

**Stellungnahme**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum Referentenentwurf eines**

**Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der**  
**gesetzlichen Krankenversicherung**

**(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV–VSG)**

07. November 2014

## I. Allgemeiner Teil

Der vorliegende Entwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes zielt auf die Verbesserung des Versorgungsalltags der Patienten, insbesondere in der ambulanten Versorgung, ab. Die Krankenhäuser werden mit dem Gesetzentwurf noch enger in die ambulante Versorgung eingebunden. Schon heute wäre die ambulante Versorgung der Patienten ohne die Krankenhäuser nicht mehr flächendeckend möglich. Dieser Befund gilt nicht nur für die dünn besiedelten Regionen Deutschlands, sondern in zunehmendem Maße auch für die Ballungszentren. Um ihren Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten Patientenversorgung auch in Zukunft leisten zu können, brauchen die Krankenhäuser stabile und faire Rahmenbedingungen. Auch vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser den Gesetzentwurf.

Positiv hervorzuheben sind insbesondere die Regelungen zum Bestandsschutz der bisherigen **Zulassungen von Krankenhäusern zum ambulanten spezialfachärztlichen Leistungsbereich**. Hier erweisen sich die neuen, durch G-BA-Beschlüsse zustande gekommenen Zulassungsbedingungen leider eher als Zulassungsverhinderungen. Insofern wird mit der Fortführung der bestehenden Zulassungen auch ein wichtiges Zeichen zur zielgerichteten Weiterentwicklung zukünftiger G-BA-Entscheidungen und der Zulassungsbedingungen gesetzt. Wichtig ist vor allem aber, dass sich viele Krebspatienten darauf verlassen können, dass deren Betreuung in den Ambulanzen der Kliniken weiter möglich ist. Um dies grundsätzlich zu gewährleisten, muss die gesetzliche Begrenzung des zulässigen spezialfachärztlichen Leistungsspektrums auf nur schwere Fälle aufgehoben werden.

Die Krankenhäuser wollen mit dazu beitragen, dass Patienten rechtzeitig fachärztliche ambulante Behandlungen in Anspruch nehmen können. Die Krankenhäuser sind bereit, in der im Gesetzentwurf vorgesehenen Weise die ambulante vertragsärztliche Versorgung mitzutragen. Allerdings sollte die **Terminvergabe** zu einer ambulanten Behandlung ins Krankenhaus nicht erst nach 4 Wochen erfolgen und nicht an eine vorausgegangene Dringlichkeitsprüfung und Entscheidung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Vergabestellen geknüpft werden.

Unmittelbar zu Gute kommen werden den Patienten auch die verbesserten Verordnungsmöglichkeiten der Krankenhäuser im Rahmen der Regelungen zum **Entlassmanagement** sowie der geplante Aufbau **medizinischer Behandlungszentren** nach dem Vorbild der sozialpädiatrischen Zentren für erwachsene Patienten mit geistiger Behinderung.

Ebenso zu begrüßen sind die verbesserten Vorgaben für die **Hochschulambulanzen**. Die gesetzliche Begrenzung des Investitionskostenabschlags geht in die richtige Richtung. Konsequenter wäre, solche Abschläge für alle ambulanten Leistungen der Krankenhäuser abzuschaffen.

Die Krankenhäuser haben sich frühzeitig für den Ausbau von **Zweitmeinungsverfahren** ausgesprochen. Auch hier sollte allerdings der Informations- und Abklärungsbedarf der Patienten und nicht der der Krankenkassen im Mittelpunkt stehen. Die Fokussierung des Zweitmeinungsverfahrens auf vermeintlich mengenanfällige Eingriffe geht von medizinisch nicht notwendigen Indikationsstellungen aus, für die es keine Anhaltspunkte gibt.

Ausdrücklich zu begrüßen ist die vorgesehene Klarstellung, dass die Krankenkassen den Krankenhäusern vor Ort nicht länger **innovative Leistungen** streitig machen können und dass der gesetzliche Weg über den G-BA für die Bewertung von Innovationen der maßgebliche ist. Damit werden innovationshinderliche Entwicklungen der BSG-Rechtsprechung zurückgedrängt und der Krankenhausbereich als Motor und Eintrittspforte des medizinischen Fortschritts gestärkt.

Als neues größtes Hemmnis für die Adaption von Innovationen im Versorgungsalltag ist aber das neu vorgesehene **Nutzenbewertungsverfahren** bei den sogenannten NUB-Leistungen mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen zu bewerten und dezidiert zurückzuweisen. Damit würde für das breite Spektrum der medizintechnisch assoziierten Innovationen das Prinzip der „Genehmigung mit Vorbehalt“ abgeschafft. Nur wenn eine schnelle positive Nutzenbewertung durch den G-BA vorliegt, könnten medizinische Verfahren mit medizintechnologischen Produkten der Risikoklassen 2 und 3 noch erbringbar sein. Ohne diese Genehmigung dürfen die Produkte zu Gunsten der Patienten nicht eingesetzt werden. Es ist nicht zu erwarten, dass der G-BA zu schnellen positiven Entscheidungen kommen wird.

Zu erwarten ist aufgrund der Erfahrungen mit G-BA-Nutzenbewertungen, dass die Kostenträger selbst bei den Leistungen mit positivem Potential die Erbringung nur unter strengsten und aufwendigsten Studienbedingungen und eng definierten Prozess- und Strukturqualitätsvorgaben ermöglichen werden.

Die Deutschen Krankenhäuser würden sich unter diesen Bedingungen veranlasst sehen, vielfach auf die Einführung von Innovationen zu verzichten. Der Schaden für die medizinische Weiterentwicklung, für die weltweite Innovationsanerkennung der deutschen Krankenhausmedizin und für den Forschungs- und Produktionsstandort für Medizintechnik in Deutschland wäre groß. Es gibt überhaupt keinen Grund, diese zusätzliche Erschwernis für die Innovationen im deutschen Gesundheitswesen einzuführen. Wenn Krankenkassen oder andere Beteiligte im G-BA Zweifel am Nutzen einer medizinischen Methode haben, haben sie bereits heute die Möglichkeit, die Überprüfung nach § 137c SGB V im regelhaften Verfahren zu beantragen. Für ein neues, Medizintechnik erschwerendes Verfahren gibt es überhaupt keinen Bedarf.

Unabhängig von den G-BA-Nutzenbewertungen ist für vom G-BA nicht ausgeschlossene NUB-Leistungen ein grundsätzlicher Anspruch auf Vereinbarung eines Entgeltes aufzunehmen. Die aktuell vorgesehene Soll-Vorschrift führt in der Praxis zu keiner befriedigenden Vergütung dieser Leistungen.

Der Versorgungsrealität nicht gerecht werden die vorgesehenen Änderungen in der **ambulanten Notfallversorgung**. Die gesetzliche Aufforderung an die KVen zu mehr Kooperationen mit den Krankenhäusern beheben die in diesem Bereich fortbestehenden Vergütungs- und Zulassungsdiskriminierungen der Krankenhäuser nicht. Die Krankenhäuser sind die maßgeblichen Sichersteller der ambulanten Notfallversorgung und müssen in die Festlegung der Rahmenbedingungen eingebunden werden.

Ebenfalls grundsätzlich zu begrüßen ist die Einrichtung des **Innovationsfonds** beim G-BA. Aus Krankenhaussicht ist besonders wichtig, dass damit die Voraussetzungen geschaffen werden, dass auf wissenschaftlicher Grundlage Folgeabschätzungen von Beschlüssen des G-BA gezielt durchgeführt werden können. Unverständlich ist allerdings, dass zwar die Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht aber die Landeskrankenhausesellschaften als Antragsteller für eine Förderung vorgesehen werden.

Wir begrüßen, dass **Regressansprüche** der Kranken- und Pflegeversicherung bei Behandlungsfehlern gegen die Haftpflichtversicherer der Hebammen in Zukunft ausgeschlossen sein sollen. Damit wird eine wichtige Grundsatzentscheidung getroffen. Für die Geburten in den Krankenhäusern stellt sich die Problematik der Haftpflichtlasten allerdings in gleicher Weise. Auch hier muss eine analoge Regelung für die stationären Geburten vorgesehen werden.

Nähere Erläuterungen zu den Einzelregelungen sowie Hinweise auf technische Unstimmigkeiten des Gesetzentwurfes finden sich im besonderen Teil dieser Stellungnahme. Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf, der kurzfristig im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-VSG umgesetzt werden sollte, ist dem Kapitel III dieser Stellungnahme zu entnehmen.

## **II. Besonderer Teil**

### **Zu Artikel 1 Nr. 4: § 27 Abs. 1 a Satz 1 SGB V - neu** **Absicherung von Blutspendern**

#### **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser begrüßen die gesetzliche Klarstellung, dass Lebendspender nach den §§ 8 und 8a TPG Ansprüche auf Leistungen der Krankenbehandlung sowie auf Krankengeld haben.

#### **Änderungsvorschlag**

*(entfällt)*

### **Zu Artikel 1 Nr. 5: § 27b SGB V – neu** **Zweitmeinungsverfahren**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es ist 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 Ärzte zugelassener Krankenhäuser berechtigt, eine Zweitmeinung zu erbringen. Der G-BA soll bestimmen, für welche planbaren Eingriffe ein Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung besteht und legt, soweit erforderlich, eingriffsbezogene Anforderungen an die Leistungserbringer fest.

#### **Stellungnahme**

Die vorgeschlagene Regelung wird dem Grunde nach begrüßt. Faktisch bestand diese Möglichkeit bereits bisher, sowohl im vertragsärztlichen als auch im stationären Bereich. Bei kritischen Indikationsstellungen, z.B. zur Behandlung von Krebserkrankungen, wurde sie auch genutzt. Im Gegensatz zum vertragsärztlichen Bereich bestand jedoch für die Krankenhäuser bisher keine Finanzierungsregelung.

Die weitgehende Einschränkung der vorgeschlagenen Regelung auf die Frage einer möglichen Mengenausweitung kann hingegen nicht nachvollzogen werden. Die einseitige Kopplung an Fallmengenkriterien ist bei planbaren Eingriffen nicht zielführend, da sich ein Anstieg bestimmter Leistungen aufgrund innovativer Verfahren bei eindeutiger Indikationsstellung ergeben könnte. Zudem könnte auch der Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung keine Evidenz für die Erbringung nicht notwendiger medizinischer Leistungen aus ökonomischen Gründen feststellen. Auch schlägt das Gutachten in seiner Empfehlung keinen Bezug zur Leistungsentwicklung

bei der Auswahl der Leistungen vor, sondern bezieht sich ausschließlich auf das Vorliegen einer Einweisung. Das Fallmengenkriterium ist daher durch sachgerechtere Kriterien, wie z.B. die Komplexität der Indikationsstellung oder das Vorhandensein mehrerer alternativer Therapiemöglichkeiten zu ergänzen und sollte lediglich als nachrangiges Kriterium berücksichtigt werden.

Das Verfahren der Zweitmeinung ist zu konkretisieren. Im Vordergrund des Verfahrens steht die Einholung zweier unabhängiger ärztlicher Meinungen durch die Patientin bzw. den Patienten.

Eine im niedergelassenen Bereich getroffene Indikationsstellung zu einem Eingriff stellt eine Meinung dar. Im Krankenhaus wird immer eine eigene, unabhängige Indikation zum Eingriff gestellt. Auch der den Eingriff durchführende Arzt darf diesen nicht ohne eine eigene Bewertung des Sachverhalts durchführen. Sofern eine Einweisung mit konkreter Indikationsstellung durch den niedergelassenen Vertragsarzt vorliegt, ist daher ein Zweitmeinungsverfahren nicht sinnvoll und nicht notwendig. Das Zweitmeinungsverfahren kann nur dann Anwendung finden, wenn entweder keine Einweisung vorliegt, oder eine Indikationsstellung bei Einweisung fehlt.

### **Änderungsvorschlag**

§ 27b Abs. 1 SGB V - neu - wird wie folgt formuliert:

*„(1) Versicherte, bei denen die Indikation zu **einem Eingriff** gestellt wird, bei dem **unter Beachtung der Leistungsentwicklung insbesondere***

- 1. unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten bestehen oder***
- 2. es sich um eine seltene oder komplexe Indikationsstellung handelt oder***
- 3. für den Patienten potentiell weitreichende Auswirkungen zu erwarten sind***

*haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll. **Das Zweitmeinungsverfahren nach Absatz 1 bis 4 findet keine Anwendung, sofern eine Einweisung mit Indikationsstellung vorliegt.**“*

### **Zu Artikel 1 Nr. 6 b): § 39 Absatz 1a SGB V - neu** **Entlassmanagement - Kooperationsmöglichkeiten**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das Entlassmanagement soll in Zukunft dreiseitig ausgestaltet werden. Außerdem sollen Krankenhäuser ein Ordnungsrecht erhalten und die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene das Nähere zum Entlassmanagement in einer Rahmenvereinbarung regeln.

## **Stellungnahme**

Die Neustrukturierung des Entlassmanagement, nun auch unter Einbeziehung der vertragsärztlichen Leistungserbringer, wird vom Grundsatz her begrüßt. Die bisherige Regelung hat dies vermissen lassen, wodurch ein effektives Entlassmanagement erschwert wurde. Positiv zu bewerten ist auch die nunmehr gesetzlich geschaffene Möglichkeit der Krankenhäuser, Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V über entsprechende Kooperationsvereinbarungen in das Entlassmanagement einzubinden, entspricht dies doch der bereits bestehenden Versorgungsrealität.

## **Änderungsvorschlag**

*(entfällt)*

### **Zu Artikel 1 Nr. 6 b): § 39 Absatz 1a SGB V - neu** **Entlassmanagement – Entlassrezepte für Arzneimittel**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Sicherstellung der Versorgung beim Übergang in die ambulante Versorgung erhalten Krankenhäuser ein auf die Erfordernisse des Entlassmanagements begrenztes Recht zur Verordnung ambulanter Leistungen. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser die jeweils kleinste Packung nach der Packungsgrößenordnung verordnen.

#### **Stellungnahme**

Die vorgesehenen ambulanten Verordnungsmöglichkeiten für Krankenhäuser sind ausdrücklich zu begrüßen. Insbesondere können die Verordnungsmöglichkeiten für Arzneimittel die Versorgung der Patienten erheblich verbessern und eine umgehende Anschlussversorgung sicherstellen. Auch ist der Grundgedanke, die Verordnungsmöglichkeiten auf eine möglichst kleine Packung nach der Packungsgrößenverordnung zu begrenzen, im Grundsatz sicherlich sachgerecht.

Allerdings kann die Begrenzung auf die ausschließlich kleinste Packung zu Problemen bei der tatsächlichen Verfügbarkeit der verordneten Arzneimittel für die Patienten in den öffentlichen Apotheken führen. Dies liegt daran, dass bei mehreren Wirkstoffen die kleinste Packung lediglich von einem bzw. von wenigen, zum Teil auch sehr kleinen Herstellern angeboten wird. Nach der vorgesehenen Regelung dürften öffentliche Apotheken ausschließlich das Arzneimittel von diesem einen bestimmten bzw. den wenigen Herstellern abgeben, deren Packungen in vielen öffentlichen Apotheken in der Regel nicht kurzfristig verfügbar sind. Damit könnten Patienten die von den Krankenhausärzten mit dem Entlassrezept verordneten Arzneimittel in vielen Fällen nur mit erheblichen Verzögerungen und zusätzlichem Aufwand erhalten.

Deshalb sollte die Verordnungsmöglichkeit so ausgestaltet werden, dass die Verordnung nicht auf die kleinste Packung, sondern auf Packungen mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen (N1) nach der Packungsgrößenverordnung begrenzt werden. Damit kann die Verfügbarkeit der von den Krankenhäusern verordneten Arzneimittel für die Patienten entscheidend verbessert werden und eine lückenlose Versorgung für die Patienten gesichert werden. Zusätzlich kann dadurch sichergestellt werden, dass eine auf die individuelle Therapiedauer, z.B. bei der Verordnung von Antibiotika, abgestimmte Verordnung erfolgen kann. Auch können durch die Beschränkung auf die Verordnung einer N1 Packung die Wirtschaftlichkeitsvorgaben der vertragsärztlichen Versorgung in gleicher Weise umgesetzt werden.

### Änderungsvorschlag

1. § 39 Absatz 1a Satz 5 SGB V – neu - wird wie folgt gefasst:

*„Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser ~~die jeweils kleinste~~ **eine Packung gemäß des Packungsgrößenkennzeichens nach § 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 der Packungsgrößenordnung** verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu 7 Tagen verordnet werden.“*

### Zu Artikel 1 Nr. 6 b): § 39 Absatz 1a SGB V - neu

#### **Entlassmanagement – Entlassrezepte für Arzneimittel - Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Bei der Verordnung von Arzneimitteln werden Krankenhäuser den Vertragsärzten gleichgestellt und unterliegen damit den gleichen leistungsrechtlichen Vorgaben und Wirtschaftlichkeitsbestimmungen.

#### **Stellungnahme**

Hinsichtlich der Verordnungsmöglichkeiten für Arzneimittel sollen Krankenhäuser den Vertragsärzten gleichgestellt werden und dadurch den gleichen leistungsrechtlichen Vorgaben und Wirtschaftlichkeitsbestimmungen unterliegen. Dies ist grundsätzlich sachgerecht. Damit gelten für Krankenhäuser bei der Erstellung von Entlassrezepten zukünftig insbesondere auch Vorgaben der Arzneimittelvereinbarungen nach § 84 SGB V, die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart werden. Dies können nach § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V insbesondere Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele sein, die in der Regel durch die Festlegung bestimmter Verordnungsanteile für Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen (sogenannte Leitsubstanzen) umgesetzt werden.

Durch diese in der Regel auf KV-Ebene umgesetzten Vorgaben zu Leitsubstanzen kann die Verordnung bestimmter Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen maßgeblich beschränkt werden. Damit würde zukünftig auch das Ordnungsverhalten der Kran-

kenhausärzte bei der Ausstellung von Entlassrezepten maßgeblich vorgegeben werden können. Problematisch ist, dass diese Vorgaben zu beispielsweise Leitsubstanzen auch zukünftig ausschließlich zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung ohne jegliche Beteiligung der Krankenhausesseite getroffen werden würden. Dadurch bleiben insbesondere auch fachlich medizinische Aspekte aus der stationären Versorgung unberücksichtigt und könnten zu Problemen bei der anschließenden Weiterversorgung der Patienten führen.

Deshalb sollte die Krankenhausesseite bei der Ausgestaltung und Umsetzung von Vorgaben, zum Beispiel zu Leitsubstanzen, die verstärkt auch Krankenhäuser bei der Verordnung von Arzneimitteln betreffen, in die entsprechenden Vereinbarungen und Gremien einbezogen werden.

### **Änderungsvorschlag**

Bei der Ausgestaltung und Umsetzung von Wirtschaftlichkeitsvorgaben, die Krankenhäuser bei der Verordnung von Arzneimitteln betreffen, ist grundsätzlich die Krankenhausesseite in die entsprechenden Vereinbarungen und Gremien insbesondere nach § 84 SGB V und nach §§ 106 ff SGB V einzubeziehen.

### **Zu Artikel 1 Nr. 14 a): § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 13 SGB V – neu** **Zweitmeinungsverfahren**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 27b SGB V - neu -, welche das Zweitmeinungsverfahren der vertragsärztlichen Versorgung zuordnet.

#### **Stellungnahme**

Die Regelung zum Zweitmeinungsverfahren bindet die Krankenhäuser explizit in dieses Verfahren mit ein. Begründet wird dies damit, dass vor allem bei komplexen Eingriffen besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder spezielle Kenntnisse benötigt werden können, die ausschließlich im Krankenhaus vorhanden sind.

Die Zuordnung dieser gutachterlichen Tätigkeit durch die Krankenhäuser vor dem Hintergrund von - allein im Kliniksegment vorhandenen - spezifischen Verfahren und Erfahrungen bedingt eine regelhafte Einbindung der Krankenhäuser. Es ist insofern davon auszugehen, dass bei spezifischen Eingriffen das Zweitmeinungsverfahren seinen Schwerpunkt im Krankenhausbereich hat. Dass es sich damit um eine rein vertragsärztliche Leistungserbringung handeln soll, ist daher nicht nachvollziehbar.

Die Zuordnung des Zweitmeinungsverfahrens in den vertragsärztlichen Bereich verortet die Leistungsbewertung und -vergütung ebenfalls im vertragsärztlichen Segment. Vor dem Hintergrund der hervorgehobenen Stellung der Kliniken bei spezifischen Eingriffen ist dies auch hier nicht nachvollziehbar. So können im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens Leistungen erbracht werden, die bislang nicht Bestandteil

der vertragsärztlichen Versorgung sind (siehe Stellungnahme zu § 87 Abs. 2a Sätze 8 und 9 SGB V – neu).

### **Änderungsvorschlag**

Die Zuordnung der Krankenhäuser im Zweitmeinungsverfahren ist gesondert zu regeln. Die erbrachten Leistungen sind direkt gegenüber der zuständigen Kasse abzurechnen.

### **Zu Artikel 1 Nr. 18 b): § 75 Absatz 1a SGB V - neu** **Terminservicestellen**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Entwurf sieht vor, bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Terminservicestellen verpflichtend einzurichten. Können die Terminservicestellen bei Vorliegen einer Überweisung einen Facharzttermin nicht innerhalb von vier Wochen bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vermitteln, sollen diese verpflichtet werden, dem Versicherten einen Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten. Die Behandlung durch das Krankenhaus umfasst auch notwendige Folgebehandlungen. Im Bundesmantelvertrag sind zudem die grundsätzlichen Rahmenbedingungen (z. B. zumutbare Entfernung) zu regeln.

Bei der Neufassung des § 76 Abs. 1a SGB V handelt es sich um eine Folgeänderung zu § 75 Abs. 1a SGB V - neu -, die den Versicherten die Möglichkeit einräumt, Behandlungen im Krankenhaus wahrzunehmen und die Kliniken damit zur Leistungserbringung berechtigt.

#### **Stellungnahme**

§ 75 Abs. 1a SGB V – neu - verpflichtet die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen einzurichtenden Terminservicestellen im Falle nicht fristgemäßer Terminvakanz bei einem niedergelassenen Facharzt dazu, den Patienten einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Um Lücken in der Patientenversorgung zu vermeiden, steht die Deutsche Krankenhausgesellschaft der Einbindung von Krankenhäusern in die ambulante fachärztliche Versorgung grundsätzlich aufgeschlossen gegenüber.

Diese „aushelfende fachärztliche ambulante Versorgung“ im Krankenhaus setzt allerdings zum einen voraus, dass sich die hierzu in Frage kommenden, nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser unter Angabe des verfügbaren Leistungsspektrums zunächst bei den Terminservicestellen dazu bereit erklären, Patienten ambulant zu behandeln. Des Weiteren muss sichergestellt sein, dass die Terminservicestellen vor der Übermittlung von Patienten an Krankenhäuser bei den Häusern terminliche Vakanz abklären. Die derzeitige Formulierung von § 75 Abs. 1a Satz 6 reicht diesbezüglich nicht aus.

Ebenfalls ungeregt ist die Frage, wie das nach § 75 Abs. 1a SGB V in Anspruch genommene Krankenhaus die Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, etc. sicherstellen und die Versorgung der Krankenhäuser mit den während der ambulanten Behandlung erforderlichen Sachmitteln, d.h. Mittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Berechtigten angewendet werden oder in Notfällen während der ambulanten Behandlung zur Verfügung stehen müssen (Sprechstundenbedarf), erfolgen soll. Vertragsärztliche Leistungserbringer haben die Möglichkeit, Sprechstundenbedarf sowie weitere Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, etc., zu verordnen und werden mit den entstehenden Sachmittelkosten nicht belastet. Die Krankenhäuser fordern im Sinne einer Gleichstellung zwischen den vertragsärztlichen Leistungserbringern nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V im Zusammenhang mit der Durchführung von ambulanten fachärztlichen Leistungen im Sinne des § 75 Abs. 1a SGB V für die vertragsärztlichen Leistungserbringer ausdrücklich, die Krankenhäuser mit einem entsprechenden Verordnungsrecht auszustatten.

Nicht akzeptabel ist allerdings die vorgeschlagene Regelung, wonach die Festlegung von bestimmten, wichtigen Grundsätzen im Bundesmantelvertrag erfolgen soll. Hier wird zu Lasten der Krankenhäuser eine Normierung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen, mit direkten Auswirkungen auf die Versorgung durch die Krankenhäuser, vorgenommen. Diese bezieht sich vor allem auf den Zugang (über Definition der zumutbaren Entfernung) und die Dauer der Behandlung (Notwendigkeit weiterer Behandlungen).

Wenn die ambulante fachärztliche Versorgung durch die Kliniken mitgetragen wird, sind Festlegungen zu den Vorgaben nach § 75 Abs. 1a Satz 8 SGB V - neu - entweder über dreiseitige Verträge auf Bundesebene oder im Gemeinsamen Bundesausschuss zu regeln. Die Fristsetzung, wonach innerhalb von drei Monaten nach Verkündung konkretisierende Regelungen zu den unbestimmten Rechtsbegriffen erfolgen soll, ist zu kurz und sollte vor dem Hintergrund der bisherigen Verfahrenszeiten im Gemeinsamen Bundesausschuss mindestens sechs Monate betragen.

## Änderungsvorschlag

§ 75 Abs. 1a Satz 6 SGB V – neu - wird wie folgt gefasst:

*„Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten, **welches gegenüber der Terminservicestelle unter Angabe des jeweiligen Leistungsspektrums zuvor seine grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme an der fachärztlichen ambulanten Behandlung erklärt hat**, es sei denn, eine Behandlung innerhalb der Frist nach Satz 4 ist aus medizinischen Gründen nicht erforderlich; Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“*

§ 75 Abs. 1a SGB V – neu - wird folgender neuer Satz 8 eingefügt:

**„Die ambulante fachärztliche Versorgung in einem nach § 108 zugelassenen Krankenhaus nach Satz 6 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Abs. 2 Nummer 5 bis 8 sowie der Mittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Berechtigten angewendet werden oder in Notfällen während der ambulanten Behandlung zur Verfügung stehen müssen (Sprechstundenbedarf) ein, soweit diese zur Behandlung der Versicherten nach Satz 6 erforderlich sind; hierfür gelten die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung.“**

Die nachfolgenden Sätze verschieben sich entsprechend.

§ 75 Abs. 1a SGB V - neu - werden die bisherigen Sätze 8 und 9 neu gefasst.

**„(1a) [...] Der **Gemeinsame Bundesausschuss** trifft bis zum [einsetzen: Datum **mindestens sechs** Monate nach Verkündung] insbesondere Regelungen**

1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,
2. zur zumutbaren Entfernung nach Satz 5, differenziert nach Arztgruppen,
3. in welchen Fällen kein medizinisch begründeter Fall nach Satz 6 vorliegt,
4. zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Absatz 1a Satz 2.

**Der Gemeinsame Bundesausschuss** kann zudem ergänzende Regelungen insbesondere zu weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung treffen.“

### **Zu Artikel 1 Nr. 18 b): § 75 Abs. 1b SGB V - neu** **Ambulante Notfallversorgung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Im Bereich der ambulanten Notfallversorgung sollen die Rahmenbedingungen angepasst und „vorhandene Doppelstrukturen“ abgebaut werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen behalten den Sicherstellungsauftrag für die Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), werden aber zur Kooperation mit den Krankenhäusern verpflichtet. Zudem sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen in einen Informationsaustausch mit dem Notdienst der Apotheker treten und mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.

#### **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser haben ausdrücklich begrüßt, dass mit dem Koalitionsvertrag der Regierungsparteien vom 16. Dezember 2013 der hohe Stellenwert der Krankenhäuser für die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung anerkannt wird und eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, einschließlich der Vergütung, vorgesehen ist. Der vorgelegte Referentenentwurf, mit dem die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung alleine über eine Verpflichtung der Kassenärztlichen

Vereinigungen zur Kooperation mit den Krankenhäusern erreicht werden soll, greift jedoch aus Sicht der Krankenhäuser viel zu kurz.

Mit dem Referentenentwurf wird auch weiterhin keine, dem hohen Stellenwert der Krankenhäuser angemessene, gesetzliche Grundlage für die ambulante Behandlung von Notfällen durch die Krankenhäuser geschaffen. Auch der Hinweis in der Begründung des Referentenentwurfes auf die Regelung zur freien Arztwahl im Notfall gemäß § 76 Absatz 1 SGB V, die allenfalls als Ausnahmeregelung verstanden werden kann, negiert den großen Beitrag, den die Krankenhäuser auch ohne Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung regelhaft zur ambulanten Notfallversorgung leisten. Die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung kann faktisch ohne die Krankenhäuser nicht gewährleistet werden.

Dabei ist die hohe Bedeutung der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung nicht alleine auf Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung zurückzuführen, sondern auch durch die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu erklären. 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. Das Patienten- und Behandlungsspektrum der Krankenhäuser und die damit verbundenen Kosten sind nicht mit dem des organisierten Notdienstes oder Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen vergleichbar. Das im Referentenentwurf formulierte Ziel, „vorhandene Doppelstrukturen“ abzubauen, ist aus Sicht der Krankenhäuser nicht nachvollziehbar, wenn damit nicht der Abbau des vertragsärztlichen Notfalldienstes gemeint ist. 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. Auch kann es nicht die Aufgabe der Krankenhäuser sein, wie im Referentenentwurf ausgeführt, den „Bedürfnissen der Vertragsärzte nach Entlastung von Bereitschaftsdiensten“ Rechnung zu tragen.

Da die Vergütung der Krankenhäuser mit dem Referentenentwurf nicht aufgegriffen wird, soll die Vergütung offensichtlich wie bisher von den Vertragsparteien des EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband, zu Lasten der Krankenhäuser geregelt werden. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass der im Vergleich zum organisierten Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich höhere Aufwand der Krankenhäuser im EBM keine Berücksichtigung findet. Selbst eine einheitliche Vergütung von Krankenhäusern und Vertragsärzten wurde bislang nicht realisiert (siehe EBM-Ziffer für Besuchsbereitschaft und Investitionskostenabschlag).

Zusammenfassend wird die Rechtslage für die Krankenhäuser mit dem vorgelegten Referentenentwurf nicht verbessert. Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kooperation mit Krankenhäusern – ohne Klärung der Rechtsansprüche der Krankenhäuser – stärkt lediglich die Zugriffsmöglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Krankenhäuser. Eine gesetzliche Verankerung der regelhaften Versorgung durch Krankenhäuser und eine sachgerechte Vergütung für den Aufwand der Krankenhäuser ist nicht vorgesehen.

Daher fordern die Krankenhäuser, eine gesetzliche Grundlage für die ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser zu schaffen, die dem hohen Beitrag der Krankenhäuser gerecht wird. Auch die Vergütung der Krankenhäuser für ambulante Notfallbehandlungen muss auf eine eigenständige gesetzliche Grundlage gestellt werden, so dass die beiden betroffenen Vertragspartner, Krankenhaus- und Krankenkassenseite, eine sachgerechte Vereinbarung treffen können.

Sofern diese Forderungen der Krankenhäuser nicht aufgegriffen werden, ist zumindest der Anspruch der Krankenhäuser auf eine Vergütung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich zu verankern und die Finanzierungslücke der Krankenhäuser zu schließen. Bei Beibehaltung des EBM müsste für die Krankenhäuser eine Zuschlagslösung geschaffen oder der ergänzte Bewertungsausschuss verpflichtet werden, im EBM eine sachgerechte Vergütung für die Krankenhäuser zu vereinbaren. Zudem muss bei Fortsetzung der Vergütung nach dem EBM zwingend klargestellt werden, dass für Notfallbehandlungen des Krankenhauses kein Investitionskostenabschlag vorzunehmen ist.

## **Änderungsvorschlag**

### 1. Neuer § 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 bis zum 31. Dezember 2015 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.“***

## 2. Ergänzung des § 39 SGB V Krankenhausbehandlung

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

## **Zu Artikel 1 Nr. 19: § 75a SGB V – neu** **Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der geplanten Gesetzesänderung soll einerseits die im Koalitionsvertrag vorgesehene Erhöhung der Fördermittel um 50 Prozent umgesetzt werden. Die Mindestanzahl der zu fördernden Stellen soll daher von 5.000 auf 7.500 erhöht werden. Andererseits ist im Wesentlichen eine stärkere Koordination der Fördermittel auf Bundesebene vorgesehen sowie die Verpflichtung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Anzahl der Stellen nicht begrenzen dürfen.

### **Stellungnahme**

Im Grundsatz ist eine Erweiterung der Förderung in der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu begrüßen. Mit der bestehenden Fördervereinbarung der Vertragspartner auf Bundesebene wurden bereits zum 1.1.2010 wesentliche Verbesserungen erzielt. Dies betrifft insbesondere die verbesserte sektorenübergreifende Koordination des Programms, der Einrichtung auf Koordinierungsstellen auf Landesebene sowie die teilweise Anhebung der Förderbeträge. Darüber hinaus wurde vereinbart, dass es keine Stellenkontingente mehr gibt und im Prinzip alle Stellen förderbar sind.

In Absatz 2 Satz 2 sieht der Referentenentwurf weiterhin vor, dass in Krankenhäusern lediglich bestehende Weiterbildungsstellen umgewandelt werden können. Diese Regelung besteht seit Einführung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im Jahr 1999 und hatte insbesondere den Hintergrund, eine Stellenmehrung im ärztlichen Dienst zu verhindern. Diese Regelung ist aus Sicht der Krankenhäuser im Zeitalter der Fallpauschalenvergütung und des Ärztemangels nicht mehr zeitgemäß und konterkariert zudem das Ziel, möglichst viele angehenden Allgemeinmediziner weiterzubilden.

Die Erhöhung der Mindestzahl der zu fördernden Stellen von 5.000 auf 7.500 Stellen (Absatz 3) dürfte im Wesentlichen als politisches Signal betrachtet werden. Bereits heute kann die Mindestanzahl von 5.000 Stellen nicht ausgeschöpft werden. Es stellt sich die daher Frage, ob es überhaupt einer gesetzlichen Festlegung von Mindestzahlen benötigt. Besser wäre eine gesetzliche Klarstellung, dass alle die Fördervoraussetzungen erfüllenden besetzten Stellen zu fördern sind. In Absatz 3 Satz 2 wird

in diesem Sinne geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Anzahl der Stellen nicht mehr begrenzen dürfen. Dies steht jedoch im Widerspruch zur Regelung in Absatz 4 Nr. 3, die eine Verteilung der zu fördernden Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen vorsieht. Eine Kontingentierung soll schließlich gerade nicht stattfinden, Absatz 4 Nr. 3 legt dies jedoch nahe. Unklar ist auch, ob dies lediglich für die Stellen im vertragsärztlichen Bereich gelten soll oder auch für den stationären Bereich. Im stationären Bereich findet derzeit keine Beschränkung oder Kontingentierung der Stellen statt. Dies ist auch weiterhin fortzuführen.

Gemäß Absatz 6 soll die finanzielle Förderung der Weiterbildungsstellen so bemessen sein, dass den Weiterzubildenden ein angemessenes Gehalt gezahlt werden kann. Krankenhäuser sind unabhängig von einer etwaigen Förderung dazu verpflichtet, den Ärzten in allgemeinmedizinischer Weiterbildung ein tarifkonformes Gehalt zu gewähren. Insofern stellt die Förderung im Gegensatz zum vertragsärztlichen Bereich lediglich ein Personalkostenzuschuss dar. Derzeit liegen die Fördersummen im stationären Bereich bei 1020 Euro pro Monat und Vollzeitstelle im Gebiet der Inneren Medizin sowie 1.750 Euro in den anderen Fächern. Insbesondere die Förderbeträge in der Inneren Medizin – hier befinden sich gut drei Viertel aller Ärzte in Weiterbildung – sind die Förderbeträge seit fast 15 Jahren nicht mehr angepasst worden. Dabei bedarf es zukünftig stärkerer finanzieller Anreize, um die allgemeinmedizinischen Weiterbildungskapazitäten in den Kliniken zu erhöhen. Der Gesetzgeber sollte daher die Förderhöhe für den stationären Bereich konkretisieren, so wie er es für den vertragsärztlichen Bereich getan hat. Hier soll die (tarifliche) Vergütung im Krankenhaus als Maßstab gelten.

In Absatz 7 Nr. 1 wird geregelt, dass die Fördermittel von einer zentralen Stelle auf Bundesebene verwaltet werden können. Dies ist zumindest für den stationären Bereich bereits heute der Fall. Sämtliche Fördermittel werden über die Zentrale Registrierstelle bei der Deutsche Krankenhausgesellschaft administriert. Insofern dürfte die Regelung hauptsächlich auf die Förderung im vertragsärztlichen Bereich zielen.

## Änderungsvorschlag

### § 75a SGB soll wie folgt geändert werden:

(2) Die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung auch verpflichtet, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, zu fördern. ~~In Krankenhäusern können nur bisher bestehende und in eigenständige Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin umgewandelte Stellen bezuschusst werden.~~ Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.

(3) ~~Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit insgesamt mindestens 7.500 betragen. Es sind sämtliche förderfähigen Stellen zu fördern.~~ Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzen.

(6) Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarende Höhe der finanziellen Förderung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen nach Absatz 1 und 2 eine angemessene Vergütung erhalten. **In Weiterbildungseinrichtungen nach Absatz 2 soll die finanzielle Förderung mindestens 30 Prozent der dort üblichen durchschnittlichen tarifbedingten Personalkosten je Weiterzubildenden betragen.** In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden.

### **Zu Artikel 1 Nr. 24 dd): § 87 Abs. 2a Sätze 9 – 10 SGB V – neu** **Zweitmeinungsverfahren**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es ist vorgesehen, für bestimmte planbare Eingriffe ein Zweitmeinungsverfahren als gesonderte Sachleistung zu etablieren. Hierzu wird dem Bewertungsausschuss vorgegeben, aus bestehenden Gebührenordnungspositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs eine inhaltlich-strukturelle und bewertungsbezogene Ableitung der mit der Zweitmeinung verbundenen Leistungsanteile vorzunehmen, mit dem Ziel eine gesonderte Abrechnungsmöglichkeit der ärztlichen Zweitmeinung zu schaffen.

Dem Bewertungsausschuss wird dazu eine Frist eingeräumt, bis zu welcher diese Abrechnungsmöglichkeit im einheitlichen Bewertungsmaßstab einzuführen ist und zugleich wird ein Zeitraum von drei Monaten zur Schaffung dieser neuen Gebührenordnungspositionen vorgegeben, andernfalls erfolgt eine Vergütung im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 1 SGB V.

#### **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser begrüßen eine Regelung, die eine sachgerechte Abbildung der Leistungen sowie deren Vergütung zum Ziel hat. Die Einführung gesonderter Abrechnungsmöglichkeiten soll durch den Bewertungsausschuss erfolgen. Da die Einführung des Zweitmeinungsverfahrens die Kliniken ausdrücklich wegen spezifischer technischer Verfahren oder ärztlicher Expertise einbindet, wird insofern vorausgesetzt, dass Leistungen, die bislang nicht im vertragsärztlichen Segment erbracht werden und damit im einheitlichen Bewertungsmaßstab weder als Teil- noch als Komplexleistung abgebildet sind, Bestandteil der Versorgung werden.

Die Zuordnung des Zweitmeinungsverfahrens zum vertragsärztlichen Bereich ist vor dem Hintergrund der hervorgehobenen Stellung der Krankenhäuser bei spezifischen Eingriffen absolut nicht nachvollziehbar, da im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens Leistungen erbracht werden, die bislang nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind.

Um damit zu einer sachgerechten Leistungsabbildung und Abrechnungsmöglichkeit zu kommen, muss an dieser Stelle zwingend eine Einbindung der Krankenhäuser erfolgen. Geeignet hierfür ist der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V, dessen Kompetenzen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die gesonderten Abrechnungsmöglichkeiten für das Zweitmeinungsverfahren zu erweitern sind. Darüber hinaus muss dem ergänzten Bewertungsausschuss vorgegeben werden, dass für besondere Untersuchungsmethoden, die gemäß § 27b SGB V - neu - Anwendung finden, geeignete Vergütungsregelungen zu treffen sind.

Die vorgesehene Frist nach Inkrafttreten der Bestimmungen eine Abrechnungsregelung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab zu integrieren, ist zu kurz, da die Bera- tungszyklen sowie die dazugehörige Vor- und Nachbereitung wesentlich mehr Zeit beanspruchen. Sofern die Bewertung durch den ergänzten Bewertungsausschuss erfolgt, ist diese Fristsetzung für eine ausreichende Bearbeitung nicht angemessen und sollte daher mindestens sechs Monate betragen.

### **Änderungsvorschlag**

In § 87 Abs. 2a Satz 10 SGB V - neu - wird vor dem Wort „Monate“ das Wort „drei“ gegen „**sechs**“ ausgetauscht.

In § 87 Abs. 5a Satz 1 SGB V – neu - werden nach dem Wort „§ 116b“ die Wörter „**sowie der Leistungen nach § 27b**“ eingefügt.

### **Zu Artikel 1 Nr. 24 i): § 87 Absatz 5b SGB V - neu**

#### **Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Für vertragsärztliche Leistungen wird für die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nach Inkrafttreten der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Verbindung mit § 135 erstmals eine Frist festgesetzt. Demnach soll innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten der G-BA-Beschlüsse eine entsprechende Anpassung erfolgen, welche die Aufnahme der neuen Leistungen in den EBM sicherstellt.

#### **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser begrüßen die Festsetzung der 6-Monats-Frist.

Der Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V legt die Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche und ambulante Vergütung fest und ermöglicht die Abrechenbarkeit diesbezüglicher Leistungen. Die Vergangenheit hat wiederholt gezeigt, dass der Bewertungsausschuss seinen Verpflichtungen nicht oder nur mit erheblicher Verzögerung nachgekommen ist. Dies hatte zur Folge, dass Leistungen, obwohl sie grundsätzlich erstattungsfähig sein sollten, von Ärzten nicht angewandt oder gar als IGEL-

Leistungen angeboten werden. Als ein Beispiel sei hier der Beschluss des G-BA zur Positronenemissionstomographie beim kleinzelligen Lungenkarzinom (Inkrafttreten am 19.08.2008) genannt. Diese Leistung wurde bis heute nicht in den EBM aufgenommen (Stand: 17.10.2014).

## **Änderungsvorschlag**

*(entfällt)*

## **Zu Artikel 1 Nr. 29: § 92a und § 92b SGB V – neu Innovationsfonds**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Dem G-BA wird die Möglichkeit eröffnet, neue sektorenübergreifende Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, sowie Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist, zu fördern. Die Regelungen spezifizieren u. a. förderungsfähige Maßnahmen, potentielle Antragssteller, die Fördersumme pro Jahr sowie die wissenschaftliche Auswertung der Förderung. Des Weiteren sehen die Regelungen die Schaffung neuer, eigener Strukturen zur Umsetzung der Fördermaßnahmen unter dem Dach des G-BA vor. Demnach ist beim G-BA ein in seiner Besetzung vom Plenum abweichender Innovationsausschuss mit eigener Geschäftsstelle und eigener Geschäfts-/Verfahrensordnung einzurichten. Der Innovationsausschuss wird zudem durch 3 Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ergänzt.

### **Stellungnahme**

Die Einführung des Innovationsfonds wird grundsätzlich begrüßt. Die Tatsache, dass dem G-BA und damit der Selbstverwaltung erstmalig die Chance geboten wird, neue Wege in der Versorgung vor ihrer flächendeckenden verbindlichen Einführung für alle Leistungserbringer und Versicherten zu erproben und zu evaluieren, stellt insofern ein sehr zu begrüßendes Novum dar. Auch wird beispielsweise in der Förderung der Versorgungsforschung das Potential gesehen, bessere Erkenntnisse über die bestehende Versorgung zu erlangen. Der Bereich der Versorgungsforschung hat nicht zuletzt aufgrund bislang nur begrenzt zur Verfügung stehender Mittel im Bereich von Forschung und Wissenschaft mit Nachteilen zu kämpfen gehabt. Durch die vorgesehene Regelung könnte die Versorgungsforschung die nötige Stärkung und Aufwertung erfahren.

Des Weiteren ist hier der besondere Forschungsbedarf zur Evaluation der Richtlinien des G-BA hervorzuheben. Wiederholt ist festzustellen, dass notwendige Folgenabschätzungen und Konsequenzen der Richtlinien vor Beschlussfassung nicht ausreichend berücksichtigt werden. So ist es beispielsweise nicht zuletzt im Kontext der Qualitätsanforderungen an die Perinatalzentren zu in der Praxis gar nicht umsetzbaren Vorgaben gekommen. Aus diesem Grunde hat die Deutsche Krankenhausgesell-

schaft wiederholt darauf gedrängt, frühzeitig Konsequenzen der Richtlinien in den Blick zu nehmen. In jedem Falle erscheint es aber zwingend geboten, spätestens nach Einführung, die Auswirkungen der eingeführten Richtlinien angemessen zu evaluieren. Im Hinblick auf die enorme Regelungsdichte des G-BA könnten zudem gezielt Forschungsprojekte angestoßen werden, die beispielsweise wirkungslose und ungeeignete Regelungen identifizieren.

Auch besteht Potential, die sektorenübergreifende Versorgung weiter zu optimieren. Hierfür bedarf es zunehmend einfacher Versorgungskonzepte, die der in jüngster Vergangenheit ausufernden Bürokratie und Regelungstiefe entgegenstehen.

Wenngleich der Zielstellung vom Grundsatz her zugestimmt werden kann, so lässt sich im Hinblick auf die einzelnen Regelungen nachfolgendes Optimierungspotential identifizieren:

1. Die Regelungen in § 92a Abs. 1 SGB V sehen als Antragssteller zwar u. a. Krankenkassenverbände und Kassenärztliche Vereinigungen vor, nicht aber die Landeskrankenhausgesellschaften. Dies ist im Hinblick auf die gewünschte Förderung sektorenübergreifender Ansätze sowie der Evaluation von G-BA-Richtlinien in keiner Weise nachvollziehbar. Ebenso wenig erscheint es sinnvoll, dass bei einer Antragsstellung in der Regel die Beteiligung einer Krankenkasse zu erfolgen hat. Durch diese Einschränkungen werden mögliche wertvolle Impulse beispielsweise aus Kreisen direkt an der Versorgung Beteiligter unnötig gehemmt.
2. Als wenig zweckmäßig sehen wir den Umstand, dass für die Umsetzung des Innovationsfonds umfangreiche, neue Strukturen abseits etablierter Organisationsformen geschaffen werden sollen. Der Begründung ist beispielsweise zu entnehmen, dass der Innovationsausschuss sich nicht der sonst üblichen Arbeitsstrukturen aus Unterausschüssen und Arbeitsgruppen bedienen soll, sondern vielmehr der neuen Geschäftsstelle allein weitreichende inhaltliche Kompetenzen übertragen werden. Der Wunsch zur Beteiligung der Selbstverwaltungspartner bleibt an dieser Stelle unklar, obgleich sich die Arbeitsstrukturen im G-BA bereits erfolgreich etabliert haben. Auch ist der Aufbau einer eigenen Geschäftsstelle unter dem Dach des G-BA sowie die Verhandlung einer eigenen Geschäfts- und Verfahrensordnung wenig nachvollziehbar. Hierdurch werden Doppelstrukturen geschaffen, die unnötige Kosten verursachen. Für die organisatorische und geschäftsmäßige Begleitung des Verfahrens wäre die Erweiterung der bestehenden Geschäftsstelle des G-BA um eine entsprechende Einheit völlig ausreichend.
3. Die grundsätzliche Aufteilung der Förderung auf die neuen Versorgungsformen und die Versorgungsforschung erscheint sachgerecht und sichert die nötige Ausgewogenheit in der Verteilung der Mittel. Es fehlt jedoch ein Hinweis, dass auch in Bezug auf die Auswahl der Themenfelder, auf die sich die Förderungen richten, eine Ausgewogenheit angestrebt werden sollte. Es wäre nicht zielführend, wenn am Ende die Fördermittel in Bezug auf die Förderschwerpunkte sehr einseitig vergeben werden würden.

4. Den bisherigen Regelungen ist nicht zu entnehmen, ob auch im Kontext des Innovationsfonds – wie sonst üblich – Stellungnahmerechte vorgesehen sind. Dies wäre aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchaus zu begrüßen, da bisherigen Erfahrungen zu Folge hiermit wichtige Anregungen aus der Praxis und der Fachwelt gewonnen werden können. Hierdurch würde zudem die notwendige Transparenz geschaffen, die im Hinblick auf die Größenordnung der im Rahmen dieser Förderung vergebenen Mittel, die ihren Ursprung in Geldern der Sozialversicherung und Steuermitteln haben, angemessen wäre.

## **Änderungsvorschlag**

Aus den Ausführungen unserer Stellungnahme ergeben sich folgende Änderungsvorschläge:

- **§ 92a Abs. 1 S. 5 SGB V – neu - wird wie folgt gefasst: „Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, die Landeskrankenhausgesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen und Patientenorganisationen nach § 140f sein.“**
- § 92a Abs. 1 S. 6 SGB V – neu - („Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen.“) ist ersatzlos zu streichen.
- **§ 92a Abs. 3 SGB V – neu - wird um folgenden Satz ergänzt: „Bei der Auswahl der Themenfelder, für die der Gemeinsame Bundesausschuss Förderungen beschließt, hat er auf eine ausgewogene Verteilung der Projekte auf die beschlossenen Förderschwerpunkte zu achten.“**
- Die Regelungen in § 92b SGB V – neu - sind dahingehend zu ändern, dass die Entscheidungen des Innovationsausschusses durch einen neu einzurichtenden Unterausschuss „Innovationsfonds“ vorberaten werden sollen, welcher um ausreichend Vertreter des BMG ergänzt wird.
- Die Regelungen in § 92b SGB V – neu - sind dahingehend zu ändern, dass für die Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Innovationsfond in der Geschäftsstelle des G-BA ein eigener Bereich eingerichtet wird.
- Die Regelungen in § 92b SGB V – neu - sind dahingehend zu ändern, dass die Regularien zum Innovationsfond in der Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA in einem eigenen Bereich festzulegen sind.

## **Zu Artikel 1 Nr. 30 a) und b): § 95 SGB V - neu** **Medizinische Versorgungszentren**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Streichung des Tatbestandsmerkmals „fachübergreifend“ können künftig auch arztgruppengleiche medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegründet werden. Darüber hinaus wird es Kommunen ermöglicht, künftig MVZ in der öffentlichen Rechtsform des Eigenbetriebes und des Regiebetriebes zu gründen.

### **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser begrüßen die Streichung des Tatbestandsmerkmals „fachübergreifend“ und hält es für äußerst sinnvoll, dass künftig auch fachgruppengleiche MVZ gegründet werden können. Vor dem Hintergrund der Daseinsvorsorge der Kommunen und als richtigen Schritt zur Begegnung einer möglichen Unterversorgung begrüßt die Deutsche Krankenhausgesellschaft auch die künftige Möglichkeit für Kommunen, MVZ in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform des Eigenbetriebs und des Regiebetriebs gründen zu können.

### **Änderungsvorschlag**

*(entfällt)*

## **Zu Artikel 1 Nr. 31: § 100 Abs. 2 SGB V - neu** **Unterversorgung**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen bei Unterversorgung werden um die Formulierung „bestehende oder in absehbarer Zeit drohende“ angepasst.

Mit dieser Ergänzung wird geregelt, dass die Landesausschüsse Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten anzuordnen haben, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung in einem Gebiet nicht gewährleisten konnten und der Zustand der bestehenden oder in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung weiter andauert. Damit wird klargestellt, dass auch die sich andeutende Unterversorgung bereits zu berücksichtigen ist.

### **Stellungnahme**

Die Regelung wird als klarstellende Anpassung begrüßt. Die bereits in Abs. 1 bestehende, weitreichendere Formulierung wird auf Abs. 2 übertragen.

### **Änderungsvorschlag**

*(entfällt)*

## **Zu Artikel 1 Nr. 39: § 115 Absatz 2 S. 1 SGB V - neu** **Landesvereinbarungen zum Entlassmanagement**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Landesvereinbarungen zum Entlassmanagement sollen in Zukunft dreiseitig abgeschlossen werden.

### **Stellungnahme**

Durch die Einfügung einer neuen Ziff. 6 in § 115 Abs. 2 S. 1 SGB V wird ebenfalls der Neustrukturierung des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V Rechnung getragen. Der Abschluss einer Rahmenvereinbarung, nunmehr dreiseitig unter Beteiligung auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, erscheint sachgerecht.

### **Änderungsvorschlag**

*(entfällt)*

## **Zu Artikel 1 Nr. 40: § 116a SGB V - neu** **Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser auf deren Antrag für Fachgebiete, in denen der Landesausschuss Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Abs. 3 SGB V festgestellt hat, zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies erforderlich ist. Damit wird eine obligate Ermächtigung der Krankenhäuser zur vertragsärztlichen Versorgung bei festgestellter Unterversorgung sowie bei festgestelltem zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf geregelt.

### **Stellungnahme**

Diese obligate Einbindung der Krankenhausinstitute bei Feststellung von Unterversorgung sowie zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf wird ausdrücklich begrüßt.

Nicht nachvollziehbar ist jedoch, aus welchem Grund weiterhin die Einschränkungen (zeitlich, räumlich und Leistungsumfang) gemäß § 31 Ärzte-ZV bestehen bleiben. Um den Krankenhäusern Planungssicherheit bezüglich der Leistungserbringung zu ermöglichen, muss die in der Praxis sehr restriktive Anwendung (kurzer Zeitraum, sowie Begrenzung des Leistungsumfangs) der Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse deutlich angepasst werden. Auch ist nicht verständlich, aus welchem Grund die bestehenden Regelungen zum Investitionskostenabschlag weiterhin fortgelten. Die Kliniken übernehmen Leistungen, die durch den vertragsärztlichen Bereich nicht erbracht werden können und sind dafür aus dem vertragsärztlichen Budget zu vergüten. Die für den stationären Bedarf – unzureichende – Investitions-

leistung der Länder darf nicht für den ambulanten Bereich genutzt werden. Damit erfolgt weiterhin eine Ungleichbehandlung.

### **Änderungsvorschlag**

Die Krankenhäuser, die auf Basis von § 116a SGB V ermächtigt werden, dürfen nicht unter die Regelung des Investitionskostenabschlags fallen.

### **Zu Artikel 1 Nr. 41 c): § 116 b Absatz 8 SGB V - neu** **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird ein dauerhafter Bestandsschutz für Krankenhäuser geschaffen, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung teilnehmen.

#### **Stellungnahme**

Die gesetzliche Bekräftigung eines Bestandsschutzes für bestehende Bestimmungen von Krankenhäusern nach § 116b a.F. ist ein wichtiger Beitrag zu einer kontinuierlichen Patientenversorgung und daher ebenfalls zu begrüßen. Der bestehende Versorgungsstatus kann auch nach Inkrafttreten der Richtlinienbeschlüsse des G-BA aufrecht erhalten bleiben, so dass Krankenhäuser einen zeitlichen Spielraum haben, sich auf veränderte Anforderungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach neuem Recht einzustellen. Landesbehörden wären nach der Neuregelung zu einer vorzeitigen Aufhebung der bestandsgeschützten Bestimmung von Krankenhäusern nur in wenigen Ausnahmekonstellationen der mangelnden Leistungsfähigkeit nach altem Recht berechtigt.

### **Änderungsvorschlag**

*(entfällt)*

### **Zu Artikel 1 Nr. 41 a): § 116b Absatz 2 Satz 6 SGB V - neu** **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Unterbrechung des Fristlaufs im Falle der Anforderung ergänzender Unterlagen durch den erweiterten Landesausschuss führt nicht zu einem Neubeginn der Frist.

## **Stellungnahme**

Die Klarstellung, dass die in § 116b Abs. 2 Satz 5 SGB V genannte Unterbrechung des Fristlaufs im Falle der Anforderung ergänzender Unterlagen durch den erweiterten Landesausschuss nicht zu einem Neubeginn der Frist führt, sondern wie eine Hemmung zu behandeln ist, wird begrüßt. Aufgrund divergierender Auffassungen in den erweiterten Landesausschüssen war die Schaffung einer bundesweit einheitlichen Verfahrensweise erforderlich. Die Neuregelung steht in Einklang mit der eindeutigen Intention des beschleunigten Anzeigeverfahrens und entspricht gleichlautenden Regelungen im SGB V.

## **Änderungsvorschlag**

*(entfällt)*

### **Zu Artikel 1 Nr. 41: § 116b Abs. 1 SGB V** **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber sieht keine Neuregelung vor.

#### **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser bedauern ausdrücklich, dass die durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vorgenommene Einschränkung der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf solche mit schweren Verlaufsformen im vorliegenden Gesetzentwurf nicht zurückgenommen wurde. Nicht allein die Krankenhäuser haben wiederholt darauf hingewiesen, dass diese künstliche Einschränkung nicht nur eine unzumutbare Beschneidung der Versorgungsansprüche der durch § 116b SGB V grundsätzlich adressierten Patientengruppen bedeutet, sondern gleichermaßen in der praktischen Umsetzung zu vielfältigen Problemen führt. So ist es beispielsweise Patienten mit einer Krebserkrankung nicht vermittelbar, den behandelnden Arzt allein aufgrund formaler Vorgaben wiederholt wechseln zu müssen. Die diesbezüglich überaus langwierigen Beratungen in den Gremien des G-BA haben eindrücklich gezeigt, dass die Definition einer patientengerechten und gut operationalisierbaren Abgrenzung nicht gelingt. Es ist daher absehbar, dass die künstliche Aufteilung der Patientengruppen in solche mit und ohne Versorgungsanspruch in der ambulant spezialfachärztlichen Versorgung zu viel Unsicherheit und Streitigkeiten bei der Umsetzung der Versorgung mit sich bringen wird. Dies wird letztlich auf dem Rücken der besonders betroffenen Patienten, aber auch dem der mit viel Engagement betreuenden Leistungserbringer, ausgetragen. Eine verlässliche und patientennahe Versorgung lässt sich auf dieser Grundlage nicht erreichen.

## **Änderungsvorschlag**

Von Seiten der Krankenhäuser fordern wir die Streichung der Einschränkung für die Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf schwere Verlaufsformen in den derzeitigen Regelungen des § 116b SGB V.

### **Zu Artikel 1 Nr. 42: § 117 SGB V – neu** **Hochschulambulanzen**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Hochschulambulanzen werden nunmehr per Gesetz ermächtigt. Der Behandlungsumfang wird auf Personen ausgeweitet, die aufgrund Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung die Behandlung in einer Hochschulambulanz bedürfen. Für diese Patientengruppe erfolgt eine Konkretisierung auf Bundesebene durch die Spitzenverbände mittels dreiseitiger Vereinbarung.

#### **Stellungnahme**

Die Neuregelungen zur Anpassung des Behandlungsumfangs werden begrüßt, da Patientinnen und Patienten mit schweren und/oder komplexen Erkrankungen eine Versorgung „aus einer Hand“ erhalten. Einem fragmentierten Behandlungsablauf wird damit entgegengewirkt.

Da Kenntnisse des regionalen Versorgungsgeschehens auf Bundesebene nicht vorliegen und um insbesondere den unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkten der Hochschulen gerecht zu werden, sollten die Verhandlungspartner vor Ort die zu behandelnden Patientengruppen nach Absatz 1 Nummer 2 vereinbaren. Die Spitzenverbände auf Bundesebene sollten in einer dreiseitigen Vereinbarung damit ausschließlich bundeseinheitliche Grundsätze und Kriterien für die Vertragsparteien vor Ort vorgeben, nach denen diese die Patientengruppen vereinbaren.

Sofern geeignete Klassifikationen für ambulante Behandlungsfälle vorliegen, sind diese zur Bestimmung der neuen Patientengruppe anzuwenden. Als weitere Kriterien können die Erforderlichkeit einer besonderen Betreuung, einer interdisziplinären oder multiprofessionellen Versorgung, einer eng koordinierten ambulanten und stationären Versorgung oder einer besonderen Diagnostik oder Behandlungsmethode, eines innovativen Versorgungsangebots oder eines Zugangs zu besonderen Spezialisierungen herangezogen werden.

Damit die Vertragspartner vor Ort die Regelungen umsetzen können, ist im Gesetzesentwurf eine zeitliche Vorgabe zu treffen, bis zu welchem Datum eine dreiseitige Vereinbarung auf Bundesebene vereinbart sein muss. Darüber hinaus sind für die Ortsebene Konfliktlösungsmechanismen zu schaffen.

Aus welchem Grund es für die Gruppe derjenigen Personen, die wegen Forschung und Lehre in den Hochschulambulanzen behandelt werden, ein mögliches Überweisungsgebot bedarf, ist nicht nachvollziehbar. Dies führt zu Einschränkungen im Behandlungszugang und wirkt sich damit negativ auf den gesetzlichen Ermächtigungsauftrag der Hochschulambulanzen aus. Die Regelung ist daher zu streichen. Auch dürfen sich die beiden neuen Ermächtigungsgrundlagen nicht gegenseitig einschränken. Es bedarf damit einer Klarstellung, dass die Ermächtigung zur Behandlung der neuen Patientengruppe die bislang bestehende Ermächtigungsgrundlage inhaltlich weder einschränkt noch ersetzt, sondern ergänzt. Zudem ist bei der neu eingefügten Ermächtigungsgrundlage nach Satz 1 Nummer 2 auf Fallzahlobergrenzen zu verzichten, da andernfalls die Intention der Regelung, der Behandlungsnotwendigkeit dieser Patientengruppe Rechnung zu tragen, ins Leere läuft.

### Änderungsvorschlag

§ 117 Abs. 1 SGB V - neu - wird wie folgt formuliert:

*„(1) Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen*

- 1. in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie*
- 2. für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen*

*ermächtigt. **Eine zahlenmäßige Begrenzung der Fälle nach Satz 1 Nummer 2 sowie eine Anrechnung auf die Fälle nach Satz 1 Nummer 1 ist ausgeschlossen.** In den Fällen des Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf Überweisung eines Facharztes in Anspruch genommen werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren **bis zum 31.12.2015 Grundsätze und Kriterien zur Bestimmung der Personen nach Satz 1 Nummer 2.** Sie können zudem Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsgebot in den Fällen des Satz 1 Nummer 2 vereinbaren ~~sowie in welchen Fällen des Satz 1 Nummer 1 es einer Überweisung bedarf.~~ **Kommt eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande, wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung Grundsätze zur Bestimmung der Gruppe der Patienten nach Satz 1 Nummer 2 festzulegen. Die Vertragsparteien nach § 120 Abs. 2 Satz 2 vereinbaren auf Basis der Vereinbarung nach Satz 3 die Gruppe derjenigen Patienten nach Satz 1 Nummer 2, die eine Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Kommt eine Einigung nach Satz 7 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes innerhalb von drei Monaten festgelegt.**“*

## **Zu Artikel 1 Nr. 44: § 119c SGB V - neu** **Medizinische Behandlungszentren**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit dem neu eingeführten § 119c SGB V „Medizinische Behandlungszentren“ wird eine Möglichkeit geschaffen, Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in vom Zulassungsausschuss ermächtigten medizinischen Behandlungszentren ambulant zu behandeln. Angedacht ist diese Neuregelung auch als Fortsetzung der spezifischen Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), welche das 18. Lebensjahr überschritten haben, im Sinne einer systematischen Transition vom kinder- und jugendmedizinischen zum erwachsenenmedizinischen Versorgungskontext. Es wird in Abs. 2 Satz 1 insbesondere darauf hingewiesen, dass diese spezifische Behandlung auf diejenigen Erwachsenen ausgerichtet ist, welche auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind.

Die Vergütung soll ebenso wie bei SPZ unmittelbar durch die Krankenkassen erfolgen.

### **Stellungnahme**

Die gesetzgeberische Einführung der medizinischen Behandlungszentren wird begrüßt. Die ambulante Versorgungsmöglichkeit von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen an einem Ort („aus einem Guss“) als Fortsetzung der Versorgung der in SPZ betreuten Kinder wird dadurch verbessert.

### **Änderungsvorschlag**

*(entfällt)*

## **Zu Artikel 1 Nr. 45 a) und d): § 120 Abs. 1 und Abs. 3a - SGB V - neu** **Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neufassung betrifft die Vergütungsregelung der Krankenhäuser für Leistungen nach § 76 Abs. 1a SGB V - neu – (ambulante Behandlung im Krankenhaus bei langen Wartezeiten im vertragsärztlichen Bereich). Die Leistungen der Krankenhäuser werden mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Kassenärztliche Vereinigung bestimmt im Benehmen mit der Landeskrankenhausgesellschaft das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie der erforderlichen Vordrucke.

## **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser begrüßen, dass die Krankenhäuser, die sich freiwillig an der Sicherstellung beteiligen, klare Abrechnungsregeln vorfinden und durch Nichtanwendung des Investitionskostenabschlags hier keine Unterschiede in der Höhe der Leistungsvergütung im Vergleich zum vertragsärztlichen Bereich getroffen werden.

## **Änderungsvorschlag**

*(entfällt)*

## **Zu Artikel 1 Nr. 45 b), c) und e): § 120 Abs. 2, 3 und 4 SGB V – neu Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um Regelungen, die die Vergütung ambulanter Leistungen an Hochschulambulanzen konkretisieren. Ferner werden die Vertragspartner nach § 301 Abs. 3 SGB V verpflichtet, bundeseinheitliche Grundsätze zu vereinbaren, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen (Vergütungsstruktur, Leistungsdokumentation) adäquat abbilden, um damit die Leistungstransparenz zu erhöhen. Zudem wird eine Schiedsstellenregelung getroffen.

## **Stellungnahme**

Die geplanten Neuregelungen werden begrüßt. Vor allem die Anpassung, dass die Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleistet werden muss und nicht mehr auf die Entgelte des einheitlichen Bewertungsmaßstabes bzw. der Vergütungen für vorstationäre Leistungen abgestellt wird, ist vor dem Hintergrund der Komplexität der Leistungserbringung sachgerecht.

Der Wegfall des Investitionskostenabschlags für Hochschulambulanzen, die nicht an Plankrankenhäusern betrieben werden, ist zu begrüßen. Die Reduktion des Investitionskostenabschlags für Hochschulambulanzen, die an Plankrankenhäusern betrieben werden, ist ebenfalls ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund auch für diese Einrichtungen der Investitionskostenabschlag nicht abgeschafft wird. Denn Investitionsleistungen werden für ambulante Kapazitäten nicht gewährt.

## **Änderungsvorschlag**

*(entfällt)*

## **Zu Artikel 1 Nr. 50 a): § 134a Abs. 5 SGB V - neu** **Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Kranken- und Pflegekassen können einen Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 SGB X wegen Schäden auf Grund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nicht geltend machen, es sei denn, dass der Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde.

### **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser begrüßen die Ergänzung des SGB V um die Regelung, dass künftig Kranken- oder Pflegekassen einen Erstattungsanspruch nach § 116b Abs. 1 SGB X wegen Schäden auf Grund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nicht mehr geltend gemacht werden können, sofern der Schaden nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde.

Allerdings ist es keineswegs so, dass im Gesundheitsbereich ausschließlich hinsichtlich der Haftpflichtversicherung freiberuflich tätiger Hebammen eine akute Bedrohung des Versicherungsmarktes sowie eine überproportionale Steigerung der Versicherungsprämien zu verzeichnen sei. Mit exakt den gleichen Problemen wie die freiberuflich tätigen Hebammen werden Krankenhäuser hinsichtlich ihrer erforderlichen Betriebshaftpflichtversicherungen konfrontiert. Die Existenz von Krankenhäusern und insbesondere von risikointensiven Abteilungen wie z. B. der Geburtshilfe ist ebenfalls von den Entwicklungen auf dem Haftpflichtversicherungsmarkt akut bedroht. Dies verstärkt die Gefahr, dass Abteilungen mit hohem Risikopotential wie beispielsweise die Geburtshilfe nicht weitergeführt werden. Erste Beispiele hierfür haben bereits die Presse beschäftigt. Eine ausreichende Anzahl von Krankenhäusern – insbesondere mit geburtshilflicher Abteilung – ist jedoch unabdingbare Voraussetzung, um eine flächendeckende Versorgung der Versicherten sicher zu stellen.

Im Krankenhausbereich ist – vergleichbar zu der Situation der freiberuflich tätigen Hebammen – festzustellen, dass in den letzten Jahren ein erheblicher Anstieg der Versicherungsprämien bezüglich der Haftpflichtversicherung von 170 bis 200 Mio. Euro – bei einem branchenbezogenen Prämienaufkommen von 350 Mio. Euro – zu verzeichnen ist und Krankenhäuser mit der Schwierigkeit konfrontiert werden, Betriebshaftpflichtversicherungen zu finanzierbaren Prämien abzuschließen. Insbesondere in der Geburtshilfe geht ein wesentlicher Teil der gestiegenen Kosten auf Regressforderungen der Krankenkassen nach § 116 Abs. 1 SGB X zurück.

Ein Regressverzicht führt somit auch für den Krankenhausbereich dazu, dass die Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhauses nicht durch Krankenkassen in Anspruch genommen werden kann. Diese faktische Begrenzung der Haftungsansprüche mindert die Gefahr und den Umfang der Inanspruchnahme der Versicherungsunternehmen und senkt dadurch die zu versichernde Schadenssumme, was letztlich zu einer Reduzierung der Haftpflichtversicherungsprämien führt. Daher stellt

der Regressausschluss, wie von der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie anderen namhaften Versicherungsexperten in der Vergangenheit bereits mehrfach vorgeschlagen, auch für den Krankenhausbereich ein taugliches Mittel der Kostenreduzierung dar, ohne dass die Krankenhäuser – wie die freiberuflich tätigen Hebammen – ansonsten durch die Entwicklungen des Betriebshaftpflichtversicherungsmarktes erkennbar in besonderer Art und Weise belastet werden. Um diese Belastungen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für den Fortbestand von Krankenhäusern bzw. einzelnen Abteilungen in Krankenhäusern zu verringern, wird folgende Gesetzesänderung vorgeschlagen:

### **Änderungsvorschlag**

An geeigneter Stelle im Fünften oder Zehnten Buch des Sozialgesetzbuches oder im Krankenhausentgeltgesetz wird folgende Regelung eingeführt:

**„Ein Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch wegen Schäden auf Grund von Behandlungsfehlern kann von Kranken- und Pflegekassen gegenüber einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch nicht geltend gemacht werden, es sei denn, der Schaden wurde vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht.“**

Hilfsweise:

**„Ein Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch wegen Schäden auf Grund von Behandlungsfehlern bezogen auf geburtshilfliche Leistungen nach § 24f Fünftes Buch Sozialgesetzbuch kann von Kranken- und Pflegekassen gegenüber einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch nicht geltend gemacht werden, es sei denn, der Schaden wurde vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht.“**

### **Zu Artikel 1 Nr. 52: § 137c Absatz 3 SGB V - neu Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Abs. 1 SGB V getroffen hat, dürfen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt.

#### **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich die Manifestation der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich. In der Gesetzesbegründung wird zu Recht darauf hingewiesen, dass es angesichts der in jüngster Zeit nicht mehr in Einklang mit Intention, Gesetzeswortlaut

sowie Sinn und Zweck der Regelung des § 137 c SGB V stehenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichts einer derartigen Klarstellung bedurfte. Es ist daher sicherzustellen, dass Prüfung, ob eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse als wirksam und zweckmäßig einzuschätzen ist und dem Versorgungsstandard der GKV entspricht, abschließend und verbindlich nur durch das sachverständige Gremium des G-BA und nicht von Fall zu Fall durch die Krankenkassen und die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit vorgenommen werden kann. Bis zu einer negativen Bewertung durch den G-BA gehören innovative Methoden zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass Krankenkassen ihre Vergütung nicht mit dem Hinweis ablehnen dürfen, die Methode entspräche nicht dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse. Eine Einschränkung der Erbringung von innovativen Methoden durch Krankenhäuser folgt allein bei ernst zu nehmenden Hinweisen auf Bedenklichkeit oder Schädlichkeit einer Methode.

Da die im Wertungswiderspruch zu § 137 c SGB V stehende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts mittlerweile auch Auswirkungen auf die Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) entfaltet, bedarf es nach Ansicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Neuregelung in § 137 c SGB V hinaus einer analogen Klarstellung in § 6 Abs. 2 KHEntgG.

Krankenkassen lehnen eine Vereinbarung von NUB-Entgelten nach § 6 Abs. 2 vielfach zu Unrecht mit dem Argument ab, es lägen keine hinreichenden Nachweise für die Evidenz der betreffenden Leistung vor. Es besteht daher Bedarf an einer gesetzlichen Klarstellung dahingehend, dass die Krankenkassen vor Ort im Rahmen der Entgeltverhandlungen jenseits der eigentlichen Verhandlungen zur Entgelthöhe keinen Ansatzpunkt für eine Methodendiskussion mit dem einzelnen Krankenhaus bei Vereinbarung von Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden haben. Für die Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte muss es auch im Hinblick auf die Geltung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots des § 2 Abs. 1 SGB V ausreichend sein, wenn nach dem zum Zeitpunkt der Vereinbarung verfügbaren Stand der medizinischen Erkenntnisse keine wesentlichen Bedenken gegen Qualität und Wirtschaftlichkeit bestehen und die Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere, weil sie nicht schädlich oder unwirksam ist. Diesbezüglich ist es erforderlich, den Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Vereinbarung entsprechender Entgelte dahingehend zu verdeutlichen, dass Krankenhäuser auf dieser Stufe lediglich den Sinn und eine gewisse Plausibilität der von ihnen avisierten NUB darlegen müssen und durchgreifende Anhaltspunkte für gravierende Mängel nicht vorliegen. Liegen diese Voraussetzungen vor, so können der Vereinbarung der Entgelte seitens der Krankenkassen allgemeine Qualitäts- oder Wirtschaftlichkeitsvorgaben nicht entgegengehalten werden.

Ein Krankenhaus muss daher – nicht zuletzt auch in Analogie zur vorgesehenen Regelung in § 137 h Absatz 2 SGB V für die Vereinbarung von NUB, bei der ein Medizinprodukt der höchsten Risikoklassen IIb oder III zur Anwendung kommen soll – einen grundsätzlichen Anspruch darauf haben, dass kurzfristig eine entsprechende Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 KHEntgG zustande kommt. Da der derzeitige

Wortlaut des § 6 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG im Sinne einer „Soll-Regelung“ ausgestaltet ist, bedarf es insofern einer Festigung der Verbindlichkeit dieser Regelung.

### **Änderungsvorschlag**

§ 6 Abs. 2 KHEntgG wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

***„Die Entgelte sind zu vereinbaren, wenn die Methode das Potenzial einer erfolgreichen Behandlungsalternative bietet.“***

### **Zu Artikel 1 Nr. 54: § 137h SGB V - neu**

**Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das sogenannte „NUB-Verfahren“ gemäß § 6 Abs. 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) beim InEK soll für bestimmte Medizinprodukte mit der Methodenbewertung nach § 137c SGB V beim G-BA verbunden werden. Den Regelungen zufolge ist eine „frühe“ Nutzenbewertung für solche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vorgesehen, bei denen ein Medizinprodukt der Risikoklasse IIb oder III zur Anwendung kommt. Demnach haben alle Krankenhäuser, die erstmalig einen NUB-Antrag zu einem einzelnen Medizinprodukt der Risikoklasse IIb oder III stellen, dem G-BA zeitgleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinproduktes zu übermitteln, sofern die Methode ein neues theoretisch wissenschaftliches Konzept aufweist. Der G-BA hat auf Basis der übermittelten Informationen innerhalb von 3 Monaten eine Nutzenbewertung vorzunehmen. Methoden ohne Nutzen und ohne Potential, die insbesondere schädlich oder unwirksam sind, sind kurzfristig aus der Versorgung auszuschließen. Methoden, bei denen der Nutzen zwar noch nicht als hinreichend belegt anzusehen ist, aber die Methode unter Anwendung des Medizinproduktes das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, hat der G-BA innerhalb von 6 Monaten eine Richtlinie zur Erprobung aufzustellen. Krankenhäuser, die die Methode anwenden möchten, werden zudem verpflichtet, an der Erprobung nach § 137e SGB V teilzunehmen. Für Methoden, deren Nutzen unter Anwendung des Medizinproduktes vom G-BA als hinreichend belegt angesehen wird, wird ein Anspruch auf eine entsprechende Vergütungsvereinbarung etabliert.

### **Stellungnahme**

Die Neuregelung wird seitens der Krankenhäuser abgelehnt. Im Vordergrund steht die Tatsache, dass bereits heute ausreichend gesetzliche Möglichkeiten zur Verfügung stehen, jederzeit eine Methodenbewertung oder auch eine Erprobungsstudie zu neuen Medizinprodukten zu veranlassen. Darüber hinaus wird den Krankenhäusern in unzulässiger Weise die Pflicht übertragen, den Nutzen der Produkte der Medizinprodukteindustrie zu belegen. Das vorgesehene Verfahren geht zudem mit enormer Bürokratie für alle Beteiligten einher und kann allein im Hinblick auf die Anzahl be-

troffener Produkte sowie der vorgesehenen Fristen keinesfalls in der Praxis umgesetzt werden. Hierdurch wird es unweigerlich zu breiten Leistungsausschlüssen und somit zu einer enormen Innovationsbremse in diesem Bereich kommen. Nachfolgend werden relevante Argumente gegen den Vorschlag dargestellt:

1. Gemäß § 137c SGB V besitzt der GKV-Spitzenverband jederzeit die Möglichkeit die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch unter Anwendung von Medizinprodukten der Risikoklasse IIb und III im G-BA zu veranlassen. Zudem steht dem GKV-Spitzenverband bereits seit Jahren eine jährlich aktualisierte Aufstellung aller neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit NUB-Status 1 (auch unter Anwendung von Medizinprodukten) zur Verfügung. Demnach können Medizinprodukte bereits seit Jahren einer entsprechenden Methodenbewertung im G-BA zugeführt werden. Ergibt sich hierbei, dass der Nutzen zwar noch nicht als hinreichend belegt anzusehen ist, aber die Methode zur Anwendung des Medizinproduktes das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, muss der G-BA bereits heute entsprechende Erprobungsstudien veranlassen. Trotz dieser Möglichkeit hat der GKV-Spitzenverband hierfür offensichtlich keinen Bedarf gesehen. Allenfalls 2 – 3 der insgesamt 38 Produkte in 2014 wurden einer Beratung zugeführt. Einer Neuregelung bedarf es daher nicht.

In der Vergangenheit hat sich wiederholt gezeigt, dass seitens der Krankenkassen überflüssige Anträge zur Methodenbewertung im G-BA gestellt wurden, die die begrenzten Ressourcen der Selbstverwaltung unnötig gebunden haben. So wurden beispielsweise Leistungen beraten, die in Deutschland nahezu gar nicht zur Anwendung kommen oder die international bereits breite Anerkennung genießen. Insbesondere auch vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach dem Bedarf einer zusätzlichen Regelung, wie sie wiederholt von den Vertretern der Krankenkassen gefordert wird.

2. Erst mit der letzten Gesundheitsreform wurde der Medizinprodukteindustrie die Möglichkeit eröffnet, selber Anträge auf die Durchführung von Erprobungsrichtlinien beim G-BA zu stellen, sodass auch auf diesem Wege bereits die Möglichkeit besteht, geeignete Studien zu Medizinprodukten anzustoßen. Der G-BA ist derzeit in Vorbereitung der ersten Studien.
3. Die Verpflichtung aller an einer Methode interessierten Krankenhäuser zu ein und demselben Medizinprodukt immer wieder die gleichen Informationen dem G-BA bereitstellen zu müssen, ist im Hinblick auf die damit verbundene unnötige Bürokratie sowohl bei den Krankenhäusern als auch beim G-BA abzulehnen. Einerseits werden in dieser frühen Phase ohnehin nur eine begrenzte Anzahl relevanter Studien zur Verfügung stehen, und andererseits handelt es sich nicht selten um weit mehr als 100 anfragende Krankenhäuser zu einer Methode. Keinesfalls kann es die Aufgabe der Krankenhäuser sein, die notwendigen Informationen zu einem Medizinprodukt beizubringen zu müssen, über die das herstellende Unternehmen im Hinblick auf die Vermarktung seines Produktes ohnehin verfügen sollte.

4. Die Vorgabe, alle Methoden, bei denen die Anwendung eines Medizinproduktes der Risikoklasse IIb oder III zur Anwendung kommt und für die gleichzeitig der NUB-Status 1 vorliegt, im G-BA einer Bewertung zuführen zu müssen, lässt offensichtlich die Anzahl betroffener Produkte sowie die Anzahl anfragender Krankenhäuser vollständig außer Acht. Im Verfahren für 2014 handelt es sich beispielsweise um ca. 38 unterschiedliche Produkte bzw. Methoden. Wenngleich zu einigen Produkten durchaus mehr als 100 Krankenhäuser Anfragen gestellt haben, so sind für andere beispielsweise nur 1-9 anfragende Krankenhäuser zu identifizieren. Müsste der G-BA automatisch alle Produkte/Methoden eines Jahres bewerten, würde dies mehr als eine Verdoppelung aller aktiven methodenbewertenden Arbeitsgruppen im G-BA bedeuten.
5. Bekanntermaßen ist die Medizintechnologie eine äußerst dynamische und hoch innovative Branche. Demnach beträgt der Innovationszyklus eines neuen Produktes durchschnittlich 3 Jahre. Dies zeigt sich beispielsweise sehr eindrücklich an der Anzahl unterschiedlicher Stentgenerationen bei den anerkannten NUB-Leistungen. Allein diese Tatsache erschwert die Durchführung der Studien erheblich, da davon auszugehen ist, dass in dem Moment, in dem möglicherweise erste Erkenntnisse aus den Studien zu erwarten sind, es sich bereits um ein veraltetes Produkt handelt. Insofern kämen die Erkenntnisse zu spät. Aufgrund häufig sehr unterschiedlicher Wirkprinzipien ist eine generelle Übertragung der Ergebnisse auf Nachfolgeprodukte nicht zwingend möglich.
6. Die Vorgabe eine Nutzenbewertung innerhalb von 3 Monaten im G-BA durchführen zu müssen, stellt zwar möglicherweise ein nachvollziehbares Ansinnen dar, ist aber aus fachlicher Sicht unrealistisch und damit nicht umsetzbar. Allein das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) benötigt derzeit ca. 18 Monate, nur um die verfügbare Literatur zu identifizieren und zu bewerten. Eine fundierte Methodenbewertung im G-BA sowie Stellungnahmeverfahren mit Fachgesellschaften und sonstigen Experten wären so von vornherein ausgeschlossen.
7. Sowohl im Kontext der regulären Methodenbewertung, als auch bei der Potentialbewertung nach § 137e SGB V sind zunehmend mehrheitlich überzogene Anforderungen an die Nutznachweise der Leistungen festzustellen. Hieraus folgend ist es zu mehrfachen, international völlig unüblichen, Leistungsausschlüssen oder Aussetzungen der Beschlussfassungen gekommen (z. B. PET bei malignen Lymphomen, Brachytherapie). Sollte an der „frühen“ Nutzenbewertung der Medizinprodukte in dieser Form festgehalten werden, wäre mit breiten Leistungsausschlüssen zu rechnen. Dies ergibt sich u. a. aus der Tatsache, dass zu diesem frühen Zeitpunkt kaum vom IQWiG und G-BA mehrheitlich als „angemessen“ erachtete Studien zur Verfügung stehen werden.
8. Klinische Studien sind ein wichtiger Baustein zur Verbesserung der medizinischen Versorgung. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass die Teilnahme an ihnen sowohl für Leistungserbringer als auch für die Patienten freiwillig ist. Zudem bedarf es notwendiger Strukturen, die nicht allseits verfügbar sind. Eine Zwangsver-

pflichtung aller Kliniken zur Teilnahme an einer Erprobungsstudie steht mit diesen Prinzipien nicht im Einklang.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es der Neuregelung aufgrund bereits verfügbarer Regelungen zur Bewertung von Medizinprodukten nicht bedarf.

### **Änderungsvorschlag**

Der § 137h SGB V – neu - ist ersatzlos zu streichen.

### **Zu Artikel 1 Nr. 71: § 299 SGB V - neu Datenerhebung Qualitätssicherung**

Die enthaltenen Änderungen basieren auf einer konsentierten Positionierung des G-BA und werden daher begrüßt.

### **Zu Artikel 9 Nr. 1: § 4 Abs. 7 KrPflG Änderung des Krankenpflegegesetzes**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll zukünftig selber standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung im Sinne der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 c SGB V entwickeln können. Diese wären vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesfamilienministerium zu genehmigen.

#### **Stellungnahme**

Aus Sicht der Krankenhäuser ist es kritisch zu sehen, dass dem G-BA die Kompetenz eingeräumt wird, Ausbildungsinhalte für Ausbildungen in der Kranken- und Altenpflege zu erarbeiten. Diese Aufgabe lag bisher in Händen des Bundesgesundheitsministeriums und wurde im Rahmen des Krankenpflegegesetzes und der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verortet.

Aus Sicht der Krankenhäuser sollte die bisherige Regelung hinsichtlich § 63 Abs. 3c SGB V in der bisherigen Form ihre Gültigkeit behalten, d.h. die Krankenpflegeschulen erarbeiten Curricula, die dann vom BMG zu genehmigen lassen sind.

Änderungsbedarf besteht im Rahmen der Modellprojekte nach § 63 Abs. 3 c SGB V vielmehr an anderer Stelle. § 63 Abs. 3 c SGB V ermöglicht bisher nur im Rahmen einer Ausbildung die erforderlichen Kenntnisse für die Substitution und Delegation zu erwerben. Im Rahmen des § 63 Abs. 3c SGB V sollte es auch bereits ausgebildeten Krankenschwestern, Krankenpflegern, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ermöglicht werden, eine Weiterbildung zu absolvieren, die die Inhalte der Substitution vermittelt.

## Änderungsvorschlag:

§ 63 3c SGB V wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

***„Darüber hinaus soll es Krankenschwestern, Krankenpflegern, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, die ihre Ausbildung bereits beendet haben, ermöglicht werden, sich im Rahmen einer Weiterbildung für die in § 63 3c aufgelisteten Tätigkeiten entsprechend zu qualifizieren.“***

## Zu Artikel 15 Nr. 3: § 22a Schiedsamtverordnung - neu Schiedsamtverordnung

### Beabsichtigte Neuregelung

Bei einer Erweiterung des Bundesschiedsamtes um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben die beteiligten Körperschaften und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Kosten und die Gebühr jeweils entsprechend ihrem Stimmanteil zu tragen.

### Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die in § 22a Schiedsamtverordnung vorgesehene Neuregelung, dass bei einer Erweiterung des Bundesschiedsamtes um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft die beteiligten Körperschaften und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Kosten nach § 12 Abs. 2 Schiedsamtverordnung und die Gebühren nach § 20 Schiedsamtverordnung jeweils entsprechend ihrem Stimmanteil zu tragen haben. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht sich durch die geplante Neufassung in ihrer Rechtsauffassung bestätigt, dass sie bisher mangels gesetzlicher Regelung nicht zur Kostentragung verpflichtet war. Diese Rechtsauffassung gründet sich auch darauf, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft bislang bei bestimmten Tatbeständen zum bestehenden Bundesschiedsamt lediglich hinzugezogen wird und keinen Einfluss auf die Besetzung des Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter nehmen kann. Eine Zahlungsverpflichtung muss aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft aber einhergehen mit der gleichberechtigten Stellung zur Auswahl des Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder.

Aus diesem Grund erfordert die in § 22a Schiedsamtverordnung vorgesehene Zahlungsverpflichtung der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Folgeänderung im SGB V, aus der sich ergibt, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft auch institutionell in die Gründung des erweiterten Bundesschiedsamtes eingebunden wird. Dazu ist die Schaffung einer eigenständigen Regelung für das erweiterte Bundesschiedsamt im SGB V notwendig, von der das klassische Bundesschiedsamt in § 89 Abs. 4 SGB V nicht berührt werden würde. Dies könnte in einem neu einzuführenden § 89 Abs. 4a SGB V erfolgen. Hierzu werden folgende Gesetzesänderungen vorgeschlagen:

## Änderungsvorschlag

Einführung eines § 89 Abs. 4a in das SGB V:

**„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden ein gemeinsames Schiedsamt für die ambulante Versorgung (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt besteht aus Vertretern der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Abs. 2 Satz 3 und 4 gelten entsprechend. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft einigen. Abs. 3 Satz 2 bis 8 gelten entsprechend.“**

Die Einführung eines neuen § 89 Abs. 4a SGB V würde zudem redaktionelle Folgeänderungen in § 115b Abs. 3 SGB V, § 116b Abs. 6 Satz 7 SGB V, § 118 Abs. 2 Satz 3 bis 4 SGB V und § 118a Abs. 2 Satz 2 SGB V nach sich ziehen.

Einführung eines § 1 Abs. 3a in die Schiedsamtsverordnung:

**„(3a) Das erweiterte Bundesschiedsamt besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, vier Vertretern der Ärzte, vier Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft und vier Vertretern der Krankenkassen. Jeder Vertreter hat zwei Stellvertreter. Die stellvertretenden Mitglieder in dem erweiterten Bundesschiedsamt werden durch die Körperschaft oder den Verband bestellt, die den Vertreter entsenden. Die Vertreter der Krankenkassen werden von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestellt. Abs. 2 gilt entsprechend.“**

### Zu Artikel 16:

**Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Aufgabenzuweisung zur Health-Technology- Assessmenterstellung an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) soll aufgehoben werden. In diesem Zusammenhang wird die stärkere wissenschaftliche Ausrichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hervorgehoben.

## **Stellungnahme**

Die Aufhebung der Aufgabenzuweisung an das DIMDI wird seitens der DKG abgelehnt. Bedauerlicherweise lässt sich ein Trend in Deutschland erkennen, der die systematische Bewertung gesundheitsrelevanter Prozesse und Verfahren (Health-Technology-Assessment, HTA) zunehmend auf die Bewertung klinischer Studien und hier insbesondere auf solche der höchsten Evidenz und somit auf eine isolierte Nutzenbewertung reduziert. Dabei treten beispielsweise Aspekte, wie die Notwendigkeit der Versorgung der Patienten mit zunehmender Krankheitsschwere oder die mangelnde Verfügbarkeit sonstiger geeigneter Behandlungsalternativen zunehmend in den Hintergrund. Insofern sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich bei den Berichten des IQWiG nicht um originäre HTA-Berichte, sondern primär um Berichte zur Nutzenbewertung handelt. Diese fokussieren nicht zuletzt sehr häufig ausschließlich auf Studien der Evidenzstufe I. Hieraus ergibt sich die Problematik, dass der primär methodische Ansatz der Studienbewertung nicht zwingend mit den klinischen Notwendigkeiten in der Behandlung einzelner Patienten in Einklang zu bringen ist.

International lässt sich eine komplexe Methodenvielfalt und -diskussionen beobachten. Der Trend zu überzogenen Evidenzanforderungen mit dem Ziel der Leistungseinschränkung ist eher wieder rückläufig und sicherlich Anlass für weitere Diskussionen. Umso mehr erscheint es wichtig, dass unterschiedliche Player im Gesundheitswesen verfügbar sind. Die Abschaffung des HTA-Prozesses beim DIMDI würde dem IQWiG nahezu einer Monopolstellung in Deutschland einräumen. Im Hinblick auf die gewünschte Akzeptanz der Bewertungen erscheint dieser Weg nicht hilfreich.

## **Änderungsvorschlag**

Die Aufgabenstellung sollte beim DIMDI verbleiben.

### **III. Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf**

#### **1. Landesschlichtungsausschüsse § 17c Abs. 4 und 4a KHG**

Seit dem 01.08.2013 stellen die durch das Beitragsschuldengesetz vom 15.07.2013 eingeführten Regelungen des § 17c Abs. 4 und Abs. 4a KHG, wonach die Ergebnisse von MDK-Prüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V durch Landesschlichtungsausschüsse überprüft werden können bzw. die Durchführung eines solchen Schlichtungsverfahrens bei Streitigkeiten bis zu einem Wert von 2.000,00 € Voraussetzung ist, um eine sozialgerichtliche Klage erheben zu können, Krankenhäuser und Krankenkassen vor das Problem, diesem Erfordernis nicht gerecht werden zu können, da keine arbeitsfähigen Landesschlichtungsausschüsse bestehen. Die durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz vom 21.07.2014 erfolgte Ergänzung, dass die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 KHG die Aufgaben der Landesschlichtungsausschüsse ab dem 01.09.2014 ersatzweise wahrnehmen, haben die bestehenden Probleme nicht beseitigt.

Zu dieser Problematik hat das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 08.10.2014 (Az.: B 3 KR 7/14 R) Stellung bezogen. Die genauen Urteilsgründe sind noch nicht bekannt, bisher liegt lediglich eine Pressemitteilung vor. Daraus sind jedoch die Feststellungen ableitbar, dass in den Bundesländern, in denen bisher kein Schlichtungsausschuss gebildet wurde bzw. dessen Funktionsfähigkeit noch nicht förmlich und verbindlich den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene angezeigt wurde, die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens auf Landesebene keine Prozessvoraussetzung darstelle. Allerdings hat das BSG auch ausgeführt, dass die Landesschlichtungsausschüsse in Form eines Verwaltungsaktes entscheiden. Es begründet seine Auffassung damit, dass die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 KHG, die ersatzweise die Aufgaben der Schlichtung übernehme, eine Behörde im Sinne des Verfahrensrechts darstelle, die ihre Entscheidungen als Verwaltungsakt treffe. Daher könne hinsichtlich der Rechtsnatur der Entscheidung des Landesschlichtungsausschusses, dessen Funktion die Schiedsstelle wahrnehme, nichts anderes gelten.

Vor dem Hintergrund dieses BSG-Urteils ist zu erwarten, dass sich weiterer gesetzgeberischer Änderungsbedarf bezüglich des § 17c Abs. 4 sowie des Abs. 4b KHG ergibt. Die Aussage des BSG, dass der Landesschlichtungsausschuss stets im Wege eines Verwaltungsaktes zu entscheiden habe, ist sowohl bei den Landeskrankenhausgesellschaften als auch bei den Landesverbänden der Krankenkassen auf Widerstand gestoßen. Beabsichtigt ist ein schlankes und effizientes Schlichtungsverfahren, keinesfalls der Aufbau einer zusätzlichen Verwaltungsbürokratie, was die zwangsläufige Konsequenz wäre, wenn der Landesschlichtungsausschuss ausschließlich in Form eines Verwaltungsaktes zu entscheiden hätte.

Eine konkrete Forderung an den Gesetzgeber hinsichtlich der erforderlichen Änderung oder Ergänzung des § 17c Abs. 4 bzw. Abs. 4b KHG kann erst nach Kenntnis der genauen Urteilsgründe des BSG formuliert werden.

## **2. Förderprogramm zur Umsetzung der G-BA-Richtlinie zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL)**

Die Krankenhäuser haben wiederholt gefordert, einen Zuschlag für die Finanzierung der durch G-BA-Richtlinien in den Krankenhäusern verursachten Kosten einzuführen. Insbesondere die im Jahr 2013 überarbeitete Richtlinie für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) zeigt, dass eine Umsetzung der G-BA-Anforderungen ohne die Bereitstellung der notwendigen Mittel nicht erfolgen kann. Die neonatologischen Einrichtungen müssen bereits jetzt enorme Anstrengungen zur Gewinnung und Weiterbildung der erforderlichen Mitarbeiter unternehmen. Die DKG fordert aufgrund der Dringlichkeit als Sofortmaßnahme noch im Rahmen dieses Gesetzesvorhabens ein zunächst unbefristetes Förderprogramm ab dem Budgetjahr 2015 aufzulegen, das im DRG-System systemkonform über einen Zuschlag und in Anlehnung an das Hygiene-Förderprogramm umgesetzt werden kann.

Der G-BA-Beschluss zur „1:1-Betreuung“ und Qualifikation der Mitarbeiter auf den neonatologischen Intensivstationen ist für die Kliniken mit massiven Mehrkosten verbunden. Eine aktuelle Erhebung zur Personalsituation der Perinatalzentren durch das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) belegt, dass die Vorgaben des G-BA einen personellen Mehrbedarf von mindestens 2.500 examinierten Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/innen zur Folge haben wird, davon mindestens 1.300 mit abgeschlossener Weiterbildung in der pädiatrischen Intensivpflege. Da diese hochqualifizierten Mitarbeiter nicht in ausreichender Zahl auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind, müssen die Krankenhäuser ihre Aus- und Weiterbildungskapazitäten für die pädiatrische Intensivpflege deutlich erhöhen.

Neben den Personalkosten für die zusätzlichen Pflegestellen entstehen für die Kliniken erhebliche Kosten für die Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensivpflege. Hierunter fallen insbesondere die Freistellung für den theoretischen Teil der Weiterbildung sowie die hierfür anfallenden Kursgebühren. Zudem stellen auch Teile der praktischen Einsätze – vor allem wenn sie im Zuge der Praxisanleitung an anderen Krankenhäusern durchgeführt werden müssen – de facto eine bezahlte Freistellung dar.

Eine angemessene Berücksichtigung dieser zusätzlichen Kosten in den Bewertungsrelationen der neonatologischen Fallpauschalen über das DRG-Kalkulationssystem ist jedoch grundsätzlich erst möglich, wenn das erforderliche Personal tatsächlich in vollem Umfang in den Krankenhäusern vorhanden ist und sich die entsprechenden Personalkosten in der Kostenrechnung der Krankenhäuser wiederfinden. Erst danach können die höheren Personalkosten, allerdings aufgrund der zeitlichen Abhängigkeiten des Kalkulationsprozesses frühestens zwei Jahre später, in die Bewertungsrelationen einfließen. Zudem wird eine Bereitstellung der im System zusätzlich

erforderlichen Finanzmittel durch die aktuellen Vorschriften zum Landesbasisfallwert nicht gewährleistet.

Der Zeithorizont für die Aus- und Weiterbildung für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen mit abgeschlossener Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensivpflege beträgt mindestens 3 Jahre Ausbildung plus 2 Jahre Weiterbildung, so dass eine mehrjährige finanzielle Förderung erforderlich ist. Auch wenn die hier geforderte Förderung nicht die Ausbildung bzw. Ausbildungsstätten betrifft, müssen die Ausbildungszeiten in dem Zeitfenster für eine Förderung beachtet werden, da zurzeit für Neueinstellungen zu wenige geeignete Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind. Eine Befristung des Förderprogramms ist auch deshalb nicht sinnvoll, weil sich der G-BA aufgrund der faktischen Unmöglichkeit einer vollständigen Umsetzung der Richtlinie bis zum 01.01.2017 erneut mit den Übergangsfristen befassen muss. Zudem müsste bei der gesetzestechnischen Umsetzung einer Befristung zwingend beachtet werden, dass die zusätzlich bereitgestellten Fördermittel nach Ablauf des Förderzeitraums durch Überführung in die Landesbasisfallwerte im DRG-Finanzierungssystem verbleiben.

Aufgrund dieser Abhängigkeiten und der Unwägbarkeiten der Personalgewinnung sollte das Förderprogramm zunächst unbefristet eingeführt und die weitere Personalentwicklung in der pädiatrischen Intensivpflege evaluiert werden, um auf dieser Grundlage über den geeigneten Zeitpunkt zur Beendigung des Förderprogramms zu entscheiden.

### **Änderungsvorschlag**

§ 4 KHEntgG wird folgender Absatz 12 angefügt:

***„(12) Die zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen erforderliche personelle Ausstattung wird ab dem Vereinbarungszeitraum 2015 finanziell gefördert. Gefördert werden die Maßnahmen des Krankenhauses seit Inkrafttreten der Richtlinie zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen zum 01.01.2014 in voller Höhe der Kosten für***

- 1. Neueinstellungen, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für die neonatologische Intensivstation,***
- 2. die pflegerische Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensivpflege.***

***Für die Maßnahmen nach Satz 2 haben die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag als Prozentsatz des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Der dem Krankenhaus nach Satz 3 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert; der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Kommt eine Vereinba-***

***rung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. § 5 Absatz 4 Satz 5 gilt entsprechend.“***

### **3. Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V**

Das Versorgungsstärkungsgesetz legt in seiner Zielsetzung und Problemlösung einen Schwerpunkt auf die Stärkung der flächendeckenden, gut erreichbaren Versorgung insbesondere im ambulanten Bereich.

Um dies zu erreichen sind u.a. Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Regelungen zur Teilnahme von Krankenhäusern und Hochschulambulanzen an der ambulanten Versorgung und Maßnahmen zur Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie der lückenlosen Versorgung beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung vorgesehen.

Psychiatrische Institutsambulanzen sind ein etablierter Baustein in der Sicherstellung eines patientenorientierten Übergangs von stationärer zu ambulanter Behandlung sowie in der ambulanten Versorgung von schwerst psychisch Erkrankten.

Mit dem Psychiatrie-Entgeltgesetz wurde die Möglichkeit der Einrichtung von psychosomatischen Institutsambulanzen für psychosomatische Einrichtungen geschaffen. Die Formulierung des § 118 Abs. 3 SGB V sieht jedoch eine regionale Versorgungsverpflichtung der psychosomatischen Kliniken bzw. Fachabteilungen vor, die auf Länderebene nicht vorgesehen ist. Zur Klarstellung der gesetzlichen Vorgaben sollte § 118 Abs. 3 SGB V im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes geändert werden.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 118 Absatz 3 ist anzupassen.

*„(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser **sowie psychiatrische Krankenhäuser mit selbstständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung** entsprechend.“*

### **4. Anrechnung ermächtigter Einrichtungen auf den Versorgungsgrad in der Bedarfsplanung**

#### **Bisherige Regelung**

Nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V sollen mittels Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses diejenigen Ärzte, die aufgrund einer Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden. In der Gesetzesbegründung (vgl. BT-Drs. 456/11, S. 108, vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 73) wird ausgewiesen, dass diese Regelung sowohl alle Ärztin-

nen und Ärzte mit einer individuellen Ermächtigung als auch Ärztinnen und Ärzte, die in einer ermächtigten Einrichtung tätig sind betrifft. Beispielhaft wird dazu auf die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) oder die sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) verwiesen.

Im Zuge der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde eine entsprechende Regelung eingeführt, die jedoch darauf abstellt, dass anstelle einer Berücksichtigung eine Anrechnung auf den vertragsärztlichen Versorgungsgrad durchgeführt wird.

## **Stellungnahme**

Die Anrechnung von besonderen Versorgungsbereichen wie den Hochschulambulanzen (HSA), den PIA und SPZ ist absolut nicht nachvollziehbar.

Aus Sicht der Krankenhäuser kann es sich bei der Berücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen nach den §§ 117 ff SGB V tätigen Ärzte allein und ausschließlich um eine qualitative Berücksichtigung im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung handeln. Die quantitative Berücksichtigung ermächtigter Ärzte nach § 116 SGB V und ermächtigter Krankenhäuser nach § 116a SGB V ist hingegen sachgerecht, da es sich hierbei um Leistungen handelt, die dem vertragsärztlichen Versorgungsangebot entsprechen. Die Leistungen der besonderen Versorgungsbereiche HSA, PIA und SPZ sind hiervon jedoch auszunehmen, da der Gesetzgeber die Einführung dieser Versorgungsformen aufgrund spezifischer Versorgungsbedarfe vorgenommen hat.

So zielte die Einführung des § 118 SGB V darauf ab, für ein spezifisches Patientenklientel Zugangs- und Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen, da diese Gruppe von Erkrankten Vertragsärzte von sich aus nicht aufsuchen bzw. durch das Leistungsspektrum der Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können und damit ein besonderes - vom vertragsärztlichen Bereich abweichendes - Versorgungsangebot benötigen (vgl. BT-Drs. 14/1977, S. 167f). Da es sich damit um besondere Leistungen handelt, ist eine Vergleichbarkeit nicht gegeben.

Da die Leistungen der HSA, der PIA sowie der SPZ mit dem Leistungsangebot im vertragsärztlichen Segment nicht vergleichbar sind, können die in den Komplexleistungen dieser Einrichtungen enthaltenen ärztlichen Leistungen auch nicht als vertragsärztliche Leistungen gewertet werden. Eine Anrechnung ist damit nicht sachgerecht.

Daraus folgt auch, dass allein Leistungen Berücksichtigung finden können, die dem vertragsärztlichen Bereich entsprechen. Den Einrichtungen nach den §§ 117 ff SGB V sind diese Behandlungsmöglichkeiten hingegen verwehrt.

Es darf auch nicht vernachlässigt werden, dass die Leistungen der ermächtigten Einrichtungen bisher nie Bestandteil der Bedarfsplanung waren. Diese hat bisher nur die Anzahl der Ärzte pro Einwohner berücksichtigt, es handelt sich damit um eine Kapazitätsplanung.

Wenn man das Versorgungsgeschehen der Krankenhäuser nicht nur qualitativ in die Planungsentscheidungen einbezieht, sondern darüber hinausgehend tatsächlich quantitativ Anteile auf den Versorgungsgrad anrechnet, führt dies in der Konsequenz dazu, dass vertragsärztliche Zulassungsmöglichkeiten entfallen und die Terminfindungsproblematik verschärft wird.

### **Änderungsvorschlag**

§ 101 Abs. 1 Satz 9 ist anzupassen.

„(1) [...] Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte **nach § 116** und der **ermächtigten Einrichtungen nach § 116a** erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2b.“