



18. Juni 2003

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
“Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems”
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)

- Drucksache 15/1170 -

**Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) nimmt zu folgenden
krankenhausrelevanten Inhalten des Entwurfes eines Gesetzes zur
Modernisierung des Gesundheitssystems –
Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) – Stellung:**

I. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

1. Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin
2. Koordinierungsausschuss
3. Ärztliche Fortbildung

II. Krankenhausplanung

III. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

1. Flexibilisierung des Vertragsrechts in der ambulanten fachärztlichen Versorgung
2. Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Behandlung
3. Weiterentwicklung der integrierten Versorgung
4. Vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a SGB V

IV. Verbesserung der Datentransparenz

V. Verbesserung der Arzneimittelversorgung

VI. Neuordnung der Finanzierung

VII. Neugestaltung der Zuzahlungen

VIII. Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im EU-Ausland

I. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

1. Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin

Zu Artikel 1 Nummern 91 und 86a: §§ 139 a – 139l, § 137 c SGB V Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin, Ausschuss Krankenhaus

Die DKG lehnt die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausgestaltung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“ ab.

Der Gesetzentwurf stellt bei der beabsichtigten Gründung eines „Zentrums für Qualität in der Medizin“ das Ziel der Qualitätssicherung in den Vordergrund.

Grundsätzlich ist die Vorgabe von Qualitätszielen in einem wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen sinnvoll.

Der Gesetzentwurf lässt jedoch in keiner Weise plausibel erkennen, aus welchen Gründen zur Verbesserung der Patientenversorgung ein „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ errichtet werden muss und nicht bereits bestehende Institutionen dafür in Anspruch genommen werden können.

Beispielhaft sind folgende Institutionen zu nennen, die sich bereits mit für ein „Deutsches Zentrum für Medizin“ vorgesehenen Aufgaben befassen:

Der Gesetzgeber hat mit Wirkung zum 01.01.2000 der Selbstverwaltung auf Bundesebene die Kompetenz zum Abschluss von bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen für zugelassene Krankenhäuser übertragen. Die Vertragspartner und -beteiligten gemäß § 137 SGB V haben im selben Jahr ein umfangreiches Vertragswerk konsentiert, Entscheidungsgremien errichtet und die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) gegründet. Heute laufen die Qualitätssicherungsmaßnahmen routinemäßig. Die BQS hat erstmals für 2001 einen beispielhaften Qualitätsreport erstellt.

Mit der Gesundheitsreform 2000 sind die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene gesetzlich beauftragt worden, gemäß § 137 e SGB V, einen Koordinierungsausschuss zu errichten. Dieser soll u. a. Empfehlungen nach § 137 f SGB V abgeben, für welche Krankheiten strukturierte Behandlungsprogramme eingeführt werden sowie welchen inhaltlichen Anforderungen diese Programme genügen sollten.

Der Koordinierungsausschuss hat trotz permanenten politischen Zeitdruckes bewiesen, dass er Ergebnisse mit hoher Qualität fristgerecht erarbeiten kann. Bereits in kürzester Zeit konnten zahlreiche Diagnosen auf ihre Eignung für ein DMP anhand der gesetzlich vorgegebenen Kriterien analysiert und ausgewählt sowie zu drei Erkrankungen (Diabetes Mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit) umfangreiche Anforderungen an ein Disease-Management-Programm verabschiedet werden. Dies war nur durch das erfolgreiche Zusammenspiel von Selbstverwaltungspartnern und hochrangigen medizinischen Experten möglich. Staatliche Institutionen haben international gezeigt, dass auch diese keine schnelleren Ergebnisse erzielen können. Immer wenn medizinische Empfehlungen zur breiten Anwendung durch den Verordnungsgeber oder durch Selbstverwaltungspartner bekannt gegeben werden, ist in jedem Falle äußerste

medizinisch-fachliche Sorgfalt und somit intensivste inhaltliche Recherche erforderlich, um keine fahrlässige Gefährdung der Patienten zu verursachen.

Der Gesetzentwurf lässt nicht erkennen, ob das „Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin“ parallel zu diesen beispielhaft angeführten Institutionen der Selbstverwaltung tätig werden, diese integrieren oder gar ersetzen soll. Allein in Anbetracht der erheblichen Finanzierungsprobleme wären weder der Aufbau von Parallelorganisationen noch die Demontage der mit erheblichen Investitionen der Selbstverwaltung aufgebauten Strukturen vermittelbar.

Aus Sicht der DKG ist es daher zwingend erforderlich, vor Errichtung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“ zu prüfen, ob und wie bestehende Institutionen der Selbstverwaltung, die sich bereits mit Aufgaben der Versorgungsqualität im Gesundheitsbereich befassen, unter ggf. effizienterer Ausgestaltung bzw. Reorganisation in Anspruch genommen werden können.

Über die bereits von der Selbstverwaltung wahrgenommenen Aufgaben hinaus, sieht der Gesetzentwurf als weitere Aufgaben eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“ die „Erstellung evidenzbasierter Leitlinien und pflegerischer Standards für ausgewählte Krankheiten“ sowie die „Abgabe von Empfehlungen an die Bundesausschüsse nach § 91 und den Ausschuss Krankenhaus nach § 137 c Abs. 2 SGB V zu den jeweils besten, verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Regelungsinhalte nach §§ 92 Abs. 1 und 137 c Abs.1“ vor.

Die DKG erachtet es nach wie vor für unverzichtbar, dass Behandlungsleitlinien unter Federführung der Ärzteschaft, d.h. der Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer, zu entwickeln sind:

Bei medizinischen Leitlinien handelt es sich um systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Leitlinien dienen primär klinisch tätigen und niedergelassenen Ärzten. Sie verschaffen im Rahmen des sich zunehmend rasch entwickelnden medizinischen Wissens eine komprimierte Darstellung zentraler Erkenntnisse. Aufgrund dessen handelt es sich bei der Entwicklung von Leitlinien ausschließlich um eine rein medizinisch-fachliche und somit originär ärztliche Aufgabe.

Eine wie im Gesetzentwurf vorgesehene Legitimierung medizinischer Leitlinien durch Gremien der Selbstverwaltung oder den Gesetzgeber führt dazu, dass Leitlinien den Charakter einer Richtlinie erhalten würden. Dies widerspricht dem bisherigen Verständnis von Leitlinien.

Leitlinien sind als eine Orientierungshilfe im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, in der in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder auch muss, zu verstehen. Sie sind keinesfalls als eine Anleitung für falsch verstandene standardisierte Medizin zu verstehen. Vielmehr handelt es sich um nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens multidisziplinärer Expertengruppen nach systematischer Recherche und Analyse der Literatur. Der behandelnde Arzt muss in jedem Falle unter Berücksichtigung der beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen darüber entscheiden, ob einer bestimmten Empfehlung einer Leitlinie gefolgt werden muss oder nicht. Es handelt sich insofern nicht um eine verbindliche

Regelung des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wird und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

Sofern die Feststellung der derzeit verfügbaren medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse unter der gleichzeitigen Zielsetzung der Einschränkung medizinischer Leistungen in Form eines Konsensprozesses unterschiedlicher Leistungserbringer und Kostenträger unterzogen werden soll, handelt es sich nicht um medizinische Leitlinien sondern vielmehr um ein Rationierungsinstrument unter dem Deckmantel der Förderung der Qualität in der Medizin.

Die Empfehlungen eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“ zur best verfügbaren Evidenz sollen die Bundesausschüsse nach § 91 und der Ausschuss Krankenhaus nach § 137 c SGB V bei ihren gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben unterstützen. Die Regelung des § 137 c Abs. 3 SGB V sieht jedoch eine Ermächtigung des BMGS zum Erlass einer Rechtsverordnung vor, um sicherzustellen, dass die Empfehlungen des „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“ für die stationäre Versorgung Verbindlichkeit erlangen können, wenn der Ausschuss Krankenhaus eine einschlägige Empfehlung in einem Beschluss nicht berücksichtigt hat. Das BMGS soll von seinem Initiativrecht sogar auch dann Gebrauch machen können, wenn zu den Empfehlungen des „Deutschen Zentrums für Medizin“ überhaupt keine Prüfverfahren beim Ausschuss Krankenhaus anhängig sind.

Ein derartiges Verfahren käme nicht nur einer Demontage der Selbstverwaltung gleich, sondern führt durch die nach wie vor geltende Budgetierung des GKV-Systems dazu, dass die Empfehlungen als staatliches Instrument der Leistungsbeschränkung und Kostenkontrolle eingesetzt werden können. Dies gilt um so mehr, als das BMGS das „Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin“ mit Arbeiten nach § 139b Abs. 1 SGB V beauftragen kann und diese Aufträge vorrangig zu bearbeiten sind.

Die DKG wendet sich mit Nachdruck gegen die geplante Rechtswirkung von Leitlinien und Empfehlungen eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“, ohne dass eine gesundheitspolitische Debatte über Art und Umfang der Versorgung sowie über die Versorgungsziele im Deutschen Gesundheitswesen geführt wurde.

Die Vorgabe von Versorgungsstandards als Richtlinien kann aus Sicht der DKG keine Selbstverwaltungsaufgabe sein. Dieser Weg erfordert vielmehr eine unmittelbare politische Verantwortung und kann daher nur durch eine staatliche Einrichtung legitimiert werden.

2. Koordinierungsausschuss

Zu Artikel 1 Nummer. 89: §§ 137 e und 137 f Abs. 2 a SGB V

Die Änderungen dahingehend, dass es keines einvernehmlichen Beschlusses des Koordinierungsausschusses mehr bedarf, um Anforderungen an Disease-Management-Programme und Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung festzulegen, sondern vielmehr die Mehrheit des Koordinierungsausschusses entscheidet, hält die DKG für problematisch.

Die Beschlüsse des Koordinierungsausschusses dienen dem BMGS als Grundlage zur Erarbeitung der jeweiligen Rechtsverordnung. In der Vergangenheit hat das Ministerium die Beschlüsse des Koordinierungsausschusses jeweils zu einem großen Teil übernommen und bei der Erstellung der jeweiligen Rechtsverordnung wenig abgeändert. Der Koordinierungsausschuss fühlt sich für seine Beschlüsse – und damit auch die Rechtsverordnung – verantwortlich und muss diese nach außen vertreten. Die - insbesondere medizinischen – Inhalte unterlagen dabei äußerst kontroversen fachlichen Diskussionen. Der Koordinierungsausschuss konnte sich jedoch aufgrund der jeweils vorliegenden einvernehmlichen Beschlüsse geschlossener Kritik stellen. Dies war möglich, obwohl es intern zu intensiven Auseinandersetzungen und Diskussionen gekommen war. Die DKG befürchtet, dass eine solch geschlossene Stellungnahme in Zukunft jedoch erschwert wird, wenn der Ausschuss mit der Mehrheit seiner Mitglieder entscheidet. Die fachlichen Diskussionen werden zunehmen und der Koordinierungsausschuss wird in seiner Position erheblich geschwächt.

Die DKG spricht sich daher dafür aus, das Wort „einvernehmlich“ im Gesetzestext zu belassen.

3. Ärztliche Fortbildung

Zu Artikel 1 Nummern 49 u. 85: § 95 d SGB V, § 137 Abs.1 Satz 3 Nr. 2 SGB V

Die Fortbildung von Ärzten im Krankenhaus ist im Interesse des Krankenhausträgers und damit eine unternehmerische Aufgabe. Der kontinuierliche Erhalt und die Fortentwicklung der eigenen Fähigkeiten ist bei den im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzten in hohem Maße gegeben. Die systemimmanenten Besonderheiten des Krankenhauses (Mehraugenprinzip, interprofessionelle Teamarbeit, vielfältige Lehrtätigkeiten der Ärzte, permanente Auseinandersetzung mit dem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt in der Medizin) gewährleisten dies.

Die Fortbildung des Krankenhauspersonals hat jedoch auch immer eine Finanzierungsdimension. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Einfügung des § 95 d SGB V - neu - kritisch zu beleuchten. Die Absicht des Gesetzgebers, Fortbildungsinhalte von wirtschaftlichen Interessen Dritter freizuhalten, darf nicht dazu führen, dass die finanzielle Förderung von Fortbildungsveranstaltungen durch Dritte völlig unterbleibt. Dies hätte das Risiko qualitativer Verschlechterungen zur Folge und würde Fortbildungskosten auf die Vertragsärzte und Krankenhäuser abwälzen. Gegenüber dem GMG-Arbeitsentwurf, Stand 12.05.2003, geht der Gesetzentwurf in die richtige Richtung, indem der Passus "Fortbildungsveranstaltungen anderer Veranstalter finanziell fördert" in § 95 d Abs. 1 Satz 3 SGB V gestrichen wurde.

II. Krankenhausplanung

Zu Artikel 1 Nummern 56, 57, 58 und 59

Eine Neuregelung zur Krankenhausplanung in einer Phase der Umstellung auf das neue Vergütungssystem für Krankenhäuser ist verfehlt.

Die Einführung des DRG-Vergütungssystems befindet sich derzeit in der optionalen Phase und reicht zudem erst ein halbes Jahr zurück. Erste gesammelte Erfahrungen genügen nicht ansatzweise, um schon jetzt Rückschlüsse auf die Krankenhausplanung, die ab dem Jahr 2007 gelten soll, ziehen zu können. Eine sachgerechte Neuregelung der Krankenhausplanung auf der Basis von DRG's würde zwingend eine zuverlässige Datengrundlage erfordern, die momentan nicht gegeben ist. Insoweit entbehrt ein derart massiver Umbruch in der Krankenhausplanung, wie ihn das GMG vorsieht, auch der notwendigen Voraussicht auf die tatsächlich eintretenden Entwicklungen der Krankenhausplanungen unter DRG-Bedingungen.

Eine Neugestaltung der Krankenhausplanung muss zwingend - wegen der gegenseitigen Abhängigkeit - auf die Krankenhausfinanzierung abgestimmt sein. Die Krankenhausfinanzierung befindet sich wegen der Einführung des DRG-Vergütungssystems und der damit verbundenen Anpassung in einer Weiterentwicklungsphase, die sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskostenfinanzierung betrifft. Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ist bis zum 31. Dezember 2006 befristet, die gesetzlichen Regelungen sind somit ab dem 1. Januar 2007 - an dem die neue Krankenhausplanung gemäß GMG in Kraft treten soll - offen. Auch die zukünftige Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser ist nicht absehbar, da sich das GMG zu der Frage der Ausgestaltung der Investitionsfinanzierung nicht äußert. Eine mittel- bis langfristige Planung ist insofern für die Krankenhäuser nicht gewährleistet und erhöht die Ungewissheit in den Krankenhäusern. Daher darf eine Neuregelung der Krankenhausplanung nicht losgelöst von der Krankenhausfinanzierung betrachtet werden.

Voraussetzung für eine Neugestaltung der Krankenhausplanung ist eine verlässliche und langfristige Planungsgrundlage, die auch die zukünftige Finanzierung der Krankenhäuser regelt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist diese nicht in Sicht.

Im Übrigen werden die angedachten Änderungen der Krankenhausplanung unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten abgelehnt:

Eine Sicherstellung der Krankenhausversorgung durch im Wettbewerb stehende Kostenträger beinhaltet erhebliche Risiken für die Versorgungssicherheit. Im Zusammenhang mit der geplanten Neuregelung des Sicherstellungsauftrags in der vertragsärztlichen Versorgung werden mit dem GMG letztlich die Weichen für die Entwicklung eines Monopols der GKV gestellt. Der Gesetzentwurf weist die gestaltende Rolle der Länder bei der Krankenhausplanung den Krankenkassen zu. Der Staat soll nur noch die Möglichkeit haben, nachträglich zu intervenieren. Der Sicherstellungsauftrag und die Planungskompetenz der Länder gehen jedoch auf den Verfassungsgrundsatz der Sozialstaatlichkeit zurück und sind Ausdruck der Daseinsvorsorge des Staates für seine Bürger. Dies erfordert eine aktive Rolle des Staates.

Die DKG fordert aus den genannten Gründen mit Nachdruck eine ersatzlose Streichung der Nummern 56, 57, 58 und 59 in Artikel 1 des GMG.

III. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

1. Flexibilisierung des Vertragsrechts in der ambulanten fachärztlichen Versorgung

Zu Artikel 1 Nummer 55: § 106 b SGB V

Die beabsichtigte Einführung eines Einzelvertragssystems für die ambulante fachärztliche Versorgung zielt auf ein wettbewerblich ausgerichtetes Gesundheitswesen.

Die DKG begrüßt dem Grunde nach eine stärkere wettbewerbliche Orientierung. Voraussetzung ist jedoch, dass an den Grundprinzipien des solidarischen Gesundheitssystems und der sozialstaatlichen Verpflichtung zur Daseinsvorsorge auch zukünftig festgehalten wird. Daraus resultiert eine einheitlich gewährleistete Versorgungssicherheit.

Diese sieht die DKG durch die geplante Ausgestaltung des Einzelvertragssystems gefährdet. Die Inanspruchnahme von Leistungen ist in einem solchen System davon abhängig,

- von welchem Leistungserbringer der Versicherte diese erhalten darf;
- dass die Krankenkasse des Versicherten mit einem entsprechenden Leistungserbringer einen Vertrag geschlossen hat;
- dass dieser Vertrag für die Dauer der benötigten Inanspruchnahme gültig ist und
- dass die vertraglichen Bedingungen vom Versicherte erfüllt werden.

Ein solches System ist intransparent und führt zu großer Unsicherheit des Versicherten.

Ein solches System ist auch nicht auf einen Wettbewerb unter gleichen Bedingungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ausgerichtet. Vielmehr ermöglicht die vorgesehene Ausgestaltung des Einzelvertragssystems eine Monopolstellung der Krankenkassen. Damit steht eine Ausübung von Marktmacht zu Lasten von Qualität und einer einheitlich garantierten Versorgungssicherheit zu befürchten.

Ein solches System erfordert erhebliche Finanzmittel zum Aufbau der erforderlichen Verwaltungsstrukturen bei den Krankenkassen, die nicht vorhanden sind.

Die DKG spricht sich aus den vorgenannten Gründen dafür aus, die Möglichkeit von Einzelverträgen auf den Bereich der leistungssektorenübergreifenden Versorgung zu beschränken.

Mit den Regelungen zu integrierten Versorgungsformen hat der Gesetzgeber die auf eine leistungsübergreifende Versorgung beschränkte Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen bereits eingeführt. Die beabsichtigte Neugestaltung der Regelungen der §§ 140a ff SGB V beseitigt die bisherigen gesetzlichen Hindernisse bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Verträge. Darin sieht die DKG eine Chance, ein Einzelvertragssystem zu fördern bei gleichzeitiger Möglichkeit zur Abwägung der tatsächlichen Wirkungen gegenüber der bisherigen Versorgungssystematik. Ein solches Einzelvertragssystem würde der Versorgungssicherheit der Versicherten und

den unterschiedlichen Konkurrenzsituationen der Leistungserbringer Rechnung tragen.

2. Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Behandlung

Zu Artikel 1 Nummer 66: § 116 a SGB V – Sicherstellung bei Unterversorgung

Die DKG erachtet es für konsequent, Krankenhäusern die ambulante fachärztliche Versorgung im Rahmen des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrags zu übertragen, soweit diese von den Vertragsärzten nicht ausreichend sichergestellt werden kann.

Krankenhäuser verfügen über umfangreiche Erfahrungen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Hier ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass Krankenhäuser diejenigen Einrichtungen sind, die in der Regel für die ambulante Notfallversorgung im Rahmen des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrags in Anspruch genommen werden.

Der Gesetzentwurf sieht eine Verpflichtung des Zulassungsausschusses vor, Krankenhäuser im Falle der Unterversorgung zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Dabei ist aus Sicht der DKG einer Institutsermächtigung ausdrücklich der Vorrang gegenüber einer persönlichen Ermächtigung zu geben.

Die vorgesehene Ausgestaltung des § 116 a berücksichtigt nicht, dass Krankenhäuser ein Mindestmaß an Planungssicherheit benötigen, um ihren gesundheitspolitischen Auftrag in betriebswirtschaftliche Realität umsetzen zu können. Ein Einspringen der Krankenhäuser im Falle einer ambulanten Unterversorgung im vertragsärztlichen Bereich kann daher nur mit einer planbaren Dauer der entsprechenden Öffnung verwirklicht werden. Es muss daher wenigstens eine Mindestdauer der entsprechenden Ermächtigung gesetzlich festgelegt werden.

Zu Artikel 1 Nummern 55 und 66:

§§ 106 b und 116 b Abs. 1 SGB V Disease-Management-Programme

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass Krankenhäusern zukünftig auch im Rahmen der Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen die Möglichkeit eröffnet werden soll, Versicherte ambulant zu behandeln. Dies ist ein wichtiger Schritt, um die sektorübergreifende Versorgung insbesondere im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zu fördern und sicherzustellen.

Unter diesem Gesichtspunkt ist es allerdings nicht nachzuvollziehen, warum der vorgesehene vertragsgebundene Zulassungsanspruch nicht in die Einzelvertragssystematik der Integrationsversorgung nach §§ 140 a ff SGB V eingebunden wird.

Disease-Management-Programme sind von ihrer Intention her ein typischer Fall von integrierter Versorgung.

Die beabsichtigte Neuregelung der Integrationsversorgung sieht zudem vor, dass die Leistungserbringer in der Integrationsversorgung nicht an ihren Zulassungs- und Ermächtigungsstatus gebunden sind. Die einzelvertragliche Vereinbarung

ambulanter Leistungen des Krankenhauses wäre folglich auch in der Integrationsversorgung realisierbar.

Schließlich beruht die Teilnahme der Versicherten an einer integrierten Versorgung auf Freiwilligkeit. Dies gilt ebenso für die Teilnahme an Disease-Management-Programmen. Auch dies spricht für eine Ausgestaltung des Öffnungstatbestandes für Krankenhäuser im Rahmen von Disease-Management-Programmen innerhalb der Einzelvertragssystematik der Integrationsversorgung.

Soweit an einem vertragsgebundenen Zulassungsanspruch festgehalten werden sollte, bedarf es einer Änderung des § 116 b Abs. 1 letzter Halbsatz. Dort heißt es: „...soweit die Anforderungen an die Durchführung nach § 137g zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme dies erfordern.“ Dieser Halbsatz ist missverständlich und könnte die Umsetzung des Öffnungstatbestandes ins Leere laufen lassen. Die in der RSAV festgelegten Anforderungen an die Durchführung von Disease-Management-Programmen beinhalten keine ambulanten Leistungen der Krankenhäuser, da diese hierzu bislang nicht zugelassen sind. Folglich wären Krankenhäuser, die an einem DMP für die bereits festgelegten Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs und koronare Herzkrankheiten von der Möglichkeit ambulanter Leistungserbringung ausgeschlossen. Dies ist aber ausweislich der Begründung zum Gesetzentwurf nicht gewollt.

Es wird daher vorgeschlagen, wie folgt zu formulieren:

„...soweit die Anforderungen an die Durchführung nach § 137g zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme ambulante Leistungen beinhalten.“.....,

Zu Artikel 1 Nummern 55 und 66:

§§ 106 b und 116 b Abs.2 SGB V - hochspezialisierte Leistungen

Die beabsichtigte Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen wird grundsätzlich begrüßt.

Erkrankungen, die einer hochspezialisierten Leistung bedürfen, sind in der Regel komplex und durch eine oder mehrere der folgenden Eigenschaften charakterisiert:

- Chronizität mit abwechselnd ambulanter und stationärer Versorgung
- Schwere Erkrankungen, deren Behandlung stationär begonnen wurde (z. B. Tumoren, chronische Schmerzen, etc.)
- Aufwändige apparative Diagnostik/Therapie
- Aufwändige medikamentöse Therapie
- Interdisziplinäre Behandlungsnotwendigkeit

Eine fachärztliche ambulante Behandlung am Krankenhaus zeichnet sich durch folgende Vorteile aus:

- Durchgängig abgestimmte Versorgungskonzepte aus einer Hand bei Krankheitsverläufen mit ohnehin häufigen intermittierenden stationären Aufenthalten
- Qualitätsvorteile des Krankenhauses als Ort des kontinuierlichen medizinischen Fortschrittes

- Qualitätsvorteile des Krankenhauses bei spezialisierten und/oder seltenen Leistungen
- Qualitätsvorteile des Krankenhauses bei Leistungen, die interdisziplinäres Handeln erfordern
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Abstimmungsproblemen bei Diagnostik und Therapie
- Vorhaltung und effektive Ausnutzung spezifischer medizinischer Geräte
- Bündelung von fachlicher Expertise in Form von Spezialistenteams z. B. auch bei seltenen Erkrankungen
- Verbesserung des Gedankens der integrierten Versorgung

Die DKG hat hierzu bereits erste Vorstellungen zur inhaltlichen Ausgestaltung eines Kataloges hochspezialisierter Leistungen vorgelegt (**Anlage**).

Gerade für hochspezialisierte Leistungen muss aus Sicht der DKG die einheitliche Versorgung aller Versicherten sichergestellt sein. Eine Ausgestaltung dieses Öffnungstatbestands als einen vertragsgebundenen Zulassungsanspruch in einem Einzelvertragssystem stößt daher auf Bedenken.

Die DKG spricht sich dafür aus, die Zulassung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen analog § 115 b SGB V auszugestalten. Mit der Einführung und Weiterentwicklung der Regelungen zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V sind bereits gesundheitspolitische Ansätze zur wechselseitigen Durchbrechung der strikten Trennung ambulanter und stationärer Leistungsbereiche geschaffen worden. Die Systematik eines gesetzlich verankerten Zulassungsanspruchs sollte für den Bereich hochspezialisierter ambulanter Leistungen weiterentwickelt werden. Auf dieser Grundlage sollen die Selbstverwaltungspartner DKG und GKV-Spitzenverbände zweiseitig vereinbaren, welche hochspezialisierten ambulanten Leistungen von Krankenhäusern als Institutsleistung erbracht werden können, die Anforderungen für die Erbringung der in diesem Katalog aufgeführten hochspezialiserten ambulanten Leistungen sowie deren Vergütung. Eine Konfliktlösung ist entsprechend § 115 b SGB V vorzusehen.

3. Weiterentwicklung der integrierten Versorgung

Zu Artikel 1 Nummern 92 – 96: §§ 140 a ff. SGB V

Die DKG begrüßt die vorgesehene Neufassung der Regelungen zur integrierten Versorgung, mit der insbesondere folgenden Forderungen der DKG Rechnung getragen wird:

- Aufhebung der Anbindung beteiligter Leistungserbringer an den Zulassungs- und Ermächtigungsstatus in der Integrationsversorgung

Sinn einer integrierten Versorgung ist die Überwindung der bisherigen Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche und eine medizinische Orientierung des Leistungsgeschehens. Die Vertragspartner von Integrationsverträgen müssen darüber entscheiden können, wo und von wem welche Leistungen eines konkreten integrierten Versorgungsangebotes insbesondere unter dem Gesichtspunkt von Strukturqualität sinnvoller Weise erbracht werden sollen. Diese Gestaltungsfreiheit

erfordert auch die ungehinderte, gesetzlich abgesicherte Möglichkeit, dass Krankenhäuser über ihren Zulassungsstatus hinaus ambulante Leistungen erbringen können. Insoweit ist die im Gesetzentwurf vorgesehene vertragliche Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung richtig.

- Aufhebung der Anbindung der integrierten Versorgung an den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die gesetzliche Vorgabe von Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene (§ 140d und § 140e SGB V) mit unterschiedlichem Rechtscharakter hat die Trennung von vertragsärztlicher und stationärer Versorgung faktisch weiter aufrechterhalten. Aufgrund der für Vertragsärzte unmittelbar rechtsverbindlichen Rahmenvereinbarung nach § 140d SGB V ist der notwendige Gestaltungsspielraum integrierter Versorgungsformen sinnwidrig eingeschränkt worden.

- Durchbrechung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität

Strikte staatliche Budgetierungsregelungen widersprechen einem Wettbewerb um Leistungsverträge und verkennen die in der Regel erheblichen Investitionskosten zum Aufbau der erforderlichen Strukturen.

Die DKG spricht sich allerdings dagegen aus, dass Krankenkassen die Gründung von Eigeneinrichtungen zum Zweck einer integrierten Versorgung ermöglicht werden soll. Es ist völlig unverständlich, dass der Gesetzgeber auf der einen Seite die Belastung des Gesundheitssystems durch Überkapazitäten in den bestehenden Leistungsbereichen beklagt, auf der anderen Seite jedoch die Schaffung zusätzlicher Kapazitäten durch einen neuen Leistungserbringer ermöglichen will. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Eigeneinrichtungen von Krankenkassen ist daher ersatzlos zu streichen.

4. Vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a SGB V

Zu Artikel 1 Nummer 63 Buchstabe b: § 115a SGB V Fristverlängerung für die nachstationäre Behandlung

Die Verlängerung der gesetzlichen Frist für die nachstationäre Behandlung im Krankenhaus auf einen Monat und der Wegfall der bisherigen Begrenzung auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung wird vom Grundsatz her begrüßt.

Damit werden die Möglichkeiten für die Krankenhäuser erweitert, nach Beendigung des stationären Aufenthaltes den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Insbesondere bei schwerwiegenden Krankheitsbildern ist die Möglichkeit einer intensiven und flexiblen Nachsorge sinnvoll und notwendig.

In Zusammenhang mit der Vorschrift des § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 KHEntgG entfällt jedoch der Anreiz für die Krankenhäuser nachstationär zu behandeln, da in der Regel die nachstationäre Behandlung nicht gesondert vergütet wird. Diese darf zusätzlich zu einer Fallpauschale nur berechnet werden, soweit die Summe aus den

stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt.

Damit diese durchaus begrüßenswerte Nachbehandlungsmöglichkeit für das Krankenhaus auch an Attraktivität gewinnt und nicht nur zur leeren Worthülse im Gesetz verkommt, sind daher Nachbesserungen erforderlich, mit denen eine sachgerechte zusätzliche Vergütung der nachstationären Behandlung ermöglicht wird.

IV. Verbesserung der Datentransparenz

Zu Artikel 1 Nummer 26: § 68 SGB V Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte

Krankenkassen sollen auf Grund eines neu eingefügten § 68 ihren Versicherten die (nicht geringen) Kosten einer durch einen „Dritten“ bereitgestellten „persönlichen elektronischen Gesundheitsakte“ erstatten können.

Bei aller Suche nach Ausgabenkürzungen und neuen Einnahmequellen gibt es hier sogar einen „Zuschlag“ – und noch dazu für eine versicherungsfremde Leistung. Den „Dritten“ wird es freuen, dass man sich für sein Geschäftsinteresse engagiert, auch wenn „eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung“ dadurch nicht erzielt werden kann.

Eine bessere Informationsgrundlage für die Patienten kann über dieses Geschäftsmodell nicht erreicht werden. Aber dem Handel mit Patientendaten sind Tür und Tor geöffnet: der Dritte unterliegt keiner Kontrolle.

Das Finanzierungsmodell „persönliche elektronische Gesundheitsakte“ sollte schnellstmöglich gestrichen werden.

Die Regelungen zur elektronischen Patientenakte in § 291a können so ausgestaltet werden, dass der Versicherte einen von ihm kontrollierten Zugang auf seine medizinischen Daten in einer sicheren Infrastruktur hat.

Zu Artikel 1 Nummer 144: § 291a - Elektronische Gesundheitskarte

Krankenkassen und Leistungserbringer errichten und betreiben eine Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen, in der die Gesundheitskarte und der elektronische Heilberufsausweis eine sichere Nutzung der fall- und einrichtungsübergreifend organisierten Daten (elektronische Patientenakte) ermöglichen. Der Patient ist Herr seiner Daten und kann sich auf ihre Qualität und Aktualität verlassen.

Am Ende dieser gigantischen Aufbauarbeit löscht der Patient seine Daten (§ 291a Abs. 4 Satz 7). Warum dann der ganze Aufwand?

Die Gesundheitskarte und die gesamte Telematikinfrastruktur kann nur einen Sinn haben, wenn sie die medizinischen Daten im Original über ein verteiltes System kontrolliert verfügbar machen. Der Patient muss die Einsichtnahme und Nutzung über

die Vergabe von Berechtigungen steuern können. Er darf sie aber nicht löschen können, weil sie sich aus der medizinischen Dokumentation der jeweils behandelnden/versorgenden Leistungserbringer zusammensetzt.

Ein Löschrecht kann nur in Betracht gezogen werden, wenn man an eine „zweite Welt von Kopien“ denkt. Für eine hochwertige Versorgung ist eine solche „Doppel-Lösung“ nicht akzeptabel. Entweder müssen die Kopien mit hohem Aufwand verfahrenstechnisch auf Originalqualität gehalten werden, dann sind die Kopien (nicht: Sicherheitskopien) und der ganze Kopieraufwand entbehrlich, oder man lässt zu, dass die Kopien von der Originalqualität abweichen, dann sind sie wertlos.

Zu Artikel 1 Nummer 153: § 301

Die in Nummer 153 enthaltene Änderung des § 301 muss ergänzt werden:

In § 301 Abs. 1 Satz 1 Ziffer 7 muss dringend die Angabe der für die Krankenhausbehandlung maßgeblichen Hauptdiagnose und der Nebendiagnosen auf die Entlassung oder die externe Verlegung begrenzt werden.

Die geltende Fassung schreibt auch die Angabe einer für die Krankenhausbehandlung maßgeblichen Hauptdiagnose bei interner Verlegung vor. Diese „Hauptdiagnose“ widerspricht allen Vorgaben für das DRG-System und den Deutschen Kodierrichtlinien, die auf den gesamten Krankenhausfall abstellen.

Zur Zeit müssen die Krankenhäuser bei internen Verlegungen für jede behandelnde Fachabteilung eine „Hauptdiagnose“ (im Widerspruch zu den Deutschen Kodierrichtlinien) und Nebendiagnosen sowie zusätzlich die Hauptdiagnose und Nebendiagnosen für den gesamten Krankenhausbehandlungsfall unter einer Pseudo-Fachabteilung („0000“) übermitteln. Die Streichung der Fachabteilungs-Diagnosen als übermittlungspflichtige Angaben führt zu einer erheblichen Vereinfachung und Klarheit der Diagnosenangaben und entlastet die kodierenden Ärzte von einer fachlich im DRG-System völlig unsinnigen Kodierarbeit.

Zu Artikel 1 Nummer 156: § 303

Krankenkassen müssen die Kosten einer Nacherfassung den Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 V.H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, wenn der Leistungserbringer die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

Die Regelung überlässt die Schuldzuweisung und den „Strafvollzug“ einseitig der Krankenkasse. Ohne eine eindeutige Regelung, wie und durch wen im Streitfall die Verantwortung festgestellt wird, läuft die Regelung auf eine inakzeptable, unkontrollierte Strafaktion der Krankenkasse hinaus.

Für die Krankenkasse selbst, die eine maschinelle verwertbare Datenübermittlung verhindert, ist umgekehrt ebenfalls eine „Strafe“ in gleicher Höhe an den Leistungserbringer vorzusehen, da dieser zu einer zusätzlichen konventionellen Abrechnung gezwungen wird.

Zu Artikel 1 Nummer 157 : §§ 303 a bis f SGB V - Datentransparenz

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bilden eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz und errichten weiter eine Vertrauensstelle und eine Datenaufbereitungsstelle. Die Arbeitsgemeinschaft hat „Anforderungen für einheitliche und sektorenübergreifende Datendefinitionen“ zu erarbeiten.

Die „Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz“ ist eine Fehlkonstruktion, weil den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine beispiellose Monopolstellung zugewiesen wird. Es ist unannehmbar, dass allein die Krankenkassen und die KBV „Anforderungen für einheitliche und sektorenübergreifende Datendefinitionen“ erarbeiten und den übrigen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nur die „Gelegenheit zur Stellungnahme“ eingeräumt wird, „soweit ihre Belange berührt sind“. Die Sonderstellung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung muss ausschließlich auf die Bereitstellung von Daten beschränkt bleiben.

Es ist nicht akzeptabel, dass eine derart systementscheidende Fragestellung wie „sektorübergreifende Datendefinitionen“ ausschließlich in die Verantwortung der KBV und der Krankenkassen gelegt wird. Unter derart fatalen Vorzeichen können einheitliche und sektorenübergreifende Datendefinitionen nicht zu Stande kommen oder funktionsfähig implementiert werden.

Für die DKG steht eine Mitwirkung an den in den Paragraphen 303a bis f vorgesehenen Institutionen und Regelungen unter dem Vorbehalt, dass der in § 303a enthaltene Konstruktionsfehler behoben und die Arbeitsgemeinschaft auf einer gleichberechtigten Vertragspartnerschaft der Selbstverwaltung unter Beteiligung der DKG beruht.

Zu Artikel 1 Nummer. 159 § 305 SGB V

Hinsichtlich der Unterrichtungspflichten ist für den vertragsärztlichen Bereich vorgesehen, dass die schriftliche Unterrichtung bzw. Ausstellung der sog. Patientenquittung einen Anspruch auf Aufwandsentschädigung durch den Patienten auslöst. Dieser Anspruch auf Aufwandsentschädigung müsste konsequenterweise auch auf die von den Krankenhäusern nach § 305 Absatz 2 Satz 4 gegenüber den Patienten zu erteilende schriftliche Auskunftserteilung übertragen werden, da eine derartige Individualinformation im Krankenhaus einen erheblichen administrativen Aufwand verursacht und die in § 305 Absatz 2 Satz 4 2. HS angesprochene Regelung zwischen DKG und GKV-Spitzenverbänden bislang an einer fehlenden Refinanzierung dieses Aufwandes gescheitert ist.

Ohnehin ist zweifelhaft, ob Sinn und Zweck der Unterrichtungspflicht - Stärkung des Kostenbewusstseins und Erhöhung der Transparenz der Leistungserbringung - für den stationären Bereich mit einer einheitlichen Preisgestaltung auf Grundlage der DRG's überhaupt erreicht werden kann oder ob auf derartige, keinerlei Steuerungswirkung entfaltende, dabei jedoch unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand verursachende Regelungen verzichtet werden kann.

Pilotprojekte im vertragsärztlichen Bereich haben im Übrigen gezeigt, dass nur ein Bruchteil der Patienten überhaupt Interesse an einem Doppel der Rechnung hat. Es wird daher vorgeschlagen, dass lediglich auf Wunsch der Patienten eine Übersendung der Rechnungskopie erfolgt.

V. Verbesserung der Arzneimittelversorgung

Zu Artikel 1 Nummer 75: § 129 a SGB V

Die geplante Regelung des § 129 a SGB V sieht vor, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände mit dem Träger des zugelassenen Krankenhauses das Nähere über die Abgabe verordneter Arzneimittel durch die Krankenhausapotheke an Versicherte, insbesondere die Höhe des für den Versicherten maßgeblichen Abgabepreises vereinbaren. Die DKG schlägt vor, dass diesbezügliche Vereinbarungen auch zwischen den Krankenkassen oder ihren Verbänden und der Landeskrankenhausesgesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land abgeschlossen werden können. § 129 a Satz 1 SGB V ist entsprechend zu ergänzen.

Nach geltendem Recht (§ 14 Abs. 4 Satz 4 ApoG) praktizieren die Krankenhäuser die Mitgabe von Arzneimitteln aus den Beständen der Krankenhausapotheke an entlassene Patienten zur Überbrückung von Wochenenden und Feiertagen. Die Krankenhäuser verfahren so, um den Patienten zusätzliche Wege zu ersparen. Grundsätzlich besteht jedoch auch an Wochenenden und Feiertagen die Möglichkeit, den Bereitschaftsdienst im vertragsärztlichen Bereich bzw. die dienstbereite öffentliche Apotheke in Anspruch zu nehmen. Das Krankenhaus übernimmt insoweit Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung, bekommt hierfür jedoch keinerlei Vergütung. Es handelt sich hierbei nicht um allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 2 Bundespflegegesetzverordnung.

Diese Serviceleistung gegenüber dem entlassenen stationären Patienten darf finanziell nicht zu Lasten des Krankenhauses gehen; insbesondere bei teuren Arzneimitteln wäre diese Belastung erheblich. Eine gesetzliche Grundlage für eine Vergütungsregelung ist daher zwingend erforderlich. Hierfür kommen eine Änderung des § 2 BpflV oder eine entsprechende Klarstellung in § 129 a SGB V - neu - in Frage.

Zu Artikel 13 Nummer 7: § 14 Abs. 4 Satz 3 ApoG

Die Neuformulierung des § 14 Abs. 4 Satz 3 Apothekengesetz (ApoG) wird dem Grunde nach begrüßt, sollte jedoch weiter gefasst werden. Die DKG schlägt vor, die Worte "zur unmittelbaren Anwendung" zu streichen und die Arzneimittelabgabemöglichkeiten der Krankenhausapotheke an Ambulanzen in den Räumen des Krankenhauses in Satz 3 aufzunehmen.

Zum einen würden damit den Patientinnen und Patienten zusätzliche Wege gespart, zum anderen würden damit Kooperationsformen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten auf dem Krankenhausgelände gefördert.

Völlig unverständlich ist, warum die zunächst im Arbeitsentwurf vom 12.05.2003 vorgesehene Einfügung eines Absatzes 5 a in § 14 ApoG nun entfallen ist. Mit dem ursprünglichen Vorschlag würde der Gesetzgeber die Gelegenheit zu einer zentralen Arzneimittelbeschaffung fördern und damit zu einer Kostensenkung beitragen. Die DKG plädiert mit Nachdruck dafür, § 14 Abs. 5 a ApoG in der Fassung des GMG-Arbeitsentwurfes vom 12.05.2003 beizubehalten.

VI. Neuordnung der Finanzierung

Zu Artikel 1 Nummern 128 und 129: §§ 248, 249 SGB V Reform der GKV-Finanzierung

Die GKV ist in den letzten Jahren immer wieder in Finanzkrisen geraten, die – trotz zahlreicher Sparmaßnahmen – immer wieder Beitragssatzerhöhungen notwendig machten. Der Beitragssatzanstieg ist allerdings nicht das Ergebnis einer „Kostenexplosion“, denn der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP stagniert seit Jahren bei knapp unter 7%. Ursächlich sind vielmehr die sog. „Verschiebebahnhöfe“ zu Lasten der GKV, die hohe Arbeitslosigkeit sowie die Stagnation der versicherungspflichtigen Entgelte bei gleichzeitig zunehmender Bedeutung anderer Einkunftsarten, auf die jedoch keine GKV-Beiträge gezahlt werden. Mit der wachsenden Zahl der Rentner bei abnehmender Erwerbsbevölkerung wird sich diese Entwicklung zukünftig weiter verschärfen.

Reformziel muss es deshalb sein, die GKV von Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt, demographischen Entwicklungen und den finanziellen Interessen des Staates unabhängiger zu machen. Gefordert ist das Ende der sog. „Verschiebebahnhöfe“. Die GKV darf zukünftig zudem nicht mehr ausschließlich durch lohnbezogene Beiträge finanziert werden. Dabei muss das Solidaritätsprinzip, das sich in der GKV insbesondere durch risikounabhängige Beiträge manifestiert, auch zukünftig gelten. In ihren Grundsatzpositionen vom Januar 2003 hat die DKG zwei Alternativvorschläge zur nachhaltigen Reform der Finanzierungsbasis der GKV benannt:

- Durch Einführung von Kopfprämien wären die Einnahmen der GKV unabhängiger vom Arbeitsmarkt, vom Bundeshaushalt und den anderen Sozialversicherungszweigen sowie von der Alterung der Versicherten. Um den solidarischen Charakter des Systems zu bewahren, müssten die Prämien durch einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot sowie steuerfinanzierte Zuschüsse an einkommensschwache Versicherte flankiert werden.
- Eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage müsste neben Lohn und Gehalt auch andere Einkommensarten wie zum Beispiel Kapital- und Mieteinnahmen in die Beitragsberechnung mit einbeziehen, dabei aus Gerechtigkeitsgründen allerdings auch den Kreis der Versicherungspflichtigen ausweiten.

Beide Alternativen sind im April 2003 auch von der sog. „Rürup-Kommission“ als denkbare Reformmodelle vorgeschlagen worden.

Vor diesem Hintergrund ist es unverständlich, dass der Gesetzentwurf auf eine nachhaltige Reform der GKV-Finanzierung faktisch völlig verzichtet. Die im Entwurf

vorgesehene Maßnahmen – Ausweitung der Beitragserhebung bei Rentnern (§ 248 SGB V) sowie Änderung der Beitragsparität zu Lasten der Versicherten (§ 249 SGB V) - sind jedenfalls bei weitem nicht ausreichend, um die angeführten Ziele zu erreichen. Aus Sicht der DKG bedarf es vielmehr einer umfassenden, nachhaltigen Reform der GKV-Finanzierung bereits im Rahmen des GMG. Dies macht eine Entscheidung für eines der oben angeführten Modelle notwendig.

Zu Artikel 1

Nummern 6, 7, 12, 13 und 20: §§ 24 b, 27a, 33, 34, 58, 59 SGB V

Kürzung bzw. Streichung von Leistungen

Nummer 123: § 221 SGB V

Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen

Aus Sicht der DKG muss danach gefragt werden, ob alles, was bislang im Leistungskatalog der GKV erfasst wird, dort unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten auch richtig angesiedelt ist. Reformziel sollte hier die Orientierung an der ursprünglichen Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sein: Die Gewährung von Leistungen, die einen unmittelbaren Bezug zu einer Krankheit haben. Die DKG spricht sich daher für eine Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog aus. Leistungen, die aus gesellschafts- und sozialpolitischen Gründen für notwendig erachtet werden, müssen künftig aus Steuermitteln finanziert werden.

Die DKG unterstützt daher die im Entwurf vorgesehene Streichung bestimmter Leistungen (§§ 24b, 27a, 33, 34, 58 und 59). Sie begrüßt auch die Steuerfinanzierung für bestimmte gesellschaftspolitische Leistungen.

VII. Neugestaltung der Zuzahlungen

Zu Artikel 1 Nummern 8, 9, 10, 11, 14, 18, 22 und 23:

§§ 28 Abs. 4, 30, 31, 32, 35 Abs. 1a, 39 Abs. 4, 61, 62 SGB V

Ausweitungen und Modifikationen bei Zuzahlungen

Aus Sicht der DKG ist es im Interesse der Versichertengemeinschaft, eine Überinanspruchnahme von GKV-Leistungen zu vermeiden und die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken. Darüber hinaus können Zuzahlungen, die als Bonus/Malus-Instrument ausgestaltet sind, das Verhalten von Versicherten/Patienten steuern und damit zu Verbesserungen in der medizinischen Versorgung führen. Aus Sicht der DKG ist daher die im Gesetzentwurf angestrebte höhere Selbstbeteiligung in verschiedenen Teilbereichen des Leistungsspektrums der GKV sinnvoll und angesichts der vorgesehenen Härtefallregelungen für Einkommensschwache und chronisch Kranke auch zumutbar. Auch die Erhöhung der Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V) von 9 auf 12 € pro Tag für maximal 14 Tage pro Jahr erachtet die DKG als für die Versicherten noch tragbar.

Die DKG unterstützt auch die Verknüpfung der Zuzahlungshöhe bei Arzneimitteln mit versorgungspolitischen Zielsetzungen (Reduzierung der Zuzahlung im Falle der Teilnahme am Hausarztssystem, an DMP oder Integrierten Versorgungsformen).

Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass eine erhöhte Selbstbeteiligung die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Leistungen behindern kann. Auch die Wirkung der geplanten Zuzahlung bei Erstinanspruchnahme fachärztlicher Behandlung ist schwer zu prognostizieren. Vor diesem Hintergrund wird eine wissenschaftliche Überprüfung der Steuerungswirkungen der neu eingeführten Zuzahlungsregelung nach einer bestimmten Frist angeregt.

Zu Artikel 1 Nummer. 21: § 60 SGB V Neuregelung der Kostentragung der Fahrkosten

Die angedachten Änderungen bei der Neuregelung bezüglich der Kostentragung der Fahrkosten im Rahmen der Verlegung an nachsorgende Krankenhäuser werden mit größter Besorgnis zur Kenntnis genommen.

Mit der Änderung werden nur noch Verlegungsfahrten von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen, wenn eine Verlegung aus medizinischen Gründen notwendig ist oder mit Einwilligung der Krankenkassen in ein wohnortnahes Krankenhaus erfolgt. Eine finanzwirtschaftlich und medizinisch effiziente und aus Sicht der Krankenhausplanung gewollte und erforderliche Zusammenarbeit zweier Krankenhäuser wird dadurch kontraproduktiv zu Lasten der Krankenhäuser geregelt und mit erheblichen Zusatzkosten belastet. Infolge der beabsichtigten Änderung des § 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V verbleibt die Finanzierungslast grundsätzlich bei den verlegenden Krankenhäusern, weil Fahrkosten keine allgemeinen Krankenhausleistungen darstellen und somit nicht in den Krankenhausbudgets enthalten sind. Die Fahrkosten stellen jedoch einen bedeutenden Kostenfaktor dar, der von den Krankenhäusern nicht beeinflusst werden kann.

Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung ist es vielfach geboten, Patienten aus Krankenhäusern mit höherer Spezialisierung und kurzer Verweildauer in Krankenhäuser niedrigerer Versorgungsstufe zu verlegen. Diese Arbeitsteilung zwischen spezialisierten Fachkliniken und nachsorgenden Krankenhäusern hat sich in der Vergangenheit bewährt.

Verlegungen in Krankenhäuser, die spezialisierte Leistungen im Rahmen der Arbeitsteilung bisher regelhaft für Patienten aus anderen Krankenhäusern angeboten und die bisher damit wesentlich zu einer optimierteren Patientenbehandlung beigetragen haben, werden auf Grund der finanziellen Nachteile für das verlegende Krankenhaus drastisch zurückgehen. Spezialisierte Fachkliniken sind aufgrund ihres Versorgungsauftrages teilweise gar nicht auf die Durchführung von Nachbehandlungen ausgerichtet. Dieser Tatsache wird bei der nun auferlegten Verpflichtung, die Verlegungstransportkosten ohne Gegenleistung zu tragen und zusätzlich Abschläge hinzunehmen, völlig außer acht gelassen. Bei Übernahme der Nachsorge durch spezialisierte Fachkliniken würden notwendige Kapazitäten für die Behandlung von schwerstkranken Patienten belegt werden.

Von daher fordert die DKG, den § 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V wieder dem Grundsatz anzupassen, dass Fahrtkosten dann im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse stehen, wenn sie erforderlich sind, um den Erkrankten an den Ort zu

befördern, an dem die Leistung bestimmungsgemäß zu erbringen ist. Notwendige Fahrten sind demnach auch alle Fahrten, die zur Sicherstellung der erforderlichen Nachsorgebehandlungen und damit zum Erreichen des Behandlungszieles erforderlich werden.

Die existierenden Vorschriften zur Einwilligung der Krankenkassen bei einer wohnortnahen Verlegung regeln die Kostentragung bei Verlegung in ein nachsorgendes Krankenhaus nur zufällig. Im Übrigen ist ein (Einwilligungs-) Vorbehalt der Krankenkassen in dieser Thematik nicht sachgerecht.

Insoweit muss dem § 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V zwingend ein weiterer Tatbestand angefügt werden, der bei Verlegung in ein nachsorgendes Krankenhaus - wegen der qualitätssichernden und wirtschaftlichen Zusammenarbeit - bei hochspezialisierten Leistungen einen von einer Einwilligung der Krankenkassen unabhängigen Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten Zulasten der Krankenkassen begründet.

VIII. Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im EU-Ausland

Zu Artikel 1 Nummern 1 und 97: §§ 13 Abs. 4-6 sowie 140e SGB V Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im EU-Ausland sowie zu Beziehungen zu Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrags

Ein Europa, in dem die Bürger Freizügigkeit genießen, ist aus Sicht der DKG nicht ohne einen in der Regel unbeschränkten grenzüberschreitenden Zugang zur Gesundheitsversorgung denkbar. Entsprechende Beschränkungen des Binnenmarktes im Gesundheitsbereich sollten mit Augenmaß abgebaut werden. Die DKG begrüßt daher grundsätzlich die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen im EU-Ausland sowie das Ziel der Bundesregierung, dies auch dadurch zu fördern, dass Krankenkassen künftig die Möglichkeit haben sollen, mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrags Verträge abschließen zu können.

Allerdings darf mit dieser Möglichkeit nicht die Benachteiligung einheimischer Leistungserbringer verbunden sein. Für die Behandlung von Patienten aus Deutschland durch ausländische Anbieter müssen vielmehr die Voraussetzungen gelten, an denen sich die einheimischen Leistungserbringer orientieren müssen. Dies gilt insbesondere für die Regelungen des SGB V zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Um Wettbewerbsverzerrung zu vermeiden, muss auch von GKV-Patienten, die eine medizinische Leistung im EU-Ausland in Anspruch nehmen, eine Zuzahlung in der Höhe abverlangt werden, wie sie bei der Inanspruchnahme der Leistung in Deutschland anfallen würde.

Die grenzüberschreitende Versorgung darf außerdem nicht zur Einbahnstraße werden. Ziel muss es vielmehr sein, dass künftig auch deutsche Krankenhäuser stärker als bisher die Möglichkeit erhalten, ihre Behandlungsleistungen EU-Ausländern anbieten zu können. Dabei ist sicherzustellen, dass Erlöse aus der Behandlung von Patienten aus EU-Mitgliedsländern außerhalb des Budgets erzielt werden können.

Darüber hinaus gilt es, die jüngste Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zur stationären Behandlung im Ausland zu beachten und zu konkretisieren. So bedarf es insbesondere einer europaweiten Transparenz der Voraussetzungen für die vorherige Genehmigung der Kostenerstattung einer Behandlungsleistung im Ausland. Darüber hinaus ist auf europäischer Ebene zu konkretisieren, unter welchen Voraussetzungen bzw. ab wann Patienten, die im Heimatland auf einer Warteliste stehen, Behandlungsleistungen im Ausland ohne vorherige Genehmigung in Anspruch nehmen dürfen. Die DKG fordert die Bundesregierung auf, sich im Rahmen der Reform der europäischen Gesundheitspolitik (insbesondere in der „high-level group on patient mobility“) für diese Ziele einzusetzen.