



**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(79)
vom 24.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme

des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V.

**zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grü-
nen**

**„Entwurf eines Gesetzes
zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Stand 16. Juni 2003

Übersicht

I. Grundsätzliche Vorbemerkungen zur Weiterentwicklung und Modernisierung des Gesundheitssystems	1
II. Zum Gesetzentwurf als Ganzem	2
III. Stellungnahme zu krankenhausrelevanten Regelungen des Gesetzentwurfs	2
1. Gesamteindruck und Desiderate	3
1.1 Krankenhausbereich nicht im Fokus des Gesetzentwurfs	3
1.2 Desiderate: Regelung der Krankenhausfinanzierung ab 2007 Umsetzung der Rechtsprechung des EuGH zur Bewertung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit Stopp und Kompensation der verfassungswidrigen Auszehrung der Substanz freige-meinnütziger Träger	3
2. Krankenhausplanung <i>Art. 1, Nr. 57 ff, Änderung von § 109 ff SGB V</i>	4
2.1 Zulassung zur Versorgung durch die Planungsbehörde – auf Grundlage von Qualitäts-wettbewerb und Nachfrage durch die Patienten	4
2.2 Gewährleistung der Trägervielfalt und der Wahlfreiheit der Patienten	5
2.3 Abschied vom Bett als Planungsgrundlage	5
2.4 Sicherstellung der künftigen Krankenhausfinanzierung	5
2.5 Standortplanung unter Berücksichtigung von Bürger-/Patienteninteressen	5
2.6 Krankenhausplanung und Wettbewerbskontrolle	6
3. Anpassung der Struktur der Gerichtsverfassung der Sozialgerichtsbarkeit im Sektor SGB V und SGB XI <i>Art. 1, Nr. 57 u. 59, SGB V § 109 Abs. 3 Satz 4 u. 5, § 110 Abs. 2 Satz 4</i>	7
4. Freie Wahl des Krankenhauses durch die Versicherten <i>Änderung von § 39 Abs. 2 SGB V</i>	8
5. Flexibilisierung der ambulanten Versorgung und Teilnahme der Krankenhäuser an der am- bulanten Versorgung 9 <i>Art. 1, SGB V: Nr. 47, § 95, Nr. 55, § 106b, Nr. 63, § 115a, Nr. 66, §§ 116a – b</i>	9
5.1 Gesundheitszentren	9
5.2 Verstärkte Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung	9
5.3 Erweiterung der Möglichkeiten nachstationärer Behandlung	9
5.4 Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen	10
5.5 Ausgleich von Versorgungsdefiziten	10

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

5.6	Teilnahme an strukturierten Behandlungsformen im Rahmen integrierter Versorgungsformen	10
6.	Weiterentwicklung integrierter Versorgungsstrukturen <i>Art. 1, Nr. 93 ff, §§ 140a ff</i>	11
6.1	Erleichterung und Förderung der integrierten Versorgung	11
6.2	Sicherstellung einer nahtlosen Versorgung durch Einrichtung von speziellen Kurzzeitbehandlungs- und Pflegeeinrichtungen <i><u>Einführung eines neuen § 39b SGB V</u></i>	11
7.	Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin <i>Art. 1, Nr. 91, §§ 139a – I, i. V. m. § 35 b Abs. 1</i>	13
7.1	Grundsätzliche Anfragen	13
7.2	Anforderungen an Leitlinien und fachliche Standards im Blick auf die Gewährleistung einer patientengerechten Behandlung und Pflege	13
7.3	Berücksichtigung der Kirchen bzw. von Caritas und Diakonie im Kuratorium <i>zu § 139 h SGB V, Kuratorium</i>	14

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

I. Grundsätzliche Vorbemerkungen zur Weiterentwicklung und Modernisierung des Gesundheitssystems

In der Perspektive der Weiterentwicklung und Modernisierung des deutschen Gesundheitssystems kommt aus Sicht des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes **entscheidende Bedeutung einem allgemeinen Mentalitäts- und Bewusstseinswandel** zu: Die Selbstverständlichkeit, mit der die Entstehung von Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen bisher von den Einzelnen und der Gesellschaft hingegenommen und toleriert und anschließend das Gesundheitssystem zur Wiederherstellung und Abhilfe in Anspruch genommen wird, muss durch ein deutlich gesundheitsbewussteres und gesundheitsfördernderes Verhalten und entsprechende Prozesse und Verfahren abgelöst werden. **Präventive Ziele müssen einen deutlich höheren Stellenwert neben den bisher dominierenden kurativen Zielen im Gesundheitssystem erhalten.**

Unter dieser Voraussetzung ist das deutsche Gesundheitssystem mit dem Ziel weiter zu entwickeln, dass die Bürgerinnen und Bürger bei Bedarf alle notwendigen Leistungen und Hilfen erhalten bzw. in Anspruch nehmen können, die zur Bewahrung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit oder, wenn das nur noch in eingeschränktem Maße oder gar nicht möglich ist, zu einem Leben in Selbstbestimmung und Würde mit Krankheit, gesundheitlicher Einschränkung und Behinderung erforderlich sind.

Von entscheidender Bedeutung für die künftige Finanzierung des Gesundheitssystems und seiner Leistungen wird sein, wie das Verhältnis von Eigenverantwortung und gesellschaftlicher Solidarität künftig bestimmt wird und welches Verständnis sowohl von Eigenverantwortung wie von Solidarität dabei zu Grunde gelegt wird. Im Blick auf die Würde, Verantwortung, Selbstbestimmung und Mündigkeit des einzelnen Menschen und unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips wird dabei zuerst gelten müssen: Soviel Eigenverantwortung wie möglich. Im Blick auf die Sozialität und Mit-Menschlichkeit des einzelnen Menschen, seine Angewiesenheit und Bezo-genheit auf andere, auf Gemeinschaft, Kommunikation und Unterstützung, wird zugleich gelten müssen: Soviel Solidarität wie möglich.

Die Wahrnehmung von Eigenverantwortung ist die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Solidarität. Das heißt zuerst, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, um Leistungen des Gesundheitssystem nicht unnötig in Anspruch nehmen zu müssen. Das heißt weiterhin, Leistungen, wenn sie denn benötigt werden, verantwortlich und nur im notwendigen Maße in Anspruch zu nehmen. Das heißt schließ-

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

lich, die Kosten für die Inanspruchnahme dieser Leistungen bis zu einem zumutbaren Maße selbst zu tragen. Darüber hinaus tritt dann die Solidargemeinschaft ein.

Die Finanzierung der Leistungen und Hilfen des Gesundheitssystems soll weiterhin solidarisch erfolgen, indem die Einzelnen nach dem Maß ihrer wirtschaftlichen Leistungskraft und Belastbarkeit einen Beitrag dazu leisten. Dieser Beitrag setzt sich aus dem persönlichen Solidarbeitrag und den persönlich direkt übernommenen Kostenanteilen zusammen. – Auch die besonders Leistungsfähigen, die die Kosten der Absicherung ihres Krankheitsrisikos selbst tragen können, sind in geeigneter und angemessener Weise in die Solidargemeinschaft einzubeziehen. – Im Blick auf die Bestimmung der Leistungen und Hilfen, deren Inanspruchnahme und Finanzierung ganz in die Verantwortung der Einzelnen gestellt ist sowie im Blick auf die Festlegung des zumutbaren Maßes, in dem die Einzelnen an den Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen und Hilfen beteiligt werden, ist immer wieder neu ein an ethischen und sozialen Kriterien orientierter gesellschaftlicher Konsens herzustellen.

Angesichts knapper Ressourcen ist eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Leistungen und der Effizienz der Leistungserbringung unabwendbare Verpflichtung. Unnötige und unwirksame Leistungen müssen identifiziert und vermieden werden. Kostenträger, Leistungserbringer bzw. Einrichtungen im Gesundheitswesen, Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten müssen in jeweils geeigneter Weise zur Qualitätssteigerung beitragen .

Qualität ist nicht billig, sie ist aber ihren Preis wert. Qualitativ hochwertige und bessere Leistungen sind keineswegs mit Leistungen gleichzusetzen, deren Erbringung zunächst weniger Kosten verursacht. Vielfach wirken sie sich längerfristig kostensenkend aus, weil sie den Gesundheitszustand der behandelten Patientinnen und Patienten oder deren Fähigkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bzw. zur selbstbestimmten Lebensgestaltung nachhaltig verbessern.

Qualität muss sich an den Patientinnen und Patienten und ihrem speziellen und konkreten Bedarf an Behandlung, Betreuung und Zuwendung orientieren. Diese müssen in ihrer individuellen Besonderheit, in ihrer konkreten Lebenslage, unter Berücksichtigung ihres persönlichen Wertehorizontes und ihrer religiösen sowie kulturellen Prägung und Orientierung gerecht werden.

Qualität benötigt entsprechend förderliche Arbeits- und Rahmenbedingungen. Qualitativ hochwertige und verbesserte Leistungen können nur unter Bedingungen erbracht werden, die den Mitarbeitenden Gelegenheit geben, sich entsprechend

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

ihren Kompetenzen, Fähigkeiten und Erfahrungen motiviert, kreativ und engagiert einzubringen. Dazu bedarf es entsprechender betrieblicher Arbeitsbedingungen und rechtlicher Rahmenvorgaben, einer ausreichenden Personalausstattung, leistungs- bezogener und leistungs- sowie qualitätsfördernder Vergütungen, schließlich einer Kultur der Anerkennung und Wertschätzung und nicht des Misstrauens und dadurch begründeter Kontrolle.

Die erforderliche Qualitäts- und Effizienzsteigerung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass **die anhaltende Krise des Systems wesentlich durch die Erosion der Finanzierungsgrundlagen des Systems verursacht ist**. Qualitäts- und Effizienzsteigerungen allein vermögen die dadurch bedingte Verknappung der zur Finanzierung verfügbaren Mittel nicht mehr zu kompensieren.

Die bisherige Aufbringung der zur solidarischen Finanzierung der Leistungen des Gesundheitssystems erforderlichen Mittel aus arbeitentgelt- und rentenbezogenen Beiträgen erweist sich angesichts der demografischen Entwicklung, der Entwicklung des Arbeitsmarktes bzw. der Kosten für den Faktor Arbeit sowie der Verlagerung der gesellschaftlichen und individuellen Wertschöpfung auf andere Einkunftsarten als **nicht mehr ausreichend, nicht zukunftssicher und nicht mehr solidarisch**.

II. Zum Gesetzentwurf als Ganzem

Der vorgelegte Gesetzentwurf zur Modernisierung des Gesundheitssystems belegt, dass die oben genannten Grundprobleme des Systems erkannt sind und angegangen werden sollen. Ob oder wie weit die im Einzelnen vorgeschlagenen Maßnahmen und Schritte dabei zielführend sind, ist aktuell heftig umstritten und bedarf angesichts unterschiedlicher Lösungsvorschläge des weiteren gesellschaftlichen Diskurses.

Was eine Gesamtbeurteilung des Gesetzentwurfs aus diakonischer Perspektive betrifft, verweisen wir auf die Stellungnahme des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland.

III. Stellungnahme zu krankenhaushausrelevanten Regelungen des Gesetzentwurfs

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

Wir beschränken uns im Folgenden auf eine erste Stellungnahme zu einzelnen krankenhausrelevanten Regelungen und Aspekten des Gesetzentwurfs und verweisen im Übrigen auf die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

1. Gesamteindruck und Desiderate

1.1 Krankenhausbereich nicht im Fokus des Gesetzentwurfs

Anders als in den ebenfalls und immer wieder neu am Ziel einer Reform unseres Gesundheitssystems ausgerichteten Gesetzgebungsprojekten der letzten Jahre steht der Krankenhausbereich ersichtlich nicht im Zentrum des Regelungs- und Umgestaltungsinteresses. Hier sind mit der Gesetzgebung zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach DRG-Fallpauschalen in den vergangenen Jahren bereits entscheidende Weichenstellungen zur Modernisierung und Umstrukturierung erfolgt.

1.2 Desiderate:

Regelung der Krankenhausfinanzierung ab 2007

Die mit der Einführung des neuen Vergütungssystems bereits eingeleiteten tiefgreifenden Veränderungsprozesse werden vorausgesetzt. Leider werden wesentliche in diesem Zusammenhang offene Fragen nicht aufgegriffen, auch wenn teilweise Regelungen ins Auge gefasst werden, die entsprechende Klärungen und Festlegungen voraussetzen, etwa im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung. Als dringend klärungs- und regelungsbedürftige Sachverhalte seien an dieser Stelle die Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung ab 2007 genannt.

Umsetzung der Rechtsprechung des EuGH zur Bewertung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit

Unabhängig davon besteht dringender aktueller Handlungsbedarf im Blick auf die Krankenhausfinanzierung. Eine arbeitszeitrechtskonforme Gestaltung des ärztlichen und pflegerischen Dienstes erfordert bereits heute mehr Mittel, als auf Grundlage der gemäß den Vorgaben der Einhaltung der Beitragssatzstabilität fortzuschreibenden Budgets der letzten Jahre zur Verfügung gestellt werden dürfen. Diese Problematik wird sich in Folge der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zur Bewertung von Bereitschaftsdiensten als Arbeitszeit, deren verpflichtende Umsetzung angesichts der bereits festgestellten Revisionsbedürftigkeit des deutschen Arbeitszeitrechts absehbar ist, massiv verschärfen. Wie soll der daraus resultierende ärztliche und pflegerische Personalmehrbedarfs in den Krankenhäusern finanziert werden?

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

**Stopp und Kompensation der verfassungswidrigen Auszehrung der Substanz
freigemeinnütziger Träger**

Schließlich weisen wir darauf hin, dass die finanzierungsrechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen unverändert fortbestehen, die freigemeinnützige Krankenhäuser systematisch benachteiligt haben. Die Träger mussten, um ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen und ihre Betriebs- und Investitionskosten zu finanzieren, beständig Eigenkapital einsetzen. Für kirchliche Träger kommt das einer verfassungswidrigen Enteignung gleich. Nicht auskömmliche Veränderungsraten, dahinter noch zurück bleibende reale Budgetsteigerungsraten, nicht refinanzierte tarifbedingte Personalkostensteigerungen, unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer, das Wegbrechen von Einnahmen aus Wahlleistungen, zunehmend notwendige Vorfinanzierungen aufgrund wachsender Außenstände bei den Krankenkassen sind vom Gesetzgeber und den staatlichen Organen teilweise selbst veranlasst, bisher aber tatenlos hingenommen worden. Erforderlich ist deshalb die umgehende Abkehr von der bisherigen Politik und Praxis der Budgetierung, die Ermöglichung der Vereinbarung auskömmlicher Gesamtbudgets als Basis für die ab 2005 zu vereinbarenden Erlösbudgets und eine gerechte Kompensation als Ausgleich für das eingesetzte Eigenkapital

2. Krankenhausplanung

Art. 1, Nr. 57 ff, Änderung von § 109 ff SGB V

2.1 Zulassung zur Versorgung durch die Planungsbehörde – auf Grundlage von Qualitätswettbewerb und Nachfrage durch die Patienten

Der DEKV lehnt eine Neuverteilung der Verantwortung für die Krankenhausplanung im Sinne der vorgesehenen Schwächung der Kompetenzen der Planungsbehörde zu Gunsten der Krankenkassen ab. Voraussetzung für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Versorgung muss auch künftig die Zulassung zur Versorgung durch die zuständige Landesbehörde sein. Dabei verbietet sich aus grundsätzlichen, verfassungsrechtlichen wie wettbewerbsrechtlichen Gründen, dem Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen Vorrang vor der Zulassung zur Versorgung durch die zuständige staatliche Instanz zu geben, auch wenn diese den Abschluss, die Änderung und die Verweigerung des Abschlusses von Versorgungsverträgen beanstanden und gegebenenfalls an Stelle der Krankenkassen Versorgungsverträge abschließen können soll.

Der DEKV sieht in den Krankenkassen keine demokratisch legitimierte, den Interessen aller Bürgerinnen und Bürger verpflichtete Institutionen, denen die Wahrnehmung der staatlichen Verpflichtung zur Sicherstellung der Daseinsvorsorge im Blick auf Gesundheitsleistungen übertragen werden darf. Die in anderem Zusammenhang politisch gewollte Verpflichtung der Krankenkassen zu mehr Wettbewerb im Interesse ihrer jeweiligen Versicherten steht dem vollends entgegen. Als miteinander im Wettbewerb stehende Unternehmen sind Krankenkassen nur den Interessen ihrer jeweiligen Versicherten verpflichtet und an niedrigen Beitragssätzen interessiert.

Der DEKV befürwortet durchaus den Abschluss spezieller Verträge zwischen Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern, um ihren Versicherten qualitativ hochwertige Leistungen zu günstigen Bedingungen zur Verfügung stellen zu können.

Gegenüber Krankenhäusern haben Krankenkassen ein Nachfragemonopol, wenn sie einheitlich und gemeinsam auftreten, stellen sie ein Nachfragekartell dar. Es ist wettbewerbsrechtlich nicht hinnehmbar und mit dem Grundrecht der freien Berufsausübung unvereinbar, wenn sie Krankenhäuser durch die Verweigerung des Abschlusses von Versorgungsverträgen von der Teilnahme am Wettbewerb um die beste Versorgung ausschließen dürften.

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

Für die Zulassung zur Versorgung muss deshalb weiterhin und ausschließlich die jeweilige Landesbehörde zuständig sein. Krankenhäuser werden sich dieser durch nachgewiesene hohe Qualität ihrer Leistungen und eine entsprechende Inanspruchnahme durch die Bürgerinnen und Bürger immer wieder neu zur Zulassung zur Versorgung empfehlen müssen.

Zu erwägen wäre, ob in diesem Zusammenhang unter dem Gesichtspunkt der Stärkung der Patientenrechte nicht Vertreter der Patientinnen und Patienten sowie insbesondere der Menschen mit Behinderungen ein Anhörungsrecht erhalten sollten.

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

2.2 Gewährleistung der Trägervielfalt und der Wahlfreiheit der Patienten

Die Krankenkassen sind insbesondere auch nicht in der Lage und nicht legitimiert, die Vielfalt der Krankenhausträger zu gewährleisten. Höchstens staatliche Organe können aus übergeordneten Gründen des Allgemeininteresses diese Vielfalt z. B. durch die Verweigerung der Zulassung zur Versorgung einschränken. Ansonsten sind es auch in dieser Hinsicht die Bürgerinnen und Bürger selbst, die über die weitere Teilnahme von Krankenhäusern an der Versorgung entscheiden, indem sie diese als Patientinnen und Patienten in Anspruch nehmen oder nicht.

2.3 Abschied vom Bett als Planungsgrundlage

Für eine Änderung der Krankenhausplanung dergestalt, dass das Bett als Planungsgrundlage durch Leistungsmengen und Fallzahlen abgelöst wird, sprechen nach Auffassung des DEKV gute Gründe. Entsprechende Vereinbarungen von Versorgungsaufträgen auf dieser Grundlage sollten aber weiterhin zwischen der Planungsbehörde, den Krankenkassen und den Krankenhausträgern abgeschlossen werden. Diese Vereinbarungen können durchaus als Rahmenvereinbarungen ausgestaltet werden, die allerdings besondere Vereinbarungen zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Krankenhäusern nicht ausschließen dürfen.

2.4 Sicherstellung der künftigen Krankenhausfinanzierung

Die Krankenhausplanung ist untrennbar mit der Krankenhausfinanzierung verbunden. Diesbezüglich müssen zunächst langfristig verlässliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, ehe neue Planungsgrundsätze greifen können.

2.5 Standortplanung unter Berücksichtigung von Bürger-/Patienteninteressen

Die Planungsbehörde muss nach Auffassung des DEKV auch in Zukunft über Krankenhausstandorte entscheiden, um z. B. eine flächendeckende und zugleich wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten. Was als wohnortnah gelten darf, müssen die Bürgerinnen und Bürger in Kenntnis der damit verbundenen Kosten entscheiden. Dabei sind für die Sicherstellung der Grundversorgung andere Maßstäbe anzulegen als für die Versorgung mit speziellen Leistungen, die zukünftig wesentlich stärker als bisher aus Gründen der Qualität und der Wirtschaftlichkeit schwerpunktmäßig in einer kleineren Anzahl größerer Behandlungszentren erbracht werden.

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

Da in diesem Zusammenhang die Interessen der Bürgerinnen und Bürger massiv tangiert sind, macht hier die Einbeziehung von Vertretern der Patientinnen und Patienten, der Menschen mit Behinderungen und anderer besonders betroffener Gruppen Sinn.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die künftigen Versorgungsstrukturen durch die Krankenhausplanung zwar legitimiert, koordiniert und organisiert, kaum aber initiiert werden können. Die Krankenhausplanung wird vielmehr in starkem Maße auf sich abzeichnende Entwicklungen nur reagieren können. Der politisch gewollte und ökonomisch unausweichliche Abbau von Kapazitäten im Krankenhausbereich wird – nicht zuletzt als Folge der Gesetzgebung der letzten Jahre – vermutlich vor allem dadurch realisiert werden, dass Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen aus dem Wettbewerb ausscheiden, freiwillig oder gezwungenermaßen.

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

2.6 Krankenhausplanung und Wettbewerbskontrolle

Um in diesem Zusammenhang ungewollten Monopolbildungen und Zentralisierungen vorzubeugen und auch in Zukunft eine flächendeckende – und in diesem Rahmen auch wohnortnahe – umfassende, dazu durch Trägervielfalt gekennzeichnete Versorgung zu gewährleisten, sind rechtzeitig Instrumente zu entwickeln, welche die Entwicklung und den Wettbewerb in diese Richtung zu steuern gestatten.

Um Wettbewerb und davon abhängig auch die Wahlfreiheit der Versicherten auch in Zukunft zu ermöglichen, ist dafür Sorge zu tragen, dass einzelne Krankenhausträger keine wettbewerbsrechtlich nicht akzeptable marktbeherrschende Stellung einnehmen oder gewinnen. Die entsprechende Prüfung muss den Besonderheiten des Gesundheitssystems Rechnung tragen und im regionalen, nicht im nationalen Rahmen erfolgen. Es bedarf geeigneter Regelungen, dass nicht national oder international tätige, durchaus nicht nur auf den Betrieb von Krankenhäusern beschränkte Unternehmen regional andere Krankenhäuser verdrängen, weil sie strategische Preise für ihre Leistungen anbieten können, die sie konzernintern durch Erträge aus anderen Bereichen subventionieren können.

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

3. Anpassung der Struktur der Gerichtsverfassung der Sozialgerichtsbarkeit im Sektor SGB V und SGB XI

Art. 1, Nr. 57 u. 59, SGB V § 109 Abs. 3 Satz 4 u. 5, § 110 Abs. 2 Satz 4

Unbeschadet der oben begründeten Ablehnung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Übertragung krankenhauplanerischer Kompetenz und Gestaltungsmacht von den Gebietskörperschaften der öffentlichen Hand an die Krankenkassen ist darauf hinzuweisen, dass für den Fall einer entsprechenden Stärkung und Bevollmächtigung der Krankenkassen und gleichzeitiger Zuweisung in diesem Zusammenhang resultierender Rechtsstreitigkeiten zu den Sozialgerichten Anpassungen der Gerichtsverfassung der Sozialgerichtsbarkeit unbedingt erforderlich sind.

Die im Gesetzentwurf des GMG beabsichtigte Machtverschiebung von Seiten der flächendeckenden gebietskörperschaftlichen öffentlichen Hand hin zu den Sozialleistungsträgern als Teilorganisationen mit öffentlich rechtlicher Macht ist begleitet durch einen parallelen – wenig bedachten – Sog in die Sozialgerichtsbarkeit. Damit wird eine Tendenz fortgesetzt, die bereits im Zuge der Entwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes auch kartellrechtliche Streitigkeiten der Kranken- und Pflegeversicherung in die Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit verwiesen hat (§ 51 Abs. 2 SGG, BGBl. 2002 I, S. 2144).

Jedoch wäre nach unserer Auffassung die strukturelle Gerechtigkeit in Existenzfragen von Krankenhäusern gegen Krankenkassen nicht erfüllt. – Die strukturelle Gerechtigkeit bei der Besetzung der Richterbank Erster Instanz ist i. Ü. auch im Sektor der Pflege (SGB XI) nicht gegeben. –

Krankenkassen sind marktbeherrschende Unternehmen im Sinne von Art. 86 Abs. 2 des EG-Vertrages. Allerdings gelten die Ausnahmenvorschriften durch die deutsche öffentlich-rechtliche Gesetzgebung, die den Kassen die Einkaufsmacht verleiht und die Zuständigkeit der Sozialgerichte begründet. Dennoch ist das Kartellrecht im Sektor der Sozialgerichtsbarkeit nicht ausgesetzt. Diese ist vielmehr verpflichtet „zu prüfen, ob die Auswirkungen des Handelns der Institutionen der GKV im Verhältnis zu den Leistungserbringern materiell kartellrechtswidrig sind“ (BSG, 28.06.2000, B 6 KA 26/99 R, S. 14).

Vom gesamten jährlichen Bruttosozialprodukt von 1,5 Billionen € entfällt ein Anteil von ungefähr 200 Milliarden € auf den von den Kranken- und Pflegekassen bestimmten Sektor SGB V und SGB XI. Angesichts dieser Relationen ist eine strukturelle Gleichgewichtigkeit zwischen Kassen und Leistungserbringern auf der Richterbank der Ersten Instanz der Sozialgerichte unbedingt erforderlich, wie man sie gemäß §

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

12 Abs. 3 SGG z. B. für Angelegenheiten des Vertragsarztrechtes vorgesehen hat. In den entsprechenden Kammern wirken je ein ehrenamtlicher Richter aus den Kreisen der Krankenkassen und der Vertragsärzte, –zahnärzte und Psychotherapeuten mit. Eine entsprechende Lösung wäre erst recht auch für Streitigkeiten in Vertragsfragen von so massiver wirtschaftlicher und existentieller Bedeutung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, wie sie im Entwurf des GMG antizipiert werden, vorzusehen. Anderenfalls würde das Vertrauen der unmittelbar im Krankenhausbereich betroffenen Menschen und der Gesellschaft insgesamt schwer Schaden nehmen.

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

4. Freie Wahl des Krankenhauses durch die Versicherten

Änderung von § 39 Abs. 2 SGB V

Versicherte haben nach § 39 i. V. mit § 12 SGB V ein Recht auf Krankenhausbehandlung, aber nur eingeschränkte Möglichkeiten, das Krankenhaus frei zu wählen. Das gilt nicht zuletzt im Falle des Transports durch einen Rettungsdienst in ein Krankenhaus. Probleme ergeben sich immer wieder auch in Regionen, in denen Bundesländer aneinander grenzen.

Die Stärkung der Patientenrechte wird konterkariert, das gewollte und wachsende Qualitätsbewusstsein der Bürgerinnen und Bürger wird missachtet, der Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser wird unnötig begrenzt, wenn das Recht auf freie Wahl des Krankenhauses nicht ohne Einschränkung gewährt wird. Zumal unter der Voraussetzung krankenhausunabhängig geltender DRG-Fallpauschalen ist eine Beschränkung der freien Wahl des Krankenhauses unter Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht mehr zu begründen.

In diesem Zusammenhang sind allerdings Mehraufwendungen, die sich auf Grund längerer Transportwege und daraus resultierender Fahrtkosten, ergeben, zumutbarerweise vom Versicherten zu tragen. Für solche Fälle könnten Zusatzversicherungen abgeschlossen werden.

Das Recht auf freie Wahl des Krankenhauses durch die Versicherten sollte deshalb ausdrücklich in § 39 Abs. 2 SGB V erwähnt werden. – Das Recht auf freie Wahl des Krankenhauses kann für Versicherte eingeschränkt werden, wenn diese z. B. an strukturierten Behandlungsprogrammen oder speziellen Formen integrierter Versorgung teilnehmen und in diesem Zusammenhang entsprechende Einschränkungen vereinbart worden sind.

5. Flexibilisierung der ambulanten Versorgung und Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung

Art. 1, SGB V: Nr. 47, § 95, Nr. 55, § 106b, Nr. 63, § 115a, Nr. 66, §§ 116a – b

5.1 Gesundheitszentren

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband begrüßt die Flexibilisierung der ambulanten Versorgung, insbesondere die Ermöglichung der Einrichtung von Gesundheitszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 und die erweiterten Möglichkeiten der Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung.

Entsprechende Gesundheitszentren stellen besonders patientenfreundliche und effektive Versorgungseinrichtungen dar und bieten besonders geeignete Voraussetzungen zum Aufbau sektorenübergreifender integrierter Versorgungsstrukturen.

5.2 Verstärkte Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung

Es fördert den Qualitätswettbewerb und bewirkt eine effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen, fachlicher Kompetenz und Versorgungsinfrastruktur, wenn Krankenhäuser bzw. die dort tätigen Ärzte verstärkt in die ambulante fachärztliche Versorgung einbezogen werden können (§ 106b Abs. 1 Satz 2 Nr. 3). Das gilt allerdings grundsätzlich und nicht nur unter der Voraussetzung, dass anderenfalls bestehende Versorgungslücken nicht geschlossen werden können. Nicht zuletzt kommt es dem Interesse der Patientinnen und Patienten entgegen, die sich gerne Ärzten auch zur ambulanten Behandlung anvertrauen, mit denen sie gelegentlich eines Krankenhausaufenthaltes gute Erfahrungen gemacht haben.

5.3 Erweiterung der Möglichkeiten nachstationärer Behandlung

Dieser Erkenntnis wird wohl auch durch die beabsichtigte Änderung in § 115a Abs. 2 Rechnung getragen. Die Verlängerung der Fristen zur ambulanten Nachbehandlung wird grundsätzlich begrüßt. Vor allem aber die Eröffnung bzw. Erleichterung der Möglichkeit, krankheitsbildorientierte Abweichungen von diesen Fristen zu vereinbaren (Satz 4 neu), nimmt den vielfach geäußerten Wunsch auf, gerade von chronisch Kranken und z. B. onkologisch behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten, aber auch von Menschen mit behinderungsbedingtem besonderem Behandlungs- und Betreuungsmehraufwand, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht den behandelnden Arzt wechseln zu müssen.

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

Da der Behandlungsaufwand aber gerade in den hier relevanten Fällen patientenabhängig stark variiert, sind die Regelungen des § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 KHEntgG einer kritischen Prüfung zu unterziehen und eine angemessene Vergütung der nachstationären Behandlung sicher zu stellen. Anderenfalls mangelt es am wirtschaftlichen Anreiz, nachstationäre Behandlung anzubieten.

5.4 Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen

Die grundsätzliche Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen liegt auf der Linie, Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung zu bieten, und ist deshalb zu begrüßen (§ 116b Abs. 2). Wir unterstützen in diesem Zusammenhang ausdrücklich die Anregung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, analog der Regelungen zum ambulanten Operieren gemäß § 115b eine Rahmenvereinbarung über entsprechende Leistungen abzuschließen und von Einzelverträgen mit Krankenhäusern abzusehen. Die Rahmenvereinbarung könnte Vorgaben machen, unter welchen qualitativen oder anderen Voraussetzungen Krankenhäuser entsprechende Leistungen erbringen dürfen.

5.5 Ausgleich von Versorgungsdefiziten

Die Ermächtigung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung, um im Falle von Unterversorgung die vertragsärztliche Versorgung sicher zu stellen, liegt im Interesse der Patienten und stellt sich als geeignetes Mittel dar, einem gefährlichen Versorgungsdefizit zu begegnen (§ 116a).

5.6 Teilnahme an strukturierten Behandlungsformen im Rahmen integrierter Versorgungsformen

Mit der Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach §§ 140a ff wird ein wesentlicher Umstand, der einer Einführung und Umsetzung entsprechender Programme bisher entgegenstand und zu Recht kritisiert worden ist, beseitigt (§ 116b Abs. 2). Die Regelung dürfte allerdings angesichts § 140b Abs. 1 Nr. 2 neu und Abs. 4 Satz 3 neu entbehrlich sein.

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

6. Weiterentwicklung integrierter Versorgungsstrukturen

Art. 1, Nr. 93 ff, §§ 140a ff

6.1 Erleichterung und Förderung der integrierten Versorgung

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband begrüßt die deutliche Erleichterung, Flexibilisierung und Vereinfachung des Abschlusses von Verträgen zur Umsetzung integrierter, Sektoren übergreifender Versorgungsstrukturen, insbesondere die Klarstellungen zu den möglichen Vertragspartnern und deren Rechtsformen, die Eröffnung der Möglichkeit zur ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser unabhängig von ihrem Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus und die, wenn auch vorerst nur befristete, Befreiung von der Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1.

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband sieht in integrierten Versorgungsstrukturen ein für die Zukunft verstärktes Potential zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen, patientenorientierten Versorgung. Die Träger seiner Mitgliedskrankenhäuser bieten vielfach bereits heute beste Voraussetzungen zur Realisierung umfassender Versorgungsketten und zum Aufbau entsprechender Versorgungsstrukturen.

6.2 Sicherstellung einer nahtlosen Versorgung durch Einrichtung von speziellen Kurzzeitbehandlungs- und Pflegeeinrichtungen

Einführung eines neuen § 39b SGB V

Kurzfristig sind allerdings noch weitergehendere Maßnahmen als bisher vorgesehen erforderlich:

Die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems zur Vergütung der Krankenhausleistungen lässt bereits heute weitreichende Folgen auch für die anderen Versorgungsbereiche absehbar werden.

Insbesondere zeichnet sich ein stark wachsender Bedarf an zeitlich begrenzten Pflege- und Betreuungsleistungen für Menschen ab, die aus dem Krankenhaus entlassen werden. Auf Grund der immer strenger gefassten Kriterien für die Notwendigkeit stationärer Behandlung im Krankenhaus dürfen sie dort nicht mehr weiter behandelt werden. Zugleich aber sind vor allem ältere und allein lebende Menschen häufig

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

nicht in der Lage, sich anschließend zu Hause selbständig oder unter Inanspruchnahme der Hilfe von Angehörigen zu versorgen.

Darüber hinaus stehen vor allem in dünn besiedelten Regionen bzw. in Regionen mit einem stark reduziertem Angebot an öffentlichem Nahverkehr aus dem Krankenhaus entlassene oder teil-, vor- oder nachstationärer bzw. rehabilitativer Behandlung und Pflege bedürftige Patientinnen und Patienten vor großen Problemen, entsprechende Pflege- oder Behandlungsleistungen in weiter entfernten Einrichtungen überhaupt in Anspruch zu nehmen, weil der mit dem Weg dorthin verbundene Zeit- oder Kostenaufwand unzumutbar ist.

Entsprechend geeignete Einrichtungen zur zeitlich begrenzten Unterbringung, Behandlung und Pflege sind vielerorts noch gar nicht in genügender Anzahl vorhanden. Die Inanspruchnahme von Leistungen in diesem Rahmen erfordert jedoch einen Wechsel des Kostenträgers von der Kranken- zur Pflegeversicherung und ist mit den bekannten erheblichen Schnittstellenproblemen verbunden. Häufig genug ist dann entweder keine nahtlose Versorgung der Patienten möglich, oder das Krankenhaus übernimmt die Versorgung nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftiger Patienten auf eigene Kosten.

Erforderlich und sinnvoll wäre für solche Fälle, zumal solange hier keine systemgrenzenübergreifende integrative Versorgung greift, eine Tragung der Kosten durch die Krankenversicherung. Entsprechende Regelungen sollten in das GMG aufgenommen werden. Ein neuer § 39 b SGB V könnte z. B. den Anspruch und die Vergütung von in solchen Übergangssituationen erforderlichen Behandlung, Pflege, Unterbringung und Verpflegung umfassenden Leistungen in entsprechenden „Kurzzeitbehandlungs- und Pflegeeinrichtungen“ regeln. Entsprechende Leistungen bzw. Strukturen sollten sowohl in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen als auch in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI angeboten werden können.

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

7. Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin

Art. 1, Nr. 91, §§ 139a – I, i. V. m. § 35 b Abs. 1

7.1 Grundsätzliche Anfragen

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband kann die optimistischen Erwartungen nicht teilen, die mit der geplanten Errichtung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“ verbunden werden.

Problematisch erscheint uns darüber hinaus die Verknüpfung von Aufgaben der Information und Aufklärung der Bürgerinnen und Bürger mit der Erarbeitung und dem Erlass fachlicher Vorgaben und Richtlinien sowie ökonomischen Bewertungen und damit verbundenen Eingriffen in den Wettbewerb.

Davon abgesehen, dass die zugewiesenen Aufgaben zumindest teilweise bereits von bestehenden Institutionen und Gremien erfüllt werden oder zusätzlich erfüllt werden könnten, sei es auf der Ebene der Selbstverwaltung, sei es auf der Ebene der wissenschaftlich-fachlichen und der berufsständischen Organisationen, wird in nicht nachvollziehbarer Weise professionelle und fachliche Kompetenz und der Prozess der Weiterentwicklung des medizinischen und pflegerischen *state of the art* missachtet, der sich bisher immer noch selbst durchgesetzt hat.

7.2 Anforderungen an Leitlinien und fachliche Standards im Blick auf die Gewährleistung einer patientengerechten Behandlung und Pflege

Der Verdacht ist nicht von der Hand zu weisen, dass im Zusammenhang mit den zu erstellenden fachlichen Standards und Leitlinien in besonderem Maße ökonomische Zwecke verfolgt werden könnten. Auf diese Weise könnten Leistungsausschlüsse und Rationierungen erfolgen, ohne dass darüber ein demokratisch legitimierte Gremium Beschluss gefasst hätte oder gewährleistet wäre, dass ethische Kriterien im notwendigen Maße berücksichtigt worden wären.

Es muss gewährleistet sein, dass die Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten grundsätzlich unter Berücksichtigung der besonderen, durch die Person und Situation der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten bedingten Situation und die konkreten Umstände des Einzelfalles durchgeführt wird.

§ 139 Abs. 1 SGB V sollte um einen Satz 3 ergänzt werden:

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

„Das Zentrum hat bei seinen Entscheidungen und Empfehlungen ethische Kriterien zu berücksichtigen und transparent zu machen, inwiefern diese für die jeweilige Entscheidung oder Empfehlung berücksichtigt worden sind.“

**Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes
zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

Berlin, 23. Juni 2003

7.3 Berücksichtigung der Kirchen bzw. von Caritas und Diakonie im Kuratorium

zu § 139 h SGB V, Kuratorium

Angesichts der ethischen Dimension und Relevanz, die Entscheidungen und Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin voraussetzen und implizieren, angesichts der wertebezogenen Dimension von Qualität gerade im Gesundheitswesen angesichts der Werteorientierung und religiösen Prägung eines erheblichen Anteils der Leistungserbringer im Gesundheitswesens, vor allem im Krankenhausbereich, sowie im Blick auf die Bedeutung die der Hilfe für Kranke und Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen dem Selbstverständnis der Kirchen und ihrem diakonischen bzw. karitativen Handeln zukommt, nicht zuletzt unter Berücksichtigung ihrer tragenden und gestaltenden Rolle für die Entwicklung und Gestaltung unseres Sozialsystems, müssen die Kirchen bzw. die kirchlichen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtsverbände im Kuratorium des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin angemessen vertreten sein. Die exklusive Berücksichtigung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes als eines der Mitglieder der BAG der Freien Wohlfahrtspflege ist willkürlich und keinesfalls ausreichend.