

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0831(16)  
vom 11.03.05  
  
15. Wahlperiode**

**Stellungnahme  
der  
Deutschen Krankenhausgesellschaft  
zum**

**Antrag der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette  
Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter  
und der Fraktion der CDU/CSU**

**„Wirkungen und Nebenwirkungen des  
GKV-Modernisierungsgesetzes  
- Kritische Bestandsaufnahme - “  
BT-Drs. 15/4135**

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) sind für Krankenhäuser Möglichkeiten geschaffen worden, stärker in der ambulanten Versorgung der Patienten tätig werden zu können.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat bereits im September 2004 feststellen müssen, dass die Öffnungstatbestände

- in Teilen praktisch nicht umsetzbar sind;
- von den Krankenkassen nicht genutzt werden sowie
- an der Blockadehaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen scheitern.

Angesichts dessen hat die DKG mit ihrem „**Vier-Punkte-Katalog**“ vom 8. September 2004 eine Nachbesserung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) in folgenden Kernbereichen gefordert:

- 1. Integrierte Versorgung ( §§ 140 a ff. SGB V )**
- 2. Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf ( § 116 b Abs. 2 ff. SGB V )**
- 3. Medizinische Versorgungszentren ( § 95 Abs. 1 SGB V )**
- 4. Arzneimittelversorgung durch Krankenhausapotheken**

An diesen Forderungen hält die DKG nach wie vor fest, da sich seitdem an der Ausgangslage nichts verändert hat. Deshalb begrüßt die DKG den Antrag der CDU/CSU zu einer kritischen Bestandsaufnahme der Wirkungen des GMG.

Die DKG verweist zu ihren Forderungen und konkreten Änderungsvorschlägen im Einzelnen auf den dieser Stellungnahme beigefügten „**Vier-Punkte-Katalog**“ (**Anlage**) und führt ergänzend aus:

Anzumerken ist, dass die heutigen Probleme bei der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser unter anderem auch darauf zurückzuführen sind, dass dem ursprünglichen Ansatz der Bundesregierung, den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung für die ambulante fachärztliche Versorgung aufzuheben, in den Konsensverhandlungen nicht gefolgt wurde.

### **Integrierte Versorgung:**

Auch der Abschluss von über 400 bei der Registrierungsstelle bis Februar 2005 gemeldeten Integrationsverträgen hat bislang nicht zu einer Überwindung der sektorbezogenen Versorgung geführt.

Kein einziger Integrationsvertrag sieht vor, dass Krankenhäuser auch die ambulante Versorgung der Patienten übernehmen.

Eine wesentliche Ursache dafür liegt in der bisherigen Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrags. Hier bedarf es dringend einer Lösung, wenn der Wettbewerb zwischen den Sektoren funktionieren soll.

Um diese Lösung zu finden, sollte der eng geschützte Rahmen der Integrationsversorgung genutzt werden, eine Versorgung der Patienten außerhalb der starren Leistungssektoren zu erproben.

### **§ 116 b Abs. 2 ff SGB V**

Unübersehbar wird die Problematik der sektoralen Trennung bei den hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf. Das GMG sieht hier in § 116 b SGB V die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser vor.

Allerdings machen zwei grundlegende Konstruktionsfehler die Umsetzung unmöglich:

#### **Erster Konstruktionsfehler:**

Die Schwierigkeit des § 116b liegt darin, dass die Finanzierung der vorgesehenen ambulanten Leistungen nicht geregelt ist. Folglich bietet die als Einkaufsmodell der Krankenkassen ausgestaltete Regelung keinen Anreiz zum Abschluss von Verträgen mit Krankenhäusern.

#### **Zweiter Konstruktionsfehler:**

Der § 116b hat zudem noch einen zweiten Konstruktionsfehler, der im Gemeinsamen Bundesausschuss angelegt ist. Die Pflege und Weiterentwicklung ist Aufgabe von GKV, KBV und DKG im Gemeinsamen Bundesausschuss. Dabei ist deutlich geworden,

- dass die Vertragsärzte sich in ihrem traditionellen Versorgungsbereich nicht dem Wettbewerb mit den Krankenhäusern stellen wollen;
- dass die Krankenkassen nicht bereit sind, ambulante Leistungen, die bereits in der vertragsärztlichen Gesamtvergütung enthalten sind, zusätzlich zu vergüten.

Nach Auffassung der DKG kann es jedoch nicht sein, dass Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen nur auf dem Papier stehen, in der Praxis aber schlichtweg nicht umgesetzt werden.

Einen Lösungsweg hat die DKG in ihrem „Vier-Punkte-Katalog“ aufgezeigt:

Wenn der Vertragswettbewerb nicht funktioniert, muss der sektorübergreifende Wettbewerb mittels eines Zulassungsanspruchs der Krankenhäuser kraft Gesetz – wie beim ambulanten Operieren – ermöglicht werden.

Andernfalls wird weiterhin jeder Teilsektor isoliert seine Leistung optimieren. Das „Gesamtprodukt“, die Verbesserung des Gesundheitszustandes beim Patienten, gerät dabei aus dem Blick.

## **Disease-Management-Programme**

Festzustellen ist, dass die Umsetzung von DMP nach wie vor erhebliche Probleme zeigt. Insbesondere die Kopplung der DMPs an den Risikostrukturausgleich hat dazu geführt,

- dass ein „Einschreibewettbewerb“ ausgelöst wurde;
- dass zahlreiche bürokratische Hürden für alle Beteiligten im System geschaffen wurden und die Programme nur sehr schleppend umgesetzt werden können.

Die Antragsvielfalt der zahlreichen Krankenkassen hat die rasche Bearbeitung im Bundesversicherungsamt (BVA) verhindert. Zahlreiche Anträge liegen noch zur Bewertung vor.

Die Bewertung des Nutzens für die Patienten droht in den Hintergrund zu rücken.

Angesichts des erheblichen bürokratischen Aufwands von DMP zeigt sich aktuell, dass einige Krankenkassen anstelle von akkreditierungspflichtigen DMP-Programmen auch integrierte Versorgungsverträge zur strukturierten Behandlung der für DMPs vorgesehenen Erkrankungen vereinbaren. Zwar entfällt in diesem Fall der kasseninterne Finanzausgleich (RSA). Allerdings bietet die Integrationsversorgung aufgrund der Anschubfinanzierung nach § 140 d SGB V bis zum 31.12.2006 ebenfalls einen finanziellen Anreiz für die Krankenkassen.

**Anlage: „Vier-Punkte-Konzept“ der DKG.**