbewusstsein angehalten werden, dann ist es falsch, dass nur diejenigen diese Patientenquittung erhalten, die danach verlangen. Die Versicherten, die dies tun, gehören ohnehin zu den kritischen Konsumenten, die sich die gewünschte Transparenz auch ohne die gesetzliche Vorschrift verschaffen würden.

Wichtig wäre hier, **allen Versicherten grundsätzlich** diese Information via **Patientenquittung** zuleiten zu lassen. Nur dann würde der gewünschte Effekt des verstärkten Kostenbewusstseins möglicherweise auch bei einem Teil derjenigen Versicherten eintreten, die nicht unbedingt zu den „kritischen Konsumenten“ gehören.

- In § 274 a ist – parallel zu den bei den Krankenkassen gem. § 197 a und den gem. § 81 a bei den Kassenärztlichen Vereinigungen einzurichtenden Korruptionsbekämpfungsstellen – die Einrichtung eines **Beauftragten** zur Bekämpfung von Korruption

im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorgesehen.

Aus der amtlichen Begründung wird ersichtlich, dass nach Auffassung des Verordnungsgebers weder die Krankenkassen noch die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Vergangenheit genügend ausreichende systematische Anstrengungen unternommen haben, um Missstände abzustellen oder strafbares Verhalten zu verfolgen. Nach Auffassung des Verordnungsgebers reicht es offensichtlich nicht aus, der Selbstverwaltung auf freiwilliger Basis die Regelung dieser juristisch sensiblen Fragestellung zu überlassen. Deshalb bedarf es offensichtlich nach Meinung der Verordnungsgebers einer unabhängigen Stelle, die sowohl die Selbstreinigungskräfte stärkt als auch eine externe Regulierung fördern soll.

Nach dem vorgesehenen Verordnungstext kann sich **jede Person an den Beauftragten** wenden. Dieser hat den Hinweisen nachzugehen, wenn sie aufgrund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände **glaubhaft** erscheinen. Hierbei kann er sich der Mithilfe der Behörden des Bundes zur Unterstützung bei seinen Aufgaben bedienen. Die Behörden sind nach den Vorstellungen des GMG-Entwurfes gegenüber dem Beauftragten zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen auskunftspflichtig, sogar hinsichtlich erforderlicher personenbezogener Daten.

Nach Auffassung des VLK **greift diese Regelung zu weit**: Sie kann im Endeffekt dazu führen, dass jemand einen Dritten gegenüber dem Beauftragten beschuldigen kann mit der Konsequenz, dass der Beauftragte diesen Hinweisen mit allen negativen Folgen für den Beschuldigten nachgehen muss, sofern die Hinweise glaubhaft erscheinen.

Dies ist nach Auffassung des VLK **nicht tragbar** und verleitet ganz sicher zu Denunziantentum. Dem an sich nachvollziehbaren und offensichtlich berechtigten Anliegen des Gesetzentwurfes wird damit nicht gedient, vielmehr würde mit der vorgesehenen Regelung eine gesetzliche Möglichkeit geschaffen, sich unliebsamer Persönlichkeiten durch gezielte Indiskretion und ggf. auch Falschmeldungen zu entledigen.

Der VLK plädiert deshalb für eine ersatzlose Streichung dieser Vorschrift oder zumindest für eine „**wasserdichte**“ **Absicherung der vorgesehenen Regelung** gegen willkürliche Falschmeldungen.

Soweit die Stellungnahme des VLK zu einzelnen thematischen Schwerpunkten des von den Fraktionen SPD und Bündnis 90/ Die Grünen vorgelegten Gesetzentwurfes zu einem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz.

Der VLK bittet darum, die vorstehenden Anregungen bei der weiteren Diskussion mit zu berücksichtigen.