



DV 36/06 AF IV
1. November 2006

Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Die nachstehende Stellungnahme nimmt die Auswirkungen der geplanten Gesundheitsreform sowohl auf die medizinische Versorgung älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen als auch auf die Sozialhilfe in den Blick. Sie bewertet die im Regierungsentwurf vom 24.10.2006 (BT-Drs. 16/3100) eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV dargestellten Gesetzesänderungen und gibt Anregungen für weitere Vorhaben. Der Deutsche Verein gibt diese Stellungnahme in dem Wissen ab, dass die politischen Diskussionen um die Gesundheitsreform 2006 noch nicht abgeschlossen sind und behält sich weitere ergänzende und konkretisierende Stellungnahmen vor. Er möchte dennoch zum jetzigen Zeitpunkt seine Überlegungen in die laufende Diskussion um ein Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV einbringen.

Vorbemerkung

Der Deutsche Verein hält es angesichts der Vielzahl an Änderungen, die durch die Reform in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen werden sollen, für angezeigt, insbesondere zu den Änderungen des materiellen Rechts Stellung zu nehmen. Neben den durchaus positiv zu wertenden Elementen der vorliegenden Arbeitsentwürfe – z.B. die Verbesserung der Palliativversorgung, die Erweiterung des Haushaltsbegriffs in der häuslichen Krankenpflege und die Einbeziehung der Pflege in die Integrierte Versorgung – möchte der Deutsche Verein auf die problematischen Aspekte hinweisen.

Der Deutsche Verein hält es für erforderlich, das Gesundheitswesen so schlank und effizient wie möglich zu gestalten, damit die von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu leistenden Versicherungsbeiträge weitestgehend in die Gesundheitsversorgung selbst fließen. Dementsprechend spricht sich der Deutsche Verein für einen konsequenten Bürokratieabbau aus. Einer Bewertung des Gesundheitsfonds enthält sich der Deutsche Verein. Er weist jedoch in Übereinstimmung mit dem umfassenden Ziel des Bürokratieabbaus darauf hin, dass ein Fonds nur dann vertretbar ist, wenn er keine neue Institution schafft. Im Übrigen hält der Deutsche Verein es für erforderlich, Einsparpotenziale im bestehenden System zu mobilisieren. Soweit solche durch die Effektivierung des Beitragseinzugs mobilisiert werden können, spricht sich der Deutsche Verein für eine entsprechende Änderung der Administration aus.

1. Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser

Die geplanten staatlich verordneten pauschalen Sanierungsbeträge zugunsten der Krankenkassen und zu Lasten der Leistungserbringer sowohl für Krankenhäuser ("Sanierungsbetrag" in Höhe von ein Prozent ihrer Budgets nach § 4 Abs. 9 Satz 2, § 8 Abs. 9 KHEntgG n.F.¹) als auch für Leistungen des Rettungsdienstes und andere Krankenfahrten (Abschlag i.H.v. drei Prozent der vertraglich vereinbarten Vergütungen, § 133 Abs. 4 SGB V n.F.) lehnt der Deutsche Verein ab. Ebenso fragwürdig findet der Deutsche Verein die geplante Verlängerung der Anschubfinanzierung bis einschließlich 2008 durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) vom 30. Aug. 2006 (BT Drs. 16/2474) für die Integrierte Versorgung aus den Krankenhausbudgets. Derlei Kostenverschiebungen sind unbegründet.

2. Versicherungspflicht

Im Koalitionsvertrag² kritisieren die Regierungsparteien, dass eine wachsende Zahl von Bürgerinnen und Bürgern heute ohne Versicherungsschutz ist, und fordern, dass niemand ohne Versicherungsschutz bleibt und solchen Versicherten, die den Schutz verloren haben, eine Rückkehrmöglichkeit zur jeweiligen Versicherung angeboten wird.

¹ n.F. steht hier und im weiteren Verlauf dieser Stellungnahme für: Regelungen nach dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG); Stand: 24. Oktober 2006.

² Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005, Zeile 4296–4299.

Der Deutsche Verein begrüßt, dass mit der nun vorliegenden Reform für nicht Krankenversicherte eine Rückkehrmöglichkeit in die letzte oder zuständige Krankenkasse (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V n.F.) eingeführt werden soll und die privaten Krankenversicherungen einer Kontrahierungspflicht zum Basistarif für freiwillig Versicherte unterliegen sollen (§ 12 Abs. 1 a Versicherungsaufsichtsgesetz n.F.). Hiermit wird insbesondere den Personen geholfen, die durch Änderungen im SGB II, z.B. Einführung der Bedarfsgemeinschaft, von der gesetzlichen in die freiwillige Krankenversicherung gefallen sind und es versäumt haben, innerhalb der 3-Monatsfrist (§ 9 Abs. 2 SGB V) eine freiwillige Krankenversicherung abzuschließen.

Der Deutsche Verein weist jedoch darauf hin, dass auch nach der genannten Neuregelung noch Personen ohne Versicherungsschutz bleiben. Er erwartet, dass die bestehende Parallelstruktur der gesundheitlichen Versorgung im SGB XII behoben wird und fordert daher den Gesetzgeber auf, die Zielvorgabe des Artikels 28 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) umzusetzen, wonach Leistungsempfänger nach dem SGB XII und dem Asylbewerberleistungsgesetz als versicherungspflichtige Personen in das SGB V einbezogen werden sollen. Dazu fordert der Deutsche Verein, dass in § 5 Abs. 1 SGB V eine Versicherungspflicht auch für Leistungsberechtigte nach dem SGB XII und dem Asylbewerberleistungsgesetz eingeführt wird. Denn seit der Einführung des SGB II befindet sich nur noch eine verhältnismäßig kleine Gruppe von Menschen in der Gesundheitsversorgung nach SGB XII i.V.m. § 264 SGB V. Die erwerbsfähigen Sozialhilfeempfänger wechselten zum 1. Januar 2005 in den Geltungsbereich des SGB II und wurden als Bezieher von Arbeitslosengeld II zu Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung. Für diesen Personenkreis wird ein monatlicher Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeitrag (126,65 € ab 1. Juli 2006) von der Bundesagentur für Arbeit an die Krankenkassen geleistet.

Die Einführung der Versicherungspflicht für Leistungsberechtigte nach dem SGB XII und dem Asylbewerberleistungsgesetz würde endlich das Sondersystem im SGB XII und den damit verbundenen Verwaltungsaufwand aufheben und eine konsequente Lösung schaffen. Auch der Arbeitsaufwand, der mit dem derzeitigen Abrechnungsverfahren nach § 264 SGB V verbunden ist und der sowohl bei den Sozialhilfeträgern als auch bei den Krankenkassen entsteht, entfielen. Die Sozialhilfeträger erstatten derzeit die ärztlichen

Leistungen pauschal je Mitglied und die übrigen Leistungen – z.B. stationäre Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel, Zahnbehandlungen und Hilfsmittel – nach einer Spitzabrechnung an die gesetzlichen Krankenkassen.

3. Leistungsrechtliche Änderungen

Der Deutsche Verein sieht in einigen der leistungsrechtlichen Änderungen im GKV-WSG das Potenzial, die Schnittstellenprobleme zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege zu verringern. Jedoch gehen viele der neuen Regelungen nicht weit genug, um letztlich zielführend zu sein. So hält der Deutsche Verein insbesondere die Rehabilitation als Pflichtleistung, die Stärkung der Prävention und die Verbesserung der Palliativversorgung für unabdingbar. Auch die Erweiterung des Haushaltsbegriffs in der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie die Etablierung eines Anspruchs auf Hilfsmittel, der die Qualität, Beratung und Anpassung einbezieht, sind langjährige Forderungen des Deutschen Vereins.

3.1. Medizinische Rehabilitation als Pflichtleistung

Der Deutsche Verein hält an seiner schon mehrfach geäußerten Forderung fest, § 40 SGB V von der Ermessensleistung in eine Pflichtleistung zu verwandeln.³ Die diesbezüglich mit der Gesundheitsreform gemachten Schritte, die geriatrische Rehabilitation (§ 40 a SGB V n.F.) und die Mutter-/Vater-Kind-Kuren (§ 24 Abs. 1 Halbsatz 1 und § 41 SGB V n.F.) in eine Pflichtleistung umzustellen, stellen zwar eine Verbesserung zur derzeitigen Situation dar. Der Deutsche Verein favorisiert aber aus den hinlänglich bekannten systematischen und sozialpolitischen Gründen, die Grundnorm des § 40 SGB V und nicht lediglich die nachfolgenden Spezialregelungen zu ändern. Denn nur durch einen verpflichtenden Rechtsanspruch auf sämtliche Leistungen der medizinischen Rehabilitation kann eine bessere Versorgung, die unter anderem erheblich zur Verringerung des Pflegerisikos beitragen wird, sichergestellt werden. Die Ausweitung der mobilen Rehabilitation durch die geplante Änderung in § 40 Abs. 1 SGB V n.F. begrüßt der Deutsche Verein uneingeschränkt, gerade für behinderte und pflegebedürftige Menschen wird diese Änderung eine erhebliche Verbesserung mit sich bringen.

³ Deutscher Verein: Erste Überlegungen für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen und ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, NDV 2006, 306–310; Deutscher Verein, Stellungnahme zum Reformbedarf in der Pflegeversicherung, NDV 2004, 261–263.

3.2. Der Haushaltsbegriff in der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V

Angesichts der Differenzierung der Wohnformen im Alter und in der Hilfe für Menschen mit Behinderungen, der notwendigen Inanspruchnahme von Krankenpflege (medizinischer Behandlungspflege) auch außerhalb des eigenen Haushalts, z.B. in der Schule, und einer sozial- und fachpolitisch gestärkten Verselbstständigung der Lebensführung und Selbstbestimmung erweist sich der in § 37 SGB V verwandte Begriff des Haushalts als zunehmend schwierig. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat in einigen Entscheidungen den Versuch unternommen, den Haushaltsbegriff mit weiteren Kriterien zu unterlegen, die ermöglichen sollen, die Inanspruchnahme von „häuslicher“ Krankenpflege leistungrechtlich zu sichern. Diese Rechtsprechung kann jedoch eine moderne Konzeption von Krankenpflegeleistungen außerhalb von stationären Einrichtungen nicht ersetzen.

Der Deutsche Verein hält die geplante Ergänzung in § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V n.F. „oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen“ für wenig hilfreich. Denn die Begriffe „geeigneter Ort“ und „betreute Wohnform“ schaffen ebenso wenig Rechtsklarheit wie der Begriff „Haushalt“. Auch die neue Richtlinienermächtigung in § 37 Abs. 6 SGB V n.F. hält der Deutsche Verein für problematisch, da der Gemeinsame Bundesausschuss mit einer solchen Richtlinie nicht nur die vom Gesetzgeber definierten Leistungen auslegen, sondern gerade durch die Definition des „geeigneten Ortes“ (§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V n.F.) leistungsdefinierend tätig werden würde.

Der Deutsche Verein begrüßt jedoch, dass im Arbeitsentwurf ein Schritt zur Abkehr von der Anknüpfung an den Leistungsort enthalten ist, indem ein zweiter Satz an § 37 Abs. 2 SGB V angefügt werden soll, der besagt: *„Der Anspruch nach Satz 1 besteht ... auch für Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen i.S.v. § 43 SGB XI, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.“* Dieser Satz 2 eröffnet erstmals die Möglichkeit, medizinische Behandlungspflege durch die GKV unabhängig vom Leistungsort zu erbringen und knüpft an die Bedarfslage eines kranken Menschen an, ohne dass es darauf ankommt, ob diese Person sich in einer Pflegeeinrichtung oder zu Hause befindet. Insofern trägt diese Vorschrift der Anregung des Deutschen Vereins aus seinen ersten Überlegungen zum Gesamtkonzept⁴ teilweise Rechnung, in denen er anregte, das Tatbe-

⁴ Deutscher Verein: Erste Überlegungen (Fußn. 3).

standsmerkmal „eigene Häuslichkeit“ entfallen zu lassen, nicht zuletzt, um zur Erlangung der gewünschten Durchlässigkeit der Versorgungsstrukturen zwischen stationär, teilstationär und ambulant beizutragen.

3.3. Hilfsmittelversorgung

Die Hauptprobleme in der Hilfsmittelversorgung liegen einerseits in der steigenden Ausgabenentwicklung und andererseits in der uneinheitlichen und häufig unzureichenden Qualität, Anleitung und Beratung beim Hilfsmittelgebrauch. Diese Grundprobleme werden durch die bekannt gewordenen Änderungen im Rahmen der anstehenden Gesundheitsreform nicht gelöst.

Der Deutsche Verein ist nicht überzeugt, dass allein das Ausschreibungsverfahren nach § 127 SGB V n.F. den Hilfsmittelmarkt beleben und einen Wettbewerb über Qualität und Preise generieren wird. Er hat dementsprechend Zweifel, ob insbesondere im Bereich der individuellen Hilfsmittel eine nachhaltige Senkung der Kosten erreicht und dabei das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten sichergestellt werden kann. Eine Lösung, um der unzureichenden Anleitung und Beratung beim Hilfsmittelgebrauch zu begegnen, ist nicht erkennbar.

3.4. Weitergabe von Arzneimitteln in Gemeinschaftseinrichtungen

Der Deutsche Verein hält die Ermöglichung der Weitergabe von Arzneimitteln in Gemeinschaftseinrichtungen (Artikel 24, Änderung des § 5 b der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung) für eine längst überfällige, wirtschaftliche und insofern begrüßenswerte Maßnahme.

3.5. Verbesserung des Leistungsanspruchs auf Palliativversorgung

Die Verbesserung und Definition des Leistungsanspruchs auf und die Vergütung von Palliativversorgung auch in Pflegeeinrichtungen und Hospizen in § 37 b SGB V n.F. ist nach Auffassung des Deutschen Vereins grundsätzlich richtig und die Einführung eines Anspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird begrüßt. Zur Vermeidung von Doppelstrukturen soll der erforderliche Ausbau der palliativen Versorgung gemeinsam mit den bewährten Trägern von Palliativmedizin und Hospizarbeit durchgeführt werden. Soweit Krankenhäuser an der ambulanten Leistungserbringung mitwirken, ist die Finanzierungsgrundlage jedoch unklar. Ob im vorgesehenen Verfahren nach § 91

Abs. 5 SGB V zur Konkretisierung der sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung und Entwicklung von Maßstäben für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung die Unsicherheit der Finanzierungsgrundlage behoben werden kann, ist fraglich.

3.6. Prävention

Die Aufwertung der Prävention in der gesundheitlichen Versorgung hält der Deutsche Verein für dringend erforderlich. Wie bereits in den Überlegungen zum Gesamtkonzept ausgeführt,⁵ ist die Nutzung der Mittel der Prävention im deutschen Sozialversicherungsrecht nach wie vor unzureichend, obwohl sie eine Vielzahl von Möglichkeiten bietet, den Eintritt von Behinderungen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder zu mildern. Präventionsleistungen sollten daher nicht auf die Sozialleistungsträger begrenzt werden, sondern müssen verstärkt Angebote im Bereich der Bildung, der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Prophylaxe und Vorsorge sowie der Teilhabe und Versorgung enthalten. Hinsichtlich der Zielsetzung, ein Präventionsgesetz zu schaffen, verweist der Deutsche Verein in Bezugnahme auf den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention auf seine kritische Stellungnahme⁶ vom März 2005. Die Regelungen der §§ 20 a bis 20 d SGB V n.F. stellen zwar einen Schritt in die richtige Richtung dar, sind aber kein Ersatz für ein Präventionsgesetz, das sowohl die primäre als auch die sekundäre und tertiäre Prävention umfassend regelt und Prävention sowohl als gesamtgesellschaftliche Aufgabe als auch als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung anerkennt. Der Deutsche Verein erwartet daher, dass der Gesetzgeber alsbald nach der Gesundheitsreform ein entsprechendes Präventionsgesetz folgen lässt, welches die Prävention als eigenständige Säule im Sozialrecht wertet und ausgestaltet.

Die mit dem GKV-WSG angestrebten Maßnahmen für Präventionsanreize, insbesondere die Einführung einer an die Inanspruchnahme von medizinischen Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen geknüpfte Bonus- (§ 65 a Abs. 1 SGB V n.F.) und Malusregelung (§ 62 Abs. 1 Satz 3 SGB V n.F.), nämlich dem Entfallen der besonderen Belastungsgrenze für chronisch kranke Menschen, wenn sie nicht vorgeschriebene Gesundheitsuntersuchungen in Anspruch genommen haben, hält der Deutsche Verein für wenig

⁵ Deutscher Verein: Erste Überlegungen (Fußn. 3).

⁶ Deutscher Verein: Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention – Präventionsgesetz“ vom 16. März 2005, NDV 150–153.

zielführend. Denn die Vorteile umfassender Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 SGB V n. F. werden teilweise wissenschaftlich in Frage gestellt. Eine solche Regelung relativiert zudem das Finalitätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung und stellt eine unausgewogene Maßnahme gerade für einkommens- und bildungsarme Bevölkerungsgruppen sowie Menschen mit schweren Behinderungen, psychisch kranke oder wohnungslose Menschen dar, denen regelmäßige Arztbesuche krankheitsbedingt schwer fallen. Der Deutsche Verein regt daher an, von der Bonus-/ Malusregelung Abstand zu nehmen.

4. Organisationsrechtliche Änderungen: Infrastruktur der Versorgung, Leistungserbringungsrecht, Organisation

4.1. Verzahnung ambulant und stationär

Der Deutsche Verein begrüßt jede bessere Verzahnung des ambulanten Sektors mit dem stationären Sektor. Die vorgeschlagene konsequentere Umsetzung der ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus (z.B. hochspezialisierter Leistungen für Patienten mit Krebserkrankungen, HIV/AIDS, mit Mukoviszidose, Anfallsleiden u.a. nach § 116 b Abs. 3 SGB V oder durch ambulantes Operieren) ist wünschenswert. Der Deutsche Verein ist überzeugt, dass die ambulante Versorgung besonders schwer kranker Menschen sowohl kostensparend als auch gut für die Patienten ist, vorausgesetzt, dass die häusliche Nachsorge hinreichend sichergestellt werden kann. Der Deutsche Verein begrüßt insofern auch die Abkehr von der einzelvertraglichen Regelung bei der Erbringung hochspezialisierter Leistungen nach § 116 b SGB V zugunsten eines Zulassungsmodells im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder..

Der Deutsche Verein hält auch die vergütungsrechtliche Maßnahme für sachgerecht, für vergleichbare Leistungen im ambulanten Bereich vergleichbare Vergütungen festzulegen (Art. 33 GKV-WSG). Die Stärkung des ambulanten Sektors und die bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen bestimmt derzeit auch die Reformbestrebungen in anderen Systemen der sozialen Sicherung, wie der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Pflege. Die dargelegten Maßnahmen, insbesondere die vergleichbare Vergütung für ambulante und stationäre Leistungen, könnten auch im Rahmen dieser Systeme beispielgebend sein. Mögliche Erfolge der GKV durch diese Reform sollten daher sorgfältig beobachtet und evaluiert werden.

4.2. Integrierte Versorgung

Die Integrierte Versorgung stellt derzeit noch einen Entwicklungssektor dar, in dem überkommene Versorgungsstrukturen in Frage gestellt werden und versucht wird, durch neue vernetzte Versorgungsketten eine effizientere und qualitativ bessere Versorgung zu entwickeln. Der Deutsche Verein ist überzeugt, dass die Integrierte Versorgung weiter gefördert werden sollte. Dabei sollten innovative, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle grundsätzlich nicht eingeschränkt werden. Überschneidungen z.B. mit laufenden Disease-Management-Programmen sollten vermieden werden. Er begrüßt daher auch die Einbindung der Pflegeversicherung und der Pflege-Leistungserbringer in die Integrierte Versorgung (§ 140 b Abs. 1 Nr. 5 SGB V n.F. und § 92 b SGB XI n.F.). Allerdings darf es dadurch zu keiner Kostenverschiebung zwischen Kranken- und Pflegekassen kommen. Der Deutsche Verein begrüßt deshalb, dass in § 92 b Abs. 2 Satz 3 SGB XI n.F. die Klarstellung getroffen ist, dass in Verträgen über die integrierte Versorgung die Pflegevergütungen keine Aufwendungen berücksichtigen dürfen, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen.

Aus der Sicht des Deutschen Vereins sind neben den Chancen auch die Grenzen Integrierter Versorgung im Sinne der §§ 140 a–d SGB V zu benennen. Mit Integrierten Versorgungsverträgen können zwar Leistungen des SGB V gebündelt werden – die Grenzen zu anderen Zweigen des gegliederten Systems der Sozialen Sicherung bleiben jedoch bestehen. So können z.B. Einrichtungen und Dienste der Gemeindepsychiatrie oder kommunal finanzierte Suchtberatungsstellen nicht an Integrierten Versorgungsverträgen mitwirken, obwohl dies im Interesse der betroffenen Menschen und einer höheren Versorgungseffizienz wäre.

4.3. Verbesserung des Entlassungsmanagements und der Kooperation

Der Deutsche Verein hält ein verbessertes Entlassungsmanagement der Krankenhäuser für erforderlich. Den Ansatz, ein solches über den in § 11 Abs. 4 SGB V n.F. eingefügten „Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Schnittstellen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“ und den Verweis auf die Verträge der Integrierten Versorgung bzw. nach §§ 112 – richtigerweise § 112 Abs. 2 Nr. 4 und 5 SGB V –, nicht aber § 115 SGB V einzuführen, hält der Deutsche Verein jedoch für unzureichend. Die vorgeschlagene Regelung stellt noch keine Verbesserung zur bisherigen Rechtslage dar. Schon der anspruchsbegründende Charakter der neuen

Vorschrift ist zweifelhaft. Denn sowohl die systematische Einordnung dieser Regelung in § 11 SGB V, der bislang lediglich Leistungsarten auflistete und keine Anspruchsgrundlagen enthielt, als auch die unklare Ausgestaltung der Leistung, die im Rahmen eines Versorgungsmanagements zu erbringen ist, sind unbefriedigend. In der Fassung der Vorschrift wird ein unbestimmter Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse mit unkonkretisierten Pflichten der Leistungserbringer vermengt. Demgegenüber hält der Deutsche Verein eine Konkretisierung für erforderlich, die die qualitativen und konzeptionellen Anforderungen an ein Entlassungsmanagement skizziert. Der Verweis auf die §§ 112 und 115 SGB V kann nur deklaratorisch gesehen werden, da diese Vorschriften schon seit vielen Jahren bestehen, jedoch hinsichtlich des Entlassungsmanagements nicht die wünschenswerte praktische Anwendung gefunden haben. Sie dienen bisher im Wesentlichen der Finanzierung des Krankenhaussozialdienstes und dem Übergang in die Anschlussrehabilitation. Insofern hält der Deutsche Verein die vorgeschlagene Regelung noch nicht für geeignet, die erforderliche Sicherstellung des Entlassungsmanagements zu erreichen, da die Leistungsgewährung auch in Zukunft der Aushandlung durch die Selbstverwaltungspartner überlassen ist und das Versorgungsmanagement nicht Eingang in eine spezielle Anspruchsnorm gefunden hat.

Hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung des Entlassungsmanagements regt der Deutsche Verein ein im Krankenhaus angesiedeltes Case-Management an. Erfahrungen mit den Sozialdiensten in den Krankenhäusern haben gezeigt, dass sie auch wegen ihrer tatsächlichen Nähe zum Patienten geeignet sind, ein sinnvolles Entlassungsmanagement und eine bessere Kooperation zwischen den bestehenden Einrichtungen sowie Versorgungs-, Dienstleistungs- und Unterstützungsangeboten zu organisieren.

4.4. Über- und Unterversorgung

Die vertragsärztliche Versorgung, insbesondere im Bereich der fachärztlichen Versorgung, ist in Deutschland unterschiedlich gut sichergestellt. Während in Ballungsgebieten und Großstädten Überversorgung besteht – ausgebildete Ärzte bleiben arbeitslos, horrenden Summen werden für den Kauf von Zulassungssitzen gezahlt – herrscht in ländlichen und strukturschwachen Regionen zum Teil eine gravierende Unterversorgung. Diese Unterversorgung führt für mobilitätseingeschränkte Personen, wie alte und behinderte Menschen, nicht selten dazu, dass theoretisch noch ambulant versorgbare Patienten stationär betreut werden müssen. Dies schränkt ihre Rehabilitationspotenziale erheblich

ein und verursacht höhere Kosten. Gründe für die Versorgungsdiskrepanz sind u.a. die Attraktivität der Ballungsräume und die geringere Anzahl an Privatpatienten auf dem Land, die einen Arztsitz dort in aller Regel weit weniger lukrativ macht als in der Stadt.

Der Deutsche Verein begrüßt, dass der Gesetzgeber die Problemstellung erkannt hat und mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz erste Schritte zur Abmilderung plant.⁷ Hiernach wird die Aufhebung der Altersgrenze oder die Eröffnung von Zweitpraxen ermöglicht. Auch die mit der Gesundheitsreform vorgeschlagenen differenzierten Zu- und Abschläge in der Gebührenordnung der Ärzte sollen einen finanziellen Anreiz für die Ärzte bieten, sich im ländlichen Raum niederzulassen. Die Wirksamkeit dieser Mittel zur Bewältigung der Versorgungslücken muss sich nach Ansicht des Deutschen Vereins erst erweisen. Der Deutsche Verein ist jedoch nicht überzeugt, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen das Problem lösen wird. Vielmehr hält er eine sektorübergreifende Landesrahmenplanung für erforderlich. Um eine solche zumindest modellhaft zu erproben, schlägt der Deutsche Verein die Einführung von entsprechenden Öffnungsklauseln vor. Der Deutsche Verein unterstützt außerdem das Interesse der Städte und Landkreise, im Rahmen des Zulassungsverfahrens bei der Verteilung der Kassensitze beim Zulassungsausschuss eine Stimme zu erhalten und zumindest beratend mitzuwirken. Er hält dies für einen Ansatzpunkt, in den kassenärztlichen Vereinigungen das Bewusstsein für die infrastrukturellen Herausforderungen im ländlichen Raum zu stärken.

⁷ BR-Drucks. 353/06, S. 28.