

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(6)
vom 19.06.03**

15. Wahlperiode

19. Juni 2003

**Stellungnahme des
Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)
zum Gesetzentwurf
„Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG“
vom 18. Juni 2003**

Vorbemerkung

Nach der amtlichen Begründung zum Gesetzentwurf sollen die in der gesetzlichen Krankenversicherung bewährten Grundprinzipien Solidarität, Sachleistungsanspruch und gleicher Leistungsanspruch für alle weiterhin gelten. Aus Beiträgen stehen jährlich rund 140 Mrd. € für ihre Finanzierung zur Verfügung. Allerdings erfolgt die Mittelverwendung aufgrund verkrusteter Strukturen und Fehlentwicklungen nicht zielgenau.

In Übereinstimmung mit vielen maßgeblichen Experten und Verbänden im Gesundheitswesen stellt der VKD fest, daß die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) seit Jahren darunter leidet, daß die Sozialsicherungssysteme zunehmend als „Verschiebebahnhof“ mißbraucht werden. Es werden versicherungsfremde Leistungen durch die Krankenversicherung getragen, die eigentlich gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind.

Der VKD bedauert, daß im vorliegenden Gesetzentwurf die Einnahmenseite der GKV nur punktuell und nicht grundsätzlich strukturell angegangen wird; angesichts der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts ist es unvermeidlich, nach ergänzenden Wegen der Finanzierung der GKV zu suchen.

Das gilt nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Veränderungen in der Arbeitswelt, die absehbar zu einem sinkenden Anteil des Arbeitseinkommens am gesamten Volkseinkommen führen.

Der VKD begrüßt hingegen die Grundtendenzen des vorliegenden Gesetzentwurfes, der erste Ansätze zur Zulassung von mehr Wettbewerb bietet. Der im Rahmen eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems erwünschte Wettbewerb zeichnet sich unter anderem dadurch aus, daß die Anbieter die Qualität ihrer Leistungen transparent darstellen. Diese Ansätze dürfen allerdings nicht durch Überregulierung und Budgetierung wieder zunichte gemacht werden.

Der VKD beschränkt sich in seiner Stellungnahme zu den einzelnen Paragraphen des Gesetzentwurfs auf diejenigen Sachverhalte, die direkt oder indirekt Einfluß auf die Krankenhausarbeit haben; das sind die Themen:

- Neuregelung der fachärztlichen Versorgung
- Integrationsversorgung
- Krankenhausplanung
- Zentrum für Qualität in der Medizin

Neuregelung der fachärztlichen Versorgung

Der VKD sieht eine große Chance zur Strukturveränderung durch die Neuregelungen der fachärztlichen Versorgung. Der teilweise Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen wird es ermöglichen, vernünftige Kooperationsformen zwischen den Krankenhäusern und vor- und nachgelagerten ambulanten Leistungsanbietern zu fördern. Nicht zuletzt die Einführung des DRG-Systems verlangt danach, daß Krankenhäusern und in besonderen Situationen auch bestimmten einzelnen Krankenhausärzten weitgehend freigestellt wird, ob und in welchem Umfang sie die Behandlung stationär bzw. ambulant realisieren.

- Zu § 106 b:

Es wird ausdrücklich begrüßt, daß die Krankenkassen nunmehr die Möglichkeit haben, mit geeigneten Krankenhausärzten Einzelverträge zur Erbringung bestimmter Leistungen abzuschließen. Damit wird den Zulassungsausschüssen endlich die Blockademöglichkeit genommen, bei Ermächtigungsanträgen von Krankenhausärzten lediglich danach zu urteilen, ob es einen Vertragsarzt mit der gleichen Gebietsbezeichnung gibt, ohne etwaige Qualitätsunterschiede der Leistungserbringer zu würdigen.

Die Regelung von § 106 b, Absatz 6 zum Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern bei Versorgungslücken muß um eine Regelung ergänzt werden, daß dieser Versorgungsvertrag den Krankenhäusern nicht einseitig entzogen werden kann, wenn die Krankenkassen einen zusätzlichen Versorgungsvertrag mit einem niedergelassenen Arzt abschließen wollen. Da die Krankenhäuser für die Erbringung entsprechender Leistungen Investitionen tätigen müssen, brauchen sie ein Mindestmaß an Planungssicherheit.

- Zu § 115 a:

Die vorgesehene Verlängerung der Frist zur nachstationären Behandlung auf einen Monat wird endlich dem Qualitätsanspruch des Patienten gerecht, daß der einen Eingriff durchführende Krankenhausarzt in geeigneten Fällen auch die Nachbehandlung durchführt. Damit wird ein gravierender Mangel des Gesundheitssystems beseitigt, daß der Operateur sich in der Regel nicht mit dem Ergebnis seiner Bemühungen befassen darf.

- Zu § 115 b:

Wir begrüßen, daß für Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichartige Vergütungen vorgesehen werden. Der VKD hatte bereits 1999 die Bereitschaft der Krankenhäuser erklärt, ambulante Leistungen zu gleichen Konditionen wie der vertragsärztliche Bereich zu erbringen.

- Zu § 116 a:

Es ist richtig, daß Krankenhäuser bei Unterversorgung im nicht-fachärztlichen Bereich für die ambulante Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen. Der VKD fordert jedoch, daß diese Aufgabe den Krankenhäusern nicht durch den Zulassungsausschuß im Rahmen einer Ermächtigung übertragen wird, die einseitig wieder entzogen werden kann.

In Analogie zur Regelung von § 106 b (fachärztliche Versorgung) fordern wir den Abschluß eines entsprechenden Vertrages mit den Krankenkassen.

- Zu § 116 b:

Der VKD begrüßt ausdrücklich die Festlegung aus Absatz 1, daß Krankenhäusern im Zusammenhang mit Disease Management-Programmen auch die Erbringung ambulanter Leistungen ermöglicht wird. Nur so kann die von den Patienten erwartete Behandlungskontinuität erreicht werden, daß beispielsweise im DMP Brustkrebs nach Durchführung der Operation auch im gleichen Krankenhaus die Chemotherapie unter ambulanten Bedingungen erbracht werden kann.

Die Neuregelung von Absatz 2 zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen wird ausdrücklich begrüßt. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit dem Katalog nach § 115 b zum ambulanten Operieren wird jedoch vorgeschlagen, auch für § 116 b eine Fristsetzung mit der Möglichkeit der Ersatzvornahme vorzusehen.

- Zu § 117:

Im Interesse der Klarheit der Vertragsbeziehungen wird ausdrücklich begrüßt, daß alleiniger Vertragspartner nunmehr die Krankenkassen sind und der Zulassungsausschuß bei den Hochschulambulanzen keine Rolle mehr spielt.

Integrationsversorgung

Die bisherigen Regelungen der §§ 140 a - h haben in ihrer bürokratischen Detaillierung dazu geführt, daß bundesweit nur sehr wenige Vorhaben auf dieser Rechtsgrundlage abgeschlossen wurden. Insofern begrüßt der VKD ausdrücklich, daß nunmehr eine Vereinfachung der Regelungen zur Integrationsversorgung vorgesehen ist. Etwaige Bedenken sich in ihrem Status nicht ausreichend gesichert fühlender Leistungsanbieter sind unerheblich. Die Integrationsversorgung ist eine „freiwillige Veranstaltung“; Verträge werden nur abgeschlossen, wenn die Vertragspartner sich davon einen Nutzen versprechen.

Das Instrument der Integrationsversorgung mit der Möglichkeit sektorenübergreifender Finanzierung wird nur dann die gewünschten wettbewerblichen Wirkungen entfalten können, wenn das Geld der Leistung folgt. Unverzichtbar für einen Erfolg der Integrationsversorgung ist auch, daß vom tradierten Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers abgewichen werden kann.

Ein Innovationsschub ist auch dadurch zu erwarten, daß bis zum 31.12.2006 der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für Integrationsverträge nicht beachtet werden muß.

Positiv ist weiterhin zu bemerken, daß die im Gesetz neu vorgesehenen Gesundheitszentren Partner der Integrationsversorgung sein können.

Zu § 14 Apothekengesetz:

In der Neufassung muß es heißen „am Krankenhaus“ anstelle „im Krankenhaus“; nur dadurch wird ermöglicht, daß bei einer durchgängigen Versorgungskette nach DMP oder Integrationsversorgung beispielsweise hochpreisige Arzneimittel auch durch am Krankenhaus niedergelassene Strahlentherapeuten oder Onkologen über die Krankenhausapotheke an die „gemeinsamen Patienten“ abgegeben werden können.

Krankenhausplanung

Die in manchen Bundesländern in übergroßer bürokratischer Detaillierung festgelegten Krankenhauspläne stehen in deutlichem Widerspruch zu den mit der Einführung des DRG-Systems ausgelösten und politisch gewollten wettbewerblichen Elementen in der Krankenhauswirtschaft.

Die mit dem GMG ausgelösten strukturverändernden Wirkungen durch die teilweise Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung, der zukünftig höhere Stellenwert der Regelungen des § 115 b (ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe), die Konsequenzen aus dem neuen DRG-Vergütungssystem sowie das Wirken der Mindestmengenregelung nach § 137 Absatz 1 Nummer 3 werden zu deutlichen Veränderungen in der Krankenhauswirtschaft führen, deren Qualität und Quantität jetzt noch nicht abschätzbar sind.

Deshalb fordert der VKD, daß bis zum Ende der DRG-Übergangsfrist die Letztverantwortung des Landes für die Planung nicht angetastet wird und die Neuregelung der §§ 108 ff. verschoben wird.

Zentrum für Qualität in der Medizin

Zwar begrüßt der VKD den Ansatz, daß die Qualität einen höheren Stellenwert in der Gesundheitswirtschaft haben soll. Wir sind aber skeptisch, ob mit den sehr detaillierten Regelungen der §§ 139 a ff. das gewünschte Ziel einer stärkeren Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen erreicht wird.

Grundsätzlich wird gefordert, daß die Tätigkeit des Instituts nicht dazu führen darf, daß der medizinische Fortschritt den Patienten vorenthalten wird. Unter diesem Aspekt sind die in § 139 b genannten Aufgaben zu beurteilen:

- Zu Ziffer 1:

Die Aufgabe wird grundsätzlich begrüßt.

- Zu Ziffer 2:

Es kann nicht Aufgabe des Zentrums sein, Leitlinien und Standards selbst zu erstellen; das ist Aufgabe der jeweiligen fachlich zuständigen Institutionen.

In Ziffer 2 muß es deshalb heißen: „Koordination bei der Erstellung ...“

- Zu Ziffer 3:

Zustimmung.

- Zu Ziffer 4:

Hier sieht der VKD die Gefahr der Überbürokratisierung. Wenn der Gesetzgeber bei der Aufgabenzuschreibung des Zentrums bleibt, daß es Empfehlungen an die Bundesausschüsse nach § 91 und nach § 137 c gibt, so sollte konsequenterweise der Koordinierungsausschuß nach § 137 e abgeschafft werden.

Für die Krankenhausarbeit gilt bislang der Grundsatz, daß neue Verfahren und Leistungen erbracht werden können, sofern der Ausschuß nach § 137 c kein ablehnendes Votum abgegeben hat. Diese Regelung hat sichergestellt, daß der medizinische Fortschritt über die verschiedenen Versorgungsstufen den Versicherten zugute kommt. Bei etwaigen Fehlentwicklungen war das Antragsrecht nach § 137 c Absatz 1 ein ausreichendes Regulativ.

Der in § 137 c vorgesehene neue Absatz 3 ermöglicht dem BMGS einen „direkten Durchgriff“ auf die Arbeit des Ausschusses nach § 137 c, wodurch sowohl der Ausschuß als auch das Zentrum in ihrer Wichtigkeit „demontiert“ werden.

Bei einem Verzicht auf § 137 c Absatz 3 würde der VKD das neu geschaffene Zentrum akzeptieren, weil der Vorwurf der „Staatsmedizin“ damit entkräftet wäre.

Der VKD begrüßt, daß das Zentrum als Anstalt des öffentlichen Rechts konzipiert ist und nicht der Selbstverwaltung zugeordnet wird, da diese zu sehr interessengeleitet ist.

Das in § 139 h definierte Kuratorium ist ein Beratungsgremium. Da die Arbeit des Zentrums stark auf die Krankenhausarbeit einwirkt, ist es umso erstaunlicher, daß für den VKD kein Sitz im Kuratorium vorgesehen ist. Dem Gesetzgeber scheint nicht bewußt zu sein, daß die Mitglieder des VKD diejenigen sind, die direkt Verantwortung für die Leistungsfähigkeit und wirtschaftliche Existenz der Krankenhäuser tragen. Keine der im Kuratorium bislang vorgesehenen Gruppen ist mit dieser Verantwortung betraut.

In der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit war es nicht möglich, auf weitere Aspekte des Gesetzentwurfs einzugehen; wir behalten uns deshalb noch ergänzende Stellungnahmen vor.