

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(68)
vom 23.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme

des

Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)
Stand des Gesetzesentwurfs: 02.06.2003**

Erster Teil: Vorbemerkungen

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht aufgrund der demographischen und des medizinischen Entwicklung vor enormen Herausforderungen. Zudem behindert die starre sektorale Leistungserbringung die medizinischen Behandlungsabläufe und eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Eine solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung auf qualitativ hohem Niveau kann nur dann sichergestellt bleiben und weiterentwickelt werden, wenn ihre Effizienz gesteigert wird. Der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. (BDPK) setzt sich für die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ein. Voraussetzung dafür ist eine auf klare rechtliche Rahmenbedingungen gestützte wettbewerbliche Organisation des Gesundheitswesens, insbesondere ein Qualitätswettbewerb mit fairen Bedingungen und den notwendigen Handlungsfreiräumen, sowie mehr Transparenz.

Daher erkennt der BDPK die im Entwurf zum Ausdruck kommende Notwendigkeit, durch eine Modernisierung der Strukturen und die Neuordnung der Finanzen die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz der gesundheitlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung entscheidend zu verbessern und die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken, grundsätzlich an.

Nach Auffassung des BDPK ist eine generelle Strukturreform des Gesundheitswesens notwendig, denn rein kostendämpfende Maßnahmen haben bislang die Probleme der gesundheitlichen Versorgung nicht gelöst, sondern nur temporär Abhilfe geschaffen. Der BDPK begrüßt daher insbesondere die im Entwurf vorgesehenen Maßnahmen zum Abbau bürokratischer Hemmnisse und zur Flexibilisierung der zu starren Versorgungsstrukturen. Es wird jedoch entscheidend darauf ankommen, ob und wie diese strukturellen Veränderungen umgesetzt werden.

Nach dem aktuellen Stand regelt der Entwurf hauptsächlich den akutmedizinischen Versorgungsbereich. Aufgrund der Erfahrungen mit der Umsetzung des SGB IX und bei der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme spricht sich der BDPK nachdrücklich auch für eine Einbeziehung zentraler Fragen des Rehabilitationsbereiches in das GMG aus. Dies betrifft insbesondere die noch bestehenden unterschiedlichen Regelungen für die medizinische Rehabilitation im SGB V und im SGB IX – z.B. hinsichtlich der Ausgestaltung der Qualitätssicherung und der Versorgungsverträge –, die tatsächliche Einbeziehung der medizinischen Rehabilitation in die strukturierten Behandlungsprogramme sowie die Schaffung der Grundlagen für die Entwicklung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation.

Vom Grundsatz her begrüßt der BDPK die vorgesehene Neuregelung der Krankenhausplanung. Die geplanten Regelungen müssen jedoch insbesondere im Hinblick auf die Inhalte der Rahmenvorgaben nach § 109 a SGB V geändert werden. Gleichzeitig muss die duale Krankenhausfinanzierung auf ein monistisches Finanzierungssystem umgestellt und die bislang bestehende Wettbewerbsverzerrung durch eine Neuregelung der Finanzierung der Investitionskosten beseitigt werden.

Nach Auffassung des BDPK müssen im Hinblick auf eine bessere Versorgung der Versicherten die Regelungen der Telemedizin flexibler gestaltet und die Arzneimittelversorgung durch Krankenhausapotheken liberalisiert werden.

Die im Entwurf vorgesehenen Regelungen werden im folgenden geordnet nach Themenbereichen gewürdigt.

Zweiter Teil: Einzelne Themenbereiche

A. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

I. Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin

Nach den Gutachten des Sachverständigenrates bestehen im deutschen Gesundheitssystem Qualitätsdefizite. Daher begrüßt der BDPK grundsätzlich die geplante Errichtung eines fachlich unabhängigen Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin nach §§ 139 a ff SGB V, das die Fortentwicklung der medizinischen und pflegerischen Leistungen sichern und die kontinuierliche Einbeziehung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine qualitativ gesicherte Leistungserbringung gewährleisten soll. Hierzu soll das Zentrum für die Bewertung des medizinischen Nutzens und der Qualität sowie die Wirtschaftlichkeit der Leistungen u.a. umfangreiche Informationen zur Verfügung stellen und evidenzbasierte Leitlinien und pflegerische Standards für ausgewählte Krankheiten erstellen.

Nach Auffassung des BDPK ist für die Sicherung der Qualität der Leistungen zunächst Voraussetzung, dass die Leistungen hinsichtlich Gegenstand, Umfang und Ausführung konkretisiert und die Maßstäbe der Qualität für die eingesetzten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen definiert werden. Dieses ist jedoch nicht Aufgabe des Zentrums, sondern obliegt verschiedenen Institutionen. So bleiben die Bundesausschüsse nach § 91 Abs. 1 SGB V, der Ausschuss Krankenhaus nach § 137 c Abs. 2 SGB V und der Koordinierungsausschuss nach § 137 e SGB V mit unveränderten Aufgabenbereichen bestehen.

Während § 139 c SGB V die Zusammenarbeit des Zentrums mit den Bundesausschüssen und dem Ausschuss Krankenhaus regelt, fehlt eine Regelung für die Zusammenarbeit mit dem Koordinierungsausschuss. Weiterhin fehlen Regelungen über die Zusammenarbeit mit Institutionen in anderen Versorgungsbereichen, z.B. die BAR. Nach Auffassung des BDPK kann das Zentrum nur dann notwendige einheitliche Standards entwickeln und die Qualität sichern, wenn die bestehenden Parallelstrukturen aufgelöst oder die Zusammenarbeit mit diesen Strukturen verbindlich geregelt wird. Dies gilt insbesondere für die Weiterentwicklung der Rehabilitation in Bezug auf die notwendigen Beschreibungen von Leistungen und Qualitätsstandards auf der Grundlage des SGB IX und der ICF. Nur so lässt sich das Ziel, Bürokratie abzubauen, erreichen.

- Der BDPK weist nachdrücklich darauf hin, dass das Zentrum nach seiner Struktur und Aufgabenstellung nicht nur für die Akutversorgung eingerichtet werden darf. Es muss sektorübergreifend alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung erfassen.
- Der BDPK spricht sich im Hinblick auf die rechtliche Ausgestaltung grundsätzlich für eine Selbstverwaltungslösung aus. Allerdings sind entsprechende Ersatzvornahmemöglichkeiten durch das BMGS vorzusehen.
- Nach der zur Zeit in § 139 a Abs. 1 Satz 2 SGB V vorgesehenen Lösung sollen die maßgeblichen Institutionen und Verbände des Gesundheitswesens als Mitglieder eines Kuratoriums (§ 139 h SGB V) bei der Aufgabenerfüllung des Zentrums mitwirken. Sollte es bei der vorgesehenen rechtlichen

Ausgestaltung des Zentrums bleiben, fordert der BDPK als maßgeblicher Verband des Gesundheitswesens nachdrücklich Sitz und Stimme in diesem Kuratorium.

II. Qualitätssicherung im Bereich medizinische Rehabilitation

Durch die Einführung des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass die medizinische Rehabilitation eine eigenständige Säule des bundesdeutschen Sozialwesens ist.

§ 20 Abs. 1 SGB IX verpflichtet alle Rehabilitationsträger dazu, gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen zu vereinbaren. Dass diese Verpflichtung bislang nicht umgesetzt wurde, liegt u.a. daran, dass mit § 137 d SGB V für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ein gleicher Regelungsbereich im speziellen Leistungsrecht fortbesteht und die Auslegung des § 7 SGB IX nicht einheitlich ist. Zudem sind nach § 137 d SGB V andere Regelungen möglich als sie in den gemeinsamen Empfehlungen nach § 20 SGB IX vereinbart werden können. Es ist darauf hinzuweisen, dass § 13 Abs. 3 SGB IX nur Rahmenempfehlungen erfasst, die Vereinbarung nach § 137 d SGB V also nicht für die Ausgestaltung der gemeinsamen Empfehlungen nach § 20 SGB IX berücksichtigt werden muss.

Nach Auffassung des BDPK muss sichergestellt werden, dass die Qualitätssicherung im SGB V und im SGB IX einheitlich geregelt ist. Daher muss in § 137 d SGB V ein Verweis auf § 20 SGB IX aufgenommen werden, und § 20 SGB IX muss die gleichen Anforderungen regeln wie § 137 d SGB V.

B. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Der BDPK begrüßt, dass die Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung modernisiert und veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden und so mehr Freiheiten und Flexibilität ermöglichen.

I. Flexibilisierung des Vertragsrechts in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

Der BDPK begrüßt die geplante Liberalisierung des Vertragsrechts durch die in § 75 Abs. 1 SGB V vorgesehene Aufteilung des Sicherstellungsauftrages im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Die in § 106 b SGB V vorgesehene Möglichkeit, neben Kollektivverträgen auch Einzelverträge abzuschließen, stärkt den Wettbewerb und erhöht die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Die Krankenkassen erhalten damit – wie in der Begründung zum Gesetzentwurf ausgeführt – ein grundsätzlich aus Sicht des BDPK notwendiges Instrumentarium, zielgenau die notwendigen Leistungen für ihre Versicherten zu einem angemessenen Preis in Anspruch zu nehmen. Dabei muss die Qualität und nicht der Preis ausschlaggebend sein, es geht um Qualitäts-, nicht um Preiswettbewerb. Um jedoch tatsächlich die festgestellten Qualitätsmängel und die Probleme der Unter-, Über- und Fehlversorgung zu lösen, muss die Mengensteuerung am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet und qualitätsgesteuert sein. Darüber hinaus müssen die Auswahlkriterien transparent sein.

Nach der Begründung zum Entwurf wird der Inhalt der Verträge soweit wie möglich der Ausgestaltung durch die Vertragspartner überlassen, da nur so ein qualitätsorientierter Wettbewerb entstehen könne. Ein „qualitätsorientierter Wettbewerb“ dürfe nicht zu einer Leistungserbringung auf „Dumpingniveau“ führen, so die Begründung weiter. In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass nach § 106 b Abs. 3 Satz 2 SGB V bei der Regelung der Vergütung die Amtlichen Gebührenordnungen nicht gelten. Daher müssen nach Auffassung des BDPK die nach § 106 b Abs. 5 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich festzulegenden Rahmenbedingungen für die Sicherstellung und Durchführung der Versorgung konkret und transparent sein. Der BDPK regt an, hier ein Anhörungsrecht der maßgeblichen Verbände der betroffenen Leistungserbringer auf Bundesebene einzuführen.

Weiterhin muss sichergestellt werden, dass neben der in § 106 b Abs. 2 Satz 2 SGB V geregelten Abschlussfreiheit der Leistungserbringer faire Bedingungen bei den entsprechenden Verhandlungen gelten und eine Monopolbildung ausgeschlossen ist.

II. Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante vertragsärztliche Versorgung

Nach Auffassung des BDPK sind die Krankenhäuser für die akutmedizinische Versorgung der Versicherten die Kompetenzzentren. Daher begrüßt der BDPK, dass über die bereits im Gesetz geregelten Möglichkeiten (§§ 115 a, 115 b, 116 SGB V) der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung hinaus, eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante vertragsärztliche Versorgung vorgesehen ist.

Mit den vorgesehenen Regelungen in

- § 106 b Abs. 6 Satz 2 SGB IX: Einzelverträge mit zugelassenen Krankenhäusern zur Schließung von Versorgungslücken im Facharztbereich,
- § 116 a SGB V: Pflicht zur Ermächtigung der Krankenhäuser bei einer Unterversorgung im Vertragsarztbereich,
- § 116 b Abs. 1 SGB V: Einzelverträge zur Erbringung fachärztlicher Leistungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme

und

- § 116 b Abs. 2 SGB V: Einzelverträge zur Erbringung ambulant durchführbarer hochspezialisierter fachärztlicher Leistungen

können Versorgungslücken in strukturschwachen Regionen geschlossen und die Versorgung der Versicherten sichergestellt werden. Zudem werden dadurch die Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Versorgung im Interesse der Patienten verbessert.

Nach Auffassung des BDPK muss der in § 116 b Abs. 2 SGB V vorgesehene Katalog ambulant durchführbarer hochspezialisierter Leistungen kurzfristig vereinbart und von den Selbstverwaltungspartnern stetig überprüft und weiterentwickelt werden. Der BDPK regt an, eine Fristsetzung in das Gesetz aufzunehmen und bereits jetzt eine Ersatzvornahmemöglichkeit durch das BMGS vorzusehen.

Der BDPK begrüßt weiterhin die in § 115 a Abs. 2 SGB V vorgesehene Verlängerung der gesetzlichen Frist für die nachstationäre Behandlung im Krankenhaus auf einen Monat und den Wegfall der bisherigen Begrenzung auf 7 Behandlungstage.

III. Integrierte Versorgung

Die sektorale Leistungserbringung behindert die medizinischen Behandlungsabläufe und eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Sie wird zudem auch den Patientenbedürfnissen nicht gerecht. Die starren sektoralen Grenzen müssen überwunden und die Leistungsbereiche vernetzt werden. Durch das Zusammenwirken aller Leistungserbringer aufgrund eines effizienten Schnittstellenmanagements muss ermöglicht werden, dass der Patient zum richtigen Zeitpunkt die medizinisch notwendige Behandlung in der dafür am besten geeigneten Einrichtung erhält.

Daher begrüßt der BDPK die vorgesehenen Neuregelungen für die integrierte Versorgung gemäß §§ 140 a ff SGB V, insbesondere die Klarstellung, dass autonome Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrages nach § 75 Abs. 1 SGB V geschlossen werden können und die Versorgung auf einzelvertraglicher Grundlage und nicht im Rahmen eines kollektivvertraglich vereinbarten Normsystems durchgeführt werden kann. Insgesamt werden durch die Neuregelungen bislang bestehende Hemmnisse abgebaut.

Zu begrüßen ist auch, dass die in § 140 a Abs. 1 SGB V vorgesehene Information der Versicherten künftig durch die Krankenkassen erfolgen soll und dass nach § 140 b Abs. 4 SGB V der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht für Verträge gelten soll, die bis zum 31.12.2006 abgeschlossen werden. Hierin sieht der BDPK wirksame Anreize zum Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung.

Nach § 140 b Abs. 4 SGB V können Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung auch außerhalb vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers erbracht werden. Dieses kann zwar grundsätzlich zu einer Verbesserung der Versorgung führen, Voraussetzung ist jedoch, dass unbedingt die im jeweiligen Versorgungssektor bestehenden Anforderungen an die Qualitätssicherung und das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement beachtet werden.

Bedenken bestehen aus Sicht des BDPK gegen die in § 140 b Abs. 2 SGB V vorgesehene Möglichkeit, dass Krankenkassen unselbständige Eigeneinrichtungen zur Durchführung einer integrierten Versorgung gründen können. Zum einen könnten Wettbewerbsverzerrungen die Folge sein. Zum anderen könnten unnötige Doppelstrukturen aufgebaut werden. Nach Auffassung des BDPK müssen zunächst bereits bestehende Versorgungsstrukturen genutzt werden.

Da der bisherige § 140 g SGB V gestrichen werden soll, entfällt künftig die Möglichkeit der Krankenkasse, aus den erzielten Einsparungen einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer und zur Förderung der Versorgungsform zu verwenden. Auch wenn zunächst bei der Einführung der Versorgungsform nicht mit Einsparungen zu rechnen ist, sollte die Regelung grundsätzlich als Anreiz für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung bestehen bleiben.

IV. Einbeziehung der medizinischen Rehabilitation

Durch die Einführung des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass die medizinische Rehabilitation eine eigenständige Säule des bundesdeutschen Sozialwesens ist.

Nach Auffassung des BDPK sollte deshalb der Entwurf um folgende Regelungen ergänzt werden, damit die medizinische Rehabilitation nach den Vorgaben des SGB IX weiterentwickelt werden kann:

1. Öffnung der Rehabilitationskliniken für die ambulante vertragsärztliche Versorgung

Der BDPK begrüßt, dass im Entwurf in § 119 a SGB V eine Öffnung der Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen vorgesehen wird. Nach Auffassung des BDPK müssen sich jedoch die Rehabilitationskliniken generell an der ambulanten fachärztlichen Versorgung beteiligen können, da gerade in den neuen Bundesländern eine hohe Dichte von Rehabilitationskliniken mit hervorragender personeller und apparativer Ausstattung vorhanden ist und so ein Beitrag zur Lösung der Versorgungsengpässe geleistet werden kann. Dieses kann insbesondere im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen erfolgen, da hierdurch die Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Versorgung im Interesse der Patienten verbessert wird.

2. Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V

Nach den bisherigen Erfahrungen bei der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme ist festzustellen, dass die medizinische Rehabilitation entgegen der Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion nicht in ausreichender Weise in die strukturierten Behandlungsprogramme einbezogen wird.

Nach Auffassung des BDPK wird sich die Versorgung chronisch Kranker nicht verbessern, solange die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage des SGB IX und der ICF nicht fester Bestandteil der Programme ist. Dabei liegt die Kompetenz und die best verfügbare Evidenz für die Behandlung chronisch Kranker in erster Linie bei den Rehabilitationseinrichtungen.

Nach Ansicht des BDPK muss daher in § 137 f SGB V klargestellt werden, dass die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage des SGB IX und der ICF zwingender Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme ist, um die Versorgung chronisch Kranker auch hinsichtlich der spezifischen Ziele der Rehabilitation nach den §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX über die engere Krankenversorgung hinaus entscheidend zu verbessern.

Da der Koordinierungsausschuss nach § 137 e SGB V unverändert fortbestehen soll, fordert der BDPK als maßgeblicher Spitzenverband der Leistungserbringer im Rehabilitationsbereich Sitz und Stimme im Koordinierungsausschuss.

3. Vereinheitlichung SGB V und SGB IX

Nach Auffassung des BDPK besteht die dringende Notwendigkeit, das SGB V und das SGB IX im Hinblick auf die Ausgestaltung und Inhalte der Versorgungsverträge zu vereinheitlichen und eine Grundlage zu schaffen, auf der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach einheitlichen und verbindlichen Vorgaben erbracht werden.

Zur Zeit regelt das SGB IX in § 21 die Verträge mit Leistungserbringern und gibt in Absatz 1 Regelungen über die Vertragsinhalte vor. Daneben findet nach § 7 SGB IX der § 111 SGB V mit gleichem Regelungsbereich als spezielles Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenkassen Anwendung.

Die vom Gesetzgeber gewollte Vereinheitlichung der Leistungserbringung im Bereich der medizinischen Rehabilitation kann nur umgesetzt werden, wenn für die Erbringung der Leistungen § 21 SGB IX als zentrale, einheitliche und verbindliche Vorschrift für die Versorgungsverträge ausgestaltet wird.

Dabei muss die in § 21 Abs. 2 SGB IX vorgesehene Möglichkeit zur Vereinbarung von Rahmenverträgen als verbindliche Regelung ausgestaltet werden, und es muss klargestellt werden, dass die Vereinbarungspartner die maßgeblichen Spitzenverbände der Leistungserbringer auf Bundesebene sind.

Diese Ausführungen gelten auch für die Rahmenvereinbarungen nach § 111 b SGB V, denn das SGB IX verpflichtet alle Rehabilitationsträger u.a. dazu, in gemeinsamen Empfehlungen zu vereinbaren, wie die im Einzelfall erforderlichen Leistungen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) und in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftige Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX). Der BDPK fordert in diesem Zusammenhang, dass das bisher in § 13 Abs. 6 SGB IX vorgesehene Anhörungsrecht der Verbände der Leistungserbringer als tatsächlich partnerschaftliches Beteiligungsrecht ausgestaltet wird.

C. Verbesserung der Arzneimittelversorgung

I. Zulassung der Krankenhausapotheken zum Versandhandel

Durch die Neuregelungen in § 43 Abs. 1 Satz 1 Arzneimittelgesetz und § 11 a Apothekengesetz wird der Versandhandel auch für deutsche Apotheken zugänglich. Die vorgesehenen Änderungen schränken den Versandhandel jedoch auf öffentliche Apotheken ein. Da dieses eine Ungleichbehandlung der Krankenhausapotheken bedeutet, fordert der BDPK auch eine Öffnung der Krankenhausapotheken für den Versandhandel.

II. Öffnung der Krankenhausapotheken für die ambulante Versorgung

Die Versorgung mit Arzneimitteln durch Krankenhausapotheken wird zwar in § 14 Abs. 4 Satz 3 Apothekengesetz den neuen Regelungen des SGB V über die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen angepasst, es bleibt aber bei der Regelung, dass Krankenhausapotheken im Rahmen der ambulanten Behandlung nur

Arzneimittel an Patienten abgeben dürfen, die der Patient in den Räumen des Krankenhauses anwendet. Eine Abgabe von Arzneimitteln, die der Patient zu Hause einnimmt, ist nach wie vor ausgeschlossen.

Diese Einschränkung des Versorgungsauftrages wird mit einer Wettbewerbsverzerrung zu Gunsten der Krankenhausapotheken begründet, wobei davon ausgegangen wird, dass Krankenhausapotheken lediglich aus einer Querfinanzierung aus dem Krankenhausbereich betrieben werden. Da diese Begründung aus Sicht der privaten Krankenhausträger nicht zutrifft und ein echter Wettbewerb nur entstehen kann, wenn kein Leistungserbringer generell vom Markt ferngehalten wird, fordert der BDPK, dass die Krankenhäuser ihre Patienten im Rahmen der Öffnung für die ambulante Behandlung ohne Einschränkung mit Arzneimitteln versorgen können. Zudem muss es Betreibern mehrerer Krankenhäuser im Interesse der Wirtschaftlichkeit möglich sein, Arzneimittel zentral einzukaufen und auf die angeschlossenen Häuser zu verteilen.

III. Fehlende Regelung

Im Hinblick auf die Öffnung der Rehabilitationseinrichtungen für die ambulante Behandlung fehlt im Entwurf eine Regelung der Arzneimittelversorgung.

D. Neuordnung der Finanzen

Mit der Neuregelung in § 221 SGB V wird der gesetzlichen Krankenversicherung das Aufkommen aus der Erhöhung der Tabaksteuer als pauschale Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen vom Bund zur Verfügung gestellt. Anders als in den Vorentwürfen werden die versicherungsfremden Leistungen nicht mehr verbindlich aufgezählt.

Ungeregelt bleibt, welche Leistungen als versicherungsfremd einzustufen sind und wer festlegt, welche Leistungen versicherungsfremd sind, da die in Absatz 3 vorgesehene Rechtsverordnung lediglich „Näheres über die Abrechnung und Verteilung“ bestimmen soll. Nach Auffassung des BDPK ist hier eine eindeutige Regelung durch den Gesetzgeber notwendig.

E. Neuausgestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten

1. Befreiungsmöglichkeit für chronisch Kranke

Für chronisch Kranke entfällt die bisher in § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorgesehene komplette Befreiung von Zuzahlungen. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass chronisch Kranke und behinderte Menschen im Verhältnis zu anderen Menschen durch die chronische Erkrankung bzw. die Behinderung mit erheblich höheren Lebenshaltungskosten belastet sind.

Daher sollte es nach Ansicht des BDPK bzgl. der wegen der chronischen Erkrankung bzw. Behinderung benötigten Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln bei der jetzigen Regelung verbleiben. Hinsichtlich der nicht durch die chronische Erkrankung bzw. Behinderung verursachten Arznei- und Verbandmittel ist die vorgesehene Neuregelung anzuwenden.

2. Zuzahlung Mutter/Vater-Kind Maßnahmen

Die in § 39 Abs. 4 SGB V geregelte Zuzahlung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung soll von 9 auf 12 Euro je Kalendertag angehoben werden.

Da in den §§ 24 Abs. 3, 41 Abs. 3 SGB V auf § 39 Abs. 4 SGB V verwiesen wird, würde damit auch die Zuzahlung für Mutter/Vater-Kind Maßnahmen angehoben.

Der Gesetzgeber hat erst im vergangenen Jahr mit dem Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter die besondere Bedeutung dieser Versorgungsart betont. Zudem würden durch die vorgesehene Anhebung der Zuzahlung insbesondere sozialschwache Versicherte betroffen. Daher regt der BDPK dringend an, die Zuzahlungen in diesem Bereich nicht zu erhöhen und in den §§ 24 Abs. 3, 41 Abs. 3 SGB V statt auf § 39 Abs. 4 SGB V auf § 40 Abs. 5 SGB V zu verweisen.

F. Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung

Die staatliche Krankenhausplanung darf nach Auffassung des BDPK keine Bettenplanung sein und muss sich künftig auf eine Rahmenplanung beschränken. Staatlich zu planen sind im Hinblick auf den Sicherstellungsauftrag ausschließlich entsprechend des in den Regionen bestehenden Bedarfs die Leistungen in den einzelnen Indikationen (z.B. Operationen). Die Ausgestaltung der konkreten Behandlungsstrukturen erfolgt dann im Rahmen von Versorgungsverträgen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern, wobei eine Genehmigungspflicht für die Länder nur für die Kündigung des Versorgungsvertrages vorzusehen ist. Im Rahmen dieser Planung und auf der Grundlage des Versorgungsvertrages müssen die einzelnen Leistungsmengen durch separate Verträge zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern frei vereinbar sein.

Daher begrüßt der BDPK grundsätzlich, dass Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag ab dem 01.01.2007 nach § 108 Nr. 1 SGB V zum Regelfall werden sollen und die Bedeutung der Aufnahme in den Krankenhausplan hinter dem Abschluss eines Versorgungsvertrages zurück bleiben soll. Diese Regelung berücksichtigt grundsätzlich, dass mit der Einführung des G-DRG-Systems der Planungsfaktor Bett in den Hintergrund tritt. Der BDPK begrüßt auch, dass sich die Rahmenvorgaben nach § 109 a SGB V am tatsächlichen medizinischen Bedarf zu orientieren haben und dass neben den Landeskrankenhausgesellschaften weitere Vereinigungen der Krankenhausträger im Land zu den zu beschließenden Rahmenvorgaben anzuhören sind.

Nach Auffassung des BDPK bestehen jedoch gegen die vorgesehene Ausgestaltung folgende Bedenken:

- Die neuen Regelungen für die Versorgungsverträge treten neben die herkömmliche Krankenhausplanung und beschreiben den Versorgungsbedarf für die gesetzliche Krankenversicherung. Dabei verbleibt es bei der Letztentscheidungskompetenz der Länder bei den Rahmenvorgaben nach § 109 a SGB V, dem Abschluss und der Kündigung der Versorgungsverträge. Daher bleibt abzuwarten, ob die Neuregelungen tatsächlich den Gestaltungsrahmen der Krankenkassen erweitern.

- Nach § 109 Abs. 1 SGB V gelten Krankenhäuser, die am 01.01.2007 in einen Krankenhausplan aufgenommen sind als durch Versorgungsvertrag zugelassen. Diese Frist ist nach Auffassung des BDPK zu lang und verfestigt die bestehenden Strukturen.
- In § 109 Abs. 2 SGB V ist als neues Zulassungskriterium das Erfordernis der Gewähr für eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung geregelt. Dieses setzt eine Prognose voraus, dass der Bewerber um einen Versorgungsvertrag nach seiner Zulassung die für alle bereits zugelassenen Krankenhäuser vereinbarten Maßnahmen der Qualitätssicherung umsetzen wird. Diese Regelung lehnt der BDPK ab. Zum einen bestehen im Hinblick auf die Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG gegen die Prognoseabhängigkeit der Zulassung erhebliche Bedenken. Zum anderen kann eine objektive und transparente Regelung in den Vorschriften zur Qualitätssicherung erfolgen. Weiterhin sind bereits für die Nichteinhaltung der Qualitätsstandards Vergütungsabschläge geregelt.
- Die jeweilige Wirkung der in den §§ 109 Abs. 3, 110 Abs. 2 SGB V zugelassenen Klagen vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit muss bzgl. der aufschiebenden Wirkung geregelt werden.
- Die Rahmenvorgaben nach § 109 a SGB V beinhalten insbesondere Festlegungen zu den notwendigen Leistungsbedarfen und Mindestmengen bei Leistungen, die bezogen auf die Fallgruppen des Entgeltsystems nach § 17 b KHG darzustellen sind.
Nach Auffassung des BDPK muss bei den Festlegungen zu den notwendigen Leistungsbedarfen berücksichtigt werden, dass der tatsächlich zu versorgende Bedarf nur retrospektiv ermittelt werden kann. Es besteht auch die Gefahr, dass die Planung von Leistungen (z.B. Fallpauschalen) zu einem enormen Aufwand führen kann, ohne dass gegenwärtig ersichtlich ist, dass dieser Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zum Ergebnis stünde. Im geltenden Recht werden zudem unterschiedliche Leistungsbegriffe verwendet. Daher müsste konkret geregelt werden, welcher Leistungsbegriff Grundlage für die Planung sein soll.

Es müsste eine Regelung für die ggf. nicht im G-DRG-System abbildbaren Leistungen sowie für die grundsätzlich aus dem G-DRG-System herausgenommenen Leistungen aufgenommen werden.

Die Festlegung von Mindestmengen bei Leistungen wird in § 109 a SGB V unter dem Krankenhausplanungsaspekt geregelt. Dabei ist der Begriff „Mindestmenge“ im Sinne von § 137 Abs. 1 Satz 1 Br. 3 SGB V grundsätzlich kein planungsrechtlicher Begriff, sondern ein Aspekt der Qualität. Der BDPK begrüßt zwar grundsätzlich die Vorgabe von Mindestmengen bei Leistungen als Voraussetzung für die Zulassung, da die Leistungsmenge Einfluss auf die Qualität hat und es ansonsten zur Zeit keine Qualitätsmaßstäbe gibt, die herangezogen werden könnten. Der BDPK weist jedoch darauf hin, dass die medizinische Qualität abhängig ist von der Qualifikation der behandelnden Ärzte. Zudem müssen weitere Aspekte wie Unterschiede im Alter der Patienten, Operationsmethoden, Ressourceneinsatz und die

sektorenübergreifende Behandlungskette berücksichtigt werden. Nach Auffassung des BDPK muss zudem eine Verbindung zwischen den Rahmenvorgaben nach § 109 a SGB V und den Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V hergestellt werden.

Im Zusammenhang mit der Änderung der Zulassungsvorschriften für Krankenhäuser spricht sich der BDPK nochmals nachdrücklich für die Einführung einer **monistischen Krankenhausfinanzierung** aus. Die bestehende krankenhaushausindividuelle duale Krankenhausfinanzierung führt im Hinblick auf die unterschiedliche Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser zu enormen Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der nicht geförderten Krankenhäuser und steht dem Grundsatz „Geld folgt der Leistung“ entgegen. Die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser muss für alle zugelassenen Krankenhäuser einheitlich geregelt werden. Planungsgegenstand und damit Grundlage für die Finanzierung der Investitionskosten der zugelassenen Krankenhäuser muss die Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung im Rahmen eines fairen Wettbewerbs der zugelassenen Krankenhäuser sein. Wenn die §§ 108 ff SGB V geändert werden, muss auch das KHG geändert werden, denn § 6 Abs. 1 Satz 1 KHG sieht unverändert vor, dass die Krankenhäuser nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung haben, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind. § 9 Abs. 3 Satz 2 KHG hält weiterhin an den in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten fest.

Nach Auffassung des BDPK führt auch die **Subventionierung öffentlicher Krankenhäuser** durch eine Defizitfinanzierung aus öffentlichen Mitteln zu einer nicht sachgerechten Besserstellung dieser Krankenhäuser und zu einer Beeinträchtigung des Wettbewerbs zu Lasten der anderen zugelassenen Krankenhäuser. Eine notwendige Strukturreform, die eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung im Rahmen eines fairen Wettbewerbs der zugelassenen Krankenhäuser zum Ziel hat, ist daher nur möglich, wenn die staatliche Defizitfinanzierung Zug um Zug abgebaut wird.

G. Klassifikationssystem und Preissystem für die medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation als eigenständige Säule des bundesdeutschen Sozialwesens ist der wesentliche Leistungsbereich ohne ein eigenes gesetzlich geregeltes Instrumentarium zur Preisfindung.

Nach Auffassung des BDPK ergibt sich die Notwendigkeit eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation insbesondere aus der Einführung des G-DRG-Systems im Krankenhausbereich, denn dieses birgt die Gefahr der Leistungs- und Kostenverlagerung in den Rehabilitationsbereich ohne eine entsprechende Vergütung in sich. Eine solche Entwicklung träfe vor allem die chronisch Kranken, da für deren Behandlung bei nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen noch weniger Mittel eingesetzt werden könnten. Es ist sicherzustellen, dass innerhalb der Behandlungskette an jeder Stelle die notwendige Leistung bedarfsgerecht erbracht wird.

Die mit der Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines Klassifikationssystems verbundene Definition der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsversorgung verhindert nicht nur die Verlagerung von Kosten für akutmedizinische Leistungen in andere Leistungsbereiche, sondern ermöglicht auch, die Kosten in der Gesamtbehandlungskette leistungsgerecht zuzuordnen und fördert somit eine sektorübergreifende Versorgung der Versicherten.

Um dieses zu erreichen, fordert der BDPK die Entwicklung und die Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines eigenen Klassifikationssystems, das nicht an Diagnosen, sondern an den Richtlinien der WHO zu Impairments (Schädigungen), Disabilities (Fähigkeitsstörungen) und Handicaps (Beeinträchtigungen) orientiert ist.

Da die Entwicklung eines solchen Preissystems Zeit in Anspruch nimmt, fordert der BDPK für die Übergangszeit, dass in § 21 SGB IX eine verbindliche Regelung aufgenommen wird, die sicherstellt, dass eine angemessene Vergütung den bedarfsgerecht, geeigneten und qualifiziert erbrachten Leistungen folgt und dass diese Leistungen tatsächlich nur in geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Die Umsetzung dieser Regelung muss in einem Bundesrahmenvertrag nach § 21 Abs. 2 SGB IX erfolgen, der mit den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren ist.

H. Telematik

Die derzeit geltende Röntgenverordnung sieht in § 3 Abs. 4 lediglich die grundsätzliche Möglichkeit zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung zur Teleradiologie im Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst vor. Von diesem Grundsatz abweichend kann dann eine Genehmigung, über den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst hinaus teleradiologische Anwendungen zu betreiben, erteilt werden, wenn neben den allgemeinen Voraussetzungen ein Bedürfnis im Hinblick auf die Patientenversorgung besteht.

Dies ist nach Ansicht des BDPK eine viel zu enge und im Hinblick auf die Entwicklungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und die Verbesserung der Versorgung der Versicherten unbefriedigende Regelung, die zudem auch sachlich nicht überzeugend ist. Zudem bleibt es den Gewerbeaufsichtsämtern als zuständige Behörden überlassen, den unbestimmten Rechtsbegriff „Bedürfnis“ zu überprüfen und die Behörde hat selbst bei Bestehen eines solchen Bedürfnisses durch die „Kann-Regelung“ der Genehmigungserteilung noch einen Ermessensspielraum. Daher fordert der BDPK eine Novellierung der Röntgenverordnung dahin gehend, dass das Betreiben von teleradiologischen Einrichtungen zeitlich unbefristet ermöglicht wird.