

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

**Gesetzentwurf
der Bundesregierung**

für ein

**Gesetz für schnellere Termine
und bessere Versorgung**

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Stand: 6. November 2018

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	4
Besonderer Teil	7
Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	7
Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 31a Absatz 1 Satz 1 SGB V) Anspruch auf Medikationsplan	7
Zu Artikel 1 Nr. 15 (§ 35a Absatz 3 SGB V) Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen.....	8
Zu Artikel 1 Nr. 31 Buchstabe a (§ 65c SGB V) Verlängerung der Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der Förderkriterien klinischer Krebsregister	8
Zu Artikel 1 Nr. 36 a), Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 75 Absatz 1a Sätze 2 und 3 SGB V) und c), Doppelbuchstabe aa), Dreifachbuchstabe ccc) (§ 75 Absatz 7 Satz 1 SGB V) Vermittlung von Akutfällen durch die Terminservicestellen und Richtlinienkompetenz der KBV	9
Zu Artikel 1 Nr. 43 j) (§ 87 Abs. 5a SGB V) Neuregelung der Besetzung des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses	11
Zu Artikel 1 Nr. 44 a) (§ 87a Absatz 3 SGB V) und Nr. 36 a), Doppelbuchstabe dd) (§ 75 Abs. 1a Satz 7 SGB V) i.V.m. Nr. 38 (§ 76 Abs. 1a SGB V) Vergütung von Akutfällen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	12
Zu Artikel 1 Nr. 48 (§ 89a SGB V) Sektorenübergreifendes Schiedsgremium	14
Zu Artikel 1 Nr. 53 (§ 96 Absatz 2a SGB V) Einbindung der Länder in die Zulassungsausschüsse.....	15
Zu Artikel 1 Nr. 54 b) (§ 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V) Vorgabe an die Zusammensetzung von Arztgruppen durch den G-BA	16
Zu Artikel 1 Nr. 55 e), Doppelbuchstabe aa) (§ 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V) Anstellung unabhängig von Planungsbereichsgrenzen	16
Zu Artikel 1 Nr. 55 e), Doppelbuchstabe bb) (§ 103 Absatz 4a Sätze 4 bis 6 SGB V) Nachbesetzung in Medizinischen Versorgungszentren aus Versorgungsgründen bei Zulassungsbeschränkungen	17
Zu Artikel 1 Nr. 56 a), Doppelbuchstabe aa) und bb) sowie Nr. 56 c) (§ 105 Absatz 1 und 1b SGB V) Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	19
Zu Artikel 1 Nr. 73 (§ 132d SGB V) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	21
Zu Artikel 1 Nr. 77 (§ 137c Absatz 1 Satz 5 SGB V) Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus	21
Zu Artikel 1 Nr. 78 (§ 137e SGB V) Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	22
Zu Artikel 1 Nr. 79 (§ 137h SGB V) Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse.....	23
Zu Artikel 1 Nr. 96 (§ 291a SGB V) Anforderungen an die freiwillige Anwendung elektronische Patientenakte	25

Zu Artikel 1 Nr. 97 (§ 291b SGB V) Termin für das Patientenfach, Vorgehen zur Festlegung der alternativen Zugangsvorfahren, Informationspflichten der gematik.....	26
Zu Artikel 1 Nr. 99 d (§ 295 Abs. 4 SGB V) Einführung verbindlicher Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüsseln sowie von Prüfmaßstäben für die Abrechnung und Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen	27
Zu Artikel 1 Nr. 101 (§ 299 Absatz 1 SGB V) Regelungen des G-BA zur Übermittlung versichertenbezogener Daten an Leistungserbringer	29
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	31
1. Ambulante Notfallbehandlung	31
2. Sicherstellungszuschlag wirksam ausgestalten	34
3. Bundesbasisfallwert und -korridor weiterhin prospektiv nach Maßgabe des Veränderungswertes weiterentwickeln	37
4. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	38
5. Abgabe von Betäubungsmitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus	40
6. Versicherteninformation durch die Krankenkassen in der Qualitätssicherung.....	42
7. Vergütung Zweitmeinungsverfahren.....	43

Allgemeiner Teil

Mit rund 20 Millionen ambulant versorgten Patientinnen und Patienten leisten Deutschlands Krankenhäuser einen wichtigen Beitrag zur flächendeckenden ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Das ambulante Leistungsspektrum der Krankenhäuser entwickelt sich stetig weiter und reicht vom ambulanten Operieren, der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und der ambulanten Notfallversorgung bis hin zu den vielfältigen Leistungen der geriatrischen, psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen sowie der Hochschulambulanzen. Mit ihren interdisziplinären Versorgungsangeboten auf höchstem Qualitätsniveau sind die Krankenhäuser zudem der ideale Standort für eine medizinische Versorgung aus einem Guss.

Der vorliegende Gesetzentwurf für ein TSVG zielt insbesondere darauf ab, den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung durch kürzere Wartezeiten auf Arzttermine und erweiterte Sprechstundenangebote zu verbessern und die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu stärken. Beide Ziele werden ohne eine noch engere Einbindung der Krankenhäuser nicht zu erreichen sein.

Mit hohem Interesse haben die Krankenhäuser zur Kenntnis genommen, dass im Gesetzentwurf zum TSVG an mehreren Stellen die gedeckelte Honorierung der Vertragsärzte aufgebrochen und im zahnärztlichen Bereich die Degression gänzlich abgeschafft werden soll. Die Zeiten der strengen Budgetierung scheinen damit vorbei zu sein – das sollte gleichermaßen auch für die Leistungen der Krankenhäuser gelten.

Besonders positiv hervorzuheben ist das neue **sektorenübergreifende Schiedsgremium**. Die dreiseitigen Schiedsverfahren in den letzten Jahren haben gezeigt, dass aufgrund der unausgewogenen Stimmverteilung keine sachgerechten und fairen Kompromisse gefunden werden konnten. Die Neuausrichtung der sektorenübergreifenden Konfliktlösung kann dies in Zukunft ändern und dadurch zu einer Verbesserung und Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung beitragen.

Nicht nachvollziehbar ist die Ausweitung der Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, mit **Eigeneinrichtungen** an der ambulanten medizinischen Versorgung in Zukunft teilnehmen zu können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind keine originären medizinischen Leistungserbringer. Sie sind administrativ tätige Organisationseinheiten zur Unterstützung und Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages durch die medizinisch kompetenten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bzw. Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Krankenhäuser. Als Körperschaften des Öffentlichen Rechts mit faktisch unbegrenzten Eigenfinanzierungsmöglichkeiten werden sie mit diesem Gesetz zu ohne wirtschaftliches Risiko tragende Wettbewerber in der ambulanten medizinischen Versorgung. Mit der vorgesehenen Abschaffung der Benehmensherstellung gegenüber den Krankenkassen entscheiden sie in Zukunft autonom über die Errichtung von KV-finanzierten und betriebenen Ambulanzen in den Regionen. Als KVen sind sie dann medizinischer Leistungserbringer und zugleich die Wirtschaftlichkeit und Qualität kontrollierende Organisationen. Zu Recht wurden Eigeneinrichtungen der Krankenkassen im vergangenen Jahrhundert abgeschafft. Nach Auffassung der Kran-

kenhäuser sollte immer zuerst geprüft werden, ob vorhandene originäre medizinische Leistungserbringer, insbesondere auch Krankenhäuser, die Möglichkeit haben, die bedarfsnotwendigen ambulanten Leistungen zu erbringen, ehe wettbewerbsrechtlich bedenkliche und parallele Strukturen aufgebaut werden. Zu erinnern ist, dass § 116 SGB V die Einbeziehung von Krankenhäusern bei Unterversorgung ermöglicht. Dies ist aber mit erheblichen Restriktionen verbunden. Statt KVen ohne weitere Bedingungen zuzulassen, sollten die Rahmenbedingungen für die Einbeziehung von Krankenhäusern gelockert werden.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Versorgung und häufig ein wichtiges Bindeglied der sektorenübergreifenden Versorgung. Die geplante MVZ-Nachbesetzungsregelung, mit weiteren Steuerungsmöglichkeiten durch den G-BA, stellt einen erheblichen Eingriff in das austarierte Versorgungsangebot Medizinischer Versorgungszentren dar. So berücksichtigt die Neuregelung die in diesem Versorgungsbereich etablierte fachliche Interdisziplinarität nicht ausreichend. Gerade das Zusammenwirken unterschiedlicher Fachgruppen, deren fachliche Ausrichtung innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums untereinander abgestimmt ist, um eine Versorgungseinheit zu bilden, wird durch diese Regelung deutlich beeinträchtigt. Bestehende gut funktionierende Versorgungsstrukturen sind dadurch gefährdet. Das bisher etablierte Verfahren zur MVZ-Nachbesetzung muss bestehen bleiben. Auch sollte der Kreis der Errichtungsberechtigten unverändert bleiben.

Bedauerlich ist, dass die bestehenden Probleme der **ambulanten Notfallversorgung** überhaupt nicht angepackt werden. Die vorgesehenen finanziellen Anreize für niedergelassene Ärzte zur Bereitstellung von mehr Leistungskapazitäten können zur Entlastung der Kliniken beitragen, wobei gesetzlich klarzustellen ist, dass die Einbindung der Krankenhäuser bei der Behandlung von über die Terminservicestelle vermittelten Akutpatienten dieselben Vergütungsansprüche nach sich zieht wie bei den Vertragsärzten. Die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigten Neuregelungen lösen aber nicht die grundsätzliche Problematik der unzureichenden Versorgung zu den Notfallversorgungszeiten. Zwar gibt es zum Teil bereits gut funktionierende Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung (z. B. Portalpraxen). Dennoch tragen die Krankenhausambulanzen die Hauptlast der ambulanten Notfallversorgung und das 365 Tage im Jahr an 7 Tagen die Woche, 24 Stunden am Tag. Die Krankenhäuser verdienen dafür faire Rahmenbedingungen. Nicht länger hinnehmbar sind die jährlich knapp 1 Mrd. € Defizit der Notfallambulanzen der Krankenhäuser. In einem ersten Schritt sind eine sachgerechte Vergütung und eine Direktabrechnung mit den Krankenkassen für die ambulanten Notfallpatienten überfällig.

Die geplante Ausweitung der Kompetenzen und Rechte der **Länder im Zulassungsausschuss** wird von den Krankenhäusern begrüßt. Dies ist ein wichtiger Schritt, die Länder stärker in die ambulante Versorgungsverantwortung einzubinden und zusätzlich regionalen Besonderheiten gerecht zu werden. Auch für den Bereich der ambulanten Notfallversorgung halten die Krankenhäuser daher eine Sicherstellungsverantwortung der Länder mit entsprechenden Gestaltungsmöglichkeiten für erforderlich. Die vorgesehene Aussetzung der Bedarfszulassung bei Unterversorgung ist ebenfalls zu begrüßen.

Die geplante Vereinfachung der Einwilligung der Versicherten zur Nutzung medizinischer Anwendungen und die Möglichkeit des mobilen Zugriffs auf **die elektronische Patientenakte** durch die Versicherten sind wichtige Schritte, um die Digitalisierung im Gesundheitswesen – unter Beachtung des gebotenen Datenschutzes - patientenfreundlicher und anwenderorientierter zu gestalten. Dass die elektronische Patientenakte von den Krankenkassen bereitgestellt werden soll, erschwert einen Kassenwechsel und negiert die Vorteile des Wettbewerbs. Die elektronische Patientenakte sollte durch Anbieter am Markt bereitgestellt werden und die Zulassung über die gematik erfolgen. Der Rückgriff auf patientenbezogene medizinische Daten, die in den Krankenhäusern dokumentiert werden, kann nur in gemeinsam vereinbarter und strukturierter Form akzeptiert werden. Keinesfalls kann akzeptiert werden, dass die Krankenkassen durch den Betrieb von Patientenakten Behandlungsinformationen und Daten zur Verfügung gestellt bekommen, die sie heute zum Schutze der Patienten vor Risikoselektionsstrategien nicht haben.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 31a Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Anspruch auf Medikationsplan

Beabsichtigte Neuregelung

Das Datum wird entfernt, da es in der Vergangenheit liegt und der Anspruch unbefristet bestehen soll.

Stellungnahme

Die Streichung ist sachgerecht und wird begrüßt. Allerdings wird in § 31a Absatz 4 die Vereinbarung zu den Inhalten und den Verfahren nur zwischen der KBV, der BÄK und dem DAV geschlossen und fortgeschrieben. Dies behindert die sektorübergreifende Versorgung, insbesondere da die Krankenhäuser über die Vereinbarung gemäß § 39 Abs. 1a SGB V ebenfalls zur Erstellung von Medikationsplänen verpflichtet sind. Daher wird vorgeschlagen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft in den Prozess der Fortschreibung der Vereinbarung aufzunehmen.

Änderungsvorschlag

In § 31a Absatz 4 wird Satz 1 wie folgt geändert:

*„(4) Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans sowie ein Verfahren zu seiner Fortschreibung vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, **die Deutschen Krankenhausgesellschaft** und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene ~~bis zum 30. April 2016 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.~~“*

Zu Artikel 1 Nr. 15 (§ 35a Absatz 3 SGB V)

Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

Beabsichtigte Neuregelung

Im Absatz 3 wird ergänzt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zur Information der Öffentlichkeit seine Beschlüsse inkl. einer Zusammenfassung der tragenden Gründe innerhalb eines Monats nach dem Beschluss in englischer Sprache im Internet veröffentlicht.

Stellungnahme

Die Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da durch die Übersetzung der Beschlüsse in die englische Sprache die enthaltenen Informationen einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Dies erleichtert und fördert die internationale Zusammenarbeit. Dies spielt eine wichtige Rolle vor dem Hintergrund, dass auf europäischer Ebene eine einheitlichere Vorgehensweise bei der Arzneimittelnutzenbewertung angestrebt wird, wo internationale Interessen zu vertreten sind. Allerdings sind durch die Neuregelung nicht unerheblichen Kosten für die professionelle Übersetzung der umfangreichen Beschlusstexte zu erwarten.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 31 Buchstabe a (§ 65c SGB V)

Verlängerung der Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der Förderkriterien klinischer Krebsregister

Beabsichtigte Neuregelung

Den klinischen Krebsregistern der Länder soll durch die Verlängerung der Nachbesserungsfrist von einem auf zwei Jahre die Möglichkeit gegeben werden, den geplanten Aufbau abzuschließen, um die Förderkriterien zu erfüllen.

Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der bisher stattgefundenen Bemühungen einer flächendeckenden Errichtung der klinischen Krebsregister, erscheint es aus Sicht der Krankenhäuser sinnvoll, den Krebsregistern der Länder durch eine Verlängerung der Nachbesserungsfrist die Möglichkeit zu eröffnen, den Aufbau abzuschließen.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 36 a), Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 75 Absatz 1a Sätze 2 und 3 SGB V) und c), Doppelbuchstabe aa), Dreifachbuchstabe ccc) (§ 75 Absatz 7 Satz 1 SGB V)

Vermittlung von Akutfällen durch die Terminservicestellen und Richtlinienkompetenz der KBV

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist beabsichtigt, die Aufgaben sowie die Erreichbarkeit der Terminservicestellen auszuweiten. Neben dem bisherigen Aufgabenspektrum der Vermittlung eines Behandlungstermins sind die Terminservicestellen gehalten, bei der Suche nach einem Hausarzt unterstützend tätig zu werden sowie im Akutfall – auch ohne Vorliegen einer Überweisung – eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln, die auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine Priorisierung nach sich zieht.

Hierzu wird der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Auftrag erteilt, Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung von Akutfällen erfolgt.

Stellungnahme

Hintergrund der neuen Regelung ist, die bestehenden Terminservicestellen zu neuen Servicestellen mit zusätzlichen Aufgaben weiterzuentwickeln. Zukünftig sollen die Terminservicestellen Versicherte in Akutfällen sowohl während der üblichen Sprechstundenzeiten als auch außerhalb der Sprechstundenzeiten eine unmittelbare ärztliche Versorgung vermitteln, die auf Grundlage einer Priorisierung zu erfolgen hat. Der Gesetzeswortlaut sieht weiterhin vor, dass die Terminservicestellen 24 Stunden täglich und an sieben Tagen in der Woche unter einer einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen. Bei Vorliegen eines lebensbedrohlichen Notfalls hat die Terminservicestelle den Anrufer unmittelbar zur Notrufzentrale (112) weiterzuleiten. In der Gesetzesbegründung wird diesbezüglich konkretisiert, dass die Rufnummer der Terminservicestellen mit der bisherigen Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer (116 117) zusammenzulegen ist; wobei zu gewährleisten ist, dass die neue Nummer in das künftige System gemeinsamer Notfallleitstellen integrierbar sein soll.

Nach Ansicht der Krankenhäuser ist der Vorschlag nachvollziehbar, jedoch nicht zielführend, da weiterhin zwei Notfall-Rufnummern – die des Rettungsdienstes und die der Servicestelle – parallel bestehen blieben. Für Patienten wird die Versorgung im Akut- und Notfall damit nicht eindeutiger. Es sollten vielmehr integrierte Leitstellen mit einheitlicher Notfall-Rufnummer (112) angedacht werden, die die Patienten im Akut- bzw. Notfall in die entsprechende Versorgungsform leiten. Dafür spricht, dass es dem Patienten in einer Akut- bzw. Notfallsituation unter Umständen nicht möglich ist, einzuschätzen, welche Versorgungsstruktur seinem aktuellen Gesundheitszustand entspricht und welche Nummer (112 oder 116 117) er daher wählen sollte. Schwerwiegende gesundheitliche Folgen sind nicht auszuschließen, wenn der Patient sich telefonisch an die Servicestelle wendet und diese nach erfolgter Ersteinschätzung zu dem Ergebnis kommt, dass ein Notfall vorliegt. Dann erst erfolgt durch die Servicestelle eine telefo-

nische Weiterleitung an die Notrufzentrale, die ggfs. eine weiterführende Informationssammlung vornehmen muss. Insgesamt geht Zeit verloren, bis die Rettungskette angestoßen wird. Dies spricht einerseits für eine Zusammenlegung der Nummern im Akut- und Notfall und andererseits für eine Abspaltung der vorgesehenen telefonischen Akutvermittlung durch die Terminservicestellen und deren Integration in eine einheitliche Notfallstruktur. Die integrierte Leitstelle wäre der telefonische „Anlaufpunkt“ für alle Patienten mit akuten Gesundheitsstörungen. Bestehende Strukturen wie Rettungsleitstellen könnten hierzu effizient genutzt und erweitert werden. Dort erfolgt eine qualifizierte Ersteinschätzung über die Dringlichkeit und die geeignete Versorgungsform. Damit sollte neben der Terminservicestellenummer eine Not- und Bereitschaftsdienstnummer mit Integration der Notfallnummer 112 vorgenommen werden. Zugunsten der Patientensicherheit gäbe es damit eine bundesweit einheitliche Telefonnummer für die Not- und Bereitschaftsdienste, die an 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche (24/7) erreichbar ist. Eine Trennung der Nummern (Terminservicestelle und Not- und Bereitschaftsdienst) ist sinnvoll, da somit keine Vermischung zwischen Anrufen zur Vermittlung eines Behandlungstermins und Anrufen im Akutfall erfolgen würde.

Für die Krankenhäuser grundsätzlich nicht nachvollziehbar ist, aus welchem Grund im Koalitionsvertrag zur Verbesserung der Notfallversorgung eine gemeinsame Sicherstellung von Landeskrankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung adressiert wird, die dazu aufzubauenden Notfallleitstellen und integrierten Notfallzentren mit dem vorliegenden Gesetzentwurf in ihren grundlegenden Strukturen jedoch nunmehr allein durch die Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen werden. Auch wird allein der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Aufgabe zugewiesen, Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zu erarbeiten. Die nach diesem Verfahren erfolgenden Einschätzungen der telefonischen (Akut)Patientenkontakte stellen die Grundlage dar, die weitere Versorgung der Patienten in die „gebotene Versorgungsebene“ zu steuern. Nach Ansicht der Krankenhäuser ist vollkommen unklar, aus welchem Grund allein der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Kompetenz zugesprochen wird, eine entsprechende Richtlinie zu erarbeiten, wenn diese Auswirkungen auf die Leistungen Dritter hat. Im Sinne einer abgestimmten sektorübergreifenden Versorgung sollte die Erarbeitung eines Ersteinschätzungsverfahrens zusammen unter Einbindung der Krankenhäuser erfolgen. Folglich ist eine entsprechende Richtlinie im Einvernehmen mit der DKG zu erarbeiten.

Änderungsvorschlag

1. § 75 Absatz 1a Satz 2 (neu) wird wie folgt geändert:

*„Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und richten Terminservicestellen ein, die ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter ~~einer~~ bundesweit einheitlichen **Telefonnummern für Aufgaben nach Satz 3 Nr. 1 und Nr. 2 sowie für Aufgaben nach Satz 3 Nr. 3** erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.“*

2. § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 3 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Versicherten ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln; hierfür haben die Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen mit den für die rettungsdienstliche Versorgung zuständigen Stellen einheitliche Regelungen zur telefonischen Erreichbarkeit sowie zur Zusammenarbeit zu vereinbaren.“

3. § 75 Absatz 7 Satz 1 Nr. 4 (neu) wird wie folgt geändert:

In Nummer 4 werden die Wörter „Telefonnummer nach Absatz 1a Satz 2“ durch die Wörter „Telefonnummern nach Absatz 1a Satz 2“ ersetzt.

4. § 75 Absatz 7 Satz 1 Nr. 6 (neu) wird wie folgt geändert:

„6. im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 erfolgt.“

Zu Artikel 1 Nr. 43 j) (§ 87 Abs. 5a SGB V)

Neuregelung der Besetzung des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Struktur des ergänzten Bewertungsausschuss wird geändert, indem die Anzahl seiner stimmberechtigten Mitglieder von zwölf auf neun reduziert wird. Zugleich wird die Anzahl der Unparteiischen im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss reduziert, deren Benennung nunmehr durch alle Mitglieder des ergänzten Bewertungsausschuss zu erfolgen hat. Gleichzeitig erfolgt eine Anpassung der Stimmberechtigungen im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss, so dass die Anzahl der Stimmberechtigten mit dem im vorliegenden Gesetzentwurf neu eingeführten sektorenübergreifendem Schiedsgremium übereinstimmt.

Stellungnahme

Aus Sicht der Krankenhäuser ist diese notwendige Anpassung zu begrüßen. Beschlüsse des ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss sind nicht nur gegen die Krankenhäuser entschieden worden, sondern aufgrund der bislang geregelten Stimmverteilung auch gegen die unparteiischen Mitglieder, wie zuletzt der im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss im Dezember 2016 getroffene Beschluss zur Vergütung der ambulanten Notfallbehandlungen eindrucksvoll gezeigt hat. Praktisch haben die unparteiischen Mitglieder in der bestehenden Struktur des ergänzten erweiterten Bewer-

tungsausschuss keine Entscheidungskraft und sind damit zur Bedeutungslosigkeit degradiert.

Auch begrüßen die Krankenhäuser ausdrücklich, dass die Benennung der Unparteiischen für dieses Gremium nicht mehr – wie bislang – allein zweiseitig erfolgt, sondern durch alle Mitglieder des ergänzten Bewertungsausschuss gemeinsam vorzunehmen ist.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 44 a) (§ 87a Absatz 3 SGB V) und Nr. 36 a), Doppelbuchstabe dd) (§ 75 Abs. 1a Satz 7 SGB V) i.V.m. Nr. 38 (§ 76 Abs. 1a SGB V)

Vergütung von Akutfällen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Beabsichtigte Neuregelung

Neben den Leistungen, die bislang außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, werden die extrabudgetären Leistungen erweitert. Dabei handelt es sich auch um Leistungen, die im Zusammenhang mit der Versorgung in akuten Behandlungsfällen zu vergüten sind: Neben der Vergütung einer erfolgreichen Vermittlung für einen dringend erforderlichen Behandlungstermin durch den Haus- an einen Facharzt sowie der Vergütung aller im Behandlungsfall erbrachten Leistungen bei einem durch die Terminservicestelle vermittelten Behandlungstermin werden im Akutfall die Leistungen extrabudgetär vergütet. Ebenfalls der extrabudgetären Vergütung explizit zugeordnet werden die Leistungen der Grund- und Versichertenpauschale für Neupatienten sowie die Leistungen der Grund- und Versichertenpauschale, die in der neu eingeführten offenen Sprechstunde behandelt werden.

Stellungnahme

Im Unterschied zum Referentenentwurf sieht der vorliegende Kabinettsentwurf keine Anpassung von § 87 Abs. 2a Satz 3 SGB V mehr vor. Im Referentenentwurf erfolgte eine Vergütungstrennung, wonach die im einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgewiesenen Gebührenordnungspositionen im Notfall für die Versorgung von Akutfällen auch zu den Sprechstundenzeiten berechnungsfähig sind. Der Kabinettsentwurf trennt erstmals Akutfälle und Notfälle, indem in der Begründung ausgewiesen wird, dass Akutfälle nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 keine Notfälle im Sinne der ständigen Rechtsprechung des BSG seien. Für die Versorgung der Patienten im Notfall und organisierten Notdienst erfolgen somit keine Anpassungen durch den vorliegenden Gesetzesentwurf, daher obliegt die Vergütung dieser Fälle den bisherigen Regelungen und erfolgt nach § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V aus der MGV.

Positiv zu bewerten ist, dass die Leistungen für Akutfälle der extrabudgetären Vergütung zugeführt werden. Damit werden bisherige Regelungen der Leistungsbudgetierung durchbrochen.

Jedoch ist die im vorliegenden Gesetzentwurf getroffene Vergütungsregel in jedem Fall nicht ausreichend. So wird in der Begründung darauf hingewiesen, sofern die Terminservicestellen Akutfälle an Krankenhäuser vermitteln müssen, es bei der geltenden Rechtslage nach § 76 Abs. 1a i.V.m. § 120 Abs. 3a bleibe. Nach § 120 Abs. 3a erfolgt die Leistungsvergütung der Krankenhäuser aufgrund des Verweises auf § 76 Abs. 1a SGB V. Aufgrund der beabsichtigten Neufassung des § 75 Abs. 1a Satz 3 SGB V ergibt sich in § 76 Abs. 1a SGB V eine Folgeänderung, wonach auf § 75 Abs. 1a Satz 7 (neu) verwiesen wird. Dieser gibt vor, sofern die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V innerhalb der Frist von vier Wochen vermitteln kann, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten, wobei die Sätze 3 bis 5 entsprechend gelten. Nunmehr wird im vorliegenden Gesetzentwurf jedoch eine Neufassung dieses Satzes vorgenommen, wobei die Akutfälle nicht explizit über den Verweis nach § 76 Abs. 1a (neu) SGB V adressiert werden. Denn in § 75 Abs. 1a Satz 7 (neu) SGB V werden anstelle der Wörter „die Sätze 3 bis 5“ die Wörter „Satz 3 Nummer 1 und die Sätze 4, 5 und 6“ ersetzt. Daraus ergibt sich zunächst nur ein Bezug auf die bisherige Terminvermittlung, die Vermittlung von Akutfällen nach Satz 3 Nummer 3 wird jedoch an dieser Stelle nicht adressiert, so dass nicht eindeutig ist, dass diese Fälle auch nach § 76 Abs. 1a SGB V in Anspruch genommen und nach § 120 Abs. 3a SGB V durch Krankenhäuser abgerechnet werden können. Daraus würde folgen, dass eine Vermittlung in die unmittelbare ärztliche Versorgung in die medizinisch gebotene Versorgungsebene zwar erfolgen kann, für die Krankenhäuser jedoch die Abrechnung als Akutfall nicht zulässig ist.

Es sollte ferner klargestellt werden, dass Leistungen im Akutfall, die aufgrund einer Vermittlung durch die Terminservicestelle durch ein Krankenhaus erbracht werden, sich nicht in den Grenzen des jeweiligen fachspezifischen Spektrums bewegen müssen. So wird in der Begründung zur beabsichtigten Neuregelung darauf hingewiesen, dass alle aufgrund der Terminvermittlung im Behandlungsfall erforderlichen Leistungen außerhalb der MGV zu festen Preisen vergütet werden. Der Verweis auf den Behandlungsfall begrenzt die Leistungen auf das Leistungsspektrum der Arztpraxis. Dies führt dazu, dass medizinisch notwendige Leistungen außerhalb dieses Leistungsspektrums an anderer Stelle zu erbringen sind, etwa eine notwendige bildgebende Untersuchung. Krankenhäuser haben jedoch diese Möglichkeiten zur Leistungserbringung, so dass vertragsärztliche Bestimmungen – etwa zur Überweisung oder zur Leistungsabrechnung – zur Versorgung von Akutfällen nicht vollumfänglich übertragbar sind.

Aus Krankenhaussicht ist die Anpassung der Vergütung von Leistungen im Notfall und organisierten Notdienst dringend notwendig. Jedoch wird diese mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht umgesetzt.

Änderungsvorschlag

1. In § 75 Abs. 1a werden die Wörter „*die Sätze 3 bis 5*“ im bisherigen Satz 6 durch die Wörter „*Satz 3 Nummer 1 **und Nummer 3** und die Sätze 4,5 und 6*“ ersetzt.
2. In § 75 Abs. 1a wird der bisherige Satz 8 gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 48 (§ 89a SGB V) Sektorenübergreifendes Schiedsgremium

Beabsichtigte Neuregelung

Weiterentwicklung der Konfliktlösungsinstrumente für dreiseitige Vereinbarungen der Selbstverwaltung und Schaffung eines eigenständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundes- und Landesebene.

Stellungnahme

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hatte in der Vergangenheit schon mehrfach darauf hingewiesen, dass das Verfahren vor dem erweiterten Bundesschiedsamt, das derzeit für die Festsetzung von dreiseitigen Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene zuständig ist, sich als dringend reformbedürftig erweist. Insbesondere nach den Festsetzungen des erweiterten Bundesschiedsamts zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V sowie der Vereinbarung über die Patientengruppen in Hochschulambulanzen gemäß § 117 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Neuordnung der zu entscheidenden Tatbestände sowie des Verfahrens vor dem erweiterten Bundesschiedsamt eingefordert. Die nun im Gesetzentwurf vorgesehene Weiterentwicklung der Konfliktlösungsinstrumente für dreiseitige Vereinbarungen und die Schaffung eines eigenständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums werden daher von der Deutschen Krankenhausgesellschaft uneingeschränkt begrüßt.

Als begrüßenswerte Änderung ist insbesondere hervorzuheben, dass künftig für sämtliche gesetzlich zugewiesenen Aufgaben des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums Entscheidungen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder vorgesehen sind. Dadurch wird ein ausgewogenes Stimmenverhältnis geschaffen, das auch den Stimmen der neutralen Mitglieder des Schiedsgremiums ein angemessenes Gewicht verleiht. Zur ausgeglichenen Berücksichtigung aller im Schiedsgremium vertretenen Interessen trägt außerdem die Zusammensetzung bei, da künftig Vertreter der Vertragsparteien in gleicher Anzahl vorgesehen sind.

Ausdrücklich begrüßt wird auch, dass die Einigung auf die unparteiischen Mitglieder künftig durch alle Parteien des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums erfolgt. Bislang wurde die Deutsche Krankenhausgesellschaft lediglich zum bestehenden Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V hinzugezogen und hatte keinen Einfluss auf die Besetzung des Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertre-

ter. Gleichwohl wurde aber durch das GKV-VSG in § 22a der Schiedsamtverordnung geregelt, dass bei einer Erweiterung des Bundesschiedsamts um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft die beteiligten Körperschaften und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Kosten und Gebühren jeweils entsprechend ihrem Stimmenanteil zu tragen haben. Danach muss die Deutsche Krankenhausgesellschaft für die Kosten der Verfahren vor dem erweiterten Bundesschiedsamt entsprechend ihrem Stimmenanteil aufkommen, obwohl ihr keinerlei Einflussmöglichkeiten auf die Besetzung der neutralen Mitglieder zustehen. Dieses Ungleichgewicht wird durch die institutionelle Einbindung der Deutschen Krankenhausgesellschaft in das sektorenübergreifende Schiedsgremium endlich aufgehoben.

Insgesamt werden die vorgeschlagenen Regelungen durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft sehr positiv bewertet. Auch die im SGB V vorgesehenen redaktionellen Folgeänderungen werden begrüßt. Gleiches gilt für die vorgesehene Neufassung der Schiedsamtverordnung, in der die im SGB V angelegten Änderungen nachvollzogen werden. Gleiches gilt darüber hinaus auch für die in § 87 Absatz 5a SGB V vorgesehenen Änderungen beim ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss (Artikel 1 Nr. 43 j).

Auch die Schaffung eines Gremiums für die sektorenübergreifende Konfliktlösung auf der Landesebene trägt zu einer konsequenten Weiterentwicklung der Konfliktlösungsinstrumente für dreiseitige Vereinbarungen der Selbstverwaltung bei und erfolgt im Gleichklang zu den auf Bundesebene vorgesehenen Regelungen.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 53 (§ 96 Absatz 2a SGB V) **Einbindung der Länder in die Zulassungsausschüsse**

Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen wird, den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen ein umfangreiches Mitberatungsrecht einzuräumen. Dabei sind die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden unter anderem in Verfahren einzubinden, welche die Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4 Nr. 9 sowie die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen vorsehen.

Stellungnahme

Die Einbindung der Länder in die Zulassungsausschüsse wird begrüßt. Aktive Mitwirkungsrechte der Länder in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung sind insbesondere bei sektorenübergreifenden Fragestellungen zur Gewährleistung einer flächendeckenden, wohnortnahen Gesundheitsversorgung positiv hervorzuheben. Die Einbindung der

Länder ist auch deswegen sachgerecht, da über diese die Sichtweise und Informationen der Krankenhausplanung Eingang in Beschlüsse der Zulassungsausschüsse finden.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 54 b) (§ 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V)

Vorgabe an die Zusammensetzung von Arztgruppen durch den G-BA

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für einzelne Arztgruppen verbindliche Vorgaben für deren Zusammensetzung vorgeben kann und diese damit konkretisiert. Hierfür kann der Gemeinsame Bundesausschuss differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile innerhalb der Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festlegen.

Stellungnahme

Eine bedarfsnotwendige Steuerung von Arztgruppen, innerhalb derer eine ausgeprägte Binnendifferenzierung besteht, existiert derzeit nicht. Somit ist eine Steuerung innerhalb dieser Arztgruppen bislang nicht möglich. Die vorgesehene Neuregelung ist damit grundsätzlich nachvollziehbar.

Jedoch ist unbedingt zu beachten, dass in der Patientenversorgung aufgrund dieser Festlegungen keine Defizite entstehen, etwa weil Versorgungsstrukturen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wegfallen. Insbesondere bei den in Medizinischen Versorgungszentren tätigen Arztgruppen kann dieser Steuerungsansatz zum Wegfall von in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung tätigen Arztgruppen führen (siehe hierzu die Ausführungen unter Artikel 1, Nr. 55 e), Doppelbuchstabe bb)).

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 55 e), Doppelbuchstabe aa) (§ 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V)

Anstellung unabhängig von Planungsbereichsgrenzen

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird festgelegt, dass ein Vertragsarzt auch auf seine Zulassung zugunsten einer Anstellung in einem MVZ verzichten kann, wenn sich der Tätigkeitsort des Arztes und der Sitz des anstellenden MVZ in unterschiedlichen Planungsbereichen befinden.

Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen, da hiermit abschließend klargestellt wird, dass eine Tätigkeit im MVZ keine Ortsbindung vorsieht, sondern dass diese auch über Planungsbereichsgrenzen hinaus möglich ist.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 55 e), Doppelbuchstabe bb) (§ 103 Absatz 4a Sätze 4 bis 6 SGB V) Nachbesetzung in Medizinischen Versorgungszentren aus Versorgungsgründen bei Zulassungsbeschränkungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher generelle Möglichkeit der Nachbesetzung von Arztstellen in Medizinischen Versorgungszentren bei Zulassungsbeschränkungen wird begrenzt: Einerseits wird vorgesehen, dass eine Nachbesetzung nur auf Antrag möglich ist, andererseits kann der Antrag durch den Zulassungsausschuss abgelehnt werden, wenn Versorgungsgesichtspunkte dagegen sprechen.

Dem Antrag auf Nachbesetzung ist stattzugeben, wenn ein Nachfolger die Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 (neu) erfüllt.

Stellungnahme

Die Nachbesetzungsregelungen, die mit der Einführung des § 101 Absatz 1 Satz 8 (neu) korrespondieren, stellen einen erheblichen Eingriff in das austarierte Versorgungsangebot Medizinischer Versorgungszentren dar. So berücksichtigt die Neuregelung die in diesem Versorgungsbereich etablierte fachliche Interdisziplinarität nicht ausreichend. Gerade das Zusammenwirken unterschiedlicher Fachgruppen, deren fachliche Ausrichtung innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums untereinander abgestimmt ist, um eine Versorgungseinheit zu bilden, könnte durch diese Regelung deutlich beeinträchtigt werden. Durch die Neuregelung wird damit der bei Medizinischen Versorgungszentren im Vordergrund stehende Leistungserbringungszweck, der „Versorgung unter einem Dach“, nicht mehr wie dies bislang im Sozialrecht vorgesehen war, Rechnung getragen. Umso unverständlicher ist es, wenn im vorliegenden Gesetzentwurf die Anstellungsgenehmigung nach § 101 Abs. 4a Satz 2 (neu) parallel mit genau diesem Aspekt, also der besonderen Versorgung im Medizinischen Versorgungszentrum, begründet wird.

Zudem wird auch die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführte Regelung der Gründungsmöglichkeit arztgruppengleicher MVZ durch die Neuregelung konterkariert, wenn der Zulassungsausschuss zu dem Ergebnis kommt, dass Versorgungsgesichtspunkte einer Nachbesetzung in einem arztgruppenspezifischen, schwerpunkt-

identischen MVZ entgegenstehen, insbesondere wenn die nachbesetzende Arztgruppe nicht die Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 (neu) erfüllt. Wird ein Antrag auf Nachbesetzung durch den Zulassungsausschuss abgelehnt, kann dies zur Folge haben, dass die Zulassungsvoraussetzungen des MVZ nicht mehr vorliegen und damit der Weiterbetrieb nicht mehr gewährleistet ist.

Auch muss darauf hingewiesen werden, dass die vorliegende Neuregelung Medizinische Versorgungszentren im Vergleich zur Vertragsarztpraxis auch an anderer Stelle massiv benachteiligt, was sich daraus ergibt, dass in Medizinischen Versorgungszentren die Nachbesetzungsfrequenz ungleich höher ist als in einer Vertragsarztpraxis. Eine Bedarfsprüfung wird damit für ein Medizinisches Versorgungszentrum deutlich häufiger erfolgen, wohingegen eine Vertragsarztpraxis erst nach langjähriger Tätigkeit des Vertragsarztes einer Bedarfsprüfung unterliegt. Besonders hervorzuheben ist dabei, dass die Arbeitspräferenzen nachrückender Arztgenerationen und hier insbesondere die Elternphase unberücksichtigt bleiben: So würde etwa ein elternzeitbedingter Nachbesetzungsbedarf auch in diese Regelung fallen.

Die beabsichtigte Neuregelung zieht damit gleichfalls ein wirtschaftliches Risiko nach sich, wenn eine Nachbesetzung nicht genehmigt wird, da aufgrund der fachlichen Ausrichtung Investitionsentscheidungen getroffen werden müssen, d.h. beispielsweise welche Geräte angeschafft werden. Wenn die entsprechende Fachrichtung aufgrund des Beschlusses des Zulassungsausschusses nicht mehr am Medizinischen Versorgungszentrum vertreten ist, wird auf diese Weise jedoch in die Refinanzierung des Medizinischen Versorgungszentrums eingegriffen, da der Wegfall einer Fachrichtung entschädigungslos bleibt. Im Gegensatz dazu ist die Investitionsrefinanzierung in einer Vertragsarztpraxis über die gesamte berufliche Tätigkeit sichergestellt. Aus MVZ-Trägersicht kommt diese Regelung daher einer Enteignung ohne Entschädigungsleistung gleich.

Darüber hinaus kann sich die Neuregelung auf weitere Regelungsbereiche und auf die Patientenversorgung negativ auswirken. Insbesondere finden die Wechselwirkungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht ausreichend Beachtung. So können die vorgesehenen Neuregelungen Auswirkungen auf die Zusammensetzung eines ASV-Teams haben, wenn in einem MVZ eine spezifische Fachrichtung aufgrund der bedarfsplanerischen Vorgaben und deren Umsetzung durch die Zulassungsausschüsse nicht mehr besetzt wird und damit in der Folge die ambulante spezialfachärztliche Versorgung des Teams nicht mehr den gesetzlichen Anforderungen bzw. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses entspricht. Sofern aufgrund eines Wegfalls eines Mitgliedes des interdisziplinären Teams diese Fachrichtung nicht ersetzt werden kann, etwa weil kein (geeigneter) Kooperationspartner gefunden wird, sind gemäß § 2 Absatz 3 Satz 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V die personellen Voraussetzungen nicht mehr gegeben und die Tätigkeit als ASV-Team ist einzustellen. In der Folge ist eine Versorgung der Patienten nicht mehr möglich. Zur Vermeidung des Wegfalls etablierter Versorgungspfade ist daher mindestens eine Ergänzung dahingehend notwendig, dass eine bestehende ASV-Struktur nicht unter die Neuregelung des § 103 Absatz 4a Satz 3 und Satz 4 fällt.

Insgesamt ist die beabsichtigte Neuregelung daher abzulehnen.

Änderungsvorschlag

§ 103 Abs. 4a Satz 3 (neu) wird gestrichen und die bisherige Regelung im Satz 3 bleibt bestehen.

Zu Artikel 1 Nr. 56 a), Doppelbuchstabe aa) und bb) sowie Nr. 56 c) (§ 105 Absatz 1 und 1b SGB V)

Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten erweiterte und flexibilisierte Möglichkeiten, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Einrichtungen zu gewährleisten, welche der unmittelbaren medizinischen Versorgung dienen. Ferner wird vorgesehen, dass bei Unterversorgung oder drohender Unterversorgung die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Betrieb dieser Einrichtungen verpflichtet werden.

Stellungnahme

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bislang auch die Möglichkeit, Eigeneinrichtungen zu betreiben. Die vorgesehene Regelung ist jedoch zu weitgehend und in dieser Form abzulehnen.

Zwar kann hervorgehoben werden, dass Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen auch durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern betrieben werden dürfen. Die theoretische Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante vertragsärztliche Versorgung ist damit gesetzlich vorgesehen, jedoch nur eine von verschiedenen Möglichkeiten. Über die Gestaltung der Eigeneinrichtung entscheidet letztendlich die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung, da zugleich vorgesehen wird, die bisherige Herstellung des Benehmens zur Errichtung von Eigeneinrichtungen mit den gesetzlichen Krankenkassen ersatzlos abzuschaffen. Damit entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung autonom über die Errichtung eigenfinanzierter Ambulanzen. Zuerst sollte jedoch immer vorrangig geprüft werden, ob vorhandene medizinische Leistungserbringer, insbesondere Krankenhäuser, die Möglichkeit haben, die bedarfsnotwendigen ambulanten Leistungen zu erbringen. Damit wird vermieden, dass Parallelstrukturen in der Patientenversorgung aufgebaut werden.

Darüber hinaus muss darauf hingewiesen werden, dass Kassenärztliche Vereinigungen keine originären Leistungserbringer sind. Der Aufbau und Betrieb von Eigeneinrichtungen zieht daher unter anderem die Frage nach sich, ob diejenige Institution, welche Prüf- (wie Abrechnungsprüfung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen) sowie Qualitätssicherungsaufgaben (bspw. Prüfung von Voraussetzungen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur Erteilung von Abrechnungsgenehmigungen) gegenüber den niedergelassenen Ärzten wahrnimmt, diese nunmehr gegenüber sich selbst anzuwenden hat.

Die Neuregelung sieht ferner vor, dass eine durch den Landesausschuss getroffene Feststellung gemäß § 101 Absatz 1 SGB V dazu führen soll, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Betrieb von Eigeneinrichtungen verpflichtet sind. Diese Regelung steht jedoch § 116a SGB V entgegen, wonach bei einer Feststellung nach § 101 Absatz 1 SGB V ein Krankenhaus auf Antrag zu ermächtigen ist. Die Behebung einer Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung durch Eigeneinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen ist daher zwingend einer möglichen Einbindung der Krankenhäuser nachzuordnen.

Auch erschließt sich nicht, aus welchem Grund bei einer Feststellung nach § 101 Absatz 1 SGB V den Krankenhäusern eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zuzusprechen ist, welche gemäß 31 Ärzte-ZV zeitlich und dem Umfang nach begrenzt werden kann, wohingegen die vorgesehene Regelung den Kassenärztlichen Vereinigungen eine dauerhafte Etablierung einer Eigeneinrichtung mit umfangreichem Leistungsangebot zuspricht. Damit begeben sich Eigeneinrichtungen grundsätzlich in Konkurrenz zu niederlassungswilligen Ärzten, die sich in diesen Planungsbereichen niederlassen wollen: So ist offen, ob durch den Betrieb die Versorgung dauerhaft sicherzustellen ist, was letztendlich dazu führt, dass niederlassungswilligen Vertragsärzten die Niederlassung verwehrt wird, da die Eigeneinrichtungen sachlogisch auf den Versorgungsgrad anzurechnen sind.

Änderungsvorschlag

1. § 105 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz und die Sätze 2 und 3 werden nicht aufgehoben.
2. Absatz 1b (neu) wird wie folgt gefasst:

*„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können eigene Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Einrichtungen auch durch Kooperationen ~~untereinander und gemeinsam~~ mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betreiben. **Zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden.** In Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 eine ärztliche Unterversorgung oder eine drohende ärztliche Unterversorgung festgestellt hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Ablauf der Frist nach § 100 Absatz 1 Satz 2, spätestens jedoch nach sechs Monaten, zum Betreiben von Einrichtungen verpflichtet. **Satz 4 gilt dann, wenn die drohende oder eingetretene Unterversorgung nicht durch Maßnahmen nach § 116 oder § 116a behoben werden kann.** Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen der §§ 87 bis 87c anzuwenden.“*

3. § 116a Satz 1 wird wie folgt gefasst:

*„Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen **drohende oder eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.**“*

Zu Artikel 1 Nr. 73 (§ 132d SGB V)

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Eine erneute Stellungnahme ist entbehrlich, da § 132d SGB V mittlerweile Gegenstand des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG geworden ist (Änderungsantrag Nr. 7, Ausschussdrucksache 19(14)38.1 vom 5.10.2018).

Zu Artikel 1 Nr. 77 (§ 137c Absatz 1 Satz 5 SGB V)

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Streichung wird eine Regelung entfernt, die den Ausschluss einer Methode aus der Krankenhausversorgung für den Fall vorsah, dass es an einer Kostenübernahmeerklärung seitens des Medizinprodukteherstellers für eine Erprobung nach § 137e SGB V mangelt. Da dieser Fall im Zuge der geplanten Änderungen des § 137e SGB V nicht mehr eintreten kann, ist die Regelung entbehrlich geworden.

Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht. Höchst bedenklich stimmt jedoch der Umstand, dass es zu keiner Anpassung des § 137c Absatz 3 SGB V gekommen ist, um den Widerspruch zwischen dem offenkundigen gesetzlichen Willen und der jüngsten BSG-Rechtsprechung aufzulösen.

Änderungsvorschlag

Bezüglich des dringend notwendigen Anpassungsbedarfes der Regelungen des § 137c Absatz 3 SGB V verweisen wir auf unsere diesbezüglichen Ausführungen unter „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“.

Zu Artikel 1 Nr. 78 (§ 137e SGB V)

Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung hat substantielle Änderungen erfahren. Demnach sind die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung zunächst durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu tragen. Erst im Anschluss an die Erprobung wird in Abhängigkeit von der Frage, ob die Methode eine Aufnahme in die vertragsärztliche Versorgung erfahren hat, über die angemessene Beteiligung an den Kosten durch den Medizinproduktehersteller entschieden. Hiervon abweichend sollen die Medizinproduktehersteller oder Unternehmen, die Anbieter der zu erprobenden Methode sind, nunmehr aber auch die Möglichkeit erhalten, auf eigene Kosten eine wissenschaftliche Institution mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung zu beauftragen. Zudem ist vorgesehen, dass der G-BA aufgrund eines Antrages auf Erprobung nach § 137e Absatz 7 SGB V bereits auch direkt den hinreichenden Beleg eines Nutzens feststellen und die Aufnahme der Methode in die vertragsärztliche Versorgung beschließen kann. Daneben wurde für die Klärung möglicher Streitigkeiten über die Vergütung der ambulanten Leistungserbringung der gegenständlichen Methode in der Erprobung auch hier das sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a SGB V vorgesehen.

Stellungnahme

In der Gesamtbetrachtung werden die Änderungen begrüßt. Bekanntermaßen war die bisherige Umsetzung der Erprobungsregelung weit hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Eine ganze Reihe von Detailfragen, die sich nicht selten um die Kosten der Erprobung und deren Übernahme drehten, hatte einen maßgeblichen Anteil daran. Dem dürfte mit den vorgesehenen Änderungen nun wirkungsvoll begegnet werden, sodass eine Verfahrensverschlinkung, schnellere Entscheidungen und damit eine deutliche Beförderung der Anlaufphase für eine Erprobung zu erwarten sind. Ob es damit jedoch in jedem Fall auch zu einer erfolgreichen Studiendurchführung kommen wird, kann mangels jeglicher bisheriger Erfahrungen im Zuge der bisherigen Umsetzung des § 137e SGB V nicht abgeschätzt werden.

Sinnvoll erscheint der vorgesehene Regelungsansatz, dass ein Antrag auf Erprobung auch direkt in einer Feststellung des hinreichenden Belegs eines Nutzens und der Aufnahme als vertragsärztliche Leistung münden kann. Dadurch würden Beratungsgänge zeitlich wirkungsvoll verkürzt, da bisherige Antragserfordernisse im Bereich des § 135 SGB V hier nunmehr entfallen.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 79 (§ 137h SGB V)

Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Neuregelungen werden eine Reihe durchaus wesentlicher Modifikationen an der bisherigen Regelung vorgenommen. So darf eine Anfrage eines Krankenhauses in diesem Bereich zukünftig nur im Einvernehmen mit dem Hersteller des maßgeblichen Medizinproduktes hoher Risikoklasse erfolgen und nicht wie bisher, im Benehmen. Auf die Prüfung des „Potenzials einer erforderlichen Behandlungsalternative“ wird zukünftig verzichtet. Vielmehr sollen Feststellungen darüber erfolgen, ob der Nutzen bereits hinreichend belegt ist oder ob die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit als belegt anzusehen ist. Trifft keine dieser Feststellungen zu, ist über eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e SGB V zu entscheiden. In diesen Fällen kann die Methode im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wobei es dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ermöglicht ist, Voraussetzungen für die Abrechnungsfähigkeit des Medizinproduktes zu regeln, was auch die Befristung des Zeitraumes für dessen Abrechenbarkeit einschließt. Den Medizinprodukteherstellern werden Pflichten zur Lieferung von Sicherheitsberichten und klinischen Daten auferlegt. Außerdem soll der Rahmen der Beratung des G-BA über das Bewertungsverfahren ausgeweitet werden, in dem auch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beteiligt werden können. Zudem soll die Beratung für Medizinproduktehersteller zukünftig gebührenpflichtig sein.

Stellungnahme

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hatte ausweislich ihrer Stellungnahme im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Einführung der Regelung des § 137h SGB V in einer ausführlichen Darstellung äußerst skeptisch beurteilt und letztlich abgelehnt. Es würde zu weit führen, die damaligen Ausführungen hier nochmals abzubilden. Die Tatsache, dass die Regelung des § 137h SGB V bislang nahezu alle Erwartungen schuldig geblieben ist, kam aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft insofern wenig überraschend. Die damaligen Ausführungen berücksichtigend, verbleiben auch im Lichte der nun geplanten Modifikationen an der bisherigen Regelung weiterhin große Zweifel hinsichtlich ihrer Praktikabilität.

Unverändert unbefriedigend ist beispielsweise, dass die Krankenhäuser das Verfahren anstoßen sollen und dieses mit dem NUB-Anfrageverfahren beim InEK verknüpft bleibt. Es wird also weiterhin verkannt, dass die wesentlichen wirtschaftlichen Interessen bei den Medizinprodukteherstellern liegen. In vergleichbaren Regelungsbereichen wie den Arzneimitteln oder auch der Erprobungsregelung nach § 137e Abs. 7 SGB V ist es die Aufgabe der Hersteller, das Verfahren zu initiieren. Nur diese können beispielsweise auch, wie nunmehr gefordert, die Beibringung vollständiger Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt sowie weiterer produktbezogener Daten garantieren.

War bereits die bisherige Benehmensregelung von Krankenhäusern und Medizinprodukteherstellern mit Unwägbarkeiten verbunden, muss davon ausgegangen werden, dass die nun vorgesehene Herstellung eines Einvernehmens den bürokratischen Vorlauf noch weiter anwachsen lassen wird.

Befördernd kann zwar der Ansatz bewertet werden, dass der G-BA hier nun nicht mehr über ein Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative entscheiden soll. Durch seine diesbezüglichen unberechenbaren und innovationshemmenden Übermaßforderungen hatte er sicherlich auch einen relevanten Anteil am Misserfolg der bisherigen Regelung. Gleichwohl muss aber auch angemerkt werden, dass mit dieser zusätzlichen Kategorisierung das Nutzenbewertungsgebilde im G-BA weiter an Homogenität verliert. Hierzu trägt ganz wesentlich auch der Umstand bei, dass den Regelungen des § 137c Absatz 3 SGB V bislang die dringend erforderliche Anpassung verwehrt geblieben ist, die den Widerspruch zwischen gesetzlichem Willen und BSG-Rechtsprechung auflösen würde.

Unter den jetzigen Vorzeichen dürften nicht wenige Bewertungsverfahren in einer Erprobung münden, zu der es bislang jedoch mangels praktischer Umsetzung weitgehend an Erfahrung fehlt. Einiges wird denn auch davon abhängen, ob die im § 137e SGB V vorgesehenen Anpassungen diese Regelung wirklich besser gangbar machen werden, ohne dies jedoch schon jetzt belastbar beurteilen zu können.

Wie die tatsächliche Erbringbarkeit dieser Leistung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung am Ende aussehen wird, wird auch davon abhängen, wie die Gestaltung der Voraussetzungen für die Abrechnungsfähigkeit des Medizinproduktes durch den G-BA erfolgt. Deren Rahmen und Grundlagen sind unklar geblieben, auch sollen diese offenbar keinerlei Überprüfungsmöglichkeiten, wie beispielweise einer Prüfung nach § 94 SGB V, unterliegen. Da der Zeitraum für deren Erstellung eng bemessen ist, bestehen Zweifel, dass hier ausreichend fundierte, die Versorgungsrealität angemessen berücksichtigende Regelungen zustande kommen. Auch wurde es versäumt, bereits an dieser Stelle klarzustellen, dass der DKG in diesem Fall die Stimmen der Leistungserbringerseite allein zustehen, da es sich hier um Anforderungen allein an die Krankenhäuser handelt.

Unklar bleibt auch, wie sich die Regelung der Abrechenbarkeit des „Medizinproduktes“ zu den sonstigen Regelungen der Finanzierung im Bereich des NUB-Verfahrens verhält. Ausgangspunkt der Betrachtungen sind schließlich NUB-Anfragen zu Methoden als Ganzes und nicht nur allein zum Medizinprodukt. Auch stellt sich die Frage, wie diese Regelung der Situation begegnet, wenn maßgebliche Medizinprodukte mehrerer Hersteller existieren.

Inwieweit die Einbindung des Bundesinstituts für Arzneimittel und dem InEK in das Verfahren der Beratung von Krankenhäusern und Medizinprodukteherstellern nach § 137h Absatz 6 SGB V hilfreich sein wird, kann derzeit nicht abgeschätzt werden. Die Einbeziehung des InEK an dieser Stelle wäre beispielsweise insbesondere dann hilfreich, wenn es kurzfristig belastbare Aussagen hinsichtlich der Frage der Erstmaligkeit einer möglichen Anfrage machen kann. In dieser Hinsicht waren beim InEK in der Vergangenheit jedoch Grenzen der diesbezüglichen Möglichkeiten wahrzunehmen.

Zusammenfassend verbleiben demnach weiterhin erhebliche Zweifel an der Konzeption dieser Regelung. Die bisherigen Erfahrungen zeigen überdeutlich, dass die Weiterentwicklung der Prüfung und Implementierung von Medizinprodukten nicht in Form einer solchen deutschen „Insellösung“ aufzufangen sind, sondern nur auf europäischer Ebene einer nachhaltigen Lösung zugeführt werden kann. Erste Schritte sind mit der neuen europäischen Medizinprodukteverordnung eingeleitet. Gleichwohl sind auch deren Auswirkungen noch nicht ausreichend zu bemessen, so dass ein sachgerechter Weg darin liegen könnte, die Verantwortlichkeit des auf einzelne Medizinprodukte fokussierenden Prüfprozesses bis auf Weiteres in die Hände einer staatlichen Zulassungsbehörde zu legen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung des § 137h SGB V ist zu streichen und durch eine Regelung über ein Prüfverfahren für Medizinprodukte hoher Risikoklasse zu ersetzen, dass bei einer staatlichen Zulassungsbehörde angesiedelt ist.

Zu Artikel 1 Nr. 96 (§ 291a SGB V)

Anforderungen an die freiwillige Anwendung elektronische Patientenakte

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzungen in Absatz 3 Nr. 4 werden das elektronische Patientenfach komplett in die elektronische Patientenakte inkludiert, sowie in Absatz 5 ein vereinfachtes Zugangsverfahren ohne Einsatz der eGK vorgeschrieben. In Absatz 5c wird dann den Kassen die Pflicht zur Bereitstellung der elektronischen Patientenakte übertragen.

Stellungnahme

Die Zusammenführung von Patientenakte und Patientenfach zu einer einheitlichen Lösung als Patientenakte wird begrüßt, da dadurch die Anwendungen den Leistungserbringern und den Versicherten deutlich einfacher erläutert werden können und sich die Komplexität der Umsetzung in den Primärsystemen reduziert. Die Öffnung der elektronischen Patientenakte für alternative Authentifizierungsverfahren wird ebenfalls begrüßt, da es dadurch möglich wird, dass Patienten auch medizinische Sensoren berechtigen können, in ihrem Auftrag Daten in die Patientenakte einzustellen. Damit kann die elektronische Patientenakte nach § 291a in besondere Weise genutzt werden, um bestehende Interoperabilitäts- und Verfügbarkeitsprobleme beim Telemonitoring zu lösen. Auch stellt eine direkte Finanzierung der elektronischen Patientenakte durch die Krankenkasse eine Alternative zur indirekten Finanzierung der Akten über die Gematik dar. Allerdings darf dies nicht dazu führen, dass die Versicherten nur jeweils die Akte der aktuellen Versicherung finanziert bekommen. Dies würde zum einen den Markt für Aktenanbieter stark einschränken und zum anderen dazu führen, dass bei jedem Versicherungswechsel auch der Aktenanbieter gewechselt werden müsste. Letzteres ist ein aufwändiger Prozess, der immer Aktionen des Aktennutzers beinhaltet und damit

einen Kassenwechsel erschwert. Daher wird vorgeschlagen deutlicher auf das reine Finanzierungsrecht abzustellen.

Mit der elektronischen Patientenakte wird ein Instrument definiert, das vollständig die Funktion einer Gesundheitsakte nach § 68 SGB V übernehmen kann. Es können beliebige Dokumente gespeichert werden, auch von Versicherungen bereitgestellte Informationen. In beiden Akten liegt die Hoheit beim Versicherten. Daher wäre die Beibehaltung des § 68 SGB V ein doppelter Finanzierungsweg, der die Leistungserbringer unnötig belastet, da diese auf Wunsch der Versicherten auch Dokumente in Gesundheitsakten einstellen müssten oder diese zur Einsicht angeboten bekämen.

Änderungsvorschlag

1. Die Nr. 96 Buchstabe c) bb) wird wie folgt geändert:

Die folgenden Sätze werden angefügt:

*„Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zu ~~finanzieren~~ Verfügung zu stellen. **Dabei dürfen Versicherte nicht auf einen Aktenanbieter festgelegt werden.** Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren.[...]“*

2. Der § 68 SGB V wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 97 (§ 291b SGB V)

Termin für das Patientenfach, Vorgehen zur Festlegung der alternativen Zugangsverfahren, Informationspflichten der gematik

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Streichung in Absatz 1 wird der nicht mehr passende Verweis auf das Patientenfach entfernt und in Absatz 1a wird das Vorgehen zur Festlegung der alternativen Zugangsverfahren ergänzt. In Absatz 6 wird das BMG in den Informationsfluss bei gravierenden Sicherheitsvorfällen aufgenommen, während der neue Absatz 9 neue Informationspflichten einführt.

Stellungnahme

Die Streichung in Absatz 1 und die Einbeziehung in den Informationsfluss bei gravierenden Sicherheitsvorfällen ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu Artikel 1 Nr. 99 d (§ 295 Abs. 4 SGB V)

Einführung verbindlicher Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüsseln sowie von Prüfmaßstäben für die Abrechnung und Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, verbindliche Regelungen zur Vergabe von Diagnosen- und Prozedurenschlüsseln für die Abrechnung und Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen einzuführen und jährlich zu aktualisieren. Hiermit verbunden sind auch Regelungen zur Übermittlung der Schlüssel sowie der Festsetzung von entsprechenden Prüfmaßstäben sowie die durchzuführende Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, auch soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen. Die Regelungen gelten auch für Krankenhäuser und sollen nach einer entsprechenden Übergangs- und Erprobungsphase zum 01.01.2022 verbindlich eingeführt werden. Zu den Regelungen ist das Benehmen mit dem Spitzenverband-Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herzustellen.

Stellungnahme

Die DKG nimmt das erneute Bemühen des Gesetzgebers zur Kenntnis, die Kodierung auch für die Abrechnung und Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen verbindlich zu regeln. Hiervon sind sowohl Diagnosen- als auch Prozeduren-Kodes umfasst. Letztere betreffen insbesondere belegärztliche Leistungen. Bei den Regelungen geht es darum, den Hauptbehandlungsanlass (Hauptdiagnose) sowie weitere Behandlungsdiagnosen bei Patienten zu identifizieren und zu kodieren. Leistungen, die erbracht wurden, sind zudem entsprechend anzugeben. Dies trifft in gleicher Weise für ambulante und stationäre Fälle zu.

Für den stationären Bereich existieren bereits seit dem Jahre 2002 jährlich aktualisierte Kodierrichtlinien, die die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren für stationär versorgte Patienten umfassend regeln. Diese werden innerhalb der Selbstverwaltung von dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart. Nach nunmehr sechzehn-jähriger Anwendung ist von einer guten Kodierqualität in den Krankenhäusern auszugehen. Hiervon ist auch die Abbildung ambulanter Fälle umfasst, da das gleiche Personal auch hier die Dokumentation vornimmt. Ob es darüber hinausgehender Regelungen aus dem ambulanten Bereich bedarf, muss bezweifelt werden. Sollten insofern für die Krankenhäuser überhaupt ergänzende Regelungen erforderlich sein, könnten diese zwischen GKV und DKG gesondert vereinbart werden. Vorrangig besteht somit der Bedarf, den vertragsärztlichen Bereich außerhalb der Krankenhäuser

zu regeln. Keinesfalls nachvollziehbar ist auch die Übertragung ambulanter Regelungen (Kodierrichtlinien) auf den neuen dritten Versorgungssektor, die ASV. Gleiches gilt für das Ambulante Operieren nach § 115b SGB V. So kann nicht nachvollzogen werden, warum die seit Jahren geregelte Abbildung hochkomplexer Fälle, für die eine gute Kodierqualität in den Krankenhäusern erreicht ist, nunmehr durch neue Regelungen für medizinische Basisversorgung und somit für deutlich weniger komplexe Fälle modifiziert werden soll. Hierbei ist es völlig unerheblich, ob Diagnosen und Prozeduren für ambulante oder stationäre Fälle zu dokumentieren sind.

Es wird durchaus begrüßt, dass der Gesetzgeber eine Harmonisierung der Kodierung in den verschiedenen Sektoren anstrebt und insofern vorgibt, dass die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) im stationären Bereich bei der Erstellung der verbindlichen Regelungen für den ambulanten Bereich zu berücksichtigen sind. Nicht akzeptabel ist jedoch der Umstand, dass es allein in das Ermessen der KBV gestellt wird, die verbindlichen Regelungen ausschließlich im Benehmen mit dem Spitzenverband-Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information festzulegen. Dies erstaunt umso mehr, als dass die ambulanten Regelungen für zahlreiche Bereiche der ambulanten Versorgung im Krankenhaus gelten sollen.

Keinesfalls ist es den Krankenhausmitarbeitern angesichts der enormen Überregulierung im stationären Bereich zumutbar, neben den über 170-Seiten Kodierrichtlinien für stationäre Fälle nunmehr auch noch weitere ambulante Regelungen für die Angabe von Diagnosen und Prozeduren bei ambulanten Fällen berücksichtigen zu müssen, die nahezu genau das Gleiche regeln. Die einseitige Vorgabe umfangreicher Regelungen allein durch die KBV, die erfahrungsgemäß vertragsärztliche Besonderheiten unadaptiert auf andere Leistungserbringer überträgt und dadurch zu zahlreichen Problemen führt (z. B. in der ASV), bergen zudem die Gefahr, dass es am Ende zum völligen Regelungschaos im Hinblick auf die Kodierung kommt.

Insofern wäre die Übertragung der Regelungen auf die ambulanten Bereiche der Krankenhäuser entweder zu streichen, oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. ist gleichberechtigt an der Entwicklung der verbindlichen Regelungen zu beteiligen.

Keinesfalls sind einseitige Vorgaben der KBV zur Übermittlung der Schlüssel und Festlegung von Prüfmaßstäben zu akzeptieren.

Änderungsvorschlag

„Dies umfasst im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen außerhalb von Krankenhäusern die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022. Die Regelungen sind danach jährlich zu aktualisieren. ~~Die Regelungen nach Satz 3 gelten auch für Leistungserbringer nach Absatz 1b Satz 1, § 27b Absatz 3, § 76 Absatz 1a, § 120 Absatz 1a und § 137f sowie für die Leistungserbringung nach § 115b. Die Rege-~~

lungen nach Satz 3 sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, ~~soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen.~~

Oder

*„Dies umfasst **die gemeinsam** im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022. Die Regelungen sind danach jährlich zu aktualisieren. Die Regelungen nach Satz 3 gelten auch für Leistungserbringer nach Absatz 1b Satz 1, § 27b Absatz 3, § 76 Absatz 1a, § 120 Absatz 1a und § 137f sowie für die Leistungserbringung nach § 115b. Die Regelungen nach Satz 3 sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen.“*

Zu Artikel 1 Nr. 101 (§ 299 Absatz 1 SGB V)

Regelungen des G-BA zur Übermittlung versichertenbezogener Daten an Leistungserbringer

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht die Möglichkeit vor, in Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses regeln zu können, dass den Leistungserbringern Daten der von ihnen behandelten Versicherten versichertenbezogen für Zwecke der Qualitätssicherung im erforderlichen Umfang übermittelt werden und die Leistungserbringer diese versichertenbezogenen Daten mit den bei ihnen vorliegenden Daten unter Herstellung des Versichertenbezugs zusammenführen dürfen.

Stellungnahme

Da im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung zunehmend auch Möglichkeiten bestehen, Behandlungsverläufe nach dem initialen Krankenhausaufenthalt zu betrachten, wird es von den Krankenhäusern begrüßt, dass nunmehr klargestellt wird, dass zum Zwecke der Qualitätssicherung auch Daten, die bei anderen Leistungserbringern erhoben wurden, an eine vorbehandelnde Einrichtung übermittelt werden können sofern dies in Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt wurde. Für eine wirkungsvolle Qualitätssicherung und -verbesserung ist eine Bewertung der Ergebnisse des gesamten Behandlungsverlaufs durch Fachexperten z.B. in einem strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren notwendig. Hierfür ist der Einbezug der Qualitätssicherungsdaten von anderen Leistungserbringern bei Follow-up Verfahren zwingend erforderlich. Erkenntnisse, die aus den weiteren im

Behandlungsverlauf erhobenen Daten resultieren, können so für eigene qualitätsverbessernde Prozesse genutzt werden.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

1. Ambulante Notfallbehandlung

Die DKG hat in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) im Juni 2014 ein Gutachten in Auftrag gegeben, um den Stellenwert der Krankenhäuser für die Versorgung und die Behandlungskosten in den Krankenhäusern zu untersuchen. Das „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“ schafft umfassende Transparenz über die Situation der Krankenhäuser und bietet somit einen konstruktiven Beitrag für eine nachhaltige Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung.

Für das Gutachten haben 55 Krankenhäuser mit fallbezogenen Kosten- und Leistungsdaten von insgesamt 612.070 ambulanten Notfällen eine außergewöhnlich breite und valide Datengrundlage bereitgestellt. Die durchschnittlichen Kosten für die Versorgung eines ambulanten Notfalls betragen 126 EUR. Um die Gründe für die Höhe der Kosten transparent zu machen, werden die Kostenstrukturen im Gutachten ausführlich dargestellt. Von den 55 Krankenhäusern konnten 37 Krankenhäuser auch fallbezogene Angaben zu den Erlösen für 341.194 ambulante Notfälle bereitstellen. In dieser Gruppe stehen einem durchschnittlichen Erlös von 32 EUR Fallkosten von 120 EUR gegenüber. Daraus resultiert ein Fehlbetrag von 88 EUR pro Fall. Bei über 10 Millionen ambulanten Notfällen und unter Berücksichtigung der mit dieser Studie nicht erfassten Investitionskosten, ist von einem jährlichen Gesamtdefizit der Krankenhäuser in Höhe von schätzungsweise 1 Milliarde EUR auszugehen.

Mit dem Gutachten wird nachvollziehbar dargelegt, dass die hohe Bedeutung der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung nicht alleine auf Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung zurückzuführen, sondern vielmehr durch die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu erklären ist. Anders als der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst verfügen nur Krankenhäuser über die personellen und technischen Möglichkeiten, um dringliche diagnostische Maßnahmen wie z. B. Labor- oder Röntgenuntersuchungen sofort durchzuführen. Auch die ambulante Erstversorgung von Notfällen wie z. B. der Ausschluss eines Herzinfarktes oder die Versorgung von Wunden und Frakturen, kann in vielen Fällen nur mit den Mitteln der Krankenhäuser erfolgen. Aufgrund dieser Möglichkeiten ist nachvollziehbar, dass die Patienten bei (aus Sicht der Betroffenen) dringlichem Behandlungsbedarf ohne den Umweg über den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst direkt ein Krankenhaus aufsuchen. Selbst bei einem lückenlosen Bereitschaftsdienst der Vertragsärzte, ist das Leistungsspektrum der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung unverzichtbar. Dies betrifft im Übrigen nicht nur die Zeiten außerhalb der Sprechstunden der niedergelassenen Ärzte.

Es ist auch nicht das Ziel der Krankenhäuser, den Bereitschaftsdienst der Vertragsärzte und ggf. auch noch die Hausbesuche zu übernehmen. Nach Einschätzung der Gutachter sind die Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses für gut 50 % der Patienten, die sich in den Notaufnahmen vorstellen, unverzichtbar. Weitere 20 % der Patienten benötigen eine fachspezifische Versorgung, so dass auch diese sinnvollerweise durch

die Krankenhäuser erfolgen sollte. Für rund ein Drittel der Fälle wäre jedoch sowohl aus medizinischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht eine Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sinnvoll, da die Strukturen der Krankenhäuser für diese Fälle nicht zwingend benötigt werden.

Vor diesem Hintergrund haben die Krankenhäuser, die mit dem KHSG eingeführten Regelungen zur Umsetzung einer angemessenen Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab begrüßt, wonach der um die Deutsche Krankenhausgesellschaft ergänzte Bewertungsausschuss Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im EBM vorzusehen habe, welche nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren sind. Wenngleich Krankenhäusern damit ein Mitspracherecht im Zuge der Vergütungsfindung eingeräumt wurde, konnten die aufgezeigten Problemlagen jedoch keiner sachgerechten Lösung zugeführt werden.

Dies ergibt sich einerseits aus der Kalkulationsstruktur des EBM, die der Kostenstruktur der Krankenhäuser nicht entspricht. Im Unterschied zu einer fallbezogenen Vollkostendarstellung, die dem Gutachten zugrunde liegt und die Aufwände der Krankenhäuser sachgerecht darstellt, wird im EBM zur Kalkulation von Gebührenordnungspositionen bspw. auf standardisierte Praxisbetriebsmodelle abgestellt, die folglich keinen Krankenhausbetrieb abbilden können. Darüber hinaus wird für die Kalkulation von Gebührenordnungspositionen im EBM für spezifische Module das Opportunitätskostenprinzip herangezogen, was dem tatsächlichen Kostenaufwand der Krankenhäuser nicht abbildet. Daraus resultieren grundlegende methodische Differenzen, die kostenaufwandsgerechten Kalkulation und zeitnahen Beschlussfindung entgegenstehen.

Flankierend wurde im KHSG die Honorarverteilung nach § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V angepasst, so dass ein eigenes Honorarvolumen für die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst gebildet wird, ohne dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung angewandt werden dürfen.

Zur Gewährleistung einer sach- und kostenaufwandsgerechten Vergütung der Krankenhäuser ist jedoch weiterer Anpassungsbedarf notwendig. Eine Umsetzung der gesetzlichen Schweregraddifferenzierung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die den finanziellen Aufwand der Krankenhäuser angemessen abbilden soll, benötigt jedoch zwingend Regelungen, die eine Anpassung des Finanzvolumens nach sich ziehen. Andernfalls würde es bei gegebenem Finanzvolumen – aufgrund der aktuellen Zuordnung zur MGV – ausschließlich zu einer Umverteilung kommen. Für einen wesentlichen Teil der ambulanten Notfälle führt dies in der Folge zu einer Absenkung der Leistungsvergütung unter das bisherige Niveau.

Daher ist zwingend klarzustellen, dass die Einführung einer Schweregraddifferenzierung im EBM einerseits ohne finanziellen Aufwand nicht realisierbar ist. Andererseits sind die entsprechenden finanziellen Mittel auch kurzfristig zur Verfügung zu stellen. Insgesamt ist die Zuordnung der Leistungsvergütung zur MGV nicht sachgerecht und die ambulanten Notfalleleistungen sind aus der MGV auszugliedern, was im vorliegenden Gesetzentwurf auch vorgeschlagen wird.

Um eine sachgerechte Vergütung zu gewährleisten und den grundlegenden methodischen Problemen, die sich aufgrund der Integration in den EBM ergeben, zu begegnen, fordern die Krankenhäuser darüber hinaus die Vergütung der Notfallleistungen nicht dreiseitig im ergänzten Bewertungsausschuss festzulegen, sondern zweiseitig zwischen der DKG und dem GKV-SV zu vereinbaren. Hierfür ist eine eigenständige rechtliche Grundlage notwendig. Die gesetzliche Verankerung einer solchen Regelungen kann gesetzestechnisch durch Einführung eines „§ 115d SGB V - Notfallbehandlung im Krankenhaus“ und eine Ergänzung des „§ 39 SGB V - Krankenhausbehandlung“ umgesetzt werden.

Änderungsvorschlag

Einfügung einer neuen eigenständigen Rechtsgrundlage zur Vergütung der ambulanten Notfallleistungen:

a. Einfügung des § 115d SGB V Notfallbehandlung im Krankenhaus

„(1) Das Krankenhaus kann in Notfällen auch ohne Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären und die ambulante Erstversorgung durchzuführen (ambulante Notfallbehandlung).

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren einen Katalog von pauschalierenden Entgelten für die ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus. Die Vertragsparteien nach Satz 1 können ihr DRG-Institut mit der Entwicklung und Kalkulation der Entgelte beauftragen. Für die Finanzierung der Aufgaben des DRG-Instituts gilt § 17d Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgesetzt.

(3) Die Leistungen der Krankenhäuser werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.“

b. Ergänzung des § 39 SGB V Krankenhausbehandlung

„(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b und § 115d) erbracht. ...“

2. Sicherstellungszuschlag wirksam ausgestalten

Der Sicherstellungszuschlag zur Gewährleistung einer flächendeckenden Krankenhausversorgung läuft nach wie vor ins Leere. Daran ändert auch die vom G-BA am 19. April beschlossene Ausweitung des Zuschlags auf die Geburtshilfe nichts. Ursächlich dafür ist die gesetzliche Begrenzung des Zuschlags auf Krankenhäuser in nur dünn besiedelten Gebieten und auf Krankenhäuser, die insgesamt Verluste ausweisen. Das Kriterium einer geringen Versorgungsdichte von weniger als 100 Einwohnern pro km² ist deutlich zu restriktiv angesetzt und daher mitentscheidend für die derzeitige bestehende annähernde Wirkungslosigkeit der Sicherstellungszuschläge.

In den Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB vom 24. November 2016 wird in § 4 ausgeführt, dass ein geringer Versorgungsbedarf definiert wird als eine durchschnittliche Einwohnerdichte unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km²). Dies würde der Typisierung als „dünn besiedelte ländliche Region“ des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entsprechen.

Die DKG hat bereits in ihren Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen ausgeführt, dass diese Typisierung verfälscht dargestellt wird.

In den „*Erläuterungen zu den Raumbezügen*“ hat das BBSR im Zusammenhang mit den Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR 2016) Definitionen zu den Raumbezügen vorgenommen. Je nach verwendeten Raumbezug (Kreisregion- oder Raumordnungsregionsebene) wird eine punktuell unterschiedliche Betrachtungsweise vorgenommen. Auf Grundlage der Anzahl der Kreise (402) wird der „Ländliche Raum“ anhand von „*ländlichen Kreisen*“ und „*dünn besiedelten ländlichen Kreisen*“ definiert.

Die „*dünn besiedelten ländlichen Kreise*“ sind demnach „**Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 E./km²**“

In den derzeitigen Sicherstellungsregelungen wird bezüglich der Festlegung eines geringen Versorgungsbedarfs nur auf einen Teil der Definition abgestellt. Der erste Teil der Definition (Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50%) wird hierbei völlig außer Acht gelassen und fließt in die Betrachtung nicht ein. In der Praxis muss aber das gesamte Gebiet in einem Erreichbarkeitskreis betrachtet werden. Krankenhäuser der Grundversorgung, die basisversorgungsrelevante Leistungen erbringen, befinden sich in der Regel in Mittelzentren.

Das bedeutet, dass von der Gesamtbevölkerung im Versorgungsgebiet weniger als 50 Prozent in einer Groß- oder Mittelstadt leben darf und der Bevölkerungsanteil in den Kleinstädten und Landgemeinden mehr als 50 Prozent ausmacht.

Da der Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten durchschnittlich bei weit über 100 E./km² liegt, und in Landgemeinden durchschnittlich bei 70 E./km² muss demnach ein geringer Versorgungsbedarf in *dünn besiedelten ländlichen Kreisen* zwingend über 100 E. /km² festgelegt werden, da es ansonsten zu strukturellen Nachteilen kommt.

Darüber hinaus wurde entgegen der Intervention der DKG eine Fachabteilungsdefinition in die Regelung aufgenommen, die aus Sicht der DKG weder vom gesetzlichen Auftrag umfasst noch für den Regelungsgegenstand erforderlich ist.

Weiterhin ist die derzeitige Regelung, die auch und gerade Inselkrankenhäuser schützen soll, aufgrund der Einschränkungen, dass zwingend eine Fachabteilung für Chirurgie und Innere Medizin vorgehalten werden müssen, nicht in allen Fällen tragfähig. Um die notwendigen Vorhaltungen gerade von Krankenhäusern in Insellagen nicht zu gefährden, ist es daher zwingend geboten, die bestehenden Ausnahmeregelungen für die Inselkrankenhäuserdahingehend zu erweitern, dass Krankenhäuser in Insellagen eine Fachabteilung für Innere Medizin oder Chirurgie vorhalten müssen.

Es besteht daher gesetzlicher Anpassungsbedarf zur Frage der zur Versorgung der Bevölkerung notwendigen vorzuhaltenden Leistungen. Diese müssen gesetzlich definiert werden und können zukünftig nicht mehr einer „Verhandlungslösung“ im G-BA überlassen werden. Alle Regelungen zum DRG-Entgeltsystem sind zudem grundsätzlich durch die Vertragsparteien der InEK-Träger (GKV, DKG, PKV) zu verhandeln.

Änderungsvorschlag

Zu § 136c Absatz 3 SGB V

Die Ausführungen sind zu streichen.

Zu § 5 Abs. 2 Sätze 1 bis 6 (neu) KHEntgG

„(1)¹Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach den Sätzen 2, 4 3 und 5 ~~sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch~~ Sicherstellungszuschläge nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

²**Das Nähere zur Ausgestaltung und Umsetzung bundeseinheitlicher Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 KHG vereinbaren die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene** ³Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. ⁴Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. ~~Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der~~

~~Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist.~~ ⁵Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind, und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist; sie hat dabei auch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. ⁶Im Falle einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde betriebsstättenbezogen, sofern folgende Kriterien erfüllt sind:

1. die Betriebsstätte ist im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen,
 2. an diesem gesonderten Standort werden mindestens drei im Krankenhausplan ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben ~~und,~~
 - ~~3. das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte ist aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich und wird von einem Jahresabschlussprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt;~~
- der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden.“

Zu § 10 Abs. 3 Satz 1 Nummer 6 KHEntgG

„[...]6. absenkend die Summe der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind ~~oder die Zuschläge auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 beruhen~~; dabei werden die Zuschläge nach § 4 Absatz 8 und 9 und § 5 Absatz 3, 3a, 3b und 3c nicht einbezogen, [...]“

Hilfsweise:

Hilfsweise kann eine rein gesetzliche Lösung in Betracht kommen, die als Vorgabe im Sinne des Gesetzes einen geringen Versorgungsbedarf definiert und auf dieser Grundlage den Ländern weitergehende Ausgestaltungen auf Grundlage länderspezifischer Besonderheiten ermöglicht

Zu § 136c Absatz 3 SGB V

Die Ausführungen sind zu streichen.

Zu § 5 Abs. 2 Sätze 1 bis 6 (neu) KHEntgG

„(1)¹Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach den Sätzen 2, ~~4 3~~ und 5 ~~sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch~~ Sicherstellungszuschläge nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. ²Von einem geringen Versorgungsbedarf ist bei Krankenhäusern in Insellagen oder wenn die Gesamteinwohnerdichte unter 145 Einwohner pro Quadratkilome-

ter in einem festgelegten Einzugsgebiet des Krankenhauses liegt, auszugehen und die vorzuhaltenden Leistungen nicht kostendeckend finanzierbar sind; die Festlegung des Einzugsgebietes erfolgt durch die zuständige Landesbehörde.

³Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. ⁴Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. ~~Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist.~~ ⁵Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind, und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist; sie hat dabei auch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. ⁶Im Falle einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde betriebsstättenbezogen, sofern folgende Kriterien erfüllt sind:

1. die Betriebsstätte ist im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen,
 2. an diesem gesonderten Standort werden mindestens drei im Krankenhausplan ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben ~~und,~~
 - ~~3. das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte ist aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich und wird von einem Jahresabschlussprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt;~~
- der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden.“

3. Bundesbasisfallwert und -korridor weiterhin prospektiv nach Maßgabe des Veränderungswertes weiterentwickeln

Nach aktueller Gesetzeslage sollen der Bundesbasisfallwert und der Bundesbasisfallwertkorridor ab dem Jahr 2021 nicht mehr prospektiv nach Maßgabe der jeweiligen Grundlohnrate, sondern rückwirkend auf Grundlage der Verhandlungsergebnisse auf Landesebene weiterentwickelt werden. Mit dem daraus resultierenden „Kellertreppeneffekt“ würden Anpassungen der DRG-Vergütungen in Bundesländern mit niedrigem Landesbasisfallwert geringer ausfallen. Auch nach der bisherigen Berechnungssystematik liegt der gewichtete bundesdurchschnittliche Basisfallwert eines Jahres immer unter dem für dieses Jahr vereinbarten Bundesbasisfallwert, da in den einzelnen Verhandlungen der Landesbasisfallwerte die Obergrenze nicht ausgeschöpft wird. Der für das folgende Jahr zu vereinbarende Bundesbasisfallwert geht somit von einer bereits abgesenkten Basis aus. Die gesetzliche Vorgabe, nach der der Bundesbasisfallwert und der Bundesbasisfallwertkorridor ab dem Jahr 2021 nicht mehr gemäß der Grundlohnrate weiterentwickelt werden sollen, muss zwingend aufgehoben werden.

Änderungsvorschlag

Der nach aktueller Gesetzeslage am 01.01.2021 in Kraft tretende § 10 Abs. 9 KHEntgG ist aufzuheben und der bis zu diesem Zeitpunkt geltende § 10 Abs. 9 KHEntgG ist beizubehalten. Als Folge ist ebenfalls der § 10 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG zu streichen („Abweichend von Satz 4 setzt ab dem 1. Januar 2020 die Schiedsstelle den Basisfallwert ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb der Frist gemäß § 13 Absatz 2 fest, wenn eine Vereinbarung bis zum 30. November nicht zustande kommt.“).

4. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

In § 137c Abs. 3 SGB V und § 6 Absatz 2 KHEntgG ist eine ergänzende Klarstellung dringend erforderlich.

Die Regelung des § 137c Absatz 3 SGB V konkretisiert den Umfang der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich und gewährleistet damit eine Teilhabe der Versicherten am medizinischen Fortschritt. Voraussetzung ist nach § 137c Absatz 3 SGB V, dass die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt.

Mit dieser Regelung wurde ausweislich der damaligen Gesetzesbegründung das Ziel verfolgt, den typischerweise schwerer erkrankten Versicherten in der stationären Versorgung mit besonderem Bedarf nach innovativen Behandlungsalternativen, vielversprechende Heilungs- und Behandlungschancen weiterhin zeitnah auch außerhalb von Studien zu gewähren, auch wenn deren Nutzen noch nicht auf hohem Evidenzlevel belegt ist.

Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts schränkt den Anwendungsbereich des § 137c Absatz 3 SGB V durch eine überschießende Anwendung des Qualitätsgebots jedoch massiv ein. So hat das Bundessozialgericht hinsichtlich der Behandlungsmethode Liposuktion, für die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Übrigen das Potential einer erforderlichen Behandlungsmethode festgestellt hat, im Rahmen zweier Entscheidungen vom 24.04.2018 (Az. B 1 KR 10/17 R und B 1 KR 13/16 R) entschieden, dass diese nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots gemäß § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 12 Absatz 1 SGB V genügen würde. § 137 c Absatz 3 SGB V senke nicht die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung auf Methoden mit dem bloßen Potential einer Behandlungsalternative. Zweck der Ausrichtung des Leistungsanspruchs des Versicherten am Qualitätsgebot sei es, im Interesse des Patientenschutzes und des effektiven Einsatzes der Mittel der Beitragszahler zu gewährleisten, dass eine nicht ausreichend erprobte Methode nicht zulasten der Krankenkassen erbracht werden darf.

Diese Entscheidung steht im klaren Wertungswiderspruch zu § 137c Absatz 3 SGB V, wonach die Behandlungsmethode im Krankenhaus grundsätzlich erbracht werden darf, solange deren Erbringung nicht durch einen Beschluss des G-BA verboten wurde und sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweist. Im Ergebnis wird

damit der gesetzgeberische Wille in substantieller Weise unterlaufen, so dass es hier dringend einer Anpassung bedarf. Andernfalls ist absehbar, dass gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten von der Teilhabe am medizinischen Fortschritt ausgeschlossen werden.

Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat auch Auswirkungen auf die Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Das BSG hat diesbezüglich am 19.12.2017 (Az.: B 1 KR 17/17 R) entschieden, dass die zum Zweck einer Implantation von Coils zur Reduktion des Lungenvolumens durchgeführte stationäre Behandlung nicht dem Qualitätsgebot des § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V entspreche. Es handele sich vielmehr um eine experimentelle Methode ohne ausreichende evidenzgesicherte Basis. Eine abgeschlossene NUB-Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 KHEntgG begründe insbesondere keinen unbedingten Zahlungsanspruch eines Krankenhauses auf nicht erforderliche Krankenhausbehandlungen. Sie biete lediglich die Möglichkeit, preisrechtliche Vereinbarungen über Zusatzentgelte für NUB zu treffen. Diese Vereinbarungen würden zudem nicht besagen, ob eine Methode dem Qualitätsgebot des § 2 Absatz 1 SGB V genüge. NUB-Vereinbarungen dürften nicht für Leistungen getroffen werden, die vom G-BA nach § 137c Absatz 1 SGB V von der Leistungserbringung ausgeschlossen seien. Daraus folge aber nicht, dass vom G-BA nicht geprüfte Methoden als mit dem Qualitätsgebot vereinbar anzusehen seien. Eine abgeschlossene NUB-Vereinbarung fingiere insbesondere nicht eine Konformität der zugrundeliegenden Methode mit dem Qualitätsgebot.

Dies führt leider dazu, dass NUB-Vereinbarungen keine verlässliche Grundlage mehr für eine Leistungserbringung darstellen. Diesem Missstand sollte daher Abhilfe geschaffen werden. So wäre es zielführend, dass mit dem Abschluss einer NUB-Vereinbarung gleichzeitig statuiert ist, dass die Vereinbarungspartner grundsätzlich darin übereinstimmen, dass die vereinbarte Leistung mindestens das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweist.

Zusammenfassend bedarf es nach Ansicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft einer dringenden klarstellenden Ergänzung sowohl in § 137c Absatz 3 SGB V als auch in § 6 Abs. 2 KHEntgG.

Änderungsvorschlag

In § 137c Absatz 3 Satz 1 wird ein folgender neuer Halbsatz vor Satz 2 eingefügt:

„(3) 1 ... sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist; *hierdurch wird gleichsam das Qualitätsgebot nach den Bestimmungen dieses Gesetzes erfüllt.*“

Nach § 6 Absatz 2 Satz 1 KHEntgG wird folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„(2) 2 *Durch diese Vereinbarung wird zumindest eine positive Potentialbewertung nach § 137c Absatz 3 SGB V statuiert.*“

5. Abgabe von Betäubungsmitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus

Die Mitgabe von Betäubungsmitteln bei der Entlassung aus dem Krankenhaus ist zur Sicherstellung einer nahtlosen Versorgung vor einem Wochenende für viele Patienten unentbehrlich und war deshalb seit Jahrzehnten gängige Praxis. Diese Mitgabe von Betäubungsmitteln ist den Kliniken aktuell aber untersagt, da sie gegen die Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes verstößt und erhebliche strafrechtliche Konsequenzen für die behandelnden Ärzte haben kann. Dies führt aktuell zu enormen Problemen bei der Sicherstellung der Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus für viele Patienten.

Gegenwärtig ist die Abgabe eines Betäubungsmittels an die Patienten ausschließlich durch eine Krankenhausapotheke bzw. eine krankenhäuserversorgende Apotheke zulässig - aber nicht mehr durch den behandelnden Arzt. Für die Krankenhäuser hat dies zur Folge, dass die für die Überbrückung eines Wochenendes erforderlichen Betäubungsmittel für jeden Patienten für den Zeitpunkt der Entlassung bei der Krankenhausapotheke bzw. der krankenhäuserversorgenden Apotheke per ärztlicher Verschreibung angefordert werden müssen und dann - per Botengang oder Kurierfahrt – von der Apotheke auf die jeweilige Krankenhausstation geliefert werden müssen. Dies ist insbesondere auch dann erforderlich, wenn das benötigte, identische Betäubungsmittel bereits auf der Station für den Patienten vorrätig ist. Damit müssen auch die etwa 1.600 Krankenhäuser, die durch eine externe Krankenhausapotheke oder krankenhäuserversorgende Apotheke versorgt werden, die Betäubungsmittel i. d. R. per Kurierfahrt auf die Station bringen lassen, obwohl das benötigte Präparat dort bereits verfügbar ist.

Dies ist eine bürokratische Überregulierung, der keinerlei Verbesserungen der Arzneimitteltherapiesicherheit gegenüberstehen. Durch unnötige Botengänge, Kurierfahrten und Bestellvorgänge werden personelle und finanzielle Ressourcen gebunden, die für die Versorgung der Patienten nicht mehr zur Verfügung stehen. Aktuell führt dies bereits zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Versorgung von Schmerz- und Palliativpatienten sowie ADHS-kranken Kindern nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Dies ist für Patienten und Mitarbeiter in den Krankenhäusern nicht länger akzeptabel.

Da viele Betäubungsmittel in öffentlichen Apotheken kurzfristig nicht zur Verfügung stehen und einige Betäubungsmittel zudem im Rahmen des Entlassmanagements nicht verordnet werden können, kann die nahtlose Versorgung vor einem Wochenende nicht durch die Ausstellung von Entlassrezepten sichergestellt werden. Für die Krankenhäuser ist es deshalb unerlässlich, die dringend benötigten Betäubungsmittel den Patienten mitgeben zu können. Dass dies nun nicht mehr möglich ist und sogar strafrechtliche Konsequenzen für die behandelnden Ärzte haben kann, hat zu massivem Unverständnis und erheblichen Protesten in den Kliniken geführt und nicht zuletzt zu einer ernsthaften Beeinträchtigung der Versorgung insbesondere von Schmerzpatienten.

Aus Sicht der Krankenhäuser ist es deshalb zwingend erforderlich, dass die Mitgabe von Betäubungsmitteln bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zur Sicherstellung der nahtlosen Versorgung wieder möglich wird. Dazu muss das Betäubungsmittelgesetz dringend geändert werden.

Änderungsvorschlag

1. § 4 Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes wird wie folgt geändert:

„(1) Einer Erlaubnis nach § 3 bedarf nicht, wer

1. im Rahmen des Betriebs einer öffentlichen Apotheke oder einer Krankenhausapotheke (Apotheke)

- a) in Anlage II oder III bezeichnete Betäubungsmittel oder dort ausgenommene Zubereitungen herstellt,
- b) in Anlage II oder III bezeichnete Betäubungsmittel erwirbt,
- c) in Anlage III bezeichnete Betäubungsmittel auf Grund ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verschreibung **oder gemäß § 13 Absatz 1b** abgibt,
- d) in Anlage II oder III bezeichnete Betäubungsmittel an Inhaber einer Erlaubnis zum Erwerb dieser Betäubungsmittel zurückgibt oder an den Nachfolger im Betrieb der Apotheke abgibt,
- e) in Anlage I, II oder III bezeichnete Betäubungsmittel zur Untersuchung, zur Weiterleitung an eine zur Untersuchung von Betäubungsmitteln berechnigte Stelle oder zur Vernichtung entgegennimmt oder
- f) in Anlage III bezeichnete Opiode in Form von Fertigarzneimitteln in transdermalen oder in transmucosalen Darreichungsformen an eine Apotheke zur Deckung des nicht aufschiebbaren Betäubungsmittelbedarfs eines ambulant versorgten Palliativpatienten abgibt, wenn die empfangende Apotheke die Betäubungsmittel nicht vorrätig hat,

2. ...“

2. § 12 Abs. 3 des Betäubungsmittelgesetzes wird wie folgt geändert:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht bei

1. Abgabe von in Anlage III bezeichneten Betäubungsmitteln

- a) auf Grund ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verschreibung im Rahmen des Betriebes einer Apotheke,
- b) im Rahmen des Betriebes einer tierärztlichen Hausapotheke für ein vom Betreiber dieser Hausapotheke behandeltes Tier,
- c) durch den Arzt nach § 13 Absatz 1a Satz 1,
- d) durch das Krankenhaus nach § 13 Absatz 1b,**

2. der Ausfuhr von Betäubungsmitteln und

3. Abgabe und Erwerb von Betäubungsmitteln zwischen den in § 4 Abs. 2 oder § 26 genannten Behörden oder Einrichtungen.“

3. § 13 des Betäubungsmittelgesetzes wird um folgenden Absatz 1b ergänzt:

„(1b) Bei der Entlassung von Patienten nach voll- oder teilstationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge der in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel durch den Arzt im Krankenhaus abgegeben werden, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Unbeschadet des Satzes 1 können an Patienten, für die die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz

7 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt, die zur Überbrückung benötigten in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel für längstens drei Tage abgegeben werden. Zur Deckung des nicht aufschiebbaren Betäubungsmittelbedarfs eines Patienten nach voll- oder teilstationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus darf der Arzt im Krankenhaus diesem unbeschadet der Sätze 1 und 2 die hierfür erforderlichen, in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel nur dann zur Überbrückung eines Wochentages bis zum Folgetag überlassen, soweit der Bedarf des Patienten nicht anderweitig rechtzeitig gedeckt werden kann.

6. Versicherteninformation durch die Krankenkassen in der Qualitätssicherung

Bei der Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 299 Abs. 1a SGB V für die Zwecke der Qualitätssicherung als auch bei der Erhebung von personenbezogenen Daten für die Durchführung von Patientenbefragungen nach § 299 Abs. 4 SGB V sind die betroffenen Patientinnen und Patienten vom jeweiligen Leistungserbringer in der Regel nicht oder nur mit hohem Aufwand identifizierbar. So werden derzeit im Qualitätssicherungs-Verfahren "Nosokomiale Infektionen - postoperative Wundinfektionen" ca. 4 Millionen personenbezogene Falldaten auf Basis der Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben, jedoch nur 400.000 personenbezogene Falldaten in den Krankenhäusern. Für Datenerhebungen nach § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 6 SGB V werden keine fallbezogenen Daten bei den Krankenhäusern erhoben werden. Um in diesen Verfahren die tatsächlich betroffenen Patienten identifizieren und informieren zu können, müssten die Leistungserbringer kostenpflichtige Programme mit den entsprechenden Algorithmen in ihren Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen installieren. Der Leistungserbringer kann die nach § 299 Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 SGB V notwendige qualifizierte Informationspflicht damit nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand umsetzen. Daher wird für die Verarbeitung von Sozialdaten bei den Krankenkassen als auch für die Durchführung von Patientenbefragungen festgelegt, dass die Krankenkassen ihre Versicherten in geeigneter Form verfahrensbezogen darüber informieren, dass die versichertenbezogenen Daten vom Gemeinsamen Bundesausschuss für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt werden können.

Änderungsvorschlag

§ 299 Abs. 1 Satz 4 SGB V wird um die neue Nr. 4 ergänzt:

„4. bei Datenerhebungen- und -verarbeitungen nach Absatz 1a und nach Absatz 4 abweichend von Nr. 3 eine qualifizierte Information aller Versicherten in geeigneter Weise durch die Krankenkassen erfolgt.“

7. Vergütung Zweitmeinungsverfahren

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde § 27b SGB V in die Sozialgesetzgebung eingeführt und damit der Sachleistungsanspruch erweitert. Hiernach wird vorgesehen, dass bei bestimmten Eingriffen der Arzt verpflichtend die Patientinnen und Patienten auf den – grundsätzlich bereits bestehenden – Anspruch hinweist, eine Zweitmeinung einzuholen. Der Anspruch auf Zweitmeinung ist Teil der vertragsärztlichen Versorgung, grundsätzlich werden jedoch auch ermächtigte Ärzte zugelassener Krankenhäuser sowie zugelassene Krankenhäuser berechtigt, eine Zweitmeinung zu erbringen. Dem G-BA wird die Aufgabe zugewiesen in einer Richtlinie festzulegen, für welche planbaren Eingriffe ein Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung besteht und er soll, soweit erforderlich, eingriffsbezogene Anforderungen an die Leistungserbringer festlegen.

Die Erforderlichkeit der Einbeziehung der Krankenhäuser in das Zweitmeinungsverfahren wurde damit begründet, dass *„[...] für die Zweitmeinung vor allem bei komplexen Eingriffen besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder spezielle Kenntnisse benötigt werden können, die insbesondere im Krankenhaus vorhanden sind“* (BT-Drs. 18/4095, S. 75). Aus diesem Grund sind Krankenhäuser für das Zweitmeinungsverfahren der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet worden, indem parallel die Zweitmeinung nach § 27b SGB V dem § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 13 SGB V neu zugeordnet wurde. Die Zweitmeinungen werden nach § 87 Abs. 2a SGB V dabei der EBM-Vergütung zugeordnet.

An dieser Stelle ergibt sich eine Unschärfe zu Lasten der Krankenhäuser: So wird die Erforderlichkeit der Einbeziehung der Krankenhäuser mit besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder speziellen Kenntnissen begründet. Daraus ergibt sich auch, dass es Leistungen gibt, die nicht im vertragsärztlichen Bereich erbracht werden können, da die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder spezielle Kenntnisse hier nicht vorliegen. Jedoch wird die Leistungserbringung als auch die Leistungsvergütung den vertragsärztlichen Gegebenheiten zugeordnet. Wenn es jedoch Leistungen gibt, die nicht Teil der vertragsärztlichen Leistung sein können, dann kann für diese allerdings keine inhaltlich-strukturelle und bewertungsbezogene Ableitung der mit der Zweitmeinung verbundenen Leistungsanteile aus bestehenden Gebührenordnungspositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstab erfolgen. Diese Leistungen sind gänzlich neu für das Zweitmeinungsverfahren einzuführen. Da die Zweitmeinung jedoch der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet ist, ergibt sich ein Widerspruch, da bislang nicht im EBM abgebildete Leistungen bzw. Leistungsanteile nicht der vertragsärztlichen Versorgung zugerechnet werden.

Erschwerend kommt hinzu, dass die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Krankenhäuser dem „Verbotsvorbehalt“ (Grundsatz der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt) unterliegen. Für die vertragsärztliche Versorgung gilt jedoch der „Erlaubnisvorbehalt“ (Grundsatz des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt), so dass hier ein systematischer Widerspruch bestünde, wenn Krankenhäuser besondere Leistungen im Zweitmeinungsverfahren erbringen. Die Zuordnung der Zweitmeinung zur vertragsärztlichen Versorgung verhindert hiermit deren Vergütung, was sich in den bisherigen Beratungen der Gremien des ergänzten Bewertungsausschuss bereits andeutet.

Folglich ist zwingend eine gesetzliche Klarstellung notwendig, dass – sofern notwendig – die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder speziellen Kenntnisse der Krankenhäuser auch Teil der vom ergänzten Bewertungsausschuss zu beschließenden Vergütung sind.

Änderungsvorschlag

a) In § 87 Abs. 2a SGB V wird nach Satz 9 folgender Satz 10 eingefügt:

„Der Bewertungsausschuss gemäß Absatz 5a hat zugleich eine Regelung zu treffen, nach der die Leistungserbringer gemäß § 27b Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 und Nr. 4 Leistungen, die aufgrund besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder spezieller Kenntnisse notwendig sind und erbracht werden, abgerechnet werden können.“

b) In § 87 Abs. 2a SGB V wird Satz 10 zu Satz 11. Satz 11 wird wie folgt geändert:

„Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach Satz 9 und Satz 10 getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 in Anspruch nehmen.“