

**Stellungnahme des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC) zu Teilaspekten  
des Entwurfes eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)  
(BT-Drs 16/3100)**

**Themenkomplex IV "Medizinische Versorgung"**

**A. Ärztliche Versorgung**

**I. Artikel 1 Nrn. 33, 45, 46 und 119 – 122: Vertragswettbewerb (§§ 73b, 73c, 140a ff SGB V) in  
Verbindung mit einem Tarifwettbewerb (Wahltarife § 53 SGB V)**

- a. *Artikel 1, Nr. 45 Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)*
- b. *Artikel 1, Nr. 46 Einzelverträge über besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V)*
- c. *Artikel 1, Nr. 33 Wahltarife (§ 53 SGB V)*

**II. Artikel 1 Nrn. 119 – 122: Integrierte Versorgung (§ 140a ff. SGB V)**

- a. *Umfang der IV-Modelle und Anschubfinanzierung (§§ 140a Abs. 1 und 140d Abs. 1)*
- b. *Einbeziehung der Pflegeversicherung (§§ 140b Abs. 1 Nr. 5 SGB V und § 92b SGB XI)*
- c. *Erbringung von hochspezialisierten Leistungen durch Krankenhäuser im Rahmen der integrierten Versorgung (§§ 140b Abs. 4 und 116 b SGB V)*
- d. *Arzneimittelversorgung (§§ 140a Abs. 1, 130a Abs. 8 und § 106 Abs.2 Satz 6 SGB V)*
- e. *Beschränkung der Verwendung von Daten und resultierende Steuerungsprobleme (§ 284 Abs. 1 Nr. 13 und Artikel 1 Nr. 209 § 305a SGB V)*

**III. Artikel 1 Nr. 7: Case Management (§ 11 Abs. 4 SGB V)**

**B. Krankenhausversorgung**

**Artikel 1 Nr. 85: Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen  
(§ 116 b SGB V)**

## Vorbemerkungen

Der BMC setzt sich für ein wettbewerblich orientiertes und sich weitgehend selbst regulierendes Gesundheitswesen ein, in dem der Staat den notwendigen Rahmen vorgibt, aber nicht als Detailregulierer eingreift, in dem Gesundheit als Investition und nicht als Kostenfaktor verstanden wird und der selbstverantwortliche Bürger in einem solidarischen Umfeld gefordert und gefördert wird.

Durch mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen kann eine Vielzahl von Versicherungsoptionen und Organisationsformen entstehen. Nur Vielfalt kann sicherstellen, dass den unterschiedlichen Bedürfnissen in der Bevölkerung adäquate Angebote gegenübergestellt werden können.

In einem wettbewerblichen und nachhaltigen Gesundheitssystem sollte sich der Staat aus weiten Teilen der Gesundheitspolitik zurückziehen; er muss aber trotzdem drei wesentliche Anforderungen erfüllen:

- Die wichtigste Aufgabe des Staates ist, ein geordnetes, gesellschaftliches Miteinander zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund muss ein Mindestumfang an Gesundheitsleistungen, zu dem jeder Bürger ungehinderten Zugang hat, definiert werden. Wesentliches Kriterium bei der Definition des Mindestumfangs muss die Absicherung vor schweren schicksalhaften Erkrankungen sein. Somit ist sicherzustellen, dass die individuelle Leistungsfähigkeit nicht überfordert wird. Der Staat muss allerdings auch Grenzen der Solidarität definieren.
- Der Staat muss Rahmenbedingungen für das Funktionieren von Wettbewerb schaffen. Hierzu gehört unter anderem, dass Elemente, die die Transparenz unterschiedlicher Leistungserstellung verhindern, beseitigt werden. Das bedeutet aber auch, dass die Leistungserbringer mit der Qualität ihrer Arbeit umfassend werben dürfen.
- Gleichermaßen muss der Staat Rahmenbedingungen schaffen, in denen die Einbindung der Patienten und Versicherten sowie der unterschiedlichen Leistungserbringer in das Leistungsgeschehen gefördert wird.

Unter diesem generellen Aspekt befasst sich die Stellungnahme des BMC selektiv mit gesetzlichen Regelungen des GKV-WSG-Entwurfes im Bereich des Themenkomplexes "Medizinische Versorgung" (gemäß Gliederung der Anhörungen). Der Gesetzentwurf steht unter der Prämisse der Stärkung des Wettbewerbs und muss sich deshalb auch daran messen lassen, in wie weit die vorgesehenen Regelungen geeignet sind, Qualität und Effizienz im System zu fördern.

## **A. Ärztliche Versorgung**

### **I. Artikel 1 Nrn. 33, 45, 46 und 119 – 122: Vertragswettbewerb (§§ 73b, 73c, 140a ff SGB V) in Verbindung mit einem Tarifwettbewerb (Wahltarife § 53 SGB V)**

#### **a. Artikel 1, Nr. 45 Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)**

Jede Krankenkasse muss ihren Versicherten eine „hausarztzentrierte Versorgung“ in Verbindung mit einem gesonderten Hausarzt-Tarif (§ 53 Abs. 3 SGB V) anbieten. Diese Vertragsform löst die Regelungen des mit dem GMG eingeführten § 73b SGB V ab. Teilnahmevoraussetzungen für Verträge nach § 73b SGB V sind Verpflichtungen zum einem Qualitätsmanagement. Es ist ein Ausschreibungsverfahren vorgesehen. Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Teilnehmen können Vertragsärzte, deren Gemeinschaften oder Träger von Einrichtungen, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Kassenärztliche Vereinigungen bzw. ihrer Dienstleistungsgesellschaften sind nicht beteiligt. Deren Sicherstellungsauftrag ist im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V eingeschränkt.

Die hausarztzentrierte Versorgung sieht die freiwillige Einschreibung der Versicherten vor. Der teilnehmende Versicherte wählt seinen Hausarzt für die Dauer von mindestens zwölf Monaten. Zugang zu Fachärzten erfolgt nur mit Überweisung durch den Hausarzt. Näheres soll jede Krankenkasse in ihrer Satzung zu regeln.

Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren.

Die Gesamtvergütung soll entsprechend definierter Kriterien zu Gunsten der hausarztzentrierten Versorgung bereinigt werden. Bei fehlender Einigung kann das Schiedsamt angerufen werden.

#### **b. Artikel 1, Nr. 46 Einzelverträge über besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V)**

Die Krankenkassen können allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Einzelverträge über Versorgungsaufträge schließen, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Und zwar mit Vertragsärzten, deren Gemeinschaften Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung durch Vertragsärzte anbieten, sowie außerdem mit Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Versicherten erklären schriftlich ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung für mindestens ein Jahr. Sie können für die Erfüllung der in den Verträgen

umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch nehmen.

Die Gesamtvergütung soll entsprechend definierter Kriterien zu Gunsten der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung bereinigt werden. Bei fehlender Einigung kann das Schiedsamt angerufen werden.

### **c. Artikel 1, Nr. 33 Wahltarife (§ 53 SGB V)**

Die Wahltarife gemäß § 53 SGB V sind a) in Verbindung mit den Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) zur besonderen ambulanten Versorgung (§ 73c SGB V) sowie zur integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V) zu betrachten. Der Gesetzentwurf schreibt den Krankenkassen Satzungsregelungen vor, die Versicherten, die an diesen Versorgungsformen teilnehmen, eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen anbieten.

Außerdem können b) Selbstbehalt-Tarife (§ 53 Abs.1 SGB V), Rückerstattung bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen (§ 53 Abs. 2 SGB V), Tarife für Kostenerstattung in variabler Höhe (§ 53 Abs. 4 SGB V), Krankengeld- Tarife (§ 53 Abs. 5 SGB V), Tarife, die den Leistungsumfang beschränken (§ 53 Abs. 6 SGB V) von den Krankenkassen angeboten werden. Die Mindestbindungsfrist für Versicherte an solche Tarife soll drei Jahre betragen. Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden.

### ***Stellungnahme zum Vertragswettbewerb (§§ 73b, 73c, 140a ff SGB V) in Verbindung mit einem Tarifwettbewerb (Wahltarife § 53 SGB V)***

*Die bisherigen mehr oder weniger identischen Leistungspakete und Versorgungsstrukturen im System der gesetzlichen Krankenversicherung sind weder in ausreichendem Maße wirtschaftlich und leistungsgerecht, noch entsprechen sie den Präferenzen der Versicherten. Eine wesentliche Veränderung der Versorgungslandschaft im Gesundheitswesen können deshalb differenzierte Versicherungsverträge bewirken.*

*Insofern werden die Förderung neuer Strukturen und neuer Vertragsmöglichkeiten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen und die Einführung von Wahlmöglichkeiten für Versicherte grundsätzlich als Schritt in die richtige Richtung begrüßt.*

*Die Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) und zur besonderen ambulanten Versorgung (§ 73c SGB V) sowie zur integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V), auf die noch gesondert eingegangen wird, dienen dem Vertragswettbewerb und sind insbesondere in*

*Verbindung mit den Wahlтарifen gemäß § 53 Abs. 3 SGB V zu betrachten. Entscheidend ist, dass die Versicherten bei den verschiedenen Optionen den Umfang ihres Versicherungsschutzes und damit den zu zahlenden Beitrag selbst wählen können.*

*Der Tarifwettbewerb der Krankenkassen erhöht deren finanzielles Risiko und steigert die Anforderungen an ein hochprofessionelles versicherungstechnisches Management. Der Preis für mehr marktwirtschaftliche Elemente besteht darin, dass die Insolvenzordnung zukünftig gemäß § 171b SGB V auch für Krankenkassen gelten soll, und Krankenkassen, die sich im Wettbewerb untereinander durch Einzelverträge profilieren, andere Kassen für negative Folgen nicht mehr haftbar machen können.*

*Diesen wettbewerblichen Prinzipien stehen in der Vertrags- und Tarifgestaltung allerdings im GKV-WSG-Entwurf Regelungen gegenüber, die den Wettbewerb eher behindern. Es stellt sich beispielsweise die Frage, wie weit die vorgesehenen neuen Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundes- und Landesebene die Gestaltungsspielräume und das Wettbewerbspotenzial der Krankenkassen beschränken. Auch der weitgehende Entzug der Finanzhoheit der Krankenkassen durch einen Gesundheitsfond ist in seiner Auswirkung auf die Wettbewerbssituation der Krankenkassen kaum absehbar.*

## **II. Artikel 1 Nrn. 119 – 122: Integrierte Versorgung (§ 140a ff. SGB V)**

Die integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Verzahnung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen soll fortgeführt und ausgebaut werden. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vergütungssystems im ambulanten Bereich wird die Anschubfinanzierung verlängert. Die Pflege wird in die integrierte Versorgung eingebunden. Krankenhäuser sollen können künftig – ohne an weitere Voraussetzungen gebunden zu sein – im Rahmen der integrierten Versorgung hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V ambulant erbringen können.

Für Verträge, die nach dem 1. April 2007 abgeschlossen werden, sollen künftig durch die Neufassung des § 140d Abs. 1 nur dann Mittel der Anschubfinanzierung zur Verfügung stehen, wenn diese Verträge eine "bevölkerungsbezogene Flächendeckung" der Versorgung zum Gegenstand haben. Eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ist insbesondere dann anzunehmen, wenn entweder in einer größeren Region (z.B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in einer integrierte Versorgung angeboten wird oder in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehen der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird. Neue Integrationsverträge, die keine

bevölkerungsbezogene Flächendeckung zum Gegenstand haben, bleiben möglich, erhalten jedoch keine Mittel aus der Anschubfinanzierung.

Die für die ambulante Versorgung notwendige Arzneimittelversorgung soll im Rahmen der Integrierten Versorgung durch Rabattverträge (§ 130a Abs. 8 SGB V) der Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern erfolgen.

Die Krankenkassen müssen den Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäusern darlegen, wie die Anschubfinanzierung verwandt wurde, um eine eventuelle Rückzahlungsverpflichtung überprüfen zu können.

### **Stellungnahme zu speziellen Fragen der integrierten Versorgung**

#### **a. Umfang der IV-Modelle und Anschubfinanzierung (§§ 140a Abs. 1 und 140d Abs. 1)**

*Der BMC teilt die Analyse zur derzeitigen Situation der integrierten Versorgung mit einer hohen Zahl von Verträgen, auch mit dem Trend, die Behandlung versorgungsrelevanter Erkrankungen im Rahmen der integrierten Versorgung zu organisieren (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention). Tatsache ist auch, dass die bisher abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung überwiegend auf bestimmte medizinische Indikationen mit lediglich regionalem Bezug ausgerichtet sind. Statt echter sektorübergreifender integrierter Versorgung wurden massenhaft Kompletpauschalen-Verträge abgeschlossen. Zudem ist mangelnde Transparenz sowohl im Angebot als auch im Ergebnis bzw. der Ziele der Verträge festzustellen.*

*Gleichwohl wird die Verlängerung der Anschubfinanzierung generell begrüßt. Dieser Förderung darf nichts im Wege stehen, wenn eine Sektorengrenzen überwindende, ökonomische und qualitätsfördernde Verwendung der Mittel gesichert ist. Ziel muss letztlich die Aufhebung der sektoralen Budgets und Finanzierungswege sein.*

*Zwar werden viele kleine Insellösungen nicht den nötigen Optimierungsschub bewirken. Dennoch zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre, dass solche Indikationsmodelle in einer kleinen Region zunächst notwendig sind um auf regionaler Ebene das Vertrauen zwischen den Vertragspartnern herzustellen. Die ersten Jahre nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) waren wesentlich durch den Aufbau vertragsfähiger Strukturen seitens der Ärzteschaft außerhalb der KV geprägt.*

*Die Erweiterung der integrierten Versorgung auf große Regionen und die Fokussierung im Gesetzesentwurf auf "populationsorientierte Flächendeckung" ist grundsätzlich richtig, kommt jedoch zu früh. Wenn die „kleinen“ Indikationsverträge wegfallen, wird es in vielen Regionen gar nicht erst zur Entwicklung größerer Lösungen (Populationsmodelle ) kommen.*

*Sollen kleine regionale Lösungen zukünftig ohne Anschubfinanzierung bleiben, ist dies ein echtes Innovationshemmnis. Entscheidende Kriterien für die finanzielle Förderung von integrierter Versorgung sollten die nachvollziehbare Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung sowie die ökonomische Verwendung der Mittel sein.*

*Dass auch kleinere Modelle erhebliche gesundheitsökonomische Verbesserungen bewirken, wird beispielsweise durch eine noch nicht veröffentlichte Studie des BMC ("Leuchtturmmodelle integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren", Band 2 der Schriftenreihe des BMC, MMV-Verlag, erscheint Ende 2006) bestätigt, in der gerade einigen indikationsbezogenen integrierten Versorgungsmodellen ein hohes gesundheitsökonomisches Potenzial und eine deutliche strukturelle Verbesserung der medizinischen Versorgung bescheinigt wird, während einige populationsbezogene Integrationsverträge deutlich hinter diesen Ergebnissen zurückbleiben. Schließlich ist es eine Minderheit von ca. 20% der Versicherten, die auf Grund ihrer Morbidität ca. 80% der Leistungen der GKV benötigen. Es ist deshalb folgerichtig, dass sich erste integrierte Versorgungssysteme zunächst auf die Optimierung der Versorgung dieser Klientel fokussieren. Dabei können Erfahrungen gesammelt werden, die später in größeren und komplexeren Systemen genutzt werden können.*

*Deshalb sollte die reglementierende Einschränkung der Anschubfinanzierung auf "populationsorientierte Flächendeckung" ersatzlos gestrichen werden.*

*Um Kleinstmodelle zu vermeiden, wird stattdessen vorgeschlagen die Möglichkeit von Indikationsverträgen weiterhin zu ermöglichen, aber eine Mindestbeteiligung der betroffenen Haus- bzw. Fachärzte in einer Vertragsregion vorzusehen.*

*Im Übrigen wird eine auf nur weitere zwei Jahre verlängerte Anschubfinanzierung dem voraussichtlichen Bedarf populationsbezogener integrierter Versorgung nicht gerecht; denn der Übergang von der herkömmlichen Versorgung zu größeren integrierten und sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen benötigt einen Zeithorizont und ein Erfahrungspotenzial einer größeren Zahl von Jahren. Schließlich wird in einem populationsorientierten System eine Vielzahl von gesundheitspolitischer Fragestellungen zu internen Managementthemen.*

*Darüber hinaus sind die Lockerung der Budgetierung, weitere Erleichterungen für die Budgetbereinigung und ein RSA, der sich weitgehend an der Morbidität orientiert, essentielle Voraussetzungen für derartige Entwicklungen.*

Außerdem wird empfohlen, eine Anschubfinanzierung auch für Einzelvertragsmodelle außerhalb der integrierten Versorgung bereit zu stellen, um eine schnellere Umsetzung von alternativen Versorgungsmodellen zu fördern.

**b. Beteiligung der Pflegeversicherung (§§ 140b Abs. 1 Nr. 5 SGB V und § 92b SGB XI)**

Die Einbeziehung von Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen in die integrierte Versorgung ist ein begrüßenswerter Schritt in die richtige Richtung; denn dadurch wird das professions- und sektorenübergreifende Angebotspektrum sinnvoll erweitert. Außerdem wird damit auch der Wettbewerb der Leistungsanbieter gefördert.

**c. Erbringung von hochspezialisierten Leistungen durch Krankenhäuser im Rahmen der integrierten Versorgung (§§ 140b Abs. 4 und 116 b SGB V)**

Die Regelung, dass Krankenhäuser im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung zur ambulanten Behandlung mit den im Katalog nach § 116 b Abs. 3 genannten hochspezialisierten Leistungen, und bei seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen berechtigt sind, ist im Sinne der Durchlässigkeit sektoraler Grenzen konsequent. Auf weitere auch problematische Aspekte der Regelungen im Artikel 1 Nr. 85 (§ 116 b SGB V: Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen) wird nachfolgend im Abschnitt B (Krankenhausversorgung) ausführlicher und kritisch Stellung genommen.

**d. Arzneimittelversorgung (§§ 140a Abs. 1, 130a Abs. 8 und § 106 Abs.2 Satz 6 SGB V)**

Eine "soll"-Regelung zu Rabattverträgen mit der integrierten Versorgung ist überflüssig, da diese ohnehin im Primärinteresse eines IV-Systems liegen.

Auf eine derartige Überregulierung der Arzneimittelversorgung in der integrierten Versorgung durch die genannten Bestimmungen sollte verzichtet werden

Die Aut-idem-Aussetzung bei Rabattverträgen ist allerdings zwingend, da sich Rabattverträge sonst nicht realisieren lassen und auch die Einführung von Innovationen erschwert wird.

**e. Beschränkung der Verwendung von Daten und resultierende Steuerungsprobleme (§§ 284 Abs. 1 Nr. 13 und 305a SGB V)**

Mit dem § 305a SGB V wird "das Kind mit dem Bade ausgeschüttet". Denn das primäre Ziel dieser Regelung, nämlich zu verhindern, dass Verwaltungsdaten einzelner Ärzte für Marketingzwecke zugänglich sind, kann auch durch eine gröbere Clusterung bei der Datenerhebung erreicht werden. Damit würden den Vertragspartnern neuer Versorgungsangebote die zum Versorgungsmanagement, zum Qualitätsmanagement und zum Controlling von Verträgen mit AM-Herstellern dringend benötigten Daten weiter in ausreichender Form zur Verfügung stehen. Das ist

*insbesondere denn wichtig, wenn sie die Daten nicht selber in einem geschlossenen EDV-Verbund generieren können.*

*Sofern solche Daten nicht innerhalb eines Verbundes von Leistungserbringern in einer entsprechende IT-Infrastruktur selber generiert werden können, sollte die Verwendung von Daten der Krankenkassen (§ 284 Abs.1 Nr. 13) sowie auch extern erhobener Daten (§ 305a SGB V) durch Managementgesellschaften einer integrierten Versorgung zu Zwecken des Versorgungsmanagements und des Controllings der Erfüllung von Verträgen zumindest in größerer Clusterung ermöglicht werden.*

*Für Dienstleistungsgesellschaften der KVen muss außerdem geregelt werden, dass diese im Sinne einer Gleichbehandlung mit Managementgesellschaften nicht auf solche Versorgungsdaten der KVen zugreifen können, die für Managementgesellschaften der integrierten Versorgung nicht zugänglich sind.*

*Insofern ist auch zu fordern, dass Managementgesellschaften einer integrierten Versorgung mit Leistungserbringern gleichzustellen sind, da sonst keine Datenauswertung und Steuerung möglich ist. Das erforderliche Einverständnis der Patienten zur Datenfreigabe kann mit der Einschreibung ins Modell verbunden werden. Hierzu ist eine Konkretisierung im Gesetz erforderlich.*

### **III. Artikel 1 Nr. 7: Case Management (§ 11 Abs. 4 SGB V)**

Versicherte sollen zukünftig Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche haben. Die betroffenen Leistungserbringer sollen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und sorgen und sich gegenseitig die erforderlichen Informationen übermitteln. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

## **Stellungnahme**

*Die Regelungen zum Case Management werden begrüßt. Der BMC empfiehlt hierbei dringend eine Professionalisierung, der Einsatz von Case Managern muss jedoch dem jeweiligen System überlassen werden. Sie sollen mit ihren Leistungen zur Effizienzsteigerung beitragen. In der integrierten Versorgung muss die Finanzierung innerhalb der IV-Finanzierung sichergestellt werden.*

## **B. Krankenhausversorgung**

### **Artikel 1 Nr. 85: Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen (§ 116 b SGB V)**

Geeignete Krankenhäuser sollen zukünftig berechtigt sein, an der ambulanten Versorgung mit hochspezialisierten Leistungen teilzunehmen, wenn und soweit das Krankenhaus im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers dazu bestimmt worden ist. Das Krankenhaus kann die Leistungen, die es erbringen will, selbst bestimmen. Die Vergütungen sollen unmittelbar von den Krankenkassen erfolgen und sich an der Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung orientieren. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen

## **Stellungnahme**

*Es handelt sich hier um einen besonderen Versorgungsbereich, für den im Interesse der Versicherten mit seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie einer speziellen Behandlungsbedürftigkeit geeignete Voraussetzungen und Zugangsmöglichkeiten geschaffen werden müssen. Dies wird auch durch die Ausnahme von der Einzelvertragssystematik und die unmittelbare Vergütung durch die Krankenkassen hervorgehoben.*

*Unter Berücksichtigung dieser Besonderheiten und im Sinne einer wünschenswerten Durchlässigkeit der Sektorengrenzen ist eine Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen einerseits ein Schritt in die richtige Richtung, andererseits werden durch die neuen Regelungen des § 116b SGB V die Wettbewerbssituation für die Erbringung hochspezialisierter Leistungen zu Lasten der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verzerrt.*

*Grundsätzlich sollte jeder Versicherte, der einer hochspezialisierten Behandlung bedarf oder an einer seltenen Erkrankung leidet, unabhängig davon, ob er von einem niedergelassenen Vertragsarzt oder vom Krankenhaus behandelt wird und unabhängig von der von ihm gewählten*

*Krankenkasse eine gleich gute Versorgung erhalten. Insofern ist es sachgerecht, dass eine für derartige seltene Ausnahmen ungeeignete Einzelvertragsregelung nicht vorgesehen ist, die den Zugang je nach Krankenkassenzugehörigkeit eröffnet oder beschränkt. Die notwendige Spezialversorgung sollte durch die Einhaltung von verbindlichen Qualitätsanforderungen erreicht werden, die sektorübergreifend sowohl für die ambulante als auch für die Versorgung durch Krankenhäuser gelten. Unterschiedliche sächliche und personelle Anforderungen im ambulanten und im Krankenhausbereich sind deshalb abzulehnen.*

*Die Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen direkt durch die Krankenkassen - wenn auch entsprechend der vertragsärztlichen Vergütung - benachteiligt die Vertragsärzte, die im Gegensatz zum Krankenhaus weiter innerhalb des vertragsärztlichen Systems zugelassen und honoriert werden und die von ihnen vorgehaltenen Einrichtungen vollständig selber finanzieren müssen. Gleichwohl würde eine Vergütungsregelung, die dies berücksichtigt und zum Beispiel bei den Krankenhäusern einen Abschlag vorsieht, die Wettbewerbssituation für Vertragsärzte weiter verschlechtern. Insofern ist zu erwarten, dass primär kein großer Anreiz für Vertragsärzte besteht, die hochspezialisierten Leistungen zu erbringen. Es ist allerdings denkbar, dass in neuen Versorgungsstrukturen wie in größeren MVZ oder in der integrierten Versorgung günstigere Kalkulationsvoraussetzungen auch für daran beteiligte Vertragsärzte möglich sind, die diesen Nachteil beseitigen.*

*Der Zugang zur hochspezialisierten Versorgung sowie die Prüfung der Qualität und Wirtschaftlich sollte deshalb sowohl für Krankenhäuser als auch für Vertragsärzte und vertragsärztliche Berufsausübungsgemeinschaften unter gleichen Bedingungen erfolgen. Das heißt beispielsweise für die Zulassung, dass für beide entweder die für die vertragsärztliche ambulante Versorgung geltende Bedarfsplanung und Zulassungsverordnung verbindlich ist oder dass ein für beide gleiches anderes Zulassungsverfahren installiert wird, an dem die Krankenhausgesellschaft, die KV, die Krankenkassen sowie die zuständige Landesbehörde beteiligt sind.*

**Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)  
Friedrichstraße 136  
10117 Berlin  
Tel. 030 – 28 09 44 80  
E-Mail: [bmcev@bmcev.de](mailto:bmcev@bmcev.de)**