

Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GWeG) Referentenentwurf

Art. 1

Nr. 20

(§ 75 SGB V)

Terminservicestellen

Nach Vorstellung in einer Notfallambulanz und Ergebnis des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens wird der Zugang zur Terminvermittlung durch die Terminservicestellen erleichtert, indem das Überweisungserfordernis (bislang erforderlich in die fachärztliche Versorgung – außer Augenheilkunde und Gynäkologie – und nach standardisiertem Ersteinschätzungsverfahren) entfällt.

In § 120 wird die Ersteinschätzung in den Notfallambulanzen vorgeschrieben (s.u.).

Es ist bislang bereits Aufgabe der Terminservicestellen ist auf Grundlage eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in Akutfällen die ärztliche Behandlung in die gebotene Versorgungsebene zu vermitteln. Zur Einschätzung der Dringlichkeit soll nun die Möglichkeit eines kurzfristigen telefonischen Arztkontaktes geschaffen werden (entweder durch eigenes ärztliches Personal der Terminservicestellen oder kurzfristige Rückrufmöglichkeiten durch kooperierende Arztpraxen) Ziel ist die Entlastung von Rettungsdiensten und Notfallambulanzen.

Bewertung:

Der Virchowbund begrüßt die vorgesehenen Möglichkeiten des Ausbaus für den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter Einbeziehung moderner Kommunikationsmöglichkeiten. Es besteht hierdurch die Möglichkeit, durch einen kurzfristigen telefonischen Arztkontakt viele Fälle bereits abschließen zu können. Zudem wird eine zielgerichtetere Patientensteuerung ermöglicht, die die Patienten schnell in die für ihn richtige Versorgungsebene zuführt. Der Wegfall des Überweisungsvorbehaltes ist dabei nachvollziehbar, umgeht aber die hausärztliche Steuerungsfunktion und sollte daher nur auf unaufschiebbaren Fällen begrenzt werden.

Die KVB sowie die KVen müssen jedoch finanziell und organisatorisch in die Lage versetzt werden, diese zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen. Seit Beginn der Corona-Pandemie hat die Terminservicestelle eine Vielzahl von Aufgaben übernommen. Dies muss bei der Finanzausstattung berücksichtigt werden.

Art. 1

Nr. 24

(§ 87a SGB V)

Korrekturverfahren der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aus dem TSVG

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019 wurden unter anderem folgende Leistungen extrabudgetär gestellt:

- Fälle durch Vermittlung der Terminservicestelle,
- Fälle auf Überweisung,

- Neue Patienten und
- Fälle in der offenen Sprechstunde.

Eine Netto-Bereinigung ist für einen Zeitraum von einem Jahr ab Inkrafttreten vorgesehen.

Durch einen pandemiebedingten Fallzahlrückgang im Netto-Bereinigungszeitraum ist nach Meinung der Krankenkassen zu wenig aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bereinigt worden. Zudem fallen die Corona-bezogenen Diagnosen unter den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf und sind damit Teil der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV).

Für die Zeit nach dem Lockdown im Frühjahr 2020 wird seitens der Krankenkassen eine Fallzahlsteigerung und damit ein – extrabudgetär vergüteter – Zuwachs bei Neupatienten und in die offene Sprechstunde unterstellt.

Daher will der Gesetzgeber eine mögliche Doppelfinanzierung reduzieren, wenn sie durch eine unerwartet niedrige Inanspruchnahme von extrabudgetär zu vergütenden und aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bereinigenden Leistungen während des Bereinigungszeitraums entstanden sind.

Bewertung:

Aufgrund regional sowie fachgruppenbezogen unterschiedlicher Auswirkungen kann der Virchowbund keine Anhaltspunkte für Fehlentwicklungen bei den Bereinigungsregelungen durch das TSVG feststellen. Ein retrospektives Bereinigungsverfahren für die offene Sprechstunde wird wesentliche Teile des TSVG torpedieren und die Terminsituation verschlechtern.

Die Offene Sprechstunde wurde von Anbeginn seitens der Vertragsärzte als Eingriff in die Freiberuflichkeit kritisch gesehen. Inzwischen wird dieses Instrument jedoch weitestgehend akzeptiert und angeboten. Sollten die geplanten Bereinigungsmechanismen greifen, wird dies dazu führen, dass immer weniger Vertragsärzte eine offene Sprechstunde anbieten werden und damit die politischen Ziele des TSVG konterkarieren werden. Eine Verschärfung der Terminsituation insbesondere bei Facharztterminen wäre die Folge.

Daher schlagen wir vor, in § 87b Absatz 3 Satz 9 neu SGB V den Punkt 6 (offene Sprechstunde) zu streichen.

Art. 1

Nr. 26 und 27

(§§ 95e und 98 SGB V)

Berufshaftpflichtversicherung für Vertragsärzte

Die Pflicht zur Berufshaftpflichtversicherung für Vertragsärzte (auch ermächtigte und angestellte Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten) wird konkretisiert und deren Überprüfung standardisiert. Folglich wird ein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz zu einer vertragsärztlichen Pflicht erhoben.

Die Mindestversicherungssumme darf 3 Millionen Euro pro Fall nicht unterschreiten, es darf keine Begrenzung auf die dreifache Mindestversicherungssumme pro Jahr bestehen. GKV-Spitzenverband können mit BÄK und KBV gemeinsam abweichende höhere Mindestversicherungssummen vereinbaren.

Der Zulassungsausschuss prüft dies bei Antragstellung zur Zulassung (auch bei Antrag auf Ermächtigung und bei Antrag auf Genehmigung einer Anstellung) mit Nachweis. Der Vertragsarzt ist

verpflichtet, dem Zulassungsausschuss Nichtbestehen, Beendigung sowie Änderungen unverzüglich anzuzeigen. Hat der Zulassungsausschuss Kenntnis von einem fehlenden oder unzureichenden Versicherungsschutz, muss der Vertragsarzt unverzüglich einen Versicherungsschutz nachweisen oder die Zulassung ruht ab dem Zeitpunkt der Versicherungslosigkeit. Der Zulassungsausschuss kann dazu anlassbezogene und stichprobenartige Prüfungen durchführen. Die Meldepflichten des Vertragsarztes umfassen Kündigung oder Ende des Versicherungsverhältnisses, Anpassungen der Deckungssumme oder der versicherten Tätigkeiten.

Neun Monate nach Inkrafttreten müssen die Zulassungsausschüsse alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte erstmalig und flächendeckend auffordern, den Berufshaftpflichtversicherungsschutz binnen drei Monaten nachzuweisen. Ansonsten greifen die Regelungen zum Ruhen der Zulassung.

Zulassungsausschüsse müssen Verstöße den entsprechenden Ärztekammern melden.

Die Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte werden entsprechend geändert.

Bewertung:

Die Pflicht zum Abschluss einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung ist eine berufsrechtliche Vorgabe. Eine Versicherungspflicht ist dem Grunde nach im Sinne des Patientenschutzes aber auch zum Schutz des Arztes vor möglicherweise ruinösen Schadensereignissen elementar.

Die Vorgaben für die ärztliche Berufsausübung sind im Berufsrecht der Heilberufe geregelt. Dieser Rechtskreis ist nach dem Grundgesetz aber den Ländern zugeordnet; im Verlauf der letzten Jahre wurden die Regelungen zur Versicherungspflicht bundesweit nahezu vereinheitlicht. Wenn aber der Bundes-Gesetzgeber hier berufsrechtliche Sachverhalte über das Sozialrecht regelt, höhlt er damit die Gesetzgebungskompetenz der Länder aus und es entsteht faktisch eine doppelte Versicherungspflicht.

Durch eine erweiterte Versicherungspflicht für Vertragsärzte entsteht eine Ungleichbehandlung innerhalb der Berufsgruppe der Ärzte. Für Ärzte außerhalb der vertragsärztlichen Zulassung beträgt nach § 114 Versicherungsvertragsgesetz die Mindestversicherungssumme bei einer Pflichtversicherung 250 000 Euro je Versicherungsfall und eine Million Euro für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres. § 95e SGB V sieht hier eine Mindestversicherungssumme von 3 Millionen Euro vor. Weshalb Ärzte – und mittelbar auch deren behandelte Patienten – im stationären oder privatärztlichen Bereich anders geregelt werden als im vertragsärztlichen erscheint unter Aspekten des Gleichbehandlungsgrundsatzes seitens des Gesetzgebers noch erklärungsbedürftig. Dies gilt umso mehr in Zeiten einer fortschreitenden Vernetzung der Sektoren.

Der Gesetzesentwurf adressiert die Überprüfung der Versicherungspflicht an die jeweiligen Zulassungsausschüsse. Diese müssten folglich sowohl was die quantitative, vor allem aber qualitative Personalausstattung anbelangt, nachgerüstet werden. Die Zulassungsausschüsse prüfen demnach nicht nur einen bestehenden Versicherungsschutz der Höhe nach, sondern auch nach den jeweils versicherten Tätigkeiten. Ob diese versicherten mit den tatsächlichen Tätigkeiten übereinstimmen, stellen die Zulassungsausschüsse – unter einer Mitwirkungspflicht des Vertragsarztes – abschließend fest. Hieraus ergeben sich jedoch im Schadensfall Haftungsrisiken für den jeweiligen Zulassungsausschuss, da er die Aufgaben der nach § 117 II Versicherungsvertragsgesetz zuständigen Stelle übernimmt. Unterlassene oder fehlerhafte Abfragen, sowohl bei der erstmaligen als auch bei einer begründeten Abfrage, können den Zulassungsausschuss oder die jeweils handelnde Person zu Haftungsrisiken führen.

Zulassungsausschüsse sind als Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung rechtlich und organisatorisch selbständig und haben den Status einer Behörde im Sinne von § 1 SGB X. Die hier geltenden Grundsätze der Amtshaftung und Regresse führen dazu, dass ein gesonderter Absicherungsbedarf für Schadenersatzansprüche öffentlich-rechtlichen Inhaltes und Regressen aus Pflichtverletzungen entstehen kann.

Folglich müssen spätestens neun Monate nach Inkrafttreten – bei der ersten, flächendeckenden Vollerfassung durch die Zulassungsausschüsse – diese wiederum fachlich und personell so aufgestellt sein, dass der Auftrag des Gesetzgebers erfüllt, aber die genannten Haftungsrisiken ausgeschlossen sind.

Die Mindestversicherungssumme beträgt 3 Millionen Euro für Personen- und Sachschäden je Versicherungsfall, begrenzt auf die dreifache Versicherungssumme im Jahr. Unklar ist, ob diese Mindestversicherungssumme für Ärzte oder MVZ, die weitere Fachärzte nach § 32 b der Zulassungsverordnung beschäftigen, je Vertragsarzt und je angestelltem Arzt gesondert oder im Kollektiv zur Verfügung stehen soll. Ersteres wäre eine große Hürde und eine wesentliche Schlechterstellung des Vertragsarztes oder des MVZ im Vergleich zu Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern. Die Versicherer werden eine Ausweitung dieser Versicherungssummen-Regelungen voraussichtlich nicht prämiennneutral vornehmen, so dass hier steigende Versicherungsprämien im gesamten vertragsärztlichen Sektor zu erwarten sind.

Art. 1

Nr. 30

(§ 120 SGB V)

Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus

Für die Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit einer Behandlung in der Notfallambulanz der Krankenhäuser legt die KBV ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren im Benehmen mit der DKG und dem GKV-Spitzenverband fest. Die KBV schafft hierfür bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen. Ambulante Notfälle sollen dadurch im ambulanten wie stationären Bereich einheitlich koordiniert werden. In diesem Ersteinschätzungsverfahren wird entschieden, ob der Patient in der Notfallambulanz verbleibt oder in der vertragsärztlichen Praxis weiterbehandelt wird. Wenn kein medizinischer Notfall vorliegt, muss der Patient der vertragsärztlichen Versorgung zugewiesen werden. Das Ersteinschätzungsverfahren soll „ein qualifiziertes und standardisiertes, softwarebasiertes Abfragesystem (sein), welches beim ersten Kontakt zwischen dem Hilfesuchenden, der die Notfallambulanz des Krankenhauses aufsucht, und dem Krankenhauspersonal zum Einsatz kommt“. Der Einsatz des einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens wird Abrechnungsvoraussetzung für ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus.

Durch das Ersteinschätzungsverfahren in den Notfallambulanzen entfällt das Überweisungserfordernis. Eine zusätzliche Inanspruchnahme eines Hausarztes ist nicht erforderlich. Damit wird ein Vermittlungsanspruch gegenüber der Terminservicestelle realisiert, beispielsweise durch einen Vermittlungscode, der in der Notfallambulanz generiert wurde und als Nachweis für die Vermittlung ohne Überweisung dient.

Für die Abrechnung in der Notfallambulanz wird der geltende EBM (GOP 01205 und 01207) vorgeesehen.

Bewertung:

Der Virchowbund begrüßt diese Regelung, ist doch mit dem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren schon seit Januar 2020 ein System etabliert, das wissenschaftlich valide die Terminservicestellen in die Lage versetzt, Patienten in Akutfällen schnell in die angemessene Versorgungsebene zu vermitteln. Dieses Ersteinschätzungsverfahren, das kontinuierlich auf wissenschaftlicher Basis weiterentwickelt wird, auch auf die Krankenhausambulanzen auszuweiten ist sachgerecht und dient der Patientensicherheit. Zahlreiche Studien belegen, dass eine Vielzahl von Notfällen in den Klinikambulanzen durch die vertragsärztliche Versorgung und dessen Not- und Bereitschaftsdienst besser, schneller und wirtschaftlicher hätten versorgt werden können. Aktuell sind nach Angaben des ZI ein Drittel bis die Hälfte der Akutfälle in den Notaufnahmen der Krankenhäuser medizinisch Fälle für die Vertragsärzte.

Durch die gemeinsame Anwendung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens ist es erforderlich, gemeinsame Kriterien der Ersteinschätzung für den ambulanten wie für den stationären Bereich festzulegen. Dass dies eine elementare Voraussetzung für die Funktionalität einer Notfallversorgung ist, haben in der Vergangenheit KBV und Marburger Bund gemeinsam hingewiesen. Dabei ist die Festlegung der Zuständigkeit für das Ersteinschätzungsverfahren bei der KBV sachgerecht, da bereits heute schon die Zuständigkeit bis zu einer Entscheidung über den Versorgungsbereich im Aufgabengebiet der ambulanten Versorgung liegt.

Die Regelungen ermöglichen zudem eine weitere diagnostische Abklärung in den Krankenhäusern, wo erforderlich. Letztendlich verbleibt die Entscheidung, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgt bei der jeweiligen Notaufnahme. Im Ergebnis wird dies zu einem sinnvollen und abgestimmten Miteinander von Krankenhäusern und Vertragsärzten in der Notfallversorgung führen, Klarheit über die jeweiligen Zuständigkeiten bringen und die Grundlagen für eine ausreichende Finanzierung der jeweils erbrachten Leistungen schaffen.

Art. 1

Nr. 36

(§ 137 SGB V) **Ausweitung der Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses**

In § 137 SGB V wird die Qualitätskontrolle durch den GBA geregelt. Bereits bisher galt für Krankenhäuser eine 100-prozentige Dokumentationspflicht im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Diese Pflicht wird nun auf ambulante Leistungserbringer erweitert. Eine Unterschreitung der Dokumentationsrate wird mit Vergütungsabschlägen sanktioniert.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) legt derzeit sechs Verfahren fest, für die in der Richtlinie definierte Datensätze zu erheben sind.

1. Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
2. Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
3. Cholezystektomie (CHE)
4. Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)
5. Transplantationsmedizin
6. Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen

Bewertung:

Für die genannten Verfahren ist es sinnvoll, wenn niedergelassene Ärzte beteiligt sind, diese Daten ebenfalls zu erheben, da sonst das Ziel einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung andernfalls nicht erreicht wird.

Es besteht jedoch die große Gefahr, dass bei Einbeziehung des MDK in die Kontrolle dieser Daten und deren Erhebung ein Einbruch des Medizinischen Dienstes in den niedergelassenen Bereich erfolgt. Bislang waren Prüfhandlungen hier ausschließlich über die KV möglich §§ 106ff (Regresse).

Weiterhin ist festzustellen, dass eine 100%ige Dokumentationspflicht im Krankenhaus schon heute nicht erreicht wird. Grund dafür sind nachträgliche Korrekturen der ICD/OPS-Ziffern durch den MDK. Eine Sanktionierung bei Nichterfüllung erscheint daher als ungerechtfertigt. Bei einer vom Grundsatz her nachvollziehbaren Ausweitung der Dokumentationspflicht sollten daher diese Grundproblematik berücksichtigt werden.

Auf die Expertise und die Stellungnahme der KBV zu diesem Bereich wird ausdrücklich verwiesen.

Art. 1

Nr. 39

§ 137f SGB V

Einführung eines DMP Adipositas

Zur Verbesserung der Versorgung von Versicherten mit krankhaftem Übergewicht wird der G-BA beauftragt, innerhalb von zwei Jahren ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP Adipositas) zu entwickeln. Die dazu erstellte Richtlinie regelt die Behandlung nach dem Stand der Wissenschaft, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Einschreibungsvoraussetzungen, Schulungen, Dokumentation und Evaluation.

Bewertung:

Der Virchowbund begrüßt grundsätzlich die Einführung eines DMP Adipositas. Starkes Übergewicht ist heute bereits eine der Volkskrankheiten und bekommt zunehmende Bedeutung in der Zukunft. Adipositas ist ein Risikofaktor für weitere Folgeerkrankungen mit enormen Kostenfolgen. Bei der Entwicklung dieses DMP sollten Übergänge und Anknüpfungen zu bereits bestehenden DMP (Diabetes, KHK) aber auch zu anderen Adipositas-bezogenen spezifischen Erkrankungen wie Rückenschmerz oder Depression geschaffen werden.

Es ist für eine ausreichende Finanzierung insbesondere für den kommunikativen Mehraufwand und das zusätzliche bürokratische Aufkommen zu sorgen.

Berlin, den 12. November 2020

NAV-Virchow-Bund,
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.
Chausseestr. 119 b, 10115 Berlin