

Georg Baum

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG)

2010 Sicherung der Finanzierung – 2011 Sicherung der Versorgung

Das gesundheitspolitische Zeitmanagement funktioniert nach Plan. Minister Rösler hat den Stab an Minister Bahr ohne Tempoverlust weitergegeben. Der Referentenentwurf für das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, GKV-VSG) liegt vor. Eine Anhörung im Bundesgesundheitsministerium hat am 29. Juni stattgefunden. Hierzu hat die DKG eine detaillierte schriftliche Stellungnahme abgegeben. Das Bundeskabinett will das Gesetz noch in der Sommerpause beschließen. Der Schwerpunkt des Vorhabens liegt in der ambulanten ärztlichen Versorgung einschließlich der ambulanten Krankenhausleistungen. Eingeschlossen ist auch eine umfassende Reform der Zahnarztvergütungen. Auch hat sich die Koalition noch zur Weiterentwicklung der G-BA-Strukturen einschließlich der Innovationsbewertungen entschlossen. Im folgenden Text bewertet DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum den gegenwärtigen Stand des Gesetzestextes aus der Sicht der Krankenhäuser.

Die globale Zielsetzung des Gesetzes, die Sicherung der medizinischen Versorgung unter den erschwerten Bedingungen des sich weiter verschärfenden Ärzte- und Fachkräftemangels im Gesundheitswesen, ist uneingeschränkt zu begrüßen. Das vorgesehene Instrumentarium geht im Wesentlichen in die richtige Richtung, allerdings nicht immer konsequent genug. Eine ordnungspolitische Leitlinie ist im Hinblick auf die hohe Regelungsdichte des Vertragsarztrechts und insbesondere der vertragsärztlichen Planungs- und Zulassungsregularien nur begrenzt erkennbar und war wohl auch nicht zu erwarten. Die Schaffung des neuen spezialärztlichen Versorgungsbereichs mit einem eigenständigen, vom Vertragsarztrecht losgelösten wettbewerblichen Rahmen für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser, kann als ordnungspolitischer Befreiungsschlag gewertet werden. Allerdings werden über die Detailvorgaben zur konkreten Umsetzung auch wieder ordnungspolitische Kontrapunkte gesetzt.

Die Koalition ist in die Diskussion über die Neuordnung zwischen vertragsärztlichen und ambulant-stationären Leistungen bereits im Koalitionsvertrag mit Positionen gestartet, die für die Krankenhäuser nachteilig waren. Dies bleibt leider auch in dem nun vorliegenden Gesetzentwurf spürbar. Besonders erkennbar ist dies daran, dass sich das Versorgungsgesetz in weiten Teilen sehr intensiv der Verbesserung der Finanzierung ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen widmet. Die einzige mit dem GKV-FinG vorgesehene Zuwachsbegrenzung für die ambulanten Leistungen niedergelassener Ärzte wird sogar vorzeitig (ein Jahr früher) zurückgenommen. Für die Zahnärzte wird schon jetzt gesetzlich ausdrücklich sichergestellt, dass nach dem Auslaufen der Zuwachsbegrenzung ab 2013 die Grundlohnrate keine starre Obergrenze für die Vergütungen mehr ist. Demgegenüber werden Korrek-

turen bei den durch das GKV-FinG den Krankenhäusern aufgebürdeten dauerhaften Kürzungen nicht vorgesehen. Angesichts der hohen medizinischen Versorgungslasten und der massiven Kostenbelastungen der Kliniken können die für das nächste Jahr vorgesehenen erneuten Kürzungen nicht aufrechterhalten werden. Zudem ist eine gesetzliche Absicherung der enormen Mehrkosten der von EHEC belasteten Kliniken notwendig. Die Finanzierung der Krankenhäuser muss im Versorgungsgesetz fair und sachgerecht geregelt werden. Dies hat der DKG-Präsident anlässlich der Vorstandssitzung am 22. Juni 2011 in Berlin noch einmal ausdrücklich hervorgehoben.

Mehr Flexibilität im Vertragsarztrecht

Die vorgesehenen Änderungen im vertragsärztlichen Bedarfsplanungs- und Zulassungssystem können zu deutlich flexibleren und örtliche Bedarfe besser berücksichtigenden Versorgungsbedingungen führen. Sie können dazu beitragen, die klassischen ambulanten Ermächtigungen der Krankenhäuser zu stabilisieren. Ausdrücklich sieht der Gesetzentwurf die Ermächtigung von Krankenhäusern bei lokal festgestelltem Versorgungsbedarf vor. Das heißt, die Krankenhäuser können künftig auch dann, wenn der Landesausschuss für das Gebiet, in dem das Krankenhaus liegt, Zulassungssperren angeordnet hat, aufgrund eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Weitere durchweg sinnvolle Neuregelungen zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung sind:

- Planungsbereiche müssen künftig nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen entsprechen; ▶



Foto: KGNW

Referentenentwurf des GKV-VSG: Korrekturen im Detail erforderlich. Der Referentenentwurf der Koalition zum Versorgungsgesetz beinhaltet nach Einschätzung des DKG-Vorstands wichtige Ansatzpunkte, die medizinische Versorgung vor dem Hintergrund des Fachpersonalmangels und der demographischen Entwicklung besser abzusichern. Allerdings werden die Potenziale zur Verbesserung der Versorgung, die sich aus einem konsequenten Abbau von Hemmnissen für die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung ergeben würden, nicht konsequent genutzt, wie DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters anlässlich der Vorstandssitzung am 22. Juni in Berlin erklärte.

Aus Krankenhaussicht sei es grundsätzlich zu begrüßen, dass Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte in Zukunft zu gleichen und vom vertragsärztlichen Planungs- und Zulassungssystem losgelösten Bedingungen medizinische spezialärztliche ambulante Leistungen erbringen könnten. Dies sei insbesondere in der ambulanten Krebstherapie von großer Bedeutung. Dass der Gesetzentwurf nun aber ausgerechnet bei den Krebserkrankungen eine neue Hürde zulasten der Krankenhäuser aufbaue, verwässere den ordnungspolitisch grundsätzlich richtigen Ansatz. Demnach könnten Krankenhäuser nur dann Zulassungen zur ambulanten Behandlung von Krebspatienten erhalten, wenn sie Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten vorwiesen, die diese Behand-

lungen ebenfalls durchführten. „Dass Wettbewerber sich gegenseitig zulassen sollen, ist dem Wettbewerbsgedanken grundsätzlich fremd.“ Wenn Bemühungen von Krankenhäusern um Kooperationen ohne Resonanz blieben, dürfe daran die Zulassung nicht scheitern.

Ordnungspolitisch nicht nachvollziehbar sei für die DKG die sich aus dem Referentenentwurf ergebende Diskriminierung von MVZ in der Trägerschaft von Kliniken. Die Installation von Vorkaufsrechten für frei werdende Kassenarztsitze zugunsten niedergelassener Ärzte könne nicht ernsthaft damit begründet werden, dass nur unter freiberuflichen Bedingungen ärztliche Entscheidungen sachgerecht getroffen werden könnten. „Die angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern beweisen tagtäglich, dass sie sich bei ihren medizinischen Entscheidungen einzig und allein von medizinischen Gesichtspunkten leiten lassen“, so Dr. Kösters.

Die von der Koalition vorgesehenen Veränderungen in der Organisationsstruktur des G-BA sind nach Kösters Aussage aus Krankenhaussicht weitgehend zu begrüßen. Der G-BA könne aber nur eine konstruktiv von den Selbstverwaltungsverbänden getragene Organisation bleiben, wenn die Verbände von der Besetzung der Vorsitzendenfunktionen nicht ausgeschlossen würden.

Das Versorgungsgesetz widme sich in weiten Teilen sehr intensiv der Verbesserung der Finanzierung für ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen. Demgegenüber würden durch das GKV-FinG den Krankenhäusern dauerhafte Kürzungen aufgebürdet und noch neue hinzugefügt, etwa Kürzungen bei der Erbringung hochspezialisierter ambulanter Leistungen. Der Vorstand der DKG erwarte, dass die Koalition auch die Finanzierung der Krankenhäuser im Versorgungsgesetz fair und sachgerecht regelt. ■

- bei der Anpassung der Verhältniszahlen ist vom G-BA die demographische Entwicklung zu berücksichtigen;
- Sonderbedarfszulassungen als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation werden zielgerichtet weiterentwickelt;
- die Einwirkungsmöglichkeiten der Länder zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten werden gestärkt:
 - Die Länder erhalten ein Mitberatungsrecht bei den Beratungen des G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung.
 - Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben künftig den im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellten Bedarfsplan den zuständigen Landesbehörden vorzulegen. Die Landesbehörden erhalten ein Beanstandungsrecht.
 - Die regionalen Gremien erhalten den erforderlichen Gestaltungsspielraum, um die regionale Bedarfsplanung an den konkreten Versorgungsbedarf anzupassen, zum Beispiel bei der Bestimmung der Planungsbereiche und den zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung festzulegenden Verhältniszahlen.

Eine Vermengung von stationärer Krankenhausplanung und ambulanter Bedarfsplanung, die im Vorfeld als sektorübergrei-

fendes umfassendes Planungsinstrument zur Diskussion stand, sieht der Gesetzentwurf nicht vor. Allerdings erhalten die Länder das Recht, ein sektorübergreifendes Gremium auf der Landesebene zu schaffen, wobei dessen nähere Ausgestaltung und Besetzung ebenfalls den Ländern überlassen bleibt. Die Beschlüsse dieses Gremiums haben Empfehlungscharakter. Es ist davon auszugehen, dass einzelne Länder das sektorübergreifende Gremium einrichten werden. Nicht anzunehmen ist allerdings, dass die Länder ihre Entscheidungskompetenz über die Krankenhausplanung abgeben werden.

Problembewusstsein, aber keine befriedigende Lösung zeigt sich bei der ambulanten Notfallversorgung. Dass die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig den ambulanten Notdienst auch durch Kooperationen und organisatorische Verknüpfungen mit Krankenhäusern sicherstellen können, ist nichts Neues. Konsequenter wäre, den Realitäten der Patientenströme entsprechend, den Sicherstellungsauftrag auch den Krankenhäusern zuzuordnen. Ähnlich wie bei den spezialärztlichen Leistungen vorgesehen, sollte die ambulante Notfallversorgung sektorübergreifend organisiert werden.

Keine Bereitschaft zur Bewegung ist im belegärztlichen Bereich festzustellen. Statt 80 Prozent brauchen die Krankenhäuser 100 Prozent der Fallpauschalenvergütungen, um mit Bele-

gern vertragliche Vereinbarungen außerhalb des KV-Topfes treffen zu können. Es gibt weiterhin keinen Grund, die Vergütungen nach der Art der Leistungserbringung zu differenzieren. Wenn verzahnte Leistungen gefördert werden sollen, dürfen Kooperationsmodelle nicht benachteiligt werden.

Ebenfalls nur halbherzig wird die Nebenbetätigungsbegrenzung für niedergelassene Ärzte in § 20 der Ärzte-Zulassungsverordnung angegangen. Zwar wird der Verordnungstext mit dem offensichtlichen Ziel einer größeren Flexibilität verändert. Ob dadurch aber die von der Rechtsprechung entwickelte 13-Stunden-Regelung pro Woche leichter überschritten werden kann, bleibt weiterhin unklar.

Medizinische Versorgungszentren

Gemessen an der politischen Ausgangsposition im Koalitionsvertrag sind die Einschränkungen zur Errichtung von MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern nicht ganz so restriktiv ausgefallen; sie bleiben aber dennoch inakzeptabel. Ordnungspolitisch nicht nachvollziehbar ist die sich aus dem Referentenentwurf ergebende Diskriminierung von MVZ in der Trägerschaft von Kliniken. Die Installierung von Vorkaufsrechten für frei werdende Kassenarztsitze zugunsten niedergelassener Ärzte kann nicht ernsthaft damit begründet werden, dass nur unter freiberuflichen Bedingungen ärztliche Entscheidungen sachgerecht getroffen werden könnten. Auch gibt es keinen

Anlaß zur Annahme, dass Vertragsärzte im Nachbesetzungsverfahren durch MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern verdrängt werden. Der Anteil der durch Krankenhäuser gegründeten MVZ liegt seit Jahren gleichbleibend bei etwa einem Drittel. Auch beim Zukauf von frei werdenden Vertragsarztsitzen ist nicht erkennbar, dass diese zunehmend von MVZ in Anspruch genommen werden. Es gibt daher auch hier keinen Anlass zur Sorge, Vertragsärzte würden vom Markt gedrängt. MVZ in Krankenhausträgerschaft sind als nützliche Komponente einer engen Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Bereich sowie als sinnvolle Variante der vertragsärztlichen Versorgung anzusehen. Die gleichwertige Möglichkeit für Krankenhäuser zur Gründung und Entwicklung von MVZ muss daher uneingeschränkt erhalten bleiben.

Laut Gesetzentwurf sollen MVZ künftig nur noch von zugelassenen Vertragsärzten, zugelassenen Krankenhäusern sowie von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden können. Damit fallen bislang gründungsberechtigte andere Leistungserbringer, zum Beispiel Apotheken, weg. Dagegen ist nichts einzuwenden. Die DKG hatte dafür plädiert, dass nur Leistungserbringer, die selbst ärztlich tätig sind, errichtungsberechtigt sein sollten. Dass die Gründung von MVZ nur noch in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder als Gesellschaft mit beschränk-

Weniger Druck, mehr Luft.

Der zunehmende Druck stellt das Gesundheitswesen vor immer neue Herausforderungen. Im Bereich der Energieversorgung gibt es zahlreiche Möglichkeiten, bei gleichbleibender Qualität den Verbrauch und somit die Kosten zu senken. Mit unseren maßgeschneiderten Energiedienstleistungen erschließen wir die vorhandenen Energieeinsparpotenziale und entlasten Investitionsbudgets. Damit unterstützen wir Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheime dabei, dem wirtschaftlichen Druck zu begegnen und Ressourcen freizugeben.

Wenn auch Sie eine gesunde Bilanz vorweisen wollen, informieren Sie sich unter Telefon 0621 290 2587 oder unter www.mvv-edl.de



VON ANFANG AN **Energiedienstleistungen**



ter Haftung möglich sein soll, ist demgegenüber erheblich problematischer. Bei einer Beschränkung der zulässigen Gründungsformen in der hier vorgesehenen Form wäre einzelnen Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft die Gründung von MVZ verwehrt. Da sich Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft aufgrund landesrechtlicher Vorschriften überwiegend nicht in unbestimmter Höhe verschulden können, ist es ihnen nicht möglich, die für die Gründung von MVZ in einer vorgesehenen Gesellschaftsform erforderliche Bürgschaftserklärung in unbestimmter Höhe abzugeben. Bisher bestand in solchen Fällen jedoch die Möglichkeit, ein Zentrum als unselbstständigen Betriebsteil zu gründen. Dies würde durch die Neuregelung entfallen.

Die Errichtung oder Erweiterung von MVZ in mehrheitlicher Trägerschaft eines Krankenhauses bleibt in unterversorgten Gebieten grundsätzlich uneingeschränkt möglich. Allerdings können die KVen in unterversorgten Gebieten selbst Praxen bzw. MVZ errichten und betreiben. Auch die Kommunen erhalten diese Möglichkeit. Das Gesetz sieht keine Nachrangigkeit der KVen gegenüber privaten Initiativen von Krankenhaus-MVZ und Kommunen vor. Damit hätten die KVen die Möglichkeit, in sämtlichen unterbesetzten Gebieten als ambulante ärztliche Versorger aktiv zu werden. Dies kann ordnungspolitisch nicht ernsthaft gewollt sein. KVen sind Körperschaften des öffentlichen Rechtes, sie wären dann Überwacher und zugleich Konkurrenten zu bestehenden Praxen und MVZ. Hier sollte von der bürgerlichen Koalition klargestellt werden, dass KVen nur in einer absoluten Ausnahme- und Nachrangigkeitsposition Betreiber von Praxen und MVZ sein können und dass solche Errichtungen bei Verlangen durch originär Errichtungsberechtigte zu veräußern und an diese abzugeben sind.

Durch die Installierung eines Vorkaufsrechts für Vertragsärzte und eines Aufkaufrechts zwecks Stilllegung für die KVen wird in überversorgten Gebieten die Neuerrichtung von MVZ oder deren Erweiterung durch Kauf von frei gewordenen Vertragsarztsitzen so gut wie unmöglich gemacht. Zwar müssten die KVen die aufgekauften Sitze stilllegen (*Abwrack-Programm, während die Patienten gleichzeitig über überlastete Ärzte klagen*), den KVen würde aber ein wirksames Instrument in die Hand gegeben, die Errichtung von MVZ durch Krankenhäuser zu verhindern. Weitere Verhinderungsinstrumente in den Händen der KVen sind deren Widerspruchsmöglichkeiten gegen räumliche Verlagerungen von Arztsitzen an den Standort eines MVZ.

Die Zulassung von MVZ, die vor Inkrafttreten des GKV-VSG bereits zugelassen waren, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des MVZ unverändert fort. Allerdings müssen sie nachweisen, dass sie unter ärztlicher Leitung stehen, ansonsten droht – nach einer Frist von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes – die Schließung.

Gemessen an den positiven Potenzialen von MVZ als moderne Form verzahnter ambulanter ärztlicher Versorgungseinheiten ist die mit den neu vorgesehenen Regularien zum Ausdruck kommende politische Bewertung der MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern unangemessen ruppig und befremdlich.

§ 116 b SGB V: Ambulante spezialärztliche Leistungen

Die Koalition greift das Konzept der DKG für eine bedarfsplanungsunabhängige, qualitäts- und wettbewerbsorientierte Ausgestaltung der ambulanten spezialärztlichen Leistungen auf. Gesundheitsminister Daniel Bahr hat auf dem Deutschen Ärztetag noch einmal ausdrücklich den wettbewerbsorientierten Ansatz unterstrichen: *Wer kann, darf*. Dieser neue, für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser gleichberechtigt geöffnete Versorgungsbereich soll – so der Minister – einzig und alleine am Bedarf der Patienten orientiert ausgestaltet werden. Ausdrücklich bekennt sich die Koalition dazu, dass ein besseres Ineinandergreifen von stationärer und fachärztlicher Versorgung ein wesentlicher Baustein dafür ist, künftig auch eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung für die Bevölkerung gewährleisten zu können. Dies gelte insbesondere für Patienten mit seltenen oder hochkomplexen Erkrankungen sowie für Patienten, die einen Bedarf an besonderen spezialärztlichen Leistungen haben. Allerdings soll der neue sektorverbindende ambulante spezialärztliche Versorgungsbereich nur schrittweise etabliert werden. Er umfasst zunächst die im § 116 b Absatz 2 SGB V beschriebenen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen, hochspezialisierten Leistungen sowie bestimmte ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe.

Die Konkretisierung und Ergänzung dieses Versorgungsbereichs erfolgt durch den G-BA im Rahmen der neuen gesetzlichen Vorgaben durch Richtlinien. Dabei sollen für alle Leistungserbringer einheitliche medizinisch-inhaltliche Anforderungen sowie besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung festgelegt werden. Grundsätzlich soll ein freier Zugang für Leistungserbringer bestehen, wenn die Erfüllung der jeweils festgelegten Anforderungen nachgewiesen werden kann.

Die Vergütung erfolgt vorläufig nach EBM. Mittelfristig wird eine diagnosebezogene Vergütungssystematik und -kalkulation entwickelt. Dabei sollen die spezifischen Investitionsbedingungen der Krankenhäuser berücksichtigt werden. In der Zwischenzeit wird für die von den Krankenhäusern erbrachten § 116 b-Leistungen ein (aus der Sicht der Krankenhäuser unberechtigter) fünfprozentiger Abschlag eingeführt (siehe weiter unten).

Die Erfüllung der Anforderungen muss lediglich gegenüber der zuständigen Landesbehörde angezeigt werden. Die Zulassung gilt nach zwei Monaten als automatisch erteilt, wenn die Behörde nicht reagiert. Bisherige § 116 b-Bescheide bleiben wirksam und haben nach der Konkretisierung des Leistungsspektrums durch den G-BA allerdings nur noch für ein Jahr Bestandsschutz.

Der bisherige Ordnungsrahmen für ambulante Operationen und stationärsersetzende Leistungen bleibt erhalten. „Schwere“ AOPs werden in den Rahmen des neuen Versorgungsbereichs aufgenommen. Sie sollen durch den G-BA identifiziert wer-

eine ambulante § 116 b-Leistung (zum Beispiel Brustkrebs) wirksam wird. Erlangen die Krankenhäuser in dieser Zeit keine Kooperationen, dürfen sie keine Krebspatienten der GKV mehr behandeln. Niedergelassene Ärzte können dagegen auch ohne § 116 b SGB V weiter behandeln. Sie hätten es demnach durch die Verweigerung von Kooperationen in der Hand, bestehende § 116 b-Zulassungen von Krankenhäusern „auslaufen“ zu lassen. Angesichts vieler Konkurrentenklagen niedergelassener Ärzte gegen bestehende Zulassungen ist dies keine aus der Luft gegriffene Sorge. Von „gleich langen Spießen“ kann hier nicht die Rede sein. Die Mitbewerber könnten über die Zulassung weitere Konkurrenten bestimmen.

Ein solches „Wettbewerbsmodell“ sehen die einschlägigen Lehrbücher zum Wettbewerb jedenfalls nicht vor. Die Kooperationsverpflichtungen können nur als eine Soll-Vorgabe akzeptiert werden. Wenn Krankenhäuser nachweisen, dass sie sich redlich um Kooperationen bemüht haben, zum Beispiel durch Ausschreibungen, dürfen Zulassungen nicht verwehrt werden. Die Krankenhäuser bekennen sich zur uneingeschränkten Wahlfreiheit der Patienten. Dies muss auch im Anschluss an eine zum Beispiel stationär durchgeführte Krebsoperation für die sich anschließenden ambulanten Behandlungen gelten. Dazu sollte es aber ausreichen, die Patienten im Rahmen des Entlassungsmanagements mit Informationen über die relevanten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in den Regionen zu versorgen. Die verpflichtend vorgeschriebenen Kooperationen würden die Wahlfreiheit der Patienten beschneiden. Zu berücksichtigen ist hierbei auch, dass gesetzliche Kooperationsverpflichtungen aus der Sicht der nicht zum Zuge kommenden Praxen nicht unproblematisch sind. Es gibt genügend Beispiele freiwilliger Kooperationen – Kooperationszwang kann nicht der christlich-liberale Lösungsansatz sein.

Die Schaffung einer neuen, eigenständigen ambulanten spezialärztlichen Versorgungsform birgt Risiken und Hürden. Für die Kliniken, welche die Voraussetzungen erfüllen können, erfolgt die Zulassung automatisch und sie wird stabiler, die Planungs- und Rechtssicherheit wächst. Konkurrentenklagen könnten jedenfalls nicht mehr geltend gemacht werden.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Überwiegend positiv zu beurteilen sind die im Referentenentwurf enthaltenen Neuregelungen zum G-BA. Wesentliche Positionen der DKG wurden berücksichtigt:

- Die Legitimation der Unparteiischen wird gestärkt. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann die von den Trägerorganisationen vorgeschlagenen Unparteiischen und deren Stellvertreter anhören und ihrer Berufung widersprechen, wenn er die Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit nicht als gewährleistet ansieht.
- Bei Beschlüssen, von denen nicht jede der drei Leistungserbringerorganisationen wesentlich betroffen ist, werden die Stimmen der nicht betroffenen Leistungserbringerorganisationen jeweils zu gleichen Teilen auf die Mitglieder der betroffenen Organisationen übertragen.

- Für Beschlüsse, die wegen des Ausschlusses von bisher zu lasten der GKV erbrachten Leistungen besondere Auswirkungen auf die Versorgung haben und mit sektorübergreifender Stimmenverteilung getroffen werden, wird ein Mindestquorum von neun Stimmen eingeführt, das etwa einer Zweidrittelmehrheit entspricht. Damit werden diese weitreichenden Entscheidungen auf eine breitere Akzeptanzbasis gestellt.
- Bislang nur stellungnahmeberechtigte Verbände und Institutionen haben das Recht, beim G-BA auch mündlich angehört zu werden.
- Der G-BA wird zudem verpflichtet, bei seinen Entscheidungen künftig entstehende Bürokratiekosten abzuschätzen; dies war eine vehement von der DKG vorgetragene Forderung.

Nicht zielführend und dem Selbstverwaltungsgedanken abträglich ist die Vorgabe des Gesetzentwurfs, dass die unparteiischen G-BA-Mitglieder nicht mehr aus dem Kreis der Trägerorganisationen und ihrer Mitglieder kommen dürfen. Der G-BA kann nur dann eine konstruktiv von den Selbstverwaltungsverbänden getragene Organisation bleiben, wenn die Verbände von der Besetzung der Unparteiischenfunktionen nicht ausgeschlossen werden.

Dringend anzumahnen ist die konsequente Überführung der Qualitätssicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung in die G-BA-Strukturen. Denn im Bereich der Qualitätssicherung bestehen derzeit unterschiedliche Regelungsmechanismen im ambulanten und im stationären Bereich. Die gesamte sektorspezifische Qualitätssicherung der stationären Versorgung wird im G-BA geregelt. Dies bedeutet, dass die niedergelassenen Ärzte und die Zahnärzte bei Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhaus, zum Beispiel bei der Transplantationsmedizin, volle Mitbestimmungsrechte haben. Im Gegensatz hierzu werden die wesentlichen Qualitätsanforderungen für niedergelassene Ärzte außerhalb des G-BA in Verträgen (Bundesmantelvertrag) zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV geregelt, ohne jegliche Mitwirkung der Krankenhäuser.

Ein Beispiel ist die Regelung der ärztlichen Fortbildung, die für den stationären Sektor im G-BA, für die niedergelassenen Ärzte aber ausschließlich unter den Partnern des Bundesmantelvertrags-Ärzte geregelt wird. Ein weiteres Beispiel ist die Definition von Mindestmengen, die im ambulanten Bereich die KBV und der GKV-Spitzenverband alleine festlegen, während Mindestmengen im stationären Bereich den Mehrheitsverhältnissen des G-BA unterliegen.

Wenn die Koalition es mit der sektorübergreifenden Qualitätssicherung ernst meint, müsste auch die Qualitätssicherung der niedergelassenen Ärzte sektorübergreifend und durch den G-BA festgelegt werden. Ansonsten sind die Mitwirkungsrechte der Niedergelassenen bei der stationären Qualitätssicherung nicht länger akzeptabel.

§ 137 c SGB V: Innovationen im Krankenhaus

Ob die vorgesehene Neuregelung bei der Bewertung von Innovationen eine neue Hürde oder eine zusätzliche Chance ist,

wird sich wohl erst in der Praxis zeigen. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass die Koalition am Grundprinzip des innovationsfreundlichen Verbotsvorbehalts gemäß § 137 c SGB V festhält. Grundsätzlich positiv ist, dass die Schwelle zum Ausschluss einer Methode erhöht wird. Ein Ausschluss erfolgt nur, wenn die Methode nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie *schädlich* oder *unwirksam* ist.

Nach dem Abschluss konventioneller Bewertungsverfahren kann bei unklarer Nutzenbewertung nunmehr ein vom G-BA initiiertes Erprobungsverfahren eingeleitet werden. Während dieses Erprobungsverfahrens bleiben die Leistungen für nicht in die Erprobung einbezogene Krankenhäuser weiter erbringbar. Damit kann dieses Verfahren im Grundsatz akzeptiert werden. Teilnahmeberechtigt an der Erprobung sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser in dem erforderlichen Umfang, sofern sie die vom G-BA vorgegebenen Anforderungen erfüllen. Vorgesehen sind neue Beteiligungsrechte von Vertragsärzten an Studien. Ist die Anzahl der Interessenten zu groß, wird gemäß Gesetzesbegründung *durch eine unabhängige wissenschaftliche Institution* eine Auswahl getroffen.

Für die Dokumentation der Daten im Rahmen des Bewertungsverfahrens (Studienkosten) erhalten die Leistungserbringer eine angemessene Aufwandsentschädigung. Die Leistungen werden unmittelbar durch die Krankenkassen vergütet. Positiv ist, dass eine schiedsstellenfähige Verpflichtung zum Abschluss einer Vereinbarung von NUB-Entgelten innerhalb von drei Monaten nach der Erteilung des Auftrages durch den G-BA eingeführt wird.

Wichtig ist zudem, dass nicht an der Erprobung teilnehmende Krankenhäuser die Untersuchungs- und Behandlungs-

methoden weiterhin in der stationären Versorgung anwenden können, solange die Methode nicht nach § 137 c SGB V ausgeschlossen ist. Diese Anwendung kann jedoch wie bisher mit Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringer durch den G-BA verknüpft werden. Auch für diese nicht an der Erprobung teilnehmenden, gleichwohl diese Innovationen erbringenden Krankenhäuser muss aus DKG-Sicht die Durchsetzung einer akzeptablen Vergütungsvereinbarung mit den Kostenträgern ermöglicht werden.

Fazit

Bekanntlich kommt kein Gesetz so aus dem Parlament heraus, wie es hineingegeben wurde. Änderungen sind aus Krankenhaussicht an diversen Stellen dringend erforderlich. Zu beklagen sind gravierende *Fehlausschläge des ordnungspolitischen Kompasses*. Mehr Freiräume bei der Zulassung zu ambulanten spezialärztlichen Leistungen werden durch die gleichzeitige Verminderung der geöffneten Behandlungsbereiche und Kooperationsverpflichtungen konterkariert. Zu befürchten ist, dass mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgung am Ende weniger ambulante ärztliche Versorgungsmöglichkeiten für die Patienten in der GKV herauskommen. Unverkennbar sind Asymmetrien. Ärzte und Zahnärzte werden weiter entlastet – Krankenhäuser bleiben belastet und werden mit weiteren Kürzungen (5 Prozent bei den § 116 b-Leistungen) bedacht.

Anschrift des Verfassers

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Wegelystraße 3, 10623 Berlin

DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum ist HOPE-Präsident

Am 20./21. Juni fand in Turku die turnusmäßige Sitzung des Vorstands von HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) statt. Auf der Tagesordnung standen unter anderem die Wahl des neuen HOPE-Präsidenten und das 30-jährige Jubiläum des HOPE-Austauschprogramms. Die Vorstandsmitglieder von HOPE sind die Repräsentanten der Mitgliedsorganisationen aus allen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz. Die Mitgliedschaft der Vereinigung ist heterogen zusammengesetzt. Im Vorstand sind Abteilungsleiter aus Ministerien vertreten, Hauptgeschäftsführer staatlicher Gesundheitssysteme, Beamte von Verbänden von Gebietskörperschaften sowie Präsidenten und Geschäftsführer privater und freigemeinnütziger Krankenhausverbände.

Die Wahl des Präsidenten führte zu einem einstimmigen Votum des Vorstands für DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum, der dieses Amt für drei Jahre zusätzlich zu seinen Aufgaben als Hauptgeschäftsführer der DKG ausüben wird. Baum war in den drei zurückliegenden Jahren bereits Vize-Präsident von HOPE und übernimmt das Amt von John Cachia, Vertreter des Gesundheitsministeriums von Malta. Die neue Vize-Präsidenschaft hat nach einer Kampfabstimmung die Abteilungs-

leiterin aus dem spanischen Gesundheitsministerium, Sara Pupato Ferrari, übernommen. Baum ist nach dem früheren Hauptgeschäftsführer der DKG, Prof. Dr. Hans-Werner Müller, der zweite Deutsche, der an die Spitze der 1966 gegründeten europäischen Krankenhausvereinigung gewählt wurde.

In seiner Antrittsrede machte Baum deutlich, dass sich der europäische Krankenhausverband in den kommenden Jahren zahlreichen kontroversen Diskussionen stellen muss. So sei die Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zwar bereits verabschiedet, doch die Implementierung der Regelungen in nationales Recht werfe viele Fragen auf. Es müsse daher darauf geachtet werden, dass die Patienten von ihrer Wahlfreiheit in der Praxis auch Gebrauch machen könnten.

Zu den bevorstehenden Diskussionen im Bereich der EU-Beschäftigungspolitik erklärte Georg Baum weiter: „Mit den sehr wahrscheinlichen Überarbeitungen der Richtlinien zur Arbeitszeit und zur gegenseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen werden zentrale Regelungen für die Organisation der Arbeit in den Krankenhäusern neu gefasst. Darüber