

Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)

Charitéstr. 4, 10117 Berlin
Tel. 030-28094480, Fax 030-28094481
e-Mail: bmcev@bmcev.de



Berlin, 23.06.2003

Stellungnahme

für den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages

1. zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

“Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems”

(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)

- Drucksache 15/1170 -

2. zu dem Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, weitere Abgeordnete und der Fraktion der CDU/CSU,

“Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen- Gesundheitspolitik neu denken und gestalten”

- Drucksache 15/1174 -

3. zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weitere Abgeordnete und der Fraktion der FDP, “Mut zur Verantwortung - für ein freiheitliches Gesundheitswesen”

- Drucksache 15/1175 -

soweit es sich dabei um Regelungen für

- **integrierte Versorgungsformen (§§ 140 a - d)**
- **und Gesundheitszentren (§ 95 Abs. 1)**

und damit im Zusammenhang stehende weitere Bestimmungen handelt.

I.

Vorbemerkungen

Der BMC setzt sich als bundesweiter pluralistischer Verein im Gesundheitswesen dafür ein, die Gesundheitsversorgung in Deutschland unter Beachtung bewährter Errungenschaften und unter Einbeziehung aller Akteure zukunftsfähig zu gestalten.

Dazu ist es notwendig, die Kooperation und Kommunikation der Heilberufe und Institutionen zu optimieren und sektorübergreifende Lösungen für das Disease und Case Management, die Ressourcennutzung, die Qualitätssicherung, das Datenmanagement sowie die Leitungsvergütung zu entwickeln. Der BMC befürwortet deshalb eine systematische und pragmatische Nutzung von Werkzeugen integrierter sektor- und fachübergreifender Zusammenarbeit, um Gesundheitsziele qualitätsgesichert und wirtschaftlich zu erreichen.

Der BMC geht davon aus, dass dies effizientere Strukturen und Prozesse und bei allen Beteiligten die unvoreingenommene Bereitschaft zu den notwendigen Veränderungen sowie eine neue Kultur der Zusammenarbeit erfordert. Die bisher ungenügend aufeinander abgestimmten Rahmenbedingungen der Versorgungssektoren haben zu Fehlsteuerungen geführt. Der BMC befürwortet deshalb integrierte, an der medizinischen Versorgungskette und an den Patientenbedürfnissen orientierte Versorgungsstrukturen.

Der BMC vertraut dabei auf die Kräfte eines freiheitlichen und wettbewerbsorientierten, gleichwohl auch solidarischen Systems, bei einem hohen Maß an Selbstbestimmung und Verantwortung der Bürger für ihre Gesundheit. Er wendet sich gegen staatlichen Dirigismus und Zentralismus.

Der BMC steht zu den gesellschaftlich anerkannten Grundprinzipien: Solidarität, Subsidiarität, Eigenverantwortung, Qualität, Zugang zum medizinischen Fortschritt, wirtschaftlicher Umgang mit den Ressourcen, Wahrung der Patientenrechte und Beachtung ethischer Grundsätze.

Bei Wahrung dieser Grundsätze spricht sich der BMC für eine Förderung integrierter und sektorübergreifender Versorgungsformen durch den Gesetzgeber aus.

II. Stellungnahme

A. Integrierte Versorgungsformen

1. Der Grundgedanke der Integrationsversorgung

Wenn Vertragsärzte, andere ambulante Dienstleister im Gesundheitswesen, Krankenhäuser, Reha-Träger und weitere beteiligte Anbieter sich zu einer transsektoralen Organisations- und Verantwortungs-Einheit zusammenschließen, die medizinische Versorgung „aus einer Hand“ anbietet, sind Qualitäts- und Effizienzgewinne der medizinischen Versorgung zu erwarten.

2. Notwendige Voraussetzungen für sektorübergreifende integrative Versorgungsformen

(mit Kommentierung entsprechender Regelungen des Entwurfes eines „Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ – GMG)

a. Gestaltungsfreiheit

Der BMC hält es für wünschenswert, dass die Bildung kooperativer unternehmerischer Strukturen im Gesundheitswesen nicht in ein enges rechtliches Korsett gezwängt wird sondern gerade eine Vielfalt unterschiedlicher Lösungen angestrebt wird, die sich im Wettbewerb um die bessere Versorgung bewähren müssen. Die Förderung integrierter Versorgungsformen setzt Gestaltungsfreiheit der daran Beteiligten voraus.

Bisherige bürokratische und einengende Vorgaben (insbesondere in den bisherigen §§ 140 a Abs. 1 und 140 d bis h) wurden im Gesetzentwurf gestrichen. Die Zahl der möglichen Vertragspartner wird erweitert. Dies sind Schritte in die richtige Richtung.

b. Verbindlichkeit der Zusammenarbeit der Leistungsanbieter, Trägerschaft

Eine sektorübergreifende, strukturierte und qualitätsgesicherte Versorgung erfordert verbindliche Kooperationsformen und Organisationsstrukturen und in der höchsten Entwicklungsstufe eine Unternehmensform mit Trägerschaft.

Das Spektrum der Möglichkeiten einer sektorübergreifende Versorgung reicht von der verbindlichen Vereinbarung einer Zusammenarbeit der Leistungserbringer, gemeinsamen Standards und einer gemeinsamen IT-Kommunikationsplattform bis hin zu einem alle Leistungsanbieter zusammenfassenden Unternehmen mit einer Trägerschaft, die entweder von den Leistungserbringern selber oder

durch einen externen Träger oder gemeinsam von den Leistungsanbietern zusammen mit einem (oder mehreren) externen Partner(n) ausgeübt werden kann (siehe Abbildungen 1 – 3 im Anhang).

Der Gesetzentwurf sieht auch die Vertragsfähigkeit von Trägern vor, die nicht selbst Versorger sind und die eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten (Managementgesellschaften). Dadurch werden die Voraussetzungen für unternehmerische Managementstrukturen integrierter Versorgungsverbände und -einrichtungen geschaffen.

c. Gesellschaftsform

Der Gesetzgeber muss Gesellschaftsformen definieren, in der sektorübergreifende Versorgungsverbände bzw. Versorgungszentren (als Unternehmen) sozialrechtliche Verträge mit Kostenträgern abschließen können.

Eine Aussage über Gesellschaftsformen, in der Beteiligte an einer integrierten Versorgung teilnehmen können, fehlt im Gesetzentwurf (bis auf eine Regelung für Eigeneinrichtungen der Krankenkassen als juristische Personen des Privatrechts in § 140 b Abs. 2).

Im Kommentar zum Gesetzentwurf ist zwar festgehalten, dass „..... Beteiligte in unterschiedlichster Gesellschaftsform an einer integrierten Versorgung teilnehmen können. Dafür stehen sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung, insbesondere also die Personengesellschaften und die juristischen Personen des Privatrechts, einschließlich Kapitalgesellschaften und Vereinen.“

Eine solche Klarstellung sollte auch in den Gesetzestext aufgenommen werden.

d. Investitionen

Integrierte Versorgung erfordert in der Gründungsphase Investitionen (z.B. für die notwendige Informationstechnologie), die zunächst höhere Kosten als in der herkömmlichen Versorgung erwarten lassen.

Insofern ist es folgerichtig, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für Verträge die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden, gemäß GMG-Entwurf ausgesetzt werden soll. Auf die Frage, wie weit dann die realen Umstände eine relevante Flexibilität der Krankenkassen bei der Honorierung und ggf. Mitfinanzierung von integrierter Versorgung zulassen, soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

e. Vergütungssystem und ökonomische Steuerung

Die ökonomische Steuerung in integrierten Versorgungsstrukturen kommt durch die Wirkung von verhandelbarer Regelungen zustande. Beispielhaft seien hier genannt:

- die Übernahme finanzieller Verantwortung durch die Leistungserbringer (z.B. kombiniertes Budget oder prospektive morbiditätsadaptiert berechnete Kopfpauschalen),
- finanzielle Anreize für Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Versorgung und begrenzte Beteiligung am Verlustrisiko bei unwirtschaftlicher Versorgung.

Die Gestaltungsfreiheit der Honorierungsform ist einerseits durch die Ermöglichung von Abweichungen von den Regelungen des vierten Kapitels SGB V in der integrierten Versorgung gemäß § 140b Absatz 4 abgedeckt.

Andererseits legen die Regelungen im § 87 Absatz 2a des Gesetzentwurfes fest, dass „...„für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen Fallpauschalen festzulegen“ sind, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen“. Es wäre ein ergänzender Hinweis angebracht, dass in der integrierten Versorgung auch davon abweichende Honorarvereinbarungen (z.B. morbiditätsorientierte Kopfpauschalen) möglich sind.

Weitere wünschenswerte (und zum Teil im GMG-Entwurf realisierte) Voraussetzungen sind:

- Angleichung der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich
- Einbeziehung der Pflegekosten in kombinierte Budgets bzw. Capitation-Modelle
- die Bindung der Versicherten an ein Versorgungsnetz der Integrationsversorgung („Einschreibung“), zumindest für einen ausreichend langen Zeitraum,
- eine Kostenbeteiligung der Versicherten bei paralleler Nutzung von Versorgungsangeboten außerhalb der Integrationsversorgung,
- Finanzielle Anreize für Versicherte zur Nutzung der effizienten und effektiven Versorgungsstrukturen und/oder zur primären Konsultation eines Koordinationsarztes

f. Beteiligung Dritter nur mit Einverständnis aller Vertragspartner

Zu begrüßen ist die neu im GMG-Entwurf in § 140 b Absatz 5 vorgesehene Bestimmung, dass ein „Beitritt Dritter zu Verträgen der integrierten Versorgung nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich“ ist. Hierdurch wird „Trittbrettfahren“ verhindert.

g. Selektive Verträge neben Kollektivverträgen

Wenn selektivvertragliche integrierte Versorgung (mit eingeschränktem Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V) und kollektivvertragliche Versorgung nebeneinander bestehen sollen, muss sichergestellt sein, dass die selektivvertragliche Versorgung qualitativ nicht schlechter, sondern tendenziell besser, effizienter und effektiver ist. Dies erfordert eine wirksame Qualitätssicherung auf einer sicheren Datenbasis, um die nötige Transparenz für alle Beteiligten (insbesondere auch die Versicherten und Patienten) zu erreichen.

h. Versichertenrechte, Wahlfreiheit, Freiwilligkeit der Teilnahme

Die Interessen und Rechte der versorgten Patienten und eingeschriebenen Versicherten in integrierten Versorgungsformen müssen angemessen vertreten und durchsetzbar sein. Die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Versorgungsformen und unterschiedlichen Versicherungspaketen sollte gewährleistet und die Teilnahme freiwillig sein. Die für die Entscheidung erforderlichen Informationen müssen den Versicherten zur Verfügung stehen. Grundlage dafür ist eine ausreichende Transparenz des Leistungsgeschehens der im Qualitätswettbewerb stehenden Angebote. Weiterhin müssen dabei ein Mindeststandard der Versorgung gewährleistet und Zusatz-Wahlleistungen ermöglicht werden. Denkbar ist auch die Einführung eines Versichertenbeirates der eingeschriebenen Versicherten als deren Interessensvertretung.

i. Externes Qualitätsmonitoring (neutral, pluralistisch, unabhängig und staatsfern)

Mit der Bewertung der Versorgungsqualität vor Ort und zur Unterstützung der Versicherten- und Patienteninteressen sollte eine neutrale, unabhängige, kompetente und pluralistische Einrichtung beauftragt werden, an der auch Patientenvertreter zu beteiligen sind. Diese könnte beispielsweise eine private Stiftung sein, zu deren Aufgaben Prozessmonitoring, Outcomes Research, Benchmarking, Herstellung von Transparenz für Patienten, Definition und Weiterentwicklung von Standards, Zertifizierung und ggf. die Schaffung von Grundlagen für notwendige Sanktionen gehört.

Eine derartige zur Neutralität verpflichtete und unabhängige externe Qualitätssicherungsstelle wäre ein Steuerungsinstrument, das Qualitätsverluste für Patienten und/oder Nachteile für Leistungserbringer verhindern hilft. Eine nur interne oder einseitig gesteuerte externe Qualitätssicherung (z.B. ausschließlich durch Leistungserbringerorganisationen, eine Körperschaft, eine Behörde oder ein wissenschaftliches Institut) birgt die Gefahr, zu stark an Partialinteressen gebunden zu sein.

Vor diesem Hintergrund steht der BMC der Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin nach §§ 139a-I der GMG-Entwurfassung deutlich kritisch gegenüber.

j. Informationstechnologische Vernetzung

Ein kontinuierlicher zielgerichteter Informationsfluss zwischen allen Beteiligten (Akteuren, Patienten und Versicherten) muss gewährleistet sein.

Mit IT-Unterstützung können alle Geschäftsprozesse unabhängig von Organisationsgrenzen abgebildet, eine einrichtungsübergreifende, multimediale elektronische Gesundheitsakte sowie das E-Rezept. realisiert, die Transparenz der zur medizinischen und wirtschaftlichen Steuerung notwendigen Parameter erreicht sowie einrichtungsübergreifende Behandlungs- und Qualitätsstandards zwischen Praxen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen unterstützt werden.

Der BMC hält es deshalb für vorrangig, eine einheitlichen Telematikplattform für das Gesundheitswesen zu etablieren, Standards für Kommunikation und Dokumentation medizinischer Informationen festzulegen, die Finanzierung zum Aufbau der neuen Kommunikationsinfrastruktur sicherzustellen und Gesundheitsinformationssysteme für gesunde und kranke Bürgerinnen und Bürger zu zertifizieren.

Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (§ 291a des Gesetzentwurfs) ist in diesem Sinne ein Schritt in die richtige Richtung.

B. Gesundheitszentren

Sektor- und berufsübergreifende unternehmerische Zusammenschlüsse von Vertragsärzten, stationären Einrichtungen und anderen Dienstleistern im Gesundheitswesen unter einer Trägerschaft sind die logische Weiterentwicklung und höchste organisatorische Entwicklungsstufe der integrierten Versorgung.

Der BMC sieht deshalb keine Veranlassung, „Gesundheitszentren“ als eigene Versorgungsform mit speziellen, die Gestaltungsfreiheit der Akteure einengenden Regelungen gesondert im Gesetz vorzusehen, da derartige Anbieterstrukturen vom Grundsatz her lediglich eine Sonderform der integrierten Versorgung darstellen.

Existierende Gesundheitszentren nach § 311 SGB V, bieten einen praktischen Beleg dafür, dass das Miteinander von medizinischem und betriebswirtschaftlichem Management in kooperativen Strukturen und bei gemeinsamer Nutzung von Räumen und Geräten eine praktikable und patientengerechte Lösung darstellt. Ein weiteres positives Beispiel ist das ambulant-stationäre Kooperationsmodell Prosper der Bundesknappschaft.

Sowohl im Kooperationsmodell Prosper wie auch in den Gesundheitszentren nach § 311 sind freiberuflich tätige Vertragsärzte erfolgreich integriert (in den § 311-er Einrichtungen neben angestellten Ärzten).

Der BMC kritisiert deshalb, dass für die „Gesundheitszentren“ gemäß § 95 des Gesetzentwurfes lediglich angestellte Ärzte vorgesehen sind. Eine solche Einschränkung ist weder notwendig noch sinnvoll. Ärzte sollten frei entscheiden können, ob sie angestellt oder als Niedergelassene in kooperativen Versorgungsstrukturen vertragsärztlich tätig sein wollen.

Die grundsätzlich positiv zu bewertende Klarstellung, dass „Gesundheitszentren ärztlich geleitete Einrichtungen“ sind, kann diese Vorbehalte nicht entkräften.

Ungelöste berufsrechtliche Fragen stellen weitere Problempunkte dar: Angestellte Ärzte sind mit den Vorgaben der meisten Heilberufs- bzw. Kammergesetze der Länder, wonach die ambulante ärztliche Tätigkeit an die Niederlassung in „eigener Praxis“ gebunden oder explizit in der Rechtsform einer juristischen Person verboten ist, nicht vereinbar (zur Verfassungsmäßigkeit dieser Regelungen: BayVerfGH NJW 1999, 3418; OVG NW MedR 2001, 150). Die Einführung der Gesundheitszentren erfolgt ausschließlich in der GKV, so dass der Grundsatz der „Einheitlichkeit des Arztberufes“ tangiert ist. So haben beispielsweise Privatpatienten keinen Erstattungsanspruch gegenüber privaten Krankenversicherungen, da zum Beispiel angestellte Ärzte einer GmbH nicht als niedergelassen gelten.

Zweck neuer Versorgungsstrukturen sollte es sein, den Versicherten durch die Kooperation einer Vielfalt ärztlicher Fachrichtungen und weiterer Gesundheitsdienstleister ein wirklich integriertes Versorgungsangebot „aus einer Hand“ zu bieten, bei dem die strikte Trennung der Sektoren des Gesundheitswesens aufgehoben wird. Dies sollte unter anderem durch ein einheitliches Regelwerk und ein sinnvolles Honorierungssystem gefördert werden, das den gesamten Versorgungsprozess abdeckt

Die Regelungen für Gesundheitszentren nach § 95 Abs. 2 des Gesetzentwurfes konterkarieren aber diese Prinzip der Integration: Die in Gesundheitszentren tätigen Hausärzte, Augenärzte oder Frauenärzte nehmen an der vertragsärztliche Versorgung unter deren Bedingungen (z.B. Sicherstellungsauftrag der KV, EBM, HVM) teil, während Fachärzte anderer Fachrichtungen in Gesundheitszentren dem Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen mit Einzelvertragssystem und anderen Vergütungsregelungen zugeordnet sind.

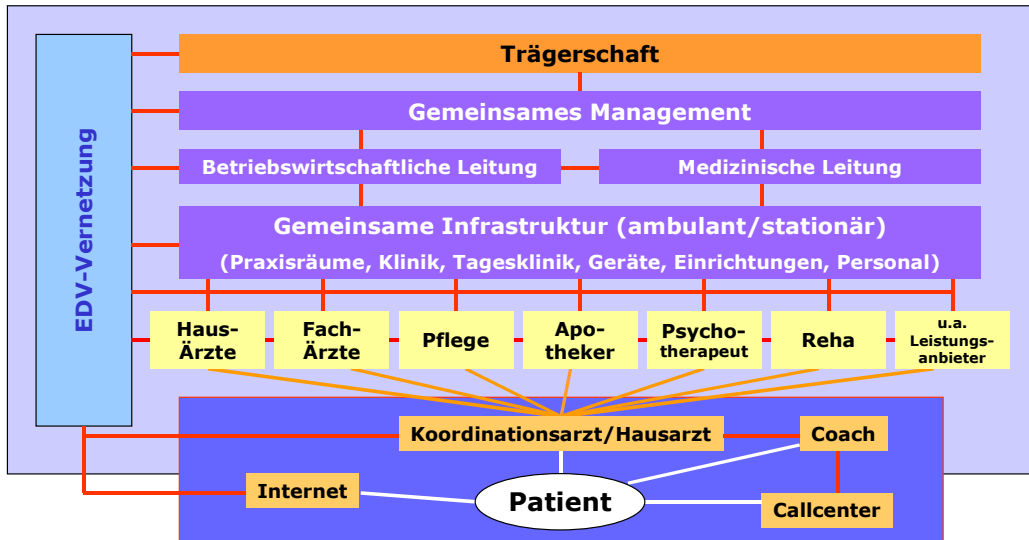
Zudem wird wegen der Beschränkung der Gesundheitszentren auf den ambulanten Bereich dem Ziel der Integration aller Versorgungsbereiche und den Bedürfnissen der Versicherten und Patienten nach einer Versorgung „aus einer Hand“ - orientiert an der gesamten Versorgungskette - nicht ausreichend Rechnung getragen.

Der BMC hält deshalb den § 95 in der Fassung des Gesetzentwurfes zum GMG für nicht zielführend und schlägt statt dessen vor, fach- und sektorenübergreifende Versorgungszentren („Integrative Gesundheitszentren“) dem Rahmen der integrierten Versorgung zuzuordnen.

Anmerkung: Die vorliegende Stellungnahme wurde von Vorstandsmitgliedern des BMC auf der Grundlage der Grundsätze des Verbandes erstellt und konnte wegen der Kurzfristigkeit der Einladung zum Anhörungsverfahren nicht in allen Einzelheiten mit allen Mitgliedergruppen des BMC abgestimmt werden. Sie ist deshalb als ein aktueller Beitrag der Verfasser in der Diskussion um die Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens zu verstehen, die ihren Abschluss noch nicht gefunden hat.

Anhang: Abbildungen

Abb. 1:
Schema einer transsektoralen integrativen Versorgungseinrichtung



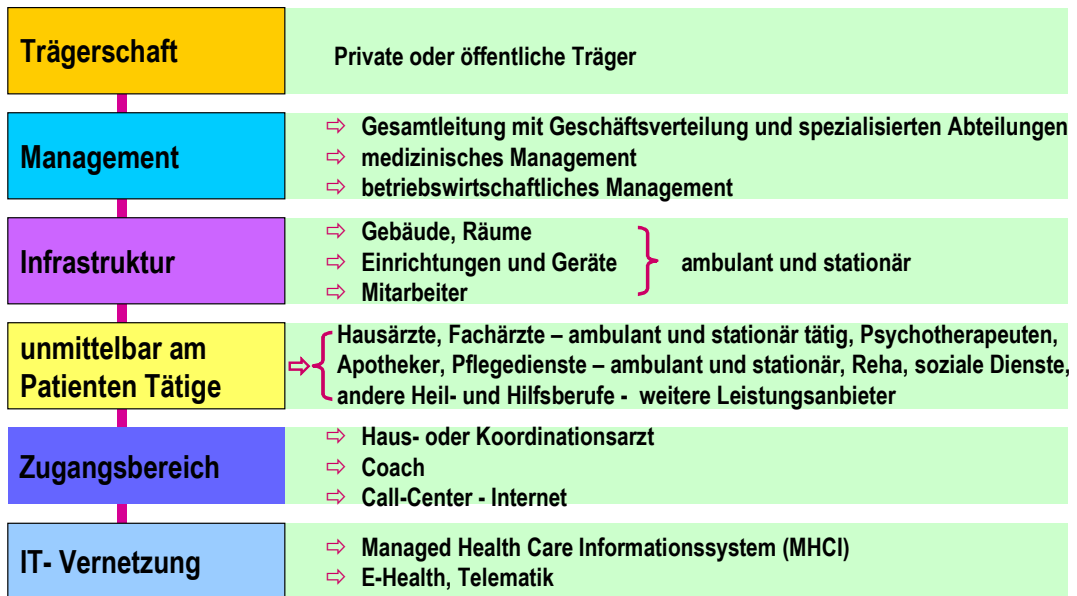
Anhang zur Stellungnahme des BMC zum Entwurf eines GMG

Abb. 2:
Die transsektorale integrative Versorgungseinrichtung als höchste Entwicklungsstufe integrierter Versorgung

Gemeinsame Trägerschaft Wirtschaftliche Einheit Gesellschaftsrechtliche Einheit					X
Gemeinsames betriebswirtschaftl. Management				X	X
Gemeinsame Nutzung der Infrastruktur			X	X	X
Einheitliches medizinisches Management & QM		X	X	X	X
IT- Vernetzung <small>Patientenakte, Datentransfer, etc.)</small>	X	X	X	X	X

Anhang zur Stellungnahme des BMC zum Entwurf eines GMG

Abb. 3: Elemente einer integrativen transsektoralen Versorgungseinrichtung



Anhang zur Stellungnahme des BMC zum Entwurf eines GMG