

Berlin, den 6.11.2014

VKD -Stellungnahme zum

Referentenentwurf GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG

Angesichts der Kürze der eingeräumten Zeit haben wir uns erst einmal auf diejenigen Passagen des Gesetzentwurfs beschränkt, die unmittelbare Bedeutung für die Krankenhäuser haben. Wir behalten uns jedoch vor, ggf. noch ergänzend etwas nachzureichen.

Zu Artikel 1 Änderung SGB V

Zu § 27b Zweitmeinung

In der Fachöffentlichkeit wird bereits seit längerem gefordert, dass Patienten sich für ihre Entscheidungsfindung bei planbaren Eingriffen eine Zweitmeinung einholen können. Der VKD begrüßt deshalb, dass Patienten zukünftig einen Anspruch darauf haben sollen.

Der Gesetzgeber weist mit Recht darauf hin, dass bei der Begutachtung auf Kenntnisse zurückgegriffen wird, die insbesondere bei Krankenhäusern vorhanden sind. Diese Eingriffe werden in der Regel auch überwiegend in Krankenhäusern durchgeführt. Deshalb ist es unverständlich, dass die Vergütung dieser Leistung über die vertragsärztliche Schiene laufen soll. Der VKD fordert deshalb, dass die gutachterliche Tätigkeit der Zweitmeinung vom Krankenhaus direkt mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet wird.

Im Sinn einer gewachsenen Patientenautonomie schlagen wir außerdem vor, dass der Anspruch auf die Einholung einer Zweitmeinung nicht nur bei den vom Bundesausschuss bestimmten Eingriffen besteht. Der Patient sollte die Möglichkeit haben, sich auch bei nicht auf der Liste stehenden Eingriffen für seine Entscheidungsfindung eine Zweitmeinung einzuholen.

Auch Medizinische Rehabilitationseinrichtungen verfügen wie die bereits berücksichtigten Leistungserbringer über die notwendige medizinische Kompetenz, und sind in besonderem Maße dafür qualifiziert, chronisch kranke Patienten über konservative Behandlungsalternativen zu beraten. Der § 27b Absatz 3 SGB V ist daher noch um einen Punkt „5. zugelassene medizinische Rehabilitationseinrichtungen“ zu ergänzen.

Zu § 39 Entlassmanagement

Im neugefassten § 39 Abs 1a werden einige Regelungen getroffen, die das bereits in § 11 Abs. 4 fixierte Versorgungsmanagement verbessern sollen. Diesem stimmt der VKD grundsätzlich zu; das ganze Verfahren ist jedoch nur praktikabel, wenn die Krankenhäuser auch entsprechend entscheidungsbefugt sind.

In der Begründung wird festgestellt, dass die Krankenhäuser u.a. die Aufgabe haben, in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festzulegen. Dazu gehört nach Meinung des VKD auch die Möglichkeit des Krankenhauses, den Patienten zur Anschlussversorgung unmittelbar in eine geeignete Reha-Einrichtung einweisen zu können. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass manche Krankenkassen nicht willens oder durch ihre internen Abläufe auch nicht in der Lage sind, eine lückenlose Reha-Anschlussversorgung zu ermöglichen.

Deshalb fordert der VKD das Recht des Krankenhauses, den Patienten im Fall von § 40 Abs. 1 direkt in eine geeignete Reha- Einrichtung einzuweisen. Absatz 1a ist deshalb um einen entsprechenden Verweis zu erweitern.

Zu § 40 Medizinische Rehabilitation

Die vorgeschlagenen Änderungen zur Stärkung des Wahlrechts der Patienten werden von uns begrüßt. Sie reichen aber nicht aus, um die notwendigen Verbesserungen im Entlassmanagement zu erreichen- vgl. Anmerkungen zu §39 .

Zu § 75 Sicherstellung

Vorbemerkung: Das Versagen der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Sicherstellung eines zügigen Zugangs zur ambulanten fachärztlichen Versorgung sowie der Sicherstellung des Notdienstes soll durch die neu eingefügten Absätze 1a und 1b kompensiert werden. Dieser Ansatz ist misslungen, weil die Krankenhäuser in schlechter Tradition wiederum nur dann als „Notnagel“ eingesetzt werden sollen, wenn die KV ihre Verpflichtungen nicht erfüllt. Deshalb kann nicht akzeptiert werden, dass durch Verweis auf § 82 Abs 1 Krankenkassen und KV allein entscheiden, was Krankenhäuser zu tun haben.

Zu Absatz 1a: Es ist davon auszugehen, dass ein Vertragsarzt eine Überweisung zum Facharzt nur in medizinisch begründeten Fällen ausstellt, andernfalls würde er pflichtwidrig handeln. Insofern ist die 4-Wochen – Frist im Zusammenwirken mit den Regelungspunkten 1-4 fragwürdig. Insbesondere wird vom VKD im Interesse einer kontinuierlichen Behandlung des Patienten abgelehnt, dass durch die Öffnungsklausel gemäß Punkt 4 dem Krankenhaus nach Beginn der Behandlung diesem die Fortsetzung der Behandlung wieder entzogen werden kann.

Um Patienten unzumutbar langes Warten zu ersparen und den bürokratischen Aufwand zu minimieren schlägt der VKD vor, dass der Patient mit oder ohne seiner Einschaltung der Terminservicestelle nach Ablauf von 4 Wochen – gerechnet ab Datum der Überweisung durch den Vertragsarzt – berechtigt ist, direkt ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung aufzusuchen. Bei einem von Patienten ohne Überweisung gewünschten direkten Aufsuchen eines Augenarztes, Frauenarztes oder Kinderarztes beginnt die 4- Wochen –Frist mit dem Aufsuchen der Terminservicestelle.

:

Zu Absatz 1b: Der Sicherstellungsauftrag zur fachärztlichen Notfallversorgung wird von der KV in den meisten Regionen Deutschlands derart unzureichend erfüllt, dass Patienten in der Regel im Notfall direkt ein Krankenhaus aufsuchen. Darauf wird zu Recht in der Begründung des Gesetzentwurfs hingewiesen. Der vorgeschlagene Text des Entwurfs belässt es jedoch dabei, dass Krankenhäuser bei der Festlegung der Einzelheiten der Leistungen und ihrer Vergütung nicht beteiligt werden. Hier fordert der VKD zwingend die Einbeziehung der Krankenhäuser, damit die Leistungen der Notfallversorgung angemessen vergütet werden.

Weiterhin wird in analoger Anwendung und Umformulierung des neugefassten § 76 a Abs.1 gefordert, dass die im Krankenhaus begonnene ambulante Behandlung dort auch fortgeführt werden kann.

Zu § 119 c Medizinische Behandlungszentren

Der VKD begrüßt ausdrücklich, dass mit dieser Neuregelung eine wichtige Lücke für besonders versorgungsbedürftige Patienten geschlossen werden soll. Medizinische Behandlungszentren können als Anschlussversorgung der Sozialpädiatrischen Zentren verstanden werden und sollten deshalb bevorzugt auch in deren Nähe angesiedelt werden.

Zu § 140a Besondere Versorgung

Diese Neufassung der bisher wenig systematisch geordneten Regelungen zur Integrierten Versorgung wird vom VKD grundsätzlich begrüßt. Das gilt insbesondere für die damit verbundenen Ansätze zur Entbürokratisierung bisheriger Vorschriften.

Durch den in Absatz 2 enthaltenen Satz „Der Aufsichtsbehörde ist die Einhaltung von Wirtschaftlichkeitskriterien vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages nachzuweisen“ kann der Eindruck entstehen, als wären die Verträge der besonderen Versorgung zeitlich zu begrenzen. Wir schlagen deshalb in Absatz 1 eine klärende Feststellung vor, dass Verträge auf Dauer angelegt werden können.

Durch die Neufassung haben die potentiellen Vertragsparteien so viele Möglichkeiten der Erprobung neuer Versorgungsformen, dass die gemäß Koalitionsvertrag vom GBA vorzunehmende Festlegung von vier Leistungsbereichen für die modellhafte Erprobung von Qualitätsverträgen (auch Selektivverträge genannt) entbehrlich erscheint.

Zu Artikel 6, Änderung Krankenhausentgeltgesetz

Redaktioneller Fehler, es muss heißen:

§ 140a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches für die besondere Versorgung

Das gilt gleichermaßen für Artikel 11, Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Stand 6.11.14